

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI 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.

OGŁOSZENIA.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

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

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,
oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich.

0—15

CIECHOCIŃSKI WYCIĄG Z IGLIWA SOSNOWEGO

(*Extractum turionum Pini pro balnea.*)

Powyższy środek leczniczy, zalecany przez wielu lekarzy, z bardzo pomyślnym skutkiem,
przy reumatyzmie, artrytyzmie, krzywicy i cięższych formach żołądów, również w wielu przewlekłych
postaciach chorób skórnych, wyrabiany jest w aptece GĘBCZYŃSKIEGO w Ciechocinku.

Dostać go można w składzie materyjłów aptecznych Mrozowskiego i w wielu aptekach War-
szawskich.

Wyciąg ten, w porównaniu z krynickim, jest daleko gęstszym, a butelka, pomimo większe
objętości o 40 kop. tańsza.

6—3

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, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIENI, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE 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.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryżskiego 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 podrobien, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie 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 MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego 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 Paryżskich).

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

Należy wystrzegać się podrobien i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie 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.

Treść. I. Wł. Orłowski. Ośmnaście dni trwające wstrzymanie wydzielenia moczu. (*Anuria*). — II. Kornilowicz. Przypadek *paralyseos agitanteis*. — *Notatki lekarskie*. 17. Wł. Biegański. Przypadek *hemiatheoseos post monoplegiam*. — Przegląd bibliograficzny. Syfilidologia. Napisał D-r Ż. Krówezyński. Ocenił E. Klink. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. OŚMNAŚCIE DNI TRWAJĄCE WSTRZYMANIE WYDZIELANIA MOCZU.

(*Anuria*).

Spostrzegał i opisał

D-r Wł. Orłowski

Dnia 8 Lutego r. b. do oddziału chorych zewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus przybył Bronisław P., konduktor kolei Warszawsko-Terespolskiej. Chory od lat już kilku doznawał niekiedy dosyć mocnego bólu podczas oddawania moczu, bóle te jednak nie trwały długo i po dwóch, trzech, dniach ustępowały; kiedyś zauważył w moczu na dnie naczynia czerwonawy osad, rodzaj piasku. Chory za poradą lekarzy używał przez parę tygodni i dłużej wody *Vichy* po leczeniu tem doznawał czasem pewnej ulgi. W początku Lutego r. b. stan chorego pogorszył się znacznie, do zwykłych bólów podczas oddawania moczu przyłączyło się częste parcie. Dnia 5. II. w Brześciu Litewskim po nadzwyczaj częstem bolesnem parciu nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu; chory, jako konduktor, zmuszonym był obowiązkowo powracać do Warszawy i w nadziei, iż pogorszenie to, jak i tylokrotne poprzednie, przejdzie szczęśliwie, wsiadł na pociąg, idący do Warszawy. W drodze objawy zatrzymania moczu wystąpiły z całą grozą, chory cierpiał w sposób niewypowiedziany. Na stacji Siedlce z powodu nieobecności lekarza zawezwano felczera, który przybył z chorym do Warszawy. Starania felczera w drodze, by wprowadzić cewnik, okazały się bezskuteczne, krwawienie z cewki powiększyło jeszcze cierpienia chorego. W Warszawie zaproszony kol. Kryżę po wprowadzeniu cewnika przekonał się, iż w pęcherzu moczowym nie ma żadnej zawartości. Dnia 6. II. do chorego zaproszono kol. Matlakowskiego, który potwierdził również, iż w pęcherzu zupełnie nie ma moczu. Dnia 8. II., zatem piątego dnia po wystąpieniu objawów zatrzymania moczu, chory przybył do szpitala w stanie następującym.

Chory wieku lat 45, budowy ciała dobrej, wzrostu średniego, odżywiania dobre, uskarża się przeważnie na ciągłego parcie na mocz, którego

na mocz, którego jednak od dni pięciu nie odeszła ani kropla, niekiedy tylko z otworu cewki wysącza się kropelka lub dwie lepkiego, śluzowatego płynu. Wypróżnień stolca nie było od dwóch dni. Brzuch wzdęty, częste odbijanie, język obłożony, pragnienie dosyć znaczne; w okolicach nerek tępe bóle. Od dwóch dni prawie nieustający ból głowy, bezsenność, niepokój; chory trzy, cztery razy na godzinę, niekiedy i częściej wysiła się, by wypróżnić pęcherz, wysilenia te jednak pozostają bez skutku; tętno słabe, około 100, ciepłota ciała 37° C. Po wprowadzeniu cewnika przekonałiśmy się raz jeszcze, iż w pęcherzu rzeczywiście nie ma ani kropli moczu.

Pęcherz przestrzyknięto letnią wodą. Choremu zalecono wewnątrz środki przeczyszczające, kilkanaście ciętych baniek w okolicy nerek, dobrze ciepłą kąpiel. W przeciągu pierwszych dni czterech w stanie chorego nie zaszła żadna wybitna zmiana, bóle głowy trwały prawie bez przerwy, tętno tylko stawało się stopniowo nieco słabszem. Dnia 12. II. wystąpiły poraz pierwszy wymioty, które w ciągu dnia powtórzyły się pięć razy. Dnia 13. II. chory z powodu trwających wymiotów nie znosi żadnych, ani stałych, ani płynnych pokarmów, nawet większa nieco ilość lodu powoduje wymioty, uskarża się przy tem chory na przykry amonijakalny zapach. Uderzenie tętna coraz słabsze, ciepłota ciała ciągle około 37° C. Cewnik, co drugi dzień wprowadzany do pęcherza, stwierdza tylko zupełny brak moczu. Zalecono kąpiele parowe. Dnia 17. II. coraz częstsze wymioty nadzwyczaj osłabiają chorego, dreszcze, tętno słabe, około 90 uderzeń na minutę. Dnia 19. II. stan chorego stopniowo gorszy, osłabienie wzrasta, dreszcze częstsze, ciepłota 38,5° C. Zaproszony na naradę kol. B a r a n o w s k i zaproponował, w celu sprowadzenia pewnej zmiany w krążeniu krwi, ogólny jej upust, następnie zaś wstrzykiwania podskórne kamfory w eterze. Z pierwszym jednak strumieniem krwi po nadcięciu żyły wystąpiły nagle gwałtowne ogólne drgawki w połączeniu z utratą przytomności, z sinicą na twarzy. Drgawki trwały około 15 minut, chory powoli oprzytomniał, uspokoił się, zasnął na parę godzin. Dnia 20. II. około godziny 4 zrana drgawki powtórzyły się z całą gwałtownością, objawy inne bez zmiany, ciepłota ciała około 39° C. Dnia 21. II. wymioty ustały, drgawek nie było, nadzwyczaj częste, wodniste rozwolnienia stolca. W nocy chory, po raz pierwszy od początku choroby, oddał około uncyi mętnego moczu. Dnia 22. II. o godzinie 5-ej rano chory oddał znowu około uncyi moczu, o 11-ej zaś ½ uncyi; dreszcze nie ustają, tętno zaledwie wymacalne. Dnia 23. II. chory po 18 dniach strasznych cierpień zakończył życie.

Dnia 18. II. przesłałem do pracowni chemicznej szpitalnej dla zbadania niewielką ilość krwi, jaką otrzymaliśmy za pomocą ciętej banki i wymiociny, następnie zaś dnia 22. II., mocz oddany przez chorego. Wynik rozbioru, wykonanego przez dyrektora pracowni, kol. N e n c k i e g o, był następujący. Krew w ilości 11 gm., badana była pod mikroskopem (system immersyjny wodny, powiększający 1090 razy); badanie to nie wykryło żadnych nieprawidłowych utworów. Ilość białych krążków krwi w stosunku do czerwonych okazała się prawidłową, na jeden bowiem krążek biały wypadło 372 czerwonych. Badano za pomocą przyrządu T h o m a - Z e i s s. Ilość mocznika oznaczoną była we-

dług przepisu podanego w dziele W u r t z'a (*Traité de chimie biologique, 1880 r. str. 401. § 182*) i wyniosła w 100 częściach 0,54%. Przy badaniu wymiocin nadesłanych w ilości 150 ctm. sześć. okazało się:

Cieźzar właściwy 1·017, odczyn słabo zasadowy (na drugi dzień kwaśny); w osadzie pod mikroskopem wykazane były skrzepy sernika, kryształy kwasu tłuszczowego, trójmargarynowego, znaczna ilość kulek tłuszczowych, miazga pokarmowa, wyłącznie pochodzenia zwierzęcego, schistomycety; pokarmów roślinnych odczynnik L u g o l'a nie wykazał ani śladów. Oznaczenie ilościowe mocznika z powodu nader małej ilości nadesłanego płynu okazało się niemożliwym, oznaczono go więc tylko jakościowo. Ilość kwasu fosforowego wynosiła 0·066%. Nadesłany mocz był barwy żółtawej, ciężar właściwy 1·017, osad nieznaczny. W osadzie pod mikroskopem okazały się ciała śluzowe i kryształy kwasu moczowego. Składników nieprawidłowych przy badaniu moczu nie znaleziono wcale, z wyjątkiem nieznacznej ilości urorozeiny. Ilość mocznika 2·11%.

Badanie pośmiertne wykonaniem było we 24 godzin po śmierci przez prosektora uniwersytetu kol. P r z e w o s k i e g o; przesłany nam protokół zawiera co następuje:

Ciało skład dobre, wzrost średni, odżywianie dobre. Skóra blada, cienka, tkanki tłuszczowej podskórnej dosyć wiele. Mięśnie dobrze rozwinięte, bladoczerwone, kończyny nie obrzękłe. Opony mózgu nieco przekrwione. Toż samo cała substancja mózgowa, zresztą mózg przedstawia się prawidłowo. W zatokach twardej opony mózgowej dosyć dużo ciemnej i tylko miejscami słabo skrzepłej krwi. Język nieco obłożony. Płuca nie przyrosłe, w przedniej części i przy wierzchołku nieco dotknięte rozedmą, w tylnych nieco przekrwione. Krtań, tchawica i oskrzela dla gołego oka nie przedstawiają zmian żadnych, Serce wiotkie i nieco powiększone w wymiarze podłużnym. Osierdzie i wsierdzie bez zmian widocznych. Mięsień serca blady. Mięsień lewej komórki nieco zgrubiał i jama jej nieco powiększona. Śledziona średniej wielkości, blada. Wątroba blada, budowa jej zrazikowa niezupełnie wyraźna, powierzchnia rozkroju nieco mętna. Tkanka wątrobowa rozrywa się nieco łatwiej. (Mięszkowe zmętnienie. Nerka prawa ma długości 11 ctm., szerokości 4 ctm. i grubości 3 ct.). Powłoka jej oddziera się łatwo. Powierzchnia istoty korowej gładka, szaro blada. Istota korowa nieco zgrubiała, blada. Piramidy przy podstawie czerwone. Brodawki nerkowe znacznie zmniejszone i spłaszczone. Miedniczka przynajmniej trzy razy większa i mocno napęczniona mętnym szaro-żółtawym moczem, w którym dostrzega się dosyć dużo szaro-żółtawego piasku nerkowego. W odległości 7 ctm. od miedniczki moczowód jest mocno zatkany kamieniem moczowym wielkości ziarnka grochu, o powierzchni drobno-ziarnistej, szaro-żółtawej. Powyżej kamienia moczowód jest nieco rozszerzony i mocno wypełniony moczem, poniżej moczowód opadnięty i pusty. Przy samym ujściu moczowodu do pecherza znajduje się drugi kamień, nieco mniejszy od tylko co opisanego. Nerka lewa długości 13 ctm. szerokości 4·5 ctm. grubości 3·5. Powłoka jej oddziela się łatwo, powierzchnia szaro-blada. Istota korowa mocno zgrubiała, szaro-blada, piramidy przy podstawie czerwone. Miedniczka nieznacznie rozszerzona i mocno wypełniona szaro-żółtawym, mętnym moczem ze

znaczłą ilością drobnego szaro-żółtawego piasku nerkowego; przy samem wyjściu z miedniczki moczowód zamknięty kamieniem, wielkości orzecha laskowego. Powierzchnia tego kamienia także drobno-ziarnista, szaro-żółtawa. Kamień jest dosyć miękki, tak, że z niewielkim wysiłkiem daje się rozgniatać pomiędzy palcami. Poniżej kamienia moczowód jest zapadnięty, pusty. Pęcherz moczowy ściągnięty, pusty; błona śluzowa sino blade. Cewka moczowa nie przedstawia zmian żadnych. Toż samo narządy płciowe. Przewód pokarmowy, z wyjątkiem bladeści błony śluzowej, nie przedstawia nigdzie zmian żadnych.

Przy mikroskopowem badaniu znaleziono zmiany tylko w wątrobie i nerkach. Protoplasma komórek nabłonkowych wątroby jest więcej ziarnista, mętna, skutkiem nagromadzenia się w niej drobnutkich ziarenek proteinowych. W nerkach nabłonek kanalików zwiniętych przedstawia się podobnie, tylko zmętnienie jego protoplazmy jest daleko mocniejsze niż w wątrobie. Nadto tkanka śródmiąższowa nerek miejscami jest dosyć mocno nacieczona komórkami podobnymi do bezbarwnych krążków krwi i w niektórych miejscach przedstawia drobne osady soli kwasu moczowego w postaci cienkich brunatnawych igielek, ułożonych gwiazdowato lub też bez żadnego porządku. Takich osadów soli kwasu moczowego w innych organach, oprócz nerek, nigdzie nie udało się znaleźć.

Przytoczony powyżej opis wstrzymania wydzielenia moczu z wielu względów jest nader pouczającym. Przypadki podobne są rzadkie; wczytując się dosyć starannie w tak obfitej literaturze lat ostatnich, napotkać mogłem zaledwie kilka podobnych. W najobszerniejszych dziełach szczegółowych nie znajdujemy nigdzie dokładnego systematycznego zestawienia szeregu objawów, towarzyszących długotrwałemu wstrzymaniu wydzielenia moczu, które, stanowiąc właściwie objaw następczy wielu innych chorób, najczęściej wzmiankowanym jest tylko w odpowiednich działach nozologicznych. Racyjonalne jednak leczenie opierać się powinno na dokładnem rozpoznaniu przyczyn, oparte zaś na domysłach, bez ustanowienia odpowiednich wskazań, wypadkowo tylko do zamierzonego celu doprowadzić może.

M é r e l e n w pracy swej: „*Étude sur l'anurie*“ (*Thèse du doctorat*. Paris 1881 roku w *Revue des Sciences médicales*. Dr. H a y e m Nr. 40 r. 1882) stara się nader wyczerpująco i systematycznie zestawić przyczyny wstrzymania wydzielenia moczu, które zdaniem autora ma miejsce: w skutek przeszkód mechanicznych w moczowodach, powstrzymujących wydalanie moczu, lub w skutek zmian w samych nerkach.

Zatkanie moczowodów napotykaemy najczęściej przy kamiączce (*lithiasis*), lub przy raku macicy, rzadziej jest ono następstwem nowotworów, powstających w małej miednicy i z biegiem czasu uciskających na zakończenia moczowodów, lub w końcu wyjątkowo tylko następstwem nowotworów, powstających w samych moczowodach.

Zatkanie moczowodów przez kamienie (*l'anurie calculuse*) nie odbywa się prawie nigdy jednocześnie, zwykle po zatkaniu jednego moczowodu i powstrzymaniu czynności odpowiedniej nerki, po pewnym dopiero przeciągu czasu następuje zatkanie drugiego moczowodu i zupełne wstrzymanie wydzielenia moczu.

Początkowo brak moczu jest prawie jedynym objawem cierpienia; stan taki trwać może około 7—8 dni, przedłuża się jednak przy występującym przemijająco w postaci przesilen, krótkotrwałym nadmiarze wydzielania moczu (*polyuria*), lub przy znacznej puchlinie nerek (*hydronephrosis*). Mocz wydalany w tych przerwach jest zwykle więcej wodnisty, zawiera małą tylko ilość mocznika. Do braku moczu przyłączają się zmiany w krążeniu krwi, objawy zaburzeń w przewodzie pokarmowym, wymioty, niekiedy poty i ślinotok, wreszcie objawy mocznicy, z tych zaś stale zwięźnienie źrenic i drżenie kończyn. Stopniowo wzrasta osłabienie ogólne, ziębienie ciała, duszność. Śpiączka, drgawki ogólne, rzadko kiedy mają miejsce. Śmierć następuje 10-go, 12-go dnia choroby.

W razie przesunięcia się kamienia przez moczowód, następuje okres nadmiaru wydzielania moczu i zwykle przemijającego białkomoczu. Kamienie zatrzymują się najczęściej przy jednym z końców moczowodów, które powyżej miejsca zatkania zwykle słabo tylko są rozszerzone, niekiedy zaś w kielichach i miedniczkach niema zupełnie moczu. Puchlina nerek (*hydronephrosis*) rzadko kiedy ma miejsce.

Warunki powstawania wstrzymania wydzielenia moczu weale inne są u chorych dotkniętych rakiem macicy. Chore są zwykle wyniszczone przez długo trwające cierpienie, zatkanie moczowodów powstaje powoli, stopniowo. Połowa chorych umiera przy objawach mocznicy, z chwilą wystąpienia których stwierdzamy dopiero zupełny brak moczu, ustępujący niekiedy mniej lub więcej dłuższych przerwach chwilowemu wydzieleniu moczu. Przy tem mamy objawy puchliny nerek, w połączeniu z zapaleniem miedniczek i nerek, lub bez takowego. (D. n.)

II. PRZYPADEK PARALYSEOS AGITANTIS

Podał

Kornilowicz

Ordynator oddziału chorych umysłowych przy szpitalu Ujazdowskim.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem).

Ogólny stan chorego. Posługacz z komory, lat 59 mający, wzrostu i budowy miernej; skóra na twarzy dość dobrze ukrwiona, błony śluzowe przekrwione; źrenice równe, dobrze oddziałują na światło; w twarzy nie ma żadnych objawów paretycznych; chory widzi i słyszy dobrze. Tętno 80; badanie narządów wewnętrznych wykazało rozedniętą płuc i nieżyt przewlekły oskrzeli.

Wywiady. W rodzinie chorego nie było żadnych chorób nerwowych. Będąc dzieckiem przechodził ospę. W 18-tym roku miał szankra. W 30 roku chorował na tyfus. Od lat 19 jest posługaczem przy komorze. Pracuje od 8 rano do 4-ej, a niekiedy i 5-ej godziny wieczorem, zimą i latem, w nieopalonem składzie towarów, gdzie jest ciągle narażony na przeciągi, zimno i wilgoć. Chory opowiada, że przed rokiem przy zamykaniu lufcika uczył zimno w prawej

ręce i od tej chwili zaczął doznawać uczucia jakoby wiatr owiewał tę rękę. We dwa dni potem chory po raz pierwszy zauważył drganie w tej samej ręce. Drganie to stopniowo się zwiększało tak, że obecnie ręka chorego jest w ciągłym ruchu. Podczas snu ruch ten ustaje. Jeżeli chory wykonywa jakiś bądź ruch dowolny, drganie ręki czasowo również ustaje, po dokonanych zaś ruchu, albo nawet ku końcowi takowego, nanowo wraca.

C h a r a k t e r d r g a n i a. Drganie ma charakter wahań rytmicznych. Jest ono silniejsze w stawie napięstkowym, słabsze w przegubie łokciowym. Drganie to raz jest szybsze, drugi raz jest wolniejsze. Wszelkie wzruszenia moralne potęgują to drganie. Jeżeli podczas drgania oglądać będziemy skórę przedramienia i ramienia to zobaczymy, że mięśnie tylne przedramienia i ramienia podczas drgania są w ruchu klonicznym, mięśnie zaś przednie są więcej w spokoju i tylko w stanie nieznaczego lecz stałego skurczu, szczególnie mięsień dwugłowy ramienia (*biceps*).

Przy przepuszczaniu prądu przerywanego przez mięśnie wyprostne przedramienia lub ramienia ręki prawej, mięśnie te wpadają w skurcz tężcowy i w tejsze chwili drgania ręki ustają; przeciwnie, jeżeli puścimy prąd przerywany na mięśnie zginacze drgania wcale nie ustają.

P o ł o ż e n i e r ę k i. Wskutek nadmienionego skurczu mięśni zginaczy przedramienia i ramienia, ręka chorego przybiera szczególne położenie. Palce w stawach międzyczłonkowych są w stanie wyprostnym, w stawach zaś dłoniopalcowych są one nieco zgięte, zbaczają wszystkie razem ku brzegowi łokciowemu, przytem paluch przylega brzuścem do palca wskazującego. Położenie przez to ręki jest takie, jakie nadajemy ręce, gdy trzymamy pióro do pisania. Dalej cała ręka jest nieco zgięta na przedramię, a przedramię nieco zgięte na ramię. Zgięcie to ostatnie jest zależne od wzmiankowanego już skurczu mięśnia dwugłowego, którego ścięgno napięte daje się wyraźnie wyczuć w przegubie łokciowym. Zgięcie to ostatnie jest stałem i to jest powodem, że chory nie jest w stanie podnieść kończyny górnej prawej po nad głowę, gdy tymczasem położenie samej ręki i palców chory dowolnie może zmieniać, ale tylko na czas pewien, gdyż po chwili gdy drgania w ręku wystąpią, ręka na nowo wraca do wyżej opisanego położenia.

C h a r a k t e r r u c h u d o w o l n e g o. Jak to już wyżej nadmieniliśmy, są chwile, w których przy ruchu dowolnym drganie w ręce nie ustępuje, są zaś inne chwile, w których takowe zupełnie znika. Gdy w tym ostatnim razie chory próbuje ująć chorą ręką jakiś bądź przedmiot większych rozmiarów, to wyciąga rękę po takowy nadzwyczaj p o w o l i. Samo wzięcie przedmiotu jest bardzo niezgrabne, uderzająco sztywne, przytem palce prawie nieruchome. Chory objaśnia, że w żaden sposób p r ę d z e j poruszać ręką nie może, że po każdym ruchu dowolnym czuje zmęczenie i ból w przegubie łokciowym. Jednakże jest w stanie ręką chorą zapiąć sobie guzik u koszuli. Karmi się ręką prawą, ale przytem ręką lewą wkłada łyżkę do ręki prawej. Powolność ruchu ręki nie zależy od braku siły w takowej, gdyż badanie dynamometrem wykazuje siłę w prawej ręce przecięciowo 81 klgr., a w lewej 103 klgr..

B a d a n i e d y n a m o m e t r e m. Ręka zatem ulegająca ciągłemu drganiu nie jest zbyt słabą, lecz jest słabszą od ręki zdrowej.

C z u c i e na dotyk i na ułknięcie, jak również na ciepło, w prawej ręce jest słabsze niż w lewej, dlatego też chory, przykładając rękę prawą do lewej lub odwrotnie, twierdzi, że prawa jest cieplejszą od lewej.

P o s t a w a c h o r e g o. Chory stoi z pochyloną głową ku przodowi i nieco zgięty w krzyżu. Nogi w kolanach są również nieco zgięte. Pochylenie głowy zależnem jest części od ciągłego skurczu mięśni przednich i bocznych szyi, po części od zeszywnienia mięśni karkowych. Przytem chory stale się skarża na ból w karku i na niemożność swobodnego poruszania głową, szczególnie w stronę prawą.

C h ó d chorego jest ciężki, przy chodzeniu chory nieco powłóczy nogą prawą i doznaje uczucia, jakby go coś ciągnęło ku ziemi, tak, że mu się zdaje iż gdyby go ktoś w tej samej chwili popchnął, to z pewnością upadłby ku przodowi.

Dalej, jeżeli podczas chodzenia chorego powiedzieć mu zmienacka „stój“, to chory staje na miejscu, ale przytem doznaje bólu w mięśniach karku. Twarz chorego nie ma wyrazu, jest nieruchomą, robi wrażenie maski. Inteligencyja średnia.

Z objawów wyżej przytoczonych, a mianowicie: 1) drgania ograniczonego do jednej ręki, ustępującego tylko podczas snu i podczas ruchu dowolnego, 2) skurczu stałego mięśni przednich przedramienia i ramienia, 3) braku drgania głowy, 4) położenia ręki, 5) postawy chorego, wnioskujemy, że mamy przed sobą *paralysis agitans*.

Forma ta chorobowa dotychczas często była mieszaną z inną formą, a mianowicie *cum sclerosis disseminata* i tylko dzięki pracy profesora *Charcot* te dwie formy zostały wyróżnione. Gdy przy *sclerosis disseminata* drganie występuje głównie przy ruchach dowolnych, a wcale go nie ma, gdy chory pozostaje w spoczynku, tu przeciwnie, ruch podczas spoczynku jest ciągły, a w okresie początkowym choroby przy ruchu dowolnym ustępuje.

Dalej, gdy oscylacje drgań przy *paralysis agitans* są małe, regularne i prężkie — przy *sclerosis disseminata* są obszerne i przypominają ruchy przy *chorea*. Nakoniec przy *sclerosis disseminata* zawsze ma miejsce drganie głowy, przy *paralysis agitans* prawie nigdy.

Choroba ta, podług *Charcot*'a, dotyka ludzi już w wieku będących, przeważnie po roku 40 i 50. U naszego chorego choroba ta się pojawiła w 58 roku. Jednakże granice te nie są absolutne. Zdarzają się przypadki u 20-letnich (*Duchenne de Boulogne*).

Płeć żadnego wpływu na powstawanie choroby nie wywiera, gdyż spotykamy ją zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

Co do wpływu dziedziczności to nie posiadamy odnośnie żadnych danych.

Charcot przypuszcza na pewnych danych, że rasa anglosaksońska (Anglija i Ameryka północna) ma większe usposobienie do tej choroby. W naszym kraju chorobę tę niezbyt często można spotkać.

Przyczyny tego ciepienia są podług *Charcot*'a trojakiemu rodzaju.

1) Wstrząśnienia gwałtowne układu nerwowego, jako to przestrasz, zgroza, zła nowina raptownie usłyszana. W tych razach drganie najczęściej powstaje natychmiast po podziałaniu przyczyny.

2) Jednoczesne długotrwałe działanie zimna i wilgoci. W naszym przypadku właśnie miało to miejsce. Chory przez lat 19 od godziny 8-ej rano do 5-ej wieczorem pozostawał w składzie towarów, nieopalonym, będąc narażonym na przeciągi i wilgoć.

3) Podrażnienie niektórych nerwów obwodowych przez zranienie lub uderzenie.

Przebieg choroby, o której mowa, powolny, ale postępujący. Czas trwania długi, niekiedy choroba trwa lat 30. Cały przebieg choroby można podzielić na okresy: na 1) okres początkowy, 2) okres pełni rozwoju, 3) okres schyłkowy.

Okres początkowy. Choroba ta rozwija się albo powoli, stopniowo, albo raptownie. Częściej ma miejsce pierwszy przypadek. Przy powolnym rozwoju drganie z początku ogranicza się do ręki lub nogi, lub nawet palca wielkiego (taki początek choroby miał miejsce i w naszym przypadku) i występuje tylko w chwili spokoju, a znika podczas ruchu dowolnego.

Przez długi czas drganie jest ograniczone do jednej ręki, lecz stopniowo przechodzi i na inne kończyny. I tak, jeżeli z początku zajmowało prawą rękę, to po kilku miesiącach lub latach pojawia się i w prawej nodze, następnie w lewej ręce i na końcu na lewej nodze. Pojawienie się drgania skrzyżowanego (*croisé*), to jest pojawienie się takowego w prawej ręce, następnie w lewej nodze i t. d., nie jest tak częste.

Niekiedy przez długi czas drganie ogranicza się do jednej połowy ciała (forma hemiplegiczna), albo do nóg tylko (paraplegiczna).

Głowa nigdy nie ulega drganiu, czem się choroba ta różni od *sclerosis disseminata*, przy którym i głowa ulega wahaniu.

Początek gwałtowny ma miejsce wówczas, jeżeli pod wpływem jakiejś przyczyny moralnej lub przestraschu w jednej chwili pojawia się drganie, które zajmuje albo jedną kończynę albo wszystkie odrazu. Po kilku dniach trwania drganie ustępuje lub znacznie słabnie i znowu wraca lub występuje z większym natężeniem i tak po kilkakrotnem znikaniu i powracaniu, lub zwalnianiu i nasileniu, nakoniec stale się utrwała.

Okres pełni rozwoju. Gdy *paralysis agitans* jest już w pełni rozwoju, wówczas drganie obserwujemy we wszystkich kończynach chorego i takowe ani na chwilę go nie opuszczają. Drgania te zwykle występują jako oscylacje rytmiczne i mimowolne różnych części ręki, przypominające pewne ruchy skojarzone. Natężenie drgania jednakże nie jest stale jednakowem. Rozmaite okoliczności, które dawniej nie wywierały żadnego wpływu na drganie, teraz go wywierają. Naprzykład wzruszenia moralne, ruch dowolny potęgują drganie. Niekiedy znowu bez żadnych widocznych przyczyn występuje rodzaj paroksyzmu gwałtownego drgania. Sen, tak naturalny, jak i wywołany działaniem chloroformu, znosi drganie. Głowa i szyja zawsze są wolne od drgania. Mięśnie twarzy są mało ruchliwe, przez co twarz nabiera wyglądu maski. W wyrazie twarzy

przebija się albo smutek, albo głupota. Wzrok najczęściej nieruchomy. Język również ulega drganiu, które się zwiększa, gdy język zostaje wysunięty. W mowie nie spotrzegamy tego, co się nazywa *embarras de la parole*, lecz mowa jest powolną, przerywaną i widocznym jest, iż wymawianie wyrazów dużo kosztuje chorego.

Gdy chory jest wzruszony, mowa staje się drżącą. Przelykanie łatwe, nieco powolniejsze. Często w przypadkach zastarzałych ślina pomimowoli wypływa z ust chorego.

Pierwszy Charcot zwrócił uwagę na inny jeszcze stały objaw przy *paralysis agitans*, a mianowicie na sztywność w mięśniach (*rigidité*). Zesztywnienie to przeważnie widzimy w mięśniach kończyn. tułowia i szyi. Przytem zginacze częściej są dotknięte jak wyprostne. W początkach choroby sztywność ta jest przemijającą, w dalszym zaś rozwoju już nie opuszcza ani na chwilę chorego i staje się powodem, iż chory zmuszony jest przybrać pewne szczególne położenie. I tak z powodu zesztywnienia mięśni przednich szyi, głowa pochyla się ku przodowi i zostaje jakby ustaloną w tej pozycji, tak że chory z trudnością może podnieść głowę lub skierować ją na bok. Cały tułów zostaje pochylony nieco ku przodowi. Co do kończyny górnej to z powodu zesztywnienia mięśni zginaczy, łokcie są nieco oddalone od tułowia, przedramię nieco zgięte na ramię, a ręka nieco zgięta na przedramię. W dalszym przeciągu choroby z powodu długotrwałego zesztywnienia w niektórych mięśniach występuje pewne zdeformowanie palców w rękach, przypominając zmiany w palcach, jakie widzimy przy *arthritis deformans*, tylko że nie występują zgrubienia w stawach palców; przytem palec wielki i wskazujący wydłużają się i zbliżają ku sobie. Palce nieco się pochylają ku dołowi i ku brzegowi łokciowemu nadając formę ręki trzymającej pióro do pisania.

Sztywność w mięśniach nóg bywa również dość znaczną i uwarunkowuje zbliżenie się kolan do siebie, zdeformowanie stopy i palców. Stopa nabiera formy *pedis vari aequini*, a palce przez wyprostowanie się pierwszych członków a zgięcie drugich stają się podobne do do szponów. Niekiedy sztywność w mięśniach jest objawem najprzód występującym i przeważającym. Charcot opisuje w swoim dziele podobny przypadek. U chorego były nieznaczne drgania w mięśniach, a chód i położenie całego ciała miały cechę charakterystyczną dla *paralysis agitans*. Chorzy tacy, jak to widzimy w naszym przypadku, chodzą pochyleni ku przodowi i okazują dążność do padania albo ku przodowi (jak to ma miejsce w naszym przypadku), albo ku tyłowi (*propulsion et retropulsion*). Charcot twierdzi, że dążność ta nie jest zależną li tylko od zmiany środka ciężkości, jaka powstaje przez pochylenie się chorego ku przodowi, gdyż po pierwsze chorzy będąc pochyleni naprzód, często okazują dążność do padania ku tyłowi, a powtóre niekiedy obserwujemy tę dążność do padania ku przodowi lub ku tyłowi wówczas, kiedy chorzy tacy jeszcze nie są pochyleni ku przodowi. Dążność ta do padania nie jest zależną od zawrotów głowy, co się obserwuje przy innych chorobach, gdyż przy *paralysis agitans* zawrotów nigdy nie bywa. Wszelki ruch dowolny, szczególnie w porażonej kończynie, nawet w początkowym okresie choroby jest dla chorego bardzo utrudniony. (D. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

17. Przypadek hemiathetoseos post monoplegiam.

J. A. włościanin wsi Majłowa pow. Żydzryńskiego, gubernii Kaługskiej, lat 48 liczący, został w miesiącu Sierpniu 1881 r. napadnięty w czasie snu przez swego wroga, teź włościanina, który go młotkiem od klepania kos ugodził potężnie w prawą stronę głowy. A. zerwał się ze snu, krzyknął i upadł bez przytomności. Przeniesiony do chaty w stanie nieprzytomnym przeleżał dni 7. Pomału zaczął przychodzić do przytomności i w 3 tygodnie po zadany raz mógł już wstać z łóżka. Dopiero teraz chory zauważył, że nie jest w stanie władać lewą ręką. Sądząc, że takowa jest zwichniętą, udał się do bab, które mu w przeciągu 3-ch miesięcy kilkanaście razy ją naciągały bezskutecznie. Chory więc zrezygnował z możności władania lewą ręką i nigdzie już nie szukał pomocy. Przez całe ostatnie lato pasł bydło włościańskie i dopiero przypadkowo w Październiku 1882 roku miałem sposobność widzenia go. Stan jego przedstawiał się jak następuje:

Na głowie, w miejscu, w które był ugodzony młotkiem (ważącym $1\frac{1}{2}$ funta), można zauważyć znaczne wklęsnięcie kości ciemieniowej prawej w jej części przedniej, pomiędzy guzem ciemieniowym a szwem wieńcowym. Wklęsnięcie to przedstawia kształt nieprawidłowego trójkąta, którego podstawa zwrócona ku górze, równoległa do szwu strzałkowego i odległa od niego na 2 centymetry. Długość podstawy wynosi do 7 cm. Kąt przeciwległy podstawie zwrócony w stronę kąta dolnego kości ciemieniowej i odległy od podstawy wklęsnięcia na 7 cm., od łuku zaś twarzowego o 8 cm. Głębokość wklęsnięcia wynosi 6—10 cm.. Skóra na tem miejscu nie przedstawia nigdzie blizny. O ile szew wieńcowy i kość czołowa przyjmuje udział w tem wklęsnięciu trudno określić, gdyż na głowie chorego nie można dokładnie wymacać wymienionego szwu. Prawdopodobnie kość czołowa wcale nie została uszkodzoną.

Z rozległości i położenia wklęsnięcia wnosić można, że pewne części kory mózgowej zostały uszkodzone, a może i zupełnie zniszczone. Sądząc z położenia topograficznego, prawdopodobnie uszkodzone zostały oba zawoje wstępujące, ciemieniowy i czołowy w ich części środkowej, a więc tak zwana okolica ruchowa (Hitzig, Charcot, Ferrier). Jako stały rezultat tego uszkodzenia widzimy zmiany w lewej kończynie górnej chorego. Kończyna ta w stosunku do prawej przedstawia się zimniejszą na dotyk i znacznie cieńszą. Objętość prawego ramienia w jego części środkowej wynosi 24 cm., objętość zaś lewego 22 cm.. Objętość prawego przedramienia w górnej części $22\frac{1}{2}$ cm., objętość lewego 20. Kości i stawy lewej kończyny nie przedstawiają nic niezwykłego. Czucie w lewej kończynie zachowane. Chory dokładnie przy zamkniętych oczach oznacza miejsce ukłucia igłą, dotknięcia palcem, jakoteż jest w stanie trafnie oznaczyć podwójne ukłucie na lewej kończynie. Odnośnie więc czucia dotykowego lewa kończyna górna w niczem nie ustępuje prawej. To samo dotyczy czucia cieplnego. Czucie mięśniowe nie przedstawia również widocznych zmian; przy zamknięciu oczu chory jest w stanie dość trafnie określić, jakie położenie nadajemy kończynie.

Różnica między obiema kończynami przedstawia się jednak dość znaczną pod względem ruchu. Ruchy bierne, bardzo łatwo wykonalne, nie wskazują ani śladu przykurzeń mięśniowych. Siła mięśni znacznie mniejsza w lewej ręce, aniżeli w prawej, ruchy zaś czynne w lewej kończynie, choć nie zupełnie zniesione, jednak wyraźnie są ograniczone. W stawie barkowym chory jest tylko w stanie podnieść rękę na pewną nie bardzo znaczną wysokość. W stawie łok-

ciowym zginanie i wyprostowanie jest niezupełne. W stawach właściwej ręki zaciśnięcie pięści niemożliwe. Przy wszystkich ruchach widać, że chory znacznie napręża swe siły.

Najciekawszymi jednak są mimowólne skurcze różnych mięśni ręki. Palec wielki to silnie się prostuje, pochyla się ku tyłowi i na zewnątrz i oddala się od reszty palców, to znów się zgina, zbliża się do innych palców, lub mocno bywa przyciśnięty do dłoni. Niekiedy wszystkie palce bywają wyprostowane i mocno oddalone od siebie, to znów dwa palce bywają wyprostowane, a dwa mocno zgięte do dłoni. Ruchy te kurczowe najwyraźniej występują w czasie, gdy chory chce wykonać jakikolwiek ruch ręką, lecz występują także wyraźnie i bez żadnego impulsu woli. Klucie, lechtanie ręki są bez żadnego wpływu na owe ruchy kurczowe. Jednym słowem, zachowanie się tych skurczów niezwykle jest podobne do kurczów przy chorobie zwanej *athetosis*. Mięśnie, jakie przyjmują udział w tym kurczu są następujące: zginacze i wyprostne palców wspólne, jakoteż palucha i wskaziciela, mięśnie ksobny i odsiebny palucha i nakoniec mięśnie międzykostne. Mięśnie zginacze i wyprostne napięstka, jakoteż i nawrotne przedramienia, nie biorą udziału w tym kurczu, przynajmniej kilka razy obserwując chorego, nie mogłem zauważyć ich udziału w opisanym powyżej kurczu.

Badanie nerwów czaszkowych nie wykazało nic nieprawidłowego. Ruchy oka prawidłowe, źrenice prawidłowo oddziałują na światło. Wzrok dobry, słuch także. Zmian w zakresie nerwu twarzowego i podjęzykowego nie ma żadnych. Chory skarży się tylko na częsty ból głowy, mianowicie prawej strony. Kończyny dolne w stanie prawidłowym. Taki jest mniej więcej stan naszego chorego.

Koniec końców u naszego chorego znajdujemy: uszkodzenie (prawdopodobnie zanik) zawojów wstępujących kory mózgowej półkulistej w ich części środkowej, bezwład niezupełny kończyny górnej lewej i kurcz mięśni lewej ręki (*athetosis*) Uszkodzenie stare, przeszło rok trwające. Co się tyczy czasu, kiedy po raz pierwszy zjawily się owe wyż wspomniane kurcze, to chory nie mógł nic pewnego o tem powiedzieć. Umysłowo mało rozwinięty, nie zwracał poprzednio wcale uwagi na istniejący kurcz. Ze wszystkiego jednak wnosić można, że kurcz musiał się zjawić wkrótce po powstaniu bezwładu.

Przypadek powyższy musimy zaliczyć do opisanej po raz pierwszy przez H a m m o n d'a w roku 1871 choroby *athetosis*. Spotykamy bowiem w nim kurcze niezależne od woli, ani też od ruchów czynnych chorego, ograniczone tylko do stawów palców i ręki bez zaburzenia sfery czuciowej, a zatem spotykamy wszystkie objawy atetozy, z wyjątkiem chyba rytmiczności kurczów, która w typowych przypadkach tej choroby zawsze bywa spostrzegana.

W naszym przypadku skurcze następowały bardzo wolno po sobie i nie miały jasno określonego rytmicznego charakteru. Brak ten jednak nie zmienia w niczem naszego rozpoznania, jeśli przyjmiemy na uwagę, że w ogóle typowe przypadki *atehtoseos* zdarzają się niezmiernie rzadko. Od czasu pierwszych dwóch przypadków, opisanych przez H a m m o n d'a, t. j. w przeciągu 12 lat liczba spostrzeganych i opisanych w literaturze przypadków tej choroby znacznie wzrosła. Już G o l d s t e i n w swej rozprawie „*Ueber Athetose*“, z r. 1879 do 40 opisanych kazuistycznych przypadków nalicza, dziś prawdopodobnie liczba ta się zdwoiła. Pomimo to jednak do dziś dnia spotykamy sprzeczne bardzo zdania co do pojmowania istoty i przyczyny tej choroby.

Przedewszystkiem zajmuje wszystkich neuropatologów kwestyja stosunku atetozy do płasawicy (*chorea*). B e r n h a r d t, B o u r n e v i l l e, C h a r c o t ¹⁾

¹⁾ B o u r n e v i l l e - C h a r c o t. Leçons sur les maladies du système nerveux.

Brousse¹⁾, Leube²⁾, widzą w tej chorobie tylko niższy stopień płasawicy. Opierają swój pogląd na tych przypadkach, w których z istniejącej przez jakiś czas atetozы rozwinęła się płasawica lub też odwrotnie. Szczególnie ciekawym w tym względzie jest przypadek, przedstawiony przez Bernharta w towarzystwie neurologów i psychiatrów w Berlinie w 1881 r., tyczący się 20-letniej chorej, która w parę miesięcy po bezwładzie połowicznym z zaburzeniem mowy zapadła na połowiczą płasawicę (*hemichorea*). Pod wpływem zaś leczenia jodkiem potasu płasawica przeszła w połowiczą atetozę (*hemiathetosis*). A zatem należałoby przyjąć, że *athetosis* stanowi poddział. niższy stopień płasawicy, tembardziej, że nie brak przypadków, dowodzących, że z atetozы może rozwinąć się płasawica. W ogóle pogląd ten coraz więcej zyskuje sobie zwolenników.

Drugą ważną bardzo kwestyją jest stosunek atetozы do bezwładu połowicznego (*hemiplegia*). Wszystkie prawie przypadki Hammonda wystąpiły już to bezpośrednio, już to po upływie mniej więcej dłuższego czasu po bezwładzie. Dopiero pierwszy Oulmont³⁾ w 1878 roku opisał 3 przypadki pierwotnej atetozы bez poprzedzającego bezwładu, na zasadzie czego podzielił on atetozę na pierwotną i objawową. Później Eulenburg i Gnauck⁴⁾ opisali po jednym przypadku pierwotnej atetozы. O ile mi wiadomo, Leube z Erlangen podał w 1880 r. szósty taki przypadek. Od tego czasu w literaturze nie spotykałem już opisu pierwotnej atetozы. A zatem liczba pierwotnych przypadków tej choroby w porównaniu z objawowymi bardzo jest szczupła, tak, że w ogromnej większości przypadków atetozа występuje po bezwładzie połowicznym, przyczem albo równocześnie z bezwładem, albo po upływie pewnego czasu i po wyrównaniu bezwładu. Nasz przypadek należy także do rzędu objawowych, gdyż przedewszystkiem bezpośrednio po zadanym razie wystąpił bezwład ręki, do którego w krótkim zresztą czasie przyłączyły się owe charakterystyczne skurcze.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych przy tej chorobie, to o nich posiadamy bardzo ograniczone wiadomości. Sekcja tylko w niewielu przypadkach była dokonana (27 razy). W jednym przypadku Oulmont'a znaleziono przy sekcji zapalne ognisko w lewym wzgórku prążkowanym. W przypadku podanym przez Gowers'a⁵⁾ znaleziono ognisko zapalne we wzgórku wzrokowym. Eulenburg w swoim przypadku znalazł zmiany w okolicy ruchowej kory mózgowej. Schütz⁶⁾ znalazł zapalne ognisko we wzgórku wzrokowym i *capsula interna*. Na koniec Gnauck sądzi, że w opisanym przez niego przypadku musiały zachodzić zmiany w moście Warol'a na tej zasadzie, że obok atetozы miał także miejsce i bezład w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego. Friedenreich z Kopenhagi⁷⁾ uważa przyczynę atetozы za podwyższoną pobudzalność ośrodków w mleczu pacierzowym. Zwyczajny impuls, powiada on, wychodzący z mózgu, który w prawidłowych warunkach podtrzymuje pewne stałe napięcie mięśni, przy takiej podwyższonej pobudzalności wywołuje skurcze w tych mięśniach. Nie brak także sekcij z ujemnym rezultatem, jak na przykład w przypadku Kirchhoff'a⁸⁾. W każdym razie, pomijając zdania

1) A. Brousse. Quatre nouveaux cas d'athetose. Refer. w Centralblatt für Nervenheilk. und Psychiatrie. 1880.

2) Leube. Beiträge zur Pathogenese und Symptomatologie der Chorea und zur Beurteilung des Verhältnisses derselben zur Athetose. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. XXV.

3) Oulmont. Etude clinique sur l'athetose. 1878.

4) Gnauck. Ueber primäre Athetose. Archiv f. Psych. und Nervenkr. Bd. IX. S. 309.

5) Cytowany przez Gnauck'a.

6) Schütz. Hemiathetosis dextra. Prager medic. Wochens. 1882. Nr. 3 i 4.

7) Friedenreich. Referat w Centralblatt f. Psych. und Nerven. 1879. S. 532.

8) Kirchhoff. Acute linkseitige Hemiathetose. Arch. f. Psychiat. und Nervenheilkunde B. XIII. 1883.

Gnauc'ka i Friedenreich'a, jako oparte na przypuszczeniach, pozostaje przyjąć, że przy atetozie najczęściej spotykamy zmiany albo w okolicy ruchowej kory mózgowej, albo w samym mózgu (wzgórki wzrokowe, ciała prążkowane *capsula interna*). Nasz przypadek dowodził by umiejscowienia w okolicy ruchowej kory mózgowej.

Władysław Bieganski.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SYFILIDOLOGIJA.

napisał D-r Ż. Krówezyński. C. k. Radca sanitarny we Lwowie. Kraków. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. 1883 r. str. 445 in 8-vo. Przedmowa. Spis rzeczy. Dzieło ofiarowane D-rowsi Józefowi Majerowi na pamiątkę uroczystego obchodu 50-letniego jubileuszu.

Ocecił Edward Klink,

Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 26).

Zmiany w przewodzie pokarmowym. Dotąd nie stwierdzono ani lepieży (*condylomata plana*), ani rumienia (*erythema*), na błonie śluzowej przełyku, nacieki nawet są rzadkie. W niektórych jednak przypadkach wskutek wytworzenia się rozlanych nacieków w ścianach przełyku powstaje zwężenie, wytworzone po zabliźnieniu rozpadłych owrzodzeń. Spostrzegano w przebiegu przymiotu zupełną utratę łaknienia, lub wielką żarłoczność; zmiany te odnosimy do niekorzystnego wpływu zakażenia na ustrój. Objawy zajęcia kiszek występują w postaci bólów i przewlekłych nieżytych kiszek.

W późnym przymiocie w przewodzie pokarmowym spotykamy nacieki rozlane, albo ograniczone (*gummata*), które rozpadając się, tworzą owrzodzenia; napotykamy takowe w kiszkach cienkich i grubych. Nacieki przymiotowe powstają i w gruczołach kiszkowych (kępkach Payer'a). Zmiany opisane bardzo często napotykamy w kiszce odchodowej.

Zmiany w przewodzie oddechowym. Objawem najwcześniejszym pojawiającym się w przymiocie płuc jest duszność, nieznaczna, krótko trwająca, powtarzająca się często. Duszność w przymiocie wczesnym, gdy w płucach nie wykrywamy jeszcze żadnych zmian, zależy prawdopodobnie od niekorzystnego wpływu zakażenia na układ nerwowy, ta zaś, która pojawia się w przymiocie późnym, zależy już od zmian w samym utkaniu płuc powstałych. Zmiany w oskrzelach we wczesnym przymiocie pojawiają się jako nieżyty, w późnym przymiocie wytwarzają się w błonie śluzowej i podśluzowej gumaty, szczególnie w grubszych oskrzelach; rozpad tych gumatów wywołuje po zabliźnieniu zwężenie oskrzeli i wtedy objawy choroby są bardzo ciężkie i groźne. Co do zapalenia przymiotowego samego miąższu płucnego, to przyjmują: 1) samoistną chorobę płuc, polegającą na obrzęku, bujaniu i przeroście tkanki łącznej śródmiąższowej (*interstitialis*), międzyzrazikowej (*inter-*

lobularis) i okołoskrzelowej (*peribronchialis*) i 2) postać, która przedstawia się w kształcie jako rozlanych lub ograniczonych nacieków (*gummata*); forma rozlana częściej się przytrafia u noworodków. Guzy przymiotowe występować mogą i w większej ilości; Lanceraux widział ich na raz 10 w jednym płucu. Nacieki te ulegają różnym przeistoczeniom, jako to: tłuszczowemu, zserowaceni, stwardnieniu, rozpadowi. Gumaty bywają wielkości grochu, a nawet wielkości orzecha włoskiego i tym samym mogą ulegać zmianom. Następnie autor opisuje objawy, napotymane przy tych zmianach w płucach i podaje wytłomaczenie, na jakiej drodze one występują, wreszcie objaśnia, czem się różnią suchoty przymiotowe od gruźlicy zwykłej.

Zmiany w wątrobie. Oprócz żółtaczki, która niekiedy towarzyszy wczesnym objawom przymiotu, innych zmian w wątrobie przy przymiocie wczesnym dotychczas nie zauważono. W późnym przymiocie występuje albo nacieczenie wątroby (*hepatitis diffusa*), które objawia się najczęściej przy przymiocie wrodzonym, albo gumaty wątroby (*hepatitis gummosa*). Ze wszystkich narządów wewnętrznych wątroba ulega najczęściej cierpieniu; pojawiają się zmiany w wątrobie przy zjadliwym przymiocie bardzo wczesnie, już nawet po roku od chwili zakażenia ustroju. Zmiany anatomo-patologiczne polegają na rozległym nacieczeniu komórkowym i wytworzeniu się nowej tkanki łącznej w przestrzeniach międzyzrazikowych, lub w zewnętrznej błonie naczyń krwionośnych, albo też przedstawiają się te zmiany w postaci guzów wątroby (*gummata*), których ulubionem miejscem jest powierzchnia wątroby. Guzy te dochodzą do wielkości jaja kurzego, najczęściej wypełnione są masą serowatą i otoczone są tkanką zbitą. Przeistoczenia, jakim gumaty ulegają, są: częściowe przeobrażenie tłuszczowe, zwapnienie, zserowacenie rozmiękczenie i całkowite wessanie guzów.

Następnie autor podaje objawy, spostrzegane przy zmianach przymiotowych wątroby, wskazówki do rozpoznania różniczkowego od raka i innych nowotworów wątroby. Rokowanie jest dosyć pomyślne, bo rozpoznane zmiany w wątrobie przy leczeniu ręką ustępują.

Zmiany w śledzionie występują pod formą znacznego obrzmienia już w początkach zakażenia przymiotowego. W śledzionie może powstawać tak przerost tkanki łącznej i nacieczenie tejże tkanki, jako też i pojedyncze gumaty, które bywają od wielkości prosa do wielkości orzecha laskowego i są odgraniczone. W obu razach śledziona ulega powiększeniu. Powstają one przeważnie z utkania komórkowego śledziona, rzadziej z tkanki łącznej i błony zewnętrznej tętnic. Ostatecznie śledziona, tak jak i wątroba, ulega przerodzeniu mączkowatemu.

Zmiany w narządach krążenia. Oprócz kołatania i bólu w okolicy serca, które niewątpliwie przy przymiocie zależą od ogólnego zakażenia, na co między innymi jest dowód i w tem, że te objawy wracają podczas powrotów choroby, niekiedy występują zmiany w rytmie tętna, przyczem jednak żadnych zmian w sercu nie znajdujemy. Objawy, występujące w późnym przymiocie, dają się wytłomaczyć przeistoczeniem w ścianach naczyń krwionośnych. Serce ulega różnym zmianom, które dotyczą albo osierdzia (*pericarditis syphilitica*), albo mięśnia sercowego (*myocarditis syphilitica*), albo wsierdzia (*endocarditis syphilitica*). Na osierdziu wyjątkowo tworzą się guzy w postaci prosowatych guzików, częściej zaś grubieje osierdzie (*pericarditis membranosa*). Zmiany w mięśniu serca występują albo jako guzy przymiotowe (*myocarditis gummosa*), albo jako zgrubienia ścięgniste (*myocarditis diffusa*). Gumaty dochodzą do wielkości jaja kurzego; siedzibą ich jest tkanka międzymięśniowa. Zgrubienia wytwarzają się

wskutek rozlanego nacieczenia; zwykle występują zmiany w sercu po kilku lub kilkunastu latach od początku choroby. Objawy choroby niezawsze się różnią od objawów zwykłego przewlekłego zapalenia, ztąd też trudność w rozpoznawaniu jest przyczyną niepomysłnego rokowania. Zboczenia we wśierdziu są najczęściej następne, skutkiem cierpienia mięśnia, bywają one w postaci zgrubień, owrzodzeń, gumatów, a nawet w kształcie wyrosli. Według niektórych spostrzeżeń, zakażenie przymiotowe może być przyczyną tętniaków, za czem przemawiają znane zmiany w naczyniach krwionośnych. Bardzo wyjątkowo ma wywoływać przymiot zmiany w żyłach i naczyniach włosowatych. Objawy zboczeń przymiotowych w tętnicach są bardzo różne i zależą przede wszystkim od tego, jakie tętnice i w jakim narządzie są chorobowo zmienione. Autor opisuje objawy przy zmianach w naczyniach mózgu (Heubner), w których to przypadkach rokowanie jest niepomysłne.

Zmiany w naczyniach i gruczołach limfatycznych. Oprócz obrzmienia zjawiającego się przy pierwotnym objawie, występują także zmiany podczas przebiegu wczesnego przymiotu (wysypki skórne i zmiany na błonie śluzowej). Kiedy w pierwszym razie gruczoły obrzmiewają z powodu zadrażnienia przez zarazek, który dostał się do gruczołów najbliższych, to w drugim razie źródłem zarazka dla gruczołów są zmiany przymiotowe w skórze i w błonie śluzowej. Zmienione w ten sposób gruczoły maleją wskutek wessania wytworów chorobowych. Do rzadkości należą zmiany, występujące w gruczołach limfatycznych w późnym okresie przymiotu. Gumaty w gruczołach najczęściej wytwarzają się u chorych zolzowatych.

W przebiegu wczesnego przymiotu naczynia limfatyczne nie ulegają przeobrażeniom; częściej napotykamy zmiany w naczyniach limfatycznych w późnych okresach przymiotu. Nacieki w ściankach naczyń limfatycznych tworzą guzy płaskie, jajowate, w skórze lub pod nią ułożone; drogą rozpadu powstają z nich owrzodzenia. Rozpad guzów (*gummata*) w gruczołach bywa szybszy, aniżeli rozpad gruczołów zolzowatych.

Zmiany w nerkach były przez niektórych autorów spostrzegane, już we wczesnym przymiocie, a zmiany te polegają na białkomoczu i puchlinie ciała; chorych tych wyleczono po poddaniu ich leczeniu swoistemu (Barthelmy). Przymiot sprowadza często zwyrodnienie mączkowate nerek. Najrzadziej występują ograniczone guzy (*gummata*), częściej zaś rozlane stwardnienia. Ilość gumatów może być rozmaita, dochodzą one do wielkości grochu. Cierpienie nerek przymiotowego pochodzenia w objawach niczem się nie różni od zwykłego zapalenia, tylko równocześnie znajdujące się objawy późnego przymiotu mogą być wskazówką do rozpoznania cierpienia nerek.

Zmiany w układzie płciowym u kobiet i u mężczyzn. Oprócz upławów, które są w danych przypadkach następstwem osłabienia z zakażenia krwi pochodzącego, spostrzegamy bóle maciczne (*hysteralgia*), zmiany w miesiączkowaniu; u kobiet będących w ciąży przymiot bywa przyczyną przedwczesnych porodów i poronień. Często powtarzające się porody przedwczesne i poronienia powinny być niejako wskazówką do podejrzewania przymiotu u kobiety. U kobiet przymiotowych często występują krwotoki poporodowe. Ciąża wpływa na przebieg i na charakter objawów zakażenia. W późnym okresie przymiotu w ściankach macicy wytworzyć się mogą guzy przymiotowe (*gummata*). W jajnikach rozwijają się guzy w postaci rozlanych stwardnień. U mężczyzn są niekiedy zmiany w przyjadrach (*epididymitis syphilitica*), daleko częściej jednak występuje zapalenie jądra (*orchitis syphilitica*), rzadziej bywa zajęty sam sznurek nasienny (*funiculitis syphilitica*). Zmianom jądra towarzyszą guzy przymio-

towe w skórze i kościach. W jądrze nacieki mogą być albo rozlane (*orchitis sclerosata*), albo ograniczone (*orchitis gummosa*). Rozwój i przebieg zmian jest bardzo powolny, a przy pomocy leczenia swoistego cierpienie to do zupełnego może być doprowadzone wyleczenia, albo kończy się zanikiem jądra. Rzadko się przytrafia, aby oba jądra jednocześnie były zajęte. Można przy rozpoznaniu przyjąć przymiotowe zmiany jądra za raka, lub za następstwa ostrego zapalenia jądra, za zmiany gruczlicze, ale w tym względzie są liczne wskazówki, pozwalające na odróżnienie tych zmian od siebie. Pierwotne zajęcie sznurka nasiennego jest nader rzadkie; autor podaje opis własnego spostrzeżenia.

W pęcherzykach nasiennych i w gruczole krokowym nie odkryto żadnych zbroceń, wywołanych przez przymiot. Powstawać mogą w ciałach jamistych prącia gumaty, które najczęściej umiejscawiają się w rowku żółdziowym.

Zmiany w układzie nerwowym. Jedną z najważniejszych zdobyczy ostatniego dziesięcio-lecia na polu syfilidologii stanowi niewątpliwie bliższe poznanie objawów chorób mózgu i rdzenia, powstałych wskutek zakażenia ustroju naszego przymiotem. Pomimo, że już wielu autorów w XVIII wieku podaje dokładniejsze opisy zajęcia mózgu i nerwów (Astruc, Boerhave, van Swieten). J. Hunter, znakomity badacz, przeczył, by pod wpływem przymiotu występowały zmiany w narządach wewnętrznych, jak: w wątrobie, żołądku, sercu, a więc i w mózgu. Powaga Huntera powstrzymała też rozwój wiadomości o zmianach przymiotowych w narządach wewnętrznych przez czas długi, aż dopiero Virchow zmiany w narządach wewnętrznych poddał scislemu badaniu, które doprowadziło do wyników pozytywnych. Rozdział ten jest przez autora opracowany przeważnie podług dzieła Fournier'a: O przymiocie mózgu i przymiocie rdzenia, oraz dzieła D-ra Domańskiego o p. t. O kile układu nerwowego (1880).

Cierpienia narządu nerwowego przedewszystkiem objawiają się we wczesnej i łagodnej postaci przymiotu. Dziś o wiele więcej spostrzegamy przypadków zajęcia narządu nerwowego, niż to dawniej się zdarzało, co objaśnić należy niewątpliwie powiększeniem się ogólnej nerwowości, choroby właściwej naszemu wiekowi i dlatego przymiot mózgu występuje najczęściej u ludzi pracujących umysłowo, nadużywających stosunków płciowych, u pijaków, u podrażnionych z przyczyn moralnych. Niewątpliwie, że oprócz tych przyczyn, powodem umiejscowienia się choroby w mózgu są wszelkiego rodzaju podrażnienia, uderzenia, lub wpływy przypadkowe zewnętrzne.

Do najwcześniejszych objawów przymiotu mózgu należy: ból głowy i bezsenność. Objawy te trwają mniej lub więcej długo z rozmaitym przebiegiem, towarzyszy im ogólne rozłamanie, brak łaknienia. Chorzy tacy są smutni, uskarżają się na zawroty głowy i ociężałość ogólną. Stan ten doprowadza do bezsilności nerwowej, objawiającej się osłabieniem wszystkich czynności życia zwierzęcego.

Bezbolesność, na którą pierwszy zwrócił uwagę Fournier, towarzyszy często zakażeniu przymiotowemu; bezbolesność ta może być i ogólną, choć rzadko; częściej bywa ograniczoną i częściową. Bezbolesność tę spostrzegamy albo przed wystąpieniem ogólnych objawów zakażenia, albo w przebiegu wczesnego przymiotu, niekiedy zaś znika bezbolesność ogólna, a pozostaje ograniczona. Do bardzo rzadkich zjawisk należy utrata czucia mięśniowego, przyczem chorzy nie czują ugniecenia mięśni i nie mają świadomości o położeniu członków.

Finger spostrzegł znaczne wzmoczenie się odruchów skórnym i ścięgnistym, przed ukazaniem się lub w czasie wystąpienia wysypki. Ważnym objawem zakażenia w przebiegu wczesnego przymiotu jest

wystąpienie p o r a ż e ń, ograniczonych do jednego lub kilku gałęzek nerwowych; najczęściej dotkniętym bywa n e r w t w a r z o w y.

Niekiedy, jak podaje F o u r n i e r, zakażenie przymiotowe może wywołać: z a ć m i e n i e w z r o k u, n i e d o w i d z e n i e, p o r a ż e n i a a k o m o d a c y i.

C z y n n o ś c i u m y ś l o w e mózgu również niekiedy są dotknięte; wyrodzić się może stan, który F. nazywa a t o n i j ą w ł a d z u m y ś l o w y c h. Najrzadziej występują k r ó t k o t r w a ł e z b o c z e n i a umysłowe, co, jak się zdaje, niewątpliwie zależy od takich zmian w mózgu, jakie napotykamy przy ostrych chorobach zakaźnych. Zmiany w n e r w i e s y m p a t y c z n y m wywołane przez zakażenie są nader rzadkie i objawiają się zboczeniami w prawidłowej ciepłocie.

Co do zmian a n a t o m o - p a t o l o g i c z n y c h, to są one takie same jak i w innych narządach, a więc albo r o z l a n e n a c i e k i (*sclerosis*), albo n a c i e k i o g r a n i c z o n e czyli gumaty, tworzące guzy rozmaitej wielkości, dochodzące niekiedy do wielkości orzecha włoskiego. Podobne wytwory patologiczne mogą być i w tkankach otaczających ośrodku mózgowego.

Takim samym zmianom jak mózg ulega i r d z e ń p a c i e r z o w y, w k t ó r y m wytwarzać się mogą tak nacieki r o z l a n e, jako też i o g r a n i c z o n e, tak w samym rdzeniu, jako też i w osłonach jego. Najmniej wiadomo, jakim zmianom ulegają n e r w y. Wogóle cała kwestyja zmian w narządach mózgo-rdzeniowych przy przymiocie jest dopiero w początkowym swoim okresie.

Po tych uwagach ogólnych i opisie zmian anatomicznych autor podaje opis klinicznych o b r a z ó w p r z y m i o t u m ó z g u. Z powodu wielkiej różnorodności zjawisk chorobowych, jakie spostrzegamy przy przymiocie mózgu, najlepiej jest, dla ułatwienia, podzielić zjawiska chorobowe na pewne gromady, obejmujące najrozmaitsze postaci, w jakich występuje przymiot mózgu. F o u r n i e r, za którym idzie autor, dzieli przymiot mózgu na sześć postaci: 1) postać połączoną z bólem głowy (*forme céphalalgique*); 2) postać nawalową (*forme congestive*); 3) postać padaczkową (*forme convulsive ou épileptique*); 4) postać połączoną z utratą mowy (*forme aphastique*); 5) postać połączoną ze zboczeniem umysłu (*forme mentale*); 6) postać połączoną z porażeniem (*forme paralytique*).

Wszystkie te postaci łączą się między sobą i przechodzić mogą jedna w drugą. Niepodobna nam iść w ślady za autorem z powodu i tak już zbyt obszernego streszczenia dzieła jego, musimy tylko nadmienić, że opisana jest w dalszym ciągu każda z postaci wymienionych pod względem objawów, częstości występowania, rokowania i zakończenia przymiotu mózgowego. Po tym opisie następuje opis zmian i objawów, występujących przy cierpieniu przymiotowem n e r w ó w m ó z g o w y c h po szczególe i podany jest również opis porażień połowicznych.

O p r z y m i o c i e r d z e n i a p a c i e r z o w e g o wiadomości są niepewne, gdy bowiem jedni przeczą, jakoby przymiot wywoływał zmiany w rdzeniu, inni, przeciwnie, każde niemal cierpienie rdzenia uważają za cierpienie pochodzenia przymiotowego. Tak jak w innych narządach, tak samo i w rdzeniu mogą powstawać zmiany przymiotowe albo w postaci r o z l a n e j, w postaci s t w a r d n i e ń, albo w postaci o g r a n i c z o n e j, które to ostatnie należą do wyjątkowych zjawisk. Przymiot rdzenia może się objawić albo w postaci o s t r e g o z a p a l e n i a (*myelitis acuta*), lub przewlekłego (*myelitis chronica*), z a p a l e n i a p r z y o s t r e g o (*myelitis subacuta*), albo wreszcie w postaci w i ą d u r d z e n i a p a c i e r z o w e g o (*tabes dorsalis*).

O b j a w y z a p a l e n i a p r z y m i o t o w e g o są takie same, jak i przy zwykłym zapaleniu rdzenia. Autor następnie podaje opis sporu, jaki powstał w ostatnich latach, mianowicie co do przyrody wiądu; gdy bowiem jedni autorowie twierdzą, że

przymiot usposabia do cierpień rdzenia (Eulenb urg, Westphal, Müller, Rosenthal), inni, jak Fournier i Erb, przyjmują nadzwyczajną częstość wiądu rdzenia pochodzenia przymiotowego.

Wystąpienie wiądu paciierzowego ma miejsce przeważnie w późnym okresie przymiotu i mamy prawo przyjmować istnienie wiądu paciierzowego, będącego następstwem przymiotu, opierając się na częstości przymiotu w badanych przypadkach i skuteczności leczenia swoistego.

Rokowanie w przypadkach od przymiotu zależących jest korzystniejsze niż w zwykłych.

Przy opisie zmian w tkankach narządu wzrokowego, podaje autor krótkie poglądy na zapalenie rogówki śródmiąższowe (*keratitis parenchymatosa*), które jest najczęściej objawem przymiotu wrodzonego. Z błon oka najczęściej ulega tęczęwka, która może uleść zapaleniu albo bardzo ostremu, albo też więcej przewlekłemu; zapalenie takie tęczęwki może się przedstawiać albo w postaci *iritidis simplicis v. plasticae*, albo też jako *iritis gummosa*. Wyjątkowo ulega cierpieniu ciałko rzeskowe (*cor. ciliare*), w którym wytworzyć się mogą gumaty. Samoistnie, bez spółczesnych zmian w tęczęwce, może uleść zapaleniu i naczyńiówka (*chorioiditis exsudativa*). W przebiegu późnej choroby przymiotowej występuje zapalenie siatkówki (*retinitis*) samoistnie, wskutek czego powstaje zamglenie tarczy nerwu wzrokowego i osłabienie wzroku, które, nieleczone, prowadzi do zupełnej ślepoty. W krótkich słowach podaje autor opis zmian narządu węchowego i słuchowego, po które odsyłamy czytelnika do oryginału. Oto mniej więcej jest krótki opis wszystkich zmian, powstających w narządach wewnętrznych, wskutek zakażenia przymiotem ustroju naszego. W zakończeniu tej części II dzieła, autor przedstawił jeszcze opis przymiotu złośliwego i przymiotu wrodzonego, do streszczenia których obecnie przystępujemy.

Przymiotem złośliwym nazywamy taki przebieg choroby przymiotowej, przy którym następują objawy jedne po drugich nader szybko, oraz wczesnie występują takie objawy, jakie zwykle w późnym okresie przymiotu się okazują. Kiedy na początku XVI wieku przymiot był przeważnie złośliwy, dziś przypadki złośliwe należą stosunkowo do rzadkich. Przyczyna złośliwości przymiotu według jednych autorów zależy od skazy krwi, zmniejszającej prawidłowy skład soków ustroju, według innych zależy od jakości zarażka; wogóle przyjąć można, że limfatyzm, zółty, przewlekłe zatrucie wyskokiem, rozpusta, podeszły wiek, są najczęstszymi przyczynami złośliwości w przebiegu przymiotu. W przymiocie złośliwym groźne objawy występują bardzo wczesnie, przyczem towarzyszy im ciągła gorączka, ogólne osłabienie, wymioty, bezsenność, biegunka. Bazin rozróżnia trzy postacie objawów skórnych w przymiocie złośliwym; 1) postać ropno-pęcherzykową, następnie wytwarzają się owrzodzenia pokryte strupami; 2) postać guzów przymiotowych rozpadających się i które po całym ciele są rozrzucone i 3) postać guzów przymiotowych ze zgorzeliną połączonych, wskutek czego powstają owrzodzenia ostre, obcięte, strupem czarnym przykryte. Wszystkie postacie zablizniają się i tworzą blizny głębokie i rozległe. Rokowanie z powodu powrotów choroby jest niepomyślne. Zjadliwy przymiot sprowadza najczęściej wyniszczenie (*cachexia syphilitica*). Charłactwo to zdarza się mianowicie po objawach późnego przymiotu, chociaż może występować i we wczesnym okresie choroby. Przyczyną jego bywa nie samo tylko zakażenie, ale zmiany przez przymiot wywołane w narządach ustroju. Objawy charłactwa z powodu przymiotu niczem nie różnią się od objawów charłactwa, powstałych z innych przyczyn chorobowych. [D. c. n.]

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się, iż prof. Kosiński z powodu ukończenia w tych czasach 25 lecia zawodu lekarskiego, złożył na ręce sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Szokalskiego sumę rs. 8,000, od której odsetki w $\frac{1}{4}$ mają wzbogacać co rocznie kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach, a w $\frac{3}{4}$ mają być obracane na pożyczki dla studentów medycyny tutejszego uniwersytetu.

— Dnia 30 Czerwca r. b. odbył się tutaj zjazd 42 lekarzy, którzy przed 10 laty ukończyli studyja w tutejszym uniwersytecie. Zjazd ten miał taki praktyczny rezultat, iż zebrano na nim drogą dobrowolnych składek 513 rs., z których 250 rs. przeznaczono na fundusz żelazny kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach pozostałych, 213 rs. ofiarowano nieszczęśliwej rodzinie pozostałej po jednym z kolegów, a 50 rs. dla studenta kończącego w tym roku wydział lekarski w tutejszym uniwersytecie, jako pożyczkę, którą winien w przyszłości zwrócić równie potrzebującemu studentowi.

— Ministeryjum spraw wewnętrznych zawiadomiło Radę Miejską Dobroc. Publicznej o zatwierdzeniu dla szpitala Dzieciątka Jezus etatu na rozszerzenie działalności istniejącego przy tymże szpitalu Instytutu szczepienia ospy. Etat roczny wynosi rs. 1564 z czego przeznaczonem jest na zakupno 100-u cieląt rs. 750, dla dyrektora rs. 320, dla felczera rs. 150, dla kobiet wynagrodzenie za przynoszenie dzieci do zbierania limfy rs. 150, na rurki do limfy i inne potrzeby rs. 290.

Kraków. Wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego wybrał na dziekana na rok 1883/4 prof. fizjologii Piotrowskiego.

Wiedeń. Ministeryjum oświaty dało odpowiedź odmowną spalkobiercom homeopaty Schmidta, który zrobił legat na utworzenie katedry homeopatyji przy tutejszym uniwersytecie.

Praga. Jak donosi „Przegląd lekarski“ skład wydziału lekarskiego Czeskiego uniwersyte-
tu ma być następujący: anatomija opisowa Steffa; fizjologija Tomsa; anatomija patologiczna Hlava; patologija ogólna Spina; klinika lekarska Eiselt; klinika chirurgiczna Weis; okulistyka Schöbl; akuszerija Streng; dermatologija Janovsky; chemija lekarska Horbaczewski; farmakologija Jandouš; poliklinika Maixner; medycyna sądowa Hnovkovský.

Paryż. Sąd kryminalny skazał Lacombe'a, dostawcę chininy dla szpitali paryzkich, na rok więzienia z powodu fałszowania takowej.

New-York. W Vera Cruz panuje epidemija żółtej febry; przez 2 ubiegłe miesiące zmarło z niej do 1000 Europejczyków i Amerykanów.

Kair. W dolnym Egipcie wybuchła dość silna cholera; w niektórych miejscowościach a głównie w Damiecie i Mansurah zabiera liczne ofiary. Wedle ostatniej wiadomości przypadki cholery zdarzają się w Port Suid i na Malcie.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*, Nr. 26. Gluziński. Kilka słów o zejściu zapalenia włóknikowego (*pneumonia crouposa*) w zapalenie międzymiąższowe (*pneumonia interstitialis*). (Dalszy ciąg). — Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od roku 1879--1882 (Dalszy ciąg). — Ulanowski. Toczyń żrący czyli wilk grudkowato-pelzający, długotrwały, wyleczony.

— *Medycyna*, Nr. 26. Talko. Udawana jasna ślepotą obu oczu.

OPNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinija najpierwszych lekarzy Europy
Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkiowych
2. " obstrukcyi chronicznej
3. " nderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. " febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. " chronicznych w ogóle
6. " lekkich cierpieniach skrofuleicznych
7. " stłuszczeniu
8. " organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych
i aptekach w Rosyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazanska 3
 } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj 20—3



MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych
i aptekach Rosyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazanska 3.
 u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—3

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

D-ra Bielińskiego

w Nowem mieście nad Pilicą (gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok w zimie i w lecie otwarty. Hydroterapia. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzone. Obfite zdroje wybornej wody. Kąpiele rzeźne. Elektryczność. Gimnastyka. Dwoch stałych ordynujących lekarzy. Zdrowy klimat, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Komunikacja osobowa karetkami pocztowymi przez Grójec, na które zapisywać się można na poczcie w Warszawie.

Objaśnienia: w Zarządzie Zakładu w Nowem Mieście nad Pilicą lub też w Warszawie w aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480. 7—5

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

D-ra Emmerta. Wykład chirurgii szczegółowej. Tom. I str. 666 Tom. II str. 744. Ze 175 drzeworytami. Za rsr. dwa.

D-ra Cohnsteina. Wykład położnictwa. Str. 289. Z 21 drzeworytami. Za rsr. jeden.

D-ra B. Skórczewskiego. Dyjetetyka kąpielowa. Str. 355. Za rsr. 1 kop. 20.

D-ra W. Kosmowskiego. Rys higieny dzieci. Str. 229. Za kop. 50. 6—5

Zakład Lecznicy

Stacja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

5 godzin drogi
od Warszawy,
godzina od Lu-
blina, Poczta
i telegraf na
miejscu.

Sezon letni od 15 Maja.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony w miejscowości malowniczej i odznaczającej się pod względem sanitarnym. Posiada przeszło 150 wygodnie urządzonych pokoi gościnnych i liczne wille prywatne w bliskości zakładu położone. Zakład rozporządza następującymi środkami leczniczymi
1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gimnastyka lecznicza
Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczonym i rozrzedzonym powietrzem,
2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracyja wodami żelazistem Nałęczowskiemi (szczawa żelazista) oraz wszelkimi innymi wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (blotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, niezżytach żołądko - kiszkiowych, w niezżytach dróg oddechowych, osłabieniach ustroju bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Bliższe objaśnienia udziela Administracyja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy). 16—10



Główny Zakład WYROBU WÓD Mineralnych,

W SYFONACH I BUTELKACH,

Magistra farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie Nr. 3 Mirowska.



Wysyła Wody Mineralne na prowincyję, po cenach możliwie umiarkowanych. Składy Wód Mineralnych znajdują się w większej części aptek warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincyi i w Cesarstwie.

Zakład mój rozporządza 20-ma tysiącami syfonów paryzkich, maszyną parową i licznymi aparatami najnowszej budowy, a pojmując rozsądne współzawodnictwo, zasadzam je na ciągłym postępie i jaknajdokładniejszym wyrobie.

Wody Mineralne w butelkach i syfonach, oraz Syropy do wód gazowych, znajdują się zawsze na składzie.

W. Karpinski.

10—6

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejącej,

Zaopatrzonej został w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Autrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—15

Docent Dr. A. Mars

ordynować będzie od 10 Czerwca b. r. przez sezon letni

W KRYNICY
w domu pod Pagatem.

3-3

Dr. Franciszek Chłapowski

praktykować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen**

6-5

J A W O D O R Z E

(około Bielska, Szlask austriacki)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I ŻĘTYCZNY

otwarty jak po inne lata z d. 1 Maja r. b.

Dr. Smoleński, lekarz i kierownik Zakładu. 6-6

Dr. Med. Czesław Stiche

przez cały letni sezon ordynuje w **KARLSBADZIE**

mieszka jak dawniej **Kreuz-Gasse, Insel Rügen.**

12-8

Dr Med. ZDZISŁAW NIESZKOWSKI

w r. b. jak i lat poprzednich podczas sezonu letniego będzie ordynował w **Szcza-**
wnicy a podczas jesiennego w **Meranie** (Landstrasse Nr. 270).

6-6

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, 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 Kryżego*, *D-ra Zaleskiego w Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10-10

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. H E N R I C H

istniejący

Zaopatrzony został w **Sól Vichy do kąpeli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30-15

B U S K O

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkuje, ordynuje w domu własnym.

6-6

D-r Adam Świrski

Lekarz zakładu zdrojowego

w Iwoniezu

ordynuje jak w latach poprzednich, mieszka „**STARY PAŁAC.**“

6-6

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI 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.

OGŁOSZENIA.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

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

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,
oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich.

0—15

CIECHOCIŃSKI WYCIĄG Z IGLIWA SOSNOWEGO

(*Extractum turionum Pini pro balnea.*)

Powyższy środek leczniczy, zalecany przez wielu lekarzy, z bardzo pomyslnym skutkiem,
przy reumatyzmie, artrytyzmie, krzywicy i cięższych formach żołądów, również w wielu przewlekłych
postaciach chorób skórnych, wyrabiany jest w aptece GĘBCZYŃSKIEGO w Ciechocinku.

Dostać go można w składzie materyjłów aptecznych Mrozowskiego i w wielu aptekach War-
szawskich.

Wyciąg ten, w porównaniu z krynickim, jest daleko gęstszym, a butelka, pomimo większe
objętości o 40 kop. tańsza.

6—3

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, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIENI, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE 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.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryżskiego 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 obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

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

Należy wystrzegać się podrobieni, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie 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 MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego 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 Paryżskich).

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

Należy wystrzegać się podrobieni i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie 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.

Treść. I. Wł. Orłowski. Ośmnaście dni trwające wstrzymanie wydzielenia moczu. (*Anuria*). — II. Kornilowicz. Przypadek *paralyseos agitanteis*. — *Notatki lekarskie*. 17. Wł. Bięgański. Przypadek *hemiatheoseos post monoplegiam*. — Przegląd bibliograficzny. Syfilidologia. Napisał D-r Ż. Krówezyński. Ocenił E. Klink. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. OŚMNAŚCIE DNI TRWAJĄCE WSTRZYMANIE WYDZIELANIA MOCZU.

(*Anuria*).

Spostrzegał i opisał

D-r Wł. Orłowski

Dnia 8 Lutego r. b. do oddziału chorych zewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus przybył Bronisław P., konduktor kolei Warszawsko-Terespolskiej. Chory od lat już kilku doznawał niekiedy dosyć mocnego bólu podczas oddawania moczu, bóle te jednak nie trwały długo i po dwóch, trzech, dniach ustępowały; kiedyś zauważył w moczu na dnie naczynia czerwonawy osad, rodzaj piasku. Chory za poradą lekarzy używał przez parę tygodni i dłużej wody *Vichy* po leczeniu tem doznawał czasem pewnej ulgi. W początku Lutego r. b. stan chorego pogorszył się znacznie, do zwykłych bólów podczas oddawania moczu przyłączyło się częste parcie. Dnia 5. II. w Brześciu Litewskim po nadzwyczaj częstem bolesnem parciu nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu; chory, jako konduktor, zmuszonym był obowiązkowo powracać do Warszawy i w nadziei, iż pogorszenie to, jak i tylokrotne poprzednie, przejdzie szczęśliwie, wsiadł na pociąg, idący do Warszawy. W drodze objawy zatrzymania moczu wystąpiły z całą grozą, chory cierpiał w sposób niewypowiedziany. Na stacji Siedlce z powodu nieobecności lekarza zawezwano felczera, który przybył z chorym do Warszawy. Starania felczera w drodze, by wprowadzić cewnik, okazały się bezskuteczne, krwawienie z cewki powiększyło jeszcze cierpienia chorego. W Warszawie zaproszony kol. *Kryż* po wprowadzeniu cewnika przekonał się, iż w pęcherzu moczowym nie ma żadnej zawartości. Dnia 6. II. do chorego zaproszono kol. *Matlakowskiego*, który potwierdził również, iż w pęcherzu zupełnie nie ma moczu. Dnia 8. II., zatem piątego dnia po wystąpieniu objawów zatrzymania moczu, chory przybył do szpitala w stanie następującym.

Chory wieku lat 45, budowy ciała dobrej, wzrostu średniego, odżywiania dobre, uskarża się przeważnie na ciągłego parcie na mocz, którego

na mocz, którego jednak od dni pięciu nie odeszła ani kropla, niekiedy tylko z otworu cewki wysącza się kropelka lub dwie lepkiego, śluzowatego płynu. Wypróżnień stolca nie było od dwóch dni. Brzuch wzdęty, częste odbijanie, język obłożony, pragnienie dosyć znaczne; w okolicach nerek tępe bóle. Od dwóch dni prawie nieustający ból głowy, bezsenność, niepokój; chory trzy, cztery razy na godzinę, niekiedy i częściej wysiła się, by wypróżnić pęcherz, wysilenia te jednak pozostają bez skutku; tętno słabe, około 100, ciepłota ciała 37° C. Po wprowadzeniu cewnika przekonałiśmy się raz jeszcze, iż w pęcherzu rzeczywiście nie ma ani kropli moczu.

Pęcherz przestrzyknięto letnią wodą. Choremu zalecono wewnątrz środki przeczyszczające, kilkanaście ciętych baniek w okolicy nerek, dobrze ciepłą kąpiel. W przeciągu pierwszych dni czterech w stanie chorego nie zaszła żadna wybitna zmiana, bóle głowy trwały prawie bez przerwy, tętno tylko stawało się stopniowo nieco słabszem. Dnia 12. II. wystąpiły poraz pierwszy wymioty, które w ciągu dnia powtórzyły się pięć razy. Dnia 13. II. chory z powodu trwających wymiotów nie znosi żadnych, ani stałych, ani płynnych pokarmów, nawet większa nieco ilość lodu powoduje wymioty, uskarża się przy tem chory na przykry amonijakalny zapach. Uderzenie tętna coraz słabsze, ciepłota ciała ciągle około 37° C. Cewnik, co drugi dzień wprowadzany do pęcherza, stwierdza tylko zupełny brak moczu. Zalecono kąpiele parowe. Dnia 17. II. coraz częstsze wymioty nadzwyczaj osłabiają chorego, dreszcze, tętno słabe, około 90 uderzeń na minutę. Dnia 19. II. stan chorego stopniowo gorszy, osłabienie wzrasta, dreszcze częstsze, ciepłota $38,5^{\circ}$ C. Zaproszony na naradę kol. B a r a n o w s k i zaproponował, w celu sprowadzenia pewnej zmiany w krążeniu krwi, ogólny jej upust, następnie zaś wstrzykiwania podskórne kamfory w eterze. Z pierwszym jednak strumieniem krwi po nadcięciu żyły wystąpiły nagle gwałtowne ogólne drgawki w połączeniu z utratą przytomności, z sinicą na twarzy. Drgawki trwały około 15 minut, chory powoli oprzytomniał, uspokoił się, zasnął na parę godzin. Dnia 20. II. około godziny 4 zrana drgawki powtórzyły się z całą gwałtownością, objawy inne bez zmiany, ciepłota ciała około 39° C. Dnia 21. II. wymioty ustały, drgawek nie było, nadzwyczaj częste, wodniste rozwolnienia stolca. W nocy chory, po raz pierwszy od początku choroby, oddał około uncyi mętnego moczu. Dnia 22. II. o godzinie 5-ej rano chory oddał znowu około uncyi moczu, o 11-ej zaś $\frac{1}{2}$ uncyi; dreszcze nie ustają, tętno zaledwie wymacalne. Dnia 23. II. chory po 18 dniach strasznych cierpień zakończył życie.

Dnia 18. II. przesłałem do pracowni chemicznej szpitalnej dla zbadania niewielką ilość krwi, jaką otrzymaliśmy za pomocą ciętej banki i wymiociny, następnie zaś dnia 22. II., mocz oddany przez chorego. Wynik rozbioru, wykonanego przez dyrektora pracowni, kol. N e n c k i e g o, był następujący. Krew w ilości 11 gm., badana była pod mikroskopem (system immersyjny wodny, powiększający 1090 razy); badanie to nie wykryło żadnych nieprawidłowych utworów. Ilość białych krążków krwi w stosunku do czerwonych okazała się prawidłową, na jeden bowiem krążek biały wypadło 372 czerwonych. Badano za pomocą przyrządu T h o m a - Z e i s s. Ilość mocznika oznaczoną była we-

dług przepisu podanego w dziele W u r t z'a (*Traité de chimie biologique, 1880 r. str. 401. § 182*) i wyniosła w 100 częściach 0,54%. Przy badaniu wymiocin nadesłanych w ilości 150 ctm. sześć. okazało się:

Cieźzar właściwy 1·017, odczyn słabo zasadowy (na drugi dzień kwaśny); w osadzie pod mikroskopem wykazane były skrzepy sernika, kryształy kwasu tłuszczowego, trójmargarynowego, znaczna ilość kulek tłuszczowych, miazga pokarmowa, wyłącznie pochodzenia zwierzęcego, schistomycety; pokarmów roślinnych odczynnik L u g o l'a nie wykazał ani śladów. Oznaczenie ilościowe mocznika z powodu nader małej ilości nadesłanego płynu okazało się niemożliwym, oznaczono go więc tylko jakościowo. Ilość kwasu fosforowego wynosiła 0·066%. Nadesłany mocz był barwy żółtawej, ciężar właściwy 1·017, osad nieznaczny. W osadzie pod mikroskopem okazały się ciała śluzowe i kryształy kwasu moczowego. Składników nieprawidłowych przy badaniu moczu nie znaleziono wcale, z wyjątkiem nieznacznej ilości urorozeiny. Ilość mocznika 2·11%.

Badanie pośmiertne wykonaniem było we 24 godzin po śmierci przez prosektora uniwersytetu kol. P r z e w o s k i e g o; przesłany nam protokół zawiera co następuje:

Ciało skład dobry, wzrost średni, odżywianie dobre. Skóra blada, cienka, tkanki tłuszczowej podskórnej dosyć wiele. Mięśnie dobrze rozwinięte, bladoczerwone, kończyny nie obrzękłe. Opony mózgu nieco przekrwione. Toż samo cała substancja mózgowa, zresztą mózg przedstawia się prawidłowo. W zatokach twardej opony mózgowej dosyć dużo ciemnej i tylko miejscami słabo skrzepłej krwi. Język nieco obłożony. Płuca nie przyrosłe, w przedniej części i przy wierzchołku nieco dotknięte rozedmą, w tylnych nieco przekrwione. Krtań, tchawica i oskrzela dla gołego oka nie przedstawiają zmian żadnych, Serce wiotkie i nieco powiększone w wymiarze podłużnym. Osierdzie i wsierdzie bez zmian widocznych. Mięsień serca blady. Mięsień lewej komórki nieco zgrubiał i jama jej nieco powiększona. Śledziona średniej wielkości, blada. Wątroba blada, budowa jej zrazikowa niezupełnie wyraźna, powierzchnia rozkroju nieco mętna. Tkanka wątrobowa rozrywa się nieco łatwiej. (Mięszkowe zmętnienie. Nerka prawa ma długości 11 ctm., szerokości 4 ctm. i grubości 3 ct.). Powłoka jej oddziera się łatwo. Powierzchnia istoty korowej gładka, szaro blada. Istota korowa nieco zgrubiała, blada. Piramidy przy podstawie czerwone. Brodawki nerkowe znacznie zmniejszone i spłaszczone. Miedniczka przynajmniej trzy razy większa i mocno napęczniona mętnym szaro-żółtawym moczem, w którym dostrzega się dosyć dużo szaro-żółtawego piasku nerkowego. W odległości 7 ctm. od miedniczki moczowód jest mocno zatkany kamieniem moczowym wielkości ziarnka grochu, o powierzchni drobno-ziarnistej, szaro-żółtawej. Powyżej kamienia moczowód jest nieco rozszerzony i mocno wypełniony moczem, poniżej moczowód opadnięty i pusty. Przy samym ujściu moczowodu do pecherza znajduje się drugi kamień, nieco mniejszy od tylko co opisanego. Nerka lewa długości 13 ctm. szerokości 4·5 ctm. grubości 3·5. Powłoka jej oddziela się łatwo, powierzchnia szaro-blada. Istota korowa mocno zgrubiała, szaro-blada, piramidy przy podstawie czerwone. Miedniczka nieznacznie rozszerzona i mocno wypełniona szaro-żółtawym, mętnym moczem ze

znaczłą ilością drobnego szaro-żółtawego piasku nerkowego; przy samem wyjściu z miedniczki moczowód zamknięty kamieniem, wielkości orzecha laskowego. Powierzchnia tego kamienia także drobno-ziarnista, szaro-żółtawa. Kamień jest dosyć miękki, tak, że z niewielkim wysiłkiem daje się rozgniatać pomiędzy palcami. Poniżej kamienia moczowód jest zapadnięty, pusty. Pęcherz moczowy ściągnięty, pusty; błona śluzowa sino blade. Cewka moczowa nie przedstawia zmian żadnych. Toż samo narządy płciowe. Przewód pokarmowy, z wyjątkiem bladeści błony śluzowej, nie przedstawia nigdzie zmian żadnych.

Przy mikroskopowem badaniu znaleziono zmiany tylko w wątrobie i nerkach. Protoplasma komórek nabłonkowych wątroby jest więcej ziarnista, mętna, skutkiem nagromadzenia się w niej drobniutkich ziarenek proteinowych. W nerkach nabłonek kanalików zwiniętych przedstawia się podobnie, tylko zmętnienie jego protoplazmy jest daleko mocniejsze niż w wątrobie. Nadto tkanka śródmiąższowa nerek miejscami jest dosyć mocno nacieczona komórkami podobnymi do bezbarwnych krążków krwi i w niektórych miejscach przedstawia drobne osady soli kwasu moczowego w postaci cienkich brunatnawych igielek, ułożonych gwiazdowato lub też bez żadnego porządku. Takich osadów soli kwasu moczowego w innych organach, oprócz nerek, nigdzie nie udało się znaleźć.

Przytoczony powyżej opis wstrzymania wydzielenia moczu z wielu względów jest nader pouczającym. Przypadki podobne są rzadkie; wczytując się dosyć starannie w tak obfitej literaturze lat ostatnich, napotkać mogłem zaledwie kilka podobnych. W najobszerniejszych dziełach szczegółowych nie znajdujemy nigdzie dokładnego systematycznego zestawienia szeregu objawów, towarzyszących długotrwałemu wstrzymaniu wydzielenia moczu, które, stanowiąc właściwie objaw następczy wielu innych chorób, najczęściej wzmiankowanym jest tylko w odpowiednich działach nozologicznych. Racyjonalne jednak leczenie opierać się powinno na dokładnem rozpoznaniu przyczyn, oparte zaś na domysłach, bez ustanowienia odpowiednich wskazań, wypadkowo tylko do zamierzonego celu doprowadzić może.

M é r e l e n w pracy swej: „*Étude sur l'anurie*“ (*Thèse du doctorat*. Paris 1881 roku w *Revue des Sciences médicales*. Dr. H a y e m Nr. 40 r. 1882) stara się nader wyczerpująco i systematycznie zestawić przyczyny wstrzymania wydzielenia moczu, które zdaniem autora ma miejsce: w skutek przeszkód mechanicznych w moczowodach, powstrzymujących wydalanie moczu, lub w skutek zmian w samych nerkach.

Zatkanie moczowodów napotykaemy najczęściej przy kamiączce (*lithiasis*), lub przy raku macicy, rzadziej jest ono następstwem nowotworów, powstających w małej miednicy i z biegiem czasu uciskających na zakończenia moczowodów, lub w końcu wyjątkowo tylko następstwem nowotworów, powstających w samych moczowodach.

Zatkanie moczowodów przez kamienie (*l'anurie calculuse*) nie odbywa się prawie nigdy jednocześnie, zwykle po zatkanii jednego moczowodu i powstrzymaniu czynności odpowiedniej nerki, po pewnym dopiero przeciągu czasu następuje zatkanie drugiego moczowodu i zupełne wstrzymanie wydzielenia moczu.

Początkowo brak moczu jest prawie jedynym objawem cierpienia; stan taki trwać może około 7—8 dni, przedłuża się jednak przy występującym przemijająco w postaci przesilen, krótkotrwałym nadmiarze wydzielenia moczu (*polyuria*), lub przy znacznej puchlinie nerek (*hydronephrosis*). Mocz wydalany w tych przerwach jest zwykle więcej wodnisty, zawiera małą tylko ilość mocznika. Do braku moczu przyłączają się zmiany w krążeniu krwi, objawy zaburzeń w przewodzie pokarmowym, wymioty, niekiedy poty i ślinotok, wreszcie objawy mocznicy, z tych zaś stale zwięźnienie źrenic i drżenie kończyn. Stopniowo wzrasta osłabienie ogólne, ziębienie ciała, duszność. Śpiączka, drgawki ogólne, rzadko kiedy mają miejsce. Śmierć następuje 10-go, 12-go dnia choroby.

W razie przesunięcia się kamienia przez moczowód, następuje okres nadmiaru wydzielenia moczu i zwykle przemijającego białkomoczu. Kamienie zatrzymują się najczęściej przy jednym z końców moczowodów, które powyżej miejsca zatkania zwykle słabo tylko są rozszerzone, niekiedy zaś w kielichach i miedniczkach niema zupełnie moczu. Puchlina nerek (*hydronephrosis*) rzadko kiedy ma miejsce.

Warunki powstawania wstrzymania wydzielenia moczu weale inne są u chorych dotkniętych rakiem macicy. Chore są zwykle wyniszczone przez długo trwające cierpienie, zatkanie moczowodów powstaje powoli, stopniowo. Połowa chorych umiera przy objawach mocznicy, z chwilą wystąpienia których stwierdzamy dopiero zupełny brak moczu, ustępujący niekiedy mniej lub więcej dłuższych przerwach chwilowemu wydzieleniu moczu. Przy tem mamy objawy puchliny nerek, w połączeniu z zapaleniem miedniczek i nerek, lub bez takowego. (D. n.)

II. PRZYPADEK PARALYSEOS AGITANTIS

Podał

Kornilowicz

Ordynator oddziału chorych umysłowych przy szpitalu Ujazdowskim.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim).

Ogólny stan chorego. Posługacz z komory, lat 59 mający, wzrostu i budowy miernej; skóra na twarzy dość dobrze ukrwiona, błony śluzowe przekrwione; źrenice równe, dobrze oddziałują na światło; w twarzy nie ma żadnych objawów paretycznych; chory widzi i słyszy dobrze. Tętno 80; badanie narządów wewnętrznych wykazało rozedniętą płuc i nieżyt przewlekły oskrzeli.

Wywiady. W rodzinie chorego nie było żadnych chorób nerwowych. Będąc dzieckiem przechodził ospę. W 18-tym roku miał szankra. W 30 roku chorował na tyfus. Od lat 19 jest posługaczem przy komorze. Pracuje od 8 rano do 4-ej, a niekiedy i 5-ej godziny wieczorem, zimą i latem, w nieopalonem składzie towarów, gdzie jest ciągle narażony na przeciągi, zimno i wilgoć. Chory opowiada, że przed rokiem przy zamykaniu lufcika uczył zimno w prawej

ręce i od tej chwili zaczął doznawać uczucia jakoby wiatr owiewał tę rękę. We dwa dni potem chory po raz pierwszy zauważył drganie w tej samej ręce. Drganie to stopniowo się zwiększało tak, że obecnie ręka chorego jest w ciągłym ruchu. Podczas snu ruch ten ustaje. Jeżeli chory wykonywa jakiś bądź ruch dowolny, drganie ręki czasowo również ustaje, po dokonanych zaś ruchu, albo nawet ku końcowi takowego, nanowo wraca.

Charakter drgania. Drganie ma charakter wahań rytmicznych. Jest ono silniejsze w stawie napięstkowym, słabsze w przegubie łokciowym. Drganie to raz jest szybsze, drugi raz jest wolniejsze. Wszelkie wzruszenia moralne potęgują to drganie. Jeżeli podczas drgania oglądać będziemy skórę przedramienia i ramienia to zobaczymy, że mięśnie tylne przedramienia i ramienia podczas drgania są w ruchu klonicznym, mięśnie zaś przednie są więcej w spokoju i tylko w stanie nieznaczego lecz stałego skurczu, szczególnie mięsień dwugłowy ramienia (*biceps*).

Przy przepuszczaniu prądu przerywanego przez mięśnie wyprostne przedramienia lub ramienia ręki prawej, mięśnie te wpadają w skurcz tężcowy i w tejsze chwili drgania ręki ustają; przeciwnie, jeżeli puścimy prąd przerywany na mięśnie zginacze drgania wcale nie ustają.

Położenie ręki. Wskutek nadmienionego skurczu mięśni zginaczy przedramienia i ramienia, ręka chorego przybiera szczególne położenie. Palce w stawach międzyczłonkowych są w stanie wyprostnym, w stawach zaś dłoniopalcowych są one nieco zgięte, zbaczają wszystkie razem ku brzegowi łokciowemu, przytem paluch przylega brzuścem do palca wskazującego. Położenie przez to ręki jest takie, jakie nadajemy ręce, gdy trzymamy pióro do pisania. Dalej cała ręka jest nieco zgięta na przedramię, a przedramię nieco zgięte na ramię. Zgięcie to ostatnie jest zależne od wzmiankowanego już skurczu mięśnia dwugłowego, którego ścięgno napięte daje się wyraźnie wyczuć w przegubie łokciowym. Zgięcie to ostatnie jest stałem i to jest powodem, że chory nie jest w stanie podnieść kończyny górnej prawej po nad głowę, gdy tymczasem położenie samej ręki i palców chory dowolnie może zmieniać, ale tylko na czas pewien, gdyż po chwili gdy drgania w ręku wystąpią, ręka na nowo wraca do wyżej opisanego położenia.

Charakter ruchu dowolnego. Jak to już wyżej nadmieniliśmy, są chwile, w których przy ruchu dowolnym drganie w ręce nie ustępuje, są zaś inne chwile, w których takowe zupełnie znika. Gdy w tym ostatnim razie chory próbuje ująć chorą ręką jakiś bądź przedmiot większych rozmiarów, to wyciąga rękę po takowy nadzwyczaj powoli. Samo wzięcie przedmiotu jest bardzo niezgrabne, uderzająco sztywne, przytem palce prawie nieruchome. Chory objaśnia, że w żaden sposób prędzej poruszać ręką nie może, że po każdym ruchu dowolnym czuje zmęczenie i ból w przegubie łokciowym. Jednakże jest w stanie ręką chorą zapiąć sobie guzik u koszuli. Karmi się ręką prawą, ale przytem ręką lewą wkłada łyżkę do ręki prawej. Powolność ruchu ręki nie zależy od braku siły w takowej, gdyż badanie dynamometrem wykazuje siłę w prawej ręce przecięciowo 81 klgr., a w lewej 103 klgr..

B a d a n i e d y n a m o m e t r e m. Ręka zatem ulegająca ciągłemu drganiu nie jest zbyt słabą, lecz jest słabszą od ręki zdrowej.

C z u c i e na dotyk i na ułknięcie, jak również na ciepło, w prawej ręce jest słabsze niż w lewej, dlatego też chory, przykładając rękę prawą do lewej lub odwrotnie, twierdzi, że prawa jest cieplejszą od lewej.

P o s t a w a c h o r e g o. Chory stoi z pochyloną głową ku przodowi i nieco zgięty w krzyżu. Nogi w kolanach są również nieco zgięte. Pochylenie głowy zależnem jest części od ciągłego skurczu mięśni przednich i bocznych szyi, po części od zeszywnienia mięśni karkowych. Przytem chory stale się uskarża na ból w karku i na niemożność swobodnego poruszania głową, szczególnie w stronę prawą.

C h ó d chorego jest ciężki, przy chodzeniu chory nieco powłóczy nogą prawą i doznaje uczucia, jakby go coś ciągnęło ku ziemi, tak, że mu się zdaje iż gdyby go ktoś w tej samej chwili popchnął, to z pewnością upadłby ku przodowi.

Dalej, jeżeli podczas chodzenia chorego powiedzieć mu zmienacka „stój“, to chory staje na miejscu, ale przytem doznaje bólu w mięśniach karku. Twarz chorego nie ma wyrazu, jest nieruchomą, robi wrażenie maski. Inteligencyja średnia.

Z objawów wyżej przytoczonych, a mianowicie: 1) drgania ograniczonego do jednej ręki, ustępującego tylko podczas snu i podczas ruchu dowolnego, 2) skurczu stałego mięśni przednich przedramienia i ramienia, 3) braku drgania głowy, 4) położenia ręki, 5) postawy chorego, wnioskujemy, że mamy przed sobą *paralysis agitans*.

Forma ta chorobowa dotychczas często była mieszaną z inną formą, a mianowicie *cum sclerosis disseminata* i tylko dzięki pracy profesora **C h a r c o t** te dwie formy zostały wyróżnione. Gdy przy *sclerosis disseminata* drganie występuje głównie przy ruchach dowolnych, a wcale go nie ma, gdy chory pozostaje w spoczynku, tu przeciwnie, ruch podczas spoczynku jest ciągły, a w okresie początkowym choroby przy ruchu dowolnym ustępuje.

Dalej, gdy oscylacje drgań przy *paralysis agitans* są małe, regularne i prężkie — przy *sclerosis disseminata* są obszerne i przypominają ruchy przy *chorea*. Nakoniec przy *sclerosis disseminata* zawsze ma miejsce drganie głowy, przy *paralysis agitans* prawie nigdy.

Choroba ta, podług **C h a r c o t**'a, dotyka ludzi już w wieku będących, przeważnie po roku 40 i 50. U naszego chorego choroba ta się pojawiła w 58 roku. Jednakże granice te nie są absolutne. Zdarzają się przypadki u 20-letnich (**D u c h e n n e d e B o u l o g n e**).

Płeć żadnego wpływu na powstawanie choroby nie wywiera, gdyż spotykamy ją zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

Co do wpływu dziedziczności to nie posiadamy odnośnie żadnych danych.

C h a r c o t przypuszcza na pewnych danych, że rasa anglosaksońska (Anglija i Ameryka północna) ma większe usposobienie do tej choroby. W naszym kraju chorobę tę niezbyt często można spotkać.

P r z y c z y n y tego ciepienia są podług **C h a r c o t**'a trojakiemu rodzaju.

1) Wstrząśnienia gwałtowne układu nerwowego, jako to przestrasz, zgroza, zła nowina raptownie usłyszana. W tych razach drganie najczęściej powstaje natychmiast po podziałaniu przyczyny.

2) Jednoczesne długotrwałe działanie zimna i wilgoci. W naszym przypadku właśnie miało to miejsce. Chory przez lat 19 od godziny 8-ej rano do 5-ej wieczorem pozostawał w składzie towarów, nieopalonym, będąc narażonym na przeciągi i wilgoć.

3) Podrażnienie niektórych nerwów obwodowych przez zranienie lub uderzenie.

Przebieg choroby, o której mowa, powolny, ale postępujący. Czas trwania długi, niekiedy choroba trwa lat 30. Cały przebieg choroby można podzielić na okresy: na 1) okres początkowy, 2) okres pełni rozwoju, 3) okres schyłkowy.

Okres początkowy. Choroba ta rozwija się albo powoli, stopniowo, albo raptownie. Częściej ma miejsce pierwszy przypadek. Przy powolnym rozwoju drganie z początku ogranicza się do ręki lub nogi, lub nawet palca wielkiego (taki początek choroby miał miejsce i w naszym przypadku) i występuje tylko w chwili spokoju, a znika podczas ruchu dowolnego.

Przez długi czas drganie jest ograniczone do jednej ręki, lecz stopniowo przechodzi i na inne kończyny. I tak, jeżeli z początku zajmowało prawą rękę, to po kilku miesiącach lub latach pojawia się i w prawej nodze, następnie w lewej ręce i na końcu na lewej nodze. Pojawienie się drgania skrzyżowanego (*croisé*), to jest pojawienie się takowego w prawej ręce, następnie w lewej nodze i t. d., nie jest tak częste.

Niekiedy przez długi czas drganie ogranicza się do jednej połowy ciała (forma hemiplegiczna), albo do nóg tylko (paraplegiczna).

Głowa nigdy nie ulega drganiu, czem się choroba ta różni od *sclerosis disseminata*, przy którym i głowa ulega wahaniam.

Początek gwałtowny ma miejsce wówczas, jeżeli pod wpływem jakiejś przyczyny moralnej lub przestraszu w jednej chwili pojawia się drganie, które zajmuje albo jedną kończynę albo wszystkie odrazu. Po kilku dniach trwania drganie ustępuje lub znacznie słabnie i znowu wraca lub występuje z większym natężeniem i tak po kilkakrotnem znikaniu i powracaniu, lub zwalnianiu i nasileniu, nakoniec stale się utrwała.

Okres pełni rozwoju. Gdy *paralysis agitans* jest już w pełni rozwoju, wówczas drganie obserwujemy we wszystkich kończynach chorego i takowe ani na chwilę go nie opuszczają. Drgania te zwykle występują jako oscylacje rytmiczne i mimowolne różnych części ręki, przypominające pewne ruchy skojarzone. Natężenie drgania jednakże nie jest stale jednakowem. Rozmaite okoliczności, które dawniej nie wywierały żadnego wpływu na drganie, teraz go wywierają. Naprzykład wzruszenia moralne, ruch dowolny potęgują drganie. Niekiedy znowu bez żadnych widocznych przyczyn występuje rodzaj paroksyzmu gwałtownego drgania. Sen, tak naturalny, jak i wywołany działaniem chloroformu, znosi drganie. Głowa i szyja zawsze są wolne od drgania. Mięśnie twarzy są mało ruchliwe, przez co twarz nabiera wyglądu maski. W wyrazie twarzy

przebija się albo smutek, albo głupota. Wzrok najczęściej nieruchomy. Język również ulega drganiu, które się zwiększa, gdy język zostaje wysunięty. W mowie nie spotrzegamy tego, co się nazywa *embarras de la parole*, lecz mowa jest powolną, przerywaną i widocznym jest, iż wymawianie wyrazów dużo kosztuje chorego.

Gdy chory jest wzruszony, mowa staje się drżącą. Przelykanie łatwe, nieco powolniejsze. Często w przypadkach zastarzałych ślina pomimowoli wypływa z ust chorego.

Pierwszy Charcot zwrócił uwagę na inny jeszcze stały objaw przy *paralysis agitans*, a mianowicie na sztywność w mięśniach (*rigidité*). Zesztywnienie to przeważnie widzimy w mięśniach kończyn. tułowia i szyi. Przytem zginacze częściej są dotknięte jak wyprostne. W początkach choroby sztywność ta jest przemijającą, w dalszym zaś rozwoju już nie opuszcza ani na chwilę chorego i staje się powodem, iż chory zmuszony jest przybrać pewne szczególne położenie. I tak z powodu zesztywnienia mięśni przednich szyi, głowa pochyla się ku przodowi i zostaje jakby ustaloną w tej pozycji, tak że chory z trudnością może podnieść głowę lub skierować ją na bok. Cały tułów zostaje pochylony nieco ku przodowi. Co do kończyny górnej to z powodu zesztywnienia mięśni zginaczy, łokcie są nieco oddalone od tułowia, przedramię nieco zgięte na ramię, a ręka nieco zgięta na przedramię. W dalszym przeciągu choroby z powodu długotrwałego zesztywnienia w niektórych mięśniach występuje pewne zdeformowanie palców w rękach, przypominając zmiany w palcach, jakie widzimy przy *arthritis deformans*, tylko że nie występują zgrubienia w stawach palców; przytem palec wielki i wskazujący wydłużają się i zbliżają ku sobie. Palce nieco się pochylają ku dołowi i ku brzegowi łokciowemu nadając formę ręki trzymającej pióro do pisania.

Sztywność w mięśniach nóg bywa również dość znaczną i uwarunkowuje zbliżenie się kolan do siebie, zdeformowanie stopy i palców. Stopa nabiera formy *pedis vari aequini*, a palce przez wyprostowanie się pierwszych członków a zgięcie drugich stają się podobne do do szponów. Niekiedy sztywność w mięśniach jest objawem najprzód występującym i przeważającym. Charcot opisuje w swoim dziele podobny przypadek. U chorego były nieznaczne drgania w mięśniach, a chód i położenie całego ciała miały cechę charakterystyczną dla *paralysis agitans*. Chorzy tacy, jak to widzimy w naszym przypadku, chodzą pochyleni ku przodowi i okazują dążność do padania albo ku przodowi (jak to ma miejsce w naszym przypadku), albo ku tyłowi (*propulsion et retropulsion*). Charcot twierdzi, że dążność ta nie jest zależną li tylko od zmiany środka ciężkości, jaka powstaje przez pochylenie się chorego ku przodowi, gdyż po pierwsze chorzy będąc pochyleni naprzód, często okazują dążność do padania ku tyłowi, a powtóre niekiedy obserwujemy tę dążność do padania ku przodowi lub ku tyłowi wówczas, kiedy chorzy tacy jeszcze nie są pochyleni ku przodowi. Dążność ta do padania nie jest zależną od zawrotów głowy, co się obserwuje przy innych chorobach, gdyż przy *paralysis agitans* zawrotów nigdy nie bywa. Wszelki ruch dowolny, szczególnie w porażonej kończynie, nawet w początkowym okresie choroby jest dla chorego bardzo utrudniony. (D. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

17. Przypadek hemiathetoseos post monoplegiam.

J. A. włościanin wsi Majłowa pow. Żyzdryńskiego, gubernii Kaługskiej, lat 48 liczący, został w miesiącu Sierpniu 1881 r. napadnięty w czasie snu przez swego wroga, teź włościanina, który go młotkiem od klepania kos ugodził potężnie w prawą stronę głowy. A. zerwał się ze snu, krzyknął i upadł bez przytomności. Przeniesiony do chaty w stanie nieprzytomnym przeleżał dni 7. Pomału zaczął przychodzić do przytomności i w 3 tygodnie po zadany raz mógł już wstać z łóżka. Dopiero teraz chory zauważył, że nie jest w stanie władać lewą ręką. Sądząc, że takowa jest zwichniętą, udał się do bab, które mu w przeciągu 3-ch miesięcy kilkanaście razy ją naciągały bezskutecznie. Chory więc zrezygnował z możności władania lewą ręką i nigdzie już nie szukał pomocy. Przez całe ostatnie lato pasł bydło włościańskie i dopiero przypadkowo w Październiku 1882 roku miałem sposobność widzenia go. Stan jego przedstawiał się jak następuje:

Na głowie, w miejscu, w które był ugodzony młotkiem (ważącym $1\frac{1}{2}$ funta), można zauważyć znaczne wklęsnięcie kości ciemieniowej prawej w jej części przedniej, pomiędzy guzem ciemieniowym a szwem wieńcowym. Wklęsnięcie to przedstawia kształt nieprawidłowego trójkąta, którego podstawa zwrócona ku górze, równoległa do szwu strzałkowego i odległa od niego na 2 centymetry. Długość podstawy wynosi do 7 cm. Kąt przeciwległy podstawie zwrócony w stronę kąta dolnego kości ciemieniowej i odległy od podstawy wklęsnięcia na 7 cm., od łuku zaś twarzowego o 8 cm. Głębokość wklęsnięcia wynosi 6—10 cm.. Skóra na tem miejscu nie przedstawia nigdzie blizny. O ile szew wieńcowy i kość czołowa przyjmuje udział w tem wklęsnięciu trudno określić, gdyż na głowie chorego nie można dokładnie wymacać wymienionego szwu. Prawdopodobnie kość czołowa wcale nie została uszkodzoną.

Z rozległości i położenia wklęsnięcia wnosić można, że pewne części kory mózgowej zostały uszkodzone, a może i zupełnie zniszczone. Sądząc z położenia topograficznego, prawdopodobnie uszkodzone zostały oba zawoje wstępujące, ciemieniowy i czołowy w ich części środkowej, a więc tak zwana okolica ruchowa (Hitzig, Charcot, Ferrier). Jako stały rezultat tego uszkodzenia widzimy zmiany w lewej kończynie górnej chorego. Kończyna ta w stosunku do prawej przedstawia się zimniejszą na dotyk i znacznie cieńszą. Objętość prawego ramienia w jego części środkowej wynosi 24 cm., objętość zaś lewego 22 cm.. Objętość prawego przedramienia w górnej części $22\frac{1}{2}$ cm., objętość lewego 20. Kości i stawy lewej kończyny nie przedstawiają nic niezwykłego. Czucie w lewej kończynie zachowane. Chory dokładnie przy zamkniętych oczach oznacza miejsce ukłucia igłą, dotknięcia palcem, jakoteż jest w stanie trafnie oznaczyć podwójne ukłucie na lewej kończynie. Odnośnie więc czucia dotykowego lewa kończyna górna w niczem nie ustępuje prawej. To samo dotyczy czucia cieplnego. Czucie mięśniowe nie przedstawia również widocznych zmian; przy zamknięciu oczu chory jest w stanie dość trafnie określić, jakie położenie nadajemy kończynie.

Różnica między obiema kończynami przedstawia się jednak dość znaczną pod względem ruchu. Ruchy bierne, bardzo łatwo wykonalne, nie wskazują ani śladu przykurzeń mięśniowych. Siła mięśni znacznie mniejsza w lewej ręce, aniżeli w prawej, ruchy zaś czynne w lewej kończynie, choć nie zupełnie zniesione, jednak wyraźnie są ograniczone. W stawie barkowym chory jest tylko w stanie podnieść rękę na pewną nie bardzo znaczną wysokość. W stawie łok-

ciowym zginanie i wyprostowanie jest niezupełne. W stawach właściwej ręki zaciśnięcie pięści niemożliwe. Przy wszystkich ruchach widać, że chory znacznie napręża swe siły.

Najciekawszymi jednak są mimowólne skurcze różnych mięśni ręki. Palec wielki to silnie się prostuje, pochyla się ku tyłowi i na zewnątrz i oddala się od reszty palców, to znów się zgina, zbliża się do innych palców, lub mocno bywa przyciśnięty do dłoni. Niekiedy wszystkie palce bywają wyprostowane i mocno oddalone od siebie, to znów dwa palce bywają wyprostowane, a dwa mocno zgięte do dłoni. Ruchy te kurczowe najwyraźniej występują w czasie, gdy chory chce wykonać jakikolwiek ruch ręką, lecz występują także wyraźnie i bez żadnego impulsu woli. Klucie, lechtanie ręki są bez żadnego wpływu na owe ruchy kurczowe. Jednym słowem, zachowanie się tych skurczów niezwykle jest podobne do kurczów przy chorobie zwanej *athetosis*. Mięśnie, jakie przyjmują udział w tym kurczu są następujące: zginacze i wyprostne palców wspólne, jakoteż palucha i wskaziciela, mięśnie ksobny i odsiebny palucha i nakoniec mięśnie międzykostne. Mięśnie zginacze i wyprostne napięstka, jakoteż i nawrotne przedramienia, nie biorą udziału w tym kurczu, przynajmniej kilka razy obserwując chorego, nie mogłem zauważyć ich udziału w opisanym powyżej kurczu.

Badanie nerwów czaszkowych nie wykazało nic nieprawidłowego. Ruchy oka prawidłowe, źrenice prawidłowo oddziałują na światło. Wzrok dobry, słuch także. Zmian w zakresie nerwu twarzowego i podjęzykowego nie ma żadnych. Chory skarży się tylko na częsty ból głowy, mianowicie prawej strony. Kończyny dolne w stanie prawidłowym. Taki jest mniej więcej stan naszego chorego.

Koniec końców u naszego chorego znajdujemy: uszkodzenie (prawdopodobnie zanik) zawojów wstępujących kory mózgowej półkulistej w ich części środkowej, bezwład niezupełny kończyny górnej lewej i kurcz mięśni lewej ręki (*athetosis*) Uszkodzenie stare, przeszło rok trwające. Co się tyczy czasu, kiedy po raz pierwszy zjawily się owe wyż wspomniane kurcze, to chory nie mógł nic pewnego o tem powiedzieć. Umysłowo mało rozwinięty, nie zwracał poprzednio wcale uwagi na istniejący kurcz. Ze wszystkiego jednak wnosić można, że kurcz musiał się zjawić wkrótce po powstaniu bezwładu.

Przypadek powyższy musimy zaliczyć do opisanej po raz pierwszy przez H a m m o n d'a w roku 1871 choroby *athetosis*. Spotykamy bowiem w nim kurcze niezależne od woli, ani też od ruchów czynnych chorego, ograniczone tylko do stawów palców i ręki bez zaburzenia sfery czuciowej, a zatem spotykamy wszystkie objawy atetozy, z wyjątkiem chyba rytmiczności kurczów, która w typowych przypadkach tej choroby zawsze bywa spostrzegana.

W naszym przypadku skurcze następowały bardzo wolno po sobie i nie miały jasno określonego rytmicznego charakteru. Brak ten jednak nie zmienia w niczem naszego rozpoznania, jeśli przyjmiemy na uwagę, że w ogóle typowe przypadki *atehtoseos* zdarzają się niezmiernie rzadko. Od czasu pierwszych dwóch przypadków, opisanych przez H a m m o n d'a, t. j. w przeciągu 12 lat liczba spostrzeganych i opisanych w literaturze przypadków tej choroby znacznie wzrosła. Już G o l d s t e i n w swej rozprawie „*Ueber Athetose*“, z r. 1879 do 40 opisanych kazuistycznych przypadków nalicza, dziś prawdopodobnie liczba ta się zdwoiła. Pomimo to jednak do dziś dnia spotykamy sprzeczne bardzo zdania co do pojmowania istoty i przyczyny tej choroby.

Przedewszystkiem zajmuje wszystkich neuropatologów kwestyja stosunku atetozy do płasawicy (*chorea*). B e r n h a r d t, B o u r n e v i l l e, C h a r c o t ¹⁾

¹⁾ B o u r n e v i l l e - C h a r c o t. Leçons sur les maladies du système nerveux.

Brousse¹⁾, Leube²⁾, widzą w tej chorobie tylko niższy stopień płasawicy. Opierają swój pogląd na tych przypadkach, w których z istniejącej przez jakiś czas atetozы rozwinęła się płasawica lub też odwrotnie. Szczególnie ciekawym w tym względzie jest przypadek, przedstawiony przez Bernharta w towarzystwie neurologów i psychiatrów w Berlinie w 1881 r., tyczący się 20-letniej chorej, która w parę miesięcy po bezwładzie połowicznym z zaburzeniem mowy zapadła na połowiczą płasawicę (*hemichorea*). Pod wpływem zaś leczenia jodkiem potasu płasawica przeszła w połowiczą atetozę (*hemiathetosis*). A zatem należałoby przyjąć, że *athetosis* stanowi poddział. niższy stopień płasawicy, tembardziej, że nie brak przypadków, dowodzących, że z atetozы może rozwinąć się płasawica. W ogóle pogląd ten coraz więcej zyskuje sobie zwolenników.

Drugą ważną bardzo kwestyją jest stosunek atetozы do bezwładu połowicznego (*hemiplegia*). Wszystkie prawie przypadki Hammonda wystąpiły już to bezpośrednio, już to po upływie mniej więcej dłuższego czasu po bezwładzie. Dopiero pierwszy Oulmont³⁾ w 1878 roku opisał 3 przypadki pierwotnej atetozы bez poprzedzającego bezwładu, na zasadzie czego podzielił on atetozę na pierwotną i objawową. Później Eulenburg i Gnauck⁴⁾ opisali po jednym przypadku pierwotnej atetozы. O ile mi wiadomo, Leube z Erlangen podał w 1880 r. szósty taki przypadek. Od tego czasu w literaturze nie spotykałem już opisu pierwotnej atetozы. A zatem liczba pierwotnych przypadków tej choroby w porównaniu z objawowymi bardzo jest szczupła, tak, że w ogromnej większości przypadków atetozа występuje po bezwładzie połowicznym, przyczem albo równocześnie z bezwładem, albo po upływie pewnego czasu i po wyrównaniu bezwładu. Nasz przypadek należy także do rzędu objawowych, gdyż przedewszystkiem bezpośrednio po zadanym razie wystąpił bezwład ręki, do którego w krótkim zresztą czasie przyłączyły się owe charakterystyczne skurcze.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych przy tej chorobie, to o nich posiadamy bardzo ograniczone wiadomości. Sekcja tylko w niewielu przypadkach była dokonana (27 razy). W jednym przypadku Oulmont'a znaleziono przy sekcji zapalne ognisko w lewym wzgórku prążkowanym. W przypadku podanym przez Gowers'a⁵⁾ znaleziono ognisko zapalne we wzgórku wzrokowym. Eulenburg w swoim przypadku znalazł zmiany w okolicy ruchowej kory mózgowej. Schütz⁶⁾ znalazł zapalne ognisko we wzgórku wzrokowym i *capsula interna*. Na koniec Gnauck sądzi, że w opisanym przez niego przypadku musiały zachodzić zmiany w moście Warol'a na tej zasadzie, że obok atetozы miał także miejsce i bezład w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego. Friedenreich z Kopenhagi⁷⁾ uważa przyczynę atetozы za podwyższoną pobudzalność ośrodków w mleczu pacierzowym. Zwyczajny impuls, powiada on, wychodzący z mózgu, który w prawidłowych warunkach podtrzymuje pewne stałe napięcie mięśni, przy takiej podwyższonej pobudzalności wywołuje skurcze w tych mięśniach. Nie brak także sekcij z ujemnym rezultatem, jak na przykład w przypadku Kirchhof'a⁸⁾. W każdym razie, pomijając zdania

1) A. Brousse. Quatre nouveaux cas d'athetose. Refer. w Centralblatt für Nervenheilk. und Psychiatrie. 1880.

2) Leube. Beiträge zur Pathogenese und Symptomatologie der Chorea und zur Beurteilung des Verhältnisses derselben zur Athetose. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. XXV.

3) Oulmont. Etude clinique sur l'athetose. 1878.

4) Gnauck. Ueber primäre Athetose. Archiv f. Psych. und Nervenkr. Bd. IX. S. 309.

5) Cytowany przez Gnauck'a.

6) Schütz. Hemiathetosis dextra. Prager medic. Wochens. 1882. Nr. 3 i 4.

7) Friedenreich. Referat w Centralblatt f. Psych. und Nerven. 1879. S. 532.

8) Kirchhof. Acute linkseitige Hemiathetose. Arch. f. Psychiat. und Nervenheilkunde B. XIII. 1883.

Gnauc'ka i Friedenreich'a, jako oparte na przypuszczeniach, pozostaje przyjąć, że przy atetozie najczęściej spotykamy zmiany albo w okolicy ruchowej kory mózgowej, albo w samym mózgu (wzgórki wzrokowe, ciała prążkowane *capsula interna*). Nasz przypadek dowodził by umiejscowienia w okolicy ruchowej kory mózgowej.

Władysław Bieganski.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SYFILIDOLOGIJA.

napisał D-r Ż. Krówezyński. C. k. Radca sanitarny we Lwowie. Kraków. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. 1883 r. str. 445 in 8-vo. Przedmowa. Spis rzeczy. Dzieło ofiarowane D-rowsi Józefowi Majerowi na pamiątkę uroczystego obchodu 50-letniego jubileuszu.

Ocecił **Edward Klink**,

Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 26).

Zmiany w przewodzie pokarmowym. Dotąd nie stwierdzono ani lepieży (*condylomata plana*), ani rumienia (*erythema*), na błonie śluzowej przełyku, nacieki nawet są rzadkie. W niektórych jednak przypadkach wskutek wytworzenia się rozlanych nacieków w ścianach przełyku powstaje zwężenie, wytworzone po zabliźnieniu rozpadłych owrzodzeń. Spostrzegano w przebiegu przymiotu zupełną utratę łaknienia, lub wielką żarłoczność; zmiany te odnosimy do niekorzystnego wpływu zakażenia na ustrój. Objawy zajęcia kiszek występują w postaci bólów i przewlekłych nieżytych kiszek.

W późnym przymiocie w przewodzie pokarmowym spotykamy nacieki rozlane, albo ograniczone (*gummata*), które rozpadając się, tworzą owrzodzenia; napotykamy takowe w kiszkach cienkich i grubych. Nacieki przymiotowe powstają i w gruczołach kiszkowych (kępkach Payer'a). Zmiany opisane bardzo często napotykamy w kiszce odchodowej.

Zmiany w przewodzie oddechowym. Objawem najwcześniejszym pojawiającym się w przymiocie płuc jest duszność, nieznaczna, krótko trwająca, powtarzająca się często. Duszność w przymiocie wczesnym, gdy w płucach nie wykrywamy jeszcze żadnych zmian, zależy prawdopodobnie od niekorzystnego wpływu zakażenia na układ nerwowy, ta zaś, która pojawia się w przymiocie późnym, zależy już od zmian w samym utkaniu płuc powstałych. Zmiany w oskrzelach we wczesnym przymiocie pojawiają się jako nieżyty, w późnym przymiocie wytwarzają się w błonie śluzowej i podśluzowej gumaty, szczególnie w grubszych oskrzelach; rozpad tych gumatów wywołuje po zabliźnieniu zwężenie oskrzeli i wtedy objawy choroby są bardzo ciężkie i groźne. Co do zapalenia przymiotowego samego miąższu płucnego, to przyjmują: 1) samoistną chorobę płuc, polegającą na obrzęku, bujaniu i przeroście tkanki łącznej śródmiąższowej (*interstitialis*), międzyzrazikowej (*inter-*

lobularis) i okołoskrzelowej (*peribronchialis*) i 2) postać, która przedstawia się w kształcie jako rozlanych lub ograniczonych nacieków (*gummata*); forma rozlana częściej się przytrafia u noworodków. Guzy przymiotowe występować mogą i w większej ilości; Lanceraux widział ich na raz 10 w jednym płucu. Nacieki te ulegają różnym przeistoczeniom, jako to: tłuszczowemu, zserowaceni, stwardnieniu, rozpadowi. Gumaty bywają wielkości grochu, a nawet wielkości orzecha włoskiego i tym samym mogą ulegać zmianom. Następnie autor opisuje objawy, napotymane przy tych zmianach w płucach i podaje wytłomaczenie, na jakiej drodze one występują, wreszcie objaśnia, czem się różnią suchoty przymiotowe od gruźlicy zwykłej.

Zmiany w wątrobie. Oprócz żółtaczki, która niekiedy towarzyszy wczesnym objawom przymiotu, innych zmian w wątrobie przy przymiocie wczesnym dotychczas nie zauważono. W późnym przymiocie występuje albo nacieczenie wątroby (*hepatitis diffusa*), które objawia się najczęściej przy przymiocie wrodzonym, albo gumaty wątroby (*hepatitis gummosa*). Ze wszystkich narządów wewnętrznych wątroba ulega najczęściej cierpieniu; pojawiają się zmiany w wątrobie przy zjadliwym przymiocie bardzo wczesnie, już nawet po roku od chwili zakażenia ustroju. Zmiany anatomo-patologiczne polegają na rozległym nacieczeniu komórkowym i wytworzeniu się nowej tkanki łącznej w przestrzeniach międzyzrazikowych, lub w zewnętrznej błonie naczyń krwionośnych, albo też przedstawiają się te zmiany w postaci guzów wątroby (*gummata*), których ulubionem miejscem jest powierzchnia wątroby. Guzy te dochodzą do wielkości jaja kurzego, najczęściej wypełnione są masą serowatą i otoczone są tkanką zbitą. Przeistoczenia, jakim gumaty ulegają, są: częściowe przeobrażenie tłuszczowe, zwapnienie, zserowacenie rozmiękczenie i całkowite wessanie guzów.

Następnie autor podaje objawy, spostrzegane przy zmianach przymiotowych wątroby, wskazówki do rozpoznania różniczkowego od raka i innych nowotworów wątroby. Rokowanie jest dosyć pomyślne, bo rozpoznane zmiany w wątrobie przy leczeniu ręką ustępują.

Zmiany w śledzionie występują pod formą znacznego obrzmienia już w początkach zakażenia przymiotowego. W śledzionie może powstawać tak przerost tkanki łącznej i nacieczenie tejże tkanki, jako też i pojedyncze gumaty, które bywają od wielkości prosa do wielkości orzecha laskowego i są odgraniczone. W obu razach śledziona ulega powiększeniu. Powstają one przeważnie z utkania komórkowego śledziona, rzadziej z tkanki łącznej i błony zewnętrznej tętnic. Ostatecznie śledziona, tak jak i wątroba, ulega przerodzeniu mączkowatemu.

Zmiany w narządach krążenia. Oprócz kołatania i bólu w okolicy serca, które niewątpliwie przy przymiocie zależą od ogólnego zakażenia, na co między innymi jest dowód i w tem, że te objawy wracają podczas powrotów choroby, niekiedy występują zmiany w rytmie tętna, przyczem jednak żadnych zmian w sercu nie znajdujemy. Objawy, występujące w późnym przymiocie, dają się wytłomaczyć przeistoczeniem w ścianach naczyń krwionośnych. Serce ulega różnym zmianom, które dotyczą albo osierdzia (*pericarditis syphilitica*), albo mięśnia sercowego (*myocarditis syphilitica*), albo wsierdzia (*endocarditis syphilitica*). Na osierdziu wyjątkowo tworzą się guzy w postaci prosowatych guzików, częściej zaś grubieje osierdzie (*pericarditis membranosa*). Zmiany w mięśniu serca występują albo jako guzy przymiotowe (*myocarditis gummosa*), albo jako zgrubienia ścięgniste (*myocarditis diffusa*). Gumaty dochodzą do wielkości jaja kurzego; siedzibą ich jest tkanka międzymięśniowa. Zgrubienia wytwarzają się

wskutek rozlanego nacieczenia; zwykle występują zmiany w sercu po kilku lub kilkunastu latach od początku choroby. Objawy choroby niezawsze się różnią od objawów zwykłego przewlekłego zapalenia, ztąd też trudność w rozpoznawaniu jest przyczyną niepomysłnego rokowania. Zboczenia we wśierdziu są najczęściej następne, skutkiem cierpienia mięśnia, bywają one w postaci zgrubień, owrzodzeń, gumatów, a nawet w kształcie wyrosli. Według niektórych spostrzeżeń, zakażenie przymiotowe może być przyczyną tętniaków, za czem przemawiają znane zmiany w naczyniach krwionośnych. Bardzo wyjątkowo ma wywoływać przymiot zmiany w żyłach i naczyniach włosowatych. Objawy zboczeń przymiotowych w tętnicach są bardzo różne i zależą przede wszystkim od tego, jakie tętnice i w jakim narządzie są chorobowo zmienione. Autor opisuje objawy przy zmianach w naczyniach mózgu (Heubner), w których to przypadkach rokowanie jest niepomysłne.

Zmiany w naczyniach i gruczołach limfatycznych. Oprócz obrzmienia zjawiającego się przy pierwotnym objawie, występują także zmiany podczas przebiegu wczesnego przymiotu (wysypki skórne i zmiany na błonie śluzowej). Kiedy w pierwszym razie gruczoły obrzmiewają z powodu zadrażnienia przez zarazek, który dostał się do gruczołów najbliższych, to w drugim razie źródłem zarazka dla gruczołów są zmiany przymiotowe w skórze i w błonie śluzowej. Zmienione w ten sposób gruczoły maleją wskutek wessania wytworów chorobowych. Do rzadkości należą zmiany, występujące w gruczołach limfatycznych w późnym okresie przymiotu. Gumaty w gruczołach najczęściej wytwarzają się u chorych zolzowatych.

W przebiegu wczesnego przymiotu naczynia limfatyczne nie ulegają przeobrażeniom; częściej napotykamy zmiany w naczyniach limfatycznych w późnych okresach przymiotu. Nacieki w ściankach naczyń limfatycznych tworzą guzy płaskie, jajowate, w skórze lub pod nią ułożone; drogą rozpadu powstają z nich owrzodzenia. Rozpad guzów (*gummata*) w gruczołach bywa szybszy, aniżeli rozpad gruczołów zolzowatych.

Zmiany w nerkach były przez niektórych autorów spostrzegane, już we wczesnym przymiocie, a zmiany te polegają na białkomoczu i puchlinie ciała; chorych tych wyleczono po poddaniu ich leczeniu swoistemu (Barthelmy). Przymiot sprowadza często zwyrodnienie mączkowate nerek. Najrzadziej występują ograniczone guzy (*gummata*), częściej zaś rozlane stwardnienia. Ilość gumatów może być rozmaita, dochodzą one do wielkości grochu. Cierpienie nerek przymiotowego pochodzenia w objawach niczem się nie różni od zwykłego zapalenia, tylko równocześnie znajdujące się objawy późnego przymiotu mogą być wskazówką do rozpoznania cierpienia nerek.

Zmiany w układzie płciowym u kobiet i u mężczyzn. Oprócz upławów, które są w danych przypadkach następstwem osłabienia z zakażenia krwi pochodzącego, spostrzegamy bóle maciczne (*hysteralgia*), zmiany w miesiączkowaniu; u kobiet będących w ciąży przymiot bywa przyczyną przedwczesnych porodów i poronień. Często powtarzające się porody przedwczesne i poronienia powinny być niejako wskazówką do podejrzewania przymiotu u kobiety. U kobiet przymiotowych często występują krwotoki poporodowe. Ciąża wpływa na przebieg i na charakter objawów zakażenia. W późnym okresie przymiotu w ściankach macicy wytworzyć się mogą guzy przymiotowe (*gummata*). W jajnikach rozwijają się guzy w postaci rozlanych stwardnień. U mężczyzn są niekiedy zmiany w przyjądrzach (*epididymitis syphilitica*), daleko częściej jednak występuje zapalenie jądra (*orchitis syphilitica*), rzadziej bywa zajęty sam sznurek nasienny (*funiculitis syphilitica*). Zmianom jądra towarzyszą guzy przymio-

towe w skórze i kościach. W jądrze nacieki mogą być albo rozlane (*orchitis sclerosata*), albo ograniczone (*orchitis gummosa*). Rozwój i przebieg zmian jest bardzo powolny, a przy pomocy leczenia swoistego cierpienie to do zupełnego może być doprowadzone wyleczenia, albo kończy się zanikiem jądra. Rzadko się przytrafia, aby oba jądra jednocześnie były zajęte. Można przy rozpoznaniu przyjąć przymiotowe zmiany jądra za raka, lub za następstwa ostrego zapalenia jądra, za zmiany gruźlicze, ale w tym względzie są liczne wskazówki, pozwalające na odróżnienie tych zmian od siebie. Pierwotne zajęcie sznurka nasiennego jest nader rzadkie; autor podaje opis własnego spostrzeżenia.

W pęcherzykach nasiennych i w gruczole krokowym nie odkryto żadnych zbroceń, wywołanych przez przymiot. Powstawać mogą w ciałach jamistych prącia gumaty, które najczęściej umiejscawiają się w rowku żółdziowym.

Zmiany w układzie nerwowym. Jedną z najważniejszych zdobyczy ostatniego dziesięcio-lecia na polu syfilidologii stanowi niewątpliwie bliższe poznanie objawów chorób mózgu i rdzenia, powstałych wskutek zakażenia ustroju naszego przymiotem. Pomimo, że już wielu autorów w XVIII wieku podaje dokładniejsze opisy zajęcia mózgu i nerwów (Astruc, Boerhave, van Swieten). J. Hunter, znakomity badacz, przeczył, by pod wpływem przymiotu występowały zmiany w narządach wewnętrznych, jak: w wątrobie, żołądku, sercu, a więc i w mózgu. Powaga Huntera powstrzymała też rozwój wiadomości o zmianach przymiotowych w narządach wewnętrznych przez czas długi, aż dopiero Virchow zmiany w narządach wewnętrznych poddał scislemu badaniu, które doprowadziło do wyników pozytywnych. Rozdział ten jest przez autora opracowany przeważnie podług dzieła Fournier'a: O przymiocie mózgu i przymiocie rdzenia, oraz dzieła D-ra Domańskiego o p. t. O kile układu nerwowego (1880).

Cierpienia narządu nerwowego przedewszystkiem objawiają się we wczesnej i łagodnej postaci przymiotu. Dziś o wiele więcej spostrzegamy przypadków zajęcia narządu nerwowego, niż to dawniej się zdarzało, co objaśnić należy niewątpliwie powiększeniem się ogólnej nerwowości, choroby właściwej naszemu wiekowi i dlatego przymiot mózgu występuje najczęściej u ludzi pracujących umysłowo, nadużywających stosunków płciowych, u pijaków, u podrażnionych z przyczyn moralnych. Niewątpliwie, że oprócz tych przyczyn, powodem umiejscowienia się choroby w mózgu są wszelkiego rodzaju podrażnienia, uderzenia, lub wpływy przypadkowe zewnętrzne.

Do najwcześniejszych objawów przymiotu mózgu należy: ból głowy i bezsenność. Objawy te trwają mniej lub więcej długo z rozmaitym przebiegiem, towarzyszy im ogólne rozłamanie, brak łaknienia. Chorzy tacy są smutni, uskarżają się na zawroty głowy i ociężałość ogólną. Stan ten doprowadza do bezsilności nerwowej, objawiającej się osłabieniem wszystkich czynności życia zwierzęcego.

Bezbolesność, na którą pierwszy zwrócił uwagę Fournier, towarzyszy często zakażeniu przymiotowemu; bezbolesność ta może być i ogólną, choć rzadko; częściej bywa ograniczoną i częściową. Bezbolesność tę spostrzegamy albo przed wystąpieniem ogólnych objawów zakażenia, albo w przebiegu wczesnego przymiotu, niekiedy zaś znika bezbolesność ogólna, a pozostaje ograniczona. Do bardzo rzadkich zjawisk należy utrata czucia mięśniowego, przyczem chorzy nie czują ugniecenia mięśni i nie mają świadomości o położeniu członków.

Finger spostrzegł znaczne wzmoczenie się odruchów skórnym i ścięgnistym, przed ukazaniem się lub w czasie wystąpienia wysypki. Ważnym objawem zakażenia w przebiegu wczesnego przymiotu jest

wystąpienie p o r a ż e ń, ograniczonych do jednego lub kilku gałęzek nerwowych; najczęściej dotkniętym bywa n e r w t w a r z o w y.

Niekiedy, jak podaje F o u r n i e r, zakażenie przymiotowe może wywołać: z a ć m i e n i e w z r o k u, n i e d o w i d z e n i e, p o r a ż e n i a a k o m o d a c y i.

C z y n n o ś c i u m y ś l o w e mózgu również niekiedy są dotknięte; wyrodzić się może stan, który F. nazywa a t o n i j ą w ł a d z u m y ś l o w y c h. Najrzadziej występują k r ó t k o t r w a ł e z b o c z e n i a umysłowe, co, jak się zdaje, niewątpliwie zależy od takich zmian w mózgu, jakie napotykamy przy ostrych chorobach zakaźnych. Zmiany w n e r w i e s y m p a t y c z n y m wywołane przez zakażenie są nader rzadkie i objawiają się zboczeniami w prawidłowej ciepłocie.

Co do zmian a n a t o m o - p a t o l o g i c z n y c h, to są one takie same jak i w innych narządach, a więc albo r o z l a n e n a c i e k i (*sclerosis*), albo n a c i e k i o g r a n i c z o n e czyli gumaty, tworzące guzy rozmaitej wielkości, dochodzące niekiedy do wielkości orzecha włoskiego. Podobne wytwory patologiczne mogą być i w tkankach otaczających ośrodku mózgowego.

Takim samym zmianom jak mózg ulega i r d z e ń p a c i e r z o w y, w k t ó r y m wytwarzać się mogą tak nacieki r o z l a n e, jako też i o g r a n i c z o n e, tak w samym rdzeniu, jako też i w osłonach jego. Najmniej wiadomo, jakim zmianom ulegają n e r w y. Wogóle cała kwestyja zmian w narządach mózgo-rdzeniowych przy przymiocie jest dopiero w początkowym swoim okresie.

Po tych uwagach ogólnych i opisie zmian anatomicznych autor podaje opis klinicznych o b r a z ó w p r z y m i o t u m ó z g u. Z powodu wielkiej różnorodności zjawisk chorobowych, jakie spostrzegamy przy przymiocie mózgu, najlepiej jest, dla ułatwienia, podzielić zjawiska chorobowe na pewne gromady, obejmujące najrozmaitsze postaci, w jakich występuje przymiot mózgu. F o u r n i e r, za którym idzie autor, dzieli przymiot mózgu na sześć postaci: 1) postać połączoną z bólem głowy (*forme céphalalgique*); 2) postać nawalową (*forme congestive*); 3) postać padaczkową (*forme convulsive ou épileptique*); 4) postać połączoną z utratą mowy (*forme aphastique*); 5) postać połączoną ze zboczeniem umysłu (*forme mentale*); 6) postać połączoną z porażeniem (*forme paralytique*).

Wszystkie te postaci łączą się między sobą i przechodzić mogą jedna w drugą. Niepodobna nam iść w ślady za autorem z powodu i tak już zbyt obszernego streszczenia dzieła jego, musimy tylko nadmienić, że opisana jest w dalszym ciągu każda z postaci wymienionych pod względem objawów, częstości występowania, rokowania i zakończenia przymiotu mózgowego. Po tym opisie następuje opis zmian i objawów, występujących przy cierpieniu przymiotowem n e r w ó w m ó z g o w y c h po szczególe i podany jest również opis porażień połowicznych.

O p r z y m i o c i e r d z e n i a p a c i e r z o w e g o wiadomości są niepewne, gdy bowiem jedni przeczą, jakoby przymiot wywoływał zmiany w rdzeniu, inni, przeciwnie, każde niemal cierpienie rdzenia uważają za cierpienie pochodzenia przymiotowego. Tak jak w innych narządach, tak samo i w rdzeniu mogą powstawać zmiany przymiotowe albo w postaci r o z l a n e j, w postaci s t w a r d n i e ń, albo w postaci o g r a n i c z o n e j, które to ostatnie należą do wyjątkowych zjawisk. Przymiot rdzenia może się objawić albo w postaci o s t r e g o z a p a l e n i a (*myelitis acuta*), lub przewlekłego (*myelitis chronica*), z a p a l e n i a p r z y o s t r e g o (*myelitis subacuta*), albo wreszcie w postaci w i ą d u r d z e n i a p a c i e r z o w e g o (*tabes dorsalis*).

O b j a w y z a p a l e n i a p r z y m i o t o w e g o są takie same, jak i przy zwykłym zapaleniu rdzenia. Autor następnie podaje opis sporu, jaki powstał w ostatnich latach, mianowicie co do przyrody wiądu; gdy bowiem jedni autorowie twierdzą, że

przymiot usposabia do cierpień rdzenia (Eulenb urg, Westphal, Müller, Rosenthal), inni, jak Fournier i Erb, przyjmują nadzwyczajną częstość wiađu rdzenia pochodzenia przymiotowego.

Wystąpienie wiađu pacierzowego ma miejsce przeważnie w późnym okresie przymiotu i mamy prawo przyjmować istnienie wiađu pacierzowego, będącego następstwem przymiotu, opierając się na częstości przymiotu w badanych przypadkach i skuteczności leczenia swoistego.

Rokowanie w przypadkach od przymiotu zależących jest korzystniejsze niż w zwykłych.

Przy opisie zmian w tkankach narządu wzrokowego, podaje autor krótkie poglądy na zapalenie rogówki śródmiąższowe (*keratitis parenchymatosa*), które jest najczęściej objawem przymiotu wrodzonego. Z błon oka najczęściej ulega tęczęwka, która może uleść zapaleniu albo bardzo ostremu, albo też więcej przewlekłemu; zapalenie takie tęczęwki może się przedstawiać albo w postaci *iritidis simplicis v. plasticae*, albo też jako *iritis gummosa*. Wyjątkowo ulega cierpieniu ciałko rzeskowe (*cor. ciliare*), w którym wytworzyć się mogą gumaty. Samoistnie, bez spółczesnych zmian w tęczęwce, może uleść zapaleniu i naczyńiówka (*chorioiditis exsudativa*). W przebiegu późnej choroby przymiotowej występuje zapalenie siatkówki (*retinitis*) samoistnie, wskutek czego powstaje zamglenie tarczy nerwu wzrokowego i osłabienie wzroku, które, nieleczone, prowadzi może do zupełnej ślepoty. W krótkich słowach podaje autor opis zmian narządu węchowego i słuchowego, po które odsyłamy czytelnika do oryginału. Oto mniej więcej jest krótki opis wszystkich zmian, powstających w narządach wewnętrznych, wskutek zakażenia przymiotem ustroju naszego. W zakończeniu tej części II dzieła, autor przedstawił jeszcze opis przymiotu złośliwego i przymiotu wrodzonego, do streszczenia których obecnie przystępujemy.

Przymiotem złośliwym nazywamy taki przebieg choroby przymiotowej, przy którym następują objawy jedne po drugich nader szybko, oraz wczesnie występują takie objawy, jakie zwykle w późnym okresie przymiotu się okazują. Kiedy na początku XVI wieku przymiot był przeważnie złośliwy, dziś przypadki złośliwe należą stosunkowo do rzadkich. Przyczyna złośliwości przymiotu według jednych autorów zależy od skaz y krwi, zmniejszającej prawidłowy skład soków ustroju, według innych zależy od jakości zarażka; wogóle przyjąć można, że limfatyzm, zółzy, przewlekłe zatrucie wyskokiem, rozpusta, podeszły wiek, są najczęstszymi przyczynami złośliwości w przebiegu przymiotu. W przymiocie złośliwym groźne objawy występują bardzo wczesnie, przyczem towarzyszy im ciągła gorączka, ogólne osłabienie, wymioty, bezsenność, biegunka. Bazin rozróżnia trzy postacie objawów skórnych w przymiocie złośliwym; 1) postać ropno-pęcherzykową, następnie wytwarzają się owrzodzenia pokryte strupami; 2) postać guzów przymiotowych rozpadających się i które po całym ciele są rozrzucone i 3) postać guzów przymiotowych ze zgorzeliną połączonych, wskutek czego powstają owrzodzenia ostre, obcięte, strupem czarnym przykryte. Wszystkie postacie zablizniają się i tworzą blizny głębokie i rozległe. Rokowanie z powodu powrotów choroby jest niepomyślne. Zjadliwy przymiot sprowadza najczęściej wyniszczenie (*cachexia syphilitica*). Charłactwo to zdarza się mianowicie po objawach późnego przymiotu, chociaż może występować i we wczesnym okresie choroby. Przyczyną jego bywa nie samo tylko zakażenie, ale zmiany przez przymiot wywołane w narządach ustroju. Objawy charłactwa z powodu przymiotu niczem nie różnią się od objawów charłactwa, powstałych z innych przyczyn chorobowych. [D. c. n.]

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się, iż prof. Kosiński z powodu ukończenia w tych czasach 25 lecia zawodu lekarskiego, złożył na ręce sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Szokalskiego sumę rs. 8,000, od której odsetki w $\frac{1}{4}$ mają wzbogacać co rocznie kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach, a w $\frac{3}{4}$ mają być obracane na pożyczki dla studentów medycyny tutejszego uniwersytetu.

— Dnia 30 Czerwca r. b. odbył się tutaj zjazd 42 lekarzy, którzy przed 10 laty ukończyli studyja w tutejszym uniwersytecie. Zjazd ten miał taki praktyczny rezultat, iż zebrano na nim drogą dobrowolnych składek 513 rs., z których 250 rs. przeznaczono na fundusz żelazny kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach pozostałych, 213 rs. ofiarowano nieszczęśliwej rodzinie pozostałej po jednym z kolegów, a 50 rs. dla studenta kończącego w tym roku wydział lekarski w tutejszym uniwersytecie, jako pożyczkę, którą winien w przyszłości zwrócić równie potrzebującemu studentowi.

— Ministeryjum spraw wewnętrznych zawiadomiło Radę Miejską Dobroc. Publicznej o zatwierdzeniu dla szpitala Dzieciątka Jezus etatu na rozszerzenie działalności istniejącego przy tymże szpitalu Instytutu szczepienia ospy. Etat roczny wynosi rs. 1564 z czego przeznaczonem jest na zakupno 100-u cieląt rs. 750, dla dyrektora rs. 320, dla felczera rs. 150, dla kobiet wynagrodzenie za przynoszenie dzieci do zbierania limfy rs. 150, na rurki do limfy i inne potrzeby rs. 290.

Kraków. Wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego wybrał na dziekana na rok 1883/4 prof. fizjologii Piotrowskiego.

Wiedeń. Ministeryjum oświaty dało odpowiedź odmowną spalkobiercom homeopaty Sehmida, który zrobił legat na utworzenie katedry homeopatyji przy tutejszym uniwersytecie.

Praga. Jak donosi „Przegląd lekarski“ skład wydziału lekarskiego Czeskiego uniwersyte-
tu ma być następujący: anatomija opisowa Steffak; fizjologija Tomsa; anatomija patologiczna Hlavá; patologija ogólna Spina; klinika lekarska Eiselt; klinika chirurgiczna Weis; okulistyka Schöbl; akuszeryja Streng; dermatologija Janovsky; chemija lekarska Horbaczewski; farmakologija Jandouš; poliklinika Maixner; medycyna sądowa Hnovkovský.

Paryż. Sąd kryminalny skazał Lacombe'a, dostawcę chininy dla szpitali paryzkich, na rok więzienia z powodu fałszowania takowej.

New-York. W Vera Cruz panuje epidemija żółtej febry; przez 2 ubiegłe miesiące zmarło z niej do 1000 Europejczyków i Amerykanów.

Kair. W dolnym Egipcie wybuchła dość silna cholera; w niektórych miejscowościach a głównie w Damiecie i Mansurah zabiera liczne ofiary. Wedle ostatniej wiadomości przypadki cholery zdarzają się w Port Said i na Malcie.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*, Nr. 26. Gluziński. Kilka słów o zejściu zapalenia włóknikowego (*pneumonia crouposa*) w zapalenie międzymiąższowe (*pneumonia interstitialis*). (Dalszy ciąg). — Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od roku 1879--1882 (Dalszy ciąg). — Ulanowski. Toczeń żrący czyli wilk grudkowato-pelzający, długotrwały, wyleczony.

— *Medycyna*, Nr. 26. Talko. Udawana jasna ślepotą obu oczu.

OPNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinija najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. " obstrukcyi chronicznej
3. " nderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. " febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. " chronicznych w ogóle
6. " lekkich cierpieniach skrofuleicznych
7. " stłuszczeniu
8. " organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych i aptekach w Rosyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazanska 3
 } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj 20—3



MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna

NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych i aptekach Rosyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazanska 3.
 u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—3

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

D-ra Bielińskiego

w Nowem mieście nad Pilicą (gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok w zimie i w lecie otwarty. Hydroterapija. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzone. Obfite zdroje wybornej wody. Kąpiele rzezne. Elektryczność. Gimnastyka. Dwóch stałych ordynujących lekarzy. Zdrowy klimat, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Komunikacyja osobowa karetaami pocztowemi przez Grójec, na które zapisywaé się można na poczcie w Warszawie.

Objaśnienia: w Zarządzie Zakładu w Nowem Mieście nad Pilicą lub też w Warszawie w aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480. 7—5

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

D-ra Emmerta. Wykład chirurgii szeregowej. Tom. I str. 666 Tom. II str. 744. Ze 175 drzeworytami. Za rsr. dwa.

D-ra Cohnsteina. Wykład położnictwa. Str. 289. Z 21 drzeworytami. Za rsr. jeden.

D-ra B. Skórczewskiego. Dyjetetyka kąpielowa. Str. 355. Za rsr. 1 kop. 20.

D-ra W. Kosmowskiego. Rys higieny dzieci. Str. 229. Za kop. 50. 6—5

Zakład Lecznicy

Stacja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CALY ROK OTWARTY.

Sezon letni od 15 Maja.

5 godzin drogi
od Warszawy,
godzina od Lu-
blina, Poczta
i telegraf na
miejscu.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony w miejscowości malowniczej i odznaczającej się pod względem sanitarnym. Posiada przeszło 150 wygodnie urządzonych pokoi gościnnych i liczne wille prywatne w bliskości zakładu położone. Zakład rozporządza następującymi środkami leczniczymi

- 1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gimnastyka lecznicza
- Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczonym i rozrzedzonym powietrzem,
- 2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa.
- 3) Kuracyja wodami żelazistem Nałęczowskiemi (szczawa żelazista) oraz wszelkimi innymi wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (blotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne.

Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, niezżytach żołądko - kiskowych, w niezżytach dróg oddechowych, osłabieniach ustroju bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Bliższe objaśnienia udziela Administracyja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy). 16—10



Główny Zakład WYROBU WÓD MINERALNYCH,

W SYFONACH I BUTELKACH,

Magistra farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie Nr. 3 Mirowska.



Wysyła Wody Mineralne na prowincyję, po cenach możliwie umiarkowanych. Składy Wód Mineralnych znajdują się w większej części aptek warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincyi i w Cesarstwie.

Zakład mój rozporządza 20-ma tysiącami syfonów paryzkich, maszyną parową i licznymi aparatami najnowszej budowy, a pojmując rozsądne współzawodnictwo, zasadzam je na ciągłym postępie i jaknajdokładniejszym wyrobie.

Wody Mineralne w butelkach i syfonach, oraz Syropy do wód gazowych, znajdują się zawsze na składzie.

W. Karpinski.

10—6

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Autrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—15

Docent Dr. A. Mars

ordynować będzie od 10 Czerwca b. r. przez sezon letni

W KRYNICY
w domu pod Pagatem.

3-3

Dr. Franciszek Chłapowski

praktykować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen**

6-5

JAWORZE

(około Bielska, Szlask austriacki)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I ŻĘTYCZNY

otwarty jak po inne lata z d. 1 Maja r. b.

Dr. Smoleński, lekarz i kierownik Zakładu. 6-6

Dr. Med. Czesław Stiche

przez cały letni sezon ordynuje w **KARLSBADZIE**

mieszka jak dawniej **Kreuz-Gasse, Insel Rügen.**

12-8

Dr Med. ZDZISŁAW NIESZKOWSKI

w r. b. jak i lat poprzednich podczas sezonu letniego będzie ordynował w **Szcza-**
wnicy a podczas jesiennego w **Meranie** (Landstrasse Nr. 270).

6-6

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, 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 Kryżego*, *D-ra Zaleskiego w Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10-10

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HENRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy do kąpeli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30-15

BUSKO

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkuje, ordynuje w domu własnym.

6-6

D-r Adam Świrski

Lekarz zakładu zdrojowego

w Iwoniezu

ordynuje jak w latach poprzednich, mieszka „**STARY PAŁAC.**“

6-6