

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. STOLNIKOWA W WARSZAWIE.

## I. LECZENIE RÓŻY.

Podał

**Stanisław Kleju,**  
ordynator kliniki.

Jeżeli ocenienie wartości leczenia w chorobach przewlekłych przedstawia często dla lekarza zadanie zwodnicze i trudne do osiągnięcia, to orzeczenie o skuteczności pewnego środka przy cierpieniach ostrych, mających mniej lub więcej określony przebieg, rzadko oparte bywa na trwałych podstawach i zwykle przez nowe spostrzeżenie zachwianem zostaje. Wymownym tego przykładem jest historia zapalenia płuc włóknikowego, tyfusu, dyfterytu, róży i t. p.. Do ostatniej chwili dowiadujemy się wciąż o nowych środkach, skracających przebieg tyfusu brzuszego, lub zapalenia płuc, codzień prawie możemy znaleźć doniesienia o nowym środku, lub sposobie leczenia dyfterytu i róży. Lekarz, sumiennie badający postępy terapii i pragnący dla dobra cierpiącej ludzkości jaknajrychlejszego ich spożytkowania, korzysta z pierwszej nadarżającej się mu sposobności i rozpoczyna stosowanie świeżo zaleconego środka. Po kilku jednak, często niefortunnych, próbach, zniechęcony, opuszcza ręce, a skoro kilkakrotnie w ten sam sposób przekona się o małej wartości nowych zalecanych środków, przerzuca się do absolutnego nihilizmu w terapii i staje się zwykłym rutynistą. Przyczynę tego fatalnego tak dla medycyny, jak i dla chorych stanu rzeczy szukać należy przeważnie w istocie samych tych cierpień, które skrócić lub usunąć pragniemy, oraz w zbyt szczupłym materyjale obserwacyjnym, z którego niektórzy entuzyjaści do wyprawdzania wniosków bardzo są skorzy. Cierpienia, o których mowa, należą do rzędu cierpień, mających, co prawda, typowy przebieg, lecz zarazem o tak rozmaitem natężeniu sprawy i tak zmiennym czasie trwania, że każdy nasz zabieg leczniczy raz może być uważany za pomyślnie wpływający na przebieg choroby, innym znów razem, wobec powyższych właśnie okoliczności pozbawionym zostaje przypisywanego mu znaczenia. Jeżeli w dodatku ilość takich spostrzeżeń będzie nieznaczną, to nie łatwiejszego, jak o błędny wniosek. Ztąd to widzimy mnóstwo sposobów leczenia zapalenia płuc, z których żaden jednak nie przeżył swego wyinalazcy, ztąd to ilość środków zachwalanych przy róży, co najmniej, równa się

ilości leczących takową. Drugim bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na wynik prób naszych, a więc i na ścisłość naszych sądów, jest sposób stosowania danego środka, lub danej metody leczniczej, systematyczność i konsekwencja, z jaką ją przeprowadzamy. Drobne nieraz uchybienie, zbyt mała lub zbyt duża dawka prowadzą do ujemnych wyników, a więc i do wniosków mylnych.

Przy ocenieniu skuteczności leczenia róży staje nam na przeszkodzie mnóstwo bardzo ważnych okoliczności. Pierwszą i najważniejszą jest różnorodność czasu trwania tego cierpienia. Każdy z nas wie, że zdarzają się przypadki róży, trwające 2—3 dni, zdarzają się jednakże przypadki, trwające i po 2—3, a nawet i 4 tygodnie. Są przypadki, w których sprawa bardzo mało się szerzy po powierzchni skóry, są jednak i takie, w których róża w ciągu każdego dnia coraz większą zajmuje przestrzeń. Konieczną przeto jest pewna oględność w wyborze przypadków, oraz mnogość ich; nie łatwiejszego bowiem, jak napotkać z rzędu kilka takich przypadków, w których już po jednorazowym stosowaniu pewnego środka róża zniknie.

Drugą niemniej ważną okoliczność stanowi rozmaite natężenie, z jaką róża występuje. Niekiedy widzimy różę, przebiegającą bez żadnej gorączki, niekiedy znów gorączka jest umiarkowaną, nie przenoszącą 38° C., niekiedy zaś towarzyszy róży bardzo wysoka gorączka, wyniszczająca chorego i czyniąca go mniej odpornym na działanie zarazka, w nim rozwijającego się. Pierwsze postaci znikają w krótkim czasie bez żadnego leczenia, w drugich skutek pomyślny łatwo daje się osiągnąć rozmaitemi środkami, co pozwala je zrównać z przypadkami pierwszej kategorii, trzecie zaś są najbardziej uporczywe i one to powinny być probierzem skuteczności naszych zabiegów leczniczych.

Trzecim warunkiem, znacznie wpływającym na wyniki naszego leczenia róży, są rozmaite jej powikłania, oraz przypadki, w których ona sama stanowi powikłanie jakiejś innej choroby. Tu, rozumie się, róża ustępuje miejsca tej chorobie, której wpływ na przebieg choroby, oraz na jej zejście przewyższa wpływ naszych zabiegów leczniczych. Ale i tu, jak to poniżej zobaczymy, przy posiadaniu skutecznego środka, wpływ nasz może się do pewnego stopnia zmanifestować.

Jeżeli wszystkie te okoliczności weźmiemy pod uwagę przy leczeniu róży, to wtedy ten tylko środek uznamy za skuteczny przy tem cierpieniu, który we wszystkich przypadkach, czy to lekkich, czy ciężkich, szczególnie jednak w ciężkich, chorobę w jaknajkrótszym czasie przerwie. Czas ten, rozumie się, powinien być absolutnie krótszym od czasu, jakiego wymagają inne środki do zupełnego usunięcia róży, inaczej mówiąc, czas trwania róży przy naszym leczeniu powinien być minimalnym.

Wnioski nasze opierać będziemy na tych tylko przypadkach, które wykazywały wyraźną dążność sprawy do szerzenia się, przyczem podstawą naszego sądu będzie nie tylko sama skuteczność leczenia, ale i czas trwania onego, przy uwzględnieniu czasu, upłynionego przed naszym leczeniem bez interwencji lekarskiej, lub przy stosowaniu środków dla chorego obojętnych. Wyłączając z naszej statystyki przypadki lekkie, stajemy na zupełnie innym gruncie, niż inni badacze, którzy, włączając do swoich obliczeń przypadki lekkie, o krótkim czasie trwania, stwarzali sobie w ten sposób punkt wyjścia do niedokładnych wniosków.

Stosując od dwóch przeszło lat ichtyjol przy róży, przekonaliśmy się, że środek ten działa niemal swoiście przy tem cierpieniu. Posiadając już obszerną literaturę za granicą, gdzie wskazania do jego stosowania znacznie rozszerzono, u nas, o ile mi się zdaje, nie zdołał sobie ichtyjol wyrobić prawa obywatelstwa. Krótką notatkę o nim ogłosił D-r GROSTERN [Gazeta Lekarska. 1888. str. 88], dokąd też odsyłamy czytelnika po szczegóły, dotyczące się własności, składowych części, pochodzenia ichtyjolu i wskazań. Tu przypomnimy tylko, iż pod nazwą powyższą rozumieć należy amonową sól kwasu siarczanoichtyjolowego (*ammonium sulpho-ichthyolicum*, s. *Ichthyol*), która przedstawia się w postaci czarno-brunatnego, gęstego płynu o nieprzyjemnym zapachu. Z prac ogłoszonych o tym środku najbardziej zasługuje na uwagę broszura TESZLER'a <sup>1)</sup>; inne bowiem, jako opierające się na bardzo szczupłym materyjale, albo na niedokładnych spostrzeżeniach, nie mogą mieć tego dla nas znaczenia, co praca powyższa, oparta na licznych obserwacjach klinicznych i doświadczalno-bakteryjologicznych i zestawiająca zupełnie przedmiotowo wyniki rozmaitych sposobów leczenia róży. Ponieważ autor w pracy swojej wyszedł z innego zupełnie założenia, niż jego poprzednicy, nie od rzeczy więc będzie zaznaczyć w krótkości czytelnika z poglądami, jakie rozmaici badacze wyrobili sobie o sposobie działania ichtyjolu na tkanki ustroju, w szczególności zaś na skórę.

UNNA <sup>2)</sup>, który w r. 1883 wprowadził do dermatologii ichtyjol, uważa przetwór ten na zasadzie klinicznych swoich spostrzeżeń za środek odciągający tlen od tkanek, za odtleniający. Przy słabem działaniu ichtyjolu warstwa rogowa skóry staje się grubszą, bardziej zbitą i twardą; zrogowacenie to odbywa się kosztem głębokich warstw nabłonka skóry. Przy silniejszym cokolwiek działaniu ichtyjolu, warstwa rogowa obumiera i oddziela się, dolne zaś warstwy komórek nabłonkowych ulegają zrogowaceniu. Jeżeli działanie ichtyjolu przenika głębiej, wtedy wywiera on wpływ i na naczynia skóry, które w znacznym stopniu i trwale się zwężają; tyczy się to zarówno tętnic, jak i żył, oraz naczyń włosowatych. Przyczyną tego jest, według UNNY, niedostateczny dowóz tlenu, spowodowany działaniem ichtyjolu, wskutek czego śródbłonek naczyń wysycha i kurczy się. Klinicznie stanowi redukujące działanie ichtyjolu proste przeciwieństwo do 4 kardynalnych objawów zapalenia i wyraża się ochłodzeniem się skóry, zanikiem obrzmienia, zblednieniem i znieczuleniem.

Przy silnem działaniu ichtyjolu [ciągłe stosowanie mocnych roztworów], wpływ jego na warstwę rogową mało różni się od wpływu słabych roztworów, skutek tylko następuje szybciej. Nabłonek jednak głębokich warstw skóry nie rogowacieje, lecz ulega rozmiękczeniu, ściany naczyń brodawek skórnych ulegają poważnym zmianom destrukcyjnym, wskutek czego tworzy się obfity wysięk pod warstwą rogową, a wreszcie powstaje ropienie. Do takiego zejścia potrzeba jednak kilkunastodniowego działania ichtyjolu, przy krótszem zaś dzia-

<sup>1)</sup> Klinisch-experimentelle Studien über chirurgische Infectiouskrankheiten von D-r JULIUS TESZLER. München. 1891.

<sup>2)</sup> Ichtyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reducirender Heilmittel. von D-r P. G. UNNA. 1886.

łaniu skutki nie różnią się niczem od wpływu słabych roztworów. Pomimo jednak tego niszczącego działania, ostatecznie sprawa kończy się zabliznieniem, które bardzo szybko następuje, przyczem tworzy się gruba i trwała warstwa rogowa.

Klinicznie uzasadnione przez UNNĘ własności odtleniające ichtyjolu, stwierdzone następnie zostały przez BAUMANN'a <sup>1)</sup>, który przekonał się, że przetwór ten nadzwyczaj chciwie pochłania tlen. Tak np. pod wpływem ichtyjolu chlornik żelaza natychmiast przechodzi w chlorek, szybko również odtlenionym zostaje nadmanganian potasu, oraz alkaliczny roztwór miedzi. NUSSBAUM <sup>2)</sup>, rozentuzjasmowany znakomitym wpływem ichtyjolu na różę, począł go stosować na szeroką skalę, tłómacząc sobie jego skuteczność spowodowanem przezeń zwężeniem naczyń, wskutek czego pasorzyt róży ma znajdować dla siebie niedogodny grunt i wymiera. Przeciwpasorzytne działanie ichtyjolu jest, według NUSSBAUM'a, minimalne, na poparcie jednak swego twierdzenia nie podaje on żadnych danych.

W pracy swojej TESZLER pominął zupełnie odtleniające działanie ichtyjolu na tkanki i zajął się głównie zbadaniem bezpośredniego wpływu jego roztworów na wzrost i życie pasorzytów. Przekonawszy się, iż powodujący różę paciorkowiec niczem absolutnie się nie różni od paciorkowca ropnego (*streptococcus pyogenes*), przygotował on hodowle z tych pasorzytów w buljonie, zawierającym rozmaite ilości ichtyjolu. Okazało się, że ichtyjol, rozcieńczony buljoniem w stosunku 1:4000, już wpływa upośledzająco na wzrost pasorzyta róży, mocniejsze zaś roztwory zupełnie już dla rozwoju jego niezdatnymi się okazują, a rozwinięte już kolonije niszczą. Gronkowiec złocisty (*staphylococcus aureus*) w ropie pod działaniem ichtyjolu ginie, w środkach jednak odżywczych, zmieszanych z ichtyjołem, rozwija się, aczkolwiek słabo.

Badania swoje bakteryjologiczne potwierdza dalej autor obserwacjami klinicznymi, z których okazuje się, iż ichtyjol wpływa hamująco nie tylko na różę, ale i na wszelkie sprawy ropne, że stanowi zatem znakomity środek przeciw ropieniu, i to tem lepszy, że, jak się wielokrotnie przekonano, zupełnie dla ustroju nieszkodliwy. Co się tyczy róży, która nas tu głównie interesować będzie, to znajdujemy w pracy wspomnianej zestawienie wyników leczenia 397 przypadków róży ze szpitala monachijskiego, spostrzeganych w ciągu 10 lat. Przez pierwsze 6 lat leczono różę rozmaitemi okładami [karbol, sublimat], w ciągu zaś ostatnich 4 lat stosowano przeważnie ichtyjol, oraz podskórne wstrzykiwania kwasu karbolowego. Przypadków leczonych ichtyjołem obserwował autor 53. Średni czas trwania róży nieleczonej ichtyjołem wahał się w rozmaitych latach między 9 [rzadko] a 14 dniami, przecięciowo zaś równał się 11 dniom, podczas gdy przypadki róży leczonej ichtyjołem trwały w pierwszym i drugim roku stosowania średnio 7 dni, w trzecim — 6,7 dni, w czwartym zaś 5,6 dni. Dodać należy, iż w przypadkach leczonych ichtyjołem kilka pierwszych dni choroby mijało zazwyczaj bez żadnego prawie leczenia; chorzy bowiem przybywali do szpitala, przekonawszy się dopiero, że róża wciąż się

<sup>1)</sup> Monatshefte für praktische Dermatologie. 1886. Nr. 11. [Sep. Abdr.]

<sup>2)</sup> Allgemeine wiener medicinische Zeitung. 1887, Nr. 1. [Sep. Abdr.]

szerzy. W tych przypadkach, w których ichtyjol zastosowany był na samym początku choroby, róża trwała wszystkiego 3—5 dni; tyle też dni trwało zwykle leczenie każdego przypadku nieswieżego.

Zestawiwszy tak obfity stosunkowo materiał, dochodzi autor do wniosku, że ichtyjol wywiera znaczny hamujący wpływ na przebieg róży; przy stosowaniu bowiem tego środka róża trwa o połowę krócej, niż przy wszelkiem innym leczeniu.

Nie możemy się tu wdawać w szczegółowe podawanie wspomnianych powyżej czynników, otrzymanych przez autora przy stosowaniu ichtyjolu w sprawach połączonych z ropieniem, gdyż odbieglibyśmy zanadto od przedmiotu nas tu zajmującego; z tego też powodu pominiemy również milczeniem bardzo ciekawe spostrzeżenia autora nad przyczynami rozmaitych wahań w szerzeniu się róży pomiędzy chorymi szpitalnymi, oraz mnóstwo innych bardzo cennych faktów; ciekawego czytelnika odsyłamy po nie do oryginału, którego przeczytanie niejednym ważnym wzbogaci go szczegółem. Przechodząc do naszych spostrzeżeń, nadmienić musimy, iż pracę autora poznaliśmy w chwili, kiedyśmy spostrzeżenia nasze już zamknęli, tak, że pozostało nam tylko w pewnej mierze wnioski jego stwierdzić własnymi spostrzeżeniami.

Tych ostatnich posiadamy 31, z tego 13 należało do lekkich postaci róży, gdyż albo w chwili przybycia do kliniki widocznem było zblednienie skóry, albo też po kilkudniowem pobycie w klinice sprawa sama bez leczenia pomyślnie się kończyła. Pozostałe przypadki należały do rzędu ciężkich przypadków róży wędrującej, o czem świadczyło: natężenie sprawy miejscowej, wysoka i stała gorączka, ogólny odczyn chorych, oraz ciągle szerzenie się sprawy po skórze. Część tych przypadków poddaliśmy natychmiast leczeniu ichtylojowemu, resztę zaś po kilkudniowej obserwacji. Cztery przypadki zakończyły się śmiercią, która właściwie od samej róży nie zależała. I tak: w jednym przypadku chora, osłabiona kilkakrotnie przebytą różą, przybyła do kliniki z bardzo rozległym zapaleniem płuc, które głównie przyczyniło się do śmiertelnego zejścia; w drugim przypadku róża zjawiała się w klinice u 72-letniego starca, dotkniętego włóknikowem zapaleniem płuc, z zejściem w niezupełne rozdzielenie się; sprawa przeszła w zapalenie śródmiąższowe płuc, róża zaś przyspieszyła tylko fatalny koniec. Trzeci chory przybył do kliniki chirurgicznej [przypadek ten zawdzięczam uprzejmości kol. BORSUKA, z którym jednocześnie obserwowałem chorego] z rozległą różą zgorzelinową brzucha, kończyn i części płciowych, która się przyłączyła do rany po wyluszczeniu gruczołów pachwinowych [chory operowany był przez kogo innego na mieście], oraz z objawami ogólnego zakażenia posoczniczowego; rzecz jasna, że o jakimkolwiek pomyślnym wyniku mowy być nie mogło. Czwarty wreszcie chory dotknięty był rozległym stłuszczeniem serca i ogromnem rozszerzeniem jego jam; duszność, zastoje i sinica nie opuszczały chorego ani na chwilę; wtem zjawiała się róża twarzy, poprzedzona kilkudniową gorączką i w ciągu 1 dnia dobiła i tak już ledwie dyszącego chorego. Rzecz jasna, że przypadki powyższe nie mogą ujemnie wpłynąć na sąd nasz o wpływie ichtyjolu na różę, przeciwnie nawet, niektóre z nich mogą poniekąd służyć za dowód, że i tu ichtyjol w pewnym kierunku wywarł działanie dodatnie. Tak np.

w przypadku pierwszym ciepłota, począwszy od 3-go dnia leczenia, 2 dni z rzędu spadała wieczorem do normy; przestano wtedy smarować ichtyjolem, tembardziej że i obrzmienie znacznie się zmniejszyło; tymczasem następnego dnia ciepłota podniosła się znowu, a jednocześnie róża poczęła się szerzyć gwałtownie. W drugim przypadku zauważyliśmy kilkakrotnie mniej więcej to samo; i tu przypuszczając, że róża znikła zupełnie, zaprzestano leczenia, następny jednak dzień przekonał nas, iż byliśmy w błędzie, gdyż róża i gorączka znowu się zjawily. Jeszcze wyraźniej wystąpił wpływ ichtyjolu na ciepłotę w przypadkach pomyślnie zakończonych, o czem będzie niżej. Tu zwracamy tylko uwagę na tę okoliczność, pozwalającą nam sądzić, iż taki przebieg ciepłoty u chorych na różę, któregośmy nie zauważyli w przypadkach tego cierpienia, w których ichtyjol nie był stosowany, i który wogóle nie należy do obrazu tej choroby <sup>1)</sup>, niewątpliwie przemawia za pomyślnem działaniem ichtyjolu na omawianą sprawę.

W 14 pomyślnie zakończonych przypadkach przebieg róży, leczonej ichtyjolem, był następujący: [patrz tablicę na str. 527]. Czas trwania całej sprawy wahał się pomiędzy 4 a 11 dniami, przecięciowo zaś wynosił 6—8 dni. Czas trwania leczenia ichtyjolem równał się od 2 do 6 dni [1 raz; porównaj tablicę] przecięciowo 3 dni. Jeżeli z cyframi temi porównamy czas trwania róży przy stosowaniu rozmaitych sposobów leczenia i podany przez TESZLER'a w jego pracy, w której wahał się pomiędzy 9 a 13 dniami, przecięciowo zaś wynosił 10 dni; jeżeli przypomnimy sobie, że według VELPAU <sup>2)</sup> róża trwa 12 dni, według zaś GOLDZIEHER'a <sup>3)</sup> 18 dni [najczęściej 12 dni]: to chyba jasną będzie rzeczą, iż w naszych przypadkach, w których róża trwała tylko 6 przeszło dni, a więc o połowę krócej niż zwykle się zdarza, pomyślnie te wyniki przypisać należy zastosowanemu leczeniu. A i inne jeszcze względy przemawiają za wpływem ichtyjolu na różę, a mianowicie: leczenie zawsze trwało niedługo, przecięciowo zaś 3 dni, przyczem w wielu przypadkach działanie ichtyjolu już w pierwszych dniach stosowania manifestowało się spadkiem ciepłoty, który nieraz trwał do 36 godzin, tak, że przypuszczać można było, że sprawa się zakończyła. Najlepiej dało się to obserwować u chorej Olszewskiej, która przybyła do kliniki z różą twarzy. Sprawa bez leczenia w ciągu 4 dni powróciła do stanu prawidłowego, przyczem skóra zupełnie zbladła, zaczęła się łuszczyć, ciepłota spadła poniżej stanu prawidłowego, jako następstwo zaś róży pozostało jedynie zapalenie ropne łącznicy. Trzeciego jednak dnia wieczorem chora dostała dreszczów, ciepłota podniosła się znowu do 39° C., a kiedym nazajutrz rano zobaczył chorą, znalazłem rozległą różę twarzy, słowem: mieliśmy do czynienia z recydywą róży. Tegoż dnia wieczorem poczęto stosować ichtyjol i oto przebieg ciepłoty, począwszy od następnego dnia: 37,8°—40,0°; 39,4°—38,0°; 37,0°—40,0°; 36,9°—37,5°; 36,9°—37,1° C.. W ten sposób widzimy,

<sup>1)</sup> Porówn. artykuł S. SZANIAWSKIEGO p. t.: Przebieg ciepłoty u chorych na różę. [Gazeta Lekarska. 1885, str. 375].

<sup>2)</sup> Cytowany u TESZLER'a.

<sup>3)</sup> Ibidem.

Nr.	Nazwisko.	Wiek.	Dnie bez leczenia.	Leczenie ichtyolem.	Czas trwania róży.	Przebieg choroby.
1	Kub... Maryja.	26	8	3	11	<i>Erys. faciei.</i> Gorączka stała w ciągu 8 dni. Ichtyjol. 2 spadki ciepłoty następnych dni wieczorem, od 3-go dnia stan bezgorączkowy.
2	Mik... Jan.	47	5	2	7	<i>Erys. faciei.</i> Spadek powolny ciepłoty po ichtyolu.
3	Świgi... Franciszka.	29	2	6	8	<i>Erys. faciei migr.</i> Trzeciego dnia leczenia wieczorem stan bezgorączkowy, toż samo rano następnego dnia. Leczenie przerwano. Wieczorem nowy wybuch róży. Ichtyjol. W ciągu 3 dni gorączka przerywana, następnie stan bezgorączkowy. [Właściwie więc leczenie trwało 3 dni].
4	Wiane .. Franciszka.	32	3	3	6	<i>Erys. faciei.</i> Ichtyjol. Na 2-gi dzień ranny spadek ciepłoty do stanu prawidłowego.
5	Stan... Franciszka.	18	3	2	5	<i>Erys. faciei.</i> Ichtyjol. Spadek powolny.
6	Olsz... Pelagija.	18	1	3	4	Por. niżej.
7	Pietr... Józef.	57	5	3	8	<i>Erys. faciei migr.</i> Gorączka stała. Ichtyjol. 2-go dnia leczenia wieczorem spadek ciepłoty do stanu prawidłowego. Następnego dnia rano ciepłota 39°. Wieczorem i następnego dnia stan bezgorączkowy.
8	Podgr... Franciszka.	66	2	3	5	<i>Erys. femoris migr.</i> [po raz 4-y zwykle wędruje po całej skórze]. Ichtyjol. Róża nie przeszła na tułów. Silne spadki ciepłoty.
9	Jegl... Józef.	24	4	3	7	<i>Erys. cruris.</i> Ichtyjol. Stopniowy spadek ciepłoty.
10	Ostr... Agnieszka.	56	2	3	5	<i>Erys. faciei.</i> Ichtyjol. Spadek powolny ciepłoty.
11	Syp... Win.	54	5	3	8	<i>Erys. faciei.</i> Gorączka stała. Ichtyjol. Spadek powolny.
12	Kucz... Natalja.	24	5	4	9	<i>Erys. cruris.</i> Gorączka stała. Wstrzykiwania karbolowe pod skórę. Ichtyjol. Spadek powolny ciepłoty.
13	Pan W...	46	4	2	6	<i>Erys. faciei migr.</i> Gorączka stała. Ichtyjol. Powolny spadek ciepłoty.
14	Por...	25	3	3	6	<i>Erys. faciei.</i> Gorączka stała. Ichtyjol. Codzienny spadek ciepłoty rano.
	Razem . . .			43	95	
	Przecięciowo .			3	6,8	

że właściwie róża, leczona od początku ichtyjolem, trwa nie wiele dłużej nad 3 dni. Przypadek powyższy wykazuje nam także wpływ ichtyjolu na przebieg ciepłoty; wpływ ten zauważyliśmy we wszystkich prawie przypadkach róży, leczonej ichtyjolem. To ostatnie, zdaniem większości autorów, ma charakter gorączki stałej ze zwolnieniami, rzadko kiedy przewyższającymi 1 stopień. W naszych przypadkach od chwili, kiedyśmy zastosowali ichtyjol, charakteru tego odnaleźć nie byliśmy w stanie: ciepłota często codziennie rano spadała do stanu prawidłowego, w niektórych nawet przypadkach spadek ten przypadał wieczorem. Zdarzało się to w przypadkach, w których ciepłota z samego początku miała charakter stały, zarówno jak i w przypadkach, w których typu gorączki przed leczeniem nie byliśmy w stanie obserwować.

Wszystkie te względy zdają się chyba przemawiać za skutecznością ichtyjolu przy róży, śmiem nawet rzec — za jego specyficznością. Środek ten nie zawodził nas nigdy tam, gdzieśmy go stosowali systematycznie i umiejętnie. W pierwszych miesiącach naszych prób, gdy technika nasza stosowania ichtyjolu była jeszcze poniekąd wadliwą, popełnialiśmy często ten błąd, iż chwilą, gdy gorączka spadła wieczorem do stanu prawidłowego, zaprzestawialiśmy leczenia, jednak podniesienie ciepłoty zmuszało nas do ponownego rozpoczęcia wcierań ichtyjolu, co wyrobiło w nas przekonanie, że leczenie należy stosować jeszcze nawet w okresie zdrowienia, ażeby niejako utrwalić już osiągnięte skutki. Zauważył to samo widocznie i TESZLER, chociaż odnośnych spostrzeżeń nie przytacza, i w ten sposób postępować radzi.

Co się tyczy samego sposobu stosowania ichtyjolu, to używaliśmy go zwykle w postaci maści, złożonej z równych części ichtyjolu i wazeliny. Stosowaliśmy przeważnie *ammonium sulfoichthyolicum* z tego względu, iż inne związki ichtyjolu, jak sodowy, mają konsystencyję bardziej stałą, wskutek czego nie nadają się do przygotowania bardziej mocnych maści. Tam, gdzie róża zajmuje większą przestrzeń, jak np. na tułowiu, można zastosować słabszą cokolwiek maść, złożoną z równych części ichtyjolu, wody i lanoliny. Ostatni przepis, jako dający preparat płynniejszy niż poprzedni, stosowniejszy jest przy róży części pokrytych włosami. Przed zastosowaniem ichtyjolu należy wszelkie istniejące rany zdezynfekować, a miejsca dotknięte różą i okolice tychże obmyć wodą mydlaną [Teszler radzi stężonym wodnym roztworem kwasu salicylowego], ażeby uczynić skórę bardziej miękką i podatną do wessania ichtyjolu. Smarowanie najlepiej jest wykonywać ręką, a rozpocząć je należy od sąsiednich okolic skóry niedotkniętych różą, mniej więcej na szerokość dłoni i stopniowo przejść na części chore. Smarowanie, a właściwie wcieranie, należy wykonywać dość energicznie, o ile, rozumie się, pozwala na to sól, tak jednak, ażeby się to równało lekkiemu mięśnieniu. Na wtartą warstwę maści kładziemy następnie świeżą warstwę, lecz już nie wcierając, poczem całą okolice posmarowaną pokrywamy cienką warstwą gazy, zmoczonej w wodzie salicylowej, a na gazę kładziemy sporą warstwę zwykłej, niepozabawionej tłuszczu waty i wszystko to pokrywamy lekką opaską. Procedurę tę należy wykonywać 2 razy, a jeszcze lepiej 3 razy dziennie i to, jak już wyżej nadmieniliśmy, tak długo, aż przez 3 lub 4 dni nie zauważymy żadnego



podniesienia się ciepłoty. W razie potrzeby zmywamy maść ciepłą wodą mydlaną. Opatrunek ten chorzy znoszą bardzo dobrze, przyczem uczucie gorąca i napięcia skóry znacznie złagodzone zostają. Nie zdarzyło nam się przytem, ażeby chory wskutek wstretu, jaki w nim wzbudzał niemiły, co prawda, zapach ichtyjolu, wzbraniał się przed dalszem leczeniem. Jako uzupełnienie leczenia stosował jeszcze TESZLER jednocześnie do wewnątrz ichtyjol w pigułkach do 2,0 przeszło. Nie mając żadnego pod tym względem doświadczenia, nie możemy orzec, o ile uzupełnienie to mogłoby wpłynąć na przebieg leczenia, zresztą i TESZLER, jak się zdaje, niewielki na to kładzie nacisk. Zbytecznym chyba jest tu dodać, że nie należy zapominać o podtrzymywaniu sił chorego zwykłymi znanymi sposobami, z czego ten ostatni korzyść tylko odniesie.

Stosując w wyżej podany sposób konsekwentnie leczenie ichtyjolem, osiągniemy w bardzo krótkim czasie znakomity skutek, na zasadzie zaś przytoczonych danych, działanie ichtyjolu możnaby przedstawić w sposób następujący:

1) Ichtyjol niewątpliwie wpływa hamująco na żywotność zarazka róży, przebywającego w skórze, czy to przez działanie redukujące na tkanki, czy też przez bezpośrednie działanie na sam zarazek, czy też jednocześnie w jeden i drugi sposób.

2) Pod wpływem ichtyjolu skraca się średni przebieg róży o połowę.

3) Czas trwania leczenia wynosi 3 dni, a najdalej 4 dni, tyleż dni trwają przypadki od samego początku leczone ichtyjolem.

4) Przebieg róży, leczonej ichtyjolem, pod wpływem tego środka staje się znacznie łagodniejszym, czego dowodem jest zmieniony typ gorączki, oraz częste bardzo spadki ciepłoty ranne, a nawet i wieczorne.

## II. PRZYCZYNEK DO SYMPTOMATOLOGII NEURASTENII.

Podał

**St. Rembieliński,**

lekarz miejscowy szpitala zapasowego.

Wkrótce po ogłoszeniu przez PASCHALISA w № 30 „Gazety Lekarskiej“ z r. z. notatki p. t.: „Niezwyczajny przypadek nerwicy naczynio-ruchowej“, spostrzegalem w praktyce ambulatoryjnej prywatnej 2 przypadki analogiczne, których jednakże, ze względu na niemożność dość ścisłej obserwacji, nie odważyłem się publikować. Po przeczytaniu jednak pracy GAJKIEWICZA <sup>1)</sup> sądzę, że nie od rzeczy będzie, jeśli i moje przypadki, jako mogące stanowić przyczynek do nauki o objawach neurastenii, polecę uwadze czytelników „Gazety“.

<sup>1)</sup> O obrzmieniu pochodzenia histerycznego (*oedema hystericum*). Gazeta Lekarska. 1891. N. 1 i 3.

**Przypadek I.** W początkach Sierpnia r. z. zasięgała mej porady p. Emilja K., nauczycielka, licząca 38 lat. Chora skarży się, że od pewnego czasu doznaje napadów bicia serca, połączonego z bólem w okolicy serca, uczuciem obawy, dusznością, cierpi na częste bóle głowy, w ostatnich czasach nadto na bezsenność i czuje się ogólnie osłabioną. W dalszym ciągu opowiada mi chora, że przed kilku dniami, przy ubieraniu się rano, spostrzegła, że lewa jej ręka naraz zaczyna obrzmiewać, obrzmienie po kilku minutach dochodzi do *maximum*, które trwa około kwadransa, poczem ręka zaczyna się stopniowo zmniejszać i po upływie godziny wraca do swej zwykłej objętości. To samo, lubo w mniejszym stopniu, powtórzyło się następnego dnia prawie o tej samej porze, przyczem obrzmiewała nieznacznie i prawa ręka; objaw ten, od początku obrzmiewania do powrotu do stanu prawidłowego, trwał nie więcej nad kwadrans. Zaniepokojona tem chora, udała się do mnie. Przy badaniu znalazłem, co następuje: chora wzrostu wysokiego, budowy dobrej, dobrze odżywiana, pochodzi z rodziny dobrze mi znanej, nie mającej wyraźnego usposobienia do cierpień układu nerwowego, zawsze jednak była wrażliwą, „nerwową“; matka zmarła z suchot przed 12-u laty. Mieściakuje od 14-go roku życia, zawsze zupełnie prawidłowo i bez żadnych w tym kierunku zboczeń, jest niezamężną; przed 8-u laty przebywała ostry niezbyt kiszec, przed 4-ma laty lekarz miał konstatować u niej „rozszerzenie serca“; przed 3-ma laty cierpiała w ciągu kilku tygodni na uczucie ściskania i ból w okolicy serca, co przypisuje ciężkim przeżyciom moralnym; przed półtrzęcia rokiem miała obrzmienie gruczołów pachowych, które pod wpływem odpowiedniego leczenia po kilku miesiącach ustąpiło; przed 2-ma laty przez kilka tygodni kaszel suchy, występujący napadami, przyczem jakoby bywała gorączka, dreszczyki, kilka razy przytem zjawiała się duszność i bicie serca; przed kilku miesiącami przechodziła jakies cierpienie, wyrażające się gorączką, kaszlem i odpływaniem żółtawej płwociny; zawsze była skłonna do zaparcia stolca. W ostatnich czasach chora uległa przynębiającym wzruszeniom moralnym, im też przypisuje objawy ze strony serca, które, jak chora utrzymuje, występowały i dawniej wskutek takichże czynników: o ile chora czuła się spokojną, o tyle i serce niczem nie dawało jej znać o sobie. Badanie narządów wewnętrznych dało mi następujące wyniki: zaostrzenie oddechu w wierzchołku prawego płuca z przodu i z tyłu wraz z nieznacznym wydłużeniem wydechu; górna granica serca nad 4-em żebrem, prawa nie przekracza lewego brzegu mostka, uderzenie wierzchołkowe w 5-em międzyżebżu na 2 ctm. ku wewnątrz od linii sutkowej, tętno przepuszczające, 70—72 na minutę, miękkie, tony u wierzchołka i u podstawy słabe, ale zupełnie czyste, *bruit de diable*; język czysty, brzuch wzdęty, ilość dobową moczu nie przekracza granic normy, bolesności przy uciskaniu na okolicę jajników nie ma, żadnych zboczeń pod względem wszelkiego rodzaju uczucia, zdolności ruchowej [badania prądem stałym, ani przewidywanym nie dokonywałem], odruchy ścięgnięte bardzo żywe, żadnych nieprawidłowości ze strony narządów zmysłowych wykryć nie mogłem; uciskanie wyrostków ciernistych dolnych kręgow szczytowych i górnych grzbietowych jest dosyć bolesne; sfera intelektualna bardzo rozwinięta; chora bardzo krytycznie zapatruje się na swe objawy chorobowe i doskonale zdaje sobie z nich sprawę, przedstawiając je zupełnie przedmiotowo, bez przesady i afektacyi. Ręka lewa niczem nie różni się od prawej, choć przed kilku godzinami była spuchnięta „jak poduszka“, co potwierdza i obecny badaniu ojciec chorej. Na ponowne moje zapytania chora z całą stanowczością powtarza, że obrzmienie ręki zjawia się nagle, że za pierwszym razem trwało z godzinę, za drugim i trzecim około kwadransa; że obrzmiała ręka nie przedstawia żadnej zmiany w zabarwieniu skóry; że bólu żadnego chora przytem nie doświadcza i że zasięga porady lekarskiej jedynie z powodu obawy, czy nie jest to objaw jakiegoś poważnego cierpienia serca. Nie znajdując u chorej żadnych danych, któreby mi opisywany objaw usprawiedliwić mogły, uspokoiłem ją tylko co do doniosłości niepokojącego ją symptomatu i uważa-

jąc objawy ze strony swej za wyraz ogólnej neurastenii i — po części — za wynik wzdęcia żołądka, zaleciłem chorej spokój fizyczny, przepisałem nalewkę konwalii z waleryjaną i środek czyszczący, prosząc o dostarczenie mi moczu do uzupełnienia badania. W moczu, przysłanym mi nazajutrz, żadnych nieprawidłowych składników nie znalazłem: odczyn słabo kwaśny, ciężar właściwy 1021. Po upływie dni kilku widziałem chorą po raz drugi; czuje ona pewne polepszenie, obrzmienie raz się tylko zjawilo i to w stopniu znacznie mniejszym, a ponieważ było to w porze, w której wiedziała, że mię zastanie w domu, chciała zaraz przybyć do mnie, aby mi rękę swą pokazać, ale nim zdążyła się ubrać, ręka wróciła do stanu prawidłowego. Po raz trzeci widziałem chorą po upływie dwóch tygodni, w ciągu tego czasu chora czuła się dobrze, doznawała jednak częstego bicia serca; opowiada mi, że wyjeżdża na wieś na posadę nauczycielki, prosi więc o wskazówki co do dalszego postępowania. Zaleciłem jej chłodne wycierania i odpowiednią dyjetę, przyczem dałem jej wskazówki co do higienicznego zachowania się, do wewnątrz zaś przepisałem siarczan sparteiny, ewentualnie arsenik. Przed niedawnym czasem miałem od chorej wiadomość: ogólny stan nerwowy poprawił się znacznie, wszakże bicie serca niekiedy się powtarza, budząc nieraz chorą ze snu; o obrzmieniu jednak rąk żadnej wzmianki chora nie czyni.

**Przypadek II** dotyczy 20-letniej W. K., uczennicy konserwatoryjum. Chora ta zgłosiła się do mnie po poradę w ostatnich dniach Sierpnia roku zeszłego, skarżąc się na obrzmienie lewego policzka i ból w całej lewej stronie obu szczęk. Przy badaniu znalazłem próchnienie kilku zębów tak w górnej jak dolnej szczęce, uważając więc sprawę za zależną od zapalnego stanu okostnej, zaleciłem chorej pędzlowanie dziąseł nalewką jodową, ewentualnie zaś zasięgniecie porady u specjalisty w celu wyjęcia *resp.* zaplombowania chorych zębów. Po trzech miesiącach chora zjawila się znów u mnie; opowiada, że zasięgała wkrótce po pierwszej u mnie bytności porady jednego z lekarzy dentyków, który usunął dwa zęby spróchniałe, pozostałe zaś zaplombował, że jakkolwiek bólu teraz nie doznaje, doświadcza jednak od czasu do czasu uczucia drętwienia w obu szczękach, i że twarz jej brzmieje; ponieważ obrzmienia tego nie zauważyłem, zacząłem się więc bliżej wypytywać o nie chorej i towarzyszącej jej starszej siostry i dowiedziałem się wówczas, że obrzmienie to nie jest stałem, że występuje zwykle nagle, najczęściej pod wpływem wzruszeń moralnych, że trwa krócej lub dłużej, od kilku minut do paru godzin, zajmuje te lub owe, większe lub mniejsze powierzchnie lewego policzka, i że znika zwykle równie szybko, jak powstało.

Będąc pod świeżem wrażeniem pierwszego z opisywanych przypadków, zwróciłem baczniejszą uwagę na stan ogólny chorej. Przy badaniu dowiedziałem się, że pochodzi z rodziny zdrowej, że od dzieciństwa odznaczała się wygórowaną wrażliwością; miesiączkuje zupełnie prawidłowo od 14-go roku życia, w epoce pokwitania cierpiała na bóle kręgosłupa, które ustąpiły dopiero po zastosowaniu przypalania i zabiegów hydryjatyecznych, oprócz tego miewa częste bóle głowy, łatwo się męczy, często doznaje bicia serca. Przy badaniu znalazłem: budowa prawidłowa, tkanki tłuszczowej sporo, błony śluzowe blade; płuca zdrowe, u wierzchołka serca skurczowy szmer anemiczny przy tętnie pobudliwym 80—112 na minutę, *bruit de diable*; trawienie prawidłowe; ze strony układu nerwowego nie znalazłem żadnych zбочeń w sferze ruchowej, ani też czuciowej; pole widzenia [na światło] nie zmniejszone [badania dokonywałem sposobem, podanym przez SATTLERA<sup>1)</sup>], zmysł węchu, sluchu i smaku także żadnych zбочeń nie przedstawia, błona śluzowa gardzieli energicznie reaguje na bodźce mechaniczne, bolesności jajników nie ma, istnieje bolesność przy naciskaniu kręgosłupa między łopatkami. Podczas badania zauważyłem, że lewy policzek zażenowanej niem

<sup>1)</sup> „O stosunku narządu wzroku do ogólnych cierpień ustroju“, przekł. REMBIELIŃSKIEGO. Odcz. klin. T. I. Zesz. 7, 1889.

bardzo chorej wyraźnie obrzmiał, obrzmienie to jednak wkrótce znikło; w jakiś czas potem zwróciłem się do chorej z prośbą o dostarczenie mi do zbadania moczu; w kilka chwil spostrzegłem, że w okolicy licowej lewej znów zjawilo się wydatne obrzmienie, skutkiem którego nawet lewa szpara powiekowa znacznie się zmniejszyła; obrzękłe miejsce było blade, ciepłota nie różniące się od pozostałych części twarzy, dósyc sprężyste, nie ciastowate. Zestawiwszy wynik badania z anamnezą, doszedłem do wniosku, że mam do czynienia z neurasteniją na tle niedokrwistości ogólnej, zaleciłem przeto chorej wypoczynek od zwykłych zajęć, ruch na otwartem powietrzu, odpowiednią dyjetę i chłodne wycierania całego ciała, do wewnątrz zaś dałem arsenik (*sol. Fowleri*) i żelazo (*pil. antichlorot. Ph. nosoc.*). Chora z obrzmiała jeszcze twarzą wyszła odemnie. Po upływie miesiąca stan się nieco poprawił; chora w tym czasie zasięgała porady lekarza dentysty, który nie znalazł żadnego cierpienia szczęki, lub zębów. [Dla ściśłości dodaję, że moczu do zbadania mi nie przysłała]. W trzy tygodnie potem chora znów się do mnie zgłosiła; opowiada mi, że ubiegłej nocy, po doznaniu jakiegoś wzruszenia moralnego, dostała nagle bicia serca, klucia w lewej połowie klatki piersiowej z uczuciem niepokoju; przywołany w nocy lekarz zalecił bromek potasu, po użyciu którego klucie i bicie serca ustąpiły, chora wszakże mocno zaniepokojona jest swym stanem; badając ją, nie znalazłem nic, coby wskazywało na materyjalne zmiany w opłucnej, lub osierdziu, zauważyłem tylko, że chora jest silnie rozdrażnioną, skutkiem czego zaleciłem jej bromki alkaliczne z waleryjaną, a wobec znacznego wzdęcia brzucha, *pulv. liquir. compos.* Ostatni raz widziałem chorą w początkach marca r. b.; chora opowiada, że od pewnego czasu doznaje prawie codziennie wieczorami uczucia obawy, zaniepokojenia, doświadcza bicia serca, przy czem zjawia się także i obrzmienie twarzy. I tym razem także żadnych zmian w sercu nie zauważyłem, zaleciłem więc znów brom i powtórzyłem poprzednie wskazówki co do odpowiedniego zachowania się.

Rozpoznanie neurastenii w obu tych przypadkach zdaje mi się nie ulegać wątpliwości. Przemawiają za tem te wszystkie objawy, jakie przytoczyłem wyżej; w I-ym przypadku: bicie serca, ból w okolicy serca, niemiarowość tętna, uczucie obawy, duszność — wobec braku danych, któreby pozwoliły przypuszczać istnienie anatomicznych zmian w sercu i naczyniach; bóle głowy, bezsenność, wrodzone usposobienie nerwowe, zaparcie stolca; w II-m: bóle kręgosłupa, bóle głowy, bicie serca, niepokój, obawa, wrodzona nerwowość. W obu przypadkach mamy nadto jeden jeszcze objaw, i tu i tam przedstawiający wybitne podobieństwo, t. j. ów obrzęk. Zjawia się on nagle, pod wpływem czynników psychicznych, trwa krótko, znika bez śladu, aby po pewnym czasie powrócić z mniejszem lub większem natężeniem. W I-m z przytoczonych przypadków możnaby jako przyczynę tego obrzęku podejrzewać ciepienie nerek; zdarza się bowiem w początkowych zwłaszcza okresach choroby BRIGHT'a, że puchlina umiejscawia się nie w typowym dla niej miejscu — na powiekach, ale zmienia zarówno siedlisko, jak i natężenie [JACCOUD<sup>1)</sup>, LABADIE-LAGRAVE<sup>2)</sup>], badanie wszakże moczu stanowczo wyłącza możliwość tego przypuszczenia; w II-gim przypadku rodzi się kwestyja, czy obrzęk nie jest pochodzenia zapalnego, przeciwko temu jednak przemawia z jednej strony nagłe zjawianie się i znikanie obrzmienia, z drugiej

<sup>1)</sup> Wykład patologii szczegółowej. Warszawa. 1884. T. III.

<sup>2)</sup> Urologie clinique et maladies des reins. Paryż. 1888.

zaś ta okoliczność, że właściwa sprawa zapalna, która mogła go warunkować [zapalenie okostnej], dawno już minęła.

Że opisanych tu stanów chorobowych nie możemy uważać za histeryję, za tem mówi brak objawów, notorycznie tej nerwicy właściwych: *globus hystericus*, *clavus hystericus*, bolesność jajników, znieczulenie błony śluzowej gardzieli, zaburzenia ze strony nerwów czuciowych i zmysłowych, nie mówiąc już o braku takich objawów, jak: porażenia, napady skurczów, które u nas zresztą spotykają się stosunkowo rzadko.

Tak więc mamy tu do czynienia z obrzękiem ograniczonym, krótkotrwałym, pozostającym w związku z czynnikami moralnymi i zjawiającym się na tle ogólnej neurastenii.

Rozglądając się w dostępnych mi pracach, traktujących o neurastenii [ERB <sup>1)</sup>, STRUEMPELL <sup>2)</sup>, PETRINA <sup>3)</sup>, BEARD <sup>4)</sup>], nie znalazłem nigdzie wyraźnej wzmianki o tem, żeby spostrzegano obrzęk jako objaw tej nerwicy. JACCOUD <sup>5)</sup> ogólnie tylko mówi: „Pobudzenie pierwotne i odruchowe ośrodków nerwowych, rozmięszonych w substancji szarej rdzenia kręgowego, oddziałują na miejscowe krążenie, wywołując liczne i różnorodne zjawiska, należące do zakresu nerwicy naczyńno-ruchowych“, ARNDT <sup>6)</sup> zaś, wyliczając objawy neurastenii, wspomina między innymi o „*Neigung zu Oedemen, die hauptsächlich in Antlitz, an den Händen und Füßen sich ausbilden, ohne im Geringsten mit Nierenerkrankungen oder größeren Kreislaufstörungen in Zusammenhang zu stehen*“. Sądzę przeto, że powyższa notatka nie będzie pozbawioną pewnego interesu i że może stanowić pewien przyczynek do symptomatologii neurastenii.

---

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH D-ra W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

### III. PSEUDOTABES, s. TABES PERIPHERICA.

Podał

**D-r med. H. Higier,**  
asystent oddziału.

---

[Dokończenie. — Patrz Nr. 26].

Po teoretycznem rozpatrzeniu symptomatologii wiađu wrzekomego, pozwolę sobie przytoczyć w streszczeniu 3 przypadki tej choroby. Dwa z nich, należące do grupy zakaźnych zapaleń nerwów, miałem sposobność obserwować w ostatnich kilku miesiącach na oddziale D-ra GAJKIEWICZA.

<sup>1)</sup> ZIEMSEN'S Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. Lipsk. 1876. T. XI.

<sup>2)</sup> Lehrb. d. spec. Pathol. u. Ther. d. inneren Krankhten. Lipsk. 1885. T. II, cz. 1.

<sup>3)</sup> Die Neurasthenie u. ihre Behandlung. Medicin. Wander-Vorträge. Berlin. Wrzesień. 1889.

<sup>4)</sup> „Neurastenija, jej objawy, istoty, skutki i leczenie“, przekł. SKŁODOWSKIEGO, Odez. klin. T. II, zes. 3—5. 1890

<sup>5)</sup> Wykład patologii szeregółowej. T. I. str. 793.

<sup>6)</sup> EULENBURG'a. Real-Encyclopädie d. gesamt. Heilk. Wiedeń. 1888. T. XIV, art. „Neurasthenie“, str. 294.

**Spostrzeżenie I.** M. Reich..., 44-letni, żonaty, kupiec, ojciec kilkorga zdrowych dzieci, nieupośledzony dziedzicznie. Ojciec chorego zmarł na gościec, matka zaś żyje i cieszy się jaknajlepszym zdrowiem. Dwoje dzieci chorego zmarło w dzieciństwie na krztusiec. Żona nie ronila nigdy. Chory w 7 roku życia przechodził jakieś cierpienie gorączkowe, w 30 zaś roku cierpiał na zaburzenia w oddawaniu moczu, połączone z gwałtownymi bólami, które ustąpiły jednak zupełnie po odejściu dwóch kamieni nerkowych. W ciągu ostatnich 15 lat czuł się zupełnie zdrowym. W połowie Maja 1890 roku dotknięty został biegunką, połączoną z nudnościami, odbijaniem, wymiotami i gorączką. Po upływie 5 dni przypadłości rzeczone ustąpiły w zupełności, jakkolwiek chory czuł się zbyt osłabionym, aby mógł opuścić łóżko. W kilka dni potem zauważył obrzęk kończyn dolnych. Stan taki trwał prawie tydzień, ustępując następnie miejsca uczuciu swędzenia, mrowienia, odrętwienia, obumarcia i zimna w kończynach.

Po zniknięciu obrzęków chory wstał i wrócił do swych zwykłych zajęć. Niepokoił go jednak dosyć niepewny, chwiejny chód, który, według pojęcia chorego, nie mógł zależeć wyłącznie od osłabienia mięśni, właściwego zdrowieniu. Nadto zauważył, iż zapinanie koszuli, spodni, oraz inne tym podobne czynności wykonywa z trudnością, chwytanie zaś rękoma bez pomocy wzroku było prawie niemożliwym; nie doznawał bowiem żadnego wrażenia, że miał jakiś przedmiot w rękę. Wypadnięcie monety z ręki zauważył dopiero po odgłosie, wywołanym uderzeniem monety o podłogę.

Uzucie, jak gdyby lydki i nogi owinięte były w futro, czasowo ustąpiło miejsca uczuciu naprężenia i zimna. Wchodzenie na schody było niemożliwym. Czynności kiszkii odchodowej, pęcherza moczowego, oraz płciowe pozostały nietknięte.

Nadużyć ani płciowych, ani też wysokowych nie było. Chory natomiast często był wystawiany na zmiany powietrza, zwłaszcza często ulegał zaziębieniu. Nie przechodził nigdy ani przymiotu, ani gościeca, ani też gruźlicy.

Badanie, dokonane d. 6 Lipca w chwili przyjęcia chorego do szpitala, dało wyniki następujące. Chory średniego wzrostu, słabej budowy, o wyglądzie starczym. Twarz blada z odcieniem żółtym. Stan bezgorączkowy, obrzęków brak. Zrenice umiarkowanie rozszerzone, oddziaływają na światło i akkomodację. Ruchy oczu we wszystkich kierunkach prawidłowe. Język nieco obłożony, żadnych jednak zmian nie wykazuje zarówno w spokoju, jak i podczas ruchów. Mowa zachowana całkowicie. Reszta nerwów mózgowych znajduje się w stanie prawidłowym [narządy zmysłowe pozostały niezbadane ze względu na brak jakichkolwiek ze strony chorego w tym kierunku skarg].

Mięśnie kończyn górnych i dolnych umiarkowanie rozwinięte; przy biernych ruchach stawów nie spostrzega się ani napięcia, ani przykurczenia. Surowa siła mięśniowa, mierzona za pomocą siłomierza, znacznie zmniejszona. Czucie dotykowe znacznie osłabione, zwłaszcza na przedramieniu i goleni. Wrażenie dotyku, jako takie, zachowane, jakkolwiek chory nie może zdać sobie sprawy, iloma właściwie palcami dotyka się go. Przy jednoczesnem kluciu i dotykaniu chory rozpoznaje tylko pierwsze, wskazując na miejsce uklucia mniej lub więcej prawidłowo. Odróżnić dotknięcia pędzelkiem, palcem i łepkiem od szpilki nie jest w stanie. Wrażliwość na zmiany ciepłotne zachowana wszędzie. Brak wszelkich zaburzeń bądź nacynioruchowych, bądź też odżywczych. Chory doznaje nadto uczucia palenia, klucia i mrowienia w palcach.

W większości ruchów występuje wyraźny bezład, wzmagający się przy zamykaniu oczu: chory nie jest w stanie nawet kilku kroków przejść, gubi po drodze pantofle, nie wiedząc o tem wcale. Objaw ROMBERG'a bardzo wyraźny, objawu kolanowego (*Kniephänomen*) i stopowego (*Fussphänomen*) brak z obu stron zupełnie. Na górnych kończynach odruchy mechaniczne, okostne i ścięgniste

wyraźne, osłabione są natomiast odruchy brzuszne i podeszwowe, brak zaś zupełnie z obu stron odruchów dźwigaczy jąder (*cremaster*).

Mięśnie, badane za pomocą stałego i przerywanego prądu elektrycznego, nie wykazują żadnych zmian ani pod względem jakości, ani ilości. Czucie skórne, badane po pewnym przeciągu czasu od chwili przybycia chorego do szpitala za pomocą prądu przerywanego, wykazało znaczne obniżenie wrażliwości na dotyk i ból, zwłaszcza na stopie i paluchach [740—410; 760—500] <sup>1)</sup>.

Nie chcąc zbyt znacznie nużyć czytelnika szczegółami przebiegu choroby, zwrócę uwagę tylko na okoliczności najbardziej nas tu zajmujące.

W ciągu pierwszych dwóch tygodni pobytu chorego w szpitalu zaburzenia w sferze czuciowej w początkach wzmagały się, stopniowo jednak zaczęły zniknąć. Również stopniowo ustępowało osłabienie mięśniowe i bezład; ten ostatni jednak zniknął daleko szybciej, tak, iż po upływie 3½ tygodnia z objawu ROMBERG'a zaledwie ślady tylko pozostały.

Surowa siła mięśniowa, badana w przerwach tygodniowych, wzmagała się równomiernie [48—46; 55—55; 64—65; 75—86; 75—81; 97—95 <sup>2)</sup>].

Leczenie polegało na spokoju, stosowaniu kąpeli ciepłych, posilnej diety, galwanizacji, na faradycznym pędzlowaniu, hypnotyzowaniu. Nadto podawano: brom, jod, srebro i strychninę.

Chory opuścił szpital w połowie Grudnia ze znaczną poprawą. Zboczenia w sferze czuciowej mniej już dokuczały choremu, bezładu brakło zupełnie. Atoli objawu kolanowego, nawet sposobem JENDRASSIK'a, nie można było wywołać.

**Spostrzeżenie II.** Z. Spiel..., komisant, kawaler, nieupośledzony dziedzicznie, pochodzi z rodziny zdrowej. Sam cieszył się zawsze jaknajlepszym zdrowiem; z wyjątkiem odry i róży, żadnych innych chorób nie przechodził. Napojów wyskokowych nie nadużywał.

Na 10 tygodni przed chorobą niniejszą chory uległ mocnemu przeziębieniu, bez żadnych atoli dalszych złych następstw. W początkach Lipca 1890 r. chory zapadł na tyfus brzuszny, którego przebieg był niezbyt łagodnym. Podczas zdrowienia czuł się stosunkowo dobrze, uważał tylko, że kończyny górne i dolne odmawiają mu niekiedy posłuszeństwa, osłabienie to jednak kładł na karb tyfusu. Atoli zdziwił się niemało, gdy spostrzegł, że, mimo ciągłej poprawy w stanie ogólnym, osłabienie kończyn wzrastało coraz bardziej. Wkrótce przyłączyło się uczucie mrowienia w pierwszych 3-ch palcach obu rąk, oraz wrażenie odrętwienia. Uczucie mrowienia szerzyło się ku górze po stronie wewnętrznej przedramienia i ramienia aż do obojczyka. Jednocześnie chory doznawał klucia, oraz palenia w paluchach; kończyny dolne stały się wrażliwymi na ucisk.

Chory podczas zdrowienia po przebytych tyfusie bywał niekiedy wysoce rozdrażnionym: stan taki zdradzał niezadowolaniem z otoczenia złem usposobieniem i okrzykami. Zaburzenia pamięci, zboczenia świadomości co do miejsca i czasu, urojenia (*hallucinatio*) i złudzenia (*illusio*) zmysłowe nie występowały podobno w czasie pobytu chorego w domu.

W początkach Października chory przybył na oddział D-ra GAJKIEWICZA. Dokonane wówczas badanie wykazało, co następuje.

Chory średniego wzrostu, dobrze odżywiany, o wyglądzie zdrowym. Stan bezgorączkowy. Obie źrenice nieco rozszerzone, szybko oddziałują na światło i akkomodację. Ruchy oczne, wzrok i słuch w stanie prawidłowym. Ruchy języczka i podniebienia miękkiego nieco powolne. Język lekko drży. Gwizdanie, dmuchanie, marszczenie czoła, zgrzytanie zębami odbywa się prawidłowo.

<sup>1)</sup> Cyfry powyższe, otrzymane za pomocą przyrządu HIRSCHMANN'a, oznaczają odstęp rolki [prąd wtórny], przy którym występowało pierwsze uczucie dotyku i bólu.

<sup>2)</sup> Cyfry, otrzymane za pomocą dynamometru, oznaczają siłę prawej i lewej ręki.

Opukiwanie czaszki i wyrostków ciernistych kręgosłupa nie wywołuje żadnych bólów. Wrażliwość na dotyk i bóle na twarzy zachowane.

Mięśnie kończyn górnych wiotkie, w niewielkim jednak stopniu uległy zanikowi. Przestrzenie międzykostne na rękach dosyć zagłębione, *thenar* i *hypothernar* w stanie zaniku. Surowa siła mięśniowa znacznie osłabiona, szczególnie zaś osłabione są, oprócz mięśni *thenaris* i *hypothernaris*, także mięśnie wyprostne rąk. Supinacja i pronacja wykonywane są dobrze.

Mięśnie przedramienia nadzwyczaj są wrażliwe na ucisk. Istnienia wrażliwości na przebiegu pewnego nerwu wykazać nie można. Zmysł dotykowy nieco upośledzony: tu i ówdzie znajdujemy okolice, w której dotknięcia palcami chorey nie czuje, dotknięcie zaś łepkiem szpilki odróżnia bardzo powoli. Zmysł umiędzawiania również upośledzony, zwłaszcza na dłoniowej powierzchni palców. Zmysł ciepłoty zachowany. Ogólna nadczułość. W sferze czucia brak wszelkich zaburzeń przedmiotowych. Zmysł mięśniowy zupełnie zniesiony. Przy zamkniętych oczach występuje wyraźny bezład, towarzyszący wszelkiego rodzaju ruchom. Odruchy prawie nie istnieją.

Mięśnie kończyn dolnych dosyć wiotkie. Szczególnie uderza nas zmniejszenie odporności oraz objętości uda. W położeniu leżącym wszystkie ruchy stawu biodrowego i kolanowego nieco ograniczone; wykonywa je chorey słabo, palcami i stopą porusza swobodnie.

Co się tyczy innych władz czuciowych, to znajdujemy to samo, co i na kończynach górnych. Pojmowanie spokoju i ruchu (*Bewegungsvorstellung*) kończyn dolnych upośledzone w stopniu wyższym. Brak odruchów rzepkowych i ścięgu Achilles'owego, oraz przykurczenia paradoksalnego (*contractio paradoxa WESTPHAL'a*). Z pośród odruchów skórnych zachowane są brzuszne i pośladkowe, brak natomiast podeszwowych i dźwigaczy jąder.

Współdział przy ruchach mięśni grzbietowych i brzusznych prawidłowy. Brak wszelkich zaburzeń bądź naczynioruchowych, bądź odżywczych, wyjąwszy to, że prawa noga mniej od lewej porośla włosami [co mogło mieć miejsce jeszcze przed obecną chorobą].

Badanie elektrycznością wykazało obniżenie pobudliwości nerwów i mięśni na prąd stały, bez wszelkich zmian jakościowych [KaSz7 AnSz].

Pobudliwość mięśni kłębu palucha międzykostnych tylnych i robaczkowatych na prąd przerywany zniesiona zupełnie. Na kłębie paluszka udaje się wywołać minimalny skurcz mięśnia odwodzącego mały palec przy odstępie rolki =  $6\frac{1}{2}$  ctm..

W pozostałych mięśniach minimalny skurcz występował przy odstępach niemal prawidłowych. I tak np. mięśnie *biceps*, *triceps*, *ext. dig. commun.*, *ext. carp. radial.*, *abd. pollic. long.*, *supin. long.*, *flexor. carp. ulnar.*, *flexor. digit. profund.*, kurczyły się przy 7—8 ctm., *extens. carp. ulnar.*, *et palmar.* przy 8—9; *flexor. digit. sublim.*, *extens. pollic. brevis et longus* przy 6—7 ctm..

Minimalny skurcz przy drażnieniu nerwów ramienia prądem przerywanym występował: dla *n. ulnaris*, *medianus* i *radialis* przy 9,5—10—7 ctm.

Szczegółowe badanie na prąd elektryczny kończyn dolnych zostało pominięte, a to ze względu na znaczną bolesność i wrażliwość w chwili przybycia chorego do szpitala. Atoli przedsiębrane kilkakrotnie badanie w okresach późniejszych wykazało tak samo, jak na kończynach górnych, ilościowe, lecz nie jakościowe, obniżenie pobudliwości.

Czynność pęcherza moczowego, odbytnicy i narządów moczopłciowych prawidłowe. Mocz nie zawierał ani białka, ani cukru. Oftalmoskopowanie i perymetrowanie żadnych nie dało rezultatów. To samo należy powiedzieć o wielokrotnie później podejmowanym badaniu prądem przerywanym czucia skórniego i wrażliwości na ból. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym.

Stan chorego poprawiał się stopniowo: w pierwszych 2-ach miesiącach szybciej, niż w kilku ostatnich. Po upływie pierwszych 6 tygodni chorey mógł już



chodź o własnych siłach, pomimo że chód był jeszcze trochę niepewny i chwiejny. Zanik mięśni po upływie 5 miesięcy ustąpił prawie zupełnie; daleko wcześniej zniknął objaw ROMBERG'a, pomimo że chód był wówczas jeszcze bezładnym, a stanie lub wspinanie się jedną nogą na krzesło było uciążliwym. Ruchy delikatniejsze i więcej złożone wymagały współudziału wzroku, ruchy zaś prostsze [chwytanie palcami końca nosa i t. d.] wykonywał chory prawidłowo bez pomocy wzroku.

Siły fizyczne w połowie Marca były już dość znaczne, nie były jednak jeszcze prawidłowe.

Pobudliwość mięśni na prąd stała wzrastała szybko, na prąd zaś przerywany pozostała jednakową, tak, iż mięśnie kłębu palucha i paluszka, badane w połowie Marca, na prąd nie oddziaływały, pomimo że ruchy zarówno czynne, jak i bierne wykonywane były swobodnie. Wyjątek pod tym względem stanowił mięsień *opponens pollicis*, który kurczył się przy 5,5 ctm.

Z pośród przypadłości podmiotowych należy wspomnieć o bólach mięśniowych, które w ciągu tych kilku miesięcy występowały samoistnie na krótki czas i które zniknęły pod wpływem salicylanu sodu i antypiryny.

Szczególnej jakiejś wrażliwości na ucisk w kierunku przebiegu nerwów, pomimo wielokrotnie podejmowanego badania, nie można było stwierdzić. Również trudno było wyczuć jakiegokolwiek zgrubienie nerwów.

W ciągu pobytu chorego w szpitalu występowało trzy razy ogólne podrażnienie umysłowe, tak, iż musiano go na pewien czas przepisać do oddziału obłąkanych. Te zaburzenia psychiczne występowały tylko w postaci wyraźnego podrażnienia z osłabienia (*reizbare Schwäche*) sfery psychicznej. Mimo zupełnej przytomności chorego rozdrażnienie sięgało wysokiego stopnia: na najblaszsze żądanie, skierowane do chorego, tenże odpowiadał nieraz wybuchami gniewu tak, iż dochodziło często do obelg i skandali pomiędzy kapryśnym chorym i jego współtowarzyszami lub posługaczem.

Jakichś rażących zaburzeń w pamięci trudno było zauważyć. Również świadomość sytuacji była zachowaną zupełnie dobrze. Podmiotowo skarżył się tylko na dolegliwe bóle głowy.

Zanim przejdę do opisu III-go przypadku, pragnąłbym zwrócić uwagę na pewien objaw, przytoczony w ostatnim przypadku, objaw, który, ze względu na swą rzadkość, przedstawia pewien interes. Mowa tu o stanach pobudzenia duchowego.

Jak wiadomo, w ostatnich czasach zwrócił uwagę KORSAKOW <sup>1)</sup> na rzadkie powikłanie zapalenia nerwów zaburzeniami umysłowymi, występującymi już to w postaci nieznacznego pobudzenia, już to w postaci bardzo ciężkich napadów obłądki, lub bardzo wyraźnych zaburzeń inteligencji. Jako najważniejsze objawy owego cierpienia umysłowego, słusznie przez KORSAKOWA mianem „*cerebropathia psychica toxæmica*“ ohrzczonego, podaje tenże daleko posunięty stan t. zw. osłabienia z podrażnieniem sfery duchowej, następnie mniej lub więcej głębokie zaburzenia w kojarzeniu pojęć, a wreszcie przytępienie pamięci.

Zaburzenia pamięciowe, tak wyraźnie występujące we wszystkich przypadkach K., u naszego chorego nie dały się zauważyć.

Nadmieniam raz jeszcze, że powyższe cierpienie mózgowie przedstawia tylko czyste powikłanie wrzekomego wiądu rdzenia i wtedy dopiero się zjawia, gdy

<sup>1)</sup> Ueber eine besondere Form psychischer Störung, combinirt mit multipler Neuritis. Archiv. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. B. XXI. 1890.

pewne substancje trujące [toksyny, leukomajny] poczynają szkodliwie działać na mózg. Cierpienie to, jak sądzę, nie ma sobie nic swoistego: z jednej strony przypomina t. zw. *dementia acuta*, oraz zaburzenia umysłowe z wyczerpania (*psychosis asthenica*), z drugiej znów objędy ostre (*mania*), oraz bredzenie gorączkowe (*delirium ex febre*).

Rozstrzygnięcie więc pytania, czy cierpienie omawiane występuje w związku tylko z zapaleniem nerwów, albo też przed lub po jakiegokolwiek innej ostrej chorobie zakaźnej, albo wreszcie samoistnie, należy pozostawić dalszym poszukiwaniom.

Jest więc rzeczą wątpliwą, czy owo toksemiczne cierpienie mózgowe słusznie uważamy za odrębną jakąś chorobę umysłową.

W niektórych przypadkach niewyraźnego zapalenia nerwów, powikłanego zaburzeniami umysłowymi, odróżnienie bezładu obwodowego od mózgowego, może być połączone z pewnymi trudnościami, gdyż zarówno tu jak tam przeważające cierpienie mózgowe powoduje: zawroty głowy, wymioty, zaburzenia mowy, osłabienie pamięci, drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) i t. d..

W podobnych przypadkach kwestyję rozstrzyga zachowywanie się odruchów, bóle przy ucisku nerwów, oraz rodzaj i własności bezładu ostrego.

Zestawiając krótko oba wzmiankowane spostrzeżenia, przychodzimy do wniosku, że mieliśmy tu do czynienia z więdem wrzekomym, który z łatwością można było rozpoznać. Przypadek drugi stanowi przejście do ruchowej postaci zapalenia nerwów.

Co się tyczy początku choroby, to w obu przypadkach poprzedzało ją ostre cierpienie gorączkowe (*gastroenteritis febrilis acuta*, *typhus abdominalis*) u osób, dotychczas zupełnie zdrowych, dziedzicznie nieupośledzonych.

Z pośród cierpień układu nerwowego przedewszystkiem uwagę na cierpienia w sferze ruchowej. Mięśnie twarzy i tułowia były zupełnie nietknięte. Siła mięśniowa we wszystkich 4-ch kończynach znacznie była obniżoną, w 2-gim nawet przypadku sprawa doszła do bardzo wyraźnego niedowładu (*paresis*). Brakło jakiegokolwiek ograniczenia zaburzeń do obrębu oddzielnych nerwów. Widzieliśmy słaby zanik mięśni w pierwszym przypadku, wyraźniejszy — w drugim, oraz ilościowe zmiany pobudliwości mięśni na prąd elektryczny u drugiego chorego.

Zaburzenia zaś w sferze czuciowej, stwierdzone zarówno przedmiotowo, jak i podmiotowo, wystąpiły daleko wyraźniej w przypadku pierwszym.

Cechę charakterystyczną obu przypadków stanowi ostre zniknięcie odruchów ścięgniętych, czucia mięśniowego i ściśle związanej z niem zdolności wykonywania ruchów koordynacyjnych [„ostre bezład“ LEYDEN'a].

To ostre, *resp.* ostrawe znikanie i powracanie wzmiankowanych czynności, łącznie z innymi zaburzeniami w sferze czuciowej, stanowi właśnie cechę znamionującą więd obwodowy.

Praca niniejsza miała się już ku końcowi, gdy dzięki uprzejmości D-ra GAJKIEWICZA wzbogaciłem ją 3-cim przypadkiem omawianego cierpienia, przysłanym przez pewnego kolegę z prowincyi, dla którego rozpoznanie przedstawiało niejaki trudności.

Historija choroby jest w krótkich zarysach następująca:

**Spostrzeżenie III.** N. N., adwokat, 35 lat liczący, z rodziny zupełnie wolnej od cierpień nerwowych. Nigdy sam nie chorował z wyjątkiem na przymiot, który przeżył 12 lat temu. Objawy tego cierpienia po gruntownie przeprowadzonych wcieraniach i kąpielach siarczanych w zupełności znikły i w ciągu ostatnich lat 10-ciu wcale nie występowały.

Żona jego, z którą się ożenił już po wyleczeniu się, dotychczas nie rodziła, ani też nie roniła.

Napojów wyskokowych, szczególnie zaś wina, chętnie używał, rzadko nadużywał.

W końcu karnawału r. b., wracając podczas złej pogody z zabawy, na której dużo tańczył, zaziębił się. Wkrótce potem wystąpiło uczucie odrętwienia w palcach nóg, bóle w dolnej części grzbietu, oraz szybkie zmęczenie przy chodzeniu. Chód stał się chwiejnym, niepewnym, tak, że chory raz w domu nawet upadł.

W początku choroby skarżył się także na gwałtowne bóle i zawroty głowy, ogólne wyczerpanie, częste dreszyczki bez gorączki. Objawy te stopniowo poznikały.

Badanie chorego, uskutechnione d. 22 Marca, t. j. w 4-ym tygodniu choroby, wykazało, co następuje. Chory dobrze zbudowany, umiarkowanego wzrostu, bładny. Skarży się na nieprzyjemne uczucie w rękach, oraz osłabienie w nogach.

W oczy rzuca się bezład ruchowy, który podczas chodzenia z zamkniętymi oczyma występuje bardzo wyraźnie. Obecność objawu ROMBERG'a.

Badanie czucia dotyku, oraz bólu, nie szczególnie nie wykazuje.

Co się tyczy sfery ruchowej, to i tu znacznych zaburzeń nie dało się zauważyć, za wyjątkiem osłabienia rozginaczy nóg. Ruchy bierne wszystkich kończyn nie napotykają na żaden opór. Chory z zupełną łatwością wykonywa ręką nawet najbardziej złożone ruchy. Charakter pisma nie zmieniony.

Odruchu rzepkowego ani śladu, odruchy skórne są prawidłowe.

Pęcherz funkcjonuje prawidłowo; zaparcie stolca w następstwie zwiotczenia kiszek nawykowe. *Potentia* nienaruszona.

Wyraźnego zaniku mięśni nie ma. Mięśnie i nerwy nie są wrażliwe na ucisk, prawidłowo oddziaływają na prąd elektryczny.

Ze strony nerwów mózgowych nie ma żadnych zaburzeń. Źrenice równomierne, oddziaływają dobrze na światło, oraz na akkomodację.

Z objawów przymiotu nie znaleziono żadnych [badanie specjalisty — syfilingologa].

Oto w krótkich zarysach przebieg 3-go przypadku, który, jak to się łatwo przekonać, w głównych objawach mało się różni od przypadków powyżej szczegółowo przytoczonych. Wnioski, jakieśmy tam wyprowadzili, dają się w zupełności rozciągnąć i na ten ostatni przypadek.

Spostrzeżeń niniejszych dokonałem na oddziale i pod kierunkiem D-ra GAJKIEWICZA, któremu za łaskawie udzielony mi materyjał i pomoc przy opracowaniu zajmującego nas przedmiotu, składam tu serdeczne podziękowanie. Czuję się również w obowiązku wyrazić swą wdzięczność kol. WIZŁOWI za niektóre wskazówki, dotyczące choroby.

## Wiadomości bieżące.

— Sprawozdania z X zjazdu międzynarodowego w Berlinie wychodzą z druku dosyć pośpiesznie. Tom I mieści „część ogólną“ [posiedzenia ogólne i t. d.]. Tom II [część szczegółowa] zawiera dział Anatomii, Fizjologii, ogólnej Patologii i Anat. patologicznej. Z tomu V wydano „higienę kolei żelaznych“.

— Chemicy GRIMOUX i ARNAUD w Paryżu donoszą, że im się udało otrzymać sztucznie chininę. Podają oni, że w roślinie brazylijskiej *Remigia pedunculata* znaleźli alkaloid, który traktowany sodą, wydaje związek, podobny do chininy w chemicznych odczynach i w działaniu fizjologicznym.

— W Londynie w pierwszym tygodniu miesiąca Czerwea zmarło na influencję 303 osób. Epidemia więc nieznacznie tylko osłabła.

— O strawności mięsa wołowego i rybiego przy rozmaitych sposobach przyrządzania pisze M. POPOW w *Ztsch. f. physiol. Chemie. T. XIV* [z pracowni HERRER'a w Berlinie]. Okazało się, że mięso wołowe i rybie jest łatwiej strawne w stanie surowym, aniżeli gotowane. Im dłużej mięso wołowe jest gotowane, tem trudniej się trawi. Przy jednakowym przyrządzeniu [z wyjątkiem wędzenia] mięso wołowe wogóle lepiej się trawi niż rybie. Ryby wędzone są strawniejsze niż surowe i gotowane. Natomiast wędzone mięso wołowe trudniej się peptonizuje, aniżeli w inny sposób przyrządzone, być może dlatego, że silne solenie przed wędzeniem utrudnia strawność. „Trawienie“ odbywało się w doświadczeniach za pomocą roztworów pepsyny z kwasem solnym.

— **Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.**

Do sekcji medycyny teoretycznej zgłoszono w dalszym ciągu: M. FEIGEL [ze Lwowa]: Pierwotne raki kończyn wytworzone w tkance kostnej [z demonstracją]. L. KRYŃSKI: O elementach barwnikowych w tkance przyjądrza u człowieka. D-r ŚWIĄTECKI [z Warszawy]: Przyczynek do poszukiwań bakteryjologicznych nad tężcem. Prof. D-r MORES: O elektrickém podrażdzeniu nerwu. Do sekcji psychologicznej: D-r A. ZEOTNICKI z Paryża: O mechanizmie uwagi. W sekcji dla zoologii i anatomii porównawczej zgłoszono następujące odczyty: Prof. D-r DYBOWSKI [ze Lwowa]: Nowa teoria budowy ciała stawonogich i kręgowców. Tenże: O budowie głowy stawonogich. Tenże: Nauplius i jego znaczenie w filogenii skorupiaków. Tenże: Homologija składowych części głowy jesiotra. Doc. D-r WIELOWIEJSKI [z Olejowej]: Podział komórek u owadów. J. DZIĘDZIELEWICZ [z Kolomyi]: Z biologii sieciówek z demonstracjami. D-r KOWALEWSKI [z Dublinu]: Przyczynek do rozwoju ryb kostno-szkieletowych. D-r FISZER asystent [z Krakowa]: Krytyczny pogląd na systematykę przekopnie. D-r J. NUSBAUM [z Warszawy]: Przyczynek do morfologii równonogich. Tenże: Przyczynek do morfologii łożyska u gryzoniów. J. CAVANNA asystent [ze Lwowa]: Homologija składowych części głowy ssawców. Dyr. D-r PETELEZ [ze Sambora]: Przyczynek do teratologii: Podwójna tchawica u kaczki. Tenże: Budowa prącia wydry, mianowicie budowa kostki prąciowej.

### Nadesłano do Redakcyi.

O. HEWELKE. Materiały dla farmakologii fioristago natria. Rozprawa doktoryzacyjna. Warszawa. 1891.

HEIMAN. Some points concerning the opening of the mastoid process. [Odb. z Archives of Otology].

FIWEJSKI. K woprosu o leucoderma syphiliticum. [Odb. z Wiestnika obszczestwiennej higieny etc.].

Z. KON. O wlijanii solej rtuti na azotistj obmien wieszczestw i uswojonię azota pizczy. Rozprawa doktoryzacyjna. Warszawa. 1891.

### Odpowiedź Redakcyi.

D-rowsi S. N. Sposób, użyty przez kolegę dla zawiadomienia o osiedleniu się w X., jest dotychczas nieprzyjętym, i chociaż nie możemy go uznać za „czyn niegodny lekarza“, to jednak oddajemy pierwszeństwo dawnemu — przez pośrednictwo czasopism.

Szan. kol. P. w K. Zalecane przez Szan. Kolegę stosowanie kwasu bornego w postaci proszku [0,1 grm. jednorazowo] w przewlekłym ropieniu ucha zewnętrznego i średniego, na wzór D-ra CYTRIN'a, stanowi oddawna już znany sposób leczenia.

### DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-e półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доведено Целзурою, Варшава, 21 Июня 1891 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.