

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu**

Villa Possenhofen.

6—1

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkim wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w *Wiedniu*, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kyżego*, *D-ra Zaleskiego w Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—1

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Czerwcem 1883 r.

nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO.

Dzieło zawierać będzie około 54 arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

0—6

Plaster Thapsia

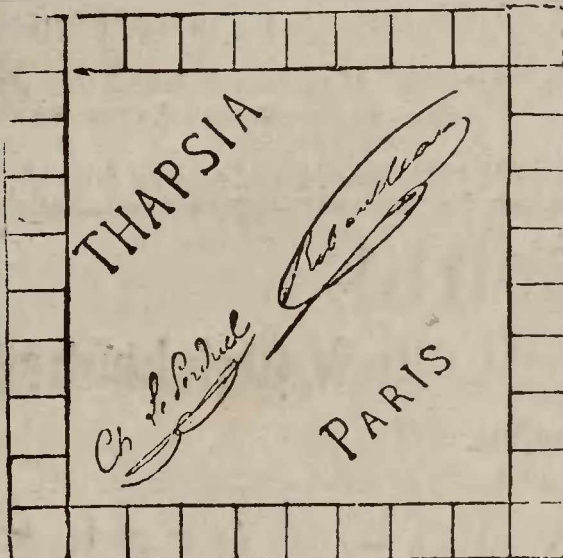
LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekań słusznie zarzu-
canych plastram naśladującym Thapsia
Le Perdiel-Rebouleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiossa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,
Ziemińskiego i Lilpoya.

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMACNIAJĄCA
zawierająca

Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodowy

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie

odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw

*Bezkrwistości, Skrofulom,
Diabetis, Gorączce Peryodycznej*

Chorobom skórny i organów oddechowych

Sezon kuracyjny

OD 25 MAJA DO 25 WRZEŚNIA.

CHLORAL

W PERELKACH LIMOUSIN'A

Chloral w perelkach Limousin'a jest za-
warty w eukrowanej skorupce, co mu nadaje
pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cu-
kierków zawiera w sobie 25 centygrammów
czystego i skryzalizowanego chloralu. Zaży-
ty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dła-
wienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego
smaku, jaki posiada woda chloralu rozpu-
szczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim wa-
runkom ścisłości a sprawdzenie czystości pro-
duktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera
wpływ uspakajający i sprowadza sen. Każdy
flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków,
które mają po 25 centigram. najczystszego
wodanu chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje
się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue
Blanche, w Rosyji we wszystkich główniej-
szych aptekach, i składach materiałów aptecz-
nych.

PRZECIW Katarom, Grypie, Za- paleniu oskrzeli, Sirop

i Pate pectorale de Nafé, Delangre-
nier'a z Paryża posiadają skuteczność
pewną i sprawdzoną przez Członków
Francuskiej Akademii Medycznej; nie-
zawierając w sobie ani Opium, ani Mor-
fyny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy
dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem
albo Kokluszem.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.

DRAGEES MEYNET
D'EXTRAIT
DE FOIE DE MORUE

Pigułki Meynet
z Ekstraktu

Tranu Rybiego.

Zatwierdzone przez

Paryzką Akade-

miję Medyczną. Zalecane przez wszystkich le-
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.



Pigułki Meynet sprze-
dają się w pudełkach albo
we flakonach. Wyma-
gać na etykiecie znak fa-
oryczny, jak obok, i pod-
pis G. Meynet, niebies-
kim atramentem.

Skład Hurtowy: A. Fourny,
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego władu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*). — II. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1883. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* 16. Fleischlen. (Berlin). O pewnym cierpieniu nerek, spowodowanym przez ciężę i poród. (Dokończenie). — 17. Ollier. O wypitowaniu łokcia. — 18. W. Filehne. Dalsze badania nad kairyną i ciałami do niej podobnemi. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego władu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*).

Podał D-r med. **Alfred Sokołowski**
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

W czasie mojej dwuletniej działalności lekarskiej w Zakładzie leczniczym Nałęczowskim spostrzegałem 20 przypadków przewlekłego władu rdzenia kręgowego; jeśli do tego dodać 3 przypadki spostrzegane ostatnimi czasy na moim oddziale w szpitalu Ś-go Ducha, będziemy mieli razem 23 dokładnych spostrzeżeń cierpienia, o którym mowa. Występując z pracą opartą na tak małej stosunkowo ilości spostrzeżeń, czynię to głównie dla dwóch powodów: 1) Na ostatnim międzynarodowym Zjeździe Lekarskim w Londynie (w Lipcu 1881 r.) odbywały się niezwykle ważne i ciekawe rozprawy dotyczące przyczyn władu. Po wymianie najrozmaitszych zdań i poglądów, Erb, promotor owej dyskusji, zawnioskował, że przedmiot tak sporny da się z czasem tylko w ten sposób w należytem świetle postawić, jeśli lekarze różnych krajów ogłaszać będą dokładne i ściśle statystyki danej choroby. Otóż, czyniąc dzisiaj pod tym względem początek, sądzę, że wkrótce, idąc za moim przykładem, koledzy specjaliści nerwopatologowie, mający w rozporządzeniu swoim daleko obszerniejszy niż ja materiały, pośpieszą ogłosić odpowiednie dane. Toż samo stosuje się do lekarzy zakładów wodoleczniczych i kąpielowych, gdzie rok rocznie ogromna ilość tego rodzaju chorych szuka ulgi w swoim dolegliwym cierpieniu. 2) W pracy mojej zwracam głównie uwagę na pierwszą grupę objawów, pozwalających na wczesne rozpoznanie w mowie będącej choroby, co ze względu na wyniki dodatnie leczenia we wczesnych okresach choroby posiada pod względem praktycznym wysoką doniosłość. Tym sposobem pracę swoją poświęcam głównie lekarzom praktykom, nie mającym ani możności ani czasu czytać najnowszych prac, głównie ogłaszanych za granicą, a dotyczących w mowie będącej choroby. Lekarze specjaliści w pracy niniejszej nie znajdą dla siebie nic nowego, ani ciekawego.

Streszczenie wszystkich spostrzeżeń znajdzie czytelnik w załączonej tablicy:

№ bieżący.	Zajęcie.	Wiek	Od ilu lat trwają objawy choroby.	Przyczyny.	Stan wzroku.	Bóle.	Zaburzenia czuciowe.
1	Urzędnik.	39	10 lat.	Wyraźny moment dziedziczny; ojciec i matka dotknięci wiałem rdzenia.	Prawidłowy.	Bóle w nogach umiarkowanego natężenia.	Osłabienie czucia w dolnych kończynach
2	Felezer.	48	8 lat.	Zupełnie niewiadome (<i>pollutiones?</i>).	Prawidłowy.	Silne bóle w krzyżu i nogach.	Czucie prawidłowe.
3	Adwokat.	42	6 lat.	Przymiotnica przed 12 laty z wyraźnymi objawami następczemi.	<i>Atrophia nervi optici dextri completa, sinistri incompleta.</i>	Od czasu do czasu silne strzelające bóle w obu nogach; bóle opasujące.	Czucie w dolnych kończynach osłabione.
4	Adwokat.	42	6 lat.	Przymiotnica przed 10 laty z wyraźnymi objawami następczemi.	Prawidłowy.	Od 2-eh lat bóle latające po całym ciele, głównie w nogach.	Czucie zupełnie prawidłowe.
5	Aptekarz.	35	1½ roku.	Przymiotnica przed 12 laty bez objawów następczych; chory jako powód podaje silne zaziębienie na polowaniu.	Prawidłowy.	Od roku bóle powyżej kolan.	Czucie zupełnie prawidłowe.
6	Gospodarz wiejski.	40	12 lat.	Przymiotnica przed 20 laty bez objawów następczych.	Prawidłowy.	Od 12 lat bóle latające w nogach.	Czucie i bolesność znacznie osłabione.
7	Gospodarz wiejski.	48	6 lat.	Przymiotnica przed 20 laty z objawami następczemi.	Prawidłowy.	Od 6 lat bóle głównie w nogach i krzyżu.	?
8	Gospodarz wiejski.	37	10 lat.	<i>Abusus in Baccho et in Venere.</i>	Prawidłowy.	Od 10 lat bóle latające głównie w nogach.	Niczulość i bezbolesność (<i>analgesia</i>) w nogach.
9	Urzędnik.	42	11 lat.	Przymiotnica przed 18 laty bez objawów następczych; leczenie rękociowe.	Osłabiony, rozszerzenie jednej źrenicy.	Od 4-eh lat silne, szczególnie w nogach.	Znaczne osłabienie czucia w nogach.
10	Kupiec.	45	3 lata.	Przymiotnica przed 14 laty; czy były objawy następcze niewiadomo.	Prawidłowy.	Od 3-eh lat niezwykle silne klujące szczególnie w nogach.	?
11	Student.	21	1½ roku.	Samogwałt. Nadużycia płciowe.	Prawidłowy, lecz źrenica rozszerzona.	Od kilka miesięcy nieznośne bóle przemijające.	Czucie prawidłowe.

Odruch kolanowy.	Stan pęcherza i odbyticy.	Zaburzenia ruchowe.	Popęd pleiowy.	Leczenie i jego wynik.	UWAGI. Pierwotny objaw choroby.
Zniesiony.	Oddawanie moczu prawidłowe. Zastwardzenie nieznaczne.	Bezład w nogach w wysokim stopniu, chory wstać nie może; nieznaczny bezład w kończynach górnych.	Oslabiony.	Strumień galwaniczny, hydroterapija. Poprawa bezładu w rękach, bóle mniejsze.	Oslabienie nóg bezład.
Oslabiony.	Oddawanie moczu prawidłowe. Zastwardzenie silne.	Bezład nieznaczny; siła mięśniowa znacznie zmniejszona.	Oslabiony; częste zmazania.	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle.
Zniesiony.	Oddawanie moczu utrudnione. Silne zastwardzenie.	Bezład tylko przy zamknięciu oczu; chód prawidłowy. tylko łatwe męczenie się, osłabienie w nogach.	Oslabiony.	Hydroterapija. Nieznaczna poprawa.	Pierwotnym objawem było osłabienie wzroku; poprzedziło ono o 6 lat inne objawy.
Zniesiony.	Oddawanie moczu utrudnione. Lekkie zastwardzenie.	Bezładu wcale nie ma nawet przy zamknięciu oczu, siła w nogach dobra.	?	Hydroterapija. Bez poprawy.	Pierwotny objaw zaburzenia w pęcherzu na 4 lata przed bólami.
Zniesiony.	Oddawanie moczu utrudnione. Silne zaparcie stolca.	Bezład wysokiego stopnia. Nieznaczny bezład kończyn dolnych.	?	Hydroterapija. Strumień stały. Poprawa.	Pierwotny objaw osłabienie nóg.
Zniesiony.	Lekkie utrudnienie w oddawaniu moczu; oddawanie kału prawidłowe.	Bezład w nogach w wysokim stopniu, lekki bezład w kończynach górnych.	Wzmoczony częste erekcyjne i zmazania.	Hydroterapija. Strumień stały. Poprawa.	Pierwotny objaw bóle.
Zniesiony.	Lekkie trudności w oddawaniu moczu. Stolec prawidłowy.	Bezład w nogach dosyć znaczny, szczególnie przy zamknięciu oczu.	Nieco wzmoczony. Zmazania.	Hydroterapija. Poprawa.	Pierwotny objaw bóle.
Oslabiony.	Mokrzyenie prawidłowe. Lekkie zaparcie.	Nieznaczny bezład przy zamknięciu oczu.	Niedoleżstwo (<i>impotentia</i>).	Hydroterapija. Poprawa.	Pierwotny objaw bóle.
Zniesiony.	Mokrzyenie utrudnione. Stolec prawidł.	Bezład w nogach w wysokim stopniu, chory bez pomocy iść nie może.	?	Hydroterapija. Galwanizacyja. Poprawa nieznaczna.	Zaburzenia wzroku na 7 lat przed bólami.
Zupełnie zniesiony.	Mokrzyenie utrudnione. Stolec zaparty.	Bezład tylko przy zamknięciu oczu; siły w nogach dobre.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Galwanizacyja. Bez poprawy.	Bóle.
Zniesiony.	Niemożliwość utrzymania moczu. Zaparcie.	Bezładu wcale nie ma przy zamknięciu oczu, chód prawidłowy.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Galwanizacyja. Bez poprawy.	Niemożliwość utrzymania moczu.

№ bieżący.	Zajęcie.	Wiek	Od ilu lat trwają objawy choroby.	Przyczyny.	Stan wzroku.	Bóle.	Zaburzenia czuciowe.
12	Gospodarz wiejski.	41	18 lat.	Wilgoć, więzienie kilkomiesięczne w wilgotnych kazamatach.	Prawidłowy.	Niezbyt silne (darcie) w nogach głównie.	Czucie prawidłowe.
13	Urzędnik.	61	3 lata.	?	Obustronna prawie zupełna amaurosis. Zanik nerwu wzrokowego.	Od kilku miesięcy bóle nieznaczne kłójące w nogach.	Czucie prawidłowe.
14	Urzędnik.	42	10 lat.	?	Amaurosis jednostronna zupełna, poczynająca się w drugim oku.	Od kilku lat nieznaczne.	Czucie prawidłowe.
15	Major.	59	Od kilku lat.	? <i>Abusus in Baccho et in Venere (?)</i>	Prawidłowy.	Nieznaczne w nogach.	Czucie prawidłowe.
16	Urzędnik.	41	Od 10 lat.	?	Prawidłowy.	Nieznaczne, głównie w nogach.	Czucie nieco osłabione.
17	Urzędnik.	43	7 lat.	Samogwałt.	Prawidłowy.	Od roku bóle latające w nogach.	Czucie osłabione w nogach.
18	Urzędnik.	42	5 lat.	Przymiot przed 18 laty były objawy następeze.	Oslabienie wzroku od kilku lat.	Od 5-ciu lat bóle kłójące w nogach.	Czucie znacznie osłabione.
19	Kobieta zamężna.	29	8 lat.	?	<i>Paresis oculomotoria sinistra.</i>	Od 8 lat bóle latające w nogach i rękach.	Czucie zupełnie prawidłowe.
20	Panna.	22	Od kilku mies.	Dziedziczność. Samogwałt.	Prawidłowy.	Od kilku miesięcy bóle głównie na przebiegu nerwów w nogach i rękach.	Czucie prawidłowe.
21	Gospodarz wiejski.	42	5 lat	Silne wzruszenia moralne.	Przemijające osłabienie od pół roku.	Od 5 lat bóle w klatce piersiowej (<i>angina</i>), od 3 lat bóle w nogach (darcie).	Czucie prawidłowe.
22	Urzędnik.	33	10 lat.	Przed 7 laty <i>ulcus venereum</i> ; przed 3 laty znowu owrzodzenie; objawów wtórnych nie było.	Prawidłowy.	Od 4 lat bóle kłójące głównie pod postacią <i>ischias</i> .	Czucie prawidłowe.
23	Kobieta niezamężna, służąca.	40	4 lata.	Po silnym przestrawu, (napadnięta przez psa jakoby wściekłego).	Prawidłowy.	Od 3 lat bóle kłójące w różnych częściach ciała, szczególnie w nogach.	Czucie osłabione.

Odruch kolanowy.	Stan pęcherza i odbytnicy.	Zaburzenia ruchowe.	Popęd płciowy.	Leeczenie i jego wynik.	UWAGI. Pierwotny objaw choroby.
Zmniejszony.	Prawidłowy.	Lekki bezład, przy zamknięciu oczu; wyraźne osłabienie siły w nogach.	Zmazania. Niedoleństwo (<i>impotentia</i>)	Hydroterapija. Galwanizacyja. Poprawa.	Oslabienie siły w nogach.
Zniesiony.	Prawidłowy.	Bezładu nawet przy zamknięciu oczu nie ma, osłabienie siły mięśniowej w nogach.	Zmazania.	Hydroterapija. Galwanizacyja. Bez poprawy.	<i>Amaurosis.</i>
Zniesiony.	Prawidłowy. Zatwardzenie.	Nieznaczny bezład; przy zamknięciu oczu wyraźniejszy.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Poprawa.	<i>Amaurosis.</i>
Oslabiony.	Oddawanie moczu prawidłowe; zatwardzenie.	Bezład głównie przy zamknięciu oczu.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Poprawa.	Oslabienie nóg i bezład.
Oslabiony w jednym; zniesiony w drugim kolanie.	Prawidłowy.	Bezład nieznaczny, tylko przy zamknięciu oczu wyraźniejszy.	Oslabiony.	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle.
Zniesiony.	Oddawanie moczu znacznie utrudnione zatwardzenie silne.	Bezład występuje wyraźnie przy zamknięciu oczu.	Niedoleństwo (<i>impotentia</i>).	Hydroterapija. Bez poprawy.	Zaburzenia w pęcherzu.
Zniesiony.	Oddawanie moczu nieco utrudnione. Stolec zaparty.	Bezładu nawet przy zamknięciu oczu nie ma.	Oslabiony.	Hydroterapija. Strumień stały. Poprawa.	Bóle.
Prawie zniesiony	Niemожność utrzymania moczu od 8 lat. Stolec prawidłowy.	Bezład umiarkowany przy zamknięciu oczu; głównie osłabienie siły w nogach	—	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle; niemożność utrzymania moczu.
Zupełnie zniesiony.	<i>Incontinentia</i> od kilku miesięcy. Stolec prawidłowy.	Bezładu niema.	—	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle i <i>incontinentia</i> jednocześnie.
Zupełnie zachowany (!)	Nieznaczne osłabienie w mokrzeniu. Zatwardzenie silne.	Bezład nóg w wysokim stopniu.	Niedoleństwo (<i>impotentia</i>).	Hydroterapija. Poprawa.	<i>Angina pectoris</i> od trzech lat; niezwykle silne swędzenie ciała.
Zniesiony.	Mokrzyenie utrudnione. Zatwardzenie dosyć silne.	Bezład w wysokim stopniu, osłabienie siły w nogach.	Popęd płciowy zachowany, zmazania.	Hydroterapija kąpiele solankowe, rtęciowe; bez poprawy.	Pierwszy objaw utrudnione mokrzyenie; w przebiegu napady t. z. <i>crise laryngeenne</i> .
Znacznie zmniejszony.	Mokrzyenie prawidłowe. Zatwardzenie.	Bezład w wysokim stopniu, osłabienie znaczne siły mięśniowej w nogach.	—	Strumień stały. Kąpiele zimne. Poprawa.	Pierwszym objawem było osłabienie siły w nogach; z czasem rozwinęło się cierpienie stawów.

1) Liczba spostrzeganych przypadków:

u mężczyzn	20	} razem 23 czyli 13% ogólnej liczby, czyli 1:7.
u kobiet	3	

Stosunek ten jest mniej więcej podobny do stosunku, podanego przez Erb'a 1:8 i Steinthal'a 1:7, z którego widać, że choroba przeważa znacznie u osobników płci męskiej, gdyż jak Erb twierdzi są oni bardziej wystawieni na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

2) Pod względem zajęcia było:

urzędników	8	} z tych 2 tylko posiadało zajęcie biurowe; inni byli to urzędnicy kolejowi, lub komisowi, jeden pocztowy, słowem tacy, którzy narażeni byli na wpływy atmosferyczne; do tej samej kategorii zaliczyć należy i następującą grupę t. j.
gospodarzy	5	
adwokatów	2	} Słowem na 23 osobników mieliśmy 17 takich, których zajęcie wystawiało na silne zmiany atmosferyczne.
felczer	1	
wojskowy	1	
służąca	1	
kupiec	1	
student	1	
aptekarz	1	
kobiet z klasy zamożnej	2	

3) Co do wieku mieliśmy:

między 20—30 rokiem	3	przypadki
„ 30—40	4	„
„ 40—50	14	„
„ 50—60	2	„

Odpowiada to statystyce innych autorów, którzy zgadzają się, że choroba jest najczęstszą między 40—50; i tak na 162 przypadki Cyo'n'a 63 przypadki było między 40—50 rokiem.

4) Przyczyny wiądu były przedmiotem bardzo szczegółowych badań tem bardziej, że mieliśmy do czynienia przeważnie z ludźmi inteligentnymi, dokładnie się spostrzegającymi, którzy byli w stanie najszczegółowiej nas o całej swej anamnezie objaśnić i tak znaleźliśmy:

a) u 4-ech chorych najzupełniejszy brak jakiegokolwiek momentu przyczynowego, (ani zaziębienie, ani nadużycia i t. p. przyczyny wykazać się nie dały pomimo troskliwego badania w tym kierunku).

b) u 2-óch znaleźliśmy wyraźną dziedziczność; w jednym przypadku matka 25-letniej chorej dotknięta była tem samym co i ona cierpieniem, a u innego chorego ojciec, oraz brat młodszy przedstawiali wyraźne objawy wiądu. Ten ostatni chory dotknięty był obok daleko posuniętego bezładu w kończynach dolnych, również dosyć znacznie posuniętym bezładem kończyn górnych, przypominał on więc formę bezładu dziedzicznego, opisaną tak klasycznie przez

Friedreich'a. U chorej zaś, u której była również wyraźną dziedziczność, mieliśmy do czynienia z formą zupełnie poczynającą się (szczegółowo będzie opisany ten przypadek jeszcze poniżej), gdzie nawet jeszcze bezład w kończynach dolnych nie ujawnił się.

c) u 2-óch chorych w etjologii był wyraźnie zaznaczony moment psychiczny. I tak, w jednym przypadku chory zupełnie zdrowy był przedtem; zahartowany na wpływy atmosferyczne, pędzący życie regularne i umiarkowane, po doznaniu w ciągu kilku miesięcy silnych moralnych wzruszeń natury przynębiającej zaczął chudnąć, a jednocześnie poczuł pierwsze objawy choroby.

W drugim przypadku, dotyczącym 40-letniej kobiety, mieliśmy również wyraźny moment przyczynowy. Kobieta owa, będąc zupełnie zdrową, przed 4 laty doznała niezwykle silnego przestachu, (napadnięta bowiem była przez psa podejrzanego o wściekliznę); bieg wyteżony i silny przestach wywołał chorobę, a od tej chwili od razu chora poczuła silne osłabienie w kończynach dolnych, które, powoli postępując, w ciągu kilku lat doprowadziły do zupełnego bezładu. Bóle charakterystyczne wystąpiły dopiero w rok po owym przypadku.

d) W jednym przypadku mieliśmy wyraźny moment przyczynowy pod postacią silnego przeziębienia na polowaniu; chory, który do owego czasu był zdrowy zupełnie, wkrótce potem zaczął doznawać charakterystycznych bólów, a następnie wystąpiło szybko postępujące osłabienie kończyn dolnych.

e) W jednym przypadku chory wskazywał, jako na jedyny wyraźny moment przyczynowy, na silną wilgoc, której podlegał, przebywając kilka miesięcy w niezwykle wilgotnej kazamacie fortecznej; od tej pory wystąpiły wyraźne bóle, a następnie inne objawy choroby.

f) u 5 chorych (mężczyzn) mieliśmy do czynienia z silnymi nadużyciami *in Venere*, do których chorzy w zupełności się przyznawali. U trzech były to zwykłe nadużycia, u dwóch innych samogwałt.

g) Przechodzimy obecnie do najważniejszej przyczyny, t. j. do wpływu przymiotu. Punkt ten jest niesłychanie ważnym i dlatego musi być nieco obszerniej rozebrany. Sądzę, że nie będzie zbyt cennym, jeśli nawet pokrótce streszczę panujące dziś w nauce pod tym względem zapatrywania.

Jak to powszechnie wiadomo, pierwszy Fournier w 1876 r. obszerniej poruszył kwestyję stosunku przymiotu do przewlekłego wiądnienia kręgowego, twierdząc, że najczęstszą przyczyną tejże choroby jest przymiot. W statystyce wówczas podawanej znalazł on z liczby 31 tabetyków u 24-ech wyraźnie zaznaczoną w anamnezie chorobę przymiotową. Po nim w lat kilka, bo w 1874 r., z pracą, zupełnie podzielającą zapatrywanie francuzkiego autora, wystąpił Erb, który znalazł pomiędzy 44 tabetykami u 27-u przymiot. Tenże autor utrzymywał wówczas, że różnicy w objawach pomiędzy wiądnem przymiotowego pochodzenia, a zwykłą formą nie ma wcale i że we wszystkich przypadkach wiądnia, gdzie udaje się wyalesć w anamnezie chorobę przymiotową, należy najenergiczniej przeprowadzić leczenie swoiste, po którym możemy się spodziewać pomyślnych wyników. Od czasu owych dwóch głośnych prac przedmiot ten, postawiony na porządku dziennym, wywołał w ciągu dwóch lat liczny szereg prac niemieckich i francuzkich autorów, z których jedni występowali za powyżej przytoczonym

poglądem, inni byli mu wprost przeciwni. Każdy z autorów na poparcie swego zdania przytoczył szereg własnych spostrzeżeń. Prac tych nie podaję tutaj nawet w streszczeniu, gdyż ciekawi czytelnicy znajdą je w streszczeniu kol. *Klinka* z pracy zbiorowej *[Möbius'a]*, pomieszczonej w N-rze 7 Gazety Lekarskiej z roku 1881 roku.

Kwestyja w mowie będąca wyszła poraz wtóry na porządek dzienny w 1881 na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Londynie. Z przysłanego oryginalnego sprawozdania z tego zjazdu streszczam pokrótce następujące poglądy¹⁾. Rozprawy rozpoczął *Erb*, który, streściwszy w krótkości istniejące dotychczas sporne punkta, podaje przedewszystkiem wyniki swojej najnowszej statystyki.

Do ostatnich czasów spostrzegał on razem 122 tabetyków i u tych znalazł następujący stosunek procentowy do przymiotu: w 10,6% nie udało się wykazać zarażenia przymiotem, zaś w 89,3% istniało takowe stanowczo (z tej liczby w 59% przypadków istniały objawy następcze choroby przymiotowej, w 30% zaś chorzy przebywali tylko szankra bez objawów następczych. Co się dotyczy czasu, który upłynął między zarażeniem się a wystąpieniem pierwszych objawów wiądn, to pod tym względem autor zanotował dokładnie 106 przypadków i takowe dały następujące wyniki:

	w 22 przypadkach upłynęło 3— 5 lat
„ 40	„ „ 6—10 „
„ 29	„ „ 11—15 „
„ 4	„ „ 16—20 „
„ 8	„ „ 21—25 „
„ 3	„ „ więcej niż 25 lat

Tym sposobem podług *Erb'a* wiąd ujawnił się w 58% przypadków w 10 lat po zakażeniu, a w 85,6% wszystkich przypadków w pierwszych 15-stu latach po zarażeniu. Autor, wykazawszy tym sposobem, że u 89% tabetyków istnieje związek z przymiotem, twierdzi w dalszym ciągu swej pracy, że procent ów jest jeszcze za małym, a to z następujących powodów: 1-o że wielu chorych zapomina nieraz o tem, co u nich przed 10 lub 20 zdarzyło się laty; 2-o że wielu chorych źle się obserwuje i często przeocza objawy nieznaczne choroby przymiotowej, lub nieraz z umysłu przed lekarzem je ukrywa; 3-o że przymiot często występuje bez wyraźnego pierwotnego owrządzenia, że po 4-o wielu ludzi, którzy w pierwszych latach życia swego przebywali przymiot dziedziczny, zazwyczaj o tem nic nie wiedzą. Z tych to powodów *Erb* sądzi, że nie omylimy się wcale, przypuszczając, że u 90% tabetyków co najmniej istnieje ścisły związek tej choroby z przymiotem. Koniec końców, autor twierdzi, że mimo-woli nasuwa się pytanie, czy wiąd nie jest poprostu jedyną z późniejszych postaci przymiotu. Autor ten sądzi, że rozwiązanie takowego należy do przyszłości, a środkiem po temu mogą być tylko dokładne sprawozdania i ścisłe statystyczne prace, dokonywane we wszystkich krajach, o dokonywanie których autor najusilniej uprasza lekarzy.

¹⁾ Transactions of the International Medical Congress. Seventh Session. 1881. London. Vol. II. str. 31—42.

Z rozprawy bardzo obszernej, która się wywiązała nad tym przedmiotem. podaję tu w streszczeniu tylko ważniejsze dane i tak: znany nerwopatolog angielski *Althaus* nie podziela bynajmniej zapatrywań *Erb'a*; sądzi on, że kwestyja nie da się rozwiązać li tylko drogą prostej statystyki; zdaniem jego należy kwestyję tę rozpatrzyć i pod względem klinicznym, oraz historyczno-lekarskim, pod tym względem bowiem ostatecznie zasługuje na uwagę ta okoliczność, że już *Hippokrates*, *Galen* i inni pisarze starożytni dokładnie w pismach swoich skreślili obraz wiądu, gdy tymczasem nie ulega kwestyi, że choroba przymiotowa zjawiała się w Europie dopiero w końcu XV wieku. Co się dotyczy własnych spostrzeżeń, to autor zanalizował pod tym względem własnych 1000 przypadków chorób nerwowych, a wyłączwszy przypadki wątpliwego zakażenia, oraz proste owrzodzenia szankrowe, przyszedł do wniosku, że zaledwie u 41% tabetyków dała się wykazać z całą stanowczością w anamnezie choroba przymiotowa.

Znany syfilidolog i patolog francuzki *Lancereaux* z Paryża podaje ostrej krytyce poglądy *Erb'a* szczególnie z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego. Zmiany trzeciorzędne przymiotowe nigdy nie zajmują jakiegoś narządu na całej jego przestrzeni; przeciwnie są one ograniczone, przedstawiają się pod postacią guzów, guzików pojedynczych lub licznych, które następnie ulegają stłuszczeniu lub zwyrodnieniu szklistemu (*fatty or hyaline degeneration*) i ostatecznie prowadzą do utraty substancyi i do wytworzenia się blizny. Ten właśnie charakter przedstawiają zmiany przymiotowe na skórze oraz w narządach wewnętrznych jako to: nerkach, wątrobie, mózgu i t. p.. Przeciwnie zmiany napotymane przy przewlekłym wiądzie rdzenia przedstawiają wprost przeciwny charakter; są one przede wszystkim zmianami symetrycznymi, rozległymi, rozlanymi, rozwijającymi się bardzo powoli i nieprowadzącymi wcale do rozpadu i wytwarzania blizn. Autor sądzi dalej, że za najważniejszy moment przyczynowy wiądu rdzenia należy uważać nadmierne i częste pobudzenie rdzenia kręgowego przede wszystkim wskutek nadużycie płciowych. (Autor widział wiąd u kobiet prawie wyłącznie u prostytutek lub szwaczek zajętych szyciem na maszynach poruszanych nogą). Z innych autorów *Rosenstein* podzielał poglądy, *Erb'a* zaś *D-r Zambaco* i inni poglądy przeciwne.

Jednem słowem rozprawy acz obszerne bynajmniej nie rozstrzygnęły kwestyi; dały jednakże niezmiernie ważny materiał do kierunku przyszłych badań.
(D. c. n.)

II. KILKA UWAG

NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

Henryk Pacanowski asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

Dreszcze, niezależne od żadnych spraw zapalnych miejscowych, lecz bez widocznej przyczyny powstałe, miały miejsce w 7 przypadkach. Pojawiały

się w okresie gorączki stałej raz lub kilkakrotnie, np. 16 dnia choroby przy ciepłocie 40° C., pomimo iż odtąd ciepłota utrzymywała się jeszcze na tym stopniu przez 9 dni. W innym przypadku dreszcze, począwszy od 13 dnia choroby, powtarzały się co drugi dzień, a ciepłota wzrastała za każdym razem o 1 lub 2 stopnie. W dwóch przypadkach dreszczami rozpoczął się czwarty, t. j. przepuszczający okres gorączki tyfusowej.

P o t y w czasie trwania gorączki, nie zaś jako cecha zakończenia tyfusu (krytyczne) w 7 przypadkach. Z tych w czterech, były tylko po razie: 12 dnia choroby (przy ciepłocie 39,1° C.), 16 dnia (ciepłota 38,6° C.), 22 dnia (ciepłota 39,3° C.), 41 dnia (ciepłota 39,1° C.); gorączka po nich nie obniżała się. W pozostałych, poty powtarzały się kilkakrotnie; ze wszystkich tych przypadków tylko jeden zakończył się śmiercią.

Rozbiór oddzielnych objawów.

1) R ó ż y c z k a (*roseola*). Zanotowano ją z liczby 133 przypadków tyfusu brzuszego w 40-tu. Dnia wystąpienia jej, w każdym oddzielnym przypadku oznaczyć niepodobna, gdyż najczęściej chorzy przybywali do szpitala z różyczką już rozwiniętą, lub też po zniknięciu takowej w końcu drugiego tygodnia. W chwili przybycia do kliniki zauważono różyczkę: w 3 przypadkach 4 dnia choroby, w 4-ech 5 dnia, w 3-ech 6 dnia, w 3-ech 7 dnia, w 5-ciu 8 dnia, w 3-ech 9 dnia, w 1-nym 10 dnia, w 1-nym 11 dnia, w 2-óch 12 dnia, w 1-nym 14 dnia, w 1-ym 15 dnia, w 1-nym 21 dnia, w jednym przypadku 29 dnia choroby. W czasie zaś pobytu chorych w klinice wystąpiła różyczka: 5 dnia choroby w 1-nym przypadku, 7 dnia w 2 przypadkach, 8 dnia w 2-óch, 10 dnia w jednym, 11 dnia w 2-óch, 16 dnia w 2-óch, 18 dnia w jednym przypadku. U pewnego chorego jednocześnie z pojawieniem się różyczki (11 dnia choroby) ciepłota spadła z 40° C. na 38° C. i odtąd rozpoczął się trzeci (zwalniający) okres gorączki; u innego zaś różyczka wraz z petociami wystąpiła 16 dnia choroby, gdy ciepłota spadła do stanu prawidłowego i zaczęła się rekonwalescencyja. W jednym przypadku różyczka, pojawiwszy się 7 dnia choroby, znikła nazajutrz bezpowrotnie.

2) P e t o c i e (*petechiae*) bez różyczki zanotowano 7 razy, wraz z takową 5 razy. Zaslugują tu na wzmiankę dwa przypadki, w których jednocześnie ze zniknięciem petoci wystąpiła zapaść (*collapsus*) i utrata przytomności; w żadnym z nich krwotoku kiszkiowego nie było, obadwa z pomyślnem zakończeniem.

№ 23. S., służąca, lat 14, z obfitym pokładem tkanki tłuszczowej, przybyła 4 dnia choroby z ciepłotą 41,2° C. wieczorem. Tyfus rozpoczął się jednym bardzo mocnym dreszczem i wymiotami (3 razy); w jej domu jednocześnie dwóch tyfusowych. Chora w stanie prawie bezprzytomnym, senna, majaczy; bezwiedne skurcze ścięgniste (*subsultus tendinum*); ogólna nadczułość skóry za najlżejszem dotknięciem; śledziona na VIII żebrze, ból w nadbrzuszu; na skórze petocie. Siódmego dnia choroby przy ciepłocie 40,4° C. nastąpiła ogólna zapaść (*collapsus*), zupełna utrata przytomności, zimne sine kończyny, nadczułość ogólna trwa ciągle; petocie znikły. Stan taki trwał do 10 dnia, poczem nastąpiła poprawa. Cała gorączka trwała 19 dni.

3) Łuszczenie naskórka, w 4 przypadkach; z tych dwa w okresie zdrowienia, pozostałe w czasie stałej gorączki (14 dnia choroby przy ciepłocie 40°C . i 40-go dnia choroby przy ciepłocie $39,8^{\circ}\text{C}$.).

4) Róża (*erysipelas*) spostrzegana była tylko w dwóch przypadkach tyfusu brzuszego, zawsze na twarzy.

№ 24. G., 17-letni terminator ślusarski, wątłej budowy i odżywiania, przybył 16. I. 1877, ze śledzioną podniesioną do VII żebra, rozwolnieniem i nieżytem oskrzelowym. Choroba rozpoczęła się jednym mocnym dreszczem, po którym były obfite poty; to samo powtarzało się odtąd co wieczór przez 5 dni. W domu chorego 4 tyfusowych. Zanotowano również, iż chory oddawał się nadużyciom płciowym, wyskokowi i tytoniowi; mieszkanie bardzo wilgotne. Nazajutrz po przybyciu do kliniki ciepłota po 10-granowej dawce chininy spadła z 40°C . na 37°C . Lecz już po dwóch dniach, t. j. dnia 19. I. ciepłota, począwszy od $38,5^{\circ}\text{C}$., zaczęła się stopniowo podnosić w sposób właściwy tyfusowi, doszedłszy czwartego dnia wyżej 40°C .. Odtąd rozpoczęła się gorączka stała, trwająca przez 10 dni, zupełne zaś obniżenie takowej nastąpiło po 24 dniach. Przez 2 dni następne był stan bezgorączkowy; nagle po silnym dreszczu ciepłota podskoczyła z $37,2^{\circ}\text{C}$. do $39,1^{\circ}\text{C}$.; nazajutrz 40°C .; pokazała się na twarzy róża; chory od dwóch dni przyjmuje kwas salicylowy w lawatywach. Następnego dnia po nowym dreszczu róża przeszła na lewe ucho; po 5 dniach na kark, gdzie zostawała przez 3 dni, aż nareszcie zupełnie znikła, a gorączka powróciła do granic prawidłowych. Po dwóch dniach wystąpiła taka sama gorączka przepuszczająca (rano 37°C ., wieczorem 40°C .), jak w początku tyfusu, ale bez dreszczy.

№ 25. P., 21 lat, wyrobnik, dobrze odżywiany; przybył do kliniki 7 dnia choroby, która się rozpoczęła jednym dreszczem. Chory miał ciepłotę około 40°C , majaczył; na tułowiu różyczka; biegunka, wzdęcie, kruczenie, lecz bez bólu brzucha; śledziona dosięga do VII żebra. W nocy chory próbował uciekać; stolce bezwiednie pod siebie oddaje. Ciepłota od 10 dnia choroby począwszy zaczęła okazywać ogromne wahania dzienne, tak iż różnica między zwolnieniem porannem, a nasileniem wieczornem wynosiła początkowo 2 stopnie ($38,1^{\circ}$ do $40,5^{\circ}$), później $3-3\frac{1}{2}^{\circ}\text{C}$., ($37,2^{\circ}-40,8^{\circ}$). Tak było do 18 dnia choroby. Nagle chory dostaje dreszczu, ciepłota, podniosłszy się do 41°C ., wynosi nazajutrz (19 dnia) $39,8^{\circ}\text{C}$. rano, $41,2^{\circ}\text{C}$. wieczorem; zaś 20 dnia choroby rozpoczyna się róża twarzy, która przy ciepłocie $40^{\circ}-41^{\circ}\text{C}$. trwa przez 5 dni, potem gorączka spada z 40° do $36,5^{\circ}\text{C}$. i odtąd rekonwalescencyja. (Tabl. 5).

W obudwu powyższych przypadkach mieliśmy tedy różę twarzy jako powikłanie tyfusu. Prócz tego obok tyfusu istniała zimnica: u pierwszego chorego w początku i końcu choroby, u drugiego tylko w końcu. Co do przepuszczającego typu gorączki w końcu choroby, ta była różnica u obudwu, iż w pierwszym przypadku, typ ten miał miejsce po ukończeniu róży, w drugim przed takową.

5) Odleżyny (*decubitus*) na krzyżu lub krętarzu wielkim zauważono w 10 przypadkach: 4 razy w rekonwalescencji przy ciepłocie prawidłowej, 6 razy zaś w czasie trwania gorączki ciągłej, między 15—23 dniem choroby,

Pomiędzy temi ostatnimi były 3 przypadki śmiertelne, zatem odleżyny, pojawiające się w czasie tyfusu, poczytywać należy za oznakę niepomyślną. U jednej z tych chorych oprócz tyfusu rozpoznano wadę sercową, u drugiej

rozwinęte suchoty płuc; trzeci chory zmarł 9 dnia skutkiem zapalenia płuc i rozległych wrzodów w przewodzie jelitowym.

6) P o k r z y w k a (*urticaria*) była w jednym tylko przypadku.

№ 26. W., 18-letnia służąca, otyła, pochodzi z miejscowości błotnistej; w 15-ym roku swego życia miała zimnicę. Obecna choroba rozpoczęła się codziennie wieczorem występującymi dreszczami; do szpitala chora przybyła 8 dnia. Znaleziono powiększoną i bolesną śledzionę, ból w okolicy biodrowej prawej, biegunkę, białkomocz nieznaczny. Przybyła z ciepłotą 40,1° C.; odtąd zawsze 38,5° C. do 39,8° C. skutkiem ciągłego używania kwasu salicylowego. 16 dnia choroby wystąpiła w nocy pokrzywka, następnie poty; ciepłota z rana 37,5° C., wieczorem 39,4° C. Nazajutrz w nocy po dreszczach znowu pokrzywka, zakończona potami; ciepłota 37,8°—39,4° C.; trzeciego dnia to samo. We dnię wysypki nie było. Odtąd stan bezgorączkowy i zdrowienie.

7) Z a p a l e n i e t k a n k i p o d s k ó r n e j (*phlegmone*) w czterech przypadkach, zawsze podczas rekonwalescencji.

8) W r z o d z i a n k i (*furunculus*) w jednym przypadku 39-go dnia przy ciepłocie prawidłowej.

9) P r o s ó w k a (*milliaria crystallina*) dwa razy: raz 16 dnia przy ciepłocie 38,2° C.; raz 19 dnia przy 38,5° C..

10) P r y s z c z e w a r g o w e (*herpes labialis*) zauważono w 5 przypadkach, zawsze u osobników młodych (od lat 10 do 24), słabo lub miernie odżywianych, z wyraźnymi zaburzeniami w ośrodkach nerwowych. U jednej chorej pryszczce wystąpiły 11 dnia choroby, jednocześnie z rozpoczęciem się zapalenia płuc; chora zmarła 17 dnia.

N a r z ą d y o d d e c h o w e.

1) Z a p a l e n i e p ł u c o p a d o w e (*pneumonia hypostatica*) była u 8 chorych, z tych raz jeden w okresie zdrowienia, u pozostałych w okresie gorączkowym, między 7 a 29 dniem choroby. Dwa przypadki zakończone śmiercią, jakoteż trzeci, gdzie było również zapalenie opłucnej.

K r w i o p l u c i e (*haemoptoe*) bez wyraźnych oznak zapalenia mięszu płucnego 5 razy.

3) S t ę p i e n i a w s z c z y t a c h spostrzegano w 4 przypadkach; 3 razy począwszy od czwartego dnia choroby, raz od 16 dnia. U dwóch chorych utrzymały się one przez cały czas zdrowienia i chorzy w tym stanie opuszczali szpital; zapewne tutaj sprawa przeszła w trwałe zgęszczenie.

N a r z ą d y k r ą ż e n i a.

1) M a ł o k r w i s t o s ć (*anaemia*), jakkolwiek nie jest chorobą układu krążenia, lecz raczej chorobą krwi, zaliczam ją tutaj, ponieważ cechowała się obecnością szmerów w sercu. Pod wpływem zapewne długiego trwania gorączki, małokrwistość powstawała kilka razy nawet u chorych dobrze odżywianych (u trzech chorych). W jednym przypadku nastąpiła skutkiem małokrwistości ogólna puchlina wodna (*anasarca*), bez białkomoczu.

№ 27. D., lat 13, wątpła dziewczyna, dostała 20. II. 1877 bólu głowy i nudności; zażyła olejku rycinowego i emetyku. Po tygodniu nastąpiły dreszcze, rozwolnienie, ból w nadbrzuszu, następnie silne bóle w nogach; mimo to chora miała dobre łaknienie i jadła bardzo wiele. Przy badaniu (15 dnia choroby) znaleziono: wzdęcie brzucha, biegunkę, kruczenie, powiększoną bolesną śledzionę, lecz język wilgotny i łaknienie dobre; dalej obfity białkomocz, bóle w nogach, sinicę, niemoc ogólna, śpiączkę i majaczenie. Gorączka utrzymywała się w granicach 40° — $41,4^{\circ}$ C. 19 dnia choroby pokazała się krew w stolcach, tętno stało się nitkowatym. Od 31 dnia choroby ogólna puchlina wodna, coraz się wzmagająca, aż do 45 dnia; białkomoczu nie było. Odtąd następowało polepszenie pod wpływem krzepiącej diety.

2) **Sinic a** (*cyanosis*) bywała oznaką ogólnego upadku sił (*adynamia*), niekiedy jednocześnie z zapaścią (*collapsus*); zwykle towarzyszyła również znacznym sprawom zapalnym w narządach oddechania. W wyższym stopniu spostrzegano sinicę 10 razy, przy ciepłocie $39,7^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ C., najczęściej w drugim okresie gorączki (około 10 dnia).

3) **Szmer djabli** (*bruit de diable*) w żyłce szyjowej wewnętrznej, u jednego chorego (D. Nr. 8); szmer rozpoczął się 45 dnia choroby i trwał przez 28 dni z rzędu przy ciepłocie prawidłowej.

4) **Krwawienie z dziąseł**, w dwóch przypadkach: raz 19 dnia przy 39° C., w lekkiej postaci tyfusu; drugi 11 dnia przy ciepłocie 42° C. w przypadku zakończonym śmiercią.

5) **Wada serca**, mianowicie niedomykalność zastawek aorty i zwężenie ujścia tętniczego lewego, niezależnie od tyfusu, u jednej chorej, która zmarła nagle.

№ 28. W., 16-letnia służąca, przybyła do kliniki 24. X. 1875, w czwartym dniu choroby, która rozpoczęła się dreszczami; po zażyciu *inf. sennae* ogólne niedomaganie jeszcze się pogorszyło. Chora małowkrwista, nierozwinięta; w miejscu wysłuchiwania tonów aorty obadwa szmery (skurczowy mocniejszy), w tętnicach szyjowych również. Biegunka, wzdęcie, śledziona wyczuwalna, ból *in reg. ileocoecali*. Od 11 do 14 dnia choroby codzienne krwawienie z nosa i krwioplucie; odleżyny na krętarzu prawym. Zmarła 17 dnia choroby nagle, będąc zupełnie przytomną; poprosiła o podanie jej wody, lecz zaledwo kilka kropel zdołała wypić, gdy, szybko oddechając, upadła na poduszkę i żyć przestała. Sekcyję opiszę niżej.

6) **Obrzmienie gruczołów limfatycznych** (*lymphadenitis*) w dwóch przypadkach. Raz wystąpiło u chorego G. (Nr. 24) w tydzień po zniknięciu róży. Było to zapalenie gruczołów oraz naczyń limfatycznych ramienia; jeden z nich przeszedł w ropienie. W drugim przypadku chory przybył do kliniki już z powiększonymi gruczołami szyjowymi.

№ 29. S., 21-letni urzędnik w więzieniu poprawczem przy ulicy Długiej, dostał dreszczu 9. II. 1880. Chory dobrze odżywiony; na tułowiu różyczka; gruczoły szyjowe obrzmiałe i bolesne; brzuch wzdęty, kruczenie, ból brzucha, zaparcie stolców; śledziona podniesiona do VII żebra. Gorączka trwała dni 14; ciepłota $39,5^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ C, opadła zwolna w ciągu 3 dni. 8 dnia choroby przy ciepłocie $39,6^{\circ}$ C., chory gwałtownie majaczył, uciekał na korytarz. Nazajutrz z rana po silnym dreszczu i następnie potach pękł jeden z gruczołów szyjowych; wypłynęło dużo ropy. 10 dnia chory zaów próbował ucieczki; znaczne wyczerpanie sił.

Narządy moczowe.

1) **Białkomocz** (*albuminuria*) w 43 przypadkach. zwykle w okresie gorączki ciągłej, której ściśle towarzyszył. Najczęściej między 5 a 11 dniem choroby, lubo raz jeden znaleziono takowy już drugiego dnia.

2) **Zapalenie nerek ostre** w 2 przypadkach, (jeden śmiertelny).

3) **Mocz krwawy** (*haematuria*), jeden raz tylko, począwszy od piątego dnia choroby; trwał kilka dni.

4) **Zapalenie miedniczek nerkowych** (*pyelitis catarrhalis*), w jednym przypadku (D. Nr. 8) nastąpiło ono 28 dnia choroby, gorączka odtąd przedstawiała ogromne wahania dzienne ($3 \cdot 4^{\circ}$ C.).

Narządy płciowe.

1) **Przedwczesna miesiączka**. Zasługuje tu na wzmiankę jedna chora, u której wystąpieniu miesiączki (w tydzień po ukończeniu poprzedniej) towarzyszyły napady tężcowe; był to więc rodzaj hysteryi.

Nr 30. J., 16-letnia szwaczka, przybyła do kliniki czwartego dnia choroby. W dzieciństwie przechodziła ospę. Oddawna ma skłonność do obfitych krwotoków (*haemophilia*). Na tydzień przed przebyciem do szpitala ustał zwykły odpływ miesiączkowy. Dnia 29. X. 1876, chora dostała jednego silnego dreszczu. Badanie chorej wykazało: odżywianie dobre, na skórze różyczka i petocie, nieżyt oskrzelowy, ból w nadbrzuszu i w okolicy biodrowej prawej, stolce prawidłowe, ślady białka w moczu, śledziona u góry do VIII żebra, słuch przytępiony. 6 dnia choroby, wieczorem, podczas dawania lawatywy z zimnej wody, nastąpił atak jakby tężcowy, t. j. szczykościsk, wygięcie w tył tułowia, pokazała się piana na ustach; chora była bezprzytomną; cały napad trwał 3 minuty. W godzinę później pojawiła się miesiączka. 9 dnia chora uczuła nerwoból kulszowy lewy. 13 dnia drugi podobny napad. Ciepłota w obu dwu razach wynosiła około 40° C., 17, 20, 23, 25 i 27 dnia choroby ciepłota bez widocznej przyczyny opadała z 40° — 41° C., porannej na $37,5^{\circ}$ — $37,7^{\circ}$ C., wieczorem; przy ostatnich trzech obniżeniach były jednocześnie dreszcze z potami. 29 dnia stwierdzono zapalenie płuc opadowe i rdzawą plwocinę. 39 dnia ukazał się ropień na pośladku, a 64 dnia choroby na drugim. 87-go dnia odkryto przetokę (*fistula*) w okolicy pośladkowej prawej, idącą aż do kości. Co się tyczy owych ataków, dowiedziano się od chorej, iż nigdy ani ona, ani nikt z rodziny jej takowych nie miewał. Zasługuje w tym przypadku również na uwagę pięciokrotne obniżenie ciepłoty wieczornej o 3 stopnie, co po chininie ustąpiło. (D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 11).

16. Fleischlen (Berlin). O pewnem cierpieniu nerek, spowodowanem przez ciążę i poród. (*Ueber Schwangerschafts- und Geburtsniere*).

O przejściu niedokrwistości nerek w przewlekłe zapalenie wyraża się autor w znaczeniu ujemnem, opierając się na spostrzeżeniach własnych i innych badaczy. Dotychczas bowiem nie spostrzegano jeszcze przypadku, któryby, począwszy się jako rzeczywista niedokrwistość, przyczem napewno

wykluczyć można było zapalenie oddawna trwające, następnie okazywałby objawy rzeczywistego zapalenia przewlekłego. Autor i w tem widzi potwierdzenie swego zdania, że i inne cierpienia (jak „nerka choleryczna,” pod względem anatomicznym najbardziej do „nerki niedokrwistej ciężarnych” zbliżona, ostre zapalenie nerek) rzadko także bardzo przechodzą w zapalenie przewlekłe. Podług Bartels'a „nerka choleryczna” nigdy nie przechodzi w zapalenie przewlekłe.

Autor zastanawia się dalej nad cierpieniem nerek, występującym dopiero podczas samego porodu i proponuje dla tej formy nazwę „*Geburtsniere*” („nerka porodowa”). Przytoczywszy 9 przypadków, w których podczas ciąży nie było w moczu białka i dopiero podczas porodu takowe się pojawiło, autor czuje się upoważnionym napewno utrzymywać, że praca porodowa sama przez się może wywołać cierpienie nerkowe, które klinicznie wyraża się obecnością w moczu białka, wałeczków szklistych, ziarnistych, zwyrodnieniem tłuszczowem nabłonków nerkowych. Sądzi więc, że „nerka porodowa” stoi w bliskim związku etjologicznym z niedokrwistością nerek u ciężarnych. Przyczynę pojawienia się białka w moczu stawia autor w zależności od ciężkiego, przez czas długi trwającego porodu, często przy pomocy sztuki zakończonego; dla tego też białko w moczu częściej się zdarza u pierwiastek (25%) aniżeli u ponownie rodzących (8%). Rozumie się, że ciężkie porody nawet u pierwiastek mogą i bez białkomoczu przebiegać.

Co się tyczy przyczyn (*aetiologia*) niedokrwistości nerek u ciężarnych, to autor wbrew poglądom innych pisarzy jak Halbertsma, Hiller, którzy sprawę tę chorobową chcą uczynić zależną od ucisku na moczowody przez macicę ciężarną, sądzi, że niedokrwistość ta jest następstwem skurczu tętnic nerkowych na drodze odruchowej z macicy przeniesionego, który powoduje zmiany w krążeniu nerek, a od tych znowu zmian zależy prędkie pojawienie się wyrodnienia tłuszczowego nabłonków obok wałeczków szklistych i ziarnistych i t. d.

Autor kończy swą pracę następującymi wnioskami:

1. „W pewnej liczbie przypadków już sama macica ciężarna może na drodze odruchowej wywołać niedokrwistość nerek. Pierwszem następstwem anatomicznem tego zaburzenia są zmiany w nabłonku kłębuszków nerkowych, klinicznie zaś ujawnia się ono przez białko bez osadu w moczu. W dalszym przebiegu występują anatomicznie zmiany zwyrodnienia w nabłonkach cewek nerkowych, klinicznie zaś znaczniejsza ilość białka obok wałeczków i osadu nabłonkowego. W nerkach zresztą zdrowych zmiany te występują przeważnie ku końcowi ciąży. Ponieważ nie we wszystkich przypadkach ciąży zmiany podobne występują, należy więc je w braku innego punktu oparcia, wyprowadzić z usposobienia indywidualnego (naczynioruchowego?). Liczba w ten sposób usposobionych jest bardzo nieznaczna (2%). Przy istniejących już zmianach w nerkach (zapalenie przewlekłe) zboczenia w krążeniu tem wcześniej i silniej występują im starsze są te zmiany. Z końcem ciąży ustają i te zboczenia nerkowe. Przejście niedokrwistości nerek u ciężarnych w zapalenie przewlekłe nie jest dotychczas na pewno dowiedzione, a *a priori* nieprawdopodobne.

Niebezpieczeństwo niedokrwistości nerek u ciężarnych polega na zatrzymaniu się mocznika wskutek stłuszczenia nabłonka cewek nerkowych i od tego zależnych drgawek, które życiu matki i dziecka zagrażają. Aby uniknąć tego niebezpieczeństwa wskazanem jest w ciężkich przypadkach niedokrwistości nerek wywołanie sztucznego przedwczesnego porodu, a przy przewlekłym pierwotnym zapaleniu nerek, wywołanie sztucznego poronienia. W przypadkach lekkich niedokrwistości nerek można zachować się wyczekująco.“

2. „W innym szeregu przypadków występują też same zmiany w krążeniu nerki dopiero razem z pracą porodową; nale-

ży je tak samo poczytywać za następstwo skurczu odruchowego z macicy. Ponieważ nie we wszystkich przypadkach — nie we wszystkich nawet przypadkach długotrwałej pracy porodowej — występują zmiany podobne, należy i tu w braku innego punktu oparcia, przyjąć pewne usposobienie (naczynioruchowe?) W odsetce liczba tego usposobienia jest dość znaczna (około 17%).

Jeśli już przedtem istniały zmiany w nerkach (zapalenie, niedokrwistość podczas ciąży,) naówczas zaburzenia zależne od porodu są bardzo znaczne. „Nerka porodowa“ nigdy nie przechodzi w zapalenie przewlekłe.

M. Zweigbaum.

(*Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie T. VIII Zeszyt 2.*)

17. Ollier. O wypitowaniu łokcia. (*De la résection du coude*).

Typowe wypitowania stawów, albo raczej wycięcia (u francuzów *résection*, u anglików *excision of bones and joints*) należą do operacji wykonywanych u nas (w Królestwie) nadzwyczaj rzadko, bez porównania rzadziej niż owaryjotomija. Nie tu miejsce wykazywać tego powody; ze względu jednak na rzadkość tej operacji (mówimy tu o wycięciu metodycznym stawów, a nie wydłubywaniu, wyskrobywaniu — *auslöfflung* i tym podobnych nietypowych manipulacjach) uważamy za konieczne poprzedzić streszczenie artykułu wymienionego w nagłówku niezbędnymi danymi, bez których artykuł ten byłby poprostu głosem na pustyni. Sposoby operacyjne, używane gdzieindziej, są u nas bardzo mało znane, nawet teoretycznie. Profesorowie z katedr i najbardziej rozpoznane u nas podręczniki chirurgii operacyjnej drukiem (Gurlt w polskim tłumaczeniu, Gurlt i Esmerch w rosyjskim przekładzie) głoszą tylko stereotypowo o sposobach Langenbeck'a, nie wspominając bynajmniej o wielu innych daleko wyższych sposobach, nie mówiąc już o krzywdzie, jaką się przez to szablonowe traktowanie wyrządza wielkim poprzednikom Langenbeck'a, twórcom resekeyi jak obaj White'owie, Bent, obaj Moreau'owie, Percy i tylu innych¹⁾. Samo wykonywanie operacji tej na trupie jest u nas bardzo błędne, a grzeszy głównie tem, że nie zwraca się uwagi na węgielną podstawę resekeyi, na zachowanie nietylko okostnej, lecz przyczepów do niej rozciągniętych, ścięgien i torebki stawowej. W tym względzie, nie zatrzymując się bynajmniej nad doniosłymi doświadczeniami nad okostną Duhameł'a, Florens'a, Hein'e'go, przechodzimy wprost do włoska Larghi'e'go z Vercelli i francuza Leopolda Ollier'a. Pierwszy w pracy swojej „*Operazioni sottoperiostali e sottocassulari*“ już w okresie od 1845—1855 stosował w praktyce przepisy operowania podokostnego i podtorebkowego, dowiedzione doświadczalnie przez swoich poprzedników. Drugi, profesor i dyrektor kliniki w Lyonie, wielki eksperymentator, jeden z największych francuzkich chirurgów współczesnych, ogłosił cały, ogromny szereg prac doświadczalnych i obszernie dzieło²⁾ w tym przedmiocie, o którym mowa. Dowiódł on ostatecznie, a dowód ten opiera się na jednym z najpiękniejszych doświadczeń, że źródłem odnowy (*regeneratio*) kości jest tylko i li tylko okostna, i to mianowicie jego warstwa głębsza, kambialna, to znaczy „warstwa osteoblastyczna“ (Gegenbaur) czyli „szpik okostny“ (Ranvier). Doświadczenie polegało na tem, że Ollier przenosił kawałki okostnej pomiędzy żywe tkanki, wgajał je tam, a z zaszczepionych po takiej transplantacji wysepek powstawały ogniska kostne.

Skoro tylko rola okostnej została ostatecznie wykazana, musiały być zaprowadzane zmiany, mające na widoku jak największe oszczędzanie okostnej i przyczepów mięśniowych, od tego bowiem w ogromnej mierze zależał dobry wynik operacji.

Podajemy tu właśnie Ollier'owski sposób³⁾ wypitowywania stawu łokciowego, niezbędny do zrozumienia właściwego artykułu autora wyłuszczonego w zagłówku.

Chory leży na boku zdrowym, kończyna zgięta w łokciu pod kątem 130°, prowadzi się cięcie skórne w odstępnie, oddzielającym *m. triceps* od *m. supinator longus*; cięcie to rozpoczyna się na 6 ctm., ponad linią stawową i zstępuje aż do poziomu wyrostka kłyckiowego zewnętrznego; ztąd kieruje się ku wewnątrz, w ukos, aż do czubka wyrostka łokciowego. Począwszy od tego punktu, znowu cięcie bieży równoległe do osi kości łokciowej, po brzegu tylnym tej kości (*crista cubiti*), ku dołowi na przestrzeni 4—5 ctm., i od razu przenika do samej kości. Następnie w górnej części cięcia przerzynamy rozciągnięto (*aponeurosis*) i wnikamy w przegrodę międzymięśniową, oddzielającą *m. triceps* od *m. supinator longus* i *m. radialis longus*; idziemy głębiej, otwieramy w kierunku cięcia skórnej torebki, przecinamy okostną kości ramieniowej i odluszczyliśmy jej *periostium*. Wreszcie w części średniej cięcia, tej co idzie wukos, przecinamy części podskórne, trzymając się

¹⁾ Lossen. Allgemeines über Resectionen. 1882.

²⁾ Ollier. Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux. 1867.

³⁾ l. c. str. 340.

Odstępu między *m. triceps* i *m. anconeus*. Dalsze manipulacje polegają, tak jak w sposobie zwanym *Langenbeck's*ym, na oddzielaniu jak najściślej okostnej i przyczepów mięsnych od kości, w ten sposób by związek okostnej z przyczepiającymi się do niej ścięgnami nie został naruszony. Szczególniej dotyczy to ścięgna mięśnia trójgłowego i jego przyczepu do okostnej kości łokciowej: „*c'est le point le plus important*”. Przy odluszczeniu okostnej trzeba iść jaknajściślej narzędziem (*rugine*) po samej kości. Nerw łokciowy pozostaje nietknięty.

Nie zajmowałibyśmy naszych czytelników opisem tej operacji, gdyby ona należała do rzadko dokonywanych i nie mających doniosłości praktycznej. Tak jednak nie jest. Z ogromnej statystyki, zebranej przez *Saltzman*n'a, *Otis*'a, *Dominik*'a i *Gurlt*'a¹⁾, którzy zestawili 1334 resekcycje łokcia, możemy się przekonać jak często ta operacja jest wykonywana za granicą.

Po tem może zbyt obszernym, ale jak nam się zdaje, niezbędnym wstępie, przechodzimy do streszczenia artykułu *Ollier*'a.

Autor tłumaczy najprzód, dla czego autorowie, mimo że przyjęli w zasadzie sposób podokostny operowania, nie wszyscy jednak otrzymali zeń dobre wyniki, „już to dla tego, że przyjęli zasadę samej metody, nie zdając sobie sprawy ze sposobu, w jaki ją wykonać należy, już też że mieli do czynienia z przypadkami nader nie nadającymi się do prawidłowej odbudowy stawu”. Pomimo opisu, podanego przez autora jeszcze w 1858 r. „nazywano często resekcjami podokostnymi operacje, w których nieco odskrobano okostną i mniemano, że przez to już stworzyło się warunki konieczne do odbudowy stawu zawiasowego (*ginglymus*)”.

„Ażeby otrzymać ten rezultat, potrzeba postępować odmiennie i zachować w całości pochwę okostno-torebkową, t. j. nie tylko okostną końców stawowych wypilowanych, lecz oraz torebkę i więzy, które się do niej przyczepiają i stanowią z nią jedną całość”. „Zachowanie wszystkich przyczepów ścięgnistych i więzadłowych stanowi warunek nieodzowny odnowy stawu sztucznego według typu fizjologicznego stawu wyciętego”.

Następnie autor daje rezultaty 111 resekcycj łokcia, wykonanych przez siebie. W tej summie z pierwszej seryi 47 zmarło 9 wskutek operacji; z drugiej seryi 16 † 3; wreszcie z 48 chorych ostatniej seryi (od 1876—1882 r.) nie umarł ani jeden chory. Słusznie więc może wyrzec O. że operacja, którą można wykonać w napchanym szpitalu 48 razy bez żadnego przypadku śmierci, nie jest operacją ciężką i należy ją robić tyle razy, ile razy chcemy otrzymać rezultat lepszy od zejścia naturalnego (samo przez się gojenie się w ankiłozę), a tem bardziej rezultat wyższy od amputacji ramienia.

Warunkiem dobrego zejścia jest, by operować wczesnie. Z początku O. operował dopiero wtedy, kiedy ropienie w stawie zagrażało życiu i zamiast uprzedzać zło, O. zadawał sobie jak większość chirurgów ankiłozą w dobrej pozycji osiągniętą.

Dzisiaj zamiast czekać wygojenia przez ankiłozę, O. idzie prosto do celu i robi wczesne wypilowanie. Z wyjątkiem wieku niemowlęcego i starości, które wymagają pierwszy: wyczekiwania metodycznego, wtóra poświęcenia członka—wypilowania wczesne są wskazane w dwojakim celu: by załatwić się krótko i węzłowato z objawami grozącymi życiu i powtóre postawić członek w warunkach, sprzyjających użyteczności.

Nadto O. robił 18 wypilowań z powodu ankiłozy; nazywa je O. „*resections orthopédiques*”. Z liczby tej nie stracił ani jednego chorego. Obawa powrotu ankiłozy po operacji grozi szczególnie u młodych osób, u których istnieje silna dążność do neoformacji kości. U takich osobników należy usuwać pas okostnej na wysokości linii, w której ma być w przyszłości staw; nadto trzeba wczesnie zacząć robić metodyczne ruchy; w przeciwnym razie znowu będzie zesztynienie. Lecz aby przystąpić do resekcyci ortopedycznej, trzeba być z góry pewnym, że rezultat po operacji będzie lepszym od istniejącej ankiłozy; trzeba

¹⁾ Handbuch der Chirurgie von Hüter. II Hälfte str. 808.

módcz odtworzyć staw nowy, ruchomy i mocny zarazem, aby później nie mieć kończyny chwiejnej, (*articulation flottante, branlante, Schlotterndes Gelenk*), która jest ciężarem dla chorego i miasto poprawy stanowi pogorszenie jego stanu.

Wiedząc o roli, jaka przypada w udziale przy odbudowie stawu rozmaitym tkankom, możemy *a priori* obliczyć skutek naszej interwencji. Możemy otrzymać stawy lepsze i gorsze, mocniejsze i słabsze, stosownie do warunków anatomicznych pochwy okostno-torebkowej. U młodych osobników należy część jej umyślnie poświęcić, by nie mieć ankilozy, u dorosłych skrupulatnie szczerdzić ją przy operacji.

Leczenie pooperacyjne jest niesłychanie ważne, tak dalece, że operacja najlepiej wykonana może dać zły wynik, jeśli pozostawić chorego samemu sobie.

Ollier otrzymywał stawy sztuczne, pomiędzy końcami kostnymi odrosłymi, reprodukuje fizjologiczny typ łokcia normalnego i to w sposób tym wyższy im osobnik był młodszy.

W przypadkach typowych otrzymywał staw bardzo ścisły z boku na bok, a bardzo ruchomy około osi, idącej zprawa na lewo. Masy kostne nowo wytworzone wkraczają w siebie w sposób taki, że chory mógł wyciągniętą kończyną podnosić ciężary od 11—12 kilogr. Jeden 18 letni chory podnosi operowaną ręką 17 kilogr., a zdrową 20 kilogr. Nowy staw odznacza się nie tylko mocą lecz i swobodą ruchów, równą zdrowemu. Jest to najmocniejszy z operowanych Ollier'a.

Chorzy operowani późno, u których mięśnie już w zaniku, a nade wszystko osoby starsze dochodzą do 4—5 kilogr. — rezultat mimo to świetny w porównaniu z dawniejszymi operacjami.

Dwa czynniki głównie wpływają na wynik ostateczny: stan stawu i stan mięśni. Jeśli się za wiele wytnie z kości, odbudowa mocnego stawu będzie trudną mimo zachowania pochwy okostno-torebkowej. Z drugiej strony zdarzają się przypadki zaników mięśniowych nieuleczalnych.

Aby to nas nie spotkało, trzeba operować jak najwcześniej.

W drugiej części swej pracy O. opisuje nadzwyczaj ściśle i podaje rysunek nowego stawu łokcia, operowanego u pewnego chorego, u którego wyleczenie było zupełne, siła kończyny = 11 kilogr. przez 1 minutę; chory zmarł w 8 lat po operacji. Jest to spostrzeżenie niezmiernie ważne i nader rzadkie; po szczegóły odsyłamy do oryginału.

Odtwarzanie się końców stawowych może zachodzić w dwojaki sposób: albo przez odkładanie (*appositio*) substancji kostnej na obwodzie, lecz bez powiększenia długości kości, albo też nadto kość rośnie i na długość. Pierwszą odmianę zowie O. *néoformation latérale*, drugą *n. longitudinale*, albo *totale*.

Po resekcji zawsze kończyna będzie nieco krótszą. „Nigdy nie widziałem mówi O. — nawet u zwierząt najplastyczniejszych, tej samej długości kości obciętej, co odpowiednia kość zdrowej strony”. Jeśli u młodych osobników kość niedługo po operacji przedstawia tę samą długość, to z czasem w miarę wzrostu organizmu okaże się na pewno krótszą. Mowa tu oczywiście o matematycznej równości, gdyż odrost substancji kostnej wzdłuż nie ulega wątpliwości nawet u ludzi dorosłych, jak tego dowodzi rysunek, zamieszczony w pracy Ollier'a, zdjęty z owego preparatu. W tym przypadku osiągnięto „prawdziwy staw, spełniający wszystkie czynności stawu normalnego, ruchomy w kierunkach fizjologicznych, bardzo mocny i zupełnie nieruchomy w kierunku bocznym, t. j. prawdziwy *ginglymus*”.

Co się tyczy wskazań, to autor głównie zastanawia się nad operacją przy cierpieniu łokcia u osobników, u których były, istnieją lub będą zapalenia w innych stawach, u których nadto istnieją cierpienia wewnętrznych narządów.

„Czy należy robić wypiłowania u suchotników? Kiedy lepiej jest amputować? Kiedy zaniechać jednej i drugiej operacji? Są to kwestyje ważne, jeśli

się ma robić resekcye nie gwoli medycyny operacyjnej, lecz w celu leczenia chorego. Nie można dotknąć tej kwestyi, nie dotykając zagadkowego stosunku gruźlicy i zółzów." Ollier jest zwolennikiem tożsamości tych obu cierpień, zgodnie z badaczami niemieckimi.

Otóż z punktu wskazań do resekcji dzieli osobników gruźliczych na 3 klasy:

Takich, których trzeba operować;

Takich, których można operować;

Takich, których nie należy tykać.

Trzeba operować zapalenia ropne łokcia, pomimo obecności dawnych zapaleń takiej że natury w innych częściach szkieletu i pomimo początku cierpienia w płucach, kiedy to ostatnie jest następstwem choroby stawowej. W tych razach wypilowanie może przerwać bieg gruźlicy; chory się poprawia, tyje i może żyć długie lata.

Jeśli zajęcie stawu ukazało się po ukazaniu się cierpienia płucnego, jeśli jest objawem wtórnym i późnym dyjatezy, która już zmieniła narządy wewnętrzne brzuszne i piersiowe, kiedy jest gorączka, trzeba zaniechać wszelkiej operacyi; jeśli zaś przechodzi nam przez głowę myśl, że możnaby wystąpić z interwencyją chirurgiczną w celu ukojenia cierpień chorego, wtedy lepiej uciec się do amputacyi. Chodzi wtedy o natychmiastowe usunięcie przyczyny gorączki i bólów i wybrać operacyę radykalniejszą.

Co do stanowiska O. we względzie antyseptyki, dość przytoczyć jego zdania, że przez tę metodę niebezpieczeństwa traumatyzmu tak się zmniejszyły, iż można robić operacyje, które kiedyś mogłyby się wydać nieracyjonalnemi.

(*Revue de Chirurgie* 1882. Nr. 9.)

Matlakowski.

18. W. Filehne. Dalsze badania nad kairyną i ciałami do niej podobnemi.

W numerze 48 r. z. naszej gazety zwróciliśmy uwagę na nowe środki obniżające ciepłotę, podane przez W. Filehne'go, a mianowicie na kairynę, otrzymaną chemicznie przez Fischera i kairolinę otrzymaną przez König'a i Hoffmann'a, które to ciała są pochodniami chinoliny. W n-rze 6 *Berl. klin. Woch.* Filehne podaje rezultat dalszych poszukiwań swoich, które stwierdzają wysokie przeciwgorączkowe własności całej grupy derywatów chinoliny, ale przedewszystkiem kairyny. Kairyna, która chemicznie jest oksy - hydro - etyl chinoliną (kairyna A) lub oksy - hydro - metyl-chinoliną (kairyna M.), ale zwłaszcza kairyna A. ze względów chemicznych i fizycznych swoich własności ma największą doniosłość praktyczną i wkrótce już w handlu aptekarskim się pojawi. Pierwotne poszukiwania swoje czynił Filehne przeważnie u chorych dotkniętych ostrem krapowem zapaleniem płuc; obecnie przekonał się, że tak samo działa kairyna w tyfusie brzuszny, ostrym gościu stawowym i wielu innych gorączkach. Najwięcej przypadków obserwował F. u charłaków dotkniętych przewlekłym cierpieniem płuc z gorączką, a w jednym przypadku u chorej z przewlekłą ropnicą (*pyaemia*). Po liczniejszych obserwacyjach Filehne nieco inaczej niż poprzednio określa własności dawek, a mianowicie u ludzi dorosłych średniego odżywiania i w chorobach ostrych odpowiednią dawką jest 8 granowa, co godzina, natomiast przy złem odżywianiu i w gorączkach trwających lepiej bywają znoszone dawki mniejsze. W podobnych przypadkach spostrzegł F., że 2 grany podawane co godzina obniżały ciepłotę do 36° C., a nawet do 34,8° C., przyczem nie było zapaści, owszem tętno było silniejsze niż zwykle, a chorzy czuli się dobrze. W tych przypadkach radzi F. rozpoczynać nawet od 1 grana. W ogóle podaje F., że odnośnie do dawek należy wprowadzając kairynę bardzo indywidualizować, ale że za to dawka, obniżająca ciepłotę do żądanej wysokości wypróbowana raz dla jednego chorego, co w ciągu jednego do dwóch dni przy częstem mierzeniu ciepłoty łatwo się daje osiągnąć, pozostaje już niezmienną dla tegoż osobnika. Już dawniej wspominał F. o niedogodności kairyny, polegającej na tem, że z chwilą, gdy przestaje się wprowadzać do ustroju odpowiednie dawki, ciepłota bardzo gwałtownie przy

silnych dreszczach podnosi się do tej wysokości, na jakiejby pozostawała w danym okresie doby i przy danej chorobie bez kairyny. Otóż zwłaszcza przy gorączkach trawiących, w których ciepłota tylko przez kilka godzin bywa podniesioną, kairyna traci tę swoją niedogodność, jeżeli ją tylko tak będziemy podawać, że koniec jej działania przypadnie na koniec zwykłej codziennej gorączki, w tym bowiem razie po ustaniu działaniu kairyny ciepłota pozostaje nadal prawidłową. Co się tyczy chorób ostrych, to F. pozostaje przy zdaniu, że w tych przypadkach, gdzie trudno przez całe 24 godzin w odpowiednich porach bez przerwy podawać kairyne, dobrze jest na noc dawki jej zmniejszać, przez co gorączka mniej gwałtownie i bez dreszczów podnosić się będzie. Stwierdzając zatem jeszcze raz silne przeciwgorączkowe działanie kairyny i nie przestając czynić dalszych poszukiwań, F. pozostawia nierozstrzygniętem, jaką korzyść osiąga ją chorzy, pomijając podmiotowe zadowolenie, z odjęcia im z grupy chorobowych objawów gorączkę, powtóre pytanie, czy lepiej jest zapomocą kairyny utrzymywać chorych przy ciepłocie niżej normy czy też przy pewnej umiarkowanie podniesionej ciepłocie. Co się tyczy chorób trawiących, to F. zauważył, że stanowczo gorzej znoszą ciepłotę niżej normy, a najlepiej ciepłotę 37,8° C.

Nussbaum.

(Berl. klin. Woch. N. 6. 1883 r.)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. D-r Gustaw Doliński z Lublina został dyrektorem zakładu leczniczego w Nałęczowie. D-r Sokółowski będzie jak i dawniej prowadził tamże przez sezon letni leczenie hydryjtyczne.

Berlin. D-rowie Filter, Lang i Loewe proszą listownie o pomieszczenie doniesienia, iż, spodziewając się liczego zjazdu lekarzy na mającym się odbyć w r. b. w Berlinie wystawie higienicznej, berlińska poliklinika (Louisenstrasse 51, obok szpitala Charité) urządza wykłady kliniczne ze wszystkich gałęzi medycyny, które trwać będą miesiąc i rozpoczynać się mają 1 dnia każdego miesiąca.

Paryż. Wkrótce założoną tu zostanie publiczna szkoła pływania, cały rok otwarta, a więc w zimie z wodą ogrzewaną. Szkoła taka nie tylko da sposobność utrzymania czystości ciała za małą opłatą (mężczyźni 15 centimów, kobiety 20 cent, włącznie z ubraniem kąpielowem i ręcznikiem) lecz jednocześnie da sposobność używania pływania, jednego z najbardziej higienicznych ćwiczeń cielesnych. Podobne zakłady oddawna już funkcjonują z wielką korzyścią w każdym niemal mieście angielskiem, a z kontynentalnych w Wiedniu, Berlinie, Brukseli, Bazylei, Lipsku, Hanowrze, Hamburgu, Karlsruhe, Dortmundzie i t. d..

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd Lekarski.* Nr. 11. Pisek. Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty więzów przedkręgowego. Kohn. Zarośnięcie pochwy macicznej nabyte. Wyleczenie za pomocą operacji. Wicherkiewicz: O keratioskopii. Schaitter: Uwagi nad sądowo-lekarskiem badaniem plam nasiennych.

— *Medycyna:* Nr. 11. Dobrzycki. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882.

Sprostowanie. W Nrze 11-tym Gazety Lekarskiej, na str. 206 w wierszu 5 od góry jest p. powinno być „mm.“, w wierszu 20 od góry opuścić wyrazy „niegruźliczych“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Марта 1883 г. Друк К. Ковалевского. Królewska Nr. 23.

**ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIJE
UREGULOWANIE TRAWIENIA.**

WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE—PERRET).

(Najlepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYŻSKĄ AKADEMJE MEDYCZNĄ.

Złote Medale i Dyplomy 'ze wszystkich Wystaw.

**Sprzedaż hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris—Dataiczna
u wszystkich Drogistów i w aptekach.**

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemińskiego oraz u wszystkich drogistów i aptekarzy.“

SYROP CHRZANO-JODOWY

SIROP DE RAIFORT IODÉ

Preparowany na zimno przez ri mault.

Jest to ściśle połączenie ze sokiem z roślin antyskorbutycznych: rzerzuchy, chrzanu, wazęchy i wodnej koniczyny, nieczułych na działania krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najczęściej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jako to: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzano-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępujący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centigramom jodu: dawka przepisywana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór: a dla dorosłych 2—4 łyżek.

FOSFORAN ŻELAZA

P. L E R A S, Doktora Umiejętności, 8 ulica Vivienne.

Środek ten w stanie ciekłym bez smaku, podobny do wody mineralnej, łączy w sobie pierwiastki wyrabiające krew i kości. Ze wszystkich preparatów żelazistych jest on najbardziej racjonalnym dla tego to został przyjęty przez najznakomitszych lekarzy. Bardzo dobrze się nadaje do temperamentów młodych panienek delikatnych, których rozwój ciała jest trudny lub spóźniony, dla pań cierpiących na nieznośne bóle żołądka, pochodzące z bladaczki, wyniszczenia, białych upławów, lub braku regularności, dla dzieci bladych, wątłej budowy i delikatnych i dla wszystkich osób cierpiących z niedokrwiłości. Skuteczny, szybko działający, może być zużyciem przez najdelikatniejsze żołądki, środek ten nie sprawia ani zatwardzenia, ani nie działa szkodliwie na zęby. Oto są przymioty, dla których użycie jego zalecają lekarze.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1878

ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsiny

ZUPEŁNIE TRAWIACY

POKARMY
TLUSTE
MACZYSTE
I ŻYLASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIWI

**Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.**

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE RAUDON, 12, Ulica Charles V,
w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flaconie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI I PIGUŁKI Z BROMKU KAMFORY

DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI I PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.*

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEN, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLACONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flaconu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flaconie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45.

Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu**

Villa Possenhofen.

6—1

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyadi Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w *Wiedniu*, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kyżego*, *D-ra Zaleskiego w Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—1

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Czerwcem 1883 r.

nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO.

Dzieło zawierać będzie około 54 arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

0—6

Plaster Thapsia

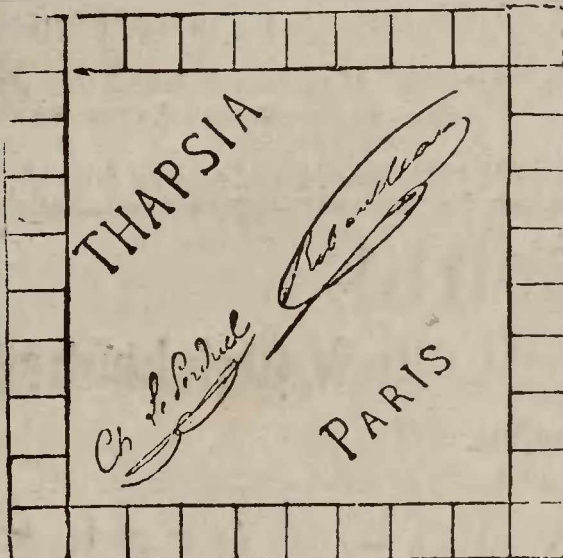
LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekań słusznie zarzu-
canych plastram naśladowującym Thapsia
Le Perdiel-Rebouleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozotowskiego,
Spiossa i Syna, Sterzputowskiego, Zeuschnera,
Ziemińskiego i Lilpoya.

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMACNIAJĄCA
zawierająca

Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodowy

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie

odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw

**Bezkrwistości, Skrofulom,
Diabetis, Gorączce Peryodycznej**
Chorobom skórny i organów oddechowych

Sezon kuracyjny

OD 25 MAJA DO 25 WRZEŚNIA.

CHLORAL

W PERELKACH LIMOUSIN'A

Chloral w perelkach Limousin'a jest za-
warty w eukrowanej skorupce, co mu nadaje
pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cu-
kierków zawiera w sobie 25 centygrammów
czystego i skryzalizowanego chloralu. Zaży-
ty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dła-
wienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego
smaku, jaki posiada woda chloralu rozpu-
szczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim wa-
runkom ścisłości a sprawdzenie czystości pro-
duktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera
wpływ uspakajający i sprowadza sen. Każdy
flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków,
które mają po 25 centigram. najczystszej
wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje
się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue
Blanche, w Rosyji we wszystkich główniej-
szych aptekach, i składach materiałów aptecz-
nych.

PRZECIWK

*Katarom, Grypie, Za-
paleniu oskrzeli, Sirop
i Pate pectorale de Nafé, Delangre-
nier'a z Paryża posiadają skuteczność
pewną i sprawdzoną przez Członków
Francuskiej Akademii Medycznej; nie-
zawierając w sobie ani Opium, ani Mor-
fyny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy
dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem
albo Kokluszem.*

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.

DRAGEES MEYNET
D'EXTRAIT
DE FOIE DE MORUE

Pigułki Meynet
z Ekstraktu
Tranu Rybiego.
Zatwierdzone przez
Paryzką Akade-
mię Medyczną.

Zalecane przez wszystkich le-
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.



Pigułki Meynet sprze-
dają się w pudełkach albo
we flakonach. Wyma-
gać na etykiecie znak fa-
oryczny, jak obok, i pod-
pis G. Meynet, niebies-
kim atramentem.

Skład Hurtowy: A. Fourny,
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego władu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*). — II. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1883. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* 16. Fleischlen. (Berlin). O pewnym cierpieniu nerek, spowodowanym przez ciężę i poród. (Dokończenie). — 17. Ollier. O wypitowaniu łokcia. — 18. W. Filehne. Dalsze badania nad kairyną i ciałami do niej podobnymi. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego władu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*).

Podał D-r med. **Alfred Sokołowski**
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

W czasie mojej dwuletniej działalności lekarskiej w Zakładzie leczniczym Nałęczowskim spostrzegałem 20 przypadków przewlekłego władu rdzenia kręgowego; jeśli do tego dodać 3 przypadki spostrzegane ostatnimi czasy na moim oddziale w szpitalu Ś-go Ducha, będziemy mieli razem 23 dokładnych spostrzeżeń cierpienia, o którym mowa. Występując z pracą opartą na tak małej stosunkowo ilości spostrzeżeń, czynię to głównie dla dwóch powodów: 1) Na ostatnim międzynarodowym Zjeździe Lekarskim w Londynie (w Lipcu 1881 r.) odbywały się niezwykle ważne i ciekawe rozprawy dotyczące przyczyn władu. Po wymianie najrozmaitszych zdań i poglądów, Erb, promotor owej dyskusji, zawnioskował, że przedmiot tak sporny da się z czasem tylko w ten sposób w należytem świetle postawić, jeśli lekarze różnych krajów ogłaszać będą dokładne i ściśle statystyki danej choroby. Otóż, czyniąc dzisiaj pod tym względem początek, sądzę, że wkrótce, idąc za moim przykładem, koledzy specjaliści nerwopatologowie, mający w rozporządzeniu swoim daleko obszerniejszy niż ja materiały, pośpieszą ogłosić odpowiednie dane. Toż samo stosuje się do lekarzy zakładów wodoleczniczych i kąpielowych, gdzie rok rocznie ogromna ilość tego rodzaju chorych szuka ulgi w swoim dolegliwym cierpieniu. 2) W pracy mojej zwracam głównie uwagę na pierwszą grupę objawów, pozwalających na wczesne rozpoznanie w mowie będącej choroby, co ze względu na wyniki dodatnie leczenia we wczesnych okresach choroby posiada pod względem praktycznym wysoką doniosłość. Tym sposobem pracę swoją poświęcam głównie lekarzom praktykom, nie mającym ani możności ani czasu czytać najnowszych prac, głównie ogłaszanych za granicą, a dotyczących w mowie będącej choroby. Lekarze specjaliści w pracy niniejszej nie znajdą dla siebie nic nowego, ani ciekawego.

Streszczenie wszystkich spostrzeżeń znajdzie czytelnik w załączonej tablicy:

№ bieżący.	Zajęcie.	Wiek	Od ilu lat trwają objawy choroby.	Przyczyny.	Stan wzroku.	Bóle.	Zaburzenia czuciowe.
1	Urzędnik.	39	10 lat.	Wyraźny moment dziedziczny; ojciec i matka dotknięci wiałem rdzenia.	Prawidłowy.	Bóle w nogach umiarkowanego natężenia.	Osłabienie czucia w dolnych kończynach
2	Felezer.	48	8 lat.	Zupełnie niewiadome (<i>pollutiones?</i>).	Prawidłowy.	Silne bóle w krzyżu i nogach.	Czucie prawidłowe.
3	Adwokat.	42	6 lat.	Przymiotnica przed 12 laty z wyraźnymi objawami następczemi.	<i>Atrophia nervi optici dextri completa, sinistri incompleta.</i>	Od czasu do czasu silne strzelające bóle w obu nogach; bóle opasujące.	Czucie w dolnych kończynach osłabione.
4	Adwokat.	42	6 lat.	Przymiotnica przed 10 laty z wyraźnymi objawami następczemi.	Prawidłowy.	Od 2-eh lat bóle latające po całym ciele, głównie w nogach.	Czucie zupełnie prawidłowe.
5	Aptekarz.	35	1½ roku.	Przymiotnica przed 12 laty bez objawów następczych; chory jako powód podaje silne zaziębienie na polowaniu.	Prawidłowy.	Od roku bóle powyżej kolan.	Czucie zupełnie prawidłowe.
6	Gospodarz wiejski.	40	12 lat.	Przymiotnica przed 20 laty bez objawów następczych.	Prawidłowy.	Od 12 lat bóle latające w nogach.	Czucie i bolesność znacznie osłabione.
7	Gospodarz wiejski.	48	6 lat.	Przymiotnica przed 20 laty z objawami następczemi.	Prawidłowy.	Od 6 lat bóle głównie w nogach i krzyżu.	?
8	Gospodarz wiejski.	37	10 lat.	<i>Abusus in Baccho et in Venere.</i>	Prawidłowy.	Od 10 lat bóle latające głównie w nogach.	Niczulość i bezbolesność (<i>analgesia</i>) w nogach.
9	Urzędnik.	42	11 lat.	Przymiotnica przed 18 laty bez objawów następczych; leczenie rękociowe.	Osłabiony, rozszerzenie jednej źrenicy.	Od 4-eh lat silne, szczególnie w nogach.	Znaczne osłabienie czucia w nogach.
10	Kupiec.	45	3 lata.	Przymiotnica przed 14 laty; czy były objawy następce niewiadomo.	Prawidłowy.	Od 3-eh lat niezwykle silne klujące szczególnie w nogach.	?
11	Student.	21	1½ roku.	Samogwałt. Nadużycia płciowe.	Prawidłowy, lecz źrenica rozszerzona.	Od kilka miesięcy nieznośne bóle przemijające.	Czucie prawidłowe.

Odruch kolanowy.	Stan pęcherza i odbytnicy.	Zaburzenia ruchowe.	Popęd pleiowy.	Leczenie i jego wynik.	UWAGI. Pierwotny objaw choroby.
Zniesiony.	Oddawanie moczu prawidłowe. Zastwardzenie nieznaczne.	Bezład w nogach w wysokim stopniu, chory wstać nie może; nieznaczny bezład w kończynach górnych.	Oslabiony.	Strumień galwaniczny, hydroterapija. Poprawa bezładu w rękach, bóle mniejsze.	Oslabienie nóg bezład.
Oslabiony.	Oddawanie moczu prawidłowe. Zastwardzenie silne.	Bezład nieznaczny; siła mięśniowa znacznie zmniejszona.	Oslabiony; częste zmazania.	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle.
Zniesiony.	Oddawanie moczu utrudnione. Silne zastwardzenie.	Bezład tylko przy zamknięciu oczu; chód prawidłowy. tylko łatwe męczenie się, osłabienie w nogach.	Oslabiony.	Hydroterapija. Nieznaczna poprawa.	Pierwotnym objawem było osłabienie wzroku; poprzedziło ono o 6 lat inne objawy.
Zniesiony.	Oddawanie moczu utrudnione. Lekkie zastwardzenie.	Bezładu wcale nie ma nawet przy zamknięciu oczu, siła w nogach dobra.	?	Hydroterapija. Bez poprawy.	Pierwotny objaw zaburzenia w pęcherzu na 4 lata przed bólami.
Zniesiony.	Oddawanie moczu utrudnione. Silne zaparcie stolca.	Bezład wysokiego stopnia. Nieznaczny bezład kończyn dolnych.	?	Hydroterapija. Strumień stały. Poprawa.	Pierwotny objaw osłabienie nóg.
Zniesiony.	Lekkie utrudnienie w oddawaniu moczu; oddawanie kału prawidłowe.	Bezład w nogach w wysokim stopniu, lekki bezład w kończynach górnych.	Wzmoczony częste erekcje i zmazania.	Hydroterapija. Strumień stały. Poprawa.	Pierwotny objaw bóle.
Zniesiony.	Lekkie trudności w oddawaniu moczu. Stolec prawidłowy.	Bezład w nogach dosyć znaczny, szczególnie przy zamknięciu oczu.	Nieco wzmoczony. Zmazania.	Hydroterapija. Poprawa.	Pierwotny objaw bóle.
Oslabiony.	Mokrzyenie prawidłowe. Lekkie zaparcie.	Nieznaczny bezład przy zamknięciu oczu.	Niedoleżstwo (<i>impotentia</i>).	Hydroterapija. Poprawa.	Pierwotny objaw bóle.
Zniesiony.	Mokrzyenie utrudnione. Stolec prawidł.	Bezład w nogach w wysokim stopniu, chory bez pomocy iść nie może.	?	Hydroterapija. Galwanizacyja. Poprawa nieznaczna.	Zaburzenia wzroku na 7 lat przed bólami.
Zupełnie zniesiony.	Mokrzyenie utrudnione. Stolec zaparty.	Bezład tylko przy zamknięciu oczu; siły w nogach dobre.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Galwanizacyja. Bez poprawy.	Bóle.
Zniesiony.	Niemożliwość utrzymania moczu. Zaparcie.	Bezładu wcale nie ma przy zamknięciu oczu, chód prawidłowy.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Galwanizacyja. Bez poprawy.	Niemożliwość utrzymania moczu.

№. bieżący.	Zajęcie.	Wiek	Od ilu lat trwają objawy choroby.	Przyczyny.	Stan wzroku.	Bóle.	Zaburzenia czuciowe.
12	Gospodarz wiejski.	41	18 lat.	Wilgoć, więzienie kilkomiesięczne w wilgotnych kazamatach.	Prawidłowy.	Niezbyt silne (darcie) w nogach głównie.	Czucie prawidłowe.
13	Urzędnik.	61	3 lata.	?	Obustronna prawie zupełna amaurosis. Zanik nerwu wzrokowego.	Od kilku miesięcy bóle nieznaczne kłójące w nogach.	Czucie prawidłowe.
14	Urzędnik.	42	10 lat.	?	Amaurosis jednostronna zupełna, poczynająca się w drugim oku.	Od kilku lat nieznaczne.	Czucie prawidłowe.
15	Major.	59	Od kilku lat.	? <i>Abusus in Baccho et in Venere (?)</i>	Prawidłowy.	Nieznaczne w nogach.	Czucie prawidłowe.
16	Urzędnik.	41	Od 10 lat.	?	Prawidłowy.	Nieznaczne, głównie w nogach.	Czucie nieco osłabione.
17	Urzędnik.	43	7 lat.	Samogwałt.	Prawidłowy.	Od roku bóle latające w nogach.	Czucie osłabione w nogach.
18	Urzędnik.	42	5 lat.	Przymiot przed 18 laty były objawy następeze.	Osłabienie wzroku od kilku lat.	Od 5-ciu lat bóle kłójące w nogach.	Czucie znacznie osłabione.
19	Kobieta zamężna.	29	8 lat.	?	<i>Paresis oculomotoria sinistra.</i>	Od 8 lat bóle latające w nogach i rękach.	Czucie zupełnie prawidłowe.
20	Panna.	22	Od kilku mies.	Dziedziczność. Samogwałt.	Prawidłowy.	Od kilku miesięcy bóle głównie na przebiegu nerwów w nogach i rękach.	Czucie prawidłowe.
21	Gospodarz wiejski.	42	5 lat	Silne wzruszenia moralne.	Przemijające osłabienie od pół roku.	Od 5 lat bóle w klatce piersiowej (<i>angina</i>), od 3 lat bóle w nogach (<i>darcie</i>).	Czucie prawidłowe.
22	Urzędnik.	33	10 lat.	Przed 7 laty <i>ulcus venereum</i> ; przed 3 laty znowu owrzodzenie; objawów wtórnych nie było.	Prawidłowy.	Od 4 lat bóle kłójące głównie pod postacią <i>ischias</i> .	Czucie prawidłowe.
23	Kobieta niezamężna, służąca.	40	4 lata.	Po silnym przestrawu, (napadnięta przez psa jakoby wściekłego).	Prawidłowy.	Od 3 lat bóle kłójące w różnych częściach ciała, szczególnie w nogach.	Czucie osłabione.

Odruch kolanowy.	Stan pęcherza i odbytnicy.	Zaburzenia ruchowe.	Popęd płciowy.	Leeczenie i jego wynik.	UWAGI. Pierwotny objaw choroby.
Zmniejszony.	Prawidłowy.	Lekki bezład, przy zamknięciu oczu; wyraźne osłabienie siły w nogach.	Zmazania. Niedoleństwo (<i>impotentia</i>)	Hydroterapija. Galwanizacyja. Poprawa.	Oslabienie siły w nogach.
Zniesiony.	Prawidłowy.	Bezładu nawet przy zamknięciu oczu nie ma, osłabienie siły mięśniowej w nogach.	Zmazania.	Hydroterapija. Galwanizacyja. Bez poprawy.	<i>Amaurosis.</i>
Zniesiony.	Prawidłowy. Zatwardzenie.	Nieznaczny bezład; przy zamknięciu oczu wyraźniejszy.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Poprawa.	<i>Amaurosis.</i>
Oslabiony.	Oddawanie moczu prawidłowe; zatwardzenie.	Bezład głównie przy zamknięciu oczu.	Prawidłowy.	Hydroterapija. Poprawa.	Oslabienie nóg i bezład.
Oslabiony w jednym; zniesiony w drugim kolanie.	Prawidłowy.	Bezład nieznaczny, tylko przy zamknięciu oczu wyraźniejszy.	Oslabiony.	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle.
Zniesiony.	Oddawanie moczu znacznie utrudnione zatwardzenie silne.	Bezład występuje wyraźnie przy zamknięciu oczu.	Niedoleństwo (<i>impotentia</i>).	Hydroterapija. Bez poprawy.	Zaburzenia w pęcherzu.
Zniesiony.	Oddawanie moczu nieco utrudnione. Stolec zaparty.	Bezładu nawet przy zamknięciu oczu nie ma.	Oslabiony.	Hydroterapija. Strumień stały. Poprawa.	Bóle.
Prawie zniesiony	Niemожność utrzymania moczu od 8 lat. Stolec prawidłowy.	Bezład umiarkowany przy zamknięciu oczu; głównie osłabienie siły w nogach	—	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle; niemożność utrzymania moczu.
Zupełnie zniesiony.	<i>Incontinentia</i> od kilku miesięcy. Stolec prawidłowy.	Bezładu niema.	—	Hydroterapija. Poprawa.	Bóle i <i>incontinentia</i> jednocześnie.
Zupełnie zachowany (!)	Nieznaczne osłabienie w mokrzeniu. Zatwardzenie silne.	Bezład nóg w wysokim stopniu.	Niedoleństwo (<i>impotentia</i>).	Hydroterapija. Poprawa.	<i>Angina pectoris</i> od trzech lat; niezwykle silne swędzenie ciała.
Zniesiony.	Mokrzyenie utrudnione. Zatwardzenie dosyć silne.	Bezład w wysokim stopniu, osłabienie siły w nogach.	Popęd płciowy zachowany, zmazania.	Hydroterapija kąpiele solankowe, rtęciowe; bez poprawy.	Pierwszy objaw utrudnione mokrzyenie; w przebiegu napady t. z. <i>crise laryngeenne</i> .
Znacznie zmniejszony.	Mokrzyenie prawidłowe. Zatwardzenie.	Bezład w wysokim stopniu, osłabienie znaczne siły mięśniowej w nogach.	—	Strumień stały. Kąpiele zimne. Poprawa.	Pierwszym objawem było osłabienie siły w nogach; z czasem rozwinęło się cierpienie stawów.

1) Liczba spostrzeganych przypadków:

u mężczyzn	20	} razem 23 czyli 13% ogólnej liczby, czyli 1:7.
u kobiet	3	

Stosunek ten jest mniej więcej podobny do stosunku, podanego przez Erb'a 1:8 i Steinthal'a 1:7, z którego widać, że choroba przeważa znacznie u osobników płci męskiej, gdyż jak Erb twierdzi są oni bardziej wystawieni na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

2) Pod względem zajęcia było:

urzędników	8	} z tych 2 tylko posiadało zajęcie biurowe; inni byli to urzędnicy kolejowi, lub komisowi, jeden pocztowy, słowem tacy, którzy narażeni byli na wpływy atmosferyczne; do tej samej kategorii zaliczyć należy i następującą grupę t. j.
gospodarzy	5	
adwokatów	2	} Słowem na 23 osobników mieliśmy 17 takich, których zajęcie wystawiało na silne zmiany atmosferyczne.
felczer	1	
wojskowy	1	
służąca	1	
kupiec	1	
student	1	
aptekarz	1	
kobiet z klasy zamożnej	2	

3) Co do wieku mieliśmy:

między 20—30 rokiem	3	przypadki
„ 30—40	4	„
„ 40—50	14	„
„ 50—60	2	„

Odpowiada to statystyce innych autorów, którzy zgadzają się, że choroba jest najczęstszą między 40—50; i tak na 162 przypadki Cyo'n'a 63 przypadki było między 40—50 rokiem.

4) Przyczyny wiądu były przedmiotem bardzo szczegółowych badań tem bardziej, że mieliśmy do czynienia przeważnie z ludźmi inteligentnymi, dokładnie się spostrzegającymi, którzy byli w stanie najszczegółowiej nas o całej swej anamnezie objaśnić i tak znaleźliśmy:

a) u 4-ech chorych najzupełniejszy brak jakiegokolwiek momentu przyczynowego, (ani zaziębienie, ani nadużycia i t. p. przyczyny wykazać się nie dały pomimo troskliwego badania w tym kierunku).

b) u 2-óch znaleźliśmy wyraźną dziedziczność; w jednym przypadku matka 25-letniej chorej dotknięta była tem samym co i ona cierpieniem, a u innego chorego ojciec, oraz brat młodszy przedstawiali wyraźne objawy wiądu. Ten ostatni chory dotknięty był obok daleko posuniętego bezładu w kończynach dolnych, również dosyć znacznie posuniętym bezładem kończyn górnych, przypominał on więc formę bezładu dziedzicznego, opisaną tak klasycznie przez

Friedreich'a. U chorej zaś, u której była również wyraźną dziedziczność, mieliśmy do czynienia z formą zupełnie poczynającą się (szczegółowo będzie opisany ten przypadek jeszcze poniżej), gdzie nawet jeszcze bezład w kończynach dolnych nie ujawnił się.

c) u 2-óch chorych w etyologii był wyraźnie zaznaczony moment psychiczny. I tak, w jednym przypadku chory zupełnie zdrowy był przedtem; zahartowany na wpływy atmosferyczne, pędzący życie regularne i umiarkowane, po doznaniu w ciągu kilku miesięcy silnych moralnych wzruszeń natury przynębiającej zaczął chudnąć, a jednocześnie poczuł pierwsze objawy choroby.

W drugim przypadku, dotyczącym 40-letniej kobiety, mieliśmy również wyraźny moment przyczynowy. Kobieta owa, będąc zupełnie zdrową, przed 4 laty doznała niezwykle silnego przestachu, (napadnięta bowiem była przez psa podejrzanego o wściekliznę); bieg wyteżony i silny przestach wywołał chorobę, a od tej chwili od razu chora poczuła silne osłabienie w kończynach dolnych, które, powoli postępując, w ciągu kilku lat doprowadziły do zupełnego bezładu. Bóle charakterystyczne wystąpiły dopiero w rok po owym przypadku.

d) W jednym przypadku mieliśmy wyraźny moment przyczynowy pod postacią silnego przeziębienia na polowaniu; chory, który do owego czasu był zdrowy zupełnie, wkrótce potem zaczął doznawać charakterystycznych bólów, a następnie wystąpiło szybko postępujące osłabienie kończyn dolnych.

e) W jednym przypadku chory wskazywał, jako na jedyny wyraźny moment przyczynowy, na silną wilgoc, której podlegał, przebywając kilka miesięcy w niezwykle wilgotnej kazamacie fortecznej; od tej pory wystąpiły wyraźne bóle, a następnie inne objawy choroby.

f) u 5 chorych (mężczyzn) mieliśmy do czynienia z silnymi nadużyciami *in Venere*, do których chorzy w zupełności się przyznawali. U trzech były to zwykłe nadużycia, u dwóch innych samogwałt.

g) Przechodzimy obecnie do najważniejszej przyczyny, t. j. do wpływu przymiotu. Punkt ten jest niesłychanie ważnym i dlatego musi być nieco obszerniej rozebrany. Sądzę, że nie będzie zbyt cennym, jeśli nawet pokrótce streszczę panujące dziś w nauce pod tym względem zapatrywania.

Jak to powszechnie wiadomo, pierwszy Fournier w 1876 r. obszerniej poruszył kwestyję stosunku przymiotu do przewlekłego wiądnienia kręgowego, twierdząc, że najczęstszą przyczyną tejże choroby jest przymiot. W statystyce wówczas podawanej znalazł on z liczby 31 tabetyków u 24-ech wyraźnie zaznaczoną w anamnezie chorobę przymiotową. Po nim w lat kilka, bo w 1874 r., z pracą, zupełnie podzielającą zapatrywanie francuzkiego autora, wystąpił Erb, który znalazł pomiędzy 44 tabetykami u 27-u przymiot. Tenże autor utrzymywał wówczas, że różnicy w objawach pomiędzy wiądnem przymiotowego pochodzenia, a zwykłą formą nie ma wcale i że we wszystkich przypadkach wiądnia, gdzie udaje się wyalesć w anamnezie chorobę przymiotową, należy najenergiczniej przeprowadzić leczenie swoiste, po którym możemy się spodziewać pomyslnych wyników. Od czasu owych dwóch głośnych prac przedmiot ten, postawiony na porządku dziennym, wywołał w ciągu dwóch lat liczny szereg prac niemieckich i francuzkich autorów, z których jedni występowali za powyżej przytoczonym

poglądem, inni byli mu wprost przeciwni. Każdy z autorów na poparcie swego zdania przytoczył szereg własnych spostrzeżeń. Prac tych nie podaję tutaj nawet w streszczeniu, gdyż ciekawi czytelnicy znajdą je w streszczeniu kol. *Klinka* z pracy zbiorowej *[Möbius'a]*, pomieszczonej w N-rze 7 Gazety Lekarskiej z roku 1881 roku.

Kwestyja w mowie będąca wyszła poraz wtóry na porządek dzienny w 1881 na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Londynie. Z przysłanego oryginalnego sprawozdania z tego zjazdu streszczam pokrótce następujące poglądy¹⁾. Rozprawy rozpoczął *Erb*, który, streściwszy w krótkości istniejące dotychczas sporne punkta, podaje przedewszystkiem wyniki swojej najnowszej statystyki.

Do ostatnich czasów spostrzegał on razem 122 tabetyków i u tych znalazł następujący stosunek procentowy do przymiotu: w 10,6% nie udało się wykazać zarażenia przymiotem, zaś w 89,3% istniało takowe stanowczo (z tej liczby w 59% przypadków istniały objawy następcze choroby przymiotowej, w 30% zaś chorzy przebywali tylko szankra bez objawów następczych. Co się dotyczy czasu, który upłynął między zarażeniem się a wystąpieniem pierwszych objawów wiądn, to pod tym względem autor zanotował dokładnie 106 przypadków i takowe dały następujące wyniki:

	w 22 przypadkach upłynęło 3— 5 lat
„ 40	„ „ 6—10 „
„ 29	„ „ 11—15 „
„ 4	„ „ 16—20 „
„ 8	„ „ 21—25 „
„ 3	„ „ więcej niż 25 lat

Tym sposobem podług *Erb'a* wiąd ujawnił się w 58% przypadków w 10 lat po zakażeniu, a w 85,6% wszystkich przypadków w pierwszych 15-stu latach po zarażeniu. Autor, wykazawszy tym sposobem, że u 89% tabetyków istnieje związek z przymiotem, twierdzi w dalszym ciągu swej pracy, że procent ów jest jeszcze za małym, a to z następujących powodów: 1-o że wielu chorych zapomina nieraz o tem, co u nich przed 10 lub 20 zdarzyło się laty; 2-o że wielu chorych źle się obserwuje i często przeocza objawy nieznaczne choroby przymiotowej, lub nieraz z umysłu przed lekarzem je ukrywa; 3-o że przymiot często występuje bez wyraźnego pierwotnego owrzdzenia, że po 4-o wielu ludzi, którzy w pierwszych latach życia swego przebywali przymiot dziedziczny, zazwyczaj o tem nic nie wiedzą. Z tych to powodów *Erb* sądzi, że nie omylimy się wcale, przypuszczając, że u 90% tabetyków co najmniej istnieje ścisły związek tej choroby z przymiotem. Koniec końców, autor twierdzi, że mimo-woli nasuwa się pytanie, czy wiąd nie jest poprostu jedyną z późniejszych postaci przymiotu. Autor ten sądzi, że rozwiązanie takowego należy do przyszłości, a środkiem po temu mogą być tylko dokładne sprawozdania i ścisłe statystyczne prace, dokonywane we wszystkich krajach, o dokonywanie których autor najusilniej uprasza lekarzy.

¹⁾ Transactions of the International Medical Congress. Seventh Session. 1881. London. Vol. II. str. 31—42.

Z rozprawy bardzo obszernej, która się wywiązała nad tym przedmiotem. podaję tu w streszczeniu tylko ważniejsze dane i tak: znany nerwopatolog angielski *Althaus* nie podziela bynajmniej zapatrywań *Erb'a*; sądzi on, że kwestyja nie da się rozwiązać li tylko drogą prostej statystyki; zdaniem jego należy kwestyję tę rozpatrzyć i pod względem klinicznym, oraz historyczno-lekarskim, pod tym względem bowiem ostatecznie zasługuje na uwagę ta okoliczność, że już *Hippokrates*, *Galen* i inni pisarze starożytni dokładnie w pismach swoich skreślili obraz wiału, gdy tymczasem nie ulega kwestyi, że choroba przymiotowa zjawiała się w Europie dopiero w końcu XV wieku. Co się dotyczy własnych spostrzeżeń, to autor zanalizował pod tym względem własnych 1000 przypadków chorób nerwowych, a wyłączwszy przypadki wątpliwego zakażenia, oraz proste owrzodzenia szankrowe, przyszedł do wniosku, że zaledwie u 41% tabetyków dała się wykazać z całą stanowczością w anamnezie choroba przymiotowa.

Znany syfilidolog i patolog francuzki *Lancereaux* z Paryża podaje ostrej krytyce poglądy *Erb'a* szczególnie z punktu widzenia anatomopatologicznego. Zmiany trzeciorzędne przymiotowe nigdy nie zajmują jakiegoś narządu na całej jego przestrzeni; przeciwnie są one ograniczone, przedstawiają się pod postacią guzów, guzików pojedynczych lub licznych, które następnie ulegają stłuszczeniu lub zwyrodnieniu szklistemu (*fatty or hyaline degeneration*) i ostatecznie prowadzą do utraty substancyi i do wytworzenia się blizny. Ten właśnie charakter przedstawiają zmiany przymiotowe na skórze oraz w narządach wewnętrznych jako to: nerkach, wątrobie, mózgu i t. p.. Przeciwnie zmiany napotymane przy przewlekłym wiału rdzenia przedstawiają wprost przeciwny charakter; są one przede wszystkim zmianami symetrycznymi, rozległymi, rozlanymi, rozwijającymi się bardzo powoli i nieprowadzącymi wcale do rozpadu i wytwarzania blizn. Autor sądzi dalej, że za najważniejszy moment przyczynowy wiału rdzenia należy uważać nadmierne i częste pobudzenie rdzenia kręgowego przede wszystkim wskutek nadużyć płciowych. (Autor widział wiał u kobiet prawie wyłącznie u prostytutek lub szwaczek zajętych szyciem na maszynach poruszanych nogą). Z innych autorów *Rosenstein* podzielał poglądy, *Erb'a* zaś *D-r Zambaco* i inni poglądy przeciwnie.

Jednem słowem rozprawy acz obszerne bynajmniej nie rozstrzygnęły kwestyi; dały jednakże niezmiernie ważny materiał do kierunku przyszłych badań.
(D. c. n.)

II. KILKA UWAG

NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

Henryk Pacanowski asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

Dreszcze, niezależne od żadnych spraw zapalnych miejscowych, lecz bez widocznej przyczyny powstałe, miały miejsce w 7 przypadkach. Pojawiały

się w okresie gorączki stałej raz lub kilkakrotnie, np. 16 dnia choroby przy ciepłocie 40° C., pomimo iż odtąd ciepłota utrzymywała się jeszcze na tym stopniu przez 9 dni. W innym przypadku dreszcze, począwszy od 13 dnia choroby, powtarzały się co drugi dzień, a ciepłota wzrastała za każdym razem o 1 lub 2 stopnie. W dwóch przypadkach dreszczami rozpoczął się czwarty, t. j. przepuszczający okres gorączki tyfusowej.

P o t y w czasie trwania gorączki, nie zaś jako cecha zakończenia tyfusu (krytyczne) w 7 przypadkach. Z tych w czterech, były tylko po razie: 12 dnia choroby (przy ciepłocie 39,1° C.), 16 dnia (ciepłota 38,6° C.), 22 dnia (ciepłota 39,3° C.), 41 dnia (ciepłota 39,1° C.); gorączka po nich nie obniżała się. W pozostałych, poty powtarzały się kilkakrotnie; ze wszystkich tych przypadków tylko jeden zakończył się śmiercią.

Rozbiór oddzielnych objawów.

1) R ó ż y c z k a (*roseola*). Zanotowano ją z liczby 133 przypadków tyfusu brzuszego w 40-tu. Dnia wystąpienia jej, w każdym oddzielnym przypadku oznaczyć niepodobna, gdyż najczęściej chorzy przybywali do szpitala z różyczką już rozwiniętą, lub też po zniknięciu takowej w końcu drugiego tygodnia. W chwili przybycia do kliniki zauważono różyczkę: w 3 przypadkach 4 dnia choroby, w 4-ech 5 dnia, w 3-ech 6 dnia, w 3-ech 7 dnia, w 5-ciu 8 dnia, w 3-ech 9 dnia, w 1-nym 10 dnia, w 1-nym 11 dnia, w 2-óch 12 dnia, w 1-nym 14 dnia, w 1-ym 15 dnia, w 1-nym 21 dnia, w jednym przypadku 29 dnia choroby. W czasie zaś pobytu chorych w klinice wystąpiła różyczka: 5 dnia choroby w 1-nym przypadku, 7 dnia w 2 przypadkach, 8 dnia w 2-óch, 10 dnia w jednym, 11 dnia w 2-óch, 16 dnia w 2-óch, 18 dnia w jednym przypadku. U pewnego chorego jednocześnie z pojawieniem się różyczki (11 dnia choroby) ciepłota spadła z 40° C. na 38° C. i odtąd rozpoczął się trzeci (zwalniający) okres gorączki; u innego zaś różyczka wraz z petociami wystąpiła 16 dnia choroby, gdy ciepłota spadła do stanu prawidłowego i zaczęła się rekonwalescencyja. W jednym przypadku różyczka, pojawiwszy się 7 dnia choroby, znikła nazajutrz bezpowrotnie.

2) P e t o c i e (*petechiae*) bez różyczki zanotowano 7 razy, wraz z takową 5 razy. Zaslugują tu na wzmiankę dwa przypadki, w których jednocześnie ze zniknięciem petoci wystąpiła zapaść (*collapsus*) i utrata przytomności; w żadnym z nich krwotoku kiszkiowego nie było, obadwa z pomyślnem zakończeniem.

№ 23. S., służąca, lat 14, z obfitym pokładem tkanki tłuszczowej, przybyła 4 dnia choroby z ciepłotą 41,2° C. wieczorem. Tyfus rozpoczął się jednym bardzo mocnym dreszczem i wymiotami (3 razy); w jej domu jednocześnie dwóch tyfusowych. Chora w stanie prawie bezprzytomnym, senna, majaczy; bezwiedne skurcze ścięgniste (*subsultus tendinum*); ogólna nadczułość skóry za najlżejszem dotknięciem; śledziona na VIII żebrze, ból w nadbrzuszu; na skórze petocie. Siódmego dnia choroby przy ciepłocie 40,4° C. nastąpiła ogólna zapaść (*collapsus*), zupełna utrata przytomności, zimne sine kończyny, nadczułość ogólna trwa ciągle; petocie znikły. Stan taki trwał do 10 dnia, poczem nastąpiła poprawa. Cała gorączka trwała 19 dni.

3) Łuszczenie naskórka, w 4 przypadkach; z tych dwa w okresie zdrowienia, pozostałe w czasie stałej gorączki (14 dnia choroby przy ciepłocie 40° C. i 40-go dnia choroby przy ciepłocie $39,8^{\circ}$ C.).

4) Róża (*erysipelas*) spostrzegana była tylko w dwóch przypadkach tyfusu brzuszego, zawsze na twarzy.

№ 24. G., 17-letni terminator ślusarski, wątłej budowy i odżywiania, przybył 16. I. 1877, ze śledzioną podniesioną do VII żebra, rozwolnieniem i nieżytem oskrzelowym. Choroba rozpoczęła się jednym mocnym dreszczem, po którym były obfite poty; to samo powtarzało się odtąd co wieczór przez 5 dni. W domu chorego 4 tyfusowych. Zanotowano również, iż chory oddawał się nadużyciom płciowym, wyskokowi i tytoniowi; mieszkanie bardzo wilgotne. Nazajutrz po przybyciu do kliniki ciepłota po 10-granowej dawce chininy spadła z 40° C. na 37° C.. Lecz już po dwóch dniach, t. j. dnia 19. I. ciepłota, począwszy od $38,5^{\circ}$ C., zaczęła się stopniowo podnosić w sposób właściwy tyfusowi, doszedłszy czwartego dnia wyżej 40° C.. Odtąd rozpoczęła się gorączka stała, trwająca przez 10 dni, zupełne zaś obniżenie takowej nastąpiło po 24 dniach. Przez 2 dni następne był stan bezgorączkowy; nagle po silnym dreszczu ciepłota podskoczyła z $37,2^{\circ}$ C. do $39,1^{\circ}$ C.; nazajutrz 40° C.; pokazała się na twarzy róża; chory od dwóch dni przyjmuje kwas salicylowy w lawatywach. Następnego dnia po nowym dreszczu róża przeszła na lewe ucho; po 5 dniach na kark, gdzie zostawała przez 3 dni, aż nareszcie zupełnie znikła, a gorączka powróciła do granic prawidłowych. Po dwóch dniach wystąpiła taka sama gorączka przepuszczająca (rano 37° C., wieczorem 40° C.), jak w początku tyfusu, ale bez dreszczy.

№ 25. P., 21 lat, wyrobnik, dobrze odżywiany; przybył do kliniki 7 dnia choroby, która się rozpoczęła jednym dreszczem. Chory miał ciepłotę około 40° C, majaczył; na tułowiu różyczka; biegunka, wzdęcie, kruczenie, lecz bez bólu brzucha; śledziona dosięga do VII żebra. W nocy chory próbował uciekać; stolce bezwiednie pod siebie oddaje. Ciepłota od 10 dnia choroby począwszy zaczęła okazywać ogromne wahania dzienne, tak iż różnica między zwolnieniem porannem, a nasileniem wieczornem wynosiła początkowo 2 stopnie ($38,1^{\circ}$ do $40,5^{\circ}$), później $3-3\frac{1}{2}^{\circ}$ C., ($37,2^{\circ}-40,8^{\circ}$). Tak było do 18 dnia choroby. Nagle chory dostaje dreszczu, ciepłota, podniosłszy się do 41° C., wynosi nazajutrz (19 dnia) $39,8^{\circ}$ C. rano, $41,2^{\circ}$ C. wieczorem; zaś 20 dnia choroby rozpoczyna się róża twarzy, która przy ciepłocie $40^{\circ}-41^{\circ}$ C. trwa przez 5 dni, potem gorączka spada z 40° do $36,5^{\circ}$ C. i odtąd rekonwalescencyja. (Tabl. 5).

W obudwu powyższych przypadkach mieliśmy tedy różę twarzy jako powikłanie tyfusu. Prócz tego obok tyfusu istniała zimnica: u pierwszego chorego w początku i końcu choroby, u drugiego tylko w końcu. Co do przepuszczającego typu gorączki w końcu choroby, ta była różnica u obudwu, iż w pierwszym przypadku, typ ten miał miejsce po ukończeniu róży, w drugim przed takową.

5) Odleżyny (*decubitus*) na krzyżu lub krętarzu wielkim zauważono w 10 przypadkach: 4 razy w rekonwalescencji przy ciepłocie prawidłowej, 6 razy zaś w czasie trwania gorączki ciągłej, między 15—23 dniem choroby,

Pomiędzy temi ostatnimi były 3 przypadki śmiertelne, zatem odleżyny, pojawiające się w czasie tyfusu, poczytywać należy za oznakę niepomyślną. U jednej z tych chorych oprócz tyfusu rozpoznano wadę sercową, u drugiej

rozwinęte suchoty płuc; trzeci chory umarł 9 dnia skutkiem zapalenia płuc i rozległych wrzodów w przewodzie jelitowym.

6) P o k r z y w k a (*urticaria*) była w jednym tylko przypadku.

№ 26. W., 18-letnia służąca, otyła, pochodzi z miejscowości błotnistej; w 15-ym roku swego życia miała zimnicę. Obecna choroba rozpoczęła się codziennie wieczorem występującymi dreszczami; do szpitala chora przybyła 8 dnia. Znaleziono powiększoną i bolesną śledzionę, ból w okolicy biodrowej prawej, biegunkę, białkomocz nieznaczny. Przybyła z ciepłotą 40,1° C.; odtąd zawsze 38,5° C. do 39,8° C. skutkiem ciągłego używania kwasu salicylowego. 16 dnia choroby wystąpiła w nocy pokrzywka, następnie poty; ciepłota z rana 37,5° C., wieczorem 39,4° C. Nazajutrz w nocy po dreszczach znowu pokrzywka, zakończona potami; ciepłota 37,8°—39,4° C.; trzeciego dnia to samo. We dnie wysypki nie było. Odtąd stan bezgorączkowy i zdrowienie.

7) Z a p a l e n i e t k a n k i p o d s k ó r n e j (*phlegmone*) w czterech przypadkach, zawsze podczas rekonwalescencji.

8) W r z o d z i a n k i (*furunculus*) w jednym przypadku 39-go dnia przy ciepłocie prawidłowej.

9) P r o s ó w k a (*milliaria crystallina*) dwa razy: raz 16 dnia przy ciepłocie 38,2° C.; raz 19 dnia przy 38,5° C..

10) P r y s z c z e w a r g o w e (*herpes labialis*) zauważono w 5 przypadkach, zawsze u osobników młodych (od lat 10 do 24), słabo lub miernie odżywianych, z wyraźnymi zaburzeniami w ośrodkach nerwowych. U jednej chorej pryszczce wystąpiły 11 dnia choroby, jednocześnie z rozpoczęciem się zapalenia płuc; chora zmarła 17 dnia.

N a r z ą d y o d d e c h o w e.

1) Z a p a l e n i e p ł u c o p a d o w e (*pneumonia hypostatica*) była u 8 chorych, z tych raz jeden w okresie zdrowienia, u pozostałych w okresie gorączkowym, między 7 a 29 dniem choroby. Dwa przypadki zakończone śmiercią, jakoteż trzeci, gdzie było również zapalenie opłucnej.

K r w i o p l u c i e (*haemoptoe*) bez wyraźnych oznak zapalenia mięszu płucnego 5 razy.

3) S t ę p i e n i a w s z c z y t a c h spostrzegano w 4 przypadkach; 3 razy począwszy od czwartego dnia choroby, raz od 16 dnia. U dwóch chorych utrzymały się one przez cały czas zdrowienia i chorzy w tym stanie opuszczali szpital; zapewne tutaj sprawa przeszła w trwałe zgęszczenie.

N a r z ą d y k r ą ż e n i a.

1) M a ł o k r w i s t o s ć (*anaemia*), jakkolwiek nie jest chorobą układu krążenia, lecz raczej chorobą krwi, zaliczam ją tutaj, ponieważ cechowała się obecnością szmerów w sercu. Pod wpływem zapewne długiego trwania gorączki, małokrwistość powstawała kilka razy nawet u chorych dobrze odżywianych (u trzech chorych). W jednym przypadku nastąpiła skutkiem małokrwistości ogólna puchlina wodna (*anasarca*), bez białkomoczu.

№ 27. D., lat 13, wątpła dziewczyna, dostała 20. II. 1877 bólu głowy i nudności; zażyła olejku rycinowego i emetyku. Po tygodniu nastąpiły dreszcze, rozwolnienie, ból w nadbrzuszu, następnie silne bóle w nogach; mimo to chora miała dobre łaknienie i jadła bardzo wiele. Przy badaniu (15 dnia choroby) znaleziono: wzdęcie brzucha, biegunkę, kruczenie, powiększoną bolesną śledzionę, lecz język wilgotny i łaknienie dobre; dalej obfity białkomocz, bóle w nogach, sinicę, niemoc ogólną, śpiączkę i majaczenie. Gorączka utrzymywała się w granicach 40° — $41,4^{\circ}$ C. 19 dnia choroby pokazała się krew w stolcach, tętno stało się nitkowatym. Od 31 dnia choroby ogólna puchlina wodna, coraz się wzmagająca, aż do 45 dnia; białkomoczu nie było. Odtąd następowało polepszenie pod wpływem krzepiącej diety.

2) **Sinic a** (*cyanosis*) bywała oznaką ogólnego upadku sił (*adynamia*), niekiedy jednocześnie z zapaścią (*collapsus*); zwykle towarzyszyła również znacznym sprawom zapalnym w narządach oddechania. W wyższym stopniu spostrzegano sinicę 10 razy, przy ciepłocie $39,7^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ C., najczęściej w drugim okresie gorączki (około 10 dnia).

3) **Szmer djabli** (*bruit de diable*) w żyłce szyjowej wewnętrznej, u jednego chorego (D. Nr. 8); szmer rozpoczął się 45 dnia choroby i trwał przez 28 dni z rzędu przy ciepłocie prawidłowej.

4) **Krwawienie z dziąseł**, w dwóch przypadkach: raz 19 dnia przy 39° C., w lekkiej postaci tyfusu; drugi 11 dnia przy ciepłocie 42° C. w przypadku zakończonym śmiercią.

5) **Wada serca**, mianowicie niedomykalność zastawek aorty i zwężenie ujścia tętniczego lewego, niezależnie od tyfusu, u jednej chorej, która zmarła nagle.

№ 28. W., 16-letnia służąca, przybyła do kliniki 24. X. 1875, w czwartym dniu choroby, która rozpoczęła się dreszczami; po zażyciu *inf. sennae* ogólne niedomaganie jeszcze się pogorszyło. Chora małowkrwista, nierozwinięta; w miejscu wysłuchiwania tonów aorty obadwa szmery (skurczowy mocniejszy), w tętnicach szyjowych również. Biegunka, wzdęcie, śledziona wyczuwalna, ból *in reg. ileocoecali*. Od 11 do 14 dnia choroby codzienne krwawienie z nosa i krwioplucie; odleżyny na krętarzu prawym. Zmarła 17 dnia choroby nagle, będąc zupełnie przytomną; poprosiła o podanie jej wody, lecz zaledwo kilka kropel zdołała wypić, gdy, szybko oddechając, upadła na poduszkę i żyć przestała. Sekcyję opiszę niżej.

6) **Obrzmienie gruczołów limfatycznych** (*lymphadenitis*) w dwóch przypadkach. Raz wystąpiło u chorego G. (Nr. 24) w tydzień po zniknięciu róży. Było to zapalenie gruczołów oraz naczyń limfatycznych ramienia; jeden z nich przeszedł w ropienie. W drugim przypadku chory przybył do kliniki już z powiększonymi gruczołami szyjowymi.

№ 29. S., 21-letni urzędnik w więzieniu poprawczem przy ulicy Długiej, dostał dreszczu 9. II. 1880. Chory dobrze odżywiony; na tułowiu różyczka; gruczoły szyjowe obrzmiałe i bolesne; brzuch wzdęty, kruczenie, ból brzucha, zaparcie stolców; śledziona podniesiona do VII żebra. Gorączka trwała dni 14; ciepłota $39,5^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ C, opadła zwolna w ciągu 3 dni. 8 dnia choroby przy ciepłocie $39,6^{\circ}$ C., chory gwałtownie majaczył, uciekał na korytarz. Nazajutrz z rana po silnym dreszczu i następnie potach pękł jeden z gruczołów szyjowych; wypłynęło dużo ropy. 10 dnia chory zaów próbował ucieczki; znaczne wyczerpanie sił.

Narządy moczowe.

1) **Białkomocz** (*albuminuria*) w 43 przypadkach. zwykle w okresie gorączki ciągłej, której ściśle towarzyszył. Najczęściej między 5 a 11 dniem choroby, lubo raz jeden znaleziono takowy już drugiego dnia.

2) **Zapalenie nerek ostre** w 2 przypadkach, (jeden śmiertelny).

3) **Mocz krwawy** (*haematuria*), jeden raz tylko, począwszy od piątego dnia choroby; trwał kilka dni.

4) **Zapalenie miedniczek nerkowych** (*pyelitis catarrhalis*), w jednym przypadku (D. Nr. 8) nastąpiło ono 28 dnia choroby, gorączka odtąd przedstawiała ogromne wahania dzienne ($3 \cdot 4^{\circ}$ C.).

Narządy płciowe.

1) **Przedwczesna miesiączka**. Zasługuje tu na wzmiankę jedna chora, u której wystąpieniu miesiączki (w tydzień po ukończeniu poprzedniej) towarzyszyły napady tężcowe; był to więc rodzaj hysteryi.

Nr 30. J., 16-letnia szwaczka, przybyła do kliniki czwartego dnia choroby. W dzieciństwie przechodziła ospę. Oddawna ma skłonność do obfitych krwotoków (*haemophilia*). Na tydzień przed przebyciem do szpitala ustał zwykły odpływ miesiączkowy. Dnia 29. X. 1876, chora dostała jednego silnego dreszczu. Badanie chorej wykazało: odżywianie dobre, na skórze różyczka i petocie, nieżyt oskrzelowy, ból w nadbrzuszu i w okolicy biodrowej prawej, stolce prawidłowe, ślady białka w moczu, śledziona u góry do VIII żebra, słuch przytępiony. 6 dnia choroby, wieczorem, podczas dawania lawatywy z zimnej wody, nastąpił atak jakby tężcowy, t. j. szczykościsk, wygięcie w tył tułowia, pokazała się piana na ustach; chora była bezprzytomną; cały napad trwał 3 minuty. W godzinę później pojawiła się miesiączka. 9 dnia chora uczuła nerwoból kulszowy lewy. 13 dnia drugi podobny napad. Ciepłota w obu dwu razach wynosiła około 40° C., 17, 20, 23, 25 i 27 dnia choroby ciepłota bez widocznej przyczyny opadała z 40° — 41° C., porannej na $37,5^{\circ}$ — $37,7^{\circ}$ C., wieczorem; przy ostatnich trzech obniżeniach były jednocześnie dreszcze z potami. 29 dnia stwierdzono zapalenie płuc opadowe i rdzawą plwocinę. 39 dnia ukazał się ropień na pośladku, a 64 dnia choroby na drugim. 87-go dnia odkryto przetokę (*fistula*) w okolicy pośladkowej prawej, idącą aż do kości. Co się tyczy owych ataków, dowiedziano się od chorej, iż nigdy ani ona, ani nikt z rodziny jej takowych nie miewał. Zasługuje w tym przypadku również na uwagę pięciokrotne obniżenie ciepłoty wieczornej o 3 stopnie, co po chininie ustąpiło. (D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 11).

16. Fleischlen (Berlin). O pewnem cierpieniu nerek, spowodowanem przez ciążę i poród. (*Ueber Schwangerschafts- und Geburtsniere*).

O przejściu niedokrwistości nerek w przewlekłe zapalenie wyraża się autor w znaczeniu ujemnem, opierając się na spostrzeżeniach własnych i innych badaczy. Dotychczas bowiem nie spostrzegano jeszcze przypadku, któryby, począwszy się jako rzeczywista niedokrwistość, przyczem napewno

wykluczyć można było zapalenie oddawna trwające, następnie okazywałby objawy rzeczywistego zapalenia przewlekłego. Autor i w tem widzi potwierdzenie swego zdania, że i inne cierpienia (jak „nerka choleryczna,” pod względem anatomicznym najbardziej do „nerki niedokrwistej ciężarnych” zbliżona, ostre zapalenie nerek) rzadko także bardzo przechodzą w zapalenie przewlekłe. Według Bartels'a „nerka choleryczna” nigdy nie przechodzi w zapalenie przewlekłe.

Autor zastanawia się dalej nad cierpieniem nerek, występującym dopiero podczas samego porodu i proponuje dla tej formy nazwę „*Geburtsniere*” („nerka porodowa”). Przytoczywszy 9 przypadków, w których podczas ciąży nie było w moczu białka i dopiero podczas porodu takowe się pojawiło, autor czuje się upoważnionym napewno utrzymywać, że praca porodowa sama przez się może wywołać cierpienie nerkowe, które klinicznie wyraża się obecnością w moczu białka, wałeczków szklistych, ziarnistych, zwyrodnieniem tłuszczowem nabłonków nerkowych. Sądzi więc, że „nerka porodowa” stoi w bliskim związku etjologicznym z niedokrwistością nerek u ciężarnych. Przyczynę pojawienia się białka w moczu stawia autor w zależności od ciężkiego, przez czas długi trwającego porodu, często przy pomocy sztuki zakończonego; dla tego też białko w moczu częściej się zdarza u pierwiastek (25%) aniżeli u ponownie rodzących (8%). Rozumie się, że ciężkie porody nawet u pierwiastek mogą i bez białkomoczu przebiegać.

Co się tyczy przyczyn (*aetiologia*) niedokrwistości nerek u ciężarnych, to autor wbrew poglądom innych pisarzy jak Halbertsma, Hiller, którzy sprawę tę chorobową chcą uczynić zależną od ucisku na moczowody przez macicę ciężarną, sądzi, że niedokrwistość ta jest następstwem skurczu tętnic nerkowych na drodze odruchowej z macicy przeniesionego, który powoduje zmiany w krążeniu nerek, a od tych znowu zmian zależy prędkie pojawienie się wyrodnienia tłuszczowego nabłonków obok wałeczków szklistych i ziarnistych i t. d.

Autor kończy swą pracę następującymi wnioskami:

1. „W pewnej liczbie przypadków już sama macica ciężarna może na drodze odruchowej wywołać niedokrwistość nerek. Pierwszem następstwem anatomicznem tego zaburzenia są zmiany w nabłonku kłębuszków nerkowych, klinicznie zaś ujawnia się ono przez białko bez osadu w moczu. W dalszym przebiegu występują anatomicznie zmiany zwyrodnienia w nabłonkach cewek nerkowych, klinicznie zaś znaczniejsza ilość białka obok wałeczków i osadu nabłonkowego. W nerkach zresztą zdrowych zmiany te występują przeważnie ku końcowi ciąży. Ponieważ nie we wszystkich przypadkach ciąży zmiany podobne występują, należy więc je w braku innego punktu oparcia, wyprowadzić z usposobienia indywidualnego (naczynioruchowego?). Liczba w ten sposób usposobionych jest bardzo nieznaczna (2%). Przy istniejących już zmianach w nerkach (zapalenie przewlekłe) zboczenia w krążeniu tem wcześniej i silniej występują im starsze są te zmiany. Z końcem ciąży ustają i te zboczenia nerkowe. Przejście niedokrwistości nerek u ciężarnych w zapalenie przewlekłe nie jest dotychczas na pewno dowiedzione, a *a priori* nieprawdopodobne.

Niebezpieczeństwo niedokrwistości nerek u ciężarnych polega na zatrzymaniu się mocznika wskutek stłuszczenia nabłonka cewek nerkowych i od tego zależnych drgawek, które życiu matki i dziecka zagrażają. Aby uniknąć tego niebezpieczeństwa wskazanem jest w ciężkich przypadkach niedokrwistości nerek wywołanie sztucznego przedwczesnego porodu, a przy przewlekłym pierwotnym zapaleniu nerek, wywołanie sztucznego poronienia. W przypadkach lekkich niedokrwistości nerek można zachować się wyczekująco.“

2. „W innym szeregu przypadków występują też same zmiany w krążeniu nerki dopiero razem z pracą porodową; nale-

ży je tak samo poczytywać za następstwo skurczu odruchowego z macicy. Ponieważ nie we wszystkich przypadkach — nie we wszystkich nawet przypadkach długotrwałej pracy porodowej — występują zmiany podobne, należy i tu w braku innego punktu oparcia, przyjąć pewne usposobienie (naczynioruchowe?) W odsetce liczba tego usposobienia jest dość znaczna (około 17%).

Jeśli już przedtem istniały zmiany w nerkach (zapalenie, niedokrwistość podczas ciąży,) naówczas zaburzenia zależne od porodu są bardzo znaczne. „Nerka porodowa“ nigdy nie przechodzi w zapalenie przewlekłe.

M. Zweigbaum.

(*Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie T. VIII Zeszyt 2.*)

17. Ollier. O wypitowaniu łokcia. (*De la résection du coude.*)

Typowe wypitowania stawów, albo raczej wycięcia (u francuzów *résection*, u anglików *excision of bones and joints*) należą do operacji wykonywanych u nas (w Królestwie) nadzwyczaj rzadko, bez porównania rzadziej niż owaryjotomija. Nie tu miejsce wykazywać tego powody; ze względu jednak na rzadkość tej operacji (mówimy tu o wycięciu metodycznym stawów, a nie wydłubywaniu, wyskrobywaniu — *auslöfflung* i tym podobnych nietypowych manipulacjach) uważamy za konieczne poprzedzić streszczenie artykułu wymienionego w nagłówku niezbędnymi danymi, bez których artykuł ten byłby poprostu głosem na pustyni. Sposoby operacyjne, używane gdzieindziej, są u nas bardzo mało znane, nawet teoretycznie. Profesorowie z katedr i najbardziej rozpoznane u nas podręczniki chirurgii operacyjnej drukiem (Gurlt w polskim tłumaczeniu, Gurlt i Esmerch w rosyjskim przekładzie) głoszą tylko stereotypowo o sposobach Langenbeck'a, nie wspominając bynajmniej o wielu innych daleko wyższych sposobach, nie mówiąc już o krzywdzie, jaką się przez to szablonowe traktowanie wyrządza wielkim poprzednikom Langenbeck'a, twórcom resekeyi jak obaj White'owie, Bent, obaj Moreau'owie, Percy i tylu innych¹⁾. Samo wykonywanie operacji tej na trupie jest u nas bardzo błędne, a grzeszy głównie tem, że nie zwraca się uwagi na węgielną podstawę resekeyi, na zachowanie nietylko okostnej, lecz przyczepów do niej rozciągniętych, ścięgien i torebki stawowej. W tym względzie, nie zatrzymując się bynajmniej nad doniosłymi doświadczeniami nad okostną Duhameł'a, Florens'a, Hein'e'go, przechodzimy wprost do włoska Larghi'e'go z Vercelli i francuza Leopolda Ollier'a. Pierwszy w pracy swojej „*Operazioni sottoperiostali e sottocassulari*“ już w okresie od 1845—1855 stosował w praktyce przepisy operowania podokostnego i podtorebkowego, dowiedzione doświadczalnie przez swoich poprzedników. Drugi, profesor i dyrektor kliniki w Lyonie, wielki eksperymentator, jeden z największych francuzkich chirurgów współczesnych, ogłosił cały, ogromny szereg prac doświadczalnych i obszernie dzieło²⁾ w tym przedmiocie, o którym mowa. Dowiódł on ostatecznie, a dowód ten opiera się na jednym z najpiękniejszych doświadczeń, że źródłem odnowy (*regeneratio*) kości jest tylko i li tylko okostna, i to mianowicie jego warstwa głębsza, kambialna, to znaczy „warstwa osteoblastyczna“ (Gegenbaur) czyli „szpik okostny“ (Ranvier). Doświadczenie polegało na tem, że Ollier przenosił kawałki okostnej pomiędzy żywe tkanki, wgajał je tam, a z zaszczepionych po takiej transplantacji wysepek powstawały ogniska kostne.

Skoro tylko rola okostnej została ostatecznie wykazana, musiały być zaprowadzane zmiany, mające na widoku jak największe oszczędzanie okostnej i przyczepów mięśniowych, od tego bowiem w ogromnej mierze zależał dobry wynik operacji.

Podajemy tu właśnie Ollier'owski sposób³⁾ wypitowywania stawu łokciowego, niezbędny do zrozumienia właściwego artykułu autora wyłuszczonego w zagłówku.

Chory leży na boku zdrowym, kończyna zgięta w łokciu pod kątem 130°, prowadzi się cięcie skórne w odstępnie, oddzielającym *m. triceps* od *m. supinator longus*; cięcie to rozpoczyna się na 6 ctm., ponad linią stawową i zstępuje aż do poziomu wyrostka kłyckiowego zewnętrznego; ztąd kieruje się ku wewnątrz, w ukos, aż do czubka wyrostka łokciowego. Począwszy od tego punktu, znowu cięcie bieży równoległe do osi kości łokciowej, po brzegu tylnym tej kości (*crista cubiti*), ku dołowi na przestrzeni 4—5 ctm., i od razu przenika do samej kości. Następnie w górnej części cięcia przerzynamy rozciągnięto (*aponeurosis*) i wnikamy w przegrodę międzymięśniową, oddzielającą *m. triceps* od *m. supinator longus* i *m. radialis longus*; idziemy głębiej, otwieramy w kierunku cięcia skórnej torebki, przecinamy okostną kości ramieniowej i odluszczyliśmy jej *periostium*. Wreszcie w części średniej cięcia, tej co idzie wukos, przecinamy części podskórne, trzymając się

¹⁾ Lossen. Allgemeines über Resectionen. 1882.

²⁾ Ollier. Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux. 1867.

³⁾ l. c. str. 340.

Odstępu między *m. triceps* i *m. anconeus*. Dalsze manipulacje polegają, tak jak w sposobie zwanym *Langenbeck's*ym, na oddzielaniu jak najściślej okostnej i przyczepów mięsnych od kości, w ten sposób by związek okostnej z przyczepiającymi się do niej ścięgnami nie został naruszony. Szczególniej dotyczy to ścięgna mięśnia trójgłowego i jego przyczepu do okostnej kości łokciowej: „*c'est le point le plus important*“. Przy odluszczeniu okostnej trzeba iść jaknajściślej narzędziem (*rugine*) po samej kości. Nerw łokciowy pozostaje nietknięty.

Nie zajmowałibyśmy naszych czytelników opisem tej operacji, gdyby ona należała do rzadko dokonywanych i nie mających doniosłości praktycznej. Tak jednak nie jest. Z ogromnej statystyki, zebranej przez *Saltzman*n'a, *Otis*'a, *Dominik*'a i *Gurlt*'a¹⁾, którzy zestawili 1334 resekcycje łokcia, możemy się przekonać jak często ta operacja jest wykonywana za granicą.

Po tem może zbyt obszernym, ale jak nam się zdaje, niezbędnym wstępie, przechodzimy do streszczenia artykułu *Ollier*'a.

Autor tłumaczy najprzód, dla czego autorowie, mimo że przyjęli w zasadzie sposób podokostny operowania, nie wszyscy jednak otrzymali zeń dobre wyniki, „już to dla tego, że przyjęli zasadę samej metody, nie zdając sobie sprawy ze sposobu, w jaki ją wykonać należy, już też że mieli do czynienia z przypadkami nader nie nadającymi się do prawidłowej odbudowy stawu“. Pomimo opisu, podanego przez autora jeszcze w 1858 r. „nazywano często resekcjami podokostnymi operacje, w których nieco odskrobano okostną i mniemano, że przez to już stworzyło się warunki konieczne do odbudowy stawu zawiasowego (*ginglymus*)“.

„Ażeby otrzymać ten rezultat, potrzeba postępować odmiennie i zachować w całości pochwę okostno-torebkową, t. j. nie tylko okostną końców stawowych wypilowanych, lecz oraz torebkę i więzy, które się do niej przyczepiają i stanowią z nią jedną całość“. „Zachowanie wszystkich przyczepów ścięgnistych i więzadłowych stanowi warunek nieodzowny odnowy stawu sztucznego według typu fizjologicznego stawu wyciętego“.

Następnie autor daje rezultaty 111 resekcycj łokcia, wykonanych przez siebie. W tej summie z pierwszej seryi 47 zmarło 9 wskutek operacji; z drugiej seryi 16 † 3; wreszcie z 48 chorych ostatniej seryi (od 1876—1882 r.) nie umarł ani jeden chory. Słusznie więc może wyrzec O. że operacja, którą można wykonać w napchanym szpitalu 48 razy bez żadnego przypadku śmierci, nie jest operacją ciężką i należy ją robić tyle razy, ile razy chcemy otrzymać rezultat lepszy od zejścia naturalnego (samo przez się gojenie się w ankiłoze), a tem bardziej rezultat wyższy od amputacji ramienia.

Warunkiem dobrego zejścia jest, by operować wczesnie. Z początku O. operował dopiero wtedy, kiedy ropienie w stawie zagrażało życiu i zamiast uprzedzać zło, O. zadawał sobie jak większość chirurgów ankiłozą w dobrej pozycji osiągniętą.

Dzisiaj zamiast czekać wygojenia przez ankiłoze, O. idzie prosto do celu i robi wczesne wypilowanie. Z wyjątkiem wieku niemowlęcego i starości, które wymagają pierwszy: wyczekiwania metodycznego, wtóra poświęcenia członka—wypilowania wczesne są wskazane w dwojakim celu: by załatwić się krótko i węzłowato z objawami grozącymi życiu i powtóre postawić członek w warunkach, sprzyjających użyteczności.

Nadto O. robił 18 wypilowań z powodu ankilozy; nazywa je O. „*resections orthopédiques*“. Z liczby tej nie stracił ani jednego chorego. Obawa powrotu ankilozy po operacji grozi szczególnie u młodych osób, u których istnieje silna dążność do neoformacji kości. U takich osobników należy usuwać pas okostnej na wysokości linii, w której ma być w przyszłości staw; nadto trzeba wczesnie zacząć robić metodyczne ruchy; w przeciwnym razie znowu będzie zesztynienie. Lecz aby przystąpić do resekcyci ortopedycznej, trzeba być z góry pewnym, że rezultat po operacji będzie lepszym od istniejącej ankilozy; trzeba

¹⁾ Handbuch der Chirurgie von Hüter. II Hälfte str. 808.

módcz odtworzyć staw nowy, ruchomy i mocny zarazem, aby później nie mieć kończyny chwiejnej, (*articulation flottante, branlante, Schlotterndes Gelenk*), która jest ciężarem dla chorego i miasto poprawy stanowi pogorszenie jego stanu.

Wiedząc o roli, jaka przypada w udziale przy odbudowie stawu rozmaitym tkankom, możemy *a priori* obliczyć skutek naszej interwencji. Możemy otrzymać stawy lepsze i gorsze, mocniejsze i słabsze, stosownie do warunków anatomicznych pochwy okostno-torebkowej. U młodych osobników należy część jej umyślnie poświęcić, by nie mieć ankilozy, u dorosłych skrupulatnie szczerzyć ją przy operacji.

Leczenie pooperacyjne jest niesłychanie ważne, tak dalece, że operacja najlepiej wykonana może dać zły wynik, jeśli pozostawić chorego samemu sobie.

Ollier otrzymywał stawy sztuczne, pomiędzy końcami kostnymi odrosłymi, reprodukuje fizjologiczny typ łokcia normalnego i to w sposób tym wyższy im osobnik był młodszy.

W przypadkach typowych otrzymywał staw bardzo ścisły z boku na bok, a bardzo ruchomy około osi, idącej zprawa na lewo. Masy kostne nowo wytworzone wkraczają w siebie w sposób taki, że chory mógł wyciągniętą kończyną podnosić ciężary od 11—12 kilogr. Jeden 18 letni chory podnosi operowaną ręką 17 kilogr., a zdrową 20 kilogr. Nowy staw odznacza się nie tylko mocą, lecz i swobodą ruchów, równą zdrowemu. Jest to najmocniejszy z operowanych Ollier'a.

Chorzy operowani późno, u których mięśnie już w zaniku, a nade wszystko osoby starsze dochodzą do 4—5 kilogr. — rezultat mimo to świetny w porównaniu z dawniejszymi operacjami.

Dwa czynniki głównie wpływają na wynik ostateczny: stan stawu i stan mięśni. Jeśli się za wiele wytnie z kości, odbudowa mocnego stawu będzie trudną mimo zachowania pochwy okostno-torebkowej. Z drugiej strony zdarzają się przypadki zaników mięśniowych nieuleczalnych.

Aby to nas nie spotkało, trzeba operować jak najwcześniej.

W drugiej części swej pracy O. opisuje nadzwyczaj ściśle i podaje rysunek nowego stawu łokcia, operowanego u pewnego chorego, u którego wyleczenie było zupełne, siła kończyny = 11 kilogr. przez 1 minutę; chory zmarł w 8 lat po operacji. Jest to spostrzeżenie niezmiernie ważne i nader rzadkie; po szczegóły odsyłamy do oryginału.

Odtwarzanie się końców stawowych może zachodzić w dwojaki sposób: albo przez odkładanie (*appositio*) substancji kostnej na obwodzie, lecz bez powiększenia długości kości, albo też nadto kość rośnie i na długość. Pierwszą odmianę zowie O. *néoformation latérale*, drugą *n. longitudinale*, albo *totale*.

Po resekcji zawsze kończyna będzie nieco krótszą. „Nigdy nie widziałem mówi O. — nawet u zwierząt najplastyczniejszych, tej samej długości kości obciętej, co odpowiednia kość zdrowej strony”. Jeśli u młodych osobników kość niedługo po operacji przedstawia tę samą długość, to z czasem w miarę wzrostu organizmu okaże się na pewno krótszą. Mowa tu oczywiście o matematycznej równości, gdyż odrost substancji kostnej wzdłuż nie ulega wątpliwości nawet u ludzi dorosłych, jak tego dowodzi rysunek, zamieszczony w pracy Ollier'a, zdjęty z owego preparatu. W tym przypadku osiągnięto „prawdziwy staw, spełniający wszystkie czynności stawu normalnego, ruchomy w kierunkach fizjologicznych, bardzo mocny i zupełnie nieruchomy w kierunku bocznym, t. j. prawdziwy *ginglymus*”.

Co się tyczy wskazań, to autor głównie zastanawia się nad operacją przy cierpieniu łokcia u osobników, u których były, istnieją lub będą zapalenia w innych stawach, u których nadto istnieją cierpienia wewnętrznych narządów.

„Czy należy robić wypiłowania u suchotników? Kiedy lepiej jest amputować? Kiedy zaniechać jednej i drugiej operacji? Są to kwestyje ważne, jeśli

się ma robić resekcye nie gwoli medycyny operacyjnej, lecz w celu leczenia chorego. Nie można dotknąć tej kwestyi, nie dotykając zagadkowego stosunku gruźlicy i zółzów." Ollier jest zwolennikiem tożsamości tych obu cierpień, zgodnie z badaczami niemieckimi.

Otóż z punktu wskazań do resekcji dzieli osobników gruźliczych na 3 klasy:

Takich, których trzeba operować;

Takich, których można operować;

Takich, których nie należy tykać.

Trzeba operować zapalenia ropne łokcia, pomimo obecności dawnych zapaleń takiej że natury w innych częściach szkieletu i pomimo początku cierpienia w płucach, kiedy to ostatnie jest następstwem choroby stawowej. W tych razach wypilowanie może przerwać bieg gruźlicy; chory się poprawia, tyje i może żyć długie lata.

Jeśli zajęcie stawu ukazało się po ukazaniu się cierpienia płucnego, jeśli jest objawem wtórnym i późnym dyjatezy, która już zmieniła narządy wewnętrzne brzuszne i piersiowe, kiedy jest gorączka, trzeba zaniechać wszelkiej operacyi; jeśli zaś przechodzi nam przez głowę myśl, że możnaby wystąpić z interwencyją chirurgiczną w celu ukojenia cierpień chorego, wtedy lepiej uciec się do amputacyi. Chodzi wtedy o natychmiastowe usunięcie przyczyny gorączki i bólów i wybrać operacyę radykalniejszą.

Co do stanowiska O. we względzie antyseptyki, dość przytoczyć jego zdania, że przez tę metodę niebezpieczeństwa traumatyzmu tak się zmniejszyły, iż można robić operacyje, które kiedyś mogłyby się wydać nieracyjonalnemi.

(*Revue de Chirurgie* 1882. Nr. 9.)

Matlakowski.

18. W. Filehne. Dalsze badania nad kairyną i ciałami do niej podobnemi.

W numerze 48 r. z. naszej gazety zwróciliśmy uwagę na nowe środki obniżające ciepłotę, podane przez W. Filehne'go, a mianowicie na kairynę, otrzymaną chemicznie przez Fischera i kairolinę otrzymaną przez König'a i Hoffmann'a, które to ciała są pochodniami chinoliny. W n-rze 6 *Berl. klin. Woch.* Filehne podaje rezultat dalszych poszukiwań swoich, które stwierdzają wysokie przeciwgorączkowe własności całej grupy derywatów chinoliny, ale przedewszystkiem kairyny. Kairyna, która chemicznie jest oksy - hydro - etyl chinoliną (kairyna A) lub oksy - hydro - metyl - chinoliną (kairyna M.), ale zwłaszcza kairyna A. ze względów chemicznych i fizycznych swoich własności ma największą doniosłość praktyczną i wkrótce już w handlu aptekarskim się pojawi. Pierwotne poszukiwania swoje czynił Filehne przeważnie u chorych dotkniętych ostrem krapowem zapaleniem płuc; obecnie przekonał się, że tak samo działa kairyna w tyfusie brzuszny, ostrym goście stawowym i wielu innych gorączkach. Najwięcej przypadków obserwował F. u charłaków dotkniętych przewlekłym cierpieniem płuc z gorączką, a w jednym przypadku u chorej z przewlekłą ropnicą (*pyaemia*). Po liczniejszych obserwacyjach Filehne nieco inaczej niż poprzednio określa własności dawek, a mianowicie u ludzi dorosłych średniego odżywiania i w chorobach ostrych odpowiednią dawką jest 8 granowa, co godzina, natomiast przy złem odżywianiu i w gorączkach trwających lepiej bywają znoszone dawki mniejsze. W podobnych przypadkach spostrzegł F., że 2 grany podawane co godzina obniżały ciepłotę do 36° C., a nawet do 34,8° C., przyczem nie było zapaści, owszem tętno było silniejsze niż zwykle, a chorzy czuli się dobrze. W tych przypadkach radzi F. rozpoczynać nawet od 1 grana. W ogóle podaje F., że odnośnie do dawek należy wprowadzając kairynę bardzo indywidualizować, ale że za to dawka, obniżająca ciepłotę do żądanej wysokości wypróbowana raz dla jednego chorego, co w ciągu jednego do dwóch dni przy częstem mierzeniu ciepłoty łatwo się daje osiągnąć, pozostaje już niezmienną dla tegoż osobnika. Już dawniej wspominał F. o niedogodności kairyny, polegającej na tem, że z chwilą, gdy przestaje się wprowadzać do ustroju odpowiednie dawki, ciepłota bardzo gwałtownie przy

silnych dreszczach podnosi się do tej wysokości, na jakiejby pozostawała w danym okresie doby i przy danej chorobie bez kairyny. Otóż zwłaszcza przy gorączkach trawiących, w których ciepłota tylko przez kilka godzin bywa podniesioną, kairyna traci tę swoją niedogodność, jeżeli ją tylko tak będziemy podawać, że koniec jej działania przypadnie na koniec zwykłej codziennej gorączki, w tym bowiem razie po ustaniu działaniu kairyny ciepłota pozostaje nadal prawidłową. Co się tyczy chorób ostrych, to F. pozostaje przy zdaniu, że w tych przypadkach, gdzie trudno przez całe 24 godzin w odpowiednich porach bez przerwy podawać kairyne, dobrze jest na noc dawki jej zmniejszać, przez co gorączka mniej gwałtownie i bez dreszczów podnosić się będzie. Stwierdzając zatem jeszcze raz silne przeciwgorączkowe działanie kairyny i nie przestając czynić dalszych poszukiwań, F. pozostawia nierozstrzygniętem, jaką korzyść osiąga ją chorzy, pomijając podmiotowe zadowolenie, z odjęcia im z grupy chorobowych objawów gorączkę, powtóre pytanie, czy lepiej jest zapomocą kairyny utrzymywać chorych przy ciepłocie niżej normy czy też przy pewnej umiarkowanie podniesionej ciepłocie. Co się tyczy chorób trawiących, to F. zauważył, że stanowczo gorzej znoszą ciepłotę niżej normy, a najlepiej ciepłotę 37,8° C.

Nussbaum.

(Berl. klin. Woch. N. 6. 1883 r.)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. D-r Gustaw Doliński z Lublina został dyrektorem zakładu leczniczego w Nałęczowie. D-r Sokółowski będzie jak i dawniej prowadził tamże przez sezon letni leczenie hydryjtyczne.

Berlin. D-rowie Filter, Lang i Loewe proszą listownie o pomieszczenie doniesienia, iż, spodziewając się liczego zjazdu lekarzy na mającym się odbyć w r. b. w Berlinie wystawie higienicznej, berlińska poliklinika (Louisenstrasse 51, obok szpitala Charité) urządza wykłady kliniczne ze wszystkich gałęzi medycyny, które trwać będą miesiąc i rozpoczynać się mają 1 dnia każdego miesiąca.

Paryż. Wkrótce założoną tu zostanie publiczna szkoła pływania, cały rok otwarta, a więc w zimie z wodą ogrzewaną. Szkoła taka nie tylko da sposobność utrzymania czystości ciała za małą opłatą (mężczyźni 15 centimów, kobiety 20 cent, włącznie z ubraniem kąpielowem i ręcznikiem) lecz jednocześnie da sposobność używania pływania, jednego z najbardziej higienicznych ćwiczeń cielesnych. Podobne zakłady oddawna już funkcjonują z wielką korzyścią w każdym niemal mieście angielskiem, a z kontynentalnych w Wiedniu, Berlinie, Brukseli, Bazylei, Lipsku, Hanowrze, Hamburgu, Karlsruhe, Dortmundzie i t. d..

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd Lekarski.* Nr. 11. Pisek. Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty więzów przedkręgowego. Kohn. Zarośnięcie pochwy macicznej nabyte. Wyleczenie za pomocą operacji. Wicherkiewicz: O keratioskopii. Schaitter: Uwagi nad sądowo-lekarskiem badaniem plam nasiennych.

— *Medycyna:* Nr. 11. Dobrzycki. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882.

Sprostowanie. W Nrze 11-tym Gazety Lekarskiej, na str. 206 w wierszu 5 od góry jest p. powinno być „mm.“, w wierszu 20 od góry opuścić wyrazy „i niegruźliczych“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Марта 1883 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

**ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIJE
UREGULOWANIE TRAWIENIA.**

WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE—PERRET).

(Najlepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYŻSKĄ AKADEMJE MEDYCZNĄ.

Złote Medale i Dyplomy 'ze wszystkich Wystaw.

**Sprzedaż hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris—Dataliczna
u wszystkich Drogistów i w aptekach.**

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemińskiego oraz u wszystkich drogistów i aptekarzy.“

SYROP CHRZANO-JODOWY

SIROP DE RAIFORT IODÉ

Preparowany na zimno przez ri mault.

Jest to ściśle połączenie ze sokiem z roślin antyskorbutycznych: rzerzuchy, chrzanu, warzęchy i wodnej koniczyny, nieczułych na działania krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najczęściej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jako to: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzano-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępujący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centigramom jodu: dawka przepisywana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór: a dla dorosłych 2—4 łyżek.

FOSFORAN ŻELAZA

P. L E R A S, Doktora Umiejętności, 8 ulica Vivienne.

Środek ten w stanie ciekłym bez smaku, podobny do wody mineralnej, łączy w sobie pierwiastki wyrabiające krew i kości. Ze wszystkich preparatów żelazistych jest on najbardziej racjonalnym dla tego to został przyjęty przez najznakomitszych lekarzy. Bardzo dobrze się nadaje do temperamentów młodych panienek delikatnych, których rozwój ciała jest trudny lub spóźniony, dla pań cierpiących na nieznośne bóle żołądka, pochodzące z bladaczki, wyniszczenia, białych upławów, lub braku regularności, dla dzieci bladych, wątłej budowy i delikatnych i dla wszystkich osób cierpiących z niedokrwiłości. Skuteczny, szybko działający, może być zużyciem przez najdelikatniejsze żołądki, środek ten nie sprawia ani zatwardzenia, ani nie działa szkodliwie na zęby. Oto są przymioty, dla których użycie jego zalecają lekarze.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1878

ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsiny

ZUPEŁNIE TRAWIACY

POKARMY
TLUSTE
MACZYSTE
I ŻYLASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIWI

**Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.**

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,
w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flaconie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI I PIGUŁKI Z BROMKU KAMFORY

DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI I PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.*

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEN, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLACONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandalowego w połączeniu z essencjami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flaconu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flaconie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.