



ELIXIR HOUDÉ  
z Chlorku Kokainy

W skutek swych własności znieczulających stanowi doskonały środek leczniczy uspokajający wszelkie **nerwice żołądkowe**. Oprócz tego przyspiesza uzdrowienie po przebytych chorobach wzmacniając siły nądwątłone.

Środek ten jest wskazany przy leczeniu zapalenia żołądka, **nerwobólów żołądkowych niestrawności, wymiotów**, i przy wszelkich **zaburzeniach trawienia**. Uspakaja prócz tego bóle żołądka zależne od owrzodzeń lub od cierpienia rakowego.

**Dawka.** W 20 gramach naszego elixiru znajduje się dwa miligramy chlorku kokainy.

**Sposób użycia.** Należy go przyjmować kieliszkiem od wódki po jedzeniu, albo podczas napadu bólów.

**Skład główny:** w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis Paris; znajduje się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

**PAPIER FAYARD et BLAYN**

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

Znajduje się we wszystkich aptekach.

**AKUSZERKA**

poszukuje posady w Królestwie lub w bliższych prowincjach Cesarstwa. Wiadomości uprasza się nadsyłać do **Czyżańskiej.—Chmielna Nr. 58 mieszk. 20.**

0—1

**KATARY, ZATKANIE KANAŁÓW ODDECHOWYCH,  
SUCHOTY, ASTMA**

PRĘDKO I BEZ KOSZTÓW SIĘ LECZĄ ZAŻYWAJĄC DWIE  
KAPSUŁKI GUYOTA.

**CAPSULES GUYOT**

*Kapsułki te dawniej były czarne i nieprzyjemne do polykania, obecnie są białe podobne do cukierków.*

*Na każdej kapsułce odbity jest podpis Guyot.*

*Najdelikatniejszy żołądek znosi smolę w Kapsułkach Guyota zawartą.*

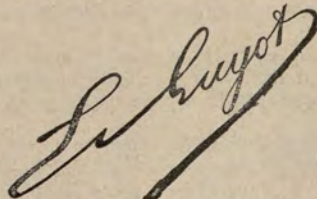
**UWAGA:** Dzieci i osoby nie mogące przelić tych kapsułek powinny zażywać

**PATE REGNAULD**  
FABRYKOWANE  
19, rue Jacob.

*Uważać należy na podpis trzechkolorowy.*

Znajdują się we wszystkich aptekach.

FABRYKA I SPRZEDAŻ HURTOWA 19, RUE JACOB W PARYŻU.



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. K. Szadek. Leucoderma syphiliticum. — II. T. Hering. Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (*Aphonia spastica. Laryngospasmus*) (Ciąg dalszy). — *Dział sprawozdawczy.* 58. August Schott. Przyczynk do leczenia przewlekłych chorób serca. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Ogłoszenia.

## I. LEUCODERMA SYPHILITICUM.

Podał

**D-r Karol Szadek** (z Kijowa).

Do rzędu niedostatecznie zbadanych i w skutek tego mało znanych drugorzędnych objawów przymiotu należą zaburzenia w ubarwieniu skóry.

Autorowie w dawnych podręcznikach chorób skóry i przymiotu po większej części albo wcale nie mówią o tych cierpieniach [Gilbert <sup>1)</sup>, Colles <sup>2)</sup>], lub też wspominają, że czasami w drugorzędnym okresie przymiotu, pojawiają się na skórze plamy szare, brudno-żółte, lub też ciemno-brunatne; poczytywano je zaś za następstwa poprzednio istniejących wysypek (różyczki, grudek i krost) [Langneau <sup>3)</sup>, Bonorden <sup>4)</sup>, Ingarden <sup>5)</sup>, Wilson <sup>6)</sup>]. Żaden wszelako z powyższej wzmiankowanych autorów nie pisał nic o pierwotnem, nieprawidłowem zabarwieniu skóry, jako następstwie przymiotu.

Niektórzy jednakże spostrzegacze oddawna zwrócili już na to uwagę, że przymiot drugorzędny powoduje czasami powstawanie na skórze pierwotnych żółto-szarych lub brunatnych plam, które nie znikają pod wpływem ucisku palcem i zależą od nieprawidłowego nagromadzenia się barwnika w komórkach warstwy

<sup>1)</sup> Gilbert. Manuel des maladies vénériennes. Paris. 1836.

<sup>2)</sup> Colles. Practische Beobachtungen über die venerische Krankheit. Deutsche Übersetzung. Hamburg. 1839.

<sup>3)</sup> Langneau. Traité pratique des maladies syphilitiques. II édition. Paris. 1828. I. Vol. p. 360.

<sup>4)</sup> Bonorden. Die Syphilis pathologisch, diagnostisch und therapeutisch dargestellt. Berlin. 1834. p. 311—313.

<sup>5)</sup> Ingarden. Syphilidologie. Wien. 1845. p. 168 i 170.

<sup>6)</sup> Wilson. Die Krankheiten der Haut. Deutsche Übersetzung. Leipzig. 1850. p. 595.

Malpighijusza. Wedle nich [Albers <sup>7)</sup>, Gireaudeau-de-Gervais <sup>8)</sup>, Fuchs <sup>9)</sup>, Riecke <sup>10)</sup>], barwnikowe te plamy, spostrzegane u osób cierpiących na przymiot, nie są jedynie następstwem poprzednio istniejących wysypek, a raczej stanowią samodzielne cierpienia skóry. Wkrótce potem Cazenave <sup>11)</sup> i Monneret <sup>12)</sup> szczegółowo opisywali te cierpienia i dzięki to prawdopodobnie temu, w następnie wydawanych podręcznikach częściej już można napotkać wzmianki o wysypce barwnikowej, jako objawie pierwotnym w przebiegu drugorzędnego okresu przymiotu [Hölder <sup>13)</sup>, Simon <sup>14)</sup>]. W roku 1855 nader drobniawo wysypkę barwnikową opisał pod względem klinicznym Pillon <sup>15)</sup>, który niejednokrotnie widział ją u kobiet, jednocześnie z objawami drugorzędnego przymiotu. Wedle słów jego, wysypka ta składa się z drobnych, nieprawidłowej formy plamek, barwy żółto-brunatnej (kawowej), zupełnie gładkich. Skóra na ich powierzchni nie łuszczy się. Plamy te tworzą na skórze szyi rodzaj mozaiki. Dzięki swemu wyglądowi i umiejscowieniu, wysypka ta dotychczas jest charakterystyczną, że nie może być poczytywaną za którekolwiek z podobnych doń, nieprzymiotowego pochodzenia cierpienie skóry.

Pomimo pracy Pillon'a i wzmianek robionych już o tej wysypce przez poprzednich autorów, w ciągu następnych lat ośmiu nikt, prócz Hardy'ego, nie wspominał o niej. Niemal do tego przyczynił się prawdopodobnie znakomity syfilidolog lijoński Diday <sup>16)</sup>, który w uwadze krytycznej, wywołanej pojawieniem się pracy Pillon'a, odmówił wszelkiego swoistego znaczenia wysypce barwnikowej, pojawiającej się na szyi syfilityków. Nic dziwnego przeto, że w podręcznikach ówczesnych, a nawet w niektórych późniejszych dziełach autorów, będących poniekąd wyznawcami szkoły francuzkiej, wspomniano o barwnikowym cierpieniu skóry u syfilityków, jako o następstwie i resztkach przebytych wysypek swoistych [Reder <sup>17)</sup>, Michaelis <sup>18)</sup>, Geigel <sup>19)</sup>, Sigmund <sup>20)</sup>, Hebra-Kaposi <sup>21)</sup>]. Z francuzów tylko jeden Har-

<sup>7)</sup> Albers. Ueber Erkenntniss und Kur der syphilitischen Haut-Krankheiten. Bonn. 1832.

<sup>8)</sup> Gireaudeau-de-Gervais. Die syphilitische Krankheiten. Leipzig. 1841. str. 262—263.

<sup>9)</sup> Fuchs. Die krankhafte Veränderungen der Haut. Göttingen, 1840. I. str. 787.

<sup>10)</sup> Riecke. Handbuch für die Krankheiten der Haut. Stuttgart. 1839. II Theil. str. 622—623.

<sup>11)</sup> Cazenave. Traité des syphilides. Paris. 1843. p. 420.

<sup>12)</sup> Monneret et Fleury. Compendium de médecine pratique. Paris. 1846. VIII Vol. p. 50.

<sup>13)</sup> Hölder. Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. p. 371.

<sup>14)</sup> Virchow's Handbuch der speciell. Pathologie und Therapie. II. Band. I Abtheilung. Erlangen. 1855. str. 592.

<sup>15)</sup> Pillon. De la syphilis maculeuse du cou. Thèse de Paris. 1855. Gaz. hebdom. 1855. 47.

<sup>16)</sup> Diday. Lettre sur la teinte bistre pommelée (dite syphilide maculeuse) du cou. (Gaz. hebdom. 1855. p. 48).

<sup>17)</sup> A. Reder. Pathol. und Therapie der venerischen Krankheiten. Wien. 1863.

<sup>18)</sup> Michaelis. Compend. der Lehre von der Syphilis. Wien. 185.

<sup>19)</sup> Geigel. Geschichte, Pathol. und Therapie der Syphilis. Würzburg. 1867.

<sup>20)</sup> Sigmund. Syphilis und venerische Krankheiten in Pitha's Handbuch d. Chirurgie.

<sup>21)</sup> Kaposi. Handbuch der Hautkrankheiten. II Aufl. Erlangen. 1876.

dy<sup>22)</sup> uznawał istnienie pierwotnej przymiotowo-barwnikowej wysypki i opisowi jej poświęcił całe trzy strony.

W roku 1863, w dzienniku włoskim H. Morgagni zamieścił pracę T a n t u r r i<sup>23)</sup>, zwracając na to uwagę, że podczas przebiegu przymiotu zdarzają się czasami samodzielne, barwnikowe zmiany w skórze. Mają one postać plam lub smug, ciemno-brunatnych, które we wzajemnym między sobą układzie tworzą rodzaj mozaikowej siatki na szyi, plecach i piersiach. T a n t u r r i przedsięwziął anatomo patologiczne badanie tych miejsc i przekonał się, że zabarwienie to zależy od nieprawidłowego nagromadzenia barwnika, dzięki któremu powstawała brunatna pigmentacja szyi. Sąsiednie części skóry, zarówno jak i białe przestrzenie zawarte w oczkach siatki, nie przedstawiały żadnych zmian i zawierały prawidłową ilość barwnika.

I ten wszelako komunikat nie wielką na się zwrócił uwagę. Chociaż bowiem tak L a n c e r a u x<sup>24)</sup> jak i F o u r n i e r<sup>25)</sup> wspominali o tej wysypce, to jednakże w ówczesnych dziełach niemieckich zupełnie milczano o barwnikowej wysypce przymiotowej. Tego rodzaju stan rzeczy trwał od czasu pojawienia się pracy T a n t u r r i' e g o całe lat 10 i dopiero P i r o c c h i i D y m n i c k i przypomnieli o zaburzeniach w ubarwieniu skóry, spostrzeganych we wczesnych okresach przymiotu i niewiadomo dla czego zapomnianych przez syfilidologów.

W przypadku P i r o c c h i' e g o<sup>26)</sup>, chorym był 30-letni mężczyzna, który przed 4 latai zaraził się przymiotem. Na skórze szyi miał on zabarwienie w postaci ciemnych, krętych linii i figur, w pośrodku których i na obwodzie skóra była białą. Plamy te nie ustępowały pod wpływem ucisku palca. Leczenie specyficzne pozostało bez wpływu i wysypka zniknęła dopiero po zastosowaniu podskórnem arseniku. P i r o c c h i podobną wysypkę widział niejednokrotnie u dzieci z wrodzonym przymiotem.

Chory D y m n i c k i e g o<sup>27)</sup>, syfilityk, miał na skórze szyi, pleców i piersi nieprawidłowej postaci plamy, barwy kawy mlecznej. W pośród nich widać było liczne plamy i smugi białawe. Zabarwione miejsca luszczły się (?), nie były wszelako przyczyną jakichbądź subiektywnych zaburzeń ze strony chorego. Wysypka trwała bez żadnych zmian 2 lata i ustąpiła po zastosowaniu 20 wcierań szaruchy.

Od tego czasu z każdym rokiem powiększa się liczba spostrzeganych przypadków barwnikowo-przymiotowej wysypki. W ciągu ostatnich lat ośmiu, liczni

---

<sup>22)</sup> Hardy. Leçons sur les maladies de la peau. Dartres, scrophulides, syphilitides. Paris. 1860.

<sup>23)</sup> T a n t u r r i. Gazette des hôpitaux. 1866. p. 7.

<sup>24)</sup> L a n c e r e a u x. Traité historique et pratique sur la syphilis. Paris. 1873. II édit. p. 124

<sup>25)</sup> Alfr. F o u r n i e r. Leçons sur la syphilis, particulièrement chez la femme. Paris. 1873. pag. 422.

<sup>26)</sup> P i r o c c h i. Hyperchromia cutanea syphilitica (Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle. 1875. Viertelj. für Dermatol. und Syphilis. 1877. p. 403).

<sup>27)</sup> D y m n i c k i. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1872. pag. 2. — Viertelj. f. Dermat. 1877. p. 403.

sposzregacze a w ich liczbie Drysdale<sup>28)</sup>, Berkeley — Hille<sup>29)</sup>, Atkinson<sup>30)</sup>, Campbell<sup>31)</sup>, Bulklay<sup>32)</sup>, Schwimmer<sup>33)</sup>, Coyne<sup>34)</sup>, Manassei<sup>35)</sup>, Spillmann<sup>36)</sup>, ogłaszali o niej swe prace.

Opisywali oni tę wysypkę jako plamy ciemnej barwy, ułożone naprzemian z białymi miejscami skóry. Zdaniem ich brak barwnika w białych odcinkach skóry jest tylko rzekomym i zależy od kontrastu, wywołanego sąsiednimi ciemno zabarwionymi miejscami skóry, które to ostatnie należy właśnie poczytywać za zmienione chorobowo, białe zaś za normalne. Tegocześni syfilidolodzy [Zeissl<sup>37)</sup>, Krówczyński<sup>38)</sup>, Mauriac<sup>39)</sup>, Lang<sup>40)</sup>, i inni] dzielając tego rodzaju sposób pojmowania sprawy patologicznej, będącej przyczyną barwnikowych wysypek przymiotowych, przyjmują jedną tylko postać barwnikowego cierpienia skóry, zależnego od przymiotu, a mianowicie tworzenie się ciemnych, kawowego koloru plam, które powstawanie swoje zawdzięczają nieprawidłowemu nagromadzeniu się barwnika w komórkach warstwy Malpighiusza danego miejsca skóry. Cierpienie to poczytują niektórzy [Kaposi<sup>41)</sup>, Zeissl<sup>42)</sup>], za zmiany wtórne, będące zejściem poprzednio istniejącej różyczki, grudek i krost, a tylko niektórzy wypowiadają zdają, że barwnikowe cierpienie skóry przy przymiocie może czasami rozwijać się pierwotnie, samodzielnie. [Fournier<sup>43)</sup>]. Znaleźli się wszelako badacze, którzy doszli do wniosku, że przy tem cierpieniu zmiany patologiczne skóry polegają nie na gromadzeniu się barwnika, lecz przeciwnie, na tem, że barwnik w komórkach warstwy Malpighiusza zajętych miejsc skóry zmniejsza się ilościowo, a nawet brak go zupełnie. Zdaniem ich przeto za chore miejsca należy poczytywać nie ciemno zabarwione lecz białe plamy, które przy przymiotowej wysypce barwnikowej spostrzegać można obok plam ciemnych

<sup>28)</sup> Drysdale. Pigmentary syphilide in te female. (Lancet. 1877. 17. p. 730).

<sup>29)</sup> Berkeley - Hill. Pigmentary syphilide. Lancet. 1377. II. p. 826.

<sup>30)</sup> Atkinson. The pigment syphiloderm. Archi. of dermat. 1878. p. 322. Chicago medic. Journ. and Examiner. 1878. p. 341.

<sup>31)</sup> Campbell. Pigmentary syphilide. Arch. of dermat. 1878. p. 239.

<sup>32)</sup> Bulklay. Pigmentary syphilide. Arch. of dermat. 1879. p. 49.

<sup>33)</sup> Schwimmer. Ueber Pigment-syphilis. Wien. med. Wätter. 1880. 17, 18, 20.

<sup>34)</sup> Coyne. Gaz. hebdom. de Bordeaux. 1880. I. p. 243—245.

<sup>35)</sup> Manassei. Annali univers. di medicina. Vol. 263. p. 116. 1883. Februari. -- Schmidt's Jahrbüch. 1883. 9. p. 264. — Medycyna. 1884. 8.

<sup>36)</sup> Spillmann. Séance du 23 Janv. 1884. dans la Soc. de med. de Nancy.

<sup>37)</sup> H. und M. Zeissl. Lehrbuch der Syphilis. IV aufl. Stuttgart. 1882. p. 457—458.

<sup>38)</sup> Krówczyński. Syfilidologija. Kraków. 1883. str. 158.

<sup>39)</sup> Mauriac. Leçons sur les maladies vénériennes. Paris. 1883. p. 585—587.

<sup>40)</sup> Lang. Vorlesungen über die Pathol. und Therapie der Syphilis. I Hälfte. Wiesbaden. 1884. p. 138.

<sup>41)</sup> Kaposi. Pathol. und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1881. p. 188—189.

<sup>42)</sup> Zeissl. Pigmentsyphilis der Autoren. Algem. Wiener medic. Zeit. 1882. p. 230.

<sup>43)</sup> Fournier. Leçons sur la Syphilis, particulièrement, chez la femme. II édition. Paris. 1881. p. 328.

[Taylor<sup>44)</sup>, O. Simon<sup>45)</sup>]. Poglądy Taylor'a i Simon'a potwierdzili w sych cennych, niedawno wydanych monografiach: Neisser<sup>46)</sup> i Riechle<sup>47)</sup>. Dzięki tym pracom, a niemniej rozprawom Michelson'a<sup>48)</sup> i Maireau<sup>49)</sup>, dawne sprzeczne poglądy, dotyczące barwnikowej wysypki przymiotowej, zostały rozjaśnione, a nauka w tem ciekawem cierpieniu skóry zrobiła krok naprzód.

Wedle spostrzeżeń dopiero co wspomnianych autorów, barwnikowa wysypka przymiotowa, nazwana przez Neisser'a *Leucoderma syphiliticum*, po większej części, lecz nie zawsze rozwija się w następstwie wysypek plamistych i grudkowatych. Czasami wszelako cierpienie, o którym mowa, powstaje pierwotnie, samodzielnie, na skórze dotychczas zdrowej, bez poprzedniego pojawienia się jakichkolwiek wysypek przymiotowych. Wysypka składa się z plam okrągłych białej barwy, które występują najpierw na szyi, a dopiero potem na innych miejscach ciała: piersiach, grzbiecie, bokach. Rzadziej spotykamy się z nią na kończynach. Jeżeli białe plamy *leucodermatis* występują na miejscu dawniejszych plam różyczki (*roseola*) i grudek, to w takim razie przybierają one ich postać i rozmiary. W podobnych razach plamy barwnikowe rozwijają się w następujący sposób: różyczka bliednieje stopniowo i wreszcie każda plamka na całej swej przestrzeni przybiera białą barwę. W razie tworzenia się *leucodermatis* z grudek (*papulae*) najsamprzód rozpoczyna się znikanie barwnika na obwodzie grudki, pośrodku zaś jej przez pewien jeszcze czas daje się spostrzegać ciemno zabarwione nacieczenie. Dopiero po pewnym czasie cała plamka bliednieje i wreszcie staje się zupełnie białą. Jeżeli barwnikowa wysypka przymiotowa powstaje pierwotnie na skórze, to w takim razie najpierw skóra na danem miejscu staje się ciemniejszą, w następstwie zaś pojawia się mnóstwo odsobnionych, drobnych plameczek. Pierwotnie mają one niewyraźne kontury, powoli wszelako bieleją, powiększając swą ilość i wielkość, aż wreszcie przybierają barwę zupełnie białą i ostre zarysy.

W miejscach dotkniętych cierpieniem, zarówno skóra jak i tkanka łączna podskórna, prócz braku barwnika, nie przedstawia żadnych innych zmian patologicznych (nacieczenia, zaniku, łuszczenia i t. p.). W miarę pojawienia się na szyi i tułowiu licznych białych plam, sąsiednie miejsca skóry przybierają barwę ciemno-brązową i kawową. Zjawisko to, zdaniem Neisser'a, polega na wzmożonym nagromadzeniu, nowotworzeniu się barwnika. Białe plamy są zawsze okrągławe. Z początku mają one rozmiary drobne (dosiegają wielkości grochu),

<sup>44)</sup> Taylor. Leucodermatous spots following Roseola syphilitica. Arch. of dermatology. 1876/77. p. 118; 1878. p. 135, 325.

<sup>45)</sup> Simon. Vierteljahr. für Dermatol. und Syphilis. 1883. p. 491.

<sup>46)</sup> Neisser. Ueber das Leucoderma syphiliticum. Vierteljahr. für Dermatol. und Syphilis 1883. p. 491—508.

<sup>47)</sup> Riehl. Ueber das Leucoderma syphiliticum. Wien. medicin. Jahrbüch. 1884. 3—4. pag. 245—267.

<sup>48)</sup> Michelson. Inaug. dissert. Breslau. 1883

<sup>49)</sup> Désiré Leon Maireau. Syphilis et prostituées, principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. Thèse. Paris. 1884.

z biegiem jednakże czasu powiększają się do wielkości soczewicy i więcej, a nawet miejscami stykają się między sobą swojemi brzegami. Na skutek tego barwnikowa wysypka przymiotowa u szczytu swego rozwoju ma wygląd mozaiki, podobnej do grubej siatki o dużych, owalnych i okrągłych, białych oczkach. Zarysy plam białych zawsze są wypukłe, gdy przeciwie brzegi miejsc zabarwionych są wklęsłe. Widocznie i dawni spostrzegacze widywali tę wysypkę na tym stopniu rozwoju, niewłaściwie ją jednakże pojmowali; sądzili bowiem, że białe plamy odpowiadają skórze zdrowej, brunatne zaś smugi poczytywali za miejsca chorobowo zmienione. Zdaje się, że nie udawało im się spostrzegać początkowego okresu wysypki barwnikowej, to jest tej chwili, kiedy na ciemno-zabarwionej skórze pojawiają się drobne plamki. Dopiero Neisser i Riehl po raz pierwszy opisali całą sprawę chorobową, poczynając od pojawienia się niewyraźnych, drobnych plam. Do czasów Neisser'a, wysypka ta była spostrzegana nader rzadko, nawet i teraz mało jest znaną. Zdaje się, że nie wszędzie pojawia się ona jednakowo często. We Wroślawiu np. zdarza się ona u 45% przymiotowych kobiet, a u 4% mężczyzn (Neisser); w Lipsku na 116 przymiotowych znaleziono ją u 16 tylko, a w Wiedniu na klinice Zeissl'a nie znalazł Neisser ani jednego przypadku barwnikowej wysypki przymiotowej. Od czasu pojawienia się pracy Neisser'a, wysypkę tę zaczęto częściej widywać w klinikach przymiotowych. Wedle Riehl'a zdarza się ona często u kobiet, rzadko u mężczyzn (Wiedeń). Podczas mej tegorocznej podróży do Austrii, przekonałem się, że *leucoderma syphiliticum* należy do dość częstych cierpień, widziałem bowiem ze dwadzieścia przypadków w klinikach Lwowa, Krakowa i Wiednia. We Francyi, sądząc z ostatnich wiadomości Maireau, nie jest ona rzadkością. (Pojedyncze przypadki spostrzegano na Węgrzech [Rona<sup>50</sup>], w Ameryce [Taylor<sup>51</sup>]; we Włoszech [Andronico<sup>52</sup>]. W Rosyi, jak się zdaje, opierając się przynajmniej na braku odnośnych danych w literaturze, wnosić można, iż nikt jeszcze nie spostrzegł barwnikowej wysypki przymiotowej.

Powracając do klinicznego opisu *leucodermatis*, wypada powiedzieć parę słów o jego przebiegu i zejściu. Raz wystąpiwszy, pozostaje ono zwykle przez długi przeciąg czasu (od paru miesięcy do jednego roku a czasem i dwóch lat) bez żadnych zmian. Nie objawia się ono żadnemi objawami subiektywnymi i wytrwale opiera się wszelkiemu leczeniu. Wysypka znika zwykle dobrowolnie, bez wpływu środków lekarskich i wtedy miejsca białe stopniowo ciemnieją, żółkną nieco, wreszcie po upływie paru tygodni przybierają barwę zdrowej skóry; różnica zachodząca pomiędzy białemi plamami a ciemno zabarwioną sąsiednią skórą, zmniejsza się powoli i wreszcie znika zupełnie. Opisana powyżej wysypka barw-

---

<sup>50</sup>) Orvosi Hetilap. 1884. 22. p. 608. — Pester medic. chir. Presse. 1884. 12 p. 496. — Przypadek Raisz'a (Orvosi Hetilap. 1884. p. 29. p. 816—817), opisanym jest także pod nazwą *leucoderma syphiliticum*, wszelako zmiany skóry każą go zaliczyć do *vitilligo*.

<sup>51</sup>) Taylor. On the pigmentary syphilis. Journal of cutaneous and venereal diseases. Nr. 4. 1885. April. p. 97—100.

<sup>52</sup>) C. Andronico. Sulla sifilide pigmentaria primitiva. Giorn. internaz. delle scienze mediche. Napoli. 1885. 5. p. 403—406.



nikowa dotychczas spostrzegana była jedynie u syfilityków, w okresie przymiotu drugorzędneho, najczęściej rozwija się ona po zniknięciu pierwszej wysypki przymiotowej, albo też po upływie pewnego czasu po niej, zwykle w ciągu pierwszych dwóch lat od chwili zarażenia się.

Takim jest w ogólnych zarysach obraz kliniczny barwnikowej wysypki przymiotowej. Zmiany anatomo-patologiczne, właściwe barwnikowej wysypce przymiotowej, zbadał i opisał nader szczegółowo Riehl (l. c.) Przed nim dał o nich wiadomość T a n t u r r i (1865), przyszedł wszelako do wniosku, że miejsca białe nie przedstawiają żadnych zmian barwnikowych. Wedle jego zdania, cała istota cierpienia polega na wzmożonem gromadzeniu się barwnika w miejscach skóry, gdzie znajdują się barwne plamy i smugi. Przeciwnie, zgodnie z poszukiwaniami R i e h l ' a , przy *leucoderma syphiliticum* w miejscach chorych znika barwnik w komórkach warstwy Malpighiusza. Na obwodzie białych plam dostrzedz można jeszcze lekkie zabarwienie żółtawe dolnych komórek sieci Malpighiusza, które w miarę oddalania się od białej plamy, stopniowo, bez gwałtownych przejść, zlewa się z prawidłowem zabarwieniem zdrowej skóry. W częściach skóry leżących w bezpośredniem sąsiedztwie białych plam, ilość barwnika, zarówno w komórkach sieci Malpighiusza jak brodawek, znacznie jest powiększoną. Komórki, obfitujące w barwnik, leżą obok naczyń i bezpośrednio pod dolną warstwą sieci Malpighiusza. Ponieważ naskórek i skóra miejsc chorych nie przedstawia żadnych innych zmian anatomo-patologicznych, przeto też białe plamy są zupełnie gładkie i nie łuszczą się. Zdaniem N e u m a n n ' a <sup>53</sup>) bezbarwne plamy przy *leucoderma* mają powstawać w następujący sposób. Zdrowy naskórek pokrywający plamkę różyczki (*roseola*) lub grudkę (*papula*) oddziela się i tworzy się nowy, młody naskórek, który nie zawiera jeszcze barwnika (?). Powstawania pierwotnych plam białych, bez poprzedniego pojawienia się różyczki lub grudek, N e u m a n n zupełnie nie wyjaśnia.

Z uwagi, że opisane powyżej barwnikowe cierpienie skóry pojawia się li tylko u syfilityków, że sama wysypka wyróżnia się szczególnymi morfologicznymi cechami i pewnego rodzaju swoistym przebiegiem klinicznym, pozwalającym na odróżnienie jej od podobnych do niej idyopatycznych cierpień skóry (*vitiligo* i t. p.), należy poczytywać ją za jeden z objawów drugorzędneho okresu przymiotu. W przypadkach wątpliwych, może ono okazać nader cenną pomoc dyagnostyczną, a to dzięki wybornym swym cechom i właściwemu sobie umiejscowieniu. Leczenie anti-przymiotowe, zalecane przeciwko niej, jest zupełnie bezskutecznem; wobec tego, mówiąc o swoistej przyrodzie tej wysypki, nie można sprzeczać się ze zdaniem Riehl'a, który sądzi, że pomiędzy przymiotem i barwnikową wysypką (*leucoderma*) zachodzi związek uboczny a nie bezpośredni. Na podobieństwo mięszszowego zapalenia rogówki (*keratitis parenchymatosa*), zmian w zębach, wypadania włosów i t. p. cierpień nieprzymiotowych, a jednakże często spostrzeganych w przebiegu przymiotu — *leucoderma* zawdzięcza swe pochodzenie pewnego rodzaju upadkowi lub też zmianie w odżywianiu skóry. Ze

<sup>53</sup>) J. Neumann. Über Pigmentirung der Haut in Folge von Syphilis. Wiener mediz. Blätter. 1885. 14. p. 419.

względem na symetryczne zajęcie skóry, bardzo jest prawdopodobnym pewien związek *leucodermatis* z układem nerwowym. Być bardzo może, że zawdzięcza ono swe pochodzenie pewnym zmianom w ośrodkach odżywczych rdzenia kręgowego, dotychczas bowiem spostrzegano je na tułowiu, szyi i kończynach, zaś twarz i głowa nigdy nie bywa niem dotknięta.

W samej rzeczy tegocześni dermatolodzy w ostatnich czasach poczytują wszystkie zaburzenia w zabarwieniu skóry za wynik zmian w ośrodkach regulujących odżywianie danego miejsca skóry (*trophoneurosis*). Zdanie to opiera się z jednej strony na doświadczeniach Hering'a i Goltz'a<sup>54</sup>), z drugiej zaś na licznych spostrzeżeniach klinicznych, wskazujących na niewątpliwy związek zachodzący pomiędzy zmianami w ośrodkach nerwowych i cierpieniami barwnikowymi skóry. Do tej kategorii należą np. zmiany w skórze przy chorobie Adisson'a<sup>55</sup>) i częste przypadki nagromadzenia się barwnika w skórze, w obrębie rozgałęziania się danego nerwu<sup>56</sup>). Jakkolwiek bądź, patogeneza barwnikowej wysypki przymiotowej (*leucoderma*) dużo przedstawia do życzenia; dalsza praca nad tą kwestyją jest rzeczą przyszłości. (D. n.)

## II. NERWICE ZWROTNE WYWOŁANE CIERPIENIEM JAM NOSOWYCH

(*Aphonia spastica. Laryngospasmus. Dyspnoea spastica*).

Skreślił

**D-r T. Hering,**

ordynator szpitala Ś-go Rocha.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 49).

Przypadek 4. Sura H., lat 18 licząca, niskiego wzrostu, szczupła, nieźle odżywiana, pochodząca z rodziców zdrowych, przybyła do szpitala 12. V. 1885 r. z bezgłosem zupełnym i silną dusznością. Chora jest nerwowa, rozdrażniona, miesiączkę miewa regularnie lecz bolesną; w ostatnich czasach krwotoki z macicy pojawiają się kilka razy na miesiąc. Od 2 lat oddaje się samogwałtowi, ztąd też częste cierpienia maciczne i obfite białe upławy. Przed 4 laty spadła ze schodów na głowę (potylicę), poczem chorowała blisko rok cały. Pojawiły się z początku silne bóle głowy, później nieprzytomność, bezwład lewostronny, który po 15 miesiącach, po leczeniu w Ciechocinku zupełnie ustąpił. Przed 2 laty pluła krwią przez kilka tygodni i długo kaszlała.

We Wrześniu zeszłego roku, po zapaleniu gardła, zaniemówiła zupełnie. Wkrótce później pojawiły się napady duszności (*spasmus glottidis*) tak silne, że wymagały dokonania tracheotomii. Po 2 miesiącach rurkę usunięto i stan wzglę-

<sup>54</sup>) Sch wimmer. Die neuropatische Dermatoneurosen. Wien. 1883. p. 206.

<sup>55</sup>) Patrz badania Greenhow'a (Transact. of the internation. medic. Congress. 1881. II. p. 59). i inna.

<sup>56</sup>) Sch wimmer. l. c. p. 211—212. Do przypadków przez niego zebranych zaliczyć należy świeżą obserwację A. Cardarelliego (Riv. clin. d. Univers. di Napoli. V. 1884. pag. 58—61).

dnego zdrowia (dużo kaszłała) trwał blisko 9 miesięcy. Po zaziębieciu się w Maju, ponownie pojawiła się chrypka i duszność, a 16-go Maja, silny nieżyt drobnych oskrzeli, odpływanie płwociny zmieszanej z krwią, wreszcie nasięk zapalny w prawym wierzchołku. Po dwutygodniowym trwaniu tych objawów, gdy gorączka ustąpiła, nagle znowu pojawiły się objawy gwałtownego kurczu krtani i bezgłos zbliżony do kurczowego.

Badanie lusterkiem wykazało, że struny głosowe przy wdechu zamiast rozszerzać się, zbliżały się do siebie, pozostawiając nieznaczną pomiędzy sobą szparę. D. 5. VI. t. r. objawy duszności doszły do tego stopnia, że chorą ułożono na stole operacyjnym z zamiarem dokonania tracheotomii i kolega W s z e b o r zajął się chloroformowaniem chorej. Zaraz po pierwszych odetchnięciach zauważyliśmy ustąpienie duszności, twarz poprzednio sina zbladła, tętno się poprawiło, tak, że zdawało się, iż operacja będzie zbyteczną. Zbudziliśmy więc chorą, lecz ta natychmiast po obudzeniu zaczęła narzekać na duszność, jakkolwiek w mniejszym niż poprzednio stopniu. Operację odłożono do następnego dnia, w którym też, z powodu pogorszenia się skurczu krtani, wykonaną została. Podałem bromek potasu w dawkach pół drachmowych *pro die*, poczem po 15 dniach znaczna nastąpiła poprawa. Głos powrócił, napady skurczu ustąpiły i chora d. 26 VI opuściła szpital z rurką tracheotomiczną. W początku Września znowu zgłosiła się do oddziału z prośbą o wyjęcie rurki. Ponieważ mówiła dość dobrze i oddychała swobodnie przy zatkanej rurce, prosił jej więc po kilku dniach próby, uczyniono zadość. W parę godzin po wyjęciu rurki, pacjentka na ulicy dostała tak silnego napadu duszności, że odwieziona została do jednego z kolegów, który z trudnością zdołał wprowadzić ciekłą rurkę w otwór na wpół już ściągnięty i chorą na powrót do szpitala nam odesłał. Do dziś dnia więc chora oddycha przez rurkę i mówi dość łatwo przy zatkanej kaniuli. Głos ma falsetowy, bardzo piskliwy, z powodu częściowego porażenia *musc. thyro-arytynoid. int. i musc. transversi*. Przy fonacji zostaje więc podłużno-trójkątna szpara. Stan ogólny znacznie się poprawił, oddech przy zatkanej rurce zupełnie jest swobodny. Przypadek ten historycznego cierpienia mięśni krtani zbliża się do opisu podanego przez M i c h a e l a głównie ze względu na ustąpienie duszności po zachloroformowaniu chorej i stanowi ciekawy przyczynek do zaburzeń w inervacji krtani. Muszę jeszcze dodać, że chora dotknięta jest przewlekłym nieżytem nosa z przerostem muszli średniej prawej i lewej dolnej. Ta ostatnia styka się i przylega silnie do listwy kostnej, znajdującej się u dołu przegrody nosowej i pokrytej obrzmiąłą i zacerwienioną błoną śluzową. Walek ten, z powodu skrzywienia przegrody chrzęstnej na stronę lewą, zwęża i tak wąską jamę nosową, a w razie silniejszego obrzmienia muszli dolnej, wciska się w nią i drażni. Z tego powodu badanie zgłębnikiem wykazuje nadzwyczajną drażliwość na dotyk, sprowadza kichanie, łzawienie oczu, lub kaszel. Najciekawszą jednak rzeczą było dla mnie spostrzeżenie, że dotykając tych miejsc zgłębnikiem, pojawił się napad duszności wdechowej, zależny nie tylko od skurczu mięśni krtani, lecz mający charakter astmy. Wystąpiły bowiem na raz głośne świsty i rżenia w oskrzelach, częstość oddechu, sinność twarzy, które trwały do wieczora i ustąpiły dopiero po zażyciu morfiny. Dodać winienem, że przed tym, sztucznie przez podrażnienie błony śluzowej nosa wywołanym napadem dychawicy, chora oddechała swobodnie i lekko, rzeń głośnych wysłuchać nie można było i cały napad duszności zupełnie podobnym był do stanów, opisanych przez H a c k'a w swej pracy (l. c.).

Po przypaleniu obrzmiącej muszli dolnej prawej kwasem chromnym, co uskuteczniłem nazajutrz podczas napadu duszności, takowa natychmiast ustąpiła i stan chorej obecnie znakomicie się poprawił. Głos jest czysty, silny, pozbył się charakteru falsetowego, oddech swobodny, objawów nieżytku w oskrzelach nie ma prawie zupełnie, rzeń wilgotnych bowiem już nie słycać. Dla radykalnego wyleczenia chorej z duszności mam zamiar dłućkiem walek na przegrodzie no-

sowej usunąć, aby przeszkodzić stykaniu się jego i wciskaniu w muszłę dolną.

Podobny zupełnie przypadek duszności kurczowej mam również w szpitalu Ś-go Rocha pod obserwacją. Dotyczy on chorej od dawna cierpiącej na histeryję, która w bardzo różnorodny i ciekawy przebiegała sposób. Przed 2-u laty histeryję jej choroby opisał w Gazecie Lekarskiej kolega Ołtuszewski, gdyż wtedy chora dotknięta była porażeniem mięśni oddechowych (*m. crico-arytaenoides postici*) natury histerycznej. Znają ją dobrze chirurdzy szpitali naszych, cztery razy bowiem z powodu kurczu krtani i objawów zaduszania wykonano u niej tracheotomię. Ostatnia operacja była tylko rozszerzeniem rany tracheotomicznej, a to z powodu dość niezwykłego: chora mianowicie sprzedała swą srebrną kaniulę w szynku za kilkanaście kopiejek, sądząc, że się przez jedną noc bez niej obejdzie. Nad ranem jednak, gdy się otwór w tchawicy zaczął ściągać, chora zaczęła się dusić, i chciała sobie sama wprowadzić starą kaniulę kauczukową. Przy tej manipulacji tarcza się odłamała i rurka wpadła do lewego oskrzela, zką ją kolega Orłowski, po rozszerzeniu rany, nazajutrz wydobyl odpowiednimi kleszczykami. U tej więc chorej, oddechającej dotąd jeszcze przez kaniulę, porażenie mięśni oddechowych ustąpiło, głos jest czysty, ruch strum swobodny, natomiast cierpi ona od kilku miesięcy na *dyspnoea spastica*, i gwałtowne napady kaszlu kurczowego. Kiedy się przed miesiącem po dłuższej niebytności u nas w oddziale zjawiła z silną dusznością, zbaadałem dokładnie nos i znalazłem zmiany następujące:

*Coryza chronica hypertrophica*, czerwonosć całej błony śluzowej obrzmiałej, i soczystej. Przerost obu muszli średnich, silniej uwydątniony ze strony prawej. Przerost umiarkowany muszli dolnej lewej. Drażliwość na badanie z głębnikiem niesłychana. Miejsce zetknięcia muszli z przegrodą jest najczulsze, a jego dotknięcie sprowadza napady duszności i kaszlu tak silne, że trwają do 2 minut i wyczerpują chorą z sił. Inne miejsca są mniej czule, dotknięcie np. muszli dolnej sprowadza kaszel lecz bez duszności. I tu sprawdziłem wspólnie z kolegą Ołtuszewskim, który obie te chore ze mną obserwuje, że napad duszności znikł natychmiast, po przypaleniu kwasem chromnym miejsca najdrażliwszego, t.j. punktu zetknięcia muszli średniej z przegrodą, że więc wyzwalanie się kaszlu i duszności u tych 2 chorych stwierdzić się daje na drodze prostego doświadczenia.

Dalsze spostrzeżenia pozwolą mi może sprawę tę dokładniej określić i zbaadać. Tymczasem notuję ten fakt bardzo mało znany, że *dyspnoea spastica* u histeryczek w niektórych przypadkach zdaje się być natury zwrotnej, zależną od podrażnienia błony śluzowej, lub ucisku (*Druckneurose*) bądź przez muszłę przerwłą, bądź zmiany zapalne błony śluzowej nosa. Zanim przedmiot ten porzucę, chciałbym jeszcze wspomnieć, że i *aphonia hysterica* do tej samej niekiedy zdaje się należyć kategorii, jak mnie o tem przekonało spostrzeżenie następujące.

W ostatnim zeszycie Ziemssen'a *Archiv. für klin. Medizin.* T. 37, str. 579, znalazłem pracę Moser'a o porażeniach krtani, który opisuje przypadek histerycznego cierpienia mięśni oddechowych krtani, połączony ze skurczem głośni, który ustępował po zachloroformowaniu chorej, a wracał po przebudzeniu.

Przypadek 5. W dniu 28 z. m. zgłosiła się do mnie 13-letnia dziewczynka, T. P., cierpiąca na bezgłos przyrody histerycznej od 3 tygodni. Miesiączkowania nie ma, pomimo to fizycznie na wiek swój dobrze rozwinięta, dotąd zawsze zdrowa. Zmian ważniejszych w narządach wewnętrznych nie znalazłem. Struny głosowe prawidłowe, zbliżają się do siebie z pozostawieniem nie wielkiej wazkiej szpary. Ruchy ich bez energii, wolne, nie wywołują żadnego dźwięku. Kaszel jednak głośny.

Leczona dotąd środkami rozmaitemi (*valeriana, tra nuc. vomicar*, stawianiem pryszczedel) bez skutku. Badanie nosa wykrywa: przerost bardzo znaczny dolnej muszli lewej, która zatyka nozdrza, przylega do przegrody i dna nosa, jest czerwona i nieco podatna przy nacisku. Podrzejzrywając związek pomiędzy temi zmianami a bezgłosem, wstrzyknąłem do nosa kilka szpryc bardzo zimnej wody. Nastąpiło skurczenie znaczne muszli, przyczem stwierdziłem, że takowa oddaliła się od przegrody. Głos prawidłowy natychmiast powrócił, lecz chorej, która miała zgłosić się powtórnie dla przypalenia kwasem chromnym, dotąd nie widziałem.

Ogłaszając już teraz powyższe spostrzeżenia, czynię to dla zwrócenia uwagi na ten przedmiot, lecz z góry zastrzegam sobie, że daleki jestem od myśli, jakoby jedyną przyczyną porażen histerycznych krtani lub jej kurczów miało być cierpienie jam nosowych. Znaczniejsza liczba obserwacji dokonanych w tym kierunku przyczyni się zapewne do wyświeatlenia tego pytania. Ogłoszone przezemnie fakta mają tylko na celu zwrócenie uwagi na ten związek, dotąd zamało uwzględniany. Wiem aż nadto dobrze, jak różne, nieraz drobne przyczyny mogą wpływać na przerwanie napadów nerwowych u histeryczek, lub je wywołać, jak często sprawy te ustępują same przy zmianie warunków życia, wzmocnieniu ogólnego odżywiania, wreszcie po usunięciu pewnych szkodliwości (*onania, coitus incompletus*) lub cierpień macicznych.

W podanych spostrzeżeniach, związek zaburzeń nerwowych ze zmianami w nosie o tyle był dla mnie jasnym, że mogłem je dowolnie wywołać, a usunięciem niektórych warunków (ucisku) pewne zaburzenia usunąć. Zdanie Gerharda: „*Man wird die hysterische Aphonie als Reflexlähmung auffassen dürfen, deren Reflexbogen im Grosshirn seine Schliessung findet*“, znalazłoby pewnego rodzaju potwierdzenie, a raczej uzupełnienie, w podanych przezemnie faktach, mianowicie że jedną z przyczyn wywołujących napady mogą być zmiany w nosie. Nie stanowią one jednak istoty sprawy, którą uważać trzeba jako odbywającą się w istocie korowej mózgu. „Tylko w mózgowiu, powiada G., można sobie wyobrazić istnienie odruchowych dróg pośredniczących produkcji mowy, śpiewu, lub kaszlu ze szczególnym przydzwiękiem“<sup>1)</sup>.

Wracając do pierwotnego przedmiotu, a więc do porażenia koordynacyjnego i skurczu głośni przyrody niehisterycznej, chciałbym dotknąć mechanizmu powstawania tej nerwicy i związku jej z t. zw. zmorą (*Alpdruck*), zgodnie z poglądami Hack'a, opartymi na przekonywających spostrzeżeniach kazuistycznych. W rozdziale I, l. c., zatytułowanym: *Alpdruck und Asthma*, wypowiada Hack przypuszczenie, że zarówno zmora, jakoteż skurcz krtani mogą występować jako nerwice zwrotne pod wpływem tej samej przyczyny, że w istocie rzeczy różnią się one od siebie tylko stopniem nateżenia. Wspólną ich cechą stanowi utrudnienie inspiracji. Podczas kiedy jednak wybitny napad skurczu krtani budzi strwożonego chorego ze snu i sprowadza chwilowy brak powietrza, poczem sam przez się ustępuje, przy zmorze, utrudnienie wdechu nie dosięga tego stopnia rozwoju, jest znakomicie słabsze, snu nie przerywa, zdradza się jednak dla chorego i jego otoczenia utrudnionym wdechem, głębokiem bolesnem wzdychaniem i niepokojem. Na poparcie tego przypuszczenia, podaje Hack kilka odnośnych spostrzeżeń, do

1) Laryngoskopie u. Diagnostik. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 45. 1885.

których ciekawego czytelnika odsyłam. Tu nadmieniam tylko, że odpowiednio skierowane leczenie napady skurczu krtani usunęło <sup>1)</sup>, dodać jednak winienem, że w przypadku Hack'a przyczyną nocnych napadów kurczu krtani, czasem zmyry, było niezwykle przekrwienie błony śluzowej nosa. Z usunięciem tego stanu nocne napady ustąpiły.

Krótką wzmiankę o pojawianiu się napadów skurczu oddechowego głosi przy cierpieniu jam nosowych podał niedawno Schadewaldt, w wielce ciekawej pracy zatytułowanej: *Die Trigemini-Neurosen* <sup>2)</sup>. Autor ten nie przytacza wprawdzie kazuistyki, lecz podaje, że u mężczyzny widział napady skurczu krtani, bez zmian (*fissura*) *in parte arytaenoidea*, które to napady miały charakter nerwicy zwrotnej nerwu trójdzielnego, wyzwalane były cierpieniem nosa, a które S. oznacza trudną do spolszczenia nazwą wyładowań zwrotnych (*Reflexentladungen*). Oprócz tych dwóch źródeł, innych spostrzeżeń związku skurczu krtani z cierpieniem nosa *resp.* obecnością polipa w nosie nie znalazłem. Obserwacja moja jest w każdym razie ze wszystkich dotąd ogłoszonych najbardziej przekonywającą.

Inaczej nieco przedstawiają się dwa pierwsze przypadki *aphoniae spasticae* pod względem związku ich z cierpieniem nosa.

Jeżeli ośmieliłem się przypuszczenie to wypowiedzieć, to jednak oczywistych dowodów a głównie dodatniego wyniku leczenia dostarczyć nie mogłem. Za tą hipotezą przemawiały następujące fakty:

1) U obu chorych istniały zmiany charakterystyczne w jamie nosowej, a mianowicie: zgrubienia zapalne muszli średnich i silne przyleganie ich do przegrody nosowej.

2) Drażliwość nadmierna błony śluzowej nosa na dotyk zgłębnikiem, łzawienie z oka, kichanie, nadmierna wodnista wydzielina zaraz po podrażnieniu muszli, t. j. naciśnięciu jej zgłębnikiem.

3) Pogorszenie się mowy u pana G. (spozstrzeżenie 2) po przypaleniu kwasem chromnym, *resp.* po wystąpieniu zapalnego obrzęku i co za tem idzie, zwiększenia się ucisku na przegrodę nosa i poprawa, a właściwie powrót głosu do poprzedniego stanu, po odpadnięciu strupa, t. j. zmniejszeniu się obrzęku muszli, co nastąpiło w kilka dni po przypaleniu.

Dla poparcia prawdziwości mego przypuszczenia jestem w stanie podać spostrzeżenie, ogłoszone obecnie przez Hoffmann'a w *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc* Nr. 7 t. r. w kilka dni po mojej komunikacji o związku *aphoniae spasticae* z cierpieniem nosa (Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Czerwcu 1885).

Dotyczy ono nauczyciela 57-letniego, u którego, wskutek ciągłego nadużycia głosu, w roku 1879, rozwinęło się cierpienie krtani, w postaci kurczu koordynacyjnego. Ilekroć razy chory usiłował mówić głosem piersiowym, rozwijał się typowy skurcz głosi. Później napady występowały również przy polykaniu płynów i zmuszały do bardzo ostrożnego polykania. Chory, z obawy napadu, mówi tylko szeptem. Krtani zmian żadnych nie przedstawiała, natomiast obie muszle średnie były w końcu polipowo zwyrodnione. Po odjęciu tych części zapo-

<sup>1)</sup> Hack. Reflexneurosen u. Nasenleiden. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 25. 1882. Spostrzeżenie 10.

<sup>2)</sup> Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 38. Praca ta niezadługo streszczoną zostanie w Gazecie Lekarskiej.

mocą pętli galwanokaustycznej, po 8 dniach kurcz fonacyjny ustąpił, chory mógł mówić głośno swobodnie i poprawa ta, a raczej wyleczenie, trwa do chwili obecnej, t. j. przeszło rok cały.

Podane powyżej spostrzeżenia, zgodne co do patogenii z poglądami Hack'a, zmuszają mnie do uwzględnienia jego zapatrywań i krytycznego ich rozbioru. Dla kolegów z kwestyją tą mniej obeznanych winienem znaczenie jej poprzedzić wzmianką o jej rozwoju, gdyż kwestyja ta obecnie zwróciła na siebie uwagę nie tylko specjalistów lecz ogółu lekarzy praktycznych.

Fakt odkryty przez Voltolini'ego 1877, że astma pozostaje w pewnym związku z obecnością polipów nosa i ginie często po usunięciu takowych, w krótkim czasie został potwierdzony spostrzeżeniami innych autorów, jak to Hānissch'a, B. Frānkela Hartmann'a i Schāffer'a. Stwierdzono również i prawdziwość zdania Voltolini'ego, że najczęściej drobne, nieliczne, ruchome polipy wywoływały duszność, przy zupełnem zaś zatkaniu nosa przez duże polipy, zwykle nie bywało napadów. Inne prace o nerwicach zwrotnych jako to Hercoga o nieżycie nerwowym, Willego<sup>1)</sup>, głównie zaś praca Schadewaldta o nerwicach nerwu trójdzielnego (l. c.) nie zostały dostatecznie uwzględnione. Zasługą Hack'a jest, iż ponownie zajął się tą kwestyją i zwrócił uwagę na cały szereg zaburzeń nerwowych, zależnych od cierpienia jam nosowych.

Pierwotne poglądy Hack'a, ogłoszone w 1882 i 1883 r. l. c., dają się streścić w następujący sposób.

Ciała jamiste przedniego końca muszel dolnych mogą, wskutek podrażnienia bądź błony śluzowej przegrody nosa, bądź muszel średnich, powiększyć swą objętość, t. j. obrzmiewać, a to z powodu silniejszego dopływu do nich krwi. Momentem pobudzającym mają być: 1) zmiany ciepłoty (zimno lub zbyt duże ciepło), kurcz lub nieczyste powietrze, 2) zmiany patologiczne błony śluzowej nosa, lub gardzieli, 3) pobudzenie specjalnych nerwów zmysłowych lub skórnych<sup>2)</sup>.

Pod wpływem tego obrzmienia muszel, któremu towarzyszy napięcie i rozciąganie błony śluzowej pokrywającej muszle, powstają na drodze zwrotnej zaburzenia nerwowe w odleglejszych nawet narządach, jako to: *asthma*, *migraena*, skurcz krtani, zawroty głowy, kichanie (*Niesskrampf*), nerwobóle nerwu trójdzielnego, nadoczodołowego, mrocunki. Z nerwic naczynioruchowych widział Hack zarówno obrzmienie skóry twarzy, obrzmienie powiek lub okolicy nosa, jakoteż zaburzenia wydzielnicze w postaci łzawienia lub obfitych surowicznych odpływów z nosa, wreszcie zaburzenia czynnościowe, np. kaszel nerwowy. Gorączka sienna (*Heufieber*) i napady epilepsyi dopełniają grupy zaburzeń wywołanych również cierpieniem jam nosowych. Cały ten szereg zmian nerwowych może być, zdaniem Hack'a, przerwany, jeżeli narządy pośredniczące, *resp.* wyzwalające takowe, a więc ciała jamiste muszel, zostaną usunięte, t. j. zniszczone zapomocą żegadła galwanicznego.

Bardzo liczny materiał kazuistyczny służył za poparcie podanych przez Hack'a wniosków i rzeczywiście zdumiewające przedstawiał wyniki. Spostrze-

<sup>1)</sup> Deutsche med. Wochensh. 1885. Nr. 16, 17.

<sup>2)</sup> Hack przyjmuje istnienie i udział w obrzmieniu t. z. przez niego nerwów naprężających (*nervi erigentes*).

zenia Hack'a dały pochoop do całego szeregu prac, z których większa część stwierdzała prawdziwość jego wniosków, inna znowu część zaprzeczała bądź prawdziwości teorii, bądź pożytkowi stosowanego leczenia, inna wreszcie redukowała wyniki lecznicze uzyskane na tej drodze do mniejszych nieco rozmiarów. Pojawily się też i spostrzeżenia rozszerzające zakres cierpień zwrotnych, zależnych od cierpień nosa. Sommerbrodt ogłosił kilka spostrzeżeń, na mocy których pewne postacie nieżytów oskrzeli, przebiegające bez duszności, uważa jako zależne od zwrotnego rozszerzenia naczyń krwionośnych błony śluzowej oskrzeli. Przypalenie galwanokauterem błony śluzowej muszel dolnych miało nieżyty te, długi czas trwające, szybko i doszczętnie usuwać. E. Fränkel opisał przypadki uporczywego ślinotoku, wyleczonego tą samą metodą, t. j. zniszczeniem obrzmiałych muszel dolnych. Hack pierwotnie przyznawał główne znaczenie w powstawaniu odruchów obrzmieniu przednich końców muszel dolnych, przyczem obrzmienie to uważał nie jako następstwo przewlekłego nieżyty, lecz jako zmianę powstającą pośrednio, pod wpływem wymienionych powyżej szkodliwości, *resp.* podrażnienia nerwów naprężających. Wkrótce jednak, opierając się na dalszych spostrzeżeniach, widział się zmuszonym rozszerzyć zakres swej teorii, gdyż pojawianie się nerwic zwrotnych spostrzegał i przy obrzmieniu muszel średnich nosa i to zarówno ich końców przednich jako też i końców tylnych. Obecność polipów w nosie uważał on jako moment utrudniający powstanie nerwic, głównie wtedy, gdy z powodu swej wielkości przeszkadzały obrzmieniu muszel nosa, gdyż wogóle sądził, że błona śluzowa mało zmieniona łatwiej wyzwala nerwice zwrotne, aniżeli błona przewlekłym nieżytem zwyrodniona. Dla Hack'a cała sprawa obrzmienia muszel była niezależną od przewlekłego nieżyty, lecz zawisłą od podrażnienia nerwów pobudzających obrzmienie.

Pierwszy silny cios tej teorii zadał E. Fränkel<sup>1)</sup>, który opierając się na badaniu drobnowidzowem (odjętych za pomocą pętli galwanokaustycznej) przednich końców muszel dolnych, doszedł do wniosków następujących. Obrzmienie muszel jest wynikiem sprawy zapalnej, a mianowicie przerostu błony śluzowej pokrywającej rusztowanie kostne. Przerost ten czasami ogranicza się tylko do błony śluzowej, czasem podlega mu i tkanka jamista muszel (*Schwellgewebe*), bądź w postaci ograniczonej (guzowatości) bądź rozlanej. Stosownie do tego, guzy mogą przedstawiać się rozmaicie: w pierwszym razie są one szaro-różowe, miękkie, elastyczne, w drugim razie, przy rozroście tkanki jamistej, są ciemno-czerwone, twarde, niepodatne. W przerostach tych bierze udział zarówno tkanka podśluzowa, gruczoły śluzowe jak i ciała jamiste. Z poszukiwań E. Fränke'la wynika więc przedewszystkiem, że przewlekły nieżyt nosa stanowi przyczynę cierpienia, lub często bardzo towarzyszy zaburzeniom, o których tu mowa. Pod wpływem tych badań, Hack też z biegiem czasu teorię swoją rozszerzył i przyjął, że i obrzmienie muszel średnich może wywołać nerwice zwrotne, jakkolwiek mechanizmu

<sup>1)</sup> Sammlung klin. Vorträge. Nr. 242. 1884.



obrzemienia uparcie bronił i udziału w niem sprawy zapalnej, przerostowej nie przyznawał. W ostatnich czasach, pod wpływem nowszych prac, a może i pewnych zawodów leczniczych, H a c k pierwotny swój sąd jeszcze bardziej zmienił i przeciwnikom swej teorii zaczął przyznawać, że w niektórych, rzadkich wprawdzie, przypadkach i bez obrzemia muszel, *resp.* ciał jamistych, nerwice zwrotne mogą się rozwijać, że wystarcza niekiedy silne przekrwienie błony śluzowej, wobec pewnego usposobienia nerwowego, którego jednak bliżej nie określił. Nie przyznał jednak dotąd słuszności dawniejszym poglądom B. Fränke l'a<sup>3)</sup> i niedawno ogłoszonym spostrzeżeniom M. Sch ä f f e r'a<sup>4)</sup>, jakoby zmiany, towarzyszące przewlekłemu przerostowemu nieżyłowi bądź jamy nosa, bądź jamy nosogardzielowej, mogły wywołać nerwice zwrotne, jak również broni dalej swego leczenia, polegającego na zupełnem zniszczeniu żegadłem tkanki ciał jamistych muszel.

Jedno wszakże zrobił H a c k swym przeciwnikom ustępstwo, t. j. przyznał że w bardzo wielu przypadkach duszności, zniszczenie muszel żegadłem żadnego nie wywarło wpływu na cierpienia zwrotne.

Własne moje doświadczenie wykazało mi, że spostrzeżenia H a c k'a, t. j. związek wielu cierpień nerwowych zwrotnych, zarówno jak i zmian odżywczych wprawdzie w zupełności jest prawdziwym, lecz że ani tłómaczenie tych zmian li tylko obrzękiem muszel, ani też pożytek jednostajnego leczenia, polegającego na zupełnem niszczeniu ciał jamistych, nie sprawdza się obserwacją kliniczną.

(C. d. n.)

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 58. Dr. August Schott. Przyczynę do leczenia przewlekłych chorób serca. (*Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten*).

Do niedawnego jeszcze czasu rokowanie w najrozmaitszych chorobach serca było prawie zawsze niepomyślne. We wcześniejszych okresach zalecano chorym cierpiącym na serce spokój, powstrzymanie się od zajęć i t. p., słowem bierne wyczekiwanie wcześniejszego lub późniejszego zakłócenia kompensacyi, skoro zaś oznaki osłabienia siły mięśniowej serca stały się już widoczniejszymi, wtedy uciekano się do znanego wybornego środka, naparstnicy, której dobroczynny wpływ był jednak najczęściej przemijającym. W razach, w których i naparstnica po dłuższem użyciu okazała się bezskuteczną, lub nawet szkodliwą, wyczekiwano bezzaradnie smutnego końca. Dopiero Beneke w r. 1872 w pracy swej: *Zur Therapie des Gelenkrheumatismus und der damit verbundenen Herzkrankheiten*, wskazał nowe drogi w leczeniu chorób serca. Wbrew utartemu zdaniu twierdził on, iż chorych, cierpiących na reumatyzm stawowy z jednoczesnem zajęciem serca, nie tylko można lecz należy poddawać leczeniu kąpielowemu; dalej, że nawet świeże wybujałości na błonie wewnętrznej serca pod wpływem kąpeli rozchodzą się, *resp.* wady zastawek znikają. W tymże mniej więcej czasie autor powyżej zatytułowanej pracy, praktykujący w Nauheim, zauważył również bardzo pomyślny

---

<sup>1)</sup> Ueber den Zusammenhang von Asthma nervos. u. Krankheiten der Nase. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 16. 1881.

<sup>2)</sup> Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie u. der Laryngologie. 1885.

wpływ na cierpienia serca. Prócz kąpeli, zaleca on chorym tej kategorii i gimnastykę, mając głównie na względzie pobudzenie osłabionego serca do silniejszej czynności, wzmożenie odżywiania mięśnia serca, wywołanie przerostu a usunięcie rozszerzeń. Tym sposobem A. Schott'owi należy się pierwszeństwo wprowadzenia do terapii chorób serca kąpeli i gimnastyki, jako środków wzmacniających, tonizujących osłabione serce. Po pracach autora zjawily się inne, jako to Majera z Akwisgranu, Groedela z Nauheim, Scholtz'a z Cudowy stwierdzające również skuteczność kąpeli. Wreszcie w ostatnich czasach zjawila się obszerna praca Oertel'a, który również gimnastykę (wchodzenie na góry) uważa za jeden z najważniejszych czynników, wpływających korzystnie na wzmocnienie osłabionego mięśnia serca.

### Sposób stosowania kąpeli.

U chorych, u których występują dość wyraźne oznaki nieodstateczności mięśnia serca, najlepiej zaczynać od kąpeli słabszych, t. j. rozcieńczonych, pozbawionych gazu. W Nauheim solankę, pochodzącą ze źródła Nr. 7 i zawierającą bardzo mało gazu, pozbawia się resztki gazu za pomocą klócenia i miesza się z mniejszą albo większą ilością wody słodkiej. Do kąpeli sztucznych używa autor soli kuchennej w ilości 1—1½% lub 1—1½ *pro mille* soli Nauheimskiej, składającej się głównie z chlorku wapnia. Z początku kąpiel nie powinna dłużej trwać jak 10 minut, u osób słabszych wystarczy 5 minut. Reumatycy, bezkrwiści i w ogóle łatwo ziębnące osoby powinni rozpoczynać kąpiel od 27° R. Im serce działa słabiej, im mniej na nie liczyć można, tem trudniej następuje zamiast oziębienia rozgrzanie skóry na drodze kompensacyjnego przyspieszenia krwiotęgu. Jeśli jeszcze przed kąpielą skóra chorego jest chłodną, tętno słabe, a sam chory wskutek upadku odżywiania wyniszczony, to już kąpiel o ciepłocie o jeden stopień niższej wywołuje szkodliwe ziębnienie; napływ wielkiej ilości krwi z powierzchni skóry do narządów wewnętrznych powiększa przeszkody, jakie osłabione serce ma do zwalczania; oprócz tego zbyt silny bodziec termiczny działa wyczerpująco na serce. Tym sposobem za zimna kąpiel może spowodować pogorszenie dotychczasowych objawów, jako to: rozszerzenie serca, niemiarowość tętna, duszność i t. p.

Cierpiący na gościec nie powinni, nawet przy dość znacznej sile serca, używać kąpeli o niższej temperaturze. Z początku są oni zwykle skłonni do prędkiego oziębienia skóry, wyparcia zaś krwi do mało odpornych naczyń i tkanek poprzednio zajętych stawów należy się zawsze obawiać. Dla tego też u reumatyków przechodzi się do kąpeli zimniejszych nieco później, aniżeli u innych chorych na serce. Z drugiej strony rzadko wskazane są kąpiele o ciepłocie wyższej jak 27° R. Kąpieli zaś powyżej 28° R. autor na mocy własnego doświadczenia nigdy nie zaleca, wyjąwszy w przypadkach, w których napięcie układu tętniczego, *resp.* tętna promieniowego jest nadmiernie silne. Kąpiele cieplejsze są przez chorych nieźle znoszone, a nawet mogą one wywierać bardzo pomyślny wpływ w innym kierunku, a mianowicie przez to, iż wobec przepelnionego krwią układu naczyniowego, zastojów krwi w nerkach i wobec mniejszego wydzielania moczu, odciągają krew do skóry, a przez jednoczesne wywołanie obfitych potów zapobiegają zbyticznemu przepelnieniu układu naczyniowego. Co się tyczy jednak działania tonizującego, które stanowi główne wskazanie dla wzmocnienia siły serca, dla zwiększenia masy mięśniowej serca, to, takowemu nie odpowiadają wyższe ciepłoty kąpeli. Zamiast cieplejszych kąpeli, lepiej zalecić chorym pozostawać w nich krócej. W pierwszej połowie minuty, chory powinien w kąpeli zachować się spokojnie leżąc, chociażby mu woda wydała się nieco za zimną, aż do wystąpienia przyjemnego uczucia, spowodowa-

nego bądź to pobudzeniem układu krwionośnego *resp.* rozgrzaniem skóry, bądź to przywykaniem. Skoro jednak po upływie minuty lekkie uczucie zimna trwa dalej, to należy dodawać do wanny tyle ciepłej wody, aby ono znikło. Z postępem leczenia choroby, już to wskutek przywyknienia, już to wskutek żywszego krwiobiegu, lepszego odżywiania, chory zność będzie coraz zimniejsze kąpiele.

O ile się da, należy unikać powtórnego ziębienia, przez które autor rozumie ziębienie, jakie występuje u chorego po krótszem lub dłuższem przebywaniu w wannie, pomimo iż przy wchodzeniu do kąpieli był ciepłym, lub też rozgrzał się wkrótce. Powtórne ziębienie wskazuje, iż kąpiel trwała za długo w stosunku do ciepłoty chorego. Reakcyjne ogrzanie skóry (za pomocą przyspieszenia krwiobiegu i przemiany materii) nie przychodzi do skutku. Gdyby się coś podobnego jeszcze raz zdarzyło, należy poradzić choremu, aby przez dopuszczenie gorącej wody do wanny rozgrzał się, a skoro to nastąpi, aby wannę jak najprędzej opuścił.

Skoro kąpiele są dobrze znoszone, należy stosować silniejsze, t. j. stopniowo powiększać ich stężenie (koncentrację) nie tylko pod względem soli głównej, chlorku sodu, lecz także i silniej działających składników, jako to: chlorku wapna a później i kwasu węglanego.

Większa część chorych powinna w początku leczenia robić przerwy w używaniu kąpieli, następnie robić pauzę raz na tydzień. Jednocześnie można także do pewnego stopnia powiększać czas trwania kąpieli, w poważniejszych chorobach serca rzadko znajdujemy wskazanie do przedłużenia kąpieli nad 20 minut. Kąpiele powinny być zalecane stopniowo coraz silniejsze (pod względem drażniącym skórę części składowych), coraz zimniejsze, coraz dłuższe i coraz częstsze. Jednocześnie zachowaną być winna ścisła kontrola nad stanem ogólnym chorego, jak również i serca. Skutek dzisiejszej kąpieli da wskazówkę do zalecenia jutrzejszej. Częste ważenie chorych są ważnym środkiem kontrolowania skutków kąpieli. Jeśli chory po 1—2 godzin po pierwszej kąpieli czuje się zmęczonym, lecz później wraca do sił, to następnego dnia można mu pozwolić na taką samą kąpiel, lecz w żadnym razie nie należy powiększać koncentracji kąpieli, ani też jej trwania. Jeśli zaś zmęczenie trwało dłużej, to następnego dnia lepiej kąpieli nie brać. Podobnej zasady trzeba się trzymać w całej kuracji, wtedy w krótkim przeciągu czasu chory dobrze zność będzie najsilniejsze kąpiele, które przedwcześnie brane byłyby wywoływały pogorszenie jego objawów chorobowych. O ile z jednej strony starannie unikać należy za silnych kąpieli, o tyle znowu z drugiej należy dążyć, o ile się da, do wcześniejszego stosowania kąpieli, któreby pożądaný skutek wywoływały. Za takowe zaś w początku leczenia uważać trzeba takie, po których bezpośrednio występują oznaki wzmacniającego działania na serca. Tętno powinno stać się wolniejszym i silniejszym, a ciśnienie krwi, mierzone sfigmomanometrem, większem. W razie pomyślnego wpływu, tępość serca bezpośrednio po kąpieli powinna się zmniejszyć. Do tego zmniejszenia tępości serca dojść należy, nawet gdyby ono nie utrzymywało się w ciągu całego dnia. Z drugiej wszakże strony, jeśli wystąpią powyższe dobroczynne skutki kąpieli, trzeba się wystrzegać, aby mocniejszymi kąpielami nie wywołać zbyt silnego działania na serce. Nie zapominajmy, że mamy do czynienia z osłabionem sercem, od którego wymagamy nadmiaru pracy. Nadmierne wymagania prowadzą wprost do częściowego zaniku lub zwióczenia mięsno-nerwowej masy serca.

Kąpiele, które przepisują w Nauheim, przechodzą rzadko razem z dodatkiem ługu macicznego po nad 2—3% ClNa i  $\frac{1}{2}$  — najwyżej 1% chlorku wapna.

Co do ilości kwasu węglanego, to podobnie jak w Schwalbach wynosi ona około 3 gram. na liter.

Do sztucznego naśladownictwa powyższych kąpieeli autor używa dwuwęglanu sodu 1 kilogr. 1 kilogr. 42% kwasu solnego, jeśli zaś kwas jest słabszy, to odpowiednio więcej, przytem pozostaje jeszcze niewielki nadmiar dwuwęglanu sodu, który dobrze wpływa na konserwowanie wanny metalowej. Najprzód rozpuszcza się dwuwęglan sodu, dopiero kiedy kąpiel zupełnie jest gotową, dodaje się kwasu solnego. Skoro czas nie nagli, wlewa się takowy pod wodą, przeprowadzając odkorkowaną butelkę po całym dniu. Jeśli kwas węglany zacznie się wydzielać, wtedy nie należy poruszać wody, wiadomo bowiem, że nawet w naturalnej wodzie mineralnej, zawierającej kwas węglany, ten ostatni ułatwia się przy każdym poruszeniu wody. Skoro zaś nie ma czasu na powolne wylewanie kwasu solnego pod wodą, to wylewa się go ostrożnie na górną warstwę wody, nie kłócąc jej. W końcu usuwa się warstwę kwasu węglanego, która utworzyła się, mimo zachowania wszelkich ostrożności, tuż po nad wodą, poruszając powietrze ręką lub też chusteczką przy otwartym oknie. Tym sposobem przyrządzona kąpiel odpowiada pod wieloma względami naturalnej kąpieeli Nauheim'skiej.

### Zastosowanie gimnastyki.

Znakomitym, a w niektórych przypadkach równoznacznym z kąpielami, środkiem przy leczeniu chorych na serce okazuje się odpowiednio ściśle określona gimnastyka. Polega ona głównie na tem, aby ruchy wykonywane były silnie, ale też jednocześnie powoli. Dla wywołania tego jednoczesnego zwolnienia i wzmocnienia potrzebne są przeszkody. Te zaś stawia albo sam chory za pomocą naprężenia mięśni przeciwnych (antagonistów), albo też na wzór szwedzkiej gimnastyki, inna osoba, t. j. gimnastyk. Autor spostrzeżenia swe robił nad tym ostatnim rodzajem gimnastyki. Działanie gimnastyki podobne jest w wysokim stopniu do działania kąpieeli na serce, gdyż obie te metody dążą do wywoływania silniejszych skurczów i przyrostu masy mięśniowej.

Główne prawidła, jakie podaje autor przy stosowaniu gimnastyki, są następujące:

1) Ruchy powinny być wykonywane w ten sposób, aby coraz inne masy mięśniowe były czynnymi, dopiero skoro wszystkie grupy mięśni szkieletu przyjęły udział w gimnastyce, mogą być na nowo powtórzone, jeśli chory nie czuje zmęczenia.

Wszelkierne udziały wszystkich mięśni szkieletu można osiągnąć, zalecając chorym następujące ruchy: *a*) ruchy wyprostowanych kończyn górnych w 3 wzajemnie do siebie prostopadłych kierunkach: *a*) w kierunku szwu strzałkowego; *β*) szwu czołowego; *γ*) linii poziomej. Wreszcie poruszenia wyciągniętych kończyn naokoło ich osi, do których także pronacja i supinacja należą.

*b*) Dla stawów łokciowych i przedramieniowo-napięstkowych i palców pozostają tylko ruchy zgięcia i rozgięcia, odsiebne promieniowe i łokciowe ruchy zaś obrotowe (rotacyjne) podane są już pod *a*.

*c*) Co do tułowia, to zasługują na uwagę następujące ruchy: zgięcie ku przodowi z pozycji zgiętej ku tyłowi i na odwrót, dalej zgięcie na bok, z lewa na prawo i na odwrót, jak również poruszenie kręgosłupa około swej osi w obu kierunkach.

*d*) Wyprostowana kończyna dolna wykonywa ruchy przy stawianiu oporu najpierw ku górze i znowu ku dołowi, następnie podobnie na prawo, na lewo i ku tyłowi ku górze i na dół.

e) Dla stawów kolanowych i stopowych ruchy są wskazane przez samą naturę.

3. Na gimnastyka można w krótkim czasie każdego zwykłego człowieka przygotować.

Gimnastyk powinien się nauczyć: a) zastosowania oporu odpowiednio do stosunku, jaki zachodzi pomiędzy siłą chorego a siłą gimnastyka, tenże stawia opór wyżej, albo niżej. W ostatnim razie, ze względu na dłuższe ramię drąga, na swoją korzyść, zawsze na stronie posuwającej się, zatem np. na stronie łonowej przedramienia, skoro kończyny górne mają być zbliżone do siebie, na stronie grzbietowej, skoro zbliżone do siebie kończyny mają być oddalone. To samo tyczy się kończyn dolnych, gimnastyk stawia opór albo na przedniej albo na zewnętrznej lub też na wewnętrznej powierzchni uda lub łydki, stosownie do tego, czy te lub inne ruchy ma zamiar powstrzymać. W celu przeszkodzenia ruchom zgięcia tułowia, zastosowuje się opór z przodu na rękojeści mostka, z tyłu na kręgach lędźwiowych, dla ruchów zaś wyprostnych tułowia zastosowuje się opór na kark i wyrostek mieczykowaty mostka. Dla powstrzymania ruchów obrotowych tułowia, gimnastyk staje z boku i kładzie prawą rękę z przodu ramienia, usiłującego posunąć się naprzód, a lewą za ramieniem, zmierzającym ku tyłowi. Gimnastyk powinien zawsze wywierać ucisk tylko na jedną powierzchnię, a nigdy nie obejmować członków, aby tym sposobem bezwiednie nie podtrzymywał ruchów, którym ma stawiać opór.

b) Jakkolwiek należy rozpoczynać stawianie oporu z tą myślą, aby podany ćwiczeniom członek skierować w stronę przeciwną celowi, jednakże gimnastyk powinien choremu w ruchach tych ustępować.

c) Opór winien być tak obliczonym, aby ruchy odbywały się powoli, lecz jednostajnie, nie powinien zaś być nigdy tak znacznym, aby chwilami ruchy zupełnie wstrzymywał.

4. Powyższe przepisy dotyczą gimnastyki leczniczej w ogóle, następujący zaś i zarazem najważniejszy przepis dotyczy głównie chorych na serce: choremu zaleca się pokonywać opór powoli, tak jednak, aby oddechanie jego było zupełnie spokojne i aby chory mógł jeszcze przytem rozmawiać. Gimnastyk powinien starannie obserwować usta i skrzydła nosa chorego, a jeśli zauważy choćby ślady ciężkiego oddechu, duszności, powinien zrobić przerwę, dopóki oddech nie stanie się swobodnym. Z początku wymagana jest jak największa ostrożność, przy dłuższem zaś zastosowaniu gimnastyki, chory pokonywa większe przeszkody z coraz mniejszemi przerwami, przyczem serce bardzo się wzmacnia. Zauważyć to można nawet przy wyłącznem zastosowaniu gimnastyki, lecz o wiele wcześniej i wszechstronniej przy jednoczesnem użyciu kąpeli i gimnastyki.

### Bezpośredni wpływ gimnastyki na serce.

Odpowiednie zastosowanie gimnastyki wywiera na osłabione i rozszerzone serce zadziwiające skutki:

1) rozszerzenie serca zmniejsza się przedewszystkiem zaś prawej jego połowy, prawie bez wyjątku do prawidłowych rozmiarów. Na rozszerzenie lewej połowy serca wpływa również w większości przypadków bardzo pomysłnie.

a) W ciągu kilku minut znika część tępości serca, znajdująca się na lewo u góry, a którą odnieść należy do rozszerzonego lewego przedsionka.

b) Nadzwyczaj łatwo ustępują rozszerzenia lewego serca na wysokości brodawki sutkowej i więcej ku dołowi. Zwykle serce ściąga się do normalnych granic, często od linii pachowej, aż do linii sutkowej, lub też jeszcze więcej na wewnątrz, tyczy się to tak niekompensowanych wad zastawki dwudzielnej, jak również i różnych postaci zaniku mięśni serca (stłuszczenie serca—*weakened heart*—anemiczne rozszerzenie serca).

c) Większe przeszkody napotyka gimnastyka przy rozszerzeniach lewego serca, którym towarzyszy silne uderzenie wierzchołkowe serca i mocne tętno. Tutaj należą przypadki, w których komórka będąca już w stanie przerostu, walczy albo przeciw silnemu zwężeniu w ujściu aorty, albo przeciw wysokiemu ciśnieniu przepelnionego układu tętniczego, przy marskości nerek. Wprawdzie i w tych razach rozszerzenie zmniejsza się, ale na to potrzeba dłuższego czasu, 15—20 minut gimnastyki.

d) W zupełnem przeciwieństwie do powiększeń serca w wymiarze poprzecznym, pozostają powiększenia ku dołowi (w wymiarze podłużnym), jakie spotyka się przy mniej lub więcej skompensowanej niedostateczności zastawek aorty lub też przy wadach zastawki dwudzielnej. One to mało poddają się wpływowi gimnastyki.

2) Jednocześnie ze zmniejszeniem rozszerzenia serca zwiększa się napełnienie tętnicy promieniowej i siła tętna. Ciśnienie krwi, mierzone za pomocą sfgymomanometru Basch'a podnosi się o 30—40 mm.

3) Postępując ostrożnie, można także zauważyć zmniejszenie częstości tętna oddechu. Przy mniej ostrożnem zastosowaniu gimnastyki, częstość tętna i oddechu zwiększa się, poczem dopiero występuje zmniejszenie częstości, lecz nie zawsze, co zresztą nie wpływa na zmniejszanie się rozszerzenia. W wielu razach zmniejsza się pod wpływem gimnastyki niemiarkowość tętna na krótki czas lub też znika zupełnie.

4) Zdumiewające bywają często zmiany wysłuchowe serca. Tętno serca stają się silniejszymi, występują częściej, jeśli ich poprzednio brakowało. Szmerzy mogą się stać wyraźniejszymi w skutek zwolnionej czynności serca, częściej jednak zdarza się, iż szmerzy i rozszczepienia tonów znikają, co wskazuje, iż powodem ich było osłabienie mięśnia serca.

5) Jednocześnie ze zmniejszeniem rozszerzenia serca, zmniejsza się niekiedy w bardzo widoczny sposób obrzmiała, w stanie zastoju krwi będąca wątroba. Dla usunięcia bardzo gwałtownych bólów w okolicy wątroby, zależnych od zastojów krwi w tejsze, gimnastyka okazuje się najszybszym i najdzielniejszym środkiem.

6) Gimnastyka zwalcza wybornie napady duszności u chorych na serce.

(D. n.)

(*Berlin. klin. Wocheuschrift* Nr. 33, 35, 35, 36. 1885). J. Pawiński.

---

#### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

*Przegląd lekarski* Nr. 49. B o s s o w s k i. Przypadek groźnej asfiksji wśród narkozy choloroformowej z pomyślnem zakończeniem. — *Rosenblatt*. Choroby układu nerwowego spostrzeżane w szpitalu Ś-go Ludwika od roku 1878—1882.

*Medycyna* Nr. 49. N e u g e b a u e r. Rozwieracz nóg dla operacyj geniatrycznych.

---

### OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1886 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

---

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 28 Ноябрь 1885 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.

# Labolatoryjum Chemiczne

przy APTECE

## K. RAKOWSKIEGO

w ZAWICHOŚCIE.

POLECA:



1885



1885

**Syrop** Podfosforonu wapnia i Forgeta, analizowane przez W. Dr. Nenckiego

**Syrop** Mlekana żelaza z winem

**Pigułki** z jodku żelaza (Blancarda)

**Wino** chinowo-kakaowe Bugeaud

**Elixir**, kit i proszek do zębów czarny z chiną

**Wodę** leśną wyborowego zapachu.

Skład dla Warszawy u W. Waligórskiego ulica Nowy-Świat Nr. 42.

11-7

## PREPARATY BAKTERYJOLOGICZNE

Z pracowni prof. Koch'a w Berlinie z wszystkich znanych czystych hodowli są do nabycia a mianowicie: Micrococcus prodigiosus; M. indicus, Bakt. niebieskiego mleka; B. zielonej ropy, Aspergillus niger, Asp. fumigatus; A. flavescens; Mucor corymbifer; M. rhizopediformis; Mier. tetragenus; M. Erysipelas; M. pyogenes; Staphyloc. albus; Staph. aureus; Posocznica myszy; Pos. królika; Zapal. płuc; Tyfus; Cholera; B. Finklera; B. serowe; 4 stopnie karbunkułu; B. sianowe; B. złośliwego obrzęku; Czarne drożdże; Czerwone drożdże, B. nosacizny; B. gruzlicze.

Cena preparatu 50—100 kop. Przesyłka pocztą z doliczeniem kosztów opakowania.

Odo Bujwid, Wilcza Nr. 12.

## „ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Pierwszy numer ukazał się 1-go Października r. b.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Przenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach

0-9

### NA 10 PRZYPADKÓW 8 RAZY

Uspakajają się w przeciągu kilku minut **MIGRENY I NEWRALGIE**  
przez użycie PEREŁEK ESSENCYI TERPENTYNOWEJ D-ra CLERTAN

Każdy flakonik zawiera 30 perełek, co stanowi kilka kopiejek na każde leczenie.

Jeżeli słaby żołądek lub obstrukcja jest powodem migreny, wtedy należy używać

WĘGLA D-ra BELLOC

Podpis  
etykiecie

na *Dr. Belloc*

Essencya Terpentynowa w perełkach Dr. CLERTAN jest chemicznie czysta.

Na każdym  
flakoniku  
jest podpis

*Clertan*  
*Dr. Clertan*

FABRYKACJA I BYCZALTOWA SPRZEDAŻ  
19 rue Jacob w PARYŻU.  
ZNAJDUJĄ SIĘ U WSZYSTKICH APTEKARZY

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

# PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,  
oryginalnie napisana przez

**D-ra Med. Rothego**

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—

---

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

---

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

# CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

*prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.*

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

---

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć życiorys

Professora D-ra H. Hoyera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie życiorysu z „Księgi Pamiątkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama jak w „Księdze“. Cena rubli trzy. 30.