

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (Bronchitis fibrinosa idiopathica), podał H. Dobrzycki. Spostrzeżenia ryno laryngologiczne, podał Z. Srebrny. — **Streszczenia i wyciągi.** 141. Patologia i leczenie dny. 142. Zanik mięśni postępowy z zanikiem mięśni języka. 143. O przymocie serca. 144. Przypadek zgorzeli kończyny po tyfusie brzusznym. 145. Chłonicie i wydalenie wapna. 146. Kastracya przy przerośnięciu gruczołu krokowego. Przypadek przerostu gruczołu krokowego, wylezonego zapomocą kastracyi. 147. O możliwości widzenia własnej soczewki. 148. Wysypka po użyciu rtęci (krwotoki skórne i śródoczne) — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 15 października r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Dobrzycki — Un cas de bronchite fibrineuse idiopathique. 2) D-r Z. Srebrny — Observations rhino-laryngologiques.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Dobrzycki — Ein Fall einer idiopathischen fibrinösen Bronchitis. 2) D-r Z. Srebrny — Rhinolaryngologische Beobachtungen.

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

Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli

(*Bronchitis fibrinosa idiopathica*)

podał H. DOBRZYCKI.

Na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. z dnia 30 kwietnia r. b., kolega A. SOKOŁOWSKI odczytał opis czterech przypadków powyższego cierpienia¹⁾, które dały mu sposobność do wypowiedzenia szeregu uwag, tej ciemnej sprawy chorobowej dotyczących.

Z uwagi, iż podanie do wiadomości każdego, dokładnie spostrzeganego przypadku nie jest bez korzyści, gdyż tą tylko drogą można będzie kiedyś przyrodę danego cierpienia wyjaśnić i właściwe mu miejsce w uszeregowaniu postaci chorobowych wyznaczyć, na temże posiedzeniu opisałem treściwie przypadek krupu oskrzeli, przezemnie spostrzegrany, postanowiwszy szczegóły podać w swoim czasie w „Medycynie“, co po skompletowaniu moich notatek i zasięgnięciu szczegółów od osoby, która rzezonemu cierpieniu ulegała, obecnie spełniam.

Jak wiadomo, postać chorobowa, o której mowa, zarówno jest ciemna pod względem powstawania i przyczyn, jakoteż i stosunku do innych, poprzednio przebytych cierpień narządu oddechowego. Przedewszystkiem jednak zwraca na siebie uwagę jej nadzwyczajna rzadkość. Większość lekarzy, nawet takich, którzy rozporządzają bardzo pokaźnym materiałem spostrze-

1) Patrz N-ra 20 i 21-szy „Gaz. Lek.“ z r. b., lub „Medycyny“ Nr. 21 z r. b.

gawczym i mają wiele lat praktyki za sobą, nigdy samoistnego krupu oskrzeli nie widziała i zna go tylko z opisu. Mając od lat wielu do czynienia prze-
ważnie z chorymi piersiowymi, jeden tylko widziałem przypadek. Drugi znany mi jest z dokładnego opisu, udzielonego mi przez jednego z moich chorych, leczącego się przed kilku laty na suchoty płuc w Sławucie. Lubo przypadek ten co do rozpoznania nie przedstawiał żadnej wątpliwości, chory był inteligentny (nauczyciel nauk przyrodniczych w jednym z gimnazyów kijowskich) i bardzo szczegółowo przebieg cierpienia umiał opisać, wszelako, jako od nielekarza zaczerpnięty, nie może tu być zaliczony. Opisu trzeciego przypadku dostarczył mi kol. J. MAJKOWSKI, który będąc czas dłuższy lekarzem w szpitalu i praktykując z górą lat trzydzieści, raz jeden tylko, i to przypadkowo, cierpienie to spostrzegł. Był to przypadek typowy, o szybkim przebiegu, i dotyczył chorego, który leczył się na inne cierpienie w szpitalu w Grójcu. Chory ten wielokrotnie wykrztuszał odlewy włóknikowe z oskrzeli, z których szczególnie jeden, wyraźnie walcowatego kształtu, o widelkowatym rozdwojeniu, był znacznej bardzo długości. Co się z tym chorym stało, koledze M., który mi ustnie wiadomości o tym przypadku udzielił, niewiadomo. Czwarty wreszcie przypadek opowiedziany został przez kol. S. KRYSIŃSKIEGO na temże posiedzeniu z dnia 30 kwietnia r. b. Kol. K. widział na klinice prof. LEYDEN²⁾ a 30-letniego mężczyznę, który przybył z objawami gastrycznymi i jednocześnie przez długi czas wykrztuszał co rano odlewy oskrzelowe bez żadnych objawów. Cierpienie to miało trwać czas dłuższy i podobno żadnych poważniejszych za sobą dolegliwości nie pociągało²⁾).

Przypadek, przezemnie spostrzegany, był następujący:

Pan A. S., dziś lat 44 liczący, obecnie zdrów zupełnie, miał sobie w r. 1881-ym zalecony przez prof. CHAŁUBIŃSKIEGO pobyt w lesie pod czas lata, a to z powodu zajęcia oskrzeli, a jak chory twierdził, z powodu rozpoczynających się suchot płucnych. Zamieszkawszy w lesie pod Mińskiem Stanisławowskim, upadły na duchu i pełen obaw, zawiadzał mnie do siebie. O ile sobie przypominam, dokładne zbadanie narządów oddychania i krążenia ważniejszych zbroczeń nie wykazało. Jednakże stałe, choć nieznaczne wahania gorączkowe, pewien ubytek na wadze, brak sił, wreszcie dość częste i dość obfite odpłukiwanie, wzbudzały obawę, iż w danym przypadku mamy rzeczywiście z początkowym okresem suchot płucnych do czynienia. Drobnowidzowe zbadanie płwociny byłoby nam mogło rozwiązać pytanie co do natury cierpienia, środka tego jednak wówczas nie posiadaliśmy.

Lubo chory pod wpływem powietrza leśnego znacznie się poprawił, zaleciłem mu jednak wyjazd do San-Remo we właściwym czasie, aby tam czas możebnie długi na świeżem powietrzu przebywał. Chory udał się do San-Remo tegoż roku, a do Meranu roku następnego. Tymczasem na jesieni w roku 1882-im wezwany zostałem wraz z prof. ROŚE do chorego, który lato przebywszy na wsi, do Warszawy przyjechał. Przybyłem właśnie w chwili, w której chory wydzielił wraz z womitami ogromną ilość ropy, która znaczną część nocnika wypełniła. Prof. R. objaśnił mnie, iż już przedtem chorego badał i stwierdził rozległe zapalenie ropne opłucnej (prawej, o ile mnie pamięć nie myli), że stan jego był bardzo ciężki, a rokowanie wogóle było bardzo wątpliwe. Poprzednio istniejące, a od roposteku zależne rozległe stępienie znikło po wymiotach owych natychmiast, co obaj stwierdziliśmy. Chory, mocno wycieńczony i osłabiony, jeszcze w przeciągu następnych kilku tygodni od czasu do czasu sporą ilość ropy wyrzucał, poczem z wolna zaczął się poprawiać. Gorączka całkowicie ustała, oddech stał się swobodniejszy, siły zaczęły wracać, słowem, że od chwili, w której ropa,

²⁾ „Medycyna“ l. c. str. 451.

przebiwszy ścianę oskrzela, z worka opłucnej nazewnątrz się wydostała, zaczęła się stała poprawa. Zbadawszy po jakimś czasie chorego, nie mogłem wyraźniejszych zmian w przyrządzie oddechowym stwierdzić, prócz przycichnięcia szmerów oddechowych po stronie, chorobą przedtem zajętej.

W niedługim potem czasie, może w miesiąc lub nieco więcej (ściśle oznaczyć ani ja, ani chory dziś nie możemy), chory, który już był przestał całkiem kaszleć, zaczął co rano miewać napady kaszlu, o odmienny m, niż przedtem, charakterze. Przedewszystkiem zauważył, że kaszel ten poprzedzany bywał silną, nieraz bardzo silną dusznością, która czasami dość długo trwała i, nad ranem głównie, spać mu nie dawała. Gdy duszność dochodziła najwyższego natężenia, chory doznawał uczucia obecności jakby ciała obcego w gardle, jakby „kluski lub jaja obranego ze skorupy“, jak się wyrażał, poczem krztusząc się mniej więcej długo, wypluwał coś w rodzaju błoniastych tworów, które były całkiem różne od zwykłej plwociny. Z wyrzuceniem błoniastych owych tworów napad się kończył i chory miał spokój aż do dnia drugiego lub czasem i trzeciego, nie kaszłąc wcale pomiędzy opisanymi napadami. O ile sobie chory dziś przypomina, napady, z wykrztuszaniem błon połączone, występowały nieregularnie. Czasami dni parę przeszło i napadu nie było; to znów czas pewien napady bywały codziennie, zawsze jednak miały one miejsce rano, mniej więcej o jednej porze, zwykle wtedy, gdy chory miał wstawać z łóżka. W ciągu całego czasu, t. j. od pojawienia się owych zjawisk aż do ich ustania, podniesienia ciepłoty ciała nie spostrzegałem. Lubo w chwilach wolnych od napadów nic choremu nie dolegało, jednak to ciągle napadów tych wyczekiwanie z dnia na dzień, nużyło go wielce. Łaknienie też zaczęło podupadać, siły ubywały, a nadewzysztko wzrastające rozdrażnienie ogólne czyniło choremu stan ten nieznośnym.

Gdy wziewania z wody wapiennej, środki wykrztuśne i inne żadnego nie odniosły skutku, a stan podobny trwał już kilka miesięcy, zniechęcony tem chory, postanowił drogą ogłoszeń w pismach publicznych szukać lekarza, któryby mu podał środek na „*bronchitis crouposa*“. Ogłoszenie zwróciło uwagę swą ekscentrycznością, lecz nie odniosło skutku, gdyż żaden z lekarzy panu A. S. żadanego specyfiku nie nadesłał.

Chory, wzięwszy rozbrat z medycyną, nie robiąc nic więcej prócz wziewań parowych, miewał w dalszym ciągu napady duszności i co jakiś czas błony odpluwał. Błony te, opuszczone do naczynia, napełnionego wodą, zawsze przybierały kształt rurek, od jakich kilku do kilkunastu milimetrów, a nawet nieraz do 20 mm. w średnicy mających. Najczęściej miały one średnicę zwyczajnego ołówka, często z bardzo widocznym na jednym końcu widełkowatym (dychotomicznym) rozdwojeniem. Długość rurek tych była różna; niektóre z nich dochodziły do 10 lub więcej ctm. Barwa ich była przeważnie biała lub blado-żółtawa. Grubość ścian także była różna. Niektóre z nich miały ściany 3—4 milim. grube, przeważnie zaś były o ścianach cieńszych. Były czasami rurki, które na powierzchni swej przedstawiały liczne strzępki, szczególnie przy końcach widoczne. Błony powyższe, z pozoru tęgie, dały się jednak bardzo łatwo rozrywać i oporu żadnego nie przedstawiały.

Co do czasu trwania cierpienia, to chory ściśle podać go nie jest w stanie. O ile z moich notatek dojść mogę, trwało ono około 6-iu miesięcy, w żadnym razie nie dłużej nad ośm miesięcy, gdyż od chwili, w której jeden z pierwszych napadów u naszego chorego spostrzegałem, aż do chwili, w której już od czasu pewnego napadów tych nie było, powyższy czas (t. j. 8 miesięcy) upłynął; co też i potwierdza pan A. S., z którym szczegóły powyższe staraliśmy się wspólnie odświeżyć w pamięci. Choroba jak nagle wystąpiła, tak też nagle ustała, zostawiwszy swe ślady w ogólnym osłabieniu i wychudnięciu chorego. Wkrótce jednak potem pan A. S. zaczął się poprawiać i po dziś dzień cieszy się dobrem zdrowiem. W ciągu dwunastu lat, jakie od ukończenia się danej choroby upłynęły, badałem chorego wielokrotnie, ostatnim razem w kwietniu r. b., i nie znalazłem nic nieprawidłowego. Stan narządów oddechowych, pomimo dwukrotnie przebytych poważnych spraw chorobowych, nic do zyczenia nie przedstawiał, co tem jest dziwniejsze, iż chory, oddając się z całym zapalem kierownictwu fabryki i pracując z zdaniem mojem nad

siły, a nadto, niewychodząc prawie całymi tygodniami z domu, posiada wszelkie warunki wyhodowania sobie suchot płucnych. Tymczasem, były chory, prócz lekkiego żołądkowo-kiszkowego nieżytu, prawdopodobnie wspomnianymi warunkami podtrzymywanego, innych dolegliwości nie doznaje, sił ma sporo, energii do pracy jeszcze więcej, i dziś względnie czuje się lepiej, niż kiedykolwiek.

Jeśli zwrócimy uwagę na to, że rokowanie w omawianej chorobie jest wogóle niepomysłne i że w danym przypadku powstała ona u osobnika, którego narząd oddechowy był dwukrotnie przedtem zagrożony, to zejście w danym przypadku może być jako bardzo pomysłne uważanem, skoro większość przypadków, spostrzeganych u osobników, poprzednio całkiem zdrowych, śmiertelnie się kończy.

Opisane powyżej zjawiska oraz wygląd błon, wydalanych z dróg oddechowych, przekonywają, iż mieliśmy do czynienia w danym przypadku z typową postacią samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli, chociaż nie o tak przewlekłym przebiegu, jaki w znacznej większości przypadków był spostrzegany. Na tę „przewlekłość“ kładę nacisk dlatego, że O. BESCHORNER, autor bardzo dobrej, acz treściwej monografii danego cierpienia³⁾, zdaje się wielką przywiązywać wagę do onej przewlekłości i niemal cechujące nadawać jej znaczenie, nazywając tę postać „*chronische essentielle fibrinöse Bronchitis*“, w którym to określeniu, jak widzimy, „chroniczność“ na pierwszym postawił miejscu. W rzeczywistości jednak tak nie jest, gdyż niemało jest dokładnie spostrzeganych i opisanych przypadków, które miały przebieg, nie dający się nazwać przewlekłym, a nawet przypadków, mających przebieg bardzo krótki. Prawda, że przewaga jest po stronie przewlekłych, lecz nie wszystkich; a więc przewlekłość nie stanowi cechującego charakteru dla cierpienia tego.

Jak to wyżej wspomnieliśmy, samoistne zapalenie włóknikowe oskrzeli należy do cierpień bardzo rzadkich. Pierwsza dokładna, niedająca się zakwestyonować wzmianka o niem, wedle poszukiwań BESCHORNER'a (l. c.) znajduje się w zbiorze spostrzeżeń lekarskich TULPIUSA i sięga XVII wieku. B. zebrał bardzo pracowicie cały materiał z literatury aż do r. 1892-go włącznie, z czego się okazuje, iż liczba autorów od r. 1646 do 1892 wynosi przeszło dwieście. Ponieważ wśród autorów tych znajdują się tacy, którzy po kilka przypadków spostrzegali; przeto przypuścić można, iż ogólna summa tychże przypadków przekroczy dwieście. Dodawszy do tych przeszło dwustu: cztery przypadki kol. SOKOŁOWSKIEGO, po jednym LIEBERMEISTER'a⁴⁾ (którego BESCHORNER nie podaje), MAJKOWSKIEGO, wzmiankowany na posiedzeniu przez kol. KRYSIŃSKIEGO, a nadto przytoczone przez JACCOUD'a w jego znanem dziele przypadki, również nie spożytkowane przez wspomnianego autora; to liczba znanych przypadków jeszcze się zwiększy. Lecz przypuściwszy, że jest ich znanych, albo raczej rozpoznanych nawet ze trzysta, to i tak, na przeciąg czasu, między rokiem 1646 a 1895 zawarty, i na tak olbrzymią liczbę piszących, jaka w ciągu tegoż czasu spostrzeżenia swe ogłaszała, jest to ilość tak mała, że możliwość spostrzegania tej postaci chorobowej jest raczej dziełem przypadku, aniżeli zjawiskiem, podlegającym pewnemu prawidłu statystycznemu, jak to się w innych postaciach chorobowych dostrzega.

³⁾ O. BESCHORNER. Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis (Bronchialeroup). Sammlg klin. Vortr. VOLKMANN'a N. 73. Lipsk. r. 1893-ci.

⁴⁾ Vorlesungen über Spec. Path. u. Ther. Tom IV, r. 1891. Lipsk.

Jeżeli liczba rozpoznanych i zaciągniętych do wykazu statystycznego przypadków jest bardzo szczupła, a w żadnej chorobie rozpoznanie nie jest tak łatwe, jak w tej, to jeszcze szczuplejszą jest liczba dokładnie opisanych i czas dłuższy pod kontrolą lekarską będących. Te ostatnie znajdujemy w gruntownych pracach BIERMER'a ⁵⁾.

(D. n.).

Spostrzeżenia ryno-laryngologiczne.

podał Z. Srebrny.

II*. Hyperosmia et Parosmia.

Pod nazwą „*hyperosmia*“ rozumiemy nadczułość powonienia, wskutek której wrażenie węchowe odczuwane jest silniej, niż w stanie prawidłowym; mamy tu zatem zboczenie zmysłu powonienia pod względem ilościowym (nateżenia). „*Parosmia*“ zaś oznacza taki stan, w którym wrażenie węchowe odczuwane jest inaczej, niż w stanie prawidłowym, albo też dochodzi do świadomości danego osobnika, gdy inni, zdrowi, wrażenia tego nie otrzymują. *Parosmia* jest zatem zboczeniem zmysłu powonienia pod względem jakościowym.

Nadczułość powonienia wtenczas tylko może być uznana za chorobliwą, jeżeli dawniej nie istniała i jeżeli dokucza choremu; bywają bowiem ludzie, odznaczający się niepomiernie delikatnem powonieniem, które ze sobą na świat przynieśli. Murzyni naprzykład, mają węch bardzo wyrobiony: są oni podobno w stanie z zapachu odróżnić murzyna od białego. SCHECH¹⁾ wspomina o chłopcu, nazwiskiem James Mitchell, u którego, obok wrodzonego braku wszystkich innych zmysłów, powonienie było tak rozwinięte, że zapomocą niego rozróżniał ludzi i rzeczy. Przypuszczają, że siła powonienia u takich ludzi zależy od silniejszej pigmentacji błony śluzowej okolicy węchowej nosa. U zwierząt, obdarzonych delikatnem powonieniem, jakoto: u psa, lisa, kota, znajdujemy w nabłonku części węchowej nosa barwnik ciemno-brunatny lub zupełnie czarny. Przeciwnie zaś u t. zw. albinosów zmysł powonienia rozwinięty jest bardzo słabo. Nader ciekawe pod tym względem spostrzeżenie podaje OGLE²⁾. Młody murzyn z Kentucky, którego oboje rodzice byli czarni, do 12-go roku życia zachował właściwe murzynom zabarwienie skóry. Około tego czasu ukazała się na twarzy jego w okolicy lewego oka biała plama, która w przeciągu 10 lat rozszerzyła się na całe ciało, tak, iż w końcu osobnik ten z koloru skóry wyglądał najzupełniej na europejczyka. Równocześnie z zachodzącą w zabarwieniu skóry zmianą, słabło powoli powonienie młodego murzyna, a w chwili, gdy stał się białym, stracił je prawie zupełnie.

⁵⁾ VIRCHOW. Handb. d. spec. Path. u. Ther. z r. 1854 i 1867; tenże: Die Lehre vom Auswurf r. 1855 i w Deutsch. Arch. f. kl. Med. r. 1869.

^{*}) Patrz Medycyna 1894. N. 26.

¹⁾ Die Krankheiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Naso. 1885.

²⁾ Anosmia (według pracy HACK'a: Riechen und Geruchsorgan, 1885).

Fakty powyższe odpowiadają w zupełności spostrzeżeniom STARK'a i DUMERIL'a³⁾, którzy, badając stosunek zapachów do tkanin kolorowych, znaleźli, iż najsilniej pochłania zapachy kolor czarny, najsłabiej biały, pośrednie zaś stanowisko w kolejnym porządku zajmują: niebieski, zielony, czerwony, żółty.

Nadczułość powonienia nabyta może być skutkiem długoletniej wprawy i wtenczas także za chorobliwą uważana nie będzie. Za zboczenie zmysłu powonienia uznać ją należy wówczas, kiedy staje się dla danego osobnika źródłem cierpień. Dotknięci nią ludzie, poczuwszy ten lub ów zapach, dostają bólu i zawrotu głowy, nudności, astmy, drgawek, bicia serca, omdlewają i t. d. Jeden z chorych M. SCHMIDT'a⁴⁾ odznaczał się taką wrażliwością na woń, wydawaną przez konie, że nie mógł jeździć tramwajem, dostawał bowiem natychmiast napadu astmy. Tenże autor wspomina o dziecku 2½-letniem, które zapach kuchni, albo psa, a szczególnie zapach przypalonego mleka przyprawiał o nudności i wymioty. SOLTMAN⁵⁾ spostrzegał niemowlę, które wskutek wyziewów spirytusu w dystylarni, dostało drgawek; po wyniesieniu dziecka stamtąd, drgawki ustały, a po powrocie z niem do dystylarni znowu powtórzyły się.

U niektórych ludzi zapach wonnych kwiatów działa pobudzająco na nerwy wydzielnicze nosa: wywołuje on u nich obfity wypływ z nosa i kichanie.

Wiadomości nasze o przyczynach nadczułości węchowej nie są oparte na ścisłych badaniach anatomicznych. Najczęściej jest ona prawdopodobnie pochodzenia ośrodkowego, jakkolwiek być może, iż w niektórych przypadkach polega na podrażnieniu zakończeń nerwowych, wywołanem sprawami zapalnymi w błonie śluzowej nosa. Zwykle cierpienie to napotykamy u neurasteników, histeryczek, u osób małokrwistych, ciężarnych, czasem przy zaburzeniach w miesiączkowaniu.

Jeden ze spostrzeganych przezemnie przypadków nadczułości węchowej był, jak się zdaje, pochodzenia obwodowego. Dotyczył on 48-letniej kobiety, która pod wpływem dymu tytoniowego dostawała silnego bólu głowy, nudności, a czasem wpadała nawet w stan omdlenia. Do wywołania tych objawów wystarczała najmniejsza ilość dymu, wystarczało wejście do pokoju, w którym przed kilkunastu godzinami ktoś palił papierosa. Wrażliwość chorej w tym kierunku posunięta była tak daleko, że czuła dym, zalatujący z odległego pokoju. Stan taki bardzo dotkliwie czuć się dawał chorej, zmuszał ją bowiem prawie do zrywania stosunków towarzyskich, do unikania miejsc, gdzie ktoś przypadkiem mógł palić papierosa lub cygaro. Chora wogóle cieszy się dobrem zdrowiem, „nerwowa“ nie jest, od dwóch lat przestała miesiączkować. Badanie nosa wykazało dosyć silne zaczerwienienie i wrażliwość błony śluzowej nosa. Dotykanie zgłębnikiem rozmaitych jej okolic wywoływało napad kichania. Wobec nadmiernej wrażliwości błony śluzowej nosa przypaliłem obie dolne i przednie końce średnich muszel żegadłem galwanicznym i uzyskałem wybitną poprawę, która trwała około 2-ech lat. Po upływie tego czasu chora po raz drugi poddała się powyższemu rękoczynowi znowu z dobrym skutkiem.

³⁾ Ibidem.

⁴⁾ Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1894.

⁵⁾ GERHARDT. Handbuch der Kinderkrankheiten.

W drugim moim przypadku, dotyczącym również kobiety, zapach fijołków wywoływał niemiłe palenie w nosie, kichawicę i ból głowy. W tym razie przypalenie muszel pozostało bez skutku.

Właściwie daleko częściej chyba leczenie takie powinno okazać się bezowocnem, gdyż cierpienie mieści się wysoko w części węchowej nosa, a rozległe przyżeganie tej okolicy jest niemożliwe. W podobnych przypadkach, oprócz leczenia ogólnego, polegającego na wzmocnieniu ustroju, oprócz leków, działających na układ nerwowy, można stosować objawowo rozpylanie kokainy w okolicy węchowej, zażywanie proszków, zawierających środki narkotyczne. Ponieważ badania fizyologiczne dowodzą, że zbytńia wilgoć w okolicy węchowej nosa, osłabia powonienie, można więc przestrzykiwać nos płynami lepkiemi, jak gliceryna, kierując prąd płynu ku górze.

Przykrzejsze częstokroć, niż nadczułość węchowa, a pod względem wywołującej je przyczyny nieraz bardzo poważne cierpienie, stanowi *parosmia*. Rozróżniamy tu, jak powiedziałem wyżej, dwie postaci: albo dany osobnik odbiera wrażenie węchowe nie takie, jak inni, w tych samych warunkach znajdujący się ludzie, albo czuje zapach, którego inni w tej samej chwili nie czują. Pierwsza postać napotykać się daje u ludzi zupełnie zdrowych. MACKENZIE⁶⁾ opowiada o pewnym lekarzu angielskim, dla którego fijołki miały zawsze zapach fosforu; inny chory tegoż autora przy wachaniu goździków czuł zapach czosnku.

Przypadki takie przedstawiają pewną analogię z t. zw. daltonizmem. Należy przypuścić, że, jak w tem ostatniem cierpieniu, wskutek wrodzonego braku odpowiednich włókien nerwowych, dany kolor przedstawia się inaczej, niż w stanie prawidłowym oka, tak i w omawianych przypadkach zбочenia zmysłu powonienia, takież niedorozwój pewnych włókien nerwowych musiał mieć miejsce.

W innych razach opaczne powonienie bywa przemijające: dla jednej z chorych MACKENZIE'go mięso gotowane miało odór zgniłych ryb; kobieta ta czuła wskutek tego wstręt do wszelkiego rodzaju mięsa. Wogóle była to osoba zdrowa, bez żadnych objawów histeryi. Stan taki trwał kilka miesięcy.

Druga postać *parosmiae* może być pochodzenia ośrodkowego lub obwodowego. W wielu chorobach mózgu, w niektórych postaciach padaczki, u chorych umysłowych napotykamy skargi na zapach przykry, nieznośny. Najczęstszy przykład takiego zбочenia zmysłu powonienia przedstawia t. zw. *aura epileptica*, której przyczyny szukać musimy w cierpieniu ośrodku węchowego. Częstokroć mniemane omamy węchowe, jak wykazał SCHLÆGER⁷⁾, mają w rzeczywistości źródło swoje w cierpieniu mózgu. Inni autorzy, na zasadzie dokonanych badań zwłok, potwierdzają zdanie powyższe.

Przypadki *parosmiae* pochodzenia obwodowego podaje ONODI⁸⁾. W jednym z nich 37 letni lekarz, dotknięty od lat kilku nieżytem nosa, narzekał na przesładujący go od czasu do czasu zapach piżma, nafty i moczu. Badanie wykryło umiarkowany nieżyt błony śluzowej nosa i przerost muszel dolnych.

⁶⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase. 1884. T. II. tłum. niem.

⁷⁾ Zeitschr. der Gesellsch. d. Aerzte zu Wien. 1858 (we dług MACKENZIE'go: die Krankheiten des Halses u. d. Nase).

⁸⁾ Fälle von Parosmien. Monatschr. für Ohrenheilkunde etc. 1891. N. 3.

Przypalenie żegadłem galwanicznym tych ostatnich usunęło dolegliwości chorego. W przypadku tym, zdaniem Onodi'ego, owe opaczne wrażenia węchowe wywołane zostały przez bodziec obwodowy, za czem przemawia wynik leczenia.

W drugim przypadku, dotyczącym kobiety nerwowej, dotkniętej przewlekłym nieżytem nosa, chora czuła ciągle zapach spalonych włosów. Przyżeganie muszel z początku spotęgowało to uczucie, które jednak po skończeniu leczenia znikło.

Pomyślny wynik zastosowania żegadła w przypadkach tych należy sobie tłumaczyć w ten sposób, że po usunięciu stanu chorobliwego błony śluzowej okolicy oddechowej nosa, znikło podrażnienie zakończeń nerwowych w części węchowej.

Bardzo ciekawe są spostrzeżenia tegoż autora, dotyczące trzech lekarzy, którzy w czasie ostrego nieżytu nosa, wywołanego grypą, mieli rozmaite omamy węchowe: jeden z nich w przeciągu 3-ch dni czuł zapach smoły i gnoju; drugiego trapił do tego stopnia zapach siarki, czosnku i rozkładającego się ciała, że żadnego pokarmu do ust nie brał; trzeci czuł przez 3 dni zgniłe mięso, a w przeciągu następnych dwóch tygodni naprzemian — mydło i naftę.

Podobny przypadek spostrzegalem na początku roku 1890. 25-letnia panna po przebyciu grypy przybyła do mnie z objawami ostrego nieżytu nosa i skargą na ciągły zapach kawy palonej. Stan taki trwał przez 10 dni i przeszedł bez śladu; zastosowałem u tej chorej rozpylania z 2% roztworu kokainy.

O ile w tych razach opaczne powonienie wytłumaczyć można podrażnieniem zakończeń nerwowych, o tyle w następującym przypadku przyczyna jego jest dosyć zagadkowa. Jeden z lekarzy tutejszych opowiadał mi, że za każdym razem po zażyciu antypiryny czuje zapach anyżu. Zapach ten zaczyna go przesładować wkrótce po wzięciu lekarstwa i trwa około godziny.

Opisane powyżej spostrzeżenia przedstawiają przykłady istotnej *parosmiae*. Bywają zaś przypadki, w których zboczenie to nie jest skutkiem ani obwodowego, ani ośrodkowego cierpienia nerwowego, jakkolwiek pozornie tak zdawać się może. Do tego rodzaju zboczeń należą niewątpliwie niektóre przypadki *aurae epilepticae*. Przy bliższem badaniu takich chorych, przyczynę odczuwanego przez nich zapachu można nieraz wykryć w ograniczonym cierpieniu szkieletu nosa lub umiarkowanym, trudnem często do rozpoznania ropieniu w jednej z zatok nosowych. Wykrycie i usunięcie takiego ogniska może zarazem usunąć i samą padaczkę.

Wszystkie takie przypadki, w których opaczne powonienie polega na istnieniu w ukrytych zakątkach nosa jakichkolwiek zmian, mogących uczucie pewnego zapachu wywołać, właściwie do rozdziału „*parosmia*“ nie należą.

Być może, iż do pozornej parosmii należy także następujący, spostrzegany przezemnie przypadek. 40-letni nauczyciel, niezmiernie nerwowy i wrażliwy, radził się mnie z powodu ciągłego kataru i zatkania nosa. Przy badaniu znalazłem lewą jamę nosową zupełnie drożną, muszlę dolną lekko przerosłą, przegrodę chrzęstną lekko na lewo wygiętą. Z prawej strony błona śluzowa była mocno zaczerwieniona, muszla dolna zaś tak obrzmiała, że dokładne zbadanie nosa, zwłaszcza zaś przewodu średniego, było niemożliwe. Aby ułatwić sobie zadanie, wypendzlowałem prawą jamę nosową kokainą. Wkrótce potem, gdy obrzmienie muszli zmniejszyło się, mogłem dokładnie nos obej-

rzeć, zbadać zglębniakiem i t. d., przyczem nie znalazłem tego, czegom się spodziewałem, t. j. ropienia w jednej z zatok nosowych lub cierpienia szkieletu nosa. W czasie tego badania zauważyłem, że chory niespokojnie poruszał się na krześle, oglądał się na wszystkie strony, wciągał powietrze, jak przy wężowaniu czegoś, nie wytłomaczył mi jednak swojego zachowania się. Nie będąc jeszcze pewnym, czy niema gdzieś ukrytego ropienia w jamach obocznych nosa, poprosiłem chorego, aby za kilka dni przybył raz jeszcze. Przy powtórnej wizycie, znalazłszy stan taki sam, jak za pierwszym razem, wypendzlowałem znowu kokainą prawą jamę nosową, co chory przyjął z pewnym wstrętem i wreszcie zapytał mnie: czy nie można się obejść bez tego „cuchnącego“ lekarstwa. Gdym go zapewnił, że kokaina jest zupełnie bezwonna, oświadczył mi, że, jak za pierwszym razem, tak i teraz po użyciu kokainy czuje „smród“. Za pierwszym razem zapach ten prześladował go przez pół godziny. Teraz tembardziej, niż za pierwszym razem, zacząłem przypuszczać, że gdzieś w nosie jest jakieś ognisko ropne lub nekrotyczne, tłumacząc sobie wrażenie, odczuwane przez chorego, w ten sposób, że po zniknięciu obrzęku błony śluzowej pod wpływem kokainy, powietrze cuchnące łatwiej dostaje się do okolicy węchowej nosa. Badając jednak wszelkimi sposobami zatoki i kości nosa, nie mogłem w tym kierunku nic pewnego wyśledzić. Pozostawało mi jeszcze rozstrzygnięcie kwestyi, czy po zapendzlowaniu kokainą lewej jamy nosowej wystąpi tenże sam objaw. Nie mogąc tego skutecznie zaraz, wobec tego, że chory miał ciągle przed nosem ów wstrętny zapach, odłożyłem doświadczenie to na następny raz, przyczem okazało się, że skutek był ten sam. Badanie lewej jamy nosowej nie doprowadziło mnie również do żadnego dodatniego wyniku. Czy zatem była to istotna *parosmia*, zależna od tak dziwnego wpływu kokainy na nerw węchowy, czy też, pomimo ujemnego wyniku badania, jednak w jakimś zakątku nosa było ognisko ropne lub nekrotyczne, na to odpowiedzieć nie jestem w stanie.

Innym źródłem opacznego powonienia pozornego mogą być spróchniałe zęby, rozkładające się w jamach migdałków czopki (tu pamiętać należy i o migdałku gardzielowym i językowym) lub cierpienia żołądka. W przypadkach takich chorzy czują cuchnący zapach wydzielanego przez nich powietrza.

Leczenie w przypadkach natury obwodowej wymaga usunięcia bodźca, wpływającego drażniąco na zakończenia nerwowe. U ludzi nerwowych, histeryczek, wskazane jest leczenie ogólne. Gdzie przypuszczać można cierpienie ośrodkowe, zadowolnić się musimy środkami objawowymi.

W przypadkach rozpoznanej *parosmii* pozornej usunięcie przyczyny daje się skutecznie bardzo łatwo.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

141. KLEMPERER. **Patologia i leczenie dny.** Leczenie dny środkami, rozpuszczającymi kwas moczowy (piperazyna, lisydina), zyskało dosyć znaczną liczbę zwolenników; niemniej liczne są wszakże głosy, przeciwne tej metodzie leczenia i dowodzące, że chociaż dna polega na tworzeniu się złągów kwasu moczowego w różnych częściach ustroju, to jednak wszelkie zachwalane, rozpuszczające kwas moczowy środki okazują się wobec niej bezsilnymi i działania pożądanego nie spro-

wadzają. Zapatrywanie to podziela autor w zupełności i stara się wytłomaczyć, dlaczego wymienione środki nie mogą wywierać żadnego wpływu na przebieg dny.

Według GARROD'a złogi kwasu moczowego tworzą się wskutek nadmiernego wytwarzania się i zmniejszonego wydzielania tego ciała z ustroju. Znaczna zawartość kwasu moczowego we krwi chorych na dnę świadczy o wzmożonym wytwarzaniu się go; dokładny zaś rozbiór moczu przekonywa według GARROD'a o zmniejszonym wydzielaniu. Jeśli krew zawiera zbyt wiele kwasu moczowego, wówczas nadmiar wydzielony zostaje w postaci krystalicznej do tkanek i wywołuje w nich sprawy zapalne, prowadzące do zgorzeli.

Badacze późniejsi nie wykonywali badań krwi; spostrzegli jednak, że przy zapaleniu płuc i przy zapaleniu nerek mocz zawiera bardzo znaczne ilości kwasu moczowego; z drugiej strony określanie kwasu moczowego w moczu chorych na dnę zapomocą dokładnej metody LUDWIG-SALKOWSKIEGO przekonało, że zmniejszone wydzielanie wcale tu nie ma miejsca: w moczu chorych znajdowano prawidłowe ilości kwasu moczowego, niekiedy nawet nieco wyższe, niż u osobników zdrowych.

Mimo to EBSTEIN podziela w zupełności prawie pogląd GARROD'a; sądzi tylko, że nadmiernie bogata w kwas moczowy krew drażni tkanki i wywołuje w nich zapalenie i zgorzel; że dopiero do tych, uległych zgorzeli tkanek przenika kwas moczowy. Według EBSTEIN'a zatem jest zgorzel sprawą pierwotną, powstającą pod wpływem zawartego we krwi kwasu moczowego, tworzenie się złogów zaś jest sprawą wtórną.

v. NOORDEN nie uznaje wcale, że przy dnie krew zawiera nadmiar kwasu moczowego; zaprzecza on nawet istnieniu jakiegokolwiek związku kwasem moczowym krwi a dną; zgadza się on na pogląd EBSTEIN'a co do zgorzeli pierwotnej, stawia jednak hipotezę, że zgorzel powstaje wskutek działania jakiegoś zacyznu, oraz że w tkance, uległej zgorzeli, wytwarza się kwas moczowy.

Według autora zapatrywanie v. NOORDEN'a na powstawanie kwasu moczowego w uległych zgorzeli tkankach nie jest słuszne: kwas ten stanowczo wydzielany zostaje ze krwi; co do innych punktów zgadza się autor z v. NOORDEN'em w zupełności.

Aby zrozumieć należycie związek między kwasem moczowym krwi i zgorzelą tkanek, określał autor w 4 przypadkach dny metodą LUDWIG-SALKOWSKIEGO ilość kwasu moczowego we krwi. Wynosiła ona 0,044 g. — 0,915 g. (u zdrowego osobnika ilość kwasu moczowego we krwi = 0), co dowodzi, że przy dnie krew obfituje bardzo w kwas moczowy. Chcąc wykryć przyczynę tej obfitości, określał autor w 8 przypadkach dny zawartość kwasu moczowego w moczu. Wahala się ona między 0,4 g. — 1,2 g. dziennie przy jednakowym pożywieniu chorych; związku między ilością kwasu moczowego a przebiegiem dny autor nie zauważył; chorzy z małą ilością kwasu moczowego nie mieli częstszych i silniejszych napadów. Zresztą nieznaczna ilość kwasu moczowego w moczu niekoniecznie świadczy o zmniejszonym wydzielaniu; można także przypuszczać, że pewna część wytworzonego kwasu moczowego uległa przemianie w mocznik. Gdy chorych karmiono grasicą, która według spostrzeżeń WEINTRAUD'a podnosi u osobników zdrowych wydzielanie kwasu moczowego, wówczas ilość kwasu moczowego wzrastała w takim samym stopniu. Wszystko to przekonywa, że nadmiar kwasu moczowego we krwi wywołany zostaje przy dnie jedynie przez wzmożone tworzenie się tego ciała, nie zaś przez zmniejszone wydzielanie; przynajmniej do chwili, dokąd nerki są zupełnie zdrowe. Niema żadnego celu starać się o rozwiązanie pytania, jaka jest przyczyna tego nadmiernego tworzenia się kwasu moczowego, skoro sprawa powstawania ciała tego w ustroju jest dotąd jeszcze zupełnie ciemna.

Obfitość kwasu moczowego we krwi nie tłomaczy jednak wcale innych objawów dny; przy białaczce lub przewlekłych cierpieniach nerek krew zawiera również znaczną ilość kwasu moczowego, a mimo to nie występują wcale objawy dny. Okoliczność ta przeczy bardzo przyjętemu ogólnie niemal poglądowi, że przeładowanie krwi kwasem moczowym, który nie może uleść w niej całkowitemu rozpuszczeniu, wywołuje napady dny.

Wobec poglądu powyższego zrozumiałem się staje stosowanie przy dnie wszelkich środków, rozpuszczających kwas moczowy: litynu, lisydiny i t. d. Autor

z badał dokładnie rozpuszczalność kwasu moczowego we krwi i przekonał się, że 100 ctm. szśc. surowicy 3-ch zdrowych osobników rozpuszcza 0,1666 g., 0,171 g. i 0,174 g. kwasu moczowego. U chorego z moczówką cukrową, którego krew wolną była od kwasu moczowego, 100 ctm. szśc. surowicy rozpuszczało 0,1433 g. kwasu moczowego. Natomiast w 3-ch przypadkach dny rozpuszczalność wynosiła 0,126 g., 0,14 g. i 0,18 g.; w jednym zatem przypadku bogata już w kwas moczowy krew rozpuszczała ilości większe, niż krew osobnika zdrowego; w pozostałych dwóch zdolność rozpuszczania była o 25% mniejsza. Trudno zrozumieć, dlaczego kwas moczowy zostaje ze krwi strącony, skoro krew ta posiada jeszcze zdolność rozpuszczania tego ciała; przypuścić trzeba, że powinowactwo chemiczne między uległą zgorzeli tkanką i kwasem moczowym jest silniejsze, niż między tymże kwasem a surowicą krwi; kwas moczowy nie odkłada się ze krwi do tkanki, lecz zwyrodniała tkanka przyciąga go do siebie.

Przy dnie alkaliczność krwi jest wprawdzie nieco słabsza, niż zwykle, mniej jednak, niż np. przy białaczce; trudno więc upatrywać w tym fakcie przyczyny wydzielania się kwasu moczowego do tkanek.

Pojęcia dzisiejsze o dnie dają się streścić w sposób następujący. Nieznane dotąd substancje wywołują sprawy zapalne i zgorzel różnych tkanek; uległe zgorzeli tkanki posiadają zdolność przyciągania kwasu moczowego ze krwi, nim przeładowanej; powinowactwo chemiczne między zwyrodniałą tkanką i kwasem moczowym bywa niekiedy tak znaczne, że krew nie jest w stanie kwasu tego rozpuścić.

Cała zagadka dny leży w pytaniu: jaki bodziec wywołuje owe sprawy zapalne i zgorzel? Na pytanie to nieprędko zapewne zdobyć będzie można odpowiedź. Doświadczenie kliniczne uczy, że dna powstaje często pod wpływem dziedziczności, że spokojne wygodne życie i brak ruchu sprzyjają jej rozwojowi, że wreszcie dwie trucizny—alkohol i ołów—torują jej często drogę. O związku między alkoholem i dną nikt nie wątpi, co do ołowiu zdania są podzielone. Z drugiej znów strony, doświadczenie kliniczne uczy także, że bardzo często alkohol i ołów nie prowadzą dny, że dopiero przy współdziałaniu nieznanego jeszcze pierwiastku swoistego (*Gichtstoff*) rozwijają się znamienne dla dny sprawy zapalne i zgorzel. Ów pierwiastek swoisty posiada tę właściwość, że bardzo szybko po napadzie, podczas którego wykazał całą swą siłę, zostaje z ustroju wydalony. Nawet tam, gdzie zgorzel jest rozległa, a złogi kwasu moczowego znaczne, może nastąpić zupełny powrót do stanu prawidłowego. Istnieje pod tym względem duże podobieństwo między dną i przymiotem. Jak przy nim rozległe sprawy zapalne i nowotwory znikają, skoro jad swoisty zostaje zniszczony, tak i przy dnie zgorzel tkanek przestaje postępować z chwilą, kiedy krążący we krwi pierwiastek trujący zostaje z ustroju wydalony.

Do powyższego na dnę poglądu stosować należy i leczenie tego cierpienia. Nie powinno ono dążyć do rozpuszczania złogów kwasu moczowego, skoro doświadczenie uczy, że surowica krwi chorych na dnę sama tę czynność skutecznie może. Jeżeli mimo to złogi te nie znikają, winno temu zbyt silne powinowactwo między kwasem moczowym i zwyrodniałą tkanką, uniemożliwiające działanie wszelkich środków, rozpuszczających kwas moczowy.

Przy leczeniu należy przedewszystkiem starać się o położenie kresu zgorzeli tkanek, czyli o zwalczenie wywołującego ją pierwiastku swoistego. Choremu należy zalecać wszystko, co pobudza przemianę materii w ustroju: praca fizyczna, ruch, kąpiele i pielęgnowanie skóry, umiarkowane nie siedzące życie—wpływają na dnę zbawiennie, wzmagając sprawę utleniania tkanek i niszcząc ów pierwiastek trujący. Prócz tego należy tkanki należycie płukać; w tym celu zalecać trzeba dużo płynów i starać się o obfite poty. Słabo alkaliczne wody (Vichy, Bilin), w ilości 2 litrów dziennie, z dodatkiem kwasu owocowego, np. 4—8 cytryn, stanowią smaczny, chętnie przez chorych przyjmowany i skutecznie działający napój. Ciepłe kąpiele, 29°—32° R., po których chory przez godzinę pozostaje owinięty w ciepłe kołdry, najskuteczniej wywołują obfite poty. Czy kąpiele te są słone, czy nie, niema tu żadnego znaczenia; działanie kąpieli w Wiesbaden lub Teplitz nie zależy wcale od ich składu chemicznego. Mięsienie przyspiesza także przedostanie się pierwiastków szkodliwych do układu naczyniowego i wydalenie ich z ustroju.

Dyeta przy dnie powinna także pobudzać przemianę materii, unikać przeto należy nadmiaru tłuszczów i węglowodanów; 200 grm. mięsa dziennie wystarcza w zupełności, ilości większe powiększałyby zawartość kwasu moczowego we krwi. Mleko stanowi przy dnie znakomity środek odżywczy: powiększa ono ilość płynów w ustroju i nie wywiera żadnego wpływu na kwas moczowy; z tego samego względu zalecać należy wszystkie soczyste jarzyny i owoce. Grasicca, która według WEINTRAUD'a potęguje wydzielanie kwasu moczowego, nie jest w większych ilościach stosownym przy dnie pokarmem.

Leczenie dny wymaga wielkiej staranności ze strony lekarza i rozumnej pomocy ze strony samego chorego. Najlepiej jest wytlomaczyć choremu, na czeni polega jego cierpienie i jaki cel ma całe leczenie; wtedy zmieni łatwiej dotychczasowy sposób życia i nagnie się do wymagań lekarza. Faktem jest, że u wielu chorych, którzy nie odwiedzali żadnego ze znanych miejsc kąpielowych, rozsądny tryb życia; zastosowany do zaznaczonych wyżej zasad, przyniósł znaczne i trwałe polepszenie, daleko większe, niż pobyt w zachwalanych miejscach kąpielowych bez zachowywania odpowiedniej diety i sposobu życia.

(*Deutsch. medicin. Wochenschr. N. 40 1895*).

S. P.

142. L. BOUVERET. **Zanik mięśni postępowy z zanikiem mięśni języka.** Autor spostrzegł dwa przypadki zaniku mięśni postępowego w jednej rodzinie, u matki i syna. Matka, lat 42, pochodzi z ojca alkoholika, który umarł przy ciężkich objawach mózgowych. Jakkolwiek już w dzieciństwie i później dawało się spostrzegać osłabienie niektórych mięśni (m. podnoszący powieki i m. goleniowe), jednakże dopiero od lat 4 osłabienie mięśni poczęło wzrastać. Przy badaniu znaleziono: mowa zlekka nosowa; rysy twarzy słabo wyrażone; zupełne zamknięcie oczu niemożliwe. W różnym stopniu osłabienia i zaniku znajdują się: mięśnie szyi, mięśnie mostko-sutkowe, mięśnie okolicy barkowej i wiele mięśni tułowia, zginacze i rozginacze przedramienia, dwugłowy i ramieniowy wewnętrzny, wreszcie mięśnie dolnej kończyny, szczególnie na wewnętrznej i bocznej części goleni; małe mięśnie u palców rąk, niezmięnione. Z innych objawów zauważyć należy: brak odruchów kolanowych, czucie zachowane, zupełny brak drgań włókienkowatych, a także odczynu zwyrodnienia.

Syn jej, lat 22, od dzieciństwa miał twarz mało ruchomą i nigdy nie mógł oczu zupełnie zamykać; rozwój umysłowy bardzo słaby, prawie idyota; budowa niekształtna: głowa wielka, kończyny względnie do tułowia krótkie. Twarz przedstawia obraz typu myopatycznego *facio-scapulo-humeralis* LANDOUZY-DÉJERINE'a: czoło gładkie, twarz nieruchoma, niemożność zamykania oczu, wargi szerokie, wywinięte, usta zwykle nawpół otwarte. Mięśnie warg, policzków, a szczególnie czoła w stanie zaniku i osłabienia; skutkiem tego skurcze są powolne, co nadaje twarzy wyraz smutku i tępości. Mięśnie języka zajęte w znacznym stopniu: ruchy jego są możliwe, lecz bardzo słabe i powolne; na brzegach i na grzbiecie języka znajdują się głębokie bruzdy; na języku drgań włókienkowatych zauważyć nie można. Nadto w stanie mniejszego lub większego zaniku znajdują się mięśnie: szyi, mostko-sutkowe, piersiowe, deltowate, zginacze i rozginacze przedramienia. Małe mięśnie u palców rąk i dłoniowe, a także mięśnie miednicy i kończyn dolnych niezmięnione. Odruchy kolanowe zachowane, brak drgań włókienkowatych i odczynu zwyrodnienia.

Jak widzimy, w obu przypadkach początek był powolny. W zanikłych mięśniach nie było drgań włókienkowatych, ani odczynu zwyrodnienia. Zanik zajęł te grupy mięśni, które zwykle podlegają zanikowi, jakkolwiek mięśnie dłoniowe i palców rąk były wolne.

Pod względem klinicznym różnią kilka postaci, zależnie od umiejscowienia i początku zaniku, mianowicie: postać LEYDEN-MOEBIUS'a, postać ERB'a, wreszcie LANDOUZY-DÉJERINE'a. Nadto mogą być postacie przejściowe. Do takich autor zalicza pierwszy swój przypadek. W przypadku tym były zajęte mięśnie kończyn dolnych, jak w postaci LEYDEN-MOEBIUS'a; mięśnie barku i ramienia, jak w postaci ERB'a; wreszcie mięśnie twarzy były zajęte od dzieciństwa, jak to zwykle bywa w postaci LANDOUZY-DÉJERINE'a. Ze taki zanik rozsiany nie jest wyni-

kiem rozszerzenia się i rozwoju pojedynczej postaci, dowodzi fakt, że zanik obejmuje w jednakim mniej więcej i umiarkowanym stopniu różne grupy mięśniowe.

Przypadek drugi zaliczyć należy do postaci LANDOUZY-DÉJERINE'a, jakkolwiek były tu objawy niezwykle tej postaci, mianowicie udział mięśni powiek i języka. W tej bowiem postaci zanikowi podlegają z mięśni głowy tylko te, które są unerwione przez nerw twarzowy; inne, jak żwacze, mięśnie oka, języka, gardzieli i jęczyzka, są wolne. Tymczasem chory BOUYERET'a przedstawiał osłabienie mięśni powiek, a nadewszystko osłabienie i zanik mięśni języka. Wprawdzie objawy ze strony języka możnaby złożyć na karb porażenia opuszkowego, tak często wiążącego się z zanikiem mięśni postępowym. Lecz przeciwko takiemu przypuszczeniu przemawia brak drgań włókienkowatych i odczynu zwyrodnienia w języku, co stanowi objaw stały przy porażeniu opuszkowym.

Należy więc przyjąć, że w pewnych, wprawdzie rzadkich przypadkach, zanik może zajmować mięśnie, które zwykle zanikowi nie podlegają, mianowicie mięśnie powiek i języka. Niezawsze też zanik mięśni języka przy zaniku mięśni postępowym zależy od porażenia opuszkowego.

(Lyon Médical N. 39 1895).

W. Męczkowski.

143. RENÉ JACQUINET (Reims). **O przymiocie serca.** Pierwszy RICORD wspomina o przymiocie serca, VIRCHOW i LEBERT badali cierpienie to pod względem anatomo - patologicznym, a ostatnie prace LANCEREAUX'a, JULLIEN'a, MAURIAĆ'a, a szczególnie MRACEK'a poznały nas dokładnie ze stroną kliniczną i anatomo - patologiczną przymiotu serca. Przymiot serca zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet: na 30 przypadków, spostrzeganych przez JULLIEN'a, 6 przypada na kobiety, 24 na mężczyzn. Co do wieku, to najczęściej spotykano chorobę tę między 20-ym a 40-ym rokiem życia, chociaż wspominają o niej i u noworodków, jako o objawie przymiotu dziedzicznego, ale są to bardzo rzadkie przypadki. Zdaniem większości autorów, przymiot serca należy do objawów trzeciorzędnych.

Najczęściej zostaje dotknięty sprawą chorobową sam mięsień sercowy; wsierdzie i osierdzie zostają wtórnie zajęte; chociaż zdarzają się przypadki i samoistnego cierpienia tych błon.

Zacznijmy więc od przymiotu mięśnia sercowego (*sypilis myocardii*). Tu spotykamy dwie wyraźne postaci: 1) miękczaki mięśnia (*gummat. myocardii*) i 2) zapalenie włókniste (*myocarditis fibro-sclerosa*). 1) *Gummata* spotykają się w całym mięśniu sercowym, w głębi jego, najczęściej jednak, według MRACEK'a, w lewej komorze. Bywają one albo drobne i liczne, lub też pojedyncze, większe, konsystencji twardej, serowatej, koloru popielatego, lub z odcieniem żółtawym. Niektórzy autorowie (MAURIAĆ) wspominają jeszcze o miękczakach prosówkowych (*gummata milliaria*). *Gummata* sercowe niczem się nie różnią od takichże, spotykanych w innych narządach, tak pod względem morfologicznym, jak i histologicznym. Rzadko są one powodem zatoru, albowiem wsierdzie w ich sąsiedztwie grubieje i nie pozwala im, w razie ropienia, przedostawać się do jam sercowych. 2) Zapalenie włókniste (*myocarditis fibro-sclerosa*): sprawie tej podpada mięsień sercowy częściowo, rzadko na większej przestrzeni, i w tych miejscach widzimy substancję szarawą, twardą, z wciągniętymi błonami serca; najczęściej zmiany te spotyka się w komorze lewej. Według MRACEK'a sprawa ta zaczyna się w sąsiedztwie drobnych naczyń końcowych jako *periarteritis*, i wewnątrz naczyń — jako *endoarteritis*, i kończy się bujaniem tkanki łącznej; zmiany zapalne wewnątrznaczyniowe widywano i w naczyniach odżywczych serca — jako *endoarteritis art. coronariae*. Zapalenie włókniste serca pochodzenia przymiotowego różni się od takiegoż zapalenia na tle gościcowym tem, że rzadko zajmuje zastawki, co przeciwnie spotykamy często przy zapaleniu gościcowym. Od gruźliczego różni się obfitszym rozwojem tkanki łącznej i zmianami w naczyniach, których nie spostrzegamy w gruźlicy serca.

Myocarditis fibro-sclerosa wywołuje często zapalenie mięszone otaczającej, zdrowej części mięśnia z przerostem tegoż, wskutek czego powstają tętniaki serca w miejscach słabszych.

Endocarditis syphilitica. We wsierdzu rzadko spotykamy miękczaki, częściej zapalenie włókniste (*endocarditis fibrosa*) i to przeważnie w komorze lewej: ściany

zgrubiałe, nierówne, a czasami i na zastawkach powstają narośle, które mogą powodować zatory.

Na osierdziu rzadko spotykamy miękkzaki, częściej sprawa przymiotowa ujawnia się jako *pericarditis fibrosa*, ale wogóle jest to cierpienie bardzo rzadkie; często występuje jako powikłanie z zapaleniem opłucnej (*per contiguitatem*).

W przymiocie dziedzicznym serce rzadko bywa zajęte, rzadziej nawet, niż płuca. Na 150 przypadków przymiotu noworodków, tylko w 4-ch były typowe objawy przymiotu serca. I tu spotykamy go w dwóch klasycznych postaciach: jako miękkzaki i jako zapalenie włókniste.

Co się tyczy strony klinicznej tego cierpienia, to objawy występujące w okresie drugorzędnym i trzeciorzędnym są następujące: przyspieszone bicie serca (*tachycardia*), bóle w okolicy serca, często promieniujące, i duszność. Objawom tym nie towarzyszą żadne zmiany wysłuchowe, ani opukowe; częściej objawy te występują w nocy i czasami kończą się nagłą śmiercią (*angina syphilitica* w okresie trzeciorzędnym). Objawy te w okresie drugorzędnym objaśniają się trującym działaniem toksyn na nerwy serca, a w trzeciorzędnym zmianami organicznymi w naczyniach odżywczych serca (*coronaritis*). Rozpoznanie jest bardzo trudne i może być zrobione tylko w razie obecności innych objawów przymiotowych lub dokładnych wywiadów. Swoiste leczenie powinno być w takich razach zawsze stosowane, a skuteczność zależy od tego, jak daleko zaszły już zmiany w mięszu i naczyniach serca.

(*Gazette des hôpitaux*. N. 93. 1895).

Władysław Sawicki.

144. F. de QUERVAIN. **Przypadek zgorzeli kończyny po tyfusie brzuszny.** Z pośród różnych powikłań przy tyfusie brzuszny, zgorzel kończyn zaliczyć trzeba do rzadziej spotykanych. Na dwa tysiące przypadków tyfusu ze śmiertelnem zejściem, HOELSCHER ani razu nie widział zgorzeli, pomimo zakrzepu w 4-ch przypadkach tętnicy udowej.

BETKE na 1420 przypadków tyfusu brzuszego spostrzegał tylko 4 razy zgorzel palców u nóg, nigdy zaś zgorzeli całej kończyny.

W wyczerpującej pracy FERRAND'a, dającej niejako historyczny rzut oka na to powikłanie, zestawiono 23 przypadki zgorzeli kończyn, spostrzeżone przeważnie przez lekarzy francuskich. Z tej liczby 22 razy była zgorzel kończyn dolnych, raz górnych, 18 razy jednostronna i 5 razy dwustronna.

Od połowy bieżącego stulecia zaczęto szukać przyczyny i związku między istotą choroby a tem powikłaniem: zakrzep tętnicy przyznano jako przyczynę zgorzeli. Zakrzep taki tworzy się, o czem przekonano się dopiero w ostatnich czasach, przez działanie swoistego zarazka, jak w danym razie tyfusowego, wprost na ścianę tętnicy (*arteritis typhosa* — ROGER, VIDAL, RATTONE, FERRAND i t. d.).

Ponieważ teoria bakteryologiczna powstawania zakrzepu przy tyfusie nie jest jeszcze dobrze ugruntowana, przeto każdy przypadek tego rodzaju budzi interes i powinien być ogłoszony. Przypadek autora dotyczył 25 letniego mężczyzny. Przebieg tyfusu nic szczególnego nie przedstawiał. W końcu 3-go tygodnia spadek ciepłoty, a w dwa dni później chory (ciepl. 37,5^o) zaczął uskarżać się na straszny ból w prawej goleni. Stopniowo występowały: bladość, zmniejszone czucie i obniżenie ciepłoty stopy i goleni. Dół podkolanowy bardzo wrażliwy na dotyk, tętnica podkolanowa nie tętni. Na 7-y dzień ślady linii odgraniczającej na górnej (2/3) części goleni, zresztą objawy te same, tylko bóle coraz silniejsze. 16-go dnia wykonano odjęcie uda. Zdrowienie postępowało bardzo szybko. Przy badaniu kończyny odjętej znaleziono w tętnicy i żyły podkolanowej zakrzep, rozgałęziający się aż do połowy goleni, leżący w tętnicy swobodnie, na przekroju czerwony, do ścian nie przyrośnięty, w żyły zaś przeciwnie zakrzep organizowany. Tętnica, żyła i nerwy tworzą jednolity, mocny sznurek, otoczony niewielką ilością ropy. Mięszniowy ropień dochodził do połowy goleni, chełbotania przed amputacją nie było wyraźnego. Mięśnie na przekroju rozmiękczone, jakby ugotowane. Bakteryologiczne badanie płynu ropiastego wykryło niewątpliwie obecność lasecznika tyfusowego. Histologiczne badanie ścian naczyniowych dało wynik ujemny, nie znaleziono zmian żadnych. Pomimo wyniku ujemnego, co autor tłumaczy nieszczęśliwym wyborem do badania najmniej zmienionego dla oka kawałka na-

czyń, pierwotnie, wprost nie zakażonego, przyznać trzeba, że znalezienie łasecznika tyfusowego w płynie ropiastym jest tu momentem najważniejszym, zaś osłabiona *vis a tergo* i wszystko, co tłomaczy tak zwany zakrzep uwiadowy, będzie tylko momentem usposabiającym. Pierwotne zapalenie tętnicy wskutek zarazka tyfusowego, z następczym zakrzepem, i wtórne zapalenie ropne dokoła żyły najwięcej odpowiadało objawom klinicznym. Przypadek ten zaciekawia ze względu na młody wiek chorego i niezbyt ciężki przebieg tyfusu.

(*Centralblatt für innere Medicin. N. 33. 1895*).

Wł. Rodys.

145. REY. Chłonięcie i wydalanie wapna. Przed kilkoma laty RUDEL ogłosił pracę, w której, opierając się na badaniach własnych, wykazał, iż moczu dzieci krzywicowych zawiera taką samą lub nader zbliżoną ilość wapna, jak mocz dzieci zupełnie zdrowych, w razie, gdy obie kategorie dzieci są karmione w sposób jednakowy. Dowiódł nadto, iż u obu kategorii dzieci wydalanie soli wapiennych przez nerki powiększa się w sposób jednakowy w razie, gdy dzieciom, tak krzywicowym, jak i zdrowym podajemy apteczne przetwory wapienne. RUDEL wyprowadził wnioski, że chłonięcie soli wapiennych na powierzchni kiszki dokonywa się z jedną siłą u dzieci krzywicowych i u zdrowych, jakoteż że krzywicy nie można uważać za następstwo niedostatecznego chłonięcia soli wapiennych z pokarmów.

W innym szeregu doświadczeń RUDEL wykazał, że podawanie kwasów, rozpuszczających sole wapienne (HCl), powiększa wydalanie i w następstwie chłonięcie soli wapiennych,—i że naodwrot, wydalanie i chłonięcie zmniejszają się pod wpływem podawania ciał, posiadających własność strącania soli wapiennych (fosforan sodu); wreszcie, że chłonięcie soli wapiennych przez kiszki zwiększa się w razie zwolnienia ruchów robaczkowych (makowiec), a zmniejsza się w razie zwiększonych ruchów kiszki (biegunka). Nakoniec RUDEL wykazał, że stosunek soli wapiennych w masach kałowych jest zupełnie ten sam u dzieci krzywicowych i niekrzywicowych w razie, gdy dostają jednakowe pokarmy lub jednakowe środki lekarskie.

Autor powtórzył wszystkie te doświadczenia i potwierdził fakty, podane przez RUDEL'a. W pierwszej seryi doświadczeń wykazał, iż niema bezpośredniego stosunku między ilością soli wapiennych w moczu, a ilością ich w masach kałowych—w tem znaczeniu, iżby oznaczenie ilości soli wapiennych w moczu pozwalało na wyprowadzanie wniosków co do chłonięcia i wydalania tych soli przez ustrój.

W drugiej seryi doświadczeń, wykonanych na dzieciach krzywicowych, doszedł autor do wniosku, że podawanie przez żołądek pewnej soli wapiennej (octan kwaśny wapnia) sprowadza po kilku dniach powiększenie ilości wapna w moczu.

W trzeciej seryi doświadczeń zbadał autor wpływ tranu z fosforem, samego tranu i samego fosforu, na chłonięcie i wydalanie soli wapiennych u dzieci krzywicowych. Badania te wykazały, że tran z fosforem powiększa znacznie chłonięcie i wydalanie soli wapiennych i to w stopniu wyższym, aniżeli to sprawia sam tran bez fosforu; przeciwnie, sam fosfor, jak się zdaje, nie wywiera żadnego wpływu na obie te sprawy fizyologiczne.

(*Deutsch. medicin. Wochenschr. N. 35. 1895*).

W. K.

146. J. W. WHITE. Kastracya przy przeroście gruczołu krokowego.

LUTKENS. **Przypadek przerostu gruczołu krokowego, wyleczonego zapomocą kastracyi.** Jak częstem i groźnem cierpieniem jest przerost gruczołu krokowego, jest rzeczą dawno wiadomą. Leczenie cierpienia tego do ostatniej doby znajdowało się w nader opłakanym stanie.

Operacyę, zwaną *prostatotomia subpubica*, wskutek trudności technicznych, zaton po operacyi i częstych zejść śmiertelnych, zarzucono. I *prostatotomia perinealis*, operacya trudna i często przeciwwskazana, nie wzbudziła do siebie zaufania. To też z wdzięcznością przyjęto proponowaną przez ROCUM'a z Christyanii kastracyę, dla sztucznego wywołania zaniku gruczołu krokowego. Przewiązanie w tym celu *art. iliacaе internaе*, według BIER'a z Kielu, nie znalazło zwolenników. Kastracya, obecnie w tem cierpieniu wykonywana, zawsze okazuje się skuteczną, jeżeli się ściśle wskazaniami kierować. Natomiast przy ropniu, zapaleniu gruczołu krokowego, nowotworach tego ostatniego i okolicy szyjki pęcherza, jak również i w innych postaciach niedrożności cewki, wskazań do operacyi niema.

W przypadku LUTKENS'a wykonano obustronną kastrację u 65-letniego starca, cierpiącego już lat wiele. *Per rectum* wyczuwano guz wielkości jaja kurzego, który dopiero wiodni po operacji jał się szybko zmniejszać, poczynawszy od lewego płata. W 3 dni po operacji zaczął chory samowolnie oddawać mocz, od 10-go dnia przestano cewnikować. W kilka miesięcy po operacji chory zupełnie wyzdrowiał, mocz oddaje prawidłowo, gruczoł niewymacalny. Badanie drobnowidzowe jąder wykazuje brak żywych ciałek nasiennych. Dowodzi to, że usunięcie nawet zanikłych jąder zmniejsza gruczoł krokowy, w przeciwstawieniu do wpływu kastracji na mięśniaki macicy. Toteż przypuszczenie HEGAR'a, że skrzepy w naczyniach po kastracji sprządzają zanik mięśniaków, nie da się tutaj zastosować, i L. uważa, że przecięcie nerwów naczynioruchowych, idących od jąder do gruczołu krokowego, spowoduje działanie powyższe.

(*Univ. Med. Mag. Febr. i Deut. med. Wochen. N. 5. 1895*). A. Simon.

147. A. DARIER. **O możliwości widzenia własnej soczewki.** Na tegorocznym kongresie Tow. Okul. Franc. D. przedstawił cały szereg tablic, przedstawiających wygląd soczewki oka, według tego, jak się ona przedstawia przy badaniu na sobie samym. Na sposób badania wpadł jeden z jego chorych, dotknięty tworzeniem się zaćmy. W rzeczy samej nie są to wizerunki soczewki, ale cienia, jaki ona rzuca na siatkówkę. Dla otrzymania tego ciekawego zjawiska należy użyć małego źródła światła, ale dość silnego i na tyle blisko oka będącego, ażeby promienie, z niego wychodzące, po przełamaniu przez systemat dyoptryczny oka wyszły z niego jako równoległe i mogły utworzyć na siatkówce cień tych warstw, przez które przeszły. Jeżeli promienie te będą jeszcze rozbieżne, cień będzie powiększony, jeżeli zaś zbieżne, cień będzie zmniejszony. Warunków tych dopełnimy, biorąc za źródło światła płomień świecy, znajdującej się mniej więcej w odległości 5 m., a jeżeli przed okiem umieścimy soczewkę wklęsłą o sile 30—40 D., rozproszymy promienie, wychodzące z płomienia świecy, tak silnie, że pozostaną one rozbieżnymi i po przełamaniu przez systemat dyoptryczny oka. Patrząc wtedy na płomień, zamiast niego ujrzymy krążek świetlny, koloru złotawego, o wielkości i postaci, zależnej od postaci źrenicy, zwiększający się lub zmniejszający przy jej wahanach akomodacyjnych; widzieć nawet można zazębiony rąbek mięśnia tęczówki, odbijający czarno od krążka świetlnego. Przypatrując się dokładniej temu krążkowi, który właśnie jest cieniem rzucanym przez soczewkę na siatkówkę, przekonamy się, że nie przedstawia on powierzchni jednolitej, lecz ziarnistą i prążkowaną, a na niej widać różne cienie: rzęsy powieki górnej, kropelki i nitki śluzu oraz punkta świecące łyzy, komórki ciała szklistego i t. d. Tak nieznaczne nierówności, jakie wywołać możemy w nabłonku rogówki, uciskając palcem przez powiekę jej powierzchnię, dają się już spostrzegać. Łatwo więc pojąć, iż wszelkie zmiany w przezroczystości soczewki, jak np. tworzenie się zaćmy, zarówno jak i męty w ciałku szklistem odbijają się wyraźnie na cieniu. Ciekawe to spostrzeżenie nie ma znaczniejszej wartości rozpoznawczej, bo możliwe zmiany w przezroczystych częściach oka nie lekarz, ale chory jest w stanie ocenić, i dopiero, gdy inteligencja jego na to pozwala, odrysowane pokazać lekarzowi; w każdym razie jednak w specjalnych przypadkach przyczynić się może do badania rozwoju zaćmy. Optyk Arnhold w Paryżu przygotował już przyrząd, nazwany *Phakoscope*, przy pomocy którego można badać cień soczewki, nawet przy świetle dziennym.

148. GUIBERT. **Wysypka po użyciu rtęci (krwotoki skórne i śródoczne).** Autor opisuje dwa przypadki krwotoków do siatkówki i ciała szklistego po wstrzykiwaniu podskórnym dwujodku rtęci. U mężczyzny 57-letniego z wysypką skórną przymiotową, zapaleniem tęczówki i mętami ciała szklistego obu oczu, G. stosował leczenie wcieraniem szaruchy i podawaniem jodku potasu, które w krótkim czasie zmniejszyło objawy zapalne. Ponieważ jednak wzrok był ciągle upośledzony z powodu mętów ciała szklistego, w dwa miesiące po przerwaniu leczenia szaruchą zrobiono 8 wstrzyknięć dwujodku rtęci w oliwie. Nazajutrz po ósmym wstrzyknięciu chory zauważył znaczne osłabienie wzroku, szczególnie w oku prawym, i liczne plamy na rękach i nogach. Plamy te były podobne do tych, jakie bywają przy *purpura haemorrhagica*. Badanie wziernikiem ocznym wykazało powiększenie się ilości i wielkości mętów w ciałku szklistem i obecność wybroczyn krwawych

w siatkówce. Wstrzykiwań dalszych zaniechano; plamy skórne znikły w ciągu dwu tygodni, jednak upośledzenie wzroku pozostało i nadal. Drugi przypadek dotyczył chorego 50-letniego, dotkniętego przymiotowem za paleniem naczyń i siatkówki, oraz zajęciem stawu łokciowego i pięstkowego ręki prawej. Po 8-iu wstrzyknięciach podskórnych dwujodku rtęci ruchomość stawów powróciła do stanu prawidłowego, ale w dwa dni po ostatniem wstrzyknięciu wzrok oka prawego pogorszył się nagle. Wziernik wykazał wybroczyny krwawe w siatkówce i męty w ciałku szklistem. Pomimo braku plam na skórze, autor z powodu wspólności przyczyn zalicza przypadek ten do tej samej kategorii, co i poprzedni. Badanie moczu w obu przypadkach nie wykazało obecności ani białka ani cukru.
(*Bull. et Mém. de la Soc. Franç. d'Ophtalm. 1895.* B. R. G.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 października r. b.

TREŚĆ. 1) STEINHAUS—przedstawienie chorej z akromegalią. 2) JASIŃSKI — przedstawienie dziecka operowanego z powodu gruźlicy kręgów. 3) WOLKOWICZ — przedstawienie preparatu ze ściany brzusznej psa po dokonaniu skrzyżowania mięśni prostych brzucha. 4) OETUSZEWSKI—odezyt: „Trzeci przyczynek do nauki o zбочeniach mowy” oraz przedstawienie 9-io letniej dziewczynki z wyleczoną niemotą wrodzoną i dziewczynki z mową nosową

1) Kol. STEINHAUS przedstawił przypadek akromegalii. Ręce i nogi chorej były znacznie zgrubiałe i rozszerzone, lecz nie wydłużone, przyczem paznokcie w stosunku do wielkości palców niedużo, skóra na kończynach blada, mięśnie wiotkie. Twarz nieco wydłużona, nos duży, szczególnie skrzydła nosa bardzo grube i szerokie. Wargi grube; szczeka dolna wystaje. Siła wzroku w obu oczach sprowadzona do odróżniania silnego światła od ciemności. Tarcze nerwów wzrokowych w zaniku. Słuch nieco przytępiony; głos gruby. Sutki zanikłe. Początek choroby datuje się od lat 6. Choroba rozpoczęła się od utraty miesiączki, poczem stopy, dłonie i t. d. zaczęły się stopniowo powiększać. Przytępienie słuchu rozwinęło się przed kilku miesiącami. Nieco wcześniej zjawilo się osłabienie wzroku, połączone z obustronną ślepotą skroniową połowiczną, która w ciągu kilku miesięcy przeszła w zupełną prawie ślepotę (pozostało obecnie tylko ośrodkowe poczucie światła).

2) Kol. JASIŃSKI przedstawił 3 letnią dziewczynkę, która w sierpniu r. b. przywioziona została do szpitala dla dzieci. Cierpi ona oddawna na próchnienie kręgów grzbietowych. W początkach czerwca dziecko straciło zupełnie władzę w nogach. Bezład ten trwał przeszło 4 tygodnie, poczem władza zaczęła powracać, chociaż znacznie osłabienie i niechęć do chodzenia pozostały. Jednocześnie z poprawą tą powstały po obu stronach wy stających wyrostków ciernistych guzy bolesne—głębokie ropnie zimne. Zjawienie się tych ropni jednocześnie z poprawą świadczyło, że miano do czynienia ze zmianą ciśnienia naczyniowego i z obrzękiem, a nie ze zmianami patologicznymi w oponach i samym rdzeniu. Dnia 2 września J. dokonał operacji, według metody DUNCAN'a: zrobił więc cięcie w kształcie litery U, umieściwszy w płacie wszystkie części miękkie, wysięciające prawy i lewy rów okołociernisty. Ropnie J. opróżnił i wyskrobał i, aby dojść do ogniska gruźliczego, wyrezekował sposobem BOEKEL'a i VINCENT'a część żebra. Dostawszy się do śródpiersia tylnego i do jamy w trzonie kręgowym, ściśle ją wyskrobał. Gojenie następowało prawidłowo i nader szybko, tak, że po 6 tygodniach mamy wygojenie zupełne.

3) Kol. WOLKOWICZ okazał preparat z przedniej ściany brzusznej psa, u którego przed 5 miesiącami dokonał skrzyżowania mięśni prostych brzucha. Operację tę, jako nowy sposób doszczętnego leczenia przepuklin brzusznych środkowych, W. opisał na tegorocznym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. Na okazie wspomnianym widać włókna mięsne, przechodzące z jednej strony linii środkowej na drugą i krzyżujące się z drugą warstwą włókien mięsnych, przebiegających pod spodem w kierunku przeciwnym. Blizny w miejscu, gdzie płaty mięśniowo zostały zeszyte ze sobą, gołem okiem prawie że nieznać, gdyż włókna jednego mięśnia w wielu miejscach pra-

wie łączą się z włóknami drugiego mięśnia. Że podobne skrzyżowanie mięśni prostych brzucha na linii środkowej zabezpieczyć może bliźnię w smudze białej od rozciągania się, W. miał już poniekąd dowód na psie operowanym. 5-go czy też 6-go dnia po operacji, wskutek niewłaściwego obchodzenia się posługacza z psem, nitki przecięły brzożgi rany skórnej, które zupełnie się rozoszyły i na dnie rany widoczne były mięśnie proste. Pomimo tego, że rana skórna nie została ponownie zeszyta, jednakże po paru tygodniach zupełnie się zabiźniła, co zdaniem W. miejscaby nie miało, gdyby mięśnie proste na linii środkowej nie były skrzyżowane. Rana napewno by się samoistnie nie zagoiła, lecz pozostałaby otwarta i utorowałaby drogę nazewnątrż partym trzewom brzusznyim.

4) Kol. OLTUSZEWSKI wygłosił odczyt pod tytułem: „Trzeci przyczynek do nauki o zбочzeniach mowy“, który ukazał się w „Medycynie“. Oprócz tego O. przedstawił przypadek wyleczonej niemoty wrodzonej, u dziewczynki 9-letniej A. S., o której czytelnik znajdzie szczegółową wzmiankę w pomienionej pracy, oraz przypadek mowy nosowej wrodzonej, który ma zamiar poddać leczeniu, a wynik zakomunikować Towarzystwu. Przypadek ten dotyczył K. K., 13 lat liczącej. Starszy brat jej mówi zupełnie prawidłowo. Mając 7 mies., chora przebywała drgawki, trwające tydzień, i od tego czasu matka zauważyła w dziecku pewno upośledzenie sfery umysłowej, trwające prawie do lat ostatnich. Dziecko zaczęło chodzić, mając półtora roku, mówić zaś od końca drugiego roku. Mowa od samego początku była zupełnie niezrozumiała. Również bardzo wczesnie dała się zauważyć bardzo silnie wyrażona mowa nosowa. Pomienione belkotanie w ostatnich latach powoli zaczęło się zmniejszać, przechodząc w wadliwe wymawianie, mowa zaś nosowa nie uległa dotychczas żadnej zmianie. Stan obecny jest następujący: Sfera umysłowa nie przedstawia żadnych zбочzeń wybitnych. Badanie jamy nosowej - gardzielowej, oprócz niezbyt przewlekłego, żadnych zmian nie wykrywa. Podniebienie miękkie przy wydawaniu dźwięków unosi się do góry w sposób prawidłowy. Silnie wyrażony odcień nosowy uwydatnia się szczególnie przy samogłoskach i spółgłoskach syczących. Wymawianie wadliwe, biorące w tym przypadku początek z belkotania fizyologicznego, ogranicza się obecnie na wadliwym wymawianiu spółgłoski *s* i od niej pochodnych (zamiast *sz — ś, ż — ź, cz — c*), braku głosek *g* i *k* (*gamacismus*), zamianach *r — n* i *l — n*, oraz niedokładnym wymawianiu pozostałych dźwięków. Silnie wyrażona mowa nosowa, łącznie z wymawianiem wadliwym, uczyliła mowę dziewczynki prawie zupełnie niezrozumiałą.

W dyskusyi kol. MEYERSON podnosi zasługi kol. O., że zbadał i wyjaśnił patogenezę niemoty wrodzonej. Ułatwia to bardzo często otyratrze orientowanie się w przypadkach wątpliwych, gdzie można się wahać, czy dany przypadek zaliczyć do głuchoniemoty lub niemoty wrodzonej, tembardziej, że badanie słuchu u małych dzieci nieraz przedstawia wiele trudności.

Kol. RYCHLIŃSKI zaznacza postęp w szemacie podziału niemot, odnośnie do uprzednio przez kol. O. przedstawionych, i sądzi, że niomalo do tego przyczyniła się dyskusya w Towarzystwie Lekarskiem, jaka miała miejsce odnośnie do tego przedmiotu przed paru laty; mniema dalej, że belkotanie organiczne, zależne od niedowładu wieku dziecięcego, może nieraz ustępować bez leczenia.

Kol. OLTUSZEWSKI odpowiada, że na przedstawiony obecnie podział niemot, ułatwiający ich rozpoznawanie, wzmiankowana dyskusya żadnego wpływu nie miała. Uprzednio zaznaczane szematy podziału niemot wyrażały nie poglądy kol. O., lecz różnych autorów, pracujących na tej niwie; obecny zaś podział jego opiera się na własnym materiale patologicznym, jak również na badaniu psychofizjologii mowy i jej rozwoju u dzieci. Co się tyczy samodzielnego leczenia belkotania, zależnego od porażień dziecięcych, to tylko niektóre przypadki w bardzo wczesnym dzieciństwie, przy szczególnie sprzyjających warunkach, a więc przy bardzo słabym stopniu upośledzenia pamięci słownych, mogą wyrównywać się siłami przyrody; przociągające się zaś do okresu przedszkolnego, nigdy samodzielnie nie ustępują. Najlepszym dowodem tego są przypadki, przedstawione przez kol. O. w Towarzystwie Lekarskiem, między innymi w roku bieżącym, kuzyn jednego z kolegów, obecnie wyleczony, u którego belkotanie trwało aż do 9-go roku, ujemnie działając na cały rozwój umysłowy oraz uniemożliwiając rozpoczęcie nauki przedszkolnej. Potrzeba być świadkiem pracy mozolnej nad wyrabianiem u tego rodzaju dzieci brakujących dźwięków, jak również wytwarzania

czynnej pamięci słownej, zarówno ruchowej jak i słuchowej, nieodzwonnej do mowy samodzielnej, aby ani na chwilę nie wątpić o czynnej i owocnej interwencji lekarza w tym względzie.

Kol. RYCHLIŃSKI nadmienia, że są jednak przypadki bełkotania psychoruchowe- go u dorosłych, które same w bardzo krótkim czasie przechodzą; oprócz tego nie zga- dza się na oznaczanie niemoty u dzieci jako wrodzonych, czynnościowego pochodzenia, gdyż badanie drobnowidzowe w przypadkach tych zawsze mogłoby wykryć zmiany anatomiczne.

Kol. OLTUSZEWSKI odpowiada, że takiego bełkotania, o jakim kol. R. wspomina, któreby samodzielnie w krótkim czasie przechodziło, zupełnie niema; że kol. R. miał tu zapewne na myśli ostre przypadki jąkania u historyczek; gdyż bełkotanie jest wadą wieku dziecięcego i zazwyczaj samo nietylko nie przechodzi, lecz wymaga daleko usil- niejszej pracy ze strony lekarza, aniżeli niemota. Kol. O. bynajmniej nie zaprzecza, że w pewnych przypadkach — zarówno niemoty, jak i bełkotania, przyczyna organiczna odgrywa ważną rolę; ze względu jednak, że w większości tych przypadków zmian or- ganicznych w ścisłym słowa tego znaczeniu niema, sądzi, że przyjęte przez niego ter- miny: niemota wrodzona czynnościowa i bełkotanie pochodzenia czynnościowego, utrzymać nadal należy. Aby zdać sobie sprawę z tych zbieżeń, nie potrzeba badać kory mózgowej pod drobnowidzem (co zresztą w przypadkach, o których mowa, jest niemożliwe), lecz dokładnie poznać psychofiziologię mowy oraz jej rozwój u dzieci, gdyż najczęściej nieznaczne nawet upośledzenie odżywiania kory wystarcza, aby prze- szkodzić rozwojowi pamięci słownej i doprowadzić do jednej z wad, o których mowa.

Prof. BARANOWSKI sądzi, że między dyskutującymi nie zachodzi inna różnica zdań, jak nieporozumienie co do terminologii, to jest, czy dany przypadek nazywać bełkotaniem lub niemotą czynnościową lub organiczną, a z tego względu dyskusję uważa za wyczerpaną.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— F. LALESQUE i RIVIÈRE badali szkodliwość kurzu w pokojach, gdzie przez czas dłuższy przebywali suchotnicy. Zbadano do 30 pokoi w różnych domach i hotelach. Po wyprowa- dzeniu się suchotnika lub śmierci jego robiono ścisłą dezynfekcję. Dezynfekcja polegała: 1) na poddawaniu działaniu pary 120° C., w przyrządzie GENESTE'a i HERSCHAR'a — białizny, fi- ranek, dywanów, obić i t. d.; 2) na wytarciu sprzętów płótnem, zmaczanem w roztworze su- blimatu 1:1000; 3) na wymyciu podłogi, drzwi, okien, ram gorącą wodą, a następnie roztworem sublimatu 1:1000. W wyjątkowych razach kadzono siarką i rzeczy mniej cenne (zabawki, obicia) palono; meble — świeżo lakierowano. Trzeba dodać, że chorzy ściśle stosowali się do przepisów i pluli tylko do spluwaczek (DETWEI- LER'a), które wyjaławiano później ukropem. Po przeprowadzeniu szczepień na świnkach nie zdołano nigdy wywołać gruźlicy. Autorzy przychodzą do przekonania, że skoro tylko cho- rzy przestrzegają czystości i mieszkanie w po- wyższy sposób będzie odkażone, niema naj- mniejszej obawy zarażenia się gruźlicą od wdechania kurzu w pokojach po suchotnikach. (La Presse médicale 30 sierpnia).

— ROBIN w celu czasowego uśmierzenia ner- wobólów w moczówce cukrowej zaleca podczas napadu prozki: *Rp. Antipyrini, amonii bro- mati aa 0,50; cocaini muriat. 0,01; coffeini valerianici 0,02. DS.* cały proszek w czasie napadu. (La sem. méd. 1895 № 50). S. M.

— Według doświadczeń, dokonanych w kli- nice uniwersyteckiej w Palermo, okazuje się, że cynk działa bardzo dodatnio w niedokrwi- stości. Siarkan cynku w ilości 0,01—0,06 dwa razy dziennie w czasie jedzenia, już w cią- gu pierwszych dni wywoływał u zwierząt wzma- ganie się ilości hemoglobiny we krwi do pewne- go *maximum*, na którym stale się utrzymywała. Okazuje się z powyższego, że cynk może sku- tecznie zastąpić żelazo. (Univ. med. Magaz. T. VII. 1895). S. M.

— FISCHER ogłosił 4 typowe przypadki roz- miękczenia kości u kobiet, które leczył tran- nem z fosforem oraz kąpielami słonemi. Są- dząc z otrzymanych przez autora wyników le- czenia, wnioskowaliby można o swoistem nie- mal działaniu tranu z fosforem w omawianej chorobie, gdyż po kilku tygodniach następowała poprawa, a po kilku miesiącach wyleczenie. Autor stosuje fosfor w znacznych dawkach gdyż 0,04 na 100,0 tranu po jednej do 2-ch ły-

żek stołowych dziennie bez przerwy. (Prag. med. Woch. № 36 1895). J. P.

= Związek pomiędzy miesiączkowaniem i zapaleniem gardzieli klinicznie był rozpatrywany jeszcze za czasów Trousseau, lecz dotąd nie były robione badania bakteriologiczne. Dopiero d-r Petit badał naloty na ścianach gardzieli i migdałków w 12 przypadkach i wszędzie znalazł albo paciorkowce same, albo razem z gronkowcami białymi i złocistymi. Przyczynę zapalenia gardzieli podczas miesiączkowania autor upatruje w tych zmianach błony śluzowej, które mają miejsce pod wpływem zmian w krążeniu. W końcu autor robi następujące wnioski: 1) zapalenie gardzieli podczas miesiączkowania zależne jest od paciorkowców; 2) zwykle zapalenia takie mają przebieg łagodny, lecz czasem dołącza się ropienie lub róża; 3) dlatego kobiety podczas miesiączkowania winny szczególnie strzedz się zarażenia i oprócz zachowywania zwykłych warunków czystości, nosić na narządach płciowych opaski oraz zwracać baczną uwagę na częste płukanie gardzieli. (Arch. de tocol. et gynéc., lipiec 1895).

S. M.

= TREUPEL, opierając się na doświadczeniach swych nad psami, radzi zachowywać wielką ostrożność przy stosowaniu cytrofenu, który BENARIO zaleca, jako *antipyreticum* i *antineuralgicum*. Wydzielający się z cytrofenu para-amido-fenol działa trująco na krew, przewód pokarmowy i nerki; krew staje się ciemną, w nerkach T. spostrzegł zapalenie ostre, a ze strony przewodu pokarmowego silne i długotrwałe wymioty. Dlatego też T. radzi stosować małe dawki i w dłuższych odstępach czasu. (Deut. medicin. Wochenschr. 15 sierpnia 1895).

W. M.

= H. SURMONT i VEZMERSCH (Lille) badając weratrol (dwumetylowy eter pirokatechiny: C⁸ H¹⁰ O²), przyszli do przekonania, że posiada on własności przeciwnie, względem niektórych drobnoustrojów, jak cholerycznych, tyfusu brzuszego i błoniczych. Działanie jego na gronkowca złocistego i cholere jest znacznie słabsze. Jeżeli płwocinę suchotników skłócić z weratrolom i zastrzyknąć zwierzętom, to umierają one znacznie później (40 dni) od zwierząt, użytych do kontroli. Weratrol rozpuszcza się w alkoholu, eterze i tłuszczach. Wodny 1% roztwór weratrolu otrzymuje się po uprzednim rozpuszczeniu w 2 ctm. sz. 95% alkoholu. Wchłania się bardzo szybko przez narządy oddechowe, trawienia, przez skórę i z pod tkanki podskórnej; wydziela się przez płuca, błonę śluzową żołąd-

ka i kiszek i nerki. W małych dawkach wywołuje odurzenie i chód chwiejny; w większych — sprowadza śpiączkę u zwierząt, przyspiesza oddech, obniża ciśnienie krwi i ciepłotę. Przy wycieraniu skóry weratrolom u zwierząt gorączkujących ciepłota spada niezależnie od działania na nerwy obwodowe. (La Semaine médicale 31 lipca).

= ALZHEIMER zebrał w literaturze, począwszy od 1877 roku, 40 przypadków porażenia postępowego w młodym wieku. Jak się okazało, wpływ przyczynowy przymiotu na powstawanie porażenia w tym wieku jest jeszcze większy, niż u dorosłych. Z 35 przypadków, w których były zupełnie pewne dane wywiadowe, w 27 można było stwierdzić związek paraliżu z poprzedzającym przymiotem; w pozostałych przypadkach zarażenie przymiotem było tylko prawdopodobne. Z wyjątkiem 4 przypadków przymiotu nabytego, w innych był odziedziczony. Choroba jednak często zdarza się tak pośród mężczyzn, jak i kobiet. W większości przypadków choroba trwała 4 lata. Pod względem klinicznym choroba przebiegała w postaci postępującego ośpienia umysłowego bez hallucynacji; często jednak zdarzają się napady apoplektyczne i porażenia połowiczne. (Neurolog. Centralblatt 15 X. 1894). W. M.

= Chloral w roztworze wodnym drażni błonę śluzową kiszek. Nie należy więc go używać w tej postaci do lawatyw. Natomiast można zalecić w takiej postaci: *chlorali hydrat.* 2,0; mleka 125,0; żółtka z jaja kurzego № 1. W przypadkach eklampsji dawkę chloralu należy powiększyć do 4,0. Pamiętać należy, aby przed lawatywą leczniczą dać lawatywę wypróżniającą z wody ciepłej. (La Praticien N. 9. 1895).

= HAVILAND na podstawie wieloletnich spostrzeżeń, twierdzi, że choroby rakowate spotykają się głównie wśród ludzi, zamieszkałych na wybrzeżu rzek, które corocznie wylewają. Wybitne dowody pod tym względem przedstawiają niektóre miejscowości wzdłuż rzek Tamizy, Sewernu i innych, gdzie znajdują się całe domy „rakowate“, w których choroba ta stale panuje. (The provine. medic. Journal 1 czerwca).

= FRITZ-BASENAU wykonał szereg doświadczeń w celu sprawdzenia twierdzenia Hessego i innych, jakoby mleko surowe posiadało własność zabijania laseczników cholerycznych. Doświadczenia dały wyniki ujemne, skutkiem czego autor występuje przeciwko zalecaniu mleka surowego, jako środka zapobiegawczego i leczniczego w cholere. (Archiv für Hygiene. XXIII). W. M.

Szpital chirurgiczny i ginekologiczny

D-ra Solmana

Warszawa. Aleja Szucha N-r 9.

Pobyty i leczenie w pokojach oddzielnych od Rs. 2—4, na salach wspólnych Rs. 1 kop. 50.
Ambulatoryjum chirurgiczne i ginekologiczne codziennie od 12—1. Oplata za poradę wynosi kop. 5.
Blizszych informacyi udziela D-r Solman, Widok 23 od 5—6 p. p.

TRANY LEKARSKIE

OLIWA NICEJSKA

świeżo nadeszły do Składu materiałów aptecznych

URBANOWICZ i RÓŻYCKI

Krakowskie-Przedmieście № 17.

Polecamy także:

Wszelkie środki dezynfekcyjne.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składach fabrycznych

J. J O D E O W S K I E G O

Marszałkowska 137 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52—15

Nowe katalogi
ilustrowane franco.

ocrotu urezaczyni

Dla kaszlących i osłabionych:

SŁODOWY EKSTRAKT i KARMELKI „LELIWA“

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

15—2

KUKSZ & LUEDTKE

Warszawa, Bielańska Nr. 5.

DOSTAWCY DLA KLINIK i SZPITALI

w KRÓLESTWIE POLSKIEM

HURTOWY I DETALICZNY SKŁAD

wszelkich wyrobów gumowych chirurgicznych

i środków opatrunkowych,

polecają

uwadze Szanownych Panów Doktorów:

Jedwab i Catgut aseptyczny karbolizowany

D-ra Vömel

we flakonach hermetycznie zamkniętych

Ceny niskie.

Prawdziwe Pastyłki

VICHY

są

PASTILLES VICHY-ÉTAT

sprzedają się w pudełkach
metalicznych opieczętowane.
WYMAGAĆ NALEŻY STEMPEL
RZĄDOWY

sprzedaż w głównych aptekach.
PORA KĄPIELOWA

od 15 Maja do 30 Września.

Nerwi
na Rivierze

D-r Weissenberg-Kołobrz

D-r A. Żurakowski

wykonywa w swej pracowni (Wspólna 33) r
biory chemiczne i mikroskopowe wydzie
patologicznych.

W pierwszych dniach Listopada opuści prasę:

KALENDARZ LEKARSKI

J. Polaka

na rok 1896

którego treść składają:

Kalendarz i notatnik na r. 1896. Listy lekarzy starannie skorygowane. Skład osobisty wydziału k. Uniwersytetu, urzędu lek., adresy aptek, lecznic, akuszerok i felozerów. Taksa aptekarska. Spis dawek i dawek. Metrologja. Ratownictwo. Rozpuszczalność leków, ilość kropel w granie i skrupulo, wkwowanie wstrzykiwań podskórnych, najwyższe dawki leków silnie działających. Daty dotyczące zrostu i ciężaru ciała u noworodków oraz u dzieci i dorosłych, mężczyzn i kobiet. Obliczenia powio-techni ciała, cyfry odnoszące się do składu i funkcyi różnych narządów i inne dane liczbowe z fizjologii patologii. O leczeniu błonicy surowicą. Badanie chorób usznych.

Cena kalendarza w ozdobnej oprawie wynosi rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 40. Można wyisywać za zaliczeniem pocztowem. Do nabycia będzie w redakcyi „Zdrowia“, (Ś-to Krzyżka 25) w księgarniach. Wypisywać można za pośrednictwem „Medycyny“.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie

rozpoczęło wydawać:

SERYĘ II-gą

ROZPRAW Z ZAKRESU MEDYCyny PRAKTYCZNEJ.

Dotąd wyszły:

- Zeszyt I. „O dziedziczeniu kiły“, przez D-ra E. Fingera, docenta chorób wenerycznych w Wiedniu, Cena 25 ct.
 Zeszyt II. „O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucny“, przez doc. D-ra R. Trzebieckiego. Cena 80 ct.
 Zeszyt III. „O marskości płuc“, przez D-ra Biegańskiego. Cena 40 ct.
 Zeszyt IV. „Antyseptyka i aseptyka“, przez D-ra Bogdanika. Cena 25 ct.
 Zeszyt V. „O sposobach badania lic sądowo lekarskich“, przez D-ra E. Wachholza.
 Zeszyt VI. „O leczeniu biegunki przewlekłej“, przez Prof. D-ra W. Jaworskiego.
 Zeszyt VII. „Zapalenie sympatyczne oka“, monografia kliniczna przez D-ra F. Sroczyńskiego.

Wkrótce wyjdą dalsze zeszyty Seryi II-iej.

Cena całej seryi II (20 ark. druku) 3 złr.

Nabyć można we wszystkich księgarniach krajowych i zagranicznych, oraz w Administracyi Wydawnictwa u D-ra Surzyckiego (Kraków Florjańska 13). 0—2

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

POZNAŃSKIEGO

wychodzi od trzech lat na początku każdego miesiąca w Poznaniu

staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO

składającego się

z D-rów Chłapowskiego, Koehlera, Świderskiego, Święcickiego, Wicherkiewicza, Zielewicz z Poznania i D-ra Szumana z Torunia.

Przedpłatę przyjmują: Drukarnia nakładowa Nowin lekarskich Fr. Chocieszyński ulica Wodna 15, w Poznaniu, księgarnie: Krzyżanowskiego w Krakowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie, jako też wszystkie urzędy pocztowe cesarstwa Niemieckiego.

PRZEDPŁATA WYNOŚI rocznie: w Niemczech 10 m. (z przes. 12 m.), w Austrii 6 złr. (z przes. 7 złr.), w Królestwie Polskiem i Cesarstwie 5 rs. (z przes. 6 rs.), we Francyi 12 fr. (z przes. 15 fr.); półrocznie: w Niemczech 5 m. (z przes. 6 m) w Austrii 3 złr. (z przes. 3,50 złr.), w Królestwie Polskiem i Cesarstwie 2,50 rs. (z przes. 3 rs.), we Francyi 6 fr. (z przes. 7,50 fr.)