

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK EKLAMPSYI PORODOWEJ U EPILEPTYCZKI, z bardzo wysoką ciepłotą przebiegający.

Opisał

Józef Jaworski,

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

(Dokończenie).

W opisanym powyżej przypadku epilepsya powikłaną była eklampsyą porodową. Całozbiór odnośnych objawów zdaje się przemawiać za tem, że w tym razie nie były to tylko złożone (paroksyzmatyczne) napady epileptyczne, stanowiące to, co nazywają l'état de mal epileptique w ścisłem słowa znaczeniu.

Naprzód, chorą przed wystąpieniem drgawek miała mdłości, bóle żołądka w połączeniu z bólem głowy, co stanowi niewątpliwą zapowiedź eklampsyi porodowej (O l s h a u s e n).

Drugim ważnym dowodem, przemawiającym w tym przypadku za istnieniem także i eklampsyi porodowej, jest znaczny

białkomocz i obecność w moczu elementów ukształtowanych, świadczących o ostrem zapaleniu nerek.

Obecność białkomoczu podczas drgawek porodowych stale jest stwierdzaną. Na 200 przypadków drgawek porodowych, podanych przez Olshausena, a w 168—badanych w tym kierunku, u 4 chorych można było wykazać tylko małe ilości lub ślady białka. Były to wszystko przypadki lekkie. Zupełny brak białka w moczu został stwierdzony tylko u jednej chorej 40 letniej, siódmy raz rodzącej, która miała siedem napadów drgawek. U pozostałych 163 chorych ilość białka w moczu była znaczną, tak że w próbówce ścięte białko zajmowało połowę przestrzeni, a nawet całą próbówkę.

Feustell w swoich 80 przypadkach wykrył białko 79 razy.

W moim przypadku obok znacznego białkomoczu (8 pro mille) mieliśmy: czerwone ciała krwi, nabłonki nerkowe, wałeczki ziarniste etc., co wszystko przemawiało za ostrą formą cierpienia nerek.

Wprawdzie i po napadzie epileptycznym znajdowano białkomocz (Huppert, Karrer, Witinni), ilości białka jednak w tych razach są bardzo małe, a sam objaw — prawdopodobnie uwarunkowany jest zastojem żylnym i chwilowem zaduszaniem.

Bardzo znamienne i uderzające zjawiskiem u mojej chorej były tak wysokie podwyższenia ciepłoty.

Gdy pierwszego dnia choroby ciepłota wynosiła 38,1, nazajutrz po 39 napadach 40,8; wieczorem tegoż dnia—po 21 napadach dosięgła już 41,1. Następnego dnia raniem po 16 napadach obniżyła się do 40,5, wieczorem tegoż dnia nieco się wzmożyła—do 40,8, na kilka zaś godzin przed śmiercią, pomimo zmniejszenia się liczby i natężenia napadów, dosięgła maksimum 41,2.

Tak wysokie podniesienia ciepłoty właściwe są postaci epilepsji wielonapadowej. Ciepłota podnosi się tutaj do wysokiego natężenia, może bowiem przekroczyć 40 stopni i dosięgnąć 41, gdy napady ciągle się powtarzają.

Charcot uczynił z tego powodu ciekawe spostrzeżenie, mianowicie, że podwyższenie ciepłoty trwać może jeszcze

przez dni kilka po ustąpieniu drgawek epileptycznych. Autor ten nie uważa takiego wzniesienia ciepłoty (nawet ponad 41°) za zapowiedź bezwarunkowo śmiertelnego zejścia i polemizuje w tym względzie z poglądami Wunderlicha i Erba. Z drugiej strony Charcot zgadza się na to, że już napady drgawek same przez się mogą spowodować śmierć i powołuje się w tym razie na przypadek, opisany przez Wunderlicha, w którym po ośmiotygodniowym trwaniu drgawek histerycznych przy ciepłocie prawidłowej nastąpiło niespodziewane pogorszenie i w ciągu kilku godzin nastąpiła śmierć. Winieniem jednak dodać, że i w tym przypadku ciepłota przed śmiercią wzniosła się do 43°C . Tak jak znów w przypadkach Charcota, podawanych przezeń przy różniczkowej dygnozie pomiędzy histero-epilepsyą a epilepsyą, ciepłota pozostawała w granicach $37,8$ — $38,5$, pomimo, że liczba napadów drgawek (u histero-epileptyczek) niekiedy daleko poza setkę w ciągu doby przechodziła.

Badaniem nad wzniesieniami ciepłoty przy chorobach układu nerwowego zajmowali się między innymi Wunderlich w Niemczech, a Bourneville we Francji. Pierwszy z tych autorów zwrócił uwagę na to, że w przebiegu najróżnorodniejszych chorób tego działu ciepłota może się powoli lub szybko podnosić do wysokości 42° i wyżej, nawet do 43° , 44°C .

Wunderlich — jak wiadomo — tym wzniesieniom ciepłoty nadał nazwę konaniowych i przedkonaniowych (*agonalis et praeagonalis*).

Nie wchodząc tutaj w hipotezy, usiłujące tłómaczyć te wysokie wzniesienia ciepłoty przy sprawach chorobowych układu nerwowego, wypada mi zaznaczyć, że, gdy jedni stawiają je wyłącznie w zależności od liczby napadów, resp. wytwórczości ciepła przez pracę mięśni otrzymanego — Gowers, Olshausen; inni, Charcot, a poniekąd Westphal, twierdzą, że te wzniesienia ciepłoty nie są wyłącznie wynikiem stanu, zwanego *l'etat de mal epileptique*, lecz zależą także od współcześnie przebiegających procesów w ośrodkach nerwowych.

Faktem pozostaje, że przy postaci epilepsyi wielonapadowej, przy *status epilepticus* ciepłota ciała podnieść

się może do wysokich stopni 40 i 41 (Charcot), z drugiej zaś strony statystyczne dane Olshausena wymownie świadczą, że i w eklampsyi porodowej podniesienie ciepłoty zależy od liczby napadów, resp. od status epilepticus. W 31 przypadkach, w których ciepłota doszła lub przewyższała 39 C., przeciętna liczba napadów wynosiła 15; w 130 zaś przypadkach, w których ciepłota nie doszła do 39 C., przeciętna liczba napadów wynosiła 9.

W przypadku przeze mnie obserwowanym charakter samych drgawek był przy każdym oddzielnym napadzie ten sam i jednakowo przemawiał za epilepsyą, jak i za eklampsyą porodową.

Sprawdzianu dla różniczkowania symptomatologii samego napadu tych dwóch cierpień dyagnostyka nie podaje, a i przypadek powyższy potwierdził tylko tożsamość przebiegu napadu drgawek porodowych i epileptycznych. Zresztą w myśl opinii autorów, wymienionych na wstępie, wykluczanie eklampsyi porodowej ze związku patogenetycznego z epilepsyą jest zbyt arbitralnem i niesłusznem.

Dla bliższego oświetlenia tych związków, jakie zachodzą pomiędzy eklampsyą porodową a epilepsyą i wogóle chorobami układu nerwowego, Féré w przytoczonym już powyżej dziele, podaje bardzo interesujące tablice, z których porównawcze dane cyfrowe czterech kategorii cierpień wyjąć sobie pozwalam.

Związki rodzinne 308 epileptyków.
(62 żonatyh, 11 małżeństw bezpłodnych).

Choroby nerwowe spostrzegane w	Linii wstępnej		Linii pobocznej		Linii zstępnej	
	Gałąź ojcowska	Gałąź macierzyńska	Gałąź ojcowska	Gałąź macierzyńska	Mężczyźni	Kobiety
Epilepsyja	22	18	42	54	10	7
Eklampsya porodowa . .	6	14	2	12	—	2
Eklampsya dziecięca . .	12	8	62	74	20	26
Chorea	20	25	32	15	6	2

Związki rodzinne 286 epilepticzek.
(58 zamężnych, 8 małżeństwa bezpłodnych).

Choroby nerwowe spostrzegane w	Linii wstępnej		Linii pobocznej		Linii zstępnej	
	Gałąź ojcowska	Gałąź macierzyńska	Gałąź ojcowska	Gałąź macierzyńska	Mężczyźni	Kobiety
Epilepsya	12	18	40	53	6	7
Eklampsya porodowa . .	—	13	6	14	—	1
Eklampsya dziecięca . .	19	23	68	77	14	25
Chorea	6	10	20	8	1	3

Tablice powyższe świadczą nie o samej tylko koincydencji eklampsyi porodowej z epilepsją, lecz o pewnem, że tak powiem, pokrewieństwie obu tych chorób.

Féré na podstawie przytoczonych historyj chorób i tych zestawień wyprowadza między innymi następujące wnioski Eklampsya nie powstaje z zaburzeń wypadkowych, lecz zależy od stanu chorobliwego stałego. Ząbkowanie, zaburzenia trawienia w dzieciństwie, szkarlatyna, ciąża, poród, odgrywają tutaj tylko rolę przyczyny decydującej w powstaniu eklampsyi (cause determinante), szczególnie odnieść to można właśnie do eklampsyi porodowej, ponieważ widzi się ją często u osobników wyraźnie obarczonych pod względem neuropatycznym.

Stan neuropatyczny, który udzielić się może następcom pod odmiennymi formami, wykazuje jeszcze związki rodzinne eklampsyi (les liens de famille de l'eclampsie).

Jeżeli pierwiastki samotrujące (auto-intoksykacyjne), zawarte w moczu wogóle przy drgawkach, mogą szczególnie w niektórych chorobach (Boucharde) odgrywać rolę w określaniu choroby, to jednak nie możemy stanowczo stwierdzić, że eklampsya jest chorobą zakaźną, powstałą z zatrucia krwi. Eklampsya — zdaniem Férégo — jest co najwyżej w poszczególnych przypadkach — symptomem infekcyjnej choroby.

Na wywodach analogicznych z przytoczonymi i na pokrewnych z nimi opartą jest także teoria Herffa powstawania eklampsyi porodowej.

Według Herffa drgawki zależą od pewnej właściwej zmiany pobudliwości psychomotornej kory mózgowej, rozwijającej się podczas ciąży na podstawie dziedzicznego neuro lub psychopatycznego obarczenia. Fizyologiczne bodźce, zależne od ciąży, nie zawsze wystarczają do wywołania choroby, zwykle działają tutaj jeszcze i inne momenty przyczynowe, do których zaliczyć trzeba najniższe stopnie zatrucia mocznicowego.

Spostrzeżenie moje, sędzę, służyć może na poparcie tej teorii powstawania eklampsyi porodowej.

Mieliśmy tutaj epilepsyę u dziedzicznie obciążonego osobnika. Cięża ze swej strony wzmogła nadpobudliwość psychomotorną kory mózgowej, ostry zaś proces w nerkach podczas ciąży — jak to niejednokrotnie miałem możność nawet niedawno i w klinice spostrzegać — nie zawsze wpływający na powstanie drgawek, w tych warunkach odegrał rolę przyczynową, wywołującą e t a t d e m a l z zejściem śmiertelnem.

L I T E R A T U R A .

Charcot. Leçons sur les Maladies du Système nerveux. Recueilles et publiées par Bournexille. T. I. 1886.

Cohnheim. Odczyty z patologii ogólnej. T. II, 1884.

Féré. Les Epilepsies et les Epileptiques. 1890.

Gowers. Handbuch der Nervenkrankheiten. T. III, 1892.

Gowers. Odczyty z dyagnostyki chorób mózgu (po rusku), 1887.

Herff. Münchener medicinische Wochenschrift. 1891. Nr 5.

Olshausen. O drgawkach porodowych. Odczyt kliniczny. Tłómaczył Dr St. Kondratowicz.

Oliwer. Lancet, 26 May, 1894.

Schroeder. Handbuch der Frauenkrankheiten, 1886.

Schroeder. Lehrbuch der Geburtshülfe, 1874.

v. Ziemssen. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. T. XI. Krankheiten Nervensystems I. 1878.

OBJAWY SKÓRNE

w chorobach wewnętrznych.

Podał

Fr. Giedroyć,

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dokończenie. Patrz Z. XVI.)

Acne. Trądzik spotykamy u osób, dotkniętych charłactwem wskutek chorób wyniszczających (*ac. cachecticorum*), u dotkniętych gruźlicą, gnilcem, moczówką cukrową, u dzieci, zrodzonych z rodziców syfilitycznych, z upośledzonym odżywianiem, złym stanem trawienia. Dalej zauważono, że trądzik towarzyszy rozszerzeniu żołądka, lekkim nawet zaburzeniom w trawieniu, nawykowemu zaparciu stolca (45% podług *Duncana Bulkleya*), niedokrewności i neurastenii. U kobiet trądzik występuje w pewnych okresach czynności fizjologicznych organów płciowych, jako to przy miesiączce, w ciąży; znika samowolnie, by znowu się powtórzyć w tych samych warunkach; częściej jeszcze spotykamy go przy cierpieniach organów moczopłciowych, skrzywieniach macicy, zaburzeniach w miesiączkowaniu i t. p. Bardzo często występuje trądzik przy użyciu pewnych środków lekarskich (jod, brom), oraz pokarmów, zwłaszcza słonych i pieprznych. Podług niektórych autorów sprzyja powstawaniu trądzika nadużycie kawy, herbaty, napojów wysokowych, mięsa wieprzowego, zwierzyny, serów starych i t. p. *U n n a* twierdzi, że użycie piwa sprzyja powstawaniu trądzika, takż wpływ dostregł *Bulkley* przy spożywaniu większych ilości zup przy jedzeniu; a *Lewin* przy użyciu tłuszczów. *Barдах* stale znajdował u swoich chorych, dotkniętych trądzikiem, powiększenie ciężaru gatunkowego moczu i sądzi, że nadmiar różnych soli we krwi wywołuje zapalenie gruczołów łojowych, resp. acne.

Przy leczeniu trądzika przede wszystkim należy zwrócić uwagę na przyczynę cierpienia i starać się o jej usunięcie, gdyż środki miejscowe zawsze zawodzą, a choroba odznacza się wielką uporczywością.

Psoriasis. Łuszczyca. Pomimo, że łuszczyca należy do najwięcej rozpowszechnionych chorób skórnych, o przyczynach jej i istocie dziś jeszcze można powtórzyć słowa *Auspitza*, wypowiedziane przed 20 laty: *Was psoriasis ist, weiss bis heute noch kein Mensch*; czy łuszczyca jest rzeczywiście eierpieniem czysto skórny, czy wyrazem jakiegoś ogólnego cierpienia, zostaje dotąd pytaniem nierozwiązanem. Związek przyczynowy pomiędzy łuszczycą z jednej, a gruźlicą, krzywicą, zolzami z drugiej strony przytaczany przez dawniejszych autorów, nie został dowiedziony i, o ile można sądzić z nowszych spostrzeżeń, nie istnieje. Przesadnym się wydaje również twierdzenie francuskich autorów z *Besnierem* i *Doyonem* na czele, że 5% przypadków łuszczycy zależy od diatezy artrytycznej (*psoriasis arthropatique*), chociaż mamy niejaki wskazówki co do pewnej łączności tych cierpień. Tak *Nielson* (1892) opisuje chorego, dotkniętego przewlekłym gościem, u którego pogorszenie w cierpieniu skórny zawsze współcześnie występowało z pogorszeniem sprawy w stawach. W r. 1892 na zjeździe dermatologów w Wiedniu mówił *Gaucher* o chorym, u którego z chwilą usunięcia łuszczycy wystąpił ostry gościec stawowy i zapalenie wsierdzia z objawami mózgowymi.

Zwrócono uwagę na system nerwowy przy łuszczyce: *Eulenburch* przypisuje pewne znaczenie usposobieniu neuropatycznemu w powstawaniu tego cierpienia (histerya, neurastenia), *Połotiebnew* określa istotę łuszczycy jako *neurosis cutis vasomotorica*; *Jarisch* znalazł w jednym przypadku zmiany zapalne w przednich rogach mleczka pacierzowego. W r. 1893 na posiedzeniu towarzystwa francuskich dermatologów *Thibierge* przedstawił chorego, który od 23 lat ma powracające napady lewostronnego bólu kulszowego; przed 15 miesiącami wystąpiła u tego chorego łuszczyca, której wykwity zajęły wyłącznie przestrzenie skóry, odpowiadające przebiegowi pni nerwowych chorej kończyny. Opisane są nadto przypadki (*Fournier, Leloir, Heulz*), w których występowało znaczne

nasilenie objawów łuszczycy w następstwie wzruszeń moralnych, wzmózonej pracy umysłowej i t. p.

Niektórzy z badaczy, między innymi Lang, znalazłszy w wykwitach łuszczycy różnego rodzaju grzybki, wyprowadzili stąd wniosek o pasorzytniczem pochodzeniu choroby, nigdy wszakże nie dostrzeżono przeniesienia tego cierpienia z jednego osobnika na drugiego, a i próby sztucznego przeszczepiania (Ducrey i inni) nigdy nie były uwieńczone wynikiem dodatnim, i dlatego jest rzeczą niemal pewną, że grzybki, znalezione przy łuszczycy, nie są dla niej specyficznymi i nie są bynajmniej przyczyną choroby.

Co się tyczy związku pomiędzy łuszczycą a pewnemi sprawami chorobowemi w narządach wewnętrznych, to przedewszystkiem godnym jest zaznaczenia stosunek tego cierpienia do dusznicy. Hölscher podaje cztery przypadki spraw nieżytowych w oskrzelach, połączonych z napadami dusznicy i powikłanych obecnością łuszczycy. Na istnienie pewnego ściślejszego związku pomiędzy cierpieniem skórnyem a wewnętrznym wskazywało: 1) niemal jednoczesne ukazanie się obu cierpień, 2) równoczesne pogorszenia lub polepszenia w przebiegu ich, lub też odwrotnie: pogorszenia w jednym, występujące z chwilą polepszenia w drugim, 3) jednakowy wpływ na pogorszenie obu spraw jednej i tej samej przyczyny (nadużycia in Baccho). Czy w tych i tym podobnych przypadkach mamy do czynienia tylko z wypadkowym spotkaniem się dwóch chorób, czy też istnieje pomiędzy niemi związek przyczynowy, orzec trudno. Co do innych chorób, zauważono jeszcze, że nieraz wykwity łuszczycy ginęły bez leczenia w przebiegu ostrych gorączek, przewlekłych chorób wyniszczających: gruźlicy, raka, moczówki cukrowej, a także w okresie ciąży.

Na zjeździe dermatologów w Wiedniu w r. 1892 przedstawił Gauer trzy interesujące przypadki, dając zjawiskom w nich spostrzeganym nazwę „przerzutów łuszczycy.” O jednym z nich mieliśmy już sposobność mówić; dwa drugie są następujące: chory, pozbywszy się łuszczycy, zapadł nagle na ciężkie cierpienie żołądka, połączone z wymiotami, krwotokami i następczem ogólnem wyniszczeniem. Przez sztuczne podrażnienie skóry (gorczyca) udało się wywołać u niego ponowne zjawienie się łuszczycy, a wtedy objawy ze strony żołądka znikły. Drugi chory

przedstawiał charakterystyczne objawy nieżytu żołądka i kiszek, występujące systematycznie przy każdym polepszeniu w stanie luszczycy.

Pityriasis rubra interesuje nas ze względu na stosunek swój do gruźlicy, którą stwierdzono przynajmniej w połowie spostrzeżanych przypadków; C o h n twierdzi nawet, że każdy mający *pityriasis rubram* dotknięty jest gruźlicą. A u s p i t z widzi przyczynę cierpienia w ogólnem upośledzeniu odżywiania, które wszakże dotyka głównie skóry; podług G i g o t - S u a r d a sprzyja jego powstaniu nadmiar kwasu moczowego w ustroju, wreszcie E l s e n b e r g uważa pityriasin za sui generis chorobę infekcyjną.

Lichen scrophulosorum. Ponieważ mamy tu do czynienia z chorobą, która się rozwija wyłącznie u ludzi, przedstawiających wszelkie cechy zolżów, lub nawet wyraźnej gruźlicy, zwłaszcza gruczolów limfatycznych; ponieważ wystąpienie cierpienia skór nego idzie często w parze z pogorszeniem stanu w pierwotnych ogniskach gruźliczych, a w dalszym przebiegu pogorszenia i polepszenia są współczesne w obu cierpieniach; ponieważ oddzielne wykwitły *lichenis* przedstawiają budowę gruzelków prosówkowych i zawierają w sobie niekiedy, chociaż w małych ilościach, drobnoustroje, odpowiadające prątkom gruźliczym, przeto nie ulega wątpliwości, że *lichen scrophulosorum* jest oddzielną postacią gruźlicy skóry.

Interesującym zjawiskiem była w tym względzie chora H a l l o p e a u (1892); miała ona, oprócz innych objawów gruźlicy, na skórze prawego uda i na łydkach grupy, składające się z trzech części: w samym środku blizny po zagojonych owrzodzeniach gruźliczych, dokoła nich pasmo wykwitów wilka (*lupus*) i wreszcie najdalej ku obwodowi wykwitły *lichenis*. Zjawisko to pomieniony autor tłumaczy w sposób bardzo jasny: pierwiastek chorobotwórczy dotknął pierwotnie głębokich warstw skóry, lub nawet zajął tkankę łączną podskórną, co wywołało w tem miejscu powstanie owrzodzenia, a następnie blizny głębokiej; wpływ tegoż pierwiastka działał jeszcze i na obwodzie, coraz wszakże z mniejszą siłą i coraz powierzchowniej, przeto w najbliższej okolicy owrzodzenia uległo cierpieniu już tylko *stratum papillare*, a najdalej ku obwodowi pasorzyty lub produkty ich życia, umiejscow-

wione w torebkach włosotłuszczowych, wywołały wykwyty lichenis.

Z obserwacji ostatnich czasów można przytoczyć Neumanna, który widział zniknięcie lichenis u chorego, dotkniętego gruźlicą, a leczonego środkiem Kocha, kiedy przeciwnie Schweningen i Buzzi widzieli, że przy tych warunkach występował dopiero lichen, którego przedtem nie było.

Prurigo. Świerzbieżka. O przyczynach, wywołujących świerzbieżkę i o związku jej ze stanami chorobowymi narządów wewnętrznych prawie nic nie wiemy. Jedni z autorów przypisują winę użyciu pewnych pokarmów, zlej wody, wadliwemu wydzielaniu moczu, inni widzą główne źródło w cierpieniu nerwów, a nawet ośrodków nerwowych (du Mesnil badał je po śmierci chorych, ale nigdy żadnych zmian nie mógł znaleźć). Comby znajduje przyczynę w atonii żołądka i złem trawieniu i mastronnika swoich poglądów w Milloni'm (1893); podług Gigo-Suarda powstaniu świerzbieżki sprzyja nadmiar kwasu moczowego w ustroju. Westphal i Recklinghausen zwrócili uwagę, że być może gruźzoły, znacznie powiększone przy świerzbieżce, przyczyniają się niekiedy do powstania białaczki wrzekomej.

ROZDZIAŁ VI.

Haemorrhagiae cutaneae.

(Morbus maculosus Werlhofii. Purpura simplex. Purpura rheumatica. Scorbutus.)

Spotykamy trzy główne postaci krwawień skórnych: *Petechiae*, petocie — drobne wynaczynienia, *vibices* — wynaczynienia w postaci prążków i *echymoses* — podbiegnięcia krwawe większych rozmiarów, plamy krwotoczne.

Liczba chorób, którym towarzyszą różne postaci krwotoków skórnych jest bardzo znaczna, a związek przyczynowy pomiędzy jednymi a drugimi nie zawsze daje się z łatwością wykazać.

Krwotoki skórne występują często w przebiegu ostrych chorób zakaźnych: duru, grypy, zapalenia otrzewny, peri et en-

docarditis i t. p. Przy tak zwanej durzycowej postaci zakaźnego zapalenia wsierdza, gdzie większość objawów ma cechy wielce zbliżone do duru brzuszego, obecność petocyi znacznie ułatwia pomyłkę, zwłaszcza, iż i śledzionę znajdujemy przy tem powiększoną. Niekiedy u osób zupełnie zdrowych i dobrze odżywianych występują krwotoki skórne wśród objawów gorączkowych zupełnie samodzielnie (*purpura simplex*) i po 8 — 10 dniach znikają; zmian w innych narządach w tych razach wykryć zwykle nie możemy.

Dalej purpura daje się spostrzegać u osób żółzowatych, charłacznych, wycieńczonych ciężkimi a długotrwałymi chorobami, a więc przy niedokrewności, białaczce, gruźlicy, chorobie Brighta, nowotworach złośliwych i t. p. Podbiegnięcia krwawe występują tu często na skórze, jako zwiastuny na kilka dni przed śmiercią (Rossi). Opisują przypadki (Ebstein), w których białaczka wrzekoma przebiegała pod postacią plamicy krwotocznej. Przy zimnicy petocyje występują niezbyt często i to zwykle u osobników młodych, w przebiegu choroby bardzo ciężkim i uporecznym, prędko prowadzącym do ogólnej niedokrewności. Przy blednicy krwawienia skórne są bardzo rzadkie, natomiast przy niedokrewności złośliwej występują stale.

Jako oddzielną postać, opisują wynacznienia skórne w przebiegu gośćca stawowego (*purpura rheumatica*). Najczęściej nie stoją one w żadnym związku z ogólnym stanem chorego, nie towarzyszą wyłącznie ciężkim postaciom choroby, są zaś prawdopodobnie pochodzenia zatorowego (mikroskopowe embolie).

U dzieci, oprócz postaci purpurae, która przebiega w towarzystwie ogólnego osłabienia, biegunki, cierpień stawów, a nieraz krwawień z błon śluzowych jamy ustnej i nosa, i która dotyka przeważnie dzieci źle odżywiane, opisują drugą postać, spostrzeganą u dzieci dobrze odżywianych, zdrowych, występującą w formie dużych plam jednocześnie na całym ciele w towarzystwie ostrych zaburzeń kanału pokarmowego.

Nadto mamy w literaturze opisane spostrzeżenia krwotoków skórnych w następujących chorobach: tryprze, angina follicularis, zatruciu arsenikiem, jako zwiastunów ciężkich niekiedy cierpień centrów nerwowych, po silnych wzruszeniach moralnych,, wreszcie jako krwawienia zastępcze przy zatrzymaniu

miesiączki; zjawiają się one w tych razach stale w czasie, gdy powinna nastąpić miesiączka i znikają na zawsze po usunięciu podstawowej choroby (H e i t z m a n n). L o e b e l (1890) opisuje taki przypadek: u kobiety 50 letniej z chwilą ustania miesiączki wystąpiły bóle krzyża, bezsenność, swędzenie skóry i wybroczyny w niej. Krwawienia skórne powstały w tym razie skutkiem podniesionego ciśnienia w naczyniach, o czym autor mógł się przekonać doświadczalnie, mierząc ciśnienie sphygmomanometrem. Interesujący przypadek zastępczego krwawienia podaje H o l l e v o e t: dotyczy on chorego, u którego z chwilą wystąpienia wybroczyn krwawych w skórze, krwawienia z żołądka (podejrzowano wrzód) i nerek znakomicie się zmniejszyły. U chorej W a r s z a w s k i e g o (1892) po położu wystąpiła haematoma vulvae et vaginae, a w trzy tygodnie po usunięciu tego cierpienia—purpura haemorrhagica. Wreszcie, mówiąc o ciąży, trzeba nadmienić o prognostycznym znaczeniu purpurae: zauważono mianowicie, że większość przypadków ciąży, którym towarzyszył opisywany objaw skórny, kończyła się prędko śmiercią matki.

Wielu autorów skłania się ku zdaniu, że plamica krwotoczna jest *sui generis* chorobą infekcyjną, i tu wszakże zachodzi różnica w zdaniach, gdy jedni bowiem za pierwiastek chorobotwórczy przyjmują znane już drobnoustroje, jako to: *streptococcum et staphylococcum pyogeneticum*, pneumococcum etc., inni wskazują na istnienie swoistego *bacilli purpurae haemorrhagicae*. P e t r o n e (1888) znalazł we krwi u swego chorego pojedyncze mikrokokki; zastrzyknięto krew tego chorego królikowi, a po dwóch dniach destryżono u niego wybroczyny krwawe w skórze ucha. W trzech przypadkach o ciężkim przebiegu znalazł L e t z e r i c h (1889) we krwi lasecznika, który—zdaniem autora—rozrządza się w n. włosowatych wątroby (stąd jej powiększenie) i od czasu do czasu (jak w syfilisie) wywołuje zatory, prowadzące do wynaczynień krwawych głównie w skórze i błonach śluzowych. K o l b (1891) u trzech chorych, zmarłych na plamicę krwotoczną, nie znalazł we krwi nic podejrzanego, natomiast w organach wewnętrznych wykrył paleczki z zaokrąglonymi końcami; sztuczne hodowle tego drobnoustroju, zastrzyknięte zwierzętom, wywoływały krwawienia w różnych organach. U dotkniętych gnilcein B a h e s (1883) znajdował na dziąsłach stale pewnego lasecznika

w wielkiej ilości, gdy we krwi nic nie było; lasecznik ten wywoływał u królików krwawienie i zgorzel dziąseł.

Na infekcyjne pochodzenie cierpienia wskazują również przypadki *Giacanelli* (wkrótce jeden po drugim pomierali ojciec i dwóch synów w jednej rodzinie—1888), *Arnsztejna* i *Troczeńskiego* (1894—purpura fulminans, wywołana zakażeniem miejscowem, wklajającym ranę kłutą stopy), *Jaworskiego* i *Nenckiego* (1894 — pod postacią plamicy krwotocznej przebiegało zakażenie karbunkułowe), wreszcie sześć przypadków *Henocha* (1887), *Lunda* (1887) i *Rinonapoli* (1890) purpurae fulminantis u dzieci z zakończeniem śmiertelnem w ciągu 1—4 dni. Szereg ostatnich przypadków przemawia za zdaniem tych autorów (*Claisse*, *Hlava*, *Reher*, *Vassale*), którzy, przyznając infekcyjne pochodzenie cierpienia, nie przyznają bynajmniej istnienia jakiegoś swowego zarazka.

ROZDZIAŁ VII.

Ulcera. Owrzodzenia skóry.

Do owrzodzeń symptomatycznych prowadzi:

Gangraena. Zgorzel. *Gangraena neuropathica* (*praecipue symmetrica*) powstaje, zdaniem *Raynau*d, dzięki złej innerwacyi naczyń włosowatych i przedstawia sobą objaw neurozy naczynioruchowej. *Sturmdorf* (1891) przypuszcza, że przyczyna może leżeć w samych naczyniach, a mianowicie: drobne naczynia mogą uleść zmianom miażdżycowym w takim stopniu, że niedostateczne odżywianie tkanek doprowadzi w tych razach do zgorzeli, *Gull* i *Sutton* wykazali bowiem, że ateromatoza, zaczynająca się zwykle od większych naczyń i następnie przechodząca na drobne, może iść w kierunku odwrotnym, a w takim razie w początkach cierpienia naczyń nie będziemy mieli żadnego widocznego objawu ateromatozy.

W przebiegu zgorzeli pochodzenia nerwowego (*gangrène neuropathique*) odróżnia *M. Lance*reau trzy okresy. W okresie pierwszym występują silne i uparte bóle w dotkniętych cierpieniem kończynach zwłaszcza w nocy; jednocześnie czucie przedmiotowe znacznie słabnie lub nawet znika zupełnie, ginie przy

tem naprzód wrażliwość na temperaturę, następnie na bóle, wreszcie na dotyk. W tymże okresie występują zaburzenia cyrkulacyjne z rozszerzeniem lub też zwięzieniem naczyń i odpowiednimi zmianami na skórze. W okresie drugim na końcach palców powstają pęcherze, wypełnione mętnym krwawym płynem, po pęknięciu których pozostaje szybko zablizniające się owrzodzenie; w innych przypadkach skóra żółknie i wysycha, a palce stają się zupełnie cienkie, ostatecznie wszakże i w pierwszym i w drugim razie dochodzi do zmartwienia całych palców, a niekiedy i części stopy. W okresie trzecim następuje oddzielenie zmartwiałych części przy nieznacznem względnie ropieniu. W innych organach zmian żadnych zwykle nie znajdujemy. Co się tyczy zmian anatomicznych systemu nerwowego, to Couyba w przypadku powierzchownej gangreny podeszwy znalazł ognisko rozmiękczenia w mleczu pacierzowym, odpowiadające 10 kręgowi grzbietowemu, Pitters i Waillard w jednym przypadku *polineuritis*, powikłanego gangreną stóp, znaleźli *periencephalitem cum hydrope ventriculi*, w drugim przypadku zgorzeli symetrycznej—zanik pierwiastków nerwowych w *n. tibialis anticus, posterior et plantaris internus* obu kończyn. Zgorzel neuropatyczną mogą wywołać: 1) uraz, 2) zatrucia substancjami, mającemi specjalny wpływ na system nerwowy, jak n. p. arsenikiem, sporyszem i t. p., 3) niektóre choroby pasorzytnicze (*lepra*), 4) choroby konstytucjonalne (gościec przewlekły, dna, moczówka cukrowa), 5) wpływy fizyczne i fizyologiczne, jak zimno, miesiączka, okres dojrzewania; grają one jednak rolę tylko przyczyn usposabiających, nie zaś podstawowych, jak to przypuszcza Raynaud. Zgorzel neuropatyczną odróżniają od powstałej skutkiem cierpień naczyń i zaburzeń w krążeniu: bóle, sposób powstania i przebieg gangreny, oraz nieznaczny stopień ropienia przy oddzielaniu się zmartwiałych części.

Do symetrycznej gangreny pochodzenia nerwowego należą prawdopodobnie zgorzele przy syringomyelii i chorobie Morvana. Nie możemy tu się wdawać w szczegółowy rozbiór niezgodnych z sobą poglądów co do tych dwóch chorób, nadmienimy tylko, że coraz więcej zaczyna przeważać zdanie o ich tożsamości, aczkolwiek sama istota cierpień nie jest jeszcze ściśle określoną. Jeszcze większy zamęt powstał w tej sprawie z chwilą, gdy Zambaco-Pacha przyłączył do pomienionych cierpień je-

szcze jedno, z niemi jakoby identyczne, mianowicie pewną postać trądu (*lepra anaesthetica*) i znalazł dla swego poglądu stronników.

Do grupy zgorzeli pochodzenia nerwowego należy zaliczyć także *gangraenam histericam*, występującą w różnych okolicach skóry w towarzystwie innych właściwych objawów. *Sehwimmer* opisał histeryczkę, u której w ciągu roku wystąpiła taka zgorzel 16 razy.

Chorobę *Raynanda* spotykamy przy zapaleniu nerwów, syringomyelii, władzie rdzenia, *paralysis spinalis anterior*, oraz w sclerodermii, syfilisie, zastarzałej zimnicy.

Highet podaje przypadek zgorzeli symetrycznej przy influency.

Podług statystyki *Gascuella mal perforant* towarzyszyło: w 69 przypadkach cierpieniom mózgowia, 32 razy władowi rdzenia, 17—paralysi generali 8 — alcoholismo, 8—*lesionibus diversis medullae spinalis*, 8—*lesionibus nervorum perifericorum* i 14—diabeti. Godnem jest uwagi specyalne umiejscowienie *mal perfor.*, spotykane nieraz u tabetyków; owrzodzenia te są tak charakterystyczne, że same przez się pozwalają już na rozpoznanie władu: zaczynają się one u *alveol* i następnie rozchodzą się na sąsiednią błonę śluzową; powierzchnię mają równomiernie szarą, brzegi często pokryte ziarniną; owrzodzenie łatwo krwawi, wydzielina jego ma przykry zapach. Otaczająca błona śluzowa blada, gdyż przebieg cierpienia bywa przewlekły, bez odczynu zapalnego; owrzodzenia same nie sprawiają choremu prawie żadnego bólu. Przy badaniu sondą można natrafić na przetokę, prowadzącą do obnażonej, zmartwiałej kości. Zębów brak całkowity, lub częściowy: wypadają one jeszcze przed pojawieniem się owrzodzeń bez poprzedzających bólów.

Decubitus. Odleżyna. Oprócz odleżyn, towarzyszących ciężkim wyniszczającym cierpieniom, które nas mniej tu interesują, godne są zaznaczenia niektóre postaci powstające ostro, zwłaszcza w przebiegu chorób centrów nerwowych.

Przy zmianach ogniskowych w mózgu wogóle występuje nieraz *decubitus acutus* na pośladku po stronie porażenia, przy czem odleżyna taka, ukazująca się przy krwotoku mózgowym, już po ustąpieniu stanu apoplektycznego, daje najgorszą prognozę. Ostre zapalenie rdzenia kręgowego wyróżnia się szybko

występującymi zmianami w odżywianiu części porażonych: zgorzel występuje szybko i na znacznej przestrzeni; w ciężkich przypadkach może ona się zjawić już na trzeci dzień trwania choroby, a zwykle w końcu tygodnia. Wyjątek stanowi ostre zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia (*polymyelitis anterior*), któremu odleżyny nie towarzyszą nigdy. Przy przewlekłym zapaleniu rdzenia odleżyny należą do rzadkości, gdy, przeciwnie, przy zapaleniu opon mózgordzeniowych szybkie i wczesne tworzenie się odleżyn należy do objawów częstych.

Owrzodzenia skóry gruźlicze. Przedstawicielami tej grupy są owrzodzenia, spostrzegane u t. zw. osobników skrofulicznych, a powstające w ten sposób, że masy rozpadowe zserowaciałych gruczołów limfatycznych, zawartość ropni ściekowych, lub produkty, powstające przy przewlekłych sprawach zapalnych w kościach, przedostają się stopniowo na zewnątrz, zniszczywszy przedtem skórę. Niekiedy wszakże można widzieć w skórze lub w tkance podskórnej guzy, powstające samodzielnie — *gummata tuberculosa subcutanea*—które drogą wyżej wskazaną prowadzą również do owrzodzeń na powierzchni skóry.

Są to wszystko wtórne postaci gruźlicy skóry. Są one zawsze wyrazem cierpienia konstytucjonalnego i przyłączają się do istniejącej już gruźlicy organów wewnętrznych, lub poprzedzają jej ukazanie. Inaczej się ma sprawa z formami pierwotnymi, do których należy *lupus*, *tuberculosis verrucosa*, a—jak widzieliśmy wyżej—również *lichen scrophulosorum*. Zdania tu są podzielone, zwłaszcza co do stosunku obu postaci wilka (*lupus vulgaris et erythematodes*) do gruźlicy ogólnej. B e n d e r zebrał statystykę z kliniki D o u t r e l e p o n t a i wykazał, że na 374 przypadków wilka zwyczajnego w 159 istniał związek cierpienia skórniego z gruźlicą organów wewnętrznych. Sam D o u t r e l e p o n t opisuje przypadek, w którym u osobnika dotąd zdrowego wystąpiły jedno po drugim: wilk na twarzy, gruźlicze zapalenie opon mózgowych, śmierć; autor ten widzi niewątpliwy związek przyczynowy pomiędzy gruźlicą ogólną i wilkiem. R e n o u a r d powiada: „*le lupus est une tuberculose de la peau, il est une manifestation primitive de la diathese tuberculeuse.*”

Co się tyczy wilka różycowego, to pomimo że przy nim nie znaleziono ani typowych gruzelków, ani komórek olbrzymich i laseczników swoich, G a u c h e r twierdzi, że ta postać wilka

spotyka się u dotkniętych gruźlicą organów wewnętrznych częściej nawet, niż zwyczajna, a *Lilienthal* przedstawił w roku 1893 na posiedzeniu dermatologów w Berlinie chorobę, u której wilk różycowy i suchoty płucne wystąpiły jednocześnie. Inni autorzy, przeważnie niemieccy, nie zaprzeczając możliwości przyłączenia się gruźlicy ogólnej do wilka i współczesnego istnienia obu cierpień, uważają zmiany skórne za samoistne, a nie za wyraz cierpienia ogólnego. Na 90 przypadków wilka, niekiedy bardzo ciężkich, *Ern. Schwimmer* nie mógł wykazać w 62 dziedzicznego obarczenia, ani żadnych objawów gruźlicy, pomimo że niektórych chorych obserwował w ciągu najmniej lat dziesięciu; *Neisser* zaś powiada: „*der Lupus ist mehr eine locale Erkrankung und beeinträchtigt die übrigen Organe nach keiner Richtung.*”

ROZDZIAŁ VIII.

Neuroses cutaneae.

Zaburzenia w czuciu skórnem towarzyszą wielu stanom chorobowym wewnętrznym pod postacią znieczulenia lub nadczułości.

Znieczulenie pochodzenia mózgowego występuje zwykle w postaci połowicznej i zupełnej, tak że po stronie zajętej obejmuje ona sobą całą połowę ciała i twarzy ze zniesieniem czynności zmysłów; znieczulenie pochodzenia rdzeniowego występuje zwykle w postaci obustronnej, znieczulenia zaś obwodowe bywają ograniczone do okolicy pewnego nerwu. Przy cierpieniach mlecza pacierzowego, jeżeli ognisko chorobowe zajmuje górną tylną część rdzenia szyjowego, to znieczulenie może być także połowiczne, a nawet całkowite obustronne; wtedy również może być znieczuloną twarz, lub jedna strona tejże skutkiem zajęcia wstępujących włókien nerwu trójdzielnego, wszakże przy takim połowicznym znieczuleniu pochodzenia rdzeniowego narządy zmysłów są niezmiennione, co widzimy przy znieczuleniu połowicznym pochodzenia mózgowego. Znieczulenie pochodzenia mózgowego może być także ograniczone do jednej kończyny, do pewnej części ciała, różni się jednak od znieczulenia rdzeniowego lub obwodowych swoją niezupełnością: analgezyi wtedy niema, tylko uczucie dotyku ulega silnym zaburzeniom. Jeżeli znieczu-

leniu towarzyszy porażenie, co bywa w znacznej większości przypadków, wtedy porażenie samo posiada dosyć cech do określenia siedliska cierpienia.

Przy krwotoku mózgowym (*apoplexia cerebri*) połowiczne znieczulenie zdarza się tylko wtedy, kiedy siedliskiem zmiany chorobowej jest tylna część odnogi tylnej *capsulae internae*. Przy zatkaniu tętnic mózgowia stopniowem, t. j. przy powstawaniu zakrzepu obok oznak niedokrwistości mózgowej pomiędzy objawami zwiastunnymi spostrzegamy niekiedy zaburzenia w czuciu bądź pod postacią znieczulenia, mniej lub więcej wyrażonego w końcach palców i w części twarzy, rzadziej pod postacią nadczułości. Znieczulenie skóry przy guzach mózgowia ogranicza się wogóle do części, w których ruch został zniesiony i rzadko bywa zupełnem, nadto nie pojawia się ono nagle, a często bywa poprzedzane przez mrowienie, odrętwienie, bóle; prawie wyłącznie spostrzega się na kończynach i na twarzy, rzadko na tułowiu. W kończynach zajmuje ono, tak jak i porażenie ruchowe, stronę ciała, przeciwną zmianie mózgowej, na twarzy zaś może się znaleźć po stronie tej samej lub po stronie przeciwnej, zależnie od tego, czy nerw trójdzielnny jest porażony w części obwodowej, czy w części mózgowej.

Hemianestezya mózgowia występuje niekiedy tam, gdzie nie znajdujemy w mózgu zmian, pozwalających na postawienie objawu w przyczynowej zależności od cierpienia mózgu, tak n. p. spotykamy ją przy histeryi, otruciu łożem i wyskokiem.

W przebiegu histeryi spotykamy wszystkie odmiany znieczulenia, a więc dotykowe, bólowe, termiczne. Znieczulenia skóry mogą istnieć na pewnych ograniczonych przestrzeniach gdy na innych miejscach jednocześnie istnieje nadczułość skórna. W niektórych razach znieczulenie skórne zajmuje okolice symetryczne lub występuje nawet na całej połowie ciała, i to częściej na lewej; porażenia kończyn u histeryczek, uległych znieczuleniu połowicznemu, występują zwykle po stronie znieczulonej. Przy neurastenii znieczulenia występują znacznie rzadziej, w słabszym stopniu i nigdy nie bywają połowicznymi. Przy otruciu łożem znieczulenie może również przedstawić się w różnych postaciach, bywa jednak zawsze częściowe, ogranicza się do pewnej okolicy tułowia lub kończyn, stale opuszczając okolice nadpępkową (*epigastrium*), nadto, zdaniem niektórych autorów, częściej zajmuje

stronę prawą ciała i kończynę górną. Częściej się jeszcze spotykamy ze znieczuleniem przy porażeniach arsenowych. Przy otruciu wyskokiem znieczulenie pokazuje się najpierw na kończynach, rozszerza się powoli w kierunku dośrodkowym i pozostaje później na stałe.

O zaburzeniach czucia, towarzyszących cierpieniom mleczka paciierzowego, można powiedzieć w ogólności, że zajęcie rogów przednich istoty szarej sprowadza porażenia ruchowe bez zaburzeń czucia, i odwrotnie: zajęcie rogów tylnych istoty szarej wywołuje zaburzenia czucia bez zaburzeń w zakresie ruchu. Zajęcie tylnych pęczków istoty białej wywołuje zaburzenia czucia, zwłaszcza dotyku; przy zajęciu bocznych pęczków istoty białej, przeciwnie, czucie nigdy nie jest zmienionem. Przy zajęciu jednej połowy mleczka ze wszystkimi jego składowemi częściami występuje połowiczne porażenie z nadczułością po stronie zajętej, po stronie zaś przeciwnej—znieczulenie, czego nigdy nie spotykamy w porażeniach mózgowych. Wreszcie przy sprawach chorobowych rozlanych, t. j. obejmujących wszystkie składowe części mleczka objawy będą zależeć od umiejscowienia sprawy: przy zajęciu części lędźwiowej znieczulenie obejmie okolicę dolną aż do dolnej części brzucha ze zniesieniem odruchów skórnych; przy zajęciu części grzbietowej — znieczulenie kończyn dolnych, brzucha i klatki piersiowej do różnej wysokości, przy czem odruchy skórne na kończynach bywają zachowane lub wzmożone, na tułowiu, na wysokości sprawy patologicznej, zniesione; przy zajęciu części szyjowej—znieczulenie dolnych i górnych kończyn, odruchy skórne w górnych kończynach zniesione, w dolnych i tułowiu zachowane. Można jeszcze dodać, że wogóle rozległe znieczulenie, występujące równocześnie z obustronnem zupełnem porażeniem, świadczy o poprzecznem zajęciu całego rdzenia, znieczulenia zaś ograniczone tylko do pewnych miejsc (w chorobach rdzenia) przemawiają albo za zapaleniem opon, albo za więdem.

Co się tyczy szczegółów, to należy zauważyć, że przy przewlekłym zapaleniu rdzenia (*myelitis chronica*) występuje zawsze zupełne lub niezupełne znieczulenie dotykowe, skoro tylko zmiany chorobowe dosięgną substancji szarej lub korzeni tylnych; najdłużej zachowuje się czułość na zmiany ciepłoty; odruchy skórne zwykle wzmożone (ścięgniście znikają); należy jeszcze dodać, że znieczulenie przy tem bywa rozległe, gdy, przeciwnie,

przy przewlekłym zapaleniu opon rdzeniowych znieczulenia ograniczają się do pewnych tylko przestrzeni.

Przy wiaździe rdzenia znieczulenia skóry nie występują nigdy na większych przestrzeniach, nigdy nie zajmują n. p. jednej lub obu kończyn, a tylko miejsca ograniczone, najczęściej na kończynach dolnych. Częściej od takiego ograniczonego znieczulenia zupełnego występuje częściowe zaburzenie czucia: uczucie dotyku może być zachowane, a uczucie bólu zniesione, lub odwrotnie. Takie zaburzenia zdarzają się również w uczuciu ciepłoty.

Dla nowotworów i guzów rdzenia kręgowego wielce charakterystyczną jest uderzająca nieodpowiedniość pomiędzy czułością a ruchami. Jeżeli objawy występują niesymetrycznie, a siedlisko guza jest jednostronne, wtedy zaburzenia czuciowo-dotykowe, oraz w uczuciu ciepła występują po stronie przeciwnej uszkodzeniu, t. j. po stronie, z której porażenie ruchowe jest bardzo nieznaczne, lub żadne. Jeżeli guz nie uciska tylnej części rdzenia, w uczuciu żadnych zmian nie będzie.

Znieczulenie towarzyszy porażeniu w zakresie pojedynczych nerwów wtedy, jeżeli zajęty jest nerw mięszany, t. j. zawierający włókna ruchowe i czuciowe; znieczulenie bywa wtedy ograniczone do pewnego zakresu i objaw ten przemawia za obwodową przyczyną porażenia, gdyż sprawa umiejscowiona w przednich słupach szarych znieczulenia nie wywołuje nigdy. Co się tyczy zaburzeń w zakresie obwodowych nerwów czucia, to samo znieczulenie bez porażenia jest zjawiskiem bardzo rzadkiem przy chorobach nerwów i dlatego, jeżeli widzimy samo tylko znieczulenie, prędzej można podejrzewać istnienie jakiegoś ogniska ośrodkowego, aniżeli zajęcie obwodowe włókien czuciowych nerwów. Połowiczne i obustronne znieczulenie wykluczają stale przyczynę obwodową choroby.

Przy rozsianem zapaleniu nerwów w początkach występuje zwykle nadczułość, później zaś znajdujemy mniej lub więcej zupełne znieczulenie, zakres wszakże jego bywa znacznie mniejszy aniżeli zakres porażenia; niekiedy uczucie dotyku bywa zniesione a uczucie bólu zachowane, lub odwrotnie.

Przy nieczułości nerwu trójdzielnego wpływ przyczyn ośrodkowych odbija się po stronie twarzy przeciwległej, t. j. znieczulenie odpowiada zaburzeniom w półkuli mózgowej strony

przeciwnej; wpływ przyczyn obwodowych odbije się po tej samej stronie, a więc i znieczulenie wystąpi po tej samej stronie, po której było obrażenie. Utrata czułości dotykowej, stale towarzysząca znieczuleniu nerwu trójdzielnego, stosownie do stopnia porażenia może być zupełną, lub niezupełną, a stosownie do obszaru zajętego może być częściową, lub ogólną. Jeżeli porażeniu ulega tylko gałąź oczna, znieczulenie zajmuje czoło, górną powiekę, łącznicę, skrzydło nosa i jego błonę śluzową. Przy porażeniu gałęzi szczękowej górnej znieczuleniu ulega okolica podoczołowa, nos, policzki, dziąsła górne, wargi do linii środkowej. Przy porażeniu gałęzi szczękowej dolnej znieczulenie wystąpi w okolicy skroniowej, na policzku, odpowiedniej połowie wargi dolnej i brody.

Przy świeżych neuralgiach dostrzegamy w skórze nadczułość, gdy przeciwnie, w przypadkach długotrwałych znieczulenie.

Znieczulenia przy nerwicach charakteryzują się wogóle niestalością, a więc ukazawszy się, często szybko przemijają bez śladu, lub przenoszą się na inne miejsca. Zaburzenia czucia przy nerwicach urazowych mogą występować w kilka tygodni dopiero po urazie, gdy zaburzenia czucia, towarzyszące ograniczonym urazowym zmianom w rdzeniu, występują zaraz.

Wielce charakterystycznymi są zaburzenia czucia skór nego w syringomyelii, do tego stopnia, że spostrzegane tu „częściowe porażenie czucia” (*„partielle Empfindungslähmung”* Schultze—*„Dissociation syringomyelique de la sensibilité”* Charcot) stało się niemal synonimem tego cierpienia, odznacza się zaś ono tem, że przy zupełnie zachowanym, lub stosunkowo mało upośledzonym czuciu dotykowym, czucie bólowe i temperatury bywa zniesione. Nieczułość ta może zająć cały obszar skóry, częściej wszakże połowę, a najczęściej ogranicza się do powierzchni pewnego tylko członka; zniesienie czucia temperatury zajmuje te same miejsca, co i bólu i jest zazwyczaj bardziej wybitne. Należy wszakże zauważyć, że przedstawione tu częściowe porażenie czucia spotyka się nie we wszystkich przypadkach syringomyelii i odwrotnie: obserwowano je w innych cierpieniach, tak n. p. Charcot widział ten objaw u histeryczek, Freund—przy rozsianem stwardnieniu mlecza pacierzowego, Rosenbach—przy trądzie, Nottmangel—przy zapaleniu nerwów. W takich razach cechy podrzędne samego porażenia czucia mogą ułatwić

rozpoznanie: zauważono mianowicie, że objaw ten przy syringomyelii rzadko zajmuje tak rozległą przestrzeń, jak to bywa w władzie rdzenia, a ogranicza się do pewnych odcinków; nie idzie wzdłuż przebiegu nerwów, co bywa często przy ich zapaleniu, wreszcie trwa stale, a nie przemijająco, jak przy rozsianem stwardnieniu mlecza. Po dłuższem trwaniu choroby do poprzednich objawów przyłącza się czasem także porażenie czucia dotykowego; w takich razach obszar termoanestezji jest zazwyczaj większy, niż obszar analgezji i wyjątkowo tylko obszary te pokrywają się zupełnie.

Na zakończenie tych uwag o przypadkach znieczulenia można dodać, że podług *Urbanczyka*, przy zapaleniu ucha średniego uczucie dotyku i temperatury zmniejsza się w skórze z tej strony twarzy, z której znajduje się dotknięte cierpieniem ucho.

Czucie skórne bywa zachowane przy: *chorea*, *paralysis agitans*, *paralysis spinalis spastica*, *sclerosis lateralis amyotrophica*, *distrophia muscularis progressiva*.

Nadczułość. Wrażliwość dotykowa bywa często wzmożoną przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, a przy tak zw. *irritatio cerebro-spinalis* dochodzi do tak wysokiego stopnia, że chorzy uskarżają się na najmniejszy ucisk, lub najlżejsze dotknięcie. Przy przekrwieniu mlecza nieraz staje się niezmiernie czułą skóra kończyn dolnych, przy zapaleniu zaś opon mlecza spostrzegamy ogólną nadczułość skóry całego ciała, lub też pewnych ograniczonych przestrzeni stosownie do siedliska sprawy zapalnej w oponach, wreszcie tyfusowi mózgo-rdzeniowemu nadczułość skóry towarzyszy od początku aż do samego końca choroby. Nadto nadczułość ograniczoną do pewnych tylko okolic, najczęściej łydek, spotykamy, chociaż rzadko, przy otruciu wyskokiem a w okolicy piersiowej—przy dusznicy bolesnej. Niestale, ale w nadzwyczaj silnym stopniu widzimy nadczułość przy rozsianem zapaleniu nerwów (w początkach choroby).

Oddzielną postać nadczułości skórnej stanowi **swędzenie** (*pruritus*), które spotykamy wprawdzie częściej przy specjalnych cierpieniach skóry, które jednak może być również odbiciem stanów chorobowych wewnętrznych. Na 80 przypadków, zebranych przez *Bulkeley'a*, w znacznej większości swędzenie skóry towarzyszyło chorobom przewlekłym. *Pruritus* spotykamy: przy *diabetes*, *uraemia*, *icterus*, *nephritis chronica*, *bronchitis chronica*, *arte-*

riosclerosis; u kobiet, dotkniętych moczówką cukrową, występuje często miejscowo pruritus vulvae. W przypadku *Joseph*a (1885) u chorej, cierpiącej na *insufficientiam et sclerosim valvulae mitralis*, po kilkakrotnych zatorach mózgowych wystąpiło całkowite porażenie lewostronne, a po dwu latach dopiero nieznośne swędzenie skóry na całej dotkniętej połowie ciała. Interesujący przypadek opisuje *Ssolomin* (1886): 51 letni chory przed 20 laty dotknięty był manią prześladowczą, w ciągu trzech lat ostatnich powtarzała się u niego zimnica, w czwartym roku przy obrzęku śledziony wystąpiło tak silne swędzenie skóry twarzy i rąk, że pozbawiało chorego łaknienia i snu. Chinina usunęła cierpienie. W ciągu pół roku swędzenie wracało co 10 dni zawsze w towarzystwie wyraźnego obrzęku śledziony, wzmożonego odruchu kolanowego i nadczułości skórnej. Chinina zawsze pomagała.

ROZDZIAŁ IX.

Zawartość nieprawidłowa tkanki podskórnej.

Zawartość płynna. Nagromadzenie nieprawidłowe cieczy surowiczej w tkance podskórnej nosi nazwę **puchliny** v. **obrzęku**; nie stanowi ono samoistnego cierpienia skóry i dlatego bywa niewzględnione przez podręczniki dermatologii, nas ono jednak w tej chwili bardzo interesuje, jako objaw towarzyszący licznym cierpieniom narządów wewnętrznych.

Jeżeli przepływ krwi żyłnej będzie utrudniony przez jaką bądź przyczynę, leżącą pomiędzy obwodowymi częściami a sercem, wtedy—ponieważ naczynia włosowate będą w dalszym ciągu otrzymywać krew z tętnic—ciśnienie w całej sieci żyłnej, należącej do zatokanej żyły, będzie wzrastać, i z chwilą, gdy się stanie większem od ciśnienia zewnętrznego, rozpocznie się przesiąkanie puchlinowe. Oto droga powstania tak zwanej puchliny mechanicznej. Jako przykłady można przytoczyć: puchlinę twarzy, szyi, górnej części tułowia i kończyn górnych przy utrudnionym przepływie krwi przez żyłę główną górną; puchlinę obu kończyn dolnych, moszny i dolnej części tułowia przy przeszkodzie usadowionej w żyłę główną dolną i t. p. Jeżeli przeszkoda zajmuje tylko gałąź drugorzędą, albo gdy, zajmując pień, nie znosi cał-

kowicie jego drożności, lub wreszcie, gdy krew może ominąć przeszkodę przez drogi boczne—puchliny może nie być wcale, lub może być ona czasową. Jeżeli zatkanie przejścia dla krwi zajmuje tylko ograniczony odcinek układu żylnego, wówczas puchlina jest częściową, i ogólną, jeżeli przeszkoda leży w samym sercu. Wyjątek stanowią cierpienia lewej połowy serca, przy których puchlina bywa często ograniczoną do dolnych kończyn i dolnego odcinka tułowia i ujawnia się nie tak prędko, jak przy cierpieniach prawej połowy, w drugim bowiem przypadku przeszkoda działa pierwotnie i bezpośrednio na ujścia żył głównych, gdy w pierwszym tylko następczo i pośrednio przez układ krwionośny płuc.

Zwróćmy uwagę na oddzielne przypadki. Przy wysiękowym zapaleniu osierdzia, jeżeli ucisk wewnątrzserdziowy jest znaczny, odbije się on przez żyły główne na całym układzie żylnym obwodowym pod postacią zastoju krwi, który wywoła puchlinę kończyn. Przy przeroście serca, z chwilą gdy zrównoważenie przeszkody mechanicznej staje się niedostatecznym, lub gdy serce przerosłe uległo zwyrodnieniu tłuszczowemu, wystąpią objawy zastoju i puchlina, których niebywa, jeżeli istnieje tylko przerost serca jeszcze bez przyłączenia się pomienionych warunków. Przy rozszerzeniu prawej połowy serca utrudnione krążenie żylnie może wywołać mniej lub więcej obszerną puchlinę, która jeszcze łatwiej może powstać przy tym samym warunku zachodzącym w lewym sercu, które łatwiej ulega ciśnieniu krwi i rozszeszeniu, a to dzięki mniejszej grubości ścianek swoich. Przy niedoskurczu serca (*asystolia*), który towarzyszy wszystkim ostrym i przewlekłym cierpieniom tego narządu, dzięki zmniejszonemu ciśnieniu, a więc i zastojowi w żyłach będziemy mieli na obwodzie puchlinę. Nie zagłębiając się w rozbiór szczegółów i przypadków tej grupy, zwrócimy tylko uwagę na rzecz bliżej nas interesującą, mianowicie na charakterystykę puchliny przy niezrównoważonych wadach serca, otóż rozpoczyna się ona prawie zawsze od kończyn dolnych (od kostek) i przez długi czas pojawia się tylko po długim chodzeniu, lub staniu, pod koniec dnia.

Przy tętniaku aorty piersiowej może być przepelnienie żył i puchlina twarzy, szyi, lub jednej z kończyn górnych, przyczem obrzęk lewej kończyny będzie przemawiał za tętniakiem łuku, jak

również obrzęk prawej strony twarzy, który zresztą rzadziej się spotyka; wprawdzie i przy tętniaku łuku mogą być uciśnięte obie żyły bezimienne, a wtedy i puchlina zajmie obie strony szyi i obie kończyny górne. Przy tętniaku tętnicy bezimiennej, jeżeli uciskowi ulegają obie żyły bezimienne, albo tylko jedna prawa, zastój żylny i następcza puchlina nie będzie charakterystyczną, gdyż takie same objawy wywoła tętniak łuku aorty; częściej wszakże się zdarza, że tętniak tętnicy bezimiennej uciska tylko żyłę bezimienną lewą, a w takim razie puchlina zajmie tylko lewą stronę szyi i lewą kończynę górną. Przy tętniaku aorty brzusznej do objawów, zależnych od ucisku, należy puchlina kończyn dolnych.

Oprócz chorób sercowych i wielkich pni naczyniowych głównymi przyczynami puchliny mogą być cierpienia płucne, ograniczające pole krążenia, guzy w śródpiersiu przez ucisk wywierany na jedną lub na obie żyły główne (puchlina ogólna; puchlina częściowa górna lub dolna), cierpienia organów brzusznych, utrudniające krwioobieg w żyłę wrotnej, albo w żyłę główną dolną, wreszcie zatkania oddzielnych żył.

Dla ułatwienia rozpoznania mają jeszcze pewne znaczenie następujące opuchliny: opuchlina ograniczona za uchem, gdy zatkanie z zatoki żyłnej poprzecznej rozszerza się na żyły wypustkowe (*vv. emissariae*), opuchlina połączona z wysadzeniem oka (*exophthalmus*) przy zatkaniu zatoki podłużnej górnej, wreszcie—jako objaw zaburzenia w odżywianiu—obrzemie powiek przy porażeniu zwoju *G a s s e r a*, obrzęki przy rozsianem zapaleniu nerwów, umiejscowione odpowiednio przebiegowi zajętych nerwów, obrzęk twarzy przy *trichinosis*.

Drugą główną klasę stanowią puchliny charłacze, towarzyszące przewlekłym wyniszczającym chorobom, a zależne od zmian we krwi i zwątlenia serca i naczyń przy ogólnem wycieńczeniu całego usroju. Przy blednicy puchlina występuje tylko w ciężkich przypadkach w postaci ruchomych i zmiennych obrzęków (*oedema fugax*) twarzy, powiek, rąk i nóg; przy niedokrwistości samoistnej i białaczce obrzęki występują dosyć często. Puchlina skórna przy chorobach nerek ma pewne cechy, godne tu zaznaczenia: przy zapaleniu mięszszowem (zwykła postać choroby *Brighta*), jeżeli puchlina nie jest ogólną odrazu, wtedy rozpoczyna się zwykle od powiek i przestrzeni między powiekami i w po-

czątkach pokazuje się tylko zrana, po przebudzeniu. Przy zapaleniu śródmiaższowem puchlina występuje bardzo późno, zawsze bywa ograniczona, rozpoczyna się najczęściej od kostek i organów płciowych zewnętrznych, a prawie nigdy nie bywa na powiekach i twarzy; nadto u chorych, nie leżących w łóżku, bywa widoczniejszą wieczorem, niż rano, z czego podobna jest do puchliny, występującej przy chorobach serca. Przy zwyrodnieniu skrobiowatym nerek opuchlina rozpoczyna się od nóg, do których tylko może być ograniczona.

Trzecią grupę obrzęków stanowią tak zwane ostre obrzęki skórne (*Oedema acutum circumscriptum*. *Quincke*—*Riesener-ticaria*. *Milton*—*Oedema acutum angioneuroticum*. *Strübing*) zależne od przyczyn mało znanych, lub wcale niezbadanych. Występują one na różnych częściach ciała, głównie na twarzy i kończynach, bez żadnych zwiastunów, w postaci ograniczonych ognisk; przychodzą i znikają niemal nagle, przetrwawszy od kilku godzin do kilkunastu dni (*Strübing* opisał przypadek, w którym obrzęk powiek u kobiety nerwowej istniał przez 5 lat) nieraz, by powrócić w tem samym lub innym miejscu, raz lub kilka razy, o pewnej jednej godzinie, lub w ściśle określonych przerwach. *Courtois-Suffit* uważa ten rodzaj obrzęku za odmianę pokrzywki, podług *Riehla* przyczyną ich bywają zaburzenia naczynioruchowe, mające swe źródło w ośrodkach nerwowych, za czem przemawia ta okoliczność, że obrzęki nie trzymają się rozgałęzienia pewnego nerwu obwodowego, że ich pojawieniu się towarzyszą nieraz objawy przygnębienia (*depressio*), że wreszcie dowiedzionym jest wpływ wzruszeń psychicznych i wysiłków umysłowych na ich powstanie. Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, występujące przy tych obrzękach, każą się domyślać, że analogiczne sprawy zachodzą równocześnie na błonach śluzowych żołądka i kiszek.

Przelotne obrzęki spostrzegano: przy wolu, zaburzeniach w miesiączkowaniu, reumatyzmie, jako zwiastunów nieraz ciężkich cierpień centralnych organów nerwowych, u alkoholików w ścisłym związku z ilością zużytych trunków, w chorobie *Basedowa*, post traumam, wreszcie u histeryczek zwykle w połączeniu z przykurczem kończyn i sinicą, co dało powód, że *Charcot* nazwał ten rodzaj obrzęku „*oedème bleu des hystériques*”. Tu należy jeszcze wspomnieć o obrzęku, który stanowi pierwszy

okres w rozwoju *sclerodermae*, o charakterystycznym obrzęku występującym symetrycznie zwykle na wszystkich czterech kończynach przy erythromelagia, wreszcie o rzadko spotykanym, zwłaszcza u nas, tak zwanym „obrzęku śluzowym” (*myxoedema*), który się różni klinicznie od zwykłego tem, że przy nim ucisk nie pozostawia na skórze charakterystycznego śladu pod postacią długo nie wyrównywającego się wgłębienia.

Mało są zbadane tak zw. „obrzęki odruchowe”, spotykane np. przy uszkodzeniu nerek i macicy (*Potain*), a na drodze doświadczalnej otrzymane przez przecięcie nerwu kulszowego bez podwiązania żyły biodrowej (obrzęk kończyny—*Rouvier*).

Emphysema subcutaneum. Zawartość gazowa. Rozedma skórna, a właściwie podskórna, polega na obecności powietrza, lub innego ciała gazowego w tkance łącznej podskórnej. Może ona powstać albo dzięki utworzonej komunikacji pomiędzy tkanką podskórna, a narządem zawierającym gazy (krtań, tchawica, płuca, przełyk, żołądek, кишки), jeżeli gazy te znajdują się pod większem ciśnieniem, niż ciśnienie otaczającej atmosfery, albo z przyczyn zewnętrznych—przy istnieniu ran, zwłaszcza na szyi i piersi (rozedma przez aspirację), albo wreszcie może być samoistną, jeżeli gazy powstają na miejscu wskutek gnilnego rozkładu przy obecności drobnoustrojów w wybroczynach krwawych ogniskach zapalnych, tkankach obumarłych i t. p.

ROZDZIAŁ X.

Zmiany patologiczne włosów i paznogi:

Zmiany te mogą niekiedy wskazywać na sprawy chorobowe w ustroju.

Wypadanie włosów spostrzegamy po przebyciu ciężkich chorób wewnętrznych, jak n. p. tyfus, ostre wysypki zaraźliwe, albo przy cierpieniach zakaźnych, jak n. p. przymiot, lub wreszcie przy zaburzeniach w odżywianiu z innych przyczyn.

M a g e n d i e żywił psa wyłącznie serem i chociaż zwierzę było zdrowe, utraciło wszystkie włosy. Nadużycia napojów wyskokowych sprzyjają wypadaniu włosów, jak również długie używanie arseniku; znaną jest także *paronychia diabetica* przy moczówce cukrowej.

Na stan włosów i paznogi niewątpliwym jest wpływ nerwów. Doświadczenia na królikach dowodzą, że po przecięciu nerwu kulszowego włosy na łapce chorej nie odrastają w ciągu kilku miesięcy. W przypadku *Ravaton*a po wstrząśnięciu głowy wypadły rzęsy, brwi i włosy z jednej strony. W przypadku prawostronnej neuralgiae n. trigemini, podanym przez *Deghilage* (1884) włosy na bocznej i tylnej powierzchni czaszki wypadły już po trzech tygodniach. Pomiędzy objawami histeryi spostrzegano wypadanie włosów i paznogi. W przypadku opisanym przez *Falcone* pewna kobieta zapadła po śmierci syna na ciężką histeryę; po pewnym czasie, gdy już była zupełnie zdrową odwiedzała po raz pierwszy grób syna: napady histeryi wróciły i jednocześnie w ciągu kilku dni wypadły paznogie u dużych palców nóg i dużego palca prawej ręki. Co się tyczy łysiny plackowatej (*alopecia areata*), to przyczyna powstania jej nie jest stanowczo określona; jedni widzą źródło w cierpieniu nerwów, inni przypisują główną rolę pasorzytom.

Sporo spotykamy w literaturze opisów zmiany zabarwienia włosów pod wpływem nerwów. Dla przykładu przytaczamy następujące: u chorej *Eulenburga*, dotkniętej neuralgia nervi supraorbitalis, zbielały włosy na brwiach i okolicy głowy, odpowiadającej rozgałęzieniu chorego nerwu. *Reinhard* opisał idiotkę, która miewała na zmiany napady pobudzenia, to znowu spokoju; w czasie spokoju włosy były jasno-blond, w czasie zaś napadów znacznie ciemniejsze, czerwono-złotawe.

ROZDZIAŁ XI.

Exanthemata ex usu medicamentorum.

Przeróżne wykwity skórne mogą powstawać wskutek użycia pewnych środków lekarskich. (Podług *Lewina* z pomiedzy 402 środków lekarskich 204, t. j. 50,7% wywołują niekiedy *exanthemata medicamentosa*). Sposób powstawania ich bywa rozmaity, a nie zawsze da się łatwo wyjaśnić. Wiemy tylko, że w pewnych razach główną rolę odgrywa system nerwowy (*erythema post belladonam*), w innych gruczoly skórne (*acne jodat.*), w innych wreszcie nieznaną bliżej własność ustroju, którą określamy słowem „*idiosyncrasia*,” a dzięki której pewne środki wy-

wołują u pewnych tylko osób szereg zaburzeń ogólnych i zmian na skórze nawet przy użyciu bardzo małych dawek i w krótkim czasie po ich zażyciu.

Oto najczęściej spotykane postaci tego pochodzenia wysypek skórnych:

- Acid. et natr. benzoicum** — Erythema cum desquamatione, Eruptio maculo-populosa.
- Acid. carbolicum**—Erythema, Urticaria.
- Acid. nitricum**—Eruptio pustulosa.
- Acid. salicylicum**—Erythema scarlatiniforme, Urticaria, Eruptio vesiculosa, bullosa, nodosa, pustulosa, Purpura, Oedemata.
- Acid. tannicum**—Erythema.
- Aconitum**—Eruptio vesiculosa.
- Antitoxinum dyfterytyczne**—Erythema.
- Antipyrin.**—Erythema, Urticaria, Eruptio herpetiformis, vesiculosa, Purpura, Furunculosis.
- Aq. Calcis** — Urticaria, Eruptio vesiculosa, pustulosa, Furunculosis.
- Argentum**—zabarwienie skóry, symulujące niekiedy chorobę Addisona, a przy długim wewnętrznem użyciu widziano: Erythema, Eruptionem papulosam, pruriginosam.
- Arsenicum**—Dermatitis erysipelatosa (zwłaszcza twarzy i powiek), Eruptiones papulosae (zwłaszcza na głowie i rękach), Urticaria, Eruptiones vesiculosae et pustulosae, Zoster, Zoster gangraenosus, Furunculosis, Purpura, Oedemata, Keratosis palmaris et plantaris, Pemphigus, Melanodermia.
- Atropin. Belladon.**—Erythema diffusum, Er. populosa.
- Brom**—Acne, Furunculus, Urticaria, Erythema hyperaemicum et nodosum, Erup. populosa, vesiculosa et bullosa, Pemphigus, Seborrhoea, Exulcerationes.
- Canabis Indica. Haschisch.** — Erup. papulosa, vesiculosa et pustulosa.
- Cantharides**—Erythema, Erupt. papulosa.
- Chloral**—Erythema, Urticaria, Dermatitis diffusa, Erup. papulosa, vesiculosa, pustulosa, Purpura.
- Chloroform**—Purpura.

- Chininum**—Erythema hyperaemicum et papulatum, Roseola, Urticaria, Oedemata, Dermatitis diffusa, Dermatitis gangraenosa, Erupt. vesiculosa et bullosa, Purpura.
- Copaiva, Santal** — Erythema hyperaemicum et papulatum, Urticaria; Eruptio vesiculosa et pustulosa, Pemphigus, Oedemata, Purpura.
- Digitalis**—Erythema diffusum, papulatum et cum desquamatione. Urticaria, Erup. pruriginosa.
- Ferrum**—Urticaria, Acne.
- Hydrargyrum**—Dermatitis diffusa et cum desquamatione, Erup. vesiculosa et pustulosa, Furunculus, Ulcera gangraenosa.
- Hyosciamus**—Erythema hyperaemicum.
- Jod**—Acne, Dermatitis diffusa, Erythema nodosum, Eczema, Erup. papulosa, vesiculosa, bullosa, pustulosa, tuberculosa, Purpura, Pemphigus, Dermatitis ulcerosa circumscripta,
- Opium. Morphium**—Erythema hyperaemicum, Urticaria, Dermatitis diffusa, Erup. papulosa, pruriginosa.
- Phosphor**—Erup. bullosa.
- Pilocarpinum**—Dermatitis diffusa.
- Plumbum**—Erythema, Purpura.
- Rheum**—Purpura, Pemphigus.
- Strychnin.**—Erythema scarlatiniforme, Pruritus.
- Sulfonal**—Erythema.
- Santoninum**—Urticaria, Erup. vesiculosa.
- Terebinthin.**—Erythema, Urticaria. Erupt. papulosa et pustulosa.

Staralem się w pracy niniejszej zebrać szereg dowodów przekonywających, o ile jest mylnem jednostronne zapatrywanie się na choroby skóry, lub wogóle zmiany w niej dostrzegane, jako na zjawiska czysto miejscowe, nie mające związku ze stanem całego ustroju, lub oddzielnych jego narządów, muszę jednak zauważyć, że również mylnem byłoby przypuszczenie istnienia takiego związku we wszystkich przypadkach, gdyż skóra na równi z innymi narządami może ulegać różnorodnym cierpieniom samodzielnie i niezależnie od przyczyn w samym ustroju leżących. Każdy oddzielny przypadek wymaga oceny, a z objawów ze stro-

ny skóry można zaczerpnąć nieraz sporo cennnych wskazówek, bez potrzeby tworzenia zaraz różnego rodzaju „diatez” (d. herpetic, seborrhoica i t. p.), które wprowadzają tylko zamęt, a sprawy wcale nie wyjaśniają.

L I T E R A T U R A.

Oprócz podręczników chorób skórnych, ogólnej i szczegółowej patologii, oraz kazuistyki i streszczeń w rocznikach pism lekarskich, korzystałem z następujących prac w całości:

- 1) Athanasio A. Des troubles trophiques (de la peau) dans l'hystérie, 1890.
- 2) Boeck C. Essentielle Erythantheme. Erythema multiforme und Purpura rheumatica durch Schlundentzündung hervorgerufen, 1883.
- 3) Bojasiński. O potach w gruźlicy płucnej.
- 4) Bulcley Duncan. Ueber die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems; übersetzt von Philippi, 1891.
- 5) Finger E. Beitrag zur Aetiologie und Pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura, 1893.
- 6) Filipkiewicz St. O pryszczycy na tle skazy dnawej, 1890.
- 7) Funk und Grundzach. Ueber Urticaria infantum und ihren Zusammenhang mit Rhachitis und Magenverweiterung, 1894.
- 8) Gascuel V. Contribution à l'étude du mal perforant, 1890.
- 9) Hallopeau M. Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection, 1892.
- 10) Hölscher R. Ueber die Beziehungen zwischen Asthme und Psoriasis.
- 11) Hoffmann (Dresden). Ueber Beziehungen des Erythema nodosum zur infektiösen Rachenaffectionen und zum Rheumatismus acutus, 1890.
- 12) Jacobi. Pathologie und Pathogenese des Lichen scrofulosorum.
- 13) Jadasson J. Ueber die Pityriasis rubra und ihre Beziehungen zur Tuberculose, 1882.
- 14) Irsai A. und Babesin V. Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Einfluss der Nervensystems auf die pathologischen Veränderungen der Haut, 1882.
- 15) Juliusburger O. Ueber das Auftreten von Herpes Zoster bei Arsenikgebrauch, 1884. 1884.
- 16) Leloir. Des dermatoses par choc moral, 1887.
- 17) Mann Rud. Drei Fälle von Vitilligo in Zusammenhang mit nervösen Erscheinungen, 1889.
- 18) Nielsen L.

Klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis, 1892. 19) Pick. Ueber die Beziehungen zwischen Hautaffektionen und Erkrankungen des Verdauungstractus, 1893. 20) Polotebnoff. Zur Lehre von den Erythemen, 1887. 21) Sack Arnold. Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen, 1893. 22) Schwimmer Er. Tuberculose der Haut und Schleimhäute, 1887. 23) Thibierge G. Les altérations cutanées de la syringomyélie, 1890. 24) Wickham Louis. Tabetische Mundgeschwüre, 1894.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

346. Prof. GUIDO TIZZONI i Dr E. CENTANNI. **Leczenie wścieklizny surowicą.** (*Die Serumtherapie der Hundswuth. Therap. Wochenschrift Nr 27, 28, 1895*).

Pierwsze próby uodporniania zwierząt na wściekliznę za pomocą krwi innych zwierząt, którym została zaszczerpiona ta choroba, robili Babes i Lepy (1889 r.); lecz wyniki ich pracy nie mają wartości naukowej. Tem samym pytaniem zajęli się autorzy i z pracowni ich w ciągu czterech lat wyszedł cały szereg prac, traktujących o tym przedmiocie.

Najpierw zostało wykazane, że surowica szczepionych zwierząt nie tylko zobojętnia jad wścieklizny w próbówce, lecz uodpornia i leczy króliki, jeżeli zostały zarażone wodowstrętem przed 25 godzinami. Surowica królików ma na nie silniejszy wpływ, niż surowica psia.

Dalej, wychodząc z myśli Volli'ego, autorzy stwierdzili, że sok żołądkowy osłabia siłę wścieklizny, lecz że nie traci ona swych własności. To właśnie stworzyło włoską szkołę szczepień ochronnych.

Następnie autorzy wykazali, że surowica zwierząt, szczepionych podług włoskiej metody, jest skuteczną nawet po upływie 7—14 dni od zarażenia wścieklizną, wogóle w okresie rozwoju pierwszych objawów choroby.

Nakoniec zostało dowiedzione w tej samej pracowni, że wyniki, otrzymane na królikach, dają się osiągnąć i na innych większych zwierzętach: psach i owcach; i określono ilość substancji nerwowej, jaką należy zastrzyknąć zwierzętom, żeby zapewnić im znaczną odporność.

W ostatnich czasach autorzy zajęli się rozmaitemi pytaniami, dotyczącymi tegoż samego przedmiotu. Przedewszystkiem przekonali się na owcach, że dla otrzymania surowicy, dostatecznie uodporniającej, potrzeba zrobić w przeciągu 20 dni 17 zastrzyknięć po 0,25 (na kilogr. wagi) substancji nerwowej, odpowiednio zmienionej przez sok żołądkowy.

Surowica takich owiec jest w stanie uratować od śmierci zarażone wściekliczną króliki po upływie 24 godzin.

Ponownie szczepione owce powinny otrzymać 10 zastrzyknięć w ciągu 12 dni po 0,25 strawionej tkanki nerwowej na kilo wagi, aby ich surowica miała podobne działanie, jak poprzednia, t. j. aby uodporniała królika przeciw wścieklicznie, będąc zastrzykniętą mu pod skórę w ilości 5—2 c. sz., czyli w stosunku 1 : 25000 wagi królika. Ilości zastrzykniętej tkanki nerwowej mają niewątpliwy wpływ na tworzenie się ciał uodporniających w surowicy; jednak nadmiar wywiera niewątpliwie ujemny wpływ: n. p. po 12 zastrzyknięciach (zamiast 10) w ilości $\frac{1}{3}$ grm. (zamiast $\frac{1}{4}$ grm.) na kilo wagi, surowica ma dwa razy słabsze działanie uodporniające, niż poprzednia. Większe rozcieńczenie jadu wściekliczny, zwiększenie dawki i zmniejszenie ilości szczepień, również jak użycie nieprzetrawionej przez sok żołądkowy tkanki nerwowej—osłabiają działanie ochronne surowicy, otrzymanej od takich zwierząt. Stwierdzają to autorowie na licznych przykładach, gdzie były przeprowadzone doświadczenia, uwzględniające powyższe uwagi. Przy tej sposobności podkreślają oni raz jeszcze wyższość włoskiej metody nad francuską, wykazując, że przetrawiona wściekliczna traci swą jadowitość, co nie zmniejsza jednak własności jej szczepienia.

Wpływ szczepień na owce jest na razie osłabiający: tracą one swą ruchliwość i waga ich spada o 3—4 kilo, lecz wkrótce poprawiają się i znacznie tyją, n. p. od 18 do 21 kg., od 28 do 36 kg. po upływie 26 dni.

Wartość ochronna surowicy ponownie szczepionego zwierzęcia nie różni się od takowej szczepionego po raz pierwszy. Zastrzykiwania należy powtarzać co 2 do 5 miesięcy, żeby utrzymać działanie surowicy na tym samym poziomie. Na tej zasadzie autorzy utrzymują, że szczepienie nie wywołuje jakiegś właściwej czynności ustroju, której wytworem jest ciało o własnościach uodporniających, krążące we krwi, lecz że ciało to jest przetworem wprowadzonego do ustroju jadu.

Z tej racji dobroć i siła surowicy nie zależą od ponownych szczepień, lecz jedynie od dobroci szczepionki.

Owce znoszą dobrze cały szereg powtórnych zastrzyków co 2 do 2 $\frac{1}{2}$ miesięcy; nie należy jednak rozpoczynać nowej seryi, dopóki po poprzedniej nie zginęły ślady. Najstosowniejszą porą do wypuszczania krwi w celu otrzymania surowicy jest 25 dzień po ostatnim szczepieniu; ilość antytoksyn jest wtedy największa, chociaż różni się stosunkowo nieznacznie od surowicy, otrzymanej 10 dnia.

Najdogodniejsze przechowanie surowicy polega na zęszczeniu jej w próżni przy 38° C. i wysuszeniu nad kwasem siarczanym. Surowica owiec, w ten sposób otrzymana, waży $\frac{1}{15}$ świeżej, przedstawia się w postaci czerwonawych płytek, rozpuszczalnych w 20 częściach wody i nie tracących swych ochronnych własności przy przechowaniu w ciemności i w suchem miejscu.

Najtrudniejszą rzeczą jest dawkowanie surowicy. Ponieważ siła jej zależy przede wszystkim od szczepionki, a ta ostatnia nie jest wydzieloną w czystej postaci, przeto trudno jest ściśle określić ilość wprowadzonych toksyn i wytworzonych następnie w ustroju antytoksyn. A jednak od ścisłości dawkowania zależy wynik leczenia.

Aby otrzymać mniej więcej jednostajne szczepionki, autorzy brali wściekliczne zawsze od zdychających zwierząt; ponieważ różne części układu nerwowego zawierają nie jednokowe ilości toksyn, przeto brano zawsze tylko rdzeń przedłużony i przechowywano go nie dłużej, nad 4 dni w glicerynie. Przechowane tkanki przed użyciem odważano w kawalczkach po 0,1 i rozcierano je w szklanem naczyniu przed dodaniem płynu, żeby nie zawierały większych bryłek.

Czysta tkanka nerwowa ma nader silne działanie. Za pomocą rozcieńczania jej wodą po uprzedniem roztarciu osłabiamy jej działanie tak znacznie, że w końcu może utracić całkiem swe własności. Do szczepień na królikach używali autorzy rozcieńczenia, które sprowadzało pierwsze objawy chorobowe po 11 do 14 dniach, a śmierć po 16—20; ilość wynosiła 0,013 do 0,026 c. sz. na kilo wagi królika, w rozcieńczeniu 1 : 100 do 1 : 50, czyli do $\frac{1}{4}$ mg. czystej substancji.

Po szczepieniach tego rodzaju już piątego dnia spada waga ciała zwierzęcia, co jest jednym z pierwszych objawów wściekliczny; a po 15 do 20 dniach występuje rozwój choroby i śmierć. Zwierzęta zaś pokąsane przez wściekłego psa przedstawiają obraz o wiele rozmaitszy i objawy wściekliczny występują znacznie później. To stanowi wyższość metody

szczepienia nad innymi, bo stały co do czasu rozwój choroby jest zarazem miarodajnym w określaniu leczniczej wartości surowicy, która u pokąsanych zwierząt może mieć rozmaitą siłę.

Szczepionkę wprowadza się przy pomocy cienkiej rurczki pod oponę twardą w okolicach mózdzka, lub w pień nerwu kulszowego. W drugim wypadku rozwój choroby postępuje powolniej.

Co się tyczy surowicy szczepionych zwierząt, to jej siła uodporniająca określa się podług metody Behringa z ilości gramów wagi królika, jaką jest w stanie ochronić od wścieklizny jeden centymetr sześcienny surowicy. Określenie to odbywa się na całym szeregu zwierząt dla otrzymania jak najdokładniejszych liczb.

Autorzy przygotowali surowicę normalną (ST), mającą następujące własności. Wstrzyknięta w stosunku 1 : 25000 wagi królika (około 1½ kropli zwierzęciu, ważącemu 2 kilo) na 24 godziny przed zaszczepieniem psiej wścieklizny pod twardą oponę, jest ona w stanie uodpornić go przeciw jadowi. Jeżeli królikowi była zaszczepiona w nerw kulszowy podwójna ilość wścieklizny, to zastrzyknięcie 1,0 normalnej surowicy (ST) nawet po upływie ośmiu dni jest w możności przerwać rozwijającą się chorobę. Jeśli zaszczepiono pod oponę twardą jedność czystego jadu wścieklizny, to do uodpornienia potrzeba 1 : 100, czyli 10 c. sz. (ST) na kilo wagi królika. Przy bezpośrednim zmieszaniu 1 c. sz. ST w próbówce, zobojętnia on 1200 jedności czystego jadu wścieklizny.

Odporność, wywołana przez zastrzykiwanie surowicy występuje szybko, lecz za to czas trwania jej jest niezbyt długi. Z tej racji wścieklizna, pomimo szczepień ochronnych, może się rozwinąć po upływie dłuższego czasu. Z doświadczeń zrobionych w tym kierunku wypada, że zwierzęta, uodpornione przed zaszczepieniem wścieklizny, nie podlegają niebezpieczeństwu rozwinięcia się choroby; co się zaś tyczy zwierząt, które były leczone po zaszczepieniu wścieklizny, to część ich zdechła, lecz tylko w tych wypadkach, gdzie dawkowanie surowicy było niedokładne. Przypadki śmierci nie przekraczały nigdy trzeciego miesiąca od chwili zarażenia. Godnem jest uwagi, że śmierć miała miejsce we wszystkich wypadkach, gdzie była brana surowica owcy, która otrzymała zbyt silną szczepionkę, lub nie przetrawioną uprzednio przez sok żołądkowy.

Uodpornianie przeciw wściekliznie przedstawia raczej teoretyczny, niż praktyczny interes. Z tego ostatniego punktu widzenia zasługuje na uwagę pytanie, w jakich granicach czasu zastrzyknięta zwierzęciu surowica ochronna jest w stanie

zachować je od następczego zarażenia wściekliczną? To pytanie zamierzają podjąć autorzy w oddzielnej pracy.

Natomiast doniosłe praktyczne znaczenie przedstawia leczenie zaszczipionej wściekliczny. Ponieważ najczęstszem źródłem tej choroby jest pokąsanie, przeto autorzy używali do doświadczzeń psią wściekliczną i szczepili ją nie pod opony mózgowę, lecz w mięsz nerwu kulszowego, co najbardziej zbliża się do naturalnego zarażenia. Surowica lecznicza była brana od dwóch owiec, jedna miała własności normalnej (ST), druga $\frac{1}{8}$ ST.

Najważniejsze wyniki tych doświadczzeń sprowadzają się do tego, że w miarę oddalania się dnia, kiedy miało miejsce zaszczipienie wściekliczny, dawkę surowicy leczniczej trzeba powiększyć znakomicie, aby osiągnąć pożądany wynik. Widzieliśmy poprzednio, że w celach ochronnych, 24 godziny przed zaszczipieniem psiego jadu, wystarczało surowicy 1 : 25000 wagi zwierzęcia, t. j. 0,04 c. sz. na kilo królika. Otóż drugiego dnia po zarażeniu nie jest dostateczną ilość surowicy 5 razy większa, aby uchronić zwierzę od śmierci; następnego dnia potrzeba zastrzyknąć już dawkę 6 razy większą, czwartego dnia powiększyć ją 5 — 10 razy; dziesiątego dnia ilość potrzebnej surowicy przewyższa ochronną 25 razy.

Sprawdza się tu zatem toż samo prawo, jakie ma miejsce przy szczepieniach surowicy tężca i dyfterytu, z tą jednak różnicą, iż nie trzeba tu tak znacznie powiększać dawek, jak we wspomnianych chorobach. Konieczność zwiększania dawki dowodzi, że jadu przybywa w ustroju i że rozprzestrzenia się on wzdłuż układu nerwowego. Ważne znaczenie ma zjawisko, że ilości potrzebnej surowicy zwiększają się nieproporcjonalnie szybko w późniejszych dniach po zaszczipieniu wściekliczny; dowodzi to, iż jad szerzy się bardzo prędko, gdy osiągnie ośrodkowych narządów nerwowych.

W przebiegu choroby zauważa się początkowo przyrost wagi chorego zwierzęcia, potem waga zmniejsza się bardzo znacznie. Leczone zwierzęta wykazują tylko bardzo nieznaczne wahania wagi.

Zobojętniający wpływ surowicy na jad wściekliczny można sprawdzić najdogodniej w naczyniu, gdzie jesteśmy w stanie określić ściśle, jaką ilość jednostek zarazka jest w stanie zniszczyć 1 c. sz. surowicy leczniczej. W tym celu do 1 c. sz. surowicy dodaje się odpowiednią ilość rozrzedzonego czystego jadu wściekliczny i po 5 — 10 minutach zastrzykuje się mieszaninę pod oponę twardą zwierzęcia. Jeśli surowica nie zobojętniła całkowicie zarazka, to wystąpią wkrótce objawy wściekliczny. Z licznych prób wyciągają autorzy wniosek, iż 1 c. sz. surowicy normalnej (ST) jest w stanie zobojętnić 1200 jedności zarazka wściekliczny, czyli uodpornić 1200 kró-

lików, ważących każdy 1 kilo, lub 1200000 kilo żywej wagi królików. Takie przynajmniej wyniki daje bezpośrednie zobojętnianie jadu surowicy w próbówce. Już z poprzednio podanych cyfr widać, iż w ustroju dzieje się inaczej; w rzeczy samej dawka surowicy przy podskórnem stosowaniu musi być 12000 razy większa, niż przy doświadczeniu w próbówce, aby pozbawić jad jego działania; na zobojętnienie jedności zarazka potrzeba bowiem 10 c. sz. surowicy.

Żeby wytłómaczyć to dziwne zjawisko, autorzy robili szereg doświadczeń, zastrzykując surowicę nie pod skórę, lecz bezpośrednio do układu nerwowego i przyszli do wniosku, iż wystarczają tu również małe ilości surowicy jak te, które były dostateczne, by zobojętnić jad w próbówce. Jedność uodporniająca (0,00083 c. sz. ST) daje dodatni wynik przy zastrzyknięciu w substancję nerwową tam, gdzie o wiele większe dawki podskórne są nieskuteczne. Na tej zasadzie tłómaczą autorzy, że z całej ilości wprowadzonej do ustroju surowicy działa tylko niewielka część, ta mianowicie, która zetknęła się z układem nerwowym, który jedynie podlega zakażeniu; reszta surowicy zostaje zużyta i wydalona z ustroju, nie wywarłszy pożądanego skutku.

Nie może być mowy w tych doświadczeniach o bezpośrednim działaniu surowicy na jad i zobojętnieniu go, podobnie jak w próbówce, chociaż w całym szeregu przypadków zastrzyknięcia były robione w toż samo miejsce, gdzie i szczepienie wściekliczny; bo ten ostatni rekoczyn poprzedzał pierwszy o 24 do 72 godzin i przeto jad zdążył już rozejść się po ustroju. Prócz tego w innym szeregu doświadczeń szczepienia były robione w nerw kulszowy, a surowica zastrzykiwana pod oponę twardą mózdzku i wyniki były również pomysne.

Na zasadzie powyższych doświadczeń można spytać, czy w próbówce ma miejsce w samej rzeczy zobojętnienie jadu? Bardzo jest prawdopodobnem, że nie zachodzi tam nic podobnego, lecz że wprowadzona pod oponę mięszanina uodpornia układ nerwowy dzięki zawartości w niej surowicy i przez to czyni go niewrażliwym na drugi składnik—zarazek.

Praktyczne zastosowanie tych wyników jest doniosłe: ponieważ wściekliczna jest chorobą, mającą swe określone umiejscowienie—układ nerwowy, to możebnem jest i miejscowe leczenie, które zmniejszy znacznie dawkę spotrzebowanej surowicy, co niekiedy ma nader ważne znaczenie i zapewni jej tem skuteczniejsze działanie.

Porównyując swoją metodę leczniczą z Pasteurowską, autorzy przyznają pierwszej wyższość z następujących racyi:

1) Szczepienia surowicy uodporniają króliki przeciw wścieklicznie, co nie daje się osiągnąć Pasteurowską metodą.

2) Do uodpornienia wystarcza jedno zastrzyknięcie surowicy na 24 godziny przed zarażeniem, podczas gdy w tym samym celu trzeba zrobić kilka szczepień Pasteura.

3) Nawet po zarażeniu wystarcza jedna iniekcja, aby uratować chore zwierzę, czego się nie osiąga metodą Pasteura.

4) Chociaż po zaszczepieniu surowicy odporność ustroju na wścieklicznę trwa krócej, niż po szczepieniach ochronnych, jednak skuteczność lecznicza surowicy w peryodzie inkubacji pokrywa ten pozorny brak szczepień.

5) Szybkość działania surowicy (już w parę minut po zastrzyknięciu) stanowi wybitną wyższość tej metody nad Pasteurowską, gdzie działanie jest bardzo powolne (po 15 i więcej dniach). Ma to zwłaszcza doniosłość, gdy upłynęło kilka dni od pokąsania.

6) Nakoniec większa łatwość przechowania, przewożenia, stosowania surowicy, taniść jej i t. d. zapewnią jej szerokie zastosowanie.

Nakoniec określają autorzy ilość surowicy w zastosowaniu leczniczym u człowieka. Osobnikowi średniej wagi (70 kilogr.), jeżeli od pokąsania go upłynęło nie więcej niż 4 dni, rany są niezbyt głębokie i pnie nerwowe nie uszkodzone, trzeba zastrzyknąć w ciągu tygodnia 20,0 normalnej surowicy, podzieliwszy tę ilość na 3 dawki. W razie głębszych uszkodzeń i zapóźnionego leczenia, dawkę należy podwoić.

20,0 ST stanowią 2,5 suchej substancji lub 25000 jednostki uodporniających, czyli ilość surowicy, potrzebną do zobojętnienia takiej najmniejszej ilości zarazka wścieklizny, jaka jest w stanie usmiercić 25000 kilo żywej wagi królików.

W. Miklaszewski.

347. Prof. Dr E. H. KISCH. **O zaburzeniach ze strony serca w początkach miesiączkowania.** (*Ueber Herzbeschwerden während der Menarche. Berl. klin. Woch. Nr 39, 1895*).

Aczkolwiek stare zdanie Hipokratesa „Uterus omnium causa morborum, qui mulieres infestant“ utraciło w medycynie to obszerne znaczenie, w każdym razie i dziś mnożą się obserwacje, wskazujące na związek pewnych chorób u kobiet z rozwojem i funkcją organów płciowych. Autor niejednokrotnie już ogłaszał swe obserwacje, dotyczące objawów ze strony serca i menopausis, w artykule zaś powyższym porusza związek pewnych objawów ze strony serca i rozpoczęciem się miesiączki. Okres ten w rozwoju płciowym dziewczęcia przez analogię z meno-pausis nazywa men-arche (po-

czątek miesięczki). W Niemczech okres ten przypada średnio w 14—15 roku życia z wahaniami od 12 do 18 lat.

Jako najczęstszy objaw ze strony serca u dziewcząt skąd inąd zdrowych, nie anemicznych, nie dotkniętych somatyczną chorobą serca lub naczyń, spotykał autor nerwowe bóle serca. Zależność tego objawu od organów płciowych opiera autor na tem, że owe bicia serca zjawiały się na pewien przeciąg czasu (tygodnie, miesiące) przed pierwszą miesięczką i ustępowały z chwilą regularnego występowania takowej. Bicia te serca albo wyrażały się obiektywnie w postaci częstych i wzmożonych uderzeń serca przy jednoczesnem przyspieszeniu i napięciu pulsu, lub też w nieznaczej ilości przypadków występują jako objaw subiektywny w postaci przykrego uczucia przyspieszonego i wzmożonego bicia serca.

W pierwszym razie nie tylko wysłuchiwanie wykazuje wzmożoną czynność serca, lecz daje się zauważyć wstrząsanie klatki piersiowej oraz pulsatio carotidum. Ostukiwanie nie wykazuje zmian w granicach serca. Puls przyspieszony (120—140) pełny, niekiedy przerywany, nierównomierny. W przypadkach subiektywnych nie można skonstatować wzmożonej czynności serca i pulsu, w obudwu jednak stanach uczucie bicia serca związane jest z uczuciem tętnienia w naczyniach szyi, często występują bóle w okolicy serca obok duszności, braku powietrza; uczucia ściśnienia serca (Präcordialangst) i ciężaru na piersiach. Oddech przyspieszony, słaby. Bicia serca przychodzą niekiedy codziennie lub w dłuższych odstępach czasu bez widomej lub z powodu błażej przyczyny, ciągną się kilka minut lub godzin, zjawiają się we dnie lub w nocy. W odstępach wolnych od napadu serce i naczynia odbywają swe czynności prawidłowo.

Daleko rzadziej występują bicia serca w postaci napadów Tachycardiae. Przyspieszone bicia serca i pulsu występują przed zjawieniem się pierwszej miesięczki i następnie zjawiają co 3—4 tygodnie przed lub podczas miesięczki w ciągu kilku dni, najpóźniej w kilka miesięcy po rozpoczętem miesięczkowaniu ustępują. Niekiedy tym biciom serca towarzyszą zaburzenia ze strony trawienia: apetyt mały, trawienie upośledzone, zaparcie stolca. Niekiedy występują także objawy nerwowe: dziewczęta tracą wesołość, są smętne, niechętnie się uczą, unikają wszelkiej dłuższej fizycznej lub umysłowej pracy, łatwo się irytują, śpią niespokojnie, uważają się za ciężko chore i wymagają specjalnej opieki w przekonaniu, że z chwilą napadu życie ich jest zagrożone.

Jako przyczyny podobnych stanów u dziewcząt autor wskazuje dwie. Z jednej strony z chwilą rozwoju płciowego następuje zmiana w całym nastroju psychicznym dziecka, stąd

też mogą powstać psychiczne pobudzenia, mogące mieć wpływ nie tylko na cały systemat nerwowy, lecz także specjalnie na nerwy, zawiadujące czynnością serca. Z drugiej znowu strony przyczyna tkwi w rozwoju jajników. Jajniki, które u dziecka rosną powoli i w chwili dojrzewania dopiero osiągają szybko swego rozwoju, dalej rozwój w okresie przedmiesiączkowym pęcherzyków Grafa, pęknięcie pęcherzyków Grafa i wydalanie jajka i związane z tem wszystkim przekrwienie organów płciowych mogą wywołać objawy refleksyjne.

Następnie autor opisuje drugą grupę zaburzeń sercowych podczas Menarche. Cierpienia te dotyczą dziewcząt, u których miesiączkowanie jest opóźnione (w 18, 19, 20 roku jeszcze nie przychodzi) przy czem organy płciowe zewnętrznie przedstawiają się bądź zupełnie rozwinięte, bądź też są niedostatecznie rozwinięte, lub też dotyczy to dziewcząt, u których miesiączkowanie odbywa się nieregularnie albo też niedostatecznie, krew bleda w małej ilości. Niekiedy miesiączkowanie bywa nieprawidłowe i obfite (5—8 dni i dłużej). W tego rodzaju stanach zaburzenia sercowe występują tak wyraźnie, że lekarz może powątpiewać, czy nie ma do czynienia z wadą serca. Częste bicia serca, brak powietrza, uczucie ściśnienia sercowego przy poruszeniach i pobudzeniu. Wymiary serca nie są powiększone, wysłuchiwanie wykazuje tony jasne, albo też szmer skurczowy przy zastawce dwudzielnej. Puls przyspieszony, niekiedy arytmiczny, łatwo ucisnąć się dający. Jednocześnie istnieją objawy chlorozy, często też występuje *acne vulgaris*, pocenie się nóg i rąk. Aczkolwiek objawy ze strony serca mogą zależeć od stanu chlorotycznego dziewcząt, główną jednak przyczynę tego sprowadza autor do tych zmian, jakie zachodzą w jajnikach i organach płciowych pod okres występowania miesiączki i powołuje się na zdanie Hoffmana, wypowiedziane w *Lehrbuch der Constitutionskrankheiten*, Stuttgart 1893: „Die Alteration der Genitalfunction giebt den Anstoss zur Entwicklung der Chlorose... es erheben sich beim Wachsen und Reifen der Ovula bedeuende und ungewohnte Ansprüche an den Organismus, welche einen nicht ganz stabilen Stoffwechsel wohl in's Schwanken bringen können.“

Trzecią grupę zaburzeń sercowych, występujących w tym okresie u dziewcząt, przedstawia autor w następujący sposób. Cierpienia te zjawiają się u dziewcząt, które na krótko przed zjawieniem się miesiączkowania raptownie i szybko rosną, nie są anemiczne ani też nerwowe, są chude, poczynają się uskarżać na bicie serca i krótki dech przy ruchach. Obiektywnie stwierdzić można powiększenie wymiaru podłużnego serca, *ictus cordis* mocny w zwykłym miejscu lub też na zewnątrz oddalony, tony serca szczególnie lewego mocne, drugi ton

aorty wzmożony, pulsatio carotidum, puls mocny, napięty, twardy.

Ponieważ odnośne obserwacje autora nie dotyczą dziewcząt, ciężko pracujących fizycznie, u których wskutek tego mogłoby nastąpić przeciążenie pracy serca a stąd jego przerost, sądzi autor, że przerost ten serca przypisać należy temu impulsowi wogóle dla naczyń resp. serca, jaki daje rozwój organów płciowych w tym okresie. Obwinia autor również noszenie gorsetu, przy szybkim bowiem wzroście i rozwoju ciała w tym okresie stawia on pewien opór, który stwarza dla serca trudności do pokonania (ucisk na górną część brzucha, uniesienie przepony, utrudniony oddech).

Bączkiewicz.

348. Dr C. BRUHNS (Lipsk). **Kilka przypadków ostrego zapalenia nerek przy pryszczycy.** (*Berl. kl. Wach. Nr 28, 1895*),

W większości przypadków zapalenia nerek resp. białkomoczu przy pryszczycy, znanych z literatury, za przyczynę sprawy nerkowej uważać trzeba trująco działający środek leczniczy. Natomiast rzadko spotkać można opis przypadku, gdzie choroba skóry sama przez się nefryt wywołała. Autor spostrzegł siedem takich przypadków, których historię choroby szczegółowo na tem miejscu podaje. Były to przypadki bądź pierwotnej pryszczycy, bądź też wtórnej (świerzba).

Przyjmując w podobnych przypadkach zapalenie nerek za skutek choroby skórnej, przyznać jednakże trzeba, powiada autor, że o sposobie powstawania tej komplikacji nic jeszcze stanowczego nie wiemy. Pewną i uznaną zupełnie jest rzeczą, że istnieje związek pomiędzy skórą i nerkami; bliższe szczegóły jednakże są nam dotąd nieznanne. Wiemy tylko, że n. p. znaczne oziębienie powierzchni skóry szkodliwy wpływ na nerki wywiera i widzimy znowu z drugiej strony, że przy rozległych pryszczycach skóry występują podobne zaburzenia w nerkach. Czy jednakże sposób powstawania zapalenia nerek jest analogiczny w obu wypadkach i jaki czynnik nefryt wywołuje, o tem dotąd nie powiedzieć nie możemy.

Spostrzeżenie wskazuje, że w przypadkach nefrytu pryszczycowego pewne usposobienie osobnika ważną rolę odgrywa, gdyż wielu chorych z ogólną pryszczycą żadnych zaburzeń ze strony nerek nie okazuje; tymczasem inni już przy nieznanym i ograniczonym zajęciu skóry na zapalenie nerek zapadają.

Jeden czynnik z szeregu przyczyn zapalenia nerek możemy wykluczyć—powiada autor—mianowicie zniesienie prawidłowej czynności skóry wskutek zmian w skórze. Wobec

doświadczeń Senatora, który prawie całą powierzchnię ciała ludzkiego nie przepuszczającymi substancjami pokrywał (lepki plaster z kolodionem, dziegieć) i wykluczwszy w ten sposób normalną czynność skóry, nie widział żadnych szkodliwych skutków, szczególnie na nerki, nie można już stawiać nefrytu w zależności od „perskirabile retentum.“

H. Kucharzewski.

II. Chirurgia.

349. Prof. TERRIER. Leczenie chirurgiczne wodogłowia ostrego i przewlekłego. (*Traitement chirurgicale des Hydrocephalies aigues et chroniques. Progr. Méd. Nr 41, 95 r.*)

Istnieją 3 metody chirurgiczne leczenia wodogłowia:

1) Metoda uciskowa, 2) metoda opróżniania płynu, 3) metoda mieszana.

1) Pierwsza z tych metod ma już tylko znaczenie historyczne, gdyż nie prowadzi do celu.

2) Druga metoda przynosi polepszenia. Polega ona na przekłóciu komórek mózgu lub przestrzeni podpajęcznej.

a) Przekłuwanie komórek mózgowych wznowił w r. 1885 Wernicke, za nim Zenner, Keen.

Różnica znaczna, zależnie od tego, czy się robi punkcye u dzieci w hydroceph. infant. lub u dorosłych w hydroph. symptom. wskutek meningitis serosa.

Warunki operacyjne są u dzieci lepsze. Nowsi autorowie miejsce przekłucia obierają w odległości 3 cm. ku tyłowi od przewodu słuchowego zewnętrznego i o 5 cm. ponad nim. Aby płyn opróżnić zwolna, niektórzy powtarzają przekłucia w odstępach 1—2 tygodniowych lub używają zatyczek, dozwalających na ściekanie płynu kroplami (Keen). Po przekłuciu można drenować komórki mózgowe lub nie, oraz wstrzykiwać płyny obojętne, n. p. ciepłą wodę lub roztwory jodu (wody 30,0, jodu 0,002, KI. 0,005) lub kwasu bornego $\frac{8}{100}$.

W hydroc. sympt. warunki są trudniejsze, gdyż komórki mniej są wypełnione płynem, trudno zatem znaleźć miejsce odpowiednie, z którego przekłucie przeniknęłoby do wnętrza komórek.

Powszechnie zgadzają się, że miejsce najodpowiedniejsze leży u dziecka na 3 cm., u dorosłego na 4 cm. powyżej otworu słuchowego zewnętrznego. Trepanacja odkrywa drugi zawój skroniowo-klinowy, po przecięciu opony twardej wkluwa się cienki troakar na 2—3 cm. wgłąb, unikając ruchów bocznych.

Potrzeba odnalezienia odpowiedniego miejsca dla punkcyj dała powód do zajęcia się badaniem stosunku zawojów do komórek mózgowych. Według ostatnich badań Masse'a i Woolonghama róg czołowy odpowiada przedniej dolnej części drugiego zawoju czołowego, leżąc poza nim w głębokości 30—35 mm.; kanał komórkowy idzie dalej wzdłuż drugiego zawoju czołowego ku zawojowi czołowemu wstępującemu poza $\frac{1}{3}$ średnią rowka Rolanda i zawojem ciemieniowym wstępującym (Mayo, Robson, Mauny robią punkcję na granicy $\frac{1}{3}$ górnej z $\frac{1}{3}$ średnią tegoż zawoju). Właściwa przestrzeń komórkowa (najodpowiedniejsze miejsce do operacji) znajduje się na podstawie zrazika fałdy zagiętej (pli courbé) ku przodowi fałdy zagiętej na tylnym końcu pierwszego zawoju skroniowego i w tem miejscu racjonalnie robią punkcję A. Broca, Keen, Thiviar.

Róg potylicowy komórki leży poza drugim zawojem potylicowym, a róg skroniowo-klinowy ku dołowi i przodowi pod drugim zawojem skroniowym aż do przedniej części zrazika klinowego. (W jego środku robi punkcję Poirier). Za pomocą wykreślonych na czaszce linii Rolanda i Sylwiusza można wyznaczyć potrzebne dla operacji punkty.

b) Zamiast powyższej, zawsze trudnej operacji proponowano punkcję przestrzeni podpajęczej. Racjonalną jest ona w hydroceph. extern. oraz w tych przypadkach, w których drogi komunikacyjne między komórkami wewnątrz-mózgowymi a przestrzenią podpajęczą nie zostały wysiękiem zatkane, co, niestety, bardzo często się zdarza.

Punkcja robi się albo na sklepieniu czaszki (trepanacja, rezekcja opony twardej, przekłucie przestrzeni podpajęczej), albo na podstawie czaszki. Parkin w 1893 otwierał t. zw. zbiornik mózdkowy dolny, t. j. przestrzeń między mózdkiem i tylną powierzchnią bulbi a górną pajęczą, trepanując na potylicy. Operacja to jednak za ryzykowna na żywym.

Chipault poleca otwieranie t. zw. zbiornika Sylwiusza, t. j. przestrzeni pod oponą pajęczą przeciągniętą od zrazika czołowego do ciemieniowego nad rowkiem Sylwiusza. Trepanuje o $1\frac{1}{2}$ cm. ku tyłowi i nad tuberc. retro-orbital., nacina oponę twardą z przodu (z tyłu art. mening.) na przestrzeni $\frac{3}{8}$ rany kostnej i odwija jej płat w tył, przekłuwa trokarem, nacina bisturem lub rozrywa szczypczykami listek opony pajęczej. Autor poleca ten sposób.

3) Trzecia metoda polega na równoczesnem opróżnieniu płynu mózgo-rdzeniowego i zmniejszeniu pojemności czaszki. W 1803 Piéchaud polecał w tym celu prócz punkcyi jednocześnie craniectomię, a w 1804 r. Chipault craniectomiam parietalem z jednoczesnem drenowaniem kręgosłupa w okolicy lędźwiowej, aby dać odpływ przez dolny odcinek osi nerwowej. Próby rezekcyi wyrostków ciernistych w okolicy szyjowej (Walscham, St. Paget) dały wyniki niepomysłne.

Wyniki. Skutki pomyślne punkcyi komórek mózgowych w hydroceph. chronic. nie były liczne, osiągnięto jednak polepszenia. Właściwie jest to leczenie paliatywne, zwłaszcza gdy podejrzewają się zmiany różnorodne, n. p. u idiotów.

W hydroceph. acut. sympt. skutki otrzymano jeszcze więcej przypadkowe, jednakowoż były i polepszenia.

Skutków przekłuwania przestrzeni podpajęcznej nie można być pewnym z powodu, jak wspomniano, możliwości zatkania dróg łącznych. Otwierać należy zbiornik Sylwiusza.

O wartości metody mieszanej nie można jeszcze wyrzec zdania z powodu braku materiału statystycznego. Nie mniej wszakże autor zapatruje się na operacyjne leczenie wodogłowie, jako na nową drogę, otwartą dla terapii w tej chorobie.

Rzeczniowski.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

350. Prof. Bouchard w Paryżu zakomunikował na jednym z ostatnich posiedzeń Académie des sciences, że **nowowykryte dwa elementy argon i helium znajdują się w pewnych wodach mineralnych.** Wiadomem jest od dawna, że w pewnych źródłach siarczanych w Pyreneach wiążą się bezustannie drobnutkie pęcherzyki gazu. Podobne źródła znajdują się w Panticosa (Hiszpania), a również w Bagnères de Bigorre i Cauterets (Francya). Wspomniane pęcherzyki gazu, przyjmowano dotąd za azot, analiza spektralna wykazała jednak, że te pęcherzyki gazu dają widmo helium i argonu. Poszukiwania nad źródłem „source du bois” w Cauterets wykazały, że w skład jego wchodzi prócz helium inny jeszcze nieznaný dotąd pierwiastek. Jest przypuszczenie, że znalezione w źródłach pierwiastki nie tylko z powietrza się tam dostały, lecz że i inne czynniki wewnątrz źródeł na to się składają.

Co się tyczy stosunku działania leczniczego wspomnianych źródeł do zawartości w nich helium i argonu, to dotąd przynajmniej nic orzec jeszcze nie można (Thrap. Woch). H. K.

351. Chemik Schloesing podaje prosty sposób otrzymywania argonu. Zwykłymi metodami usuwa on tlen (spalenie) i kwas węglowy (baryta lub wapno), azot zaś przepuszcza przez rozpaloną do czerwoności miedź z magnezją; pozostałość ma być czystym argonem.

352. Kuracya wyciągiem gruczołu tarczowego włókniaków macicy wypróbowana została przez Dra Jonin w Paryżu. Lekarz ten dawał kobietom, dotkniętym włóknakiem macicy wyciąg gruczołu tarczowego w dawkach od 0,6 do 1,2 dziennie. W trzech przypadkach krwawienia znacznie się zmniejszyły, w dwóch przypadkach znikł guz w zupełności o innych z powodu zbyt krótkiej obserwacji nic stanowczego jeszcze orzec nie można. (Thrap. Woch.) H. K.

353. Dr Ernest R. W. Frank zaleca formalinę przy miękim wrzodzie wenerycznym. Formalina działa tu na podobieństwo czystego kwasu karbolowego, niszczy ona jadowitość wrzodu w zdumiewająco krótkim przeciągu czasu. Już po 12 godzinach powierzchnia wrzodu jest zupełnie suchą. Przy niezbyt głębokich owrzodzeniach wystarcza jednorazowe energiczne wytarcie pałeczką, owiniętą kawalkiem waty. Gdy chodzi o głębokie nacieczenia, zaleca się wtedy po dwóch dniach powtórzyć pędzlowanie. Wrzód przykrywa się wtedy zwyczajnie kawalcikiem gazy. Po 6 dniach strup odpada, pozostawiając po sobie prawie gładką powierzchnię wrzodu, który goi się po 1—2 dniach bez najmniejszego stwardnienia. Taki stan rzeczy będziemy mieli naturalnie tylko wtedy, gdy nie będzie domieszki jadu syfilitycznego. (W. Med. Pr.) J. Z.

354. Na posiedzeniu Zjazdu lek. niem. w Lubecie dr Lubarsch mówił o zmianach w rdzeniu w chorobach żołądka. W sześciu mianowicie przypadkach raka żołądka znalazł on zmiany (zwyrodnienie) w tylnych korzeniach i tylnych częściach rdzenia. Zmiany te czyni L. zależnemi od produktów rozkładu pokarmów wessanych do krwiobiegu. Toż samo mniej więcej zdanie wypowiedział w dyskusyi Schulze, zaznaczając, że w rozmaitych chorobach przewlekłych wyniszczających obserwowano już dawniej podobne zmiany. J. Z.

355. Na posiedzeniu tow. lek. lyońskich (17/VII 95) dr P. Courmont przedstawił chorego z przewężeniem żołądka (estomac en bissac), po wrzodzie. Chory 20 letni, rozpoznanie zrobione na zasadzie ścisłej obserwacji, objawy zwężenia oddźwiernika. Zrobiono operację. Okazało się, że żołądek jest przewężony, rozdzielony na dwa piętra, otwór między nimi nader mały. Cięcie pionowe 7—8 ctm. wzdłuż żołądka, po czem szyto poprzecznie. 3 piętra szwów z katgut. Przebieg poopera-

cyjny dobry. Jest to trzecia z kolei gastroplastyka w podobnych przypadkach. *J. Z.*

356. Edelheit proponuje w marskości wątroby kalomel z sublimatem. Pacjentom swoim dawał po 0,1—0,2 kalomelu, 0,001 sublimatu i 0,2 cukru mlecznego co 12 godzin proszek. Po 7 dniach zniknęły objawy obrzękowe. (Wien. klin. 10, 1895). *J. Z.*

357. **Przeciwno poceniu się nóg** zachwalają następujący proszek:

Rp. Alumnoli
Aristoli aa 4,0
Amyli 15,0

(Therap. Woch.)

H. K.

358. Dr Langes—chwali bardzo przy **ulcus cruris** masę ręciovą składu

Ung. hydrargyri rubri 1,0
Vaselini 2,0

Bóle znikają prawie natychmiast, a oczyszczanie się powierzchni wrzodzących postępuje bardzo szybko. (Münch. M. Woch. 45).

O. H.

IV. Bibliografia.

Wpływ moralności na śmiertelność według odczytu Dr. med. Höffela napisał Wiktor Doleżan. Kraków 1895.

Trudno właściwie wdawać się w polemikę z powyższą broszurką, gdy nie wiadomo, co w niej jest P. Höffela, a co autora polskiego. Odczyt H. napisany został prawdopodobnie pod wpływem Ribbinga (Sexuelle Hygiene choć niecytowane) i z jednej strony występuje przeciw jeszcze silnie zakorzenionemu pogładowi, jakoby zupełne powstrzymanie się od stosunków płciowych było częstym źródłem chorób nerwowych, a z drugiej strony zastanawia się, jakie niebezpieczeństwo nierząd przynosi dla ciała.

Cytatami z Forela, Actona, Jolly'ego i innych zbija autor pierwsze twierdzenie i zarazem oczyszcza lekarzy z zarzutu, jakoby protegowali nierząd wskutek obaw o następstwa całkowitej powściągliwości płciowej. Przy rozpatrywaniu niebezpieczeństw nierządu dla ciała autor jest zbyt jednostronnym, zatrzymując się jedynie nad chorobami wenerycznymi

i ich następstwem, chorobami nerwowemi. Wszakże nadużycia płciowe i same przez się są szkodliwe pod względem fizycznym. Mógłby przecież jaki libertyn śmiało autorowi zarzucić:—Usunięcie możność zarażenia się przez dostateczny dozór, albo znajdzie sposób radykalnego leczenia chorób wenerycznych — a nierząd przestanie być tem złem, za jakiego uważacie. I zarzut byłby konsekwentnym wobec stanowika zajętego przez autora. Nie można też pojęcia moralności ograniczać do obcowania płciowego małżeństwie lub po za niem, jak to wynika z tytułu i biegu myśli broszurki.

Dobra tendencya autorów nie została wsparta dostatecznemi argumentami. Cyfry statystyczne długości życia żonatych, zakonników i kawalerów nie są też stanowczo przekonywające. H.

Kalendarz Lekarski na r. 1896 pod redakcją J. Polaka.

Z przyjemnością przekonywamy się, że redakcya wydawnictwa tego skłania się ku kierunkowi, jaki niejednokrotnie zaznaczaliśmy za konieczny dla „Kalendarza”. jeżeli chce służyć ogółowi lekarzy. A więc jak najmniej „specyalności” ani też zatury papieru na „dyagnostykę” i „terapię”, których nikt w kalendarzach nie szuka. Więcej za to danych cyfrowych, łatwo wychodzących z pamięci, i informacyjnych. To też za bardzo pożyteczne uważamy wyjątki z „Tabellen u. Daten” Vierordta, które nateży stopniowo rozszerzać i dopełniać. Dawki leków i ich ceny zawsze będą pożyteczne, podobnie jak tabliczki rozpuszczalności, ilości kropli i t. d. Lista adresów lekarzy w Warszawie i na prowincyi odznacza się staranną dokładnością. Nie wątpimy, że „Kalendarz” w r. 1896 będzie cieszyć się zwykłym i zasłużonym powodzeniem. H.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Nominacye.** Kol. Henryk Kucharzewski, członek naszej redakcyi, mianowany został lekarzem ambulatoryum chorób wewnętrznych w szpitalu Ewangelickim.

— Prof. M. Nencki został wybrany na członka korespondenta Akademii lekarskiej w Paryżu.

— Rada zarządzająca miejskimi szpitalami w Berlinie odrzuciła obecnie projekt dyrekcji szpitala „am Urban”, dotyczący wynajęcia

w pobliżu szpitala lokalu dla urządzenia w nim poliklinik. Rada odmowę swą motywowała tem, że polikliniki szpitali miejskich służyć mają jedynie do dalszego leczenia tych chorych, którzy ze szpitala wypisani zostali, nie zaś, jak to się często bardzo zdarza, do bezpłatnego leczenia ludzi zamożnych, którzy częstokroć sposobności tej używają.

— Z powodu znacznego napływu studentów zagranicznych na wydział lekarski w Paryżu, ministerjum oświaty wydało rozporządzenie, aby osoby, zapisujące się ze świadectwami, wymagającymi ulgowego zrównania ze stopniem bakałarza (baccalauréat), były kierowane na prowincję. Wydział lekarski w Paryżu urządzony jest na 3000 słuchaczy, tymczasem jest ich 6,300, z tych piąta część cudzoziemcy. (Prog. med. 46).

— Państwa Niemieckie decydują się za ogólną zgodą **zabronić ogłoszeń o środkach tajnych**, naznaczanych w celu zapobiegania lub leczenia chorób u ludzi. „Wracz” (43) słusznie jest zdania, że prawo to należałoby rozszerzyć i na środki dla leczenia zwierząt. A to nie tylko, sądzimy, aby zabezpieczyć zwierzęta, ale aby wogóle odjąć możność donoszenia publiczności o takich środkach.

— Ministerjum wojny w Anglii wydało zakaz, że **żadnemu z lekarzy wojskowych nie wolno drukować przed zakomunikowaniem władzy swoich prac i spostrzeżeń**. Za przestępstwo przeciw temu rozporządzeniu ukarano już jednego z lekarzy wojskowych. Takiego prawa moglibyśmy oczekiwać w Chinach, ale nie w państwie cywilizowanym.

— Kongres towarzystwa balneologów odbędzie się w Marcu 1896 roku. Sekretarzem zjazdu jest Dr Brock (Berlin S. O., Melchiorstrasse 18).

— Dr E. Schwartz znalazł w **książkach starych parazyty z rodziny Nicobium hirtum**, przeniesiony z Europy południowej do Ameryki. W bibliotece Luizjady należało spalić 8000 tomów, zawierających parazyty; innej drogi dla ocalenia reszty nie było. (La m. M. 95).

— Korespondent Brit. med. Jour. od lat 20 zamieszkujący Afrykę w przyłdku Dobrej Nadziei, uprzedza lekarzy, że we **wszystkich miejscowościach Afryki, gdzie są ludzie, liczba lekarzy jest za wielką**. Na przyłdku n. p. na 95000 osób jest 50 lekarzy, w Johannesburg na 70000 120 lekarzy. Według wykazu zeszłorocznego na przyłdku ogółem znajduje się 500 lekarzy, nie licząc dentyków, aptekarzy i akuszerów.

— Podczas gdy epidemie ospy w Europie stały się niemal legendą, choroba ta w krainach Afryki, gdzie szczepienie krowianki nie wywalczyło sobie jeszcze praw obywatelstwa, szerzy spustoszenia przerażające. Dr Kerr, który przebył lat siedem w Rabat, na wybrzeżu zachodnim Marokka, ogłasza przebieg epidemii, której był świadkiem naocznym w tem mieście. R. liczy 26,000 ludności w ciągu 2

miesiący zmarło tam na ospę przeszło 1000 ludzi. Cierpienie to uważanem jest przez mieszkańców za nieuniknione i nieuleczalne, to też jednokich lub ślepych zupełnie w następstwie ospy zliczyć tam niepodobna. (Lyon. médi Nr 3, 1895). N.

— 21 letni mężczyzna, posiadający jedno jądro, wmówił w siebie, że **brak drugiego wywołał u niego niemoc**. Przeświadczenie to wywołało w nim tak silną neurastenię z podkładem melancholicznym, że dr Hermaux próbował bezskutecznie sprowadzić do moszny drugie jądro. Skoro się to nie udało, na życzenie chorego ulano jądro ze srebra i po przecięciu worka umieszczono w otoczce wspólnej. Neurastenia ustąpiła, a wraz z nią i niemoc. Po kilku latach pacjent był już ojcem kilkorga dzieci. (Lyon. med.)

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

LUDWIK TEICHMAN.

W dniu 25 z. m. zmarł w Krakowie w 72 r. życia b. profesor Wszechnicy Jagiellońskiej, znakomity anatom, Dr Ludwik Teichman-Stwiarski.

Zmarły urodził się 16 Września 1823 r. w Lublinie, do szkół uczęszczał w Radomiu. Medycynę studyował w Jurjewie, Heidelbergu i Getyndze. Po przedstawieniu rozprawy p. t. „Zur Lehre von den Ganglien” w r. 1856 dostał stopień doktorski od fakultetu Getyngueńskiego. Dzięki zdolnościom swym i pracy już w 1859 r. został zamianowany prywatnym docentem anatomii i fizjologii, w dwa lata później profesorem anatomii patologicznej, a w r. 1868 widzimy go już na stanowisku zwyczajnego profesora anatomii opisowej na Uniwersytecie Jagiellońskim. Na stanowisku tem wytrwał zmarły prawie aż do końca życia, gdyż dopiero w zeszłym roku dla braku zdrowia usunął się z katedry, żegnany z niekłamanym żalem przez swych uczniów i słuchaczy. Obok zajęć profesorskich Teichman niejednokrotnie pełnił jeszcze zaszczytne obowiązki rektora Wszechnicy Krakowskiej, oraz dziekana wydziału Lekarskiego.

Z szeregu prac naukowych, które zmarły piśmiennictwo lekarskie wzbogacał, na szczególne wyróżnienie zasługują pomnikowe prace nad hematyną, oraz nad anatomią naczyń chłonnych. Próba na hematynę (kryształ Teichmana) zrobiła uczoneму naszemu rozgłos wszechświato-

wy. Jako anatom-technik, jako preparator, nie miał Teichman prawie równego sobie, był on prawdziwym artystą w tym kierunku, to też okazy anatomicznego Muzeum w Krakowie, przeważnie ręką zmarłego wykonane, stanowią jeden z najwspanialszych zbiorów w tym rodzaju.

Jako człowiek i profesor cieszył się zmarły wielką popularnością, ogólnem uznaniem i sympatją, czego wymowne dowody niejednokrotnie odbierał w czasie swego jubileuszu profesorskiego w 1886 r. i w zeszłym roku, gdy opuszczał katedrę, z której do kilku pokoleń lekarzy przemawiał. Cześć pamięci tego zasłużonego obywatela i uczonego!

H. Kucharzewski.

SPROSTOWANIA.

W zeszyte 17 Kroniki Lekarskiej z d. 1 Grudnia r. b. na str. 837 w wierszu 6-ym od góry zamiast „łańcuch nerwów” powinno być „łańcuch neuronów.” Opuszczone też zostało nazwisko sprawozdawcy, którym jest kol. Rzecznowski.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

E. Sonenberg. Dyskrecya lekarska ze stanowiska prawnego i etycznego. Odb. z Med.

D. W. Biegański. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wydanie II, nakład Gazety Lekarskiej.

W. M. Lesieniewicz. Oczerki iz istorii medicyny. Kijów, 1895.

W. Doleżak. Wpływ moralności na śmiertelność. Kraków, 1895.

L. N. Warnek. O wyluszczeniu matki czerez włagaliszczce, po sposobu Doyen'a. Odb. z „Wracza.”

Dr A. M. Lersch. Geschichte der Volksseuchen. Berlin. Verlag v. S. Karger.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Józef Jaworski. Przypadek eklampsji porodowej u epilepticzki, z bardzo wysoką ciepłotą przebiegający (Dokończenie), 841.

Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dokończenie), 847.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Medycyna wewnętrzna.** 346. Prof. Guido Tizzoni i Dr E. Centanni. Leczenie wściekliczyny surowicą, 873. — 347. Prof. Dr F. H. Kisch. O zaburzeniach ze stronw serca w początkach miesiączkowania, 879.— 348. Dr C. Bruhns. Kilka przypadków ostrego zapalenia nerek przy pryszczycy. 882.

II. **Chirurgia.** 349. Prof. Terrier. Leczenie chirurgiczne wodogłowia ostrego i przewlekłego, 883:

350—358. Wiadomości pomniejsze, 885.

Bibliografia, 887.—Kronika bieżąca, 888.

Wspomnienie pośmiertne, Ludwik Teichman, 890.—Sprostowanie, 891. Nadesłano do Redakcyi, 891.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Декабря 1895 года.