

GAZETA LEKARSKA

I. W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego.

Podał

A. Ciechomski.

Ropnie gruczołu krokowego nie należą do spraw zbyt częstych; wśród niewielu przyczyn, wywołujących ropienie w tym narządzie, rzeźączka cewki jest bądź co bądź źródłem najczęstszym, zwłaszcza usadowiona w odcinku jej tylnym.

Pomijam objawy, towarzyszące cierpieniu temu, są one zbyt wybitne, zresztą dobrze znane każdemu; pragnąłbym natomiast zwrócić uwagę na niezmierną doniosłość wczesnego rozpoznawania i co za tem idzie leczenia, samoistne bowiem otworenie się ropnia do tkanki okołocewkowej lub ku tyłowi od pęcherza może przyprawić chorego jeżeli nie o zgubę to przynajmniej o bardzo ciężkie powikłanie, nie mówiąc już o bezwzględnie śmiertelnem otworzeniu się do otrzewnej. Na szczęście ropień gruczołu krokowego częściej toruje sobie drogę do cewki lub odbytnicy, wreszcie na krocze. Rozpoznanie nawet w okresie dość wczesnym znakomicie ułatwia palec, wprowadzony do odbytnicy, badanie więc takie należy wykonać jak najrychlej, skoro rodzi się przypuszczenie zapalenia ropnego w głębi gruczołu. Stwierdzenie niewielkiego choćby, miękkiego i chełboczącego ogniska wśród względnie twardej istoty gruczołu, powinno być hasłem do jak najszybszego zabiegu operacyjnego bez oglądania się na możliwość samoistnego otworzenia się ropnia a to w obawie dopiero co wspomnianego niebezpiecznego powikłania.

Co się tyczy opróżniania ropni tych na drodze operacyjnej, niektórzy autorowie oddają pierwszeństwo postępowaniu przez odbytnicę skoro ropień wyraźnie wypukła przednią jej ścianę. Zdaniem ENGLISH'a¹⁾ tylko wprawny chirurg może odważyć się na utorowanie sobie drogi przez krocze do ropnia gruczołu krokowego i powinien posuwać się wgląd ostrożnie, aby nie uszkodzić cewki lub odbytnicy; tymczasem wobec częstego sklejanja się ściany ropnia ze

¹⁾ Real. Encyclop. T. XIX, str. 402.

ścianą kiszki, można bardzo łatwo i bez obawy pod kierunkiem palca, wprowadzonego do odbytnicy, nakłuć wypuklający się ropień zapomocą ostrokończastego noża z odsłoniętym tylko czubkiem lub noża zasuwanego.

LOSSEN ¹⁾ mówi wyłącznie o otwieraniu przez odbytnicę pod kontrolą oka przy uśpieniu chorego i dostatecznym rozszerzeniu odbytu, nie radzi przytem robić większego otworu, raczej nakłucie tylko zapomocą szpiczastego noża, które wystarcza w zupełności wobec dużego ciśnienia w jamie ropnia; zresztą unika się tym sposobem kłopotliwego krwawienia z przeciętej ściany odbytnicy. Zapomocą sączka, wsuniętego przez ranę i wyprowadzonego przez odbyt, przemywa jamę ropnia i nie obawia się zanieczyszczenia jej przez masy kałowe, skoro sączek dokładnie wypełnia otwór w ścianie kiszki, tembardziej, że jama po opróżnieniu ropnia szybko kurczy się.

W r. 1874 DITTEL ²⁾ ogłosił swój sposób oddzielania przedniej ściany odbytnicy i polecił go między innymi w przypadkach ropnia gruczołu krokowego, który otworzył się sam do cewki i nie miał skłonności do zagojenia się przez pewien czas; wszakże ani sam autor, ani też uczeń jego STOLL, który pisał później o tej metodzie, nie mieli możności wypróbowania sposobu tego w przypadkach odpowiednich. Dopiero w r. 1899 DITTEL ogłosił 7 przypadków, a ZUCKERKANDL z tejeż kliniki w 1891 r. nowych 10 przypadków ropni gruczołu krokowego, operowanych przez krocze z wynikiem dodatnim, dwa bowiem z całej liczby zejścia śmiertelne nie były w bezpośrednim związku z operacją. W końcu pracy swej ZUCKERKANDL kładzie szczególny nacisk na wczesne otwieranie tych ropni wyłącznie przez krocze i nawet w tym razie, jeżeli nastąpiło już samoistne otworzenie się do cewki, a towarzyszące cierpieniu temu objawy pomimo to nie znikły.

SEGOND w 1885 r., opierając się na 2-ch spostrzeżeniach, uznał jedynie za słuszne postępowanie przez krocze we wszystkich przypadkach ropni nie tylko w samym mięszu gruczołu, lecz również i ropni, znajdujących się zewnątrz torebki gruczołu krokowego, jeżeli ropa nie utorowała sobie dostatecznej drogi do cewki.

To samo przekonanie podzielają REVERDIN i PERRIN. LESER ³⁾ nawet wykłania się ropnia gruczołu krokowego do odbytnicy, jako umożliwiające leczenie operacyjne tą drogą, poczytuje za objaw niepomyślny; uznaje on jedynie drogę przez krocze zapomocą cięcia DITTEL'a, a zalety postępowania takiego widzi przede wszystkim w rzetelnej skuteczności samego zabiegu, który skądinąd wcale nie jest trudny.

Według SOCIN'a obecnie nie może być dwóch zdań co do postępowania przy ropniach gruczołu krokowego. Skoro stwierdziliśmy obecność ropy, niezwłocznie należy przystąpić do otworzenia; do gruczołu krokowego prowadzą 3 drogi, mianowicie: przez cewkę, odbytnicę i krocze. Jakkolwiek dość często

¹⁾ Wykład chirurgii szczegółowej. Tłómacz. polskie str. 890.

²⁾ Deutsche Chirurgie. Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. 1902. Zesz. 53.

³⁾ Handb. der praktischen Medizin, T. III. C. I. str. 480.

ropnie samoistnie torują sobie drogę do cewki, dowolnie wszakże nikt nie otwierał ich dotąd tą drogą, raczej przypadkowo przy wprowadzeniu cewnika niekiedy spostrzegano przedziurawienie do cewki. Co do przebiegu cierpienia po takim otworzeniu się, to częstokroć wikła się on ropnym zapaleniem pęcherza cewki, a do zagojenia nieraz nieodzowne bywa otworzenie gruczołu przez krocze. SECOND wykazał 10 zejść śmiertelnych w 35-iu przypadkach przedziurawienia się ropnia do cewki. Nieco lepsze wyniki daje otworzenie przez odbytnicę zarówno sztuczne, jak i samoistne [7 zejść śmiertelnych na 13 sztucznych 30 samoistnych]; wszakże i tu, nie mówiąc już o ciężkich powikłaniach, gojenie trwa nieraz b. długo, niekiedy pozostają nienleczalne przetoki. Zdaniem Socin'a do otworzenia przez odbytnicę nadają się tylko, bardzo rzadkie zresztą, małe ropnie, usadowione na tylnej ścianie gruczołu krokowego i mocno wypuklające się do kiszki.

Pozostaje więc droga 3-a przez krocze i tę uznaje Socin jako najlepszą najpewniej prowadzącą do celu.

Zanim przystąpię do opisu przypadku, spostrzeganego przeze mnie i operowanego przez krocze, radbym pokrótce wyjaśnić pobudkę do niniejszej pracy, a zarazem przyczynę takiego a nie innego postępowania operacyjnego.

Miałem na pamięci z różnych czasów trzy przypadki ropni gruczołu krokowego, otworzone przez odbytnicę z zejściem śmiertelnem wskutek nader ciężkich powikłań. Jeden z pomienionych przypadków widziałem po raz 1-szy mniej więcej w rok po operacji; na naradzie z kilku kolegami stwierdziliśmy wieloogniskowe ropne zapalenie nerki, co, zdaniem naszym, było jednym z ogniw tego, niezmiernie długiego łańcucha cierpień, który począł się ropieniem gruczołu krokowego i skończył prawie po 2-ach latach śmiertelnem ostrem zapaleniem nerki ocalałej. Szczegóły powyższe sprawdziły się całkowicie przy oględzinach pośmiertnych, znalazłem bowiem zbliznowacenie nerki lewej oraz ostry zapalny stan nerki prawej, który prawdopodobnie powstał na tle olbrzymiego zropienia tkanki łącznej pozaotrzewnowej w lewym dole biodrowym pomimo rychłego i dostatecznego otworzenia. Nie mogę oczywiście twierdzić, że w danym przypadku długotrwała ciężka choroba była wyłącznie następstwem otworzenia ropnia gruczołu krokowego przez odbytnicę, wszelako przypuszczać można istotny związek ropnia gruczołu krokowego z szeregiem cierpień następujących.

[D. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA MED. J. PĄWIŃSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA
I Z PRACOWNI DRA MED. E. FLATAUA.

W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy płasawicy (*chorea minor s. Sydenhami*).

Podał

Stanisław Kopeczyński,

b. ordynator kliniki chorób nerwowych.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 17].

Wynik moich badań, jeżeli pomnę lekką chromatolizę w niektórych komórkach kory mózgowej, barwionych metodą Nissl'a, był absolutnie ujemny. W skrawkach tych, z których po kilka z danej wysokości barwionych było dla kontroli wszystkimi metodami, nie zauważyłem ani zmian w budowie komórek, zwłaszcza komórek ruchowych, ani zwyrodnień w włóknach nerwowych, ani przerostu gdziekolwiek neuroglii. Specjalnie zwróciłem uwagę na pas ruchowy kory mózgowej, na węzły szare wewnętrzne i na stan naczyń w mózgu. Wyraźnych zбоcezeń od normy nigdzie dostrzedz nie mogłem.

Ten ujemny wynik swych badań, a wszak, jak mówią Niemcy, „*negativer Befund ist doch ein Befund*”, chciałbym wziąć za punkt wyjścia do rozpatrzenia, jakie obecnie istnieją poglądy na anatomie patologiczną i patogenezę płasawicy.

Przez czas długi, kiedy właściwą płasawicę (*chorea minor*) mieszano z rozmaitymi ruchami płasawicznymi o charakterze objawowym, dalej z płasawicą dziedziczną czyli HUNTINGTON'a, badania anatomo-patologiczne nie mogły posiadać odpowiedniej wartości dla wyjaśnienia interesującej nas kwestyi. Dopiero w ostatnich latach sprawy te poczęto wyodrębniać, pomimo to, jak o tem poucza nas wspomniany wyżej WOLLENBERG w swej monografii, w literaturze anatomii patologicznej płasawicy panuje chaos. Autor ten uwzględnia niemal wszystkie prace, jakie wyszły do roku 1896 i pisze, że różni badacze [BROADBENT, JACKSON, TUCKWELL, DICKINSON, GRAY, FOX, MEYNERT, STEINER, GARROD, ELISCHER, JAKOWENKO i inni] różne znajdowali zmiany zarówno w mózgu, jak i w rdzeniu, które dotyczyły częścią istoty norwowej, częścią naczyń krwionośnych lub tkanki łącznej. Znajdowano przekrwienie mózgu i jego opon, zatory w mózgu, zmiany zapalne jego istoty, małe wybroczyny krwawe i ogniska rozmiękczenia, zmiany zwyrodniające w komórkach nerwowych, przerost neuroglii i t.p. Podobne zmiany stwierdzano i w rdzeniu; niektórzy badacze znajdowali zmiany zwyrodniające w nerwach obwodowych.

Dalej WOLLENBERG podnosi obszerniej wyniki badań kilku autorów, którzy znajdowali małe zatory w ciałkach prążkowanych i w wzgórkach wzrokowych [BROADBENT, JACKSON, FOX] i w korze mózgowej [ELISCHER], zaznacza jednak jednocześnie, że w wielu innych bardzo szczegółowych badaniach [DICKINSON, GOWERS i inni] i w 3-ch własnych najmniejszych zatorów mikroskop nie wykazał. Nagromadzenie się w zwiększonej ilości barwnika naokoło naczyń ciałek soczewicowatych WOLLENBERG również nie chce uważać za coś patologicznego.

Następnie autor wspomina o panującej chwilowo teorii ciałek płasawiczych (*Choreakörperchen*), koncentrycznie uwarstwionych, perlitych tworów, znalezionych w jednym przypadku *chorea gravidarum* przez ELISCHER'a w ciele prążkowanym na zewnętrznej ścianie naczyń. Stwierdzenie ich obecności u osób, nie dotkniętych płasawicą, odebrało wkrótce kredyt tej hipotezie.

W końcu tego rozdziału WOLLENBERG opisuje przypadek NAUWERCK'a, dotyczący 7-letniej dziewczyny, zmarłej przy objawach ciężkiej płasawicy i wady serca. Badanie sekcyjne wykazało wykwity na zastawce dwudzielnej i na zastawkach aorty, a mikroskop wykrył w mózgu zmiany następujące: 1) ogniska rozmiękczenia z nacieczeniem drobnokomórkowym naokoło naczyń i w samej istocie nerwowej, rozrzucone zwłaszcza w rdzeniu przedłużonym, w móście, w białej istocie mózgu i w torebce wewnętrznej; 2) małe wybroczyny zwłaszcza w szypułkach mózgowych, w torebce wewnętrznej. Żadnych zatorów włosowatych nie stwierdzono. Naczynia rozszerzone, wypełnione krwią. W wielu miejscach notowano w przednio-bocznych słupach rdzenia pacierzowego zwyrodnienia włókien nerwowych.

W ostatnich pięciu latach, podług „*Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie*” wyszły następujące prace, dotyczące anatomii patologicznej płasawicy:

W r. 1897 jedynie amerykańnin CLARKE pisał o anatomii patologicznej płasawicy dziedzicznej. Z obchodzącej nas dziedziny nie wydano żadnej pracy.

W r. 1898 trzech autorów zajmowało się interesującą nas kwestyą:

1) BONARDI ¹⁾ w przypadku płasawicy nic szczególnego w systemacie nerwowym nie znalazł

2) REINHOLD ²⁾ opisał przypadek ciężkiej płasawicy, który w ciągu tygodnia zakończył się śmiercią. Chora 20-letnia dziewczyna, znajdowała się w pierwszym miesiącu brzemienności. W wywiadach reumatyzm stawowy. Przy sekcji znaleziono „autochtonne” zakrzepy w zatoce podłużnej i w okolicznych żyłach, oponę miękką mocno przekrwioną. Drobnoustrojów w zakrzepie, jak również w nalocie na zastawce dwudzielnej nie znaleziono wcale. W istocie mózgowej, jak również w jej naczyniach badanie mikroskopowe zmian nie wykryło. Autor na mocy swych badań nie chce stawiać żadnych wniosków co do patogenezy płasawicy.

¹⁾ BONARDI. Un cas de chorée électrique avec autopsie, observations et recherches cliniques, anatomo-pathologiques et bacteriologiques. *Revue neurologiques*. 1898. Nr. 9 [referat w *Jahresbericht für Neurol. und Psych.* T. II].

²⁾ REINHOLD. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Chorea minor. *Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde*. 1898. T. XIII, str. 359.

3) SILVESTRINI i DADDI ¹⁾ w przypadku płasawicy, zakończonej w 5 godzin śmiercią, znaleźli żylakowate nabrzemia wyrostków protoplazmatycznych w komórkach nerwowych kory mózgowej.

W roku 1899 podali histologiczne przypadki płasawicy dwaj autorowie:

1) MURRI ²⁾ opisał 8 przypadków, z których 3 dotyczyły ruchów poliklinicznych na tle rozmaitem, 5 zaś płasawicy zwykłej. W trzech przypadkach płasawicy dokonane było szczegółowe badanie mikroskopowe. W 1-szym przypadku [dziewczyna lat 8] autor stwierdził przekrwienie i zgrubienie opon, dalej nacieczenie drobnokomórkowe, idące z warstw powierzchniowych włąb. Miejscami kora mózgowa sprawiała wrażenie stanu zapalnego (*encephalitis disseminata*). W 2-im i 3-im przypadku [chore lat 21 i 14] autor spostrzegał w niektórych komórkach, zwłaszcza w piramidalnych, przestrzenie okołokomórkowe rozszerzone, zawierające po dwa lub trzy jąderka, dobrze się barwiące. Naczynia korowe i podkorowe mocno krwią przepełnione. Przestrzenie okołonaczyniowe zawierają nieco leukocytów i nieco krążków czerwonych. Tu i owdzie w komórkach kory mózgowej widać lekką chromatolizę. Zmiany te dotyczą prawie całej powierzchni kory mózgowej bez ścisłego umiejscowienia. Autor jednak zwraca szczególną uwagę na zajęcie pasa ruchowego kory mózgowej i zarówno poliklonię, jak i płasawicę uważa za przejaw kliniczny tego właśnie obrazu anatomicznego.

2) THOMSON ³⁾ w przypadku płasawicy, dotyczącym 15-letniej dziewczyny, zmarłej po 3-ich dniach pobytu w szpitalu przy objawach zajęcia wsierdza i bardzo wysokiej ciepłocie [104° F. = 40° C.]. Badanie istoty mózgu zapomocą azotanu srebra wykazało w pasie ruchowym lekką chromatolizę i nabrzemie niektórych komórek. Na wyrostkach niektórych komórek autor spostrzegał żylakowate rozszerzenia, które jednak uważa za wytwór sztuczny. W komórkach ruchowych rdzenia zmian żadnych nie znalazł. Autor chorobę tą uważa za cierpienie bakteryjne, krwiopochodne (?).

3) ANTON ⁴⁾ w przypadku płasawicy, która wystąpiła po szkarlatynie i trwała kilka lat, znalazł zanik istoty szarej w *putamen nuclei lentiformis*.

4) REICHARDT ⁵⁾ opisał dwa przypadki płasawicy z wyraźnymi zmianami w systemacie nerwowym. Przypadki te dotyczyły 17-letniej dziewczyny i 15-letniego chłopca. W obu przypadkach istniały naloty na zastawkach wsierdza. Badanie mikroskopowe wykazało zapalenie istoty mózgowej, krwotoki i zwyrodnienie włókien nerwowych. Małe ogniska drobnokomórkowego

¹⁾ SILVESTRINI e DADDI. Un caso mortale di chorea del Sydenhami con ricerche bacterioscopiche ed istologiche. La Settimana Medica. 1898. Nr. 29 [ref. w Jahresbericht für Neurol. und Psych. T. II].

²⁾ MURRI. Policlonie e Core. Policlinico. 1899. Nr. 21 i 23.

³⁾ THOMSON. The pathology of acute Chorea. British Medical Journal. 1899 November.

⁴⁾ ANTON. Ueber die Betheiligung der grossen basalen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei der Chorea. Jahrbücher für Psychiatrie. 1899 (ref. w Neurol. Centralblatt).

⁵⁾ REICHARDT. Zur pathologischen Anatomie der Chorea minor. Archiv für klinische Medizin. 1902 str. 504.

nacieczenia rozrzucone były po całym mózgu, dotyczyły zaś zwłaszcza w 1-yim przypadku głównie szarej istoty w okolicy wodociągu Sylwiusza i lewego wzgórka czworaczego; w drugim zaś przypadku te ogniska leżały przeważnie w białej istocie podkorowej. W komórkach nerwowych wyraźnych zmian zauważyć nie mógł. Krwotoki drobne mikroskopowe rozsiane były w różnych miejscach; zwyrodnienie włókien nerwowych dotyczyło zwłaszcza warstwy siatkowatej (t. zw. *Gotterschicht*) we wzgórkach wzrokowych, w tylnej części tórebek wewnętrznych, w bocznej części *pulvinar*. Również autor stwierdził zwyrodnienie w korzeniach rdzeniowych. Badanie bakteriologiczne mózgu w 1-yim przypadku dało wynik ujemny, w drugim wątpliwy. Autor całą sprawę uważa za zapalenie mózgu (*encephalitis*) pochodzenia zakaźnego. O naturze cierpienia i o jego siedlisku w systemacie nerwowym nic powiedzieć nie może.

W roku 1900 w zajmującej nas sprawie nie pisano wcale.

W roku 1901 PREOBRAŻENSKIJ ¹⁾ na posiedzeniu neurologów w Moskwie [11-go maja] mówił „O anatomii patologicznej płasawicy“. Przypadek dotyczył chorego lat 21, który zmarł na 25-ty dzień choroby. Ruchy płasawicze były nadzwyczaj silnie wyrażone. Sekcja wykazała: *pachymeningitis cerebrospinalis haemorrhagica*. Z różnych części systematu nerwowego, ze krwi, z narządów wewnętrznych otrzymano hodowle paciorkowców. Badanie mikroskopowe układu nerwowego wykazało zmiany w oponie miękkiej i w korze mózgowej: silne przekrwienie opon, wysięk krwawy, niszczący miejscami powierzchnią warstwę kory mózgowej w półkulach i w mózdzku; w komórkach piramidalnych autor stwierdził rozlaną chromatolizę, tłuszczowe zwyrodnienie komórek, obwodowe ułożenie jądra, a w komórkach PURKINJEGO w mózdzku nabrzmienie jądra. W rdzeniu zmiany te były wyrażone w stopniu znacznie słabszym. W nerwach obwodowych nie znaleziono nic osobliwego. W mięśniach stwierdzono zwiększenie się liczby jąder i krwotoki. Autor żałuje, że nie stosował w swym przypadku surowicy przeciwpaciorkowcowej.

W tym samym roku WEILL i GALAVARDIN ²⁾ badali drobnowidzowo metodą NISSL'a system nerwowy dziewczynki, zmarłej przy objawach płasawicy i cierpienia serca i otrzymali wyniki absolutnie ujemne.

Gdybyśmy zechcieli zreasumować wyniki badań mikroskopowych układu nerwowego przy płasawicy, to musielibyśmy powtórzyć opis każdego z przytoczonych powyżej przypadków, każdy z nich bowiem przedstawia zmiany anatomiczno-patologiczne odmienne. W każdym bądź razie ten fakt, że istnieją badania z wynikiem absolutnie ujemnym [między innymi LEUBE i STRÜMPPELL ³⁾ z zupełnie ujemnym wynikiem badali trzy przypadki płasawicy] świadczy, iż grube anatomiczne zmiany w systemacie nerwowym nie stanowią podstawy tego cier-

¹⁾ PREOBRAŻENSKIJ. Zur pathologischen Anatomie der Chorea minor. Według autoreferatu w *Neurol. Centralblatt*, 1902 Nr. 4.

²⁾ WEILL et GALAVARDIN. Nodosités rhumatismales etc. Chorée de Sydenham avec examen histologique des centres nerveux *Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance*. 1901 № 4.

³⁾ STRÜMPPELL. *Specielle Pathologie und Therapie*. 1889. T. II, str. 449.

pienia, że, jak mówi OPPENHEIM¹⁾, w przypadkach typowych albo nie mamy żadnych zmian materyalnych, albo delikatne zaburzenia, zdolne do zupełnej reintegracji. Niektórzy autorowie jednak zaznaczają, że ponieważ w pierwszym okresie płasawicy występują często anomalie psychiczne [kapryśność, zmienność charakteru i t. p.], że płasawicę wikłają niekiedy psychozy, jak mania, co sam w klinice KRAFFT-EBING'a miałem sposobność spostrzeżeć, że afekty zwiększają a sen zmniejsza ruchy płasawicze, że u osób nerwowych w stanie psychicznego podniecenia występują ruchy, przypominające nieco płasawicze, że wreszcie eksperymentalnie można otrzymać podobne ruchy, drażniąc korę mózgową małp — w płasawicy mamy do czynienia głównie z zajęciem kory mózgowia. Czy jednak chodzi tu jedynie o pas psychomotoryczny, jak chcą tego MURRI, GOWERS i inni, czy inne okolice, związane z węzłami wewnętrznymi, tego przesądzać jeszcze nie można. Zdaniem niektórych autorów [SZCZERBAK] możliwa jest tu hipoteza t. zw. ameboizmu komórek nerwowych, nieprawidłowego stykania się ich wyrostków protoplazmatycznych.

* * *

[D. n.].

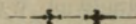
III. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

TRZY PRZYPADKI POŁOWICZNEGO ZANIKU JĘZYKA. (HEMIATROPHIA LINGUAE).

Podał

Henryk Landau,

asystent oddziału.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17].

Możliwe jest wszakże i inne pochodzenie objawów pomienionych. Wiadomo mianowicie, że porażeniom pochodzenia mózgowego mogą towarzyszyć zaniki mięśni porażonych. Zaniki te, zjawiające się niekiedy we wczesnych okresach hemiplegii i nie znajdujące się w żadnym stałym stosunku do stopnia upośledzenia czynności ruchowej porażonych mięśni, tłómaczono dotychczas rozmaicie. Tak więc CHARCOT przyczynę ich upatrywał w przejściu zwyrodnienia zstępującego z pęczków bocznych na przednie rogi w rdzeniu, QUINCKE dla wytłómaczenia ich przyjmuje obecność w mózgu specjalnych środków troficzných dla

1) OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1902, str. 1105.

mięśni, wreszcie inni [v. MONAKOW], wychodząc z założenia, że na normalne odżywianie mięśnia składa się suma wszystkich jego funkcji nerwowych, a więc zarówno ruchowej, czuciowej jak i naczynioruchowej, upatrują przyczynę pomienionych zaników w osłabieniu *resp.* zaniku wszystkich powyższych czynności w mięśniu porażonym, czem też tłómaczy się fakt, że zaniki, o których mowa, zdarzają się w przeważnej liczbie przypadków przy hemiplegiach, którym towarzyszą zaburzenia czucia. Jakkolwiekbyś do rzędu tych „zaników pochodzenia mózgowego” odnieść możnaby istniejący w powyższym przypadku połowiczny zanik języka, przedstawiający zupełną analogię do zaników mięśni porażonych kończyn przy hemiplegiach.

Że w przypadku obecnym w uszkodzonych częściach mózgu zaszły już zmiany głębsze i stałe, które odprowadziły do nekrobiozy tkanki mózgowej i że skutkiem tego przywrócenie normalnych funkcji uszkodzonych pierwiastków nerwowych stało się już niemożliwe, dowodzi to, że chory ten pomimo przeprowadzenia energicznej kuracji przeciwprzymiotowej [30 wcierań maści rtęciowej po 1,5 oraz *cali iodat.* do wewnątrz po 2 grm. dziennie] nie doznał żadnej poprawy. Również powtórzenie kuracji tej po upływie roku nie spowodowało żadnych zmian w stanie chorego i niedawno jeszcze [a więc po upływie blisko 3-ich lat od wybuchu choroby], mając sposobność ponownego zbadania chorego, mogłem stwierdzić tylko obecność tych samych objawów, które istniały na początku choroby.

III ¹⁾. J. W., lat 34, mularz. 2½ lat temu u chorego wystąpiły jakoby nagle [po przejściu boso przez rów wypełniony wodą?] bóle w krzyżu o charakterze opasującym; z okolicy krzyża bóle te zaczęły szybko rozszerzać się ku dołowi w okolice pośladków oraz wdłuż obu kończyn dolnych, zjawiając się tam w postaci krótkich, lecz nader dla chorego dokuczliwych napadów. Prawie jednocześnie nastąpiło osłabienie obu kończyn dolnych, tak że chory zmuszony był położyć się do łóżka, w którym też pozostał przez trzy tygodnie; w ciągu tego czasu nie był on zdolny, jak twierdzi, do wykonania najmniejszego poruszenia nogami. Stopniowo wszakże władza w nogach zaczęła powracać, tak że chory mógł po upływie pewnego czasu zabrać się na nowo do pracy; praca ta jednak nie szła mu już tak gładko jak poprzednio, prócz tego doznawał pewnej trudności w chodzeniu: szybko się męczył, pod górę nie mógł chodzić wcale i t. d. Jednocześnie z powracaniem siły mięśniowej ustępowały również bóle w nogach, pozostały tylko bóle opasujące w okolicy krzyża oraz uczucie „przelewania się pęcherzy z wodą“ [mrowienie?] w łydkach. Mniej więcej w trzy miesiące po porażeniu nóg u chorego wystąpiło nagle [leżał on wtedy na łóżku, będąc silnie spocony, drzwi zaś wiodące na ulicę otwarte były na oścież] skrzywienie lewej połowy twarzy wraz z zupełną utratą mowy. Mowę chory następnego dnia odzyskał, natomiast skrzywienie twarzy pozostało. Prócz tego lewa połowa języka pozostała „jakby martwą”, skutkiem czego chory doznawał utrudnienia przy je-

¹⁾ Chory ten znajdował się przez czas dłuższy na oddziale kol. W. JANOWSKIEGO, które-
mu też za pozwolenie dopełnienia badania, jako też zużytkowania tego przypadku wogóle niniejszem podziękowanie wyrażam.

dzeniu, a mianowicie: pokarmy zalegały pod lewą połową języka, tak że chory zmuszony był wydostawać je stamtąd palcami oraz przepychać je dalej w kierunku gardzieli; te ostatnie dolegliwości ustąpiły po upływie kilku tygodni zupełnie. Jesienią r. 1901 stan chorego uległ pogorszeniu o tyle, że stracił znów władzę w nogach, tak że nie mógł prawie wcale chodzić. Po 3-miesięcznym pobyciu w szpitalu [w Warszawie oraz w Grójcu] nastąpiła pod tym względem poprawa i chory mógł znowu powrócić do zajęcia. Już po upływie wszakże miesiąca powróciły znowu też same dolegliwości. Zjawił się on wtedy znów w szpitalu ze skargami na osłabienie obu kończyn dolnych, a zwłaszcza lewej, oraz stałe nader gwałtowne bóle w dolnej części kręgosłupa, rozchodzące się stamtąd w postaci pasa naokoło tułowia.

Zaburzeń w urynowaniu, ani też w oddawaniu stolca nie doznawał nigdy.

Na przymiot nie chorował [żonaty po raz drugi, poronieź nie było]. Przed obecną chorobą używał napojów wysokowych w ilościach znacznych. W rodzinie chorób nerwowych, ani też umysłowych niema.

Stan obecny. Wzrostu małego, odżywienie ogólne umiarkowane. Gruczoły chłonne [pachowe, pachwinowe i t. p.] nie powiększone, blizn nigdzie na skórze nie widać. Stan bezgorączkowy. Tętno 74 miękkie. Narządy wewnętrzne [płuca, serce, narządy jamy brzusznej] zmian żadnych nie przedstawiają. Mocz nie zawiera składników nienormalnych.

Opukiwanie czaszki żadnych miejsc bolesnych nie wykrywa. Kręgosłup na całym swym przebiegu żadnych zбочeń, ani też wygórowań nie przedstawia; przy naciskaniu oraz opukiwaniu pewnej ograniczonej przestrzeni w dolnej jego części [na wysokości 10-go piersiowego—1-go lędźwiowego kręgu] bolesność dość żywa. Ucisk na kręgosłup niebolesny.

Zrenice równe, oddziałują dobrze na światło oraz przystosowanie. Ruchy gałek ocznych zachowane. Pole widzenia normalne. Prawa szpara oczna nieco węższa od lewej; zmarszczki na czole po stronie lewej znajdują się wyżej niż po prawej. Chory nie jest w stanie domknąć szczelnie lewej szpary ocznej (*lagophthalmus*), przy usiłowaniu zamknięcia drganie mięśnia okrężnego oka. Usta zakrzywione ku stronie prawej, lewa fałda noso-wargowa nieco wygładzona; przy wyszczerzaniu zębów, gwizdaniu i t. p. widoczna jest przewaga strony prawej. Bólów w twarzy ani samodzielnych, ani też przy naciskaniu niema. Słuch zachowany. Języczek zbacza nieco na lewo, oba łuki podniebienne znajdują się na jednym poziomie, podnoszą się i napinają z jednakową siłą przy wydawaniu głosu. Lewa połowa języka zanikła, zwłaszcza w przedniej $\frac{1}{3}$, gdzie na powierzchni znajdują się zmarszczki i brózdki; przy obmacywaniu połowa ta okazuje się o wiele miększą i wiotką aniżeli połowa prawa; błona śluzowa obu połów nie przedstawia różnic żadnych. Wierzchołek języka zbacza na prawo, gdy język znajduje się w jamie ustnej, natomiast gdy chory język z jamy ustnej wysuwa, język cały zbacza na lewo, przyczem wierzchołek zagina się również ku stronie lewej. Ruchy języka zachowane. Chory przeżuwa pokarmy oraz połyka je zupełnie swobodnie, utrudnień w mowie nie doznaje. Czucie na twarzy, podniebieniu oraz obu połowach języka zachowane, również smak. Badanie laryngoskopowe nie wykazuje nic nieprawidłowego.

Kończyny górne przedstawiają się prawidłowo. W obrębie kończyn dolnych znajdujemy dość rozległe zaniki mięśni. Zaniki te wyrażone są najwięcej w okolicy pośladków: okolica ta jest zapadnięta, mięśnie przy obmacywaniu są cienkie, wiotkie; gdy chory stoi, obydwie pośladki—lewy w większym stopniu niż prawy—zwieszają się ku dołowi, przyczem pomiędzy nimi a tylną powierzchnią ud powstaje głęboka fałda; na całej przestrzeni obu ud mięśnie są umiarkowanie zanikłe, najwybitniej wszakże zanik występuje tu na przednio-wewnętrznej powierzchni górnej $\frac{1}{3}$ lewego uda, która to okolica przedstawia wyraźne spłaszczenie; względnie najmniej wyrażonym jest zanik mięśni na goleniach [łydkach]; i tu również zanik przeważa na kończynie lewej.

Obwód uda wynosi:

	Prawe	Lewe
U nasady	45,5 ctm.	43 ctm.
W części środkowej	41 „	41 „
Powyżej kolana	33 „	33,5 „

Obwód goleni:

	Prawa	Lewa
Poniżej kolana	30 ctm.	28,5 ctm.
W części środkowej	32,3 „	31 „
Powyżej kostek	20,6 „	20,6 „

W okolicy lewego pośladka oraz dolnej części wewnętrznej powierzchni lewego uda widoczne są drgania włókienkowe mięśni. Mięśnie obu kończyn dolnych zarówno jak i pnie nerwowe są przy naciskaniu niebolesne.

Chory stoi o własnych siłach; przy zamkniętych oczach chwieje się dość mocno. Chodząc „przewala się”, czyli wykonywa ruchy boczne tułowiem, nie zginając prawie wcale nóg w stawach biodrowych; skutkiem tego kończyny dolne zdają się nie brać żadnego lub też bardzo nieznaczny udział czynny w akcie chodzenia; poruszają się one wahadłowo i posuwają się naprzód jakby biernie, ulegając jedynie sile ciężkości. Siadając, chory ciężarem swego ciała opada raptownie na siedzenie. Wstaje powoli i z trudnością, przyczem zmuszony jest opierać się rękoma o kolana, oraz wypina mocno lędźwiową część kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*). Wstać o własnych siłach z pozycji leżącej [na ziemi] nie może wcale; przy udach fiksowanych nie jest w stanie unieść tułowia. Wchodzenie na schody jest znacznie utrudnione. Ruchów gwałtowniejszych [bieganie, skakanie] nie może wykonać wcale.

Leżąc na łóżku, chory wykonywa wszelkie ruchy w pojedynczych stawach. Badanie siły poszczególnych mięśni oraz grup mięśniowych wykrywa przytem, że niektóre z tych ostatnich są osłabione w dość znacznym stopniu. Tak więc, zginanie uda (*m. ileo psoas*), wyprostowanie tegoż (*mm. glutaei*), ruchy ksobne (*mm. adductores*) oraz odsiebne (*mm. glut. min., tens. fasc. latae*) uda, obracanie uda na zewnątrz i do wewnątrz (*mm. pyriform., obturat. int. et ext., gemelli, quadrat. fem.*) wreszcie zginanie (*mm. biceps, semitendinos., semimembranos.*) tudzież wyprostowanie (*m. quadriceps cruris*) kolan chory wykonywa wogóle słabo; jakkolwiek osłabienie to dotyczy mięśni obu kończyn, jest jednak o wiele wyraż-

niejsze po stronie lewej, aniżeli po prawej. Z mięśni goleni oraz stóp stwierdzić się daje jedynie osłabienie w stopniu umiarkowanym *mm. tibialis ant.* oraz *peronei* po stronie lewej.

Mięśnie obu kończyn dolnych, zwłaszcza w obrębie miednicy i uda, są wiotkie, o napięciu obniżonem.

Odruchy kolanowe są po obu stronach zniesione, również odruchy ze ścięgna Achillesa. Z odruchów skórnych brak zupełnie podszwowych oraz nosidłowych, brzuszne—zachowane, lecz słabe.

Czucie przedmiotowe [wszystkie rodzaje] przedstawia się na całym ciele zupełnie prawidłowo. W obu kończynach dolnych, a szczególnie w lewej stwierdzić się daje lekka ataksya. [C. d. n.]

ODCINEK.



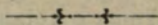
Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901), porównawczo z innymi miastami.

Napisał

Witold Załęski,

naczelnik sekcji statystycznej magistratu m. Warszawy.

[Odczyt, mianym w Towarzystwie Hygienicznym w sekcji biologicznej 11-go grudnia 1902 r.]



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17].

W 58-iu miastach austriackich zmarło w wieku od 5-iu; do 10-iu lat ¹⁾ na 10000 mieszkańców 7,9, prawie tyle co w Warszawie [7,69] we Lwowie 10,3 w Krakowie 16,3. Zmarłych w wieku od 15-tu do 30-tu lat było w tych miastach w r. 1901 na 10000 mieszk. średnio 23,8 zejść, we Lwowie 32,1, w Krakowie 36,0.

Zmarłych w wieku od 30-tu do 50-iu lat było w tych miastach średnio 36,1, kiedy w Warszawie 28,89, co się tłumaczy wielką liczbą dzieci pomiędzy zmarłymi w Warszawie. We Lwowie było zmarłych tego wieku 44,9, w Krakowie 58,7 na 10000 mieszk.

W wieku od 50-iu do 70-iu lat było zmarłych w miastach austriackich średnio 45,0 na 10000 mieszk., kiedy w Warszawie średnio z całego okresu 20-letniego 36,00. We Lwowie było 48,4, w Krakowie 55,6 zejść.

¹⁾ Statistische Monatschrift. 1902. I u. II, str. 104.

Nakoniec zmarłych w wieku, przenoszącym 70 lat, było w r. 1901 w miastach austriackich średnio 29,0, w Warszawie 18,83. We Lwowie było zmarłych wieku podeszłego 25,3, w Krakowie 30,0, w Wiedniu 24,2 na 10000 mieszk.

W Petersburgu liczba zmarłych dzieci do jednego roku życia wynosi średnio 30% liczby ogólnej zmarłych, na dzieci od 2-ich do 5-ich lat przypada średnio 15%, tak że dzieci do 5-ich lat życia stanowią prawie połowę liczby ogólnej zmarłych [w r. 1899: 45,9%]. Dla okresu od 1886 do 1899 r. przypadało na 100 zmarłych:

	mężczyzn	kobiet
do lat 10-ich	45,5—48,4	49,0—52,0
od 11-tu do 20-tu lat	5,7— 5,8	3,2— 3,8
od 21-go do 60-ich lat	36,5—39,6	25,5— 30,0
wyżej 61-ich lat . . .	8,8— 9,7	17,2—18,9

Śmiertelność kobiet jest znaczniejsza niż mężczyzn dla okresów krańcowych wieku, jakimi są dzieci do lat 10-ich i osoby, mające więcej niż 60 lat, ale zato ich śmiertelność jest mniejsza niż mężczyzn w wieku młodzieńczym od 11-tu do 20-tu lat i w wieku pracy od 21-go do 60-ich lat. Kobiety zatem częściej niż mężczyźni dochodzą w Petersburgu do późnej starości ¹⁾.

Przyczyny śmierci.

Przechodząc do statystyki przyczyn śmierci, możemy zaznaczyć, że chociaż skutek wprowadzonego od dnia 1/13 lipca 1881 r. nowego porządku, dla każdego wypadku śmierci musi być uzyskane specjalne świadectwo lekarskie, oznaczające przyczynę śmierci, to jednak zdarzają się wypadki, w których wykazana przyczyna śmierci wzbudza pewne wątpliwości co do swej dokładności. Najmniej zasługującymi na wiarę są świadectwa, wydawane o osobach zmarłych, które nie korzystały przed śmiercią z opieki lekarskiej, wydawane przez lekarzy na podstawie zeznań otaczających osobę zmarłą, często bez obejrzenia ciała zmarłego i bez jego sekcji. Stąd pochodzi, że nawet w oznaczeniu płci osoby zmarłej mylą się lekarze, podpisujący świadectwa. Również niedokładnymi są czasami świadectwa, wydawane o osobach zmarłych w szpitalach na mocy dyagnozy, postawionej w chwili przyjęcia chorego do szpitala, nieuwzględniając późniejszej historii choroby, prostując pierwotne oznaczenie. W świadectwach o noworodkach martwych, dla różnych powodów zaznaczone bywa często, że dziecko żyło pewien czas po urodzeniu. W świadectwach o samobójcach i kobietach, zmarłych z gorączki połogowej, rzeczywista przyczyna śmierci bywa czasami dla różnych przyczyn ukrywana przez określenia wymijające. W zaświadczeniach o wypadkach nagłej śmierci lub samobójstwach niema często oznaczenia, wskutek jakiego wypadku śmierć nastąpiła lub jakiego środka użyła osoba dla pozbawienia się życia.

Pomimo jednak pewnej liczby świadectw, w których oznaczenie przyczyny śmierci budzi wątpliwości co do swej dokładności, jednak w swej całości statystyka przyczyn śmierci dla całego okresu 20-letniego posiada bezsprzecznie wartość naukową i może stać na równi ze statystyką śmiertelności innych wielkich miast.

W ciągu okresu 20-letniego [1882—1891 r.] zmarło w Warszawie 255,878 osób, prócz 16,469 przyjezdnych.

Prócz tablicy ogólnej, zawierającej wszystkie przyczyny śmierci wyszczególniane w sprawozdaniach rocznych od r. 1882, obliczyliśmy dla 17 chorób

¹⁾ Statist. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g., str. 24 i nast.

bardziej rozpowszechnionych i ważniejszych ich stosunek do ludności dla każdego roku okresu 20-letniego [1882—1901]. Na te rodzaje chorób chcemy zwrócić uwagę szczególniejszą ¹⁾.

Choroby zakaźne.

W Warszawie umierało średnio rocznie podczas okresu 20-letniego [1882—1901] z chorób zakaźnych i epidemicznych, nie zaliczając do nich suchot płucnych i zapalenia płuc, 16,66% liczby ogólnej zmarłych, czyli 42,10% na 10000 mieszkańców.

W Odesie z chorób pomorkowych [epidemicznych] zmarło podczas okresu 10-letniego [1891—1900 r.] 9,20% liczby ogólnej zmarłych, w r. 1900 od wszystkich chorób epidemicznych i zaraźliwych umarło w Odesie 4302 osoby, czyli 41,8% liczby ogólnej zmarłych.

To samo określenie chorób zakaźnych przyjęte jest w 58-iu miastach austriackich ²⁾, w których w r. 1901 umarło z chorób zakaźnych średnio 17,6 osób na 10000 mieszkańców, kiedy w Warszawie wypada 42,10 osób. Podczas okresów 5-letnich umarło w tych miastach z chorób zakaźnych, podczas okresu:

1886—1890	23,7	na 10000 mieszk.
1891—1895	21,3	" "
1896—1900	22,3	" "

Dla r. 1901 znajdujemy cyfry największe:

w Samborzu . . .	64,0
w Krakowie . . .	56,0
w Drohobyczu . . .	52,1
w Klagenfurcie . . .	49,4
w Podgórzu . . .	48,9

We Lwowie było tylko 15,6 wypadków, t. j. mniej niż wynosi średnio dla wszystkich miast Austrii.

O s p a.

Przechodzimy do pojedynczych chorób zakaźnych i rozpoczynamy od ospy ³⁾. Choroba ta występowała epidemicznie w Warszawie w latach następujących:

w r. 1882:	1375	wypadków śmierci, czyli 35,90 na 10000 mieszk.
" 1887:	681	" " " 15,51 " "
" 1889:	775	" " " 17,39 " "

W następnych latach zmniejszyła się liczba osób, zmarłych od ospy, tylko w r. 1900 było ich znowu trochę więcej: 511 wypadków, czyli 7,45 na 10000 mieszk.

Jeżeli porównamy liczby średnie za przeszłe dwa 10-lecia, otrzymamy średnio rocznie na 10000 mieszk. podczas okresu:

1882—1891 . . .	10,30
1892—1901 . . .	4,91.

Śmiertelność zmniejszyła się więcej niż na połowę.

Podług zestawienia brukselskiego wypadki śmierci od ospy w r. 1901 były tylko w miastach następujących:

¹⁾ Ruch ludności m. Warszawy podczas okresu 20-letniego (1888—1891 r.), str. 58 i n.

²⁾ Statistische Monatschrift, 1902. I u. II, str. 169 i n.

³⁾ Ruch ludności m. Warszawy, str. 58 i n.

w Londynie	227	w Odesie	62
w Glasgowie	208	w Madrycie	282
w Dublinie	5	w Nowym Yorku	408
w Paryżu	417	w Filadelfii	143
w Petersburgu	54	w Bombaju	167
w Moskwie	100		

Na zwiększenie liczby wypadków śmierci od ospy w Anglii wpłynęło prawo z r. 1898, z t. zw. restrykcyą moralną, pozwalającą osobom niewierzącym w skuteczność szczepienia ospy ochronnej nie dokonywać tego szczepienia na własnej osobie i na osobach swych dzieci.

W Petersburgu ¹⁾ umiera daleko mniej osób od ospy niż w Warszawie, umarło bowiem średnio rocznie podczas okresu 10-letniego [1888—1897] 104 osoby, czyli 1,0 na 10000 mieszk. w r. 1899 zmarło 105 osób, czyli 0,9 na 10000 mieszk.

W Odesie zmarło od ospy w r. 1899 49 osób, w r. 1900: 147, czyli 3,3 na 10000 mieszk.

W 58-iu miastach austriackich ²⁾ wypadki śmierci od ospy stały się bardzo rzadkimi, było ich bowiem na 10000 mieszk. podczas okresu:

1886—1890	3,7
1891—1895	1,5
1896—1900	0,2
w r. 1901	0,0.

W r. 1901 były wypadki śmierci od ospy tylko w miastach następujących:

w Stryju	4,2	na 10000 mieszk.
w Krakowie	1,1	" "
w Cieszynie [Teschen]	1,0	" "
w Insbruku	0,3	" "
i we Lwowie	0,1	" "

W 286-iu miastach niemieckich ³⁾, liczących 15000 i więcej mieszkańców, było wypadków śmierci od ospy:

w r. 1897	1
" 1898	5
" 1899	4
" 1900	16
" 1901	17

W Paryżu w r. 1899 były tylko 4 wypadki śmierci od ospy, w r. 1900—211 ⁴⁾.

W Budapeszcie ⁵⁾ zmniejszyły się bardzo wypadki śmierci od ospy; było ich średnio rocznie podczas okresu:

1881—1885	232	wypadki
1885—1890	390	"
1891—1895	23	"
i w r. 1898	5	"

1) Statist. jeżegod. S.-Peterb. Str. 31.

2) Stat. Monatschr. str. 112.

3) Veröffent. d. Kais. Gesundh. Nr. 42, str. 1060.

4) Annuaire statistique de la ville de Paris, str. 142 i n.

5) Statist. Jahrbuch d. St. Budapest, str. 135.

O d r a.

Wypadków śmierci od o d r y było w Warszawie w drugim 10-leciu sto-
sunkowo więcej niż w pierwszym, wypadło bowiem na 10000 mieszk. podczas
okresu:

1882—1891 3,65
1892—1901 4,58

Z lat pojedynczych najwięcej wypadków śmierci od odry było w r. 1885—342,
czyli 8,4 na 10000 mieszk. i w r. 1901—528, czyli 7,42 na 10000 mieszk.

W P e t e r s b u r g u ¹⁾ zmarło na odrę średnio rocznie podczas okresu
10-letniego 1888 do 1897—593 osoby, czyli 5,8 na 10000 mieszk., w r. 1899 661 oso-
ba, czyli 5,4.

W 58-iu miastach austriackich ²⁾ było wypadków śmierci
od odry na 10000 mieszk. podczas okresu:

1886—1890 4,4
1891—1895 4,3
1896—1900 3,8
w r. 1901 3,4

Wypadło w tym roku:

w Krakowie 4,3 na 10000 mieszk.
we Lwowie 1,1 " "
w Wiedniu 3,7 " "

W 286-iu miastach austriackich ³⁾ z ludnością 15000 i wię-
cej zmarło na odrę na 10000 mieszkańców:

w r. 1897 1,0
w latach 1898, 1899 i 1900 po 2,0 osoby
i w r. 1901 3,0

W P a r y ż u ⁴⁾ zmarło w r. 1899—975 osób na odrę, czyli 3,88 na 10000
mieszk.

W B u d a p e s z c i e ⁵⁾ zmarło średnio rocznie od odry podczas okresów:

1881—1885 118 osób, czyli 2,9 na 10000 mieszk.
1886—1890 132 " " 2,8 " "
1891—1895 142 " " 2,6 " "
w r. 1898 320 " " 4,9 " " [C. d n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

20. Baryum chloratum. Chlorek baru, jako środek nasercowy (cardiacum).

Chlorek baru przedstawia się w postaci proszku białego, krystalicznego
W wodzie zimnej, destylowanej rozpuszcza się w stosunku 1 na 2,50,
a w gorącej — 1 na 1,50. W alkoholu prawie nie rozpuszcza się. Smak ma
gorzki i słony.

¹⁾ Stat. jeżegod. S.-Peterb., str. 31.

²⁾ Stat. Monatschr. 1902, str. 113.

³⁾ Veröffent. d. Kais. Gesundh. Nr. 42, str. 1060.

⁴⁾ Annuaire statistique de la ville de Paris, str. 142, pd. l'anné 1899.

⁵⁾ Jahrb. d. St. Budapest, str. 34 i n.

W r. 1789 CRAWFORD pierwszy wprowadził wzmiankowany przetwór leczniczy do terapii—przeciwko z o l z o m (*scrophulosis*). Po nim HUFELAND [1794] ogromnie się przyczynił do rozpowszechnienia chlorku baru, wychwalając jego skuteczność w zółkach.

Na początku 19-go wieku lekarze włoscy, a we Francji PIRONDI i LISFRANC gorąco zalecają wewnętrzne stosowanie chlorku baru w gruźliczym cierpieniu stawów (*tumor albus*).

LISFRANC nawet wytworzył odrębną metodę leczniczą dla wzmiankowanej choroby, a mianowicie: systematyczne stosowanie wewnętrzne chlorku baru w dawkach stopniowo rosnących do pewnego, określonego czasu, a następnie znowu do pewnego terminu w dawkach stopniowo malejących; dyeta wyłącznie roślinna z zupełnym unikaniem napojów wysokowych.

Powoli wszakże sława chlorku baru, jako środka przeciwzółkowego, coraz bardziej malała, aż nareszcie poszła w zupełne zapomnienie.

Zato później niektórzy badacze zwrócili uwagę na inne strony działania fizjologicznego chlorku baru.

K. NEUMANN zauważył, że pod wpływem chlorku baru zmniejsza się u zwierząt czynność narządu płciowego i z tego powodu zalecał środek rzeczony jako *antiaphrodisiacum*.

Czy wszakże u ludzi istotnie stosowano w tym celu wzmiankowany przetwór leczniczy i z jakim wynikiem—o tem nigdzie żadnej wzmianki nie znalazłem.

Inni zaś lekarze, jak: BLAKE, RINGER, SAINSBURG, a w roku 1889 HAZE zwrócili uwagę, że chlorek baru działa niewątpliwie na serce, regulując i wzmacniając jego czynność, a KOBERT w r. 1897 na mocy doświadczeń fizjologicznych podaje z całą stanowczością, że „chlorek baru działa zupełnie jak naparstnica (*digitalis*) na serce i naczynia”, a nawet utrzymuje, że „ze wszystkich środków nasercowych jedynie chlorek baru można skutecznie stosować do miejscowego działania angiostatycznego na bardzo rozszerzone naczynia skórne u osób, cierpiących na serce z objawami zastoinowymi—w postaci 5-cio lub 10-cio procentowej maści”-

Pomimo to wszystko, rzec można, dotąd chlorek baru ogółowi lekarzy bardzo mało był znanym ze względu swego działania fizjologicznego. Przeciwnie, unikano go z powodu jego własności trujących, które w wysokim stopniu posiadają większe dawki wzmiankowanego przetworu.

Dopiero w ostatnich latach środek, o którym mowa, stał się głośnym w terapii weterynaryjnej od czasu, kiedy DIECKERHOFF wykazał, że chlorek baru, zastrzyknięty do żył, daje doskonałe wyniki w kolce u bydła, a zwłaszcza u koni. W tych razach pobudza on ruch robaczkowy kiszek daleko silniej, aniżeli fizostygmina i arekolina: wypędza gazy i wywołuje wypróżnienia stolcowe, a przez to najczęściej konie od niechybnej zguby ocala.

Okolo dwóch miesięcy temu SCHEDEL przedstawił w „Towarzystwie medycyny wewnętrznej” w Berlinie świetne wyniki, jakie otrzymuje, stosując wewnętrznie chlorek baru w rozmaitych cierpieniach serca.

Doświadczenia na zwierzętach oraz spostrzeżenia na samym sobie i chorych przeprowadził SCHEDEL głównie w klinice rostockiej i przekonał się, że pod wpływem chlorku baru—w dawce od 0,02 do 0,05 dwa razy dziennie—tętno staje się pełniejszym, mniej częstym, a ciśnienie krwi podnosi się, przyczem nigdy nie spostrzegano żadnych objawów nieprzyjemnych, niepożądanych.

Spostrzeżenia kliniczne SCHEDEL'a tyczą się 19-tu osób, dotkniętych chorobami serca.

W przypadkach organicznych wad serca, połączonych ze sinicą, puchliną i obrzękiem płuc, następowała wydatna poprawa: tętno stawało się regularnem,

pełniejszym i powolniejszym; ciśnienie krwi wzrastało się; wydzielanie moczu (diureza) zwiększało się, a wszystkie inne groźne objawy znikły.

Zwiększone ciśnienie krwi, zależne od działania chlorku baru, utrzymywało się zwykle około trzech dni; jednakże jeszcze w ośm dni po odstawieniu środka można było zauważyć, że tętno jest mocne i regularne i że poprawa w stanie ogólnym chorych w dalszym ciągu się utrzymuje.

Jednym słowem, wskazanie do użycia chlorku baru w niczem się nie różni od wskazania do naparstnicy, a więc we wszystkich cierpieniach serca tak pochodzenia zastawkowego (*vitium organicum*), jak i mięśniowego (*myodegeneratio cordis*).

Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków, opowiedzianych przez SCHEDEL'a.

Kobieta 36-letnia z niedostatecznością zastawki dwudzielnej (*insuf. valvulae mitralis*). Tętno bardzo małe, częste. Ciśnienie krwi niskie. Po zastosowaniu wewnętrznem chlorku baru ciśnienie krwi bardzo znacznie się wzmacnia, tętno staje się mocnym, wolniejszym. Jeszcze w parę dni po odstawieniu środka można było stwierdzić tę samą poprawę.

Mężczyzna 66-letni ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego (*myodegeneratio cordis*). Tętno zaledwie wyczuwalne, niemiarowe. Sinica. Obrzęk kończyn dolnych. Białko w moczu. Upadek ogólny sił (*collaps*) tak znaczny, że spodziewano się rychłego zgonu chorego. W tym przypadku wpływ chlorku baru okazał się zadziwiająco pomyślnym. Po zastosowaniu wewnętrznem 0,02 wzmiarkowanego środka ciśnienie krwi się podniosło, a po 0,05 — tętno stało się miarowym i powolniejszym, sinica i obrzęki znikły, ilość białka w moczu znacznie się zmniejszyła, tak, że zaledwie ślady jego można było wykryć, łaknienie powróciło. Jednym słowem, chory, którego zgonu lada chwila się spodziewano, tak się w krótkim czasie poprawił, że można go było wypisać ze szpitala.

Takie same pomyślne działania spostrzeżano jeszcze w trzech innych przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego u ludzi w podeszłym wieku.

Oprócz tego przytacza SCHEDEL, jako dowód skutecznego działania chlorku baru na serce, wiele innych przypadków, jak: tętniak aorty, *tachycardia nervosa*, ogromne obniżenie ciśnienia krwi u kobiety wskutek wielkiego krwotoku macicznego, osłabienie czynności serca wskutek suchot płucnych, blednicy, białaczki i t. d.

Ja sam w ciągu tego krótkiego czasu od ogłoszenia komunikatu SCHEDEL'a w kilku przypadkach chorób serca ze znacznym zaburzeniem kompensaty mogłem wyraźnie stwierdzić bardzo pomyślne działanie chlorku baru.

Z tego wszystkiego wynika, że śmiało zalecić można wzmiarkowany środek leczniczy do leczenia zaburzeń, zależnych od osłabionej czynności serca, a dodać należy, że lek, o którym mowa, ma i tę dodatnią stronę, że jest niezmiernie tani.

Przepisywać go można w postaci proszku z cukrem mlecznym w opłatkach, w sposób następujący:

Rp. *Baryi chlorati* 0,02—0,05

Sacchari lactis 0,2

D. t. dos. N^o X ad capsulas amylaceas. S. Dwa proszki dziennie.

Chcąc go zaś podawać w roztworze, nie należy go zalecać w wodzie zwykłej studziennej lub wodociągowej, bo wytwarza się męt, a nawet osad; użyć raczej w tym celu należy wody destylowanej, w której chlorek baru łatwo się rozpływa bez mętu.

L I T E R A T U R A.

1) SOBERNHEIM. Handbuch der praktischen Arzneimittellehre. Zweiter Theil. Berlin. 1844. Str. 244.

- 2) KOEHLER. Handbuch der speciellen Therapie. Dritte Auflage. Erster Band. Tübingen. 1867. Str. 411.
- 3) TROUSSEAU et PIDOUX. Traité de Thérapie. Neuvieme edition. Tome premier. Paris. 1875. Str. 490.
- 4) BERNATZIK u. VOGL. Lehrbuch der Arzneimittellehre. Wien u. Leipzig. 1891. Str. 390.
- 5) KOBERT. Lehrbuch der Pharmakotherapie. Stuttgart. 1897. Str. 274.
- 6) Deutsche Medizinal-Zeitung. 1903. Nr. 16. Str. 170.
- 7) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1903. Nr. 13. Vereins-Beilage. Nr. 13. Str. 98.

Wiktor Grostern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. E. Behring. O zwalczaniu gruźlicy.

Powołując się na doświadczenia własne nad szczepieniem ochronnem gruźlicy u bydła, ogłoszone w „*Zeitschrift für Thiermedizin*”, BEHRING przytacza tu tylko te spostrzeżenia, które, jego zdaniem, mogą mieć znaczenie w walce z gruźlicą u ludzi.

Badacza zastanowiła przedewszystkiem ta okoliczność, że bydło—zależnie od wieku—rozmaicie oddziaływa na szczepienie gruźlicy ludzkiej. Bydłu zastrzykiwano do żyły szyjowej—w celu uodpornienia przeciw gruźlicy—zawiesinę z 0,004 gr. hodowli laseczników gruźlicy ludzkiej i 4 ctm. sz. wody. Z wielu setek sztuk szczepionych [w wieku przeciętnie 7 miesięcy] ani jedna nie padła. Natomiast często spostrzegano wielodniową gorączkę, której czasami towarzyszył brak łaknienia. Staranne badania porównawcze przekonały BEHRING'a, że przeważnie oddziaływają na szczepienie te sztuki, które już przedtem były podejrzone o gruźlicę; w wielu razach uprzednia próba na tuberkulinę wypadła dodatnio. Aby się jeszcze lepiej upewnić, że tak jest istotnie, autor szczepił cielęta, wyhodowane w możliwie jednakowych warunkach, ale karmione: jedne mlekiem z obór, zarazonych gruźlicą, inne — mlekiem wyjałowionem. Otóż pierwsze ujawniały daleko większą skłonność do gorączkowania po szczepieniu, aniżeli ostatnie. Sztuki starsze ponad rok niekiedy bardzo silnie reagowały na większe dawki szczepionki: powstawały wysięki w opłucnej, a po upływie 3—4-ch dni często nawet zapalenie płuc. Wszystkie te objawy odczynu szybko znikaly, co potwierdziły sekcye zwierząt zabijanych bądź wkrótce po zastrzyknięciu, bądź też po pewnym czasie. Podobnie zachowywały się względem szczepienia zwierzęta, które okazywały objawy ognisk gruźliczych w płucach po wielokrotnem uodpornianiu; w ciągu całego roku żadnych zmian stwierdzić u nich nie było można. Niektóre z tych zwierząt jeszcze oddziaływały na tuberkulinę, a po zastrzyknięciu śródżylnem żywych, wysuszonych laseczników występowały objawy, świadczące o nadmiernej wrażliwości tkanki płucnej, aczkolwiek ogniska gruźlicze nie dały się wykryć.

Wogóle BEHRING przekonał się, że bydło nawet zupełnie zdrowe tem silniej oddziaływa na szczepienie, im dłużej cierpiało dawniej na gruźlicę. Stąd wniosek, że chcąc uniknąć niepożądanych następstw silniej reakcyi ustroju, należy szczepić możliwie najwcześniej. Doświadczenie w zupełności potwierdziło trafność tego wniosku: cielęta w wieku od 4-ch tygodni do 3-ch miesięcy wcale nie reagowały na śródżylnie zastrzykiwanie szczepionki. To też obecnie autor zaleca rolnikom szczepienie ochronne cieląt zanim dojdą wieku 3-ch miesięcy.

Czy szczepienie podług metody autora dostatecznie zabezpiecza od gruźlicy, to pokaże dopiero długoletnia obserwacya. Autor żywi nadzieję, że tak jest rzeczywiście, a opiera ją na następujących faktach.

1. Wiele zwierząt uodpornionych zakazało doświadczalnie lasecznikami gruźlicy bydła rogatego, a prócz tego trzymano przez czas dłuższy w sąsiedztwie zwierząt z daleko posuniętą perlicą. Po upływie 1½ roku zwierzęta uodpornione zabijano, a sekcyja nie ujawniała żadnych ognisk gruźliczych.

2. Na sekcyi u zwierząt uodpornionych nie wykryto gruźlicy.

3. Z 11-tu sztuk bydła w pewnej oborze uodporniono trzy, dotąd zupełnie zdrowe. Po upływie roku właśnie te trzy sztuki wcale nie oddziaływały na tuberkulinę, wszystkie zaś pozostałe ujawniały odczyn niewątpliwy. Zresztą BEHRING zastrzega się, że potrzeba jeszcze wielu lat badań porównawczych, aby módz stanowczo orzec, o ile wolno polegać na próbach z tuberkuliną przy ocenie wartości szczepienia ochronnego.

4. Doświadczenia THOMASSEN'a, poparte sekcyjami, dowiodły niezbicie, że jednorazowe zaszczepienie laseczników gruźlicy ludzkiej pozbawia ustrój cieląt zdolności do reakcyi na wprowadzanie takich ilości jadu gruźlicy bydła rogatego, które u cieląt nieszczepionych wkrótce powoduje śmierć w następstwie gruźlicy prosówkowej.

Teraz nasuwa się pytanie, czy i jak mianowicie spostrzeżenia powyższe dadzą się zużytkować do zwalczania gruźlicy wśród ludzi. Wiedząc z góry, że zastrzykiwanie jadu gruźliczego, chociażby stosunkowo słabego, dzieciom, zagrożonym gruźlicą, natrafi na duże trudności i bodaj nigdy się nieprzyjmie, BEHRING wpadł na myśl uodporniania niemowląt substancjami bakteryobójczymi, pochodzącymi z uodpornionych na gruźlicę zwierząt, mianowicie przez żywienie ssawców ludzkich mlekiem krów szczepionych. W ten sposób — sądzi BEHRING — dałoby się uchronić ludzi od gruźlicy w wieku, kiedy niebezpieczeństwo zakażenia bywa największe [z powodu stwierdzonych u noworodków przez DISSE'a i GMELIN'a przerw w ciągłości błony śluzowej kiszek oraz braku tamże fermentów bakteryobójczych]. Do prób z uodpornianiem niemowląt BEHRING zamierza przystąpić dopiero wówczas, kiedy doświadczenia na zwierzętach dowiodą, że tą drogą można uodpornić cielęta. Takie właśnie doświadczenia autor niedawno rozpoczął.

Wogóle wiele jeszcze czasu upłynie, zanim autor zacznie stosować wyniki swoich badań w praktyce ludzkiej. Zato w chwili, kiedy ludzkość zdobędzie niezawodny a bezpieczny środek, chroniący od gruźlicy młodociane osobniki, dopiero wtedy będzie można mówić o zupełnem wyrugowaniu gruźlicy. Wszystkie dotychczasowe zabiegi ku zwalczaniu tej plagi — pomimo całej ich sprężystości — BEHRING zalicza do rzędu środków doraźnych, które mogą co najwyżej łagodzić niedolę. Pierwsze miejsce wśród nich należy się uzdrowiskom dla niezamożnych chorych piersiowych. W samych Niemczech, dzięki zjednoczonym usiłowaniom osób, towarzystw, gmin i państwa, istnieje obecnie aż 57 uzdrowisk, a buduje się jeszcze 27. Zakłady te, zapewniając dorosłym suchotnikom, jeszcze rokującym wyzdrowienie, dobre warunki klimatyczne i dyetetyczne, przywracają im zdolność do pracy. Mają one również znacznie wychowawcze, chorzy bowiem przyzwyczajają się do trybu życia, najstosowniejszego dla nich a niegroźnego dla otoczenia, wracając zaś do domu szerzą wśród rodzeństwa pojęcia zdrowotne. Niestety, brak jeszcze dowodów na to, że przeciętna kuracya 3-miesięczna wystarcza do trwałego wyleczenia spraw gruźliczych. Powtóre, wszystkie te zakłady, będące dobrodziejstwem dla warstw ubogich i średniozamożnych, bodaj że nie wpływają na zmniejszenie liczby dotkniętych gruźlicą: przywracając chorym zdolność do pracy i przedłużając ich życie, ułatwiają suchotnikom zawieranie małżeństw, a przez to przyczyniają się nawet do wzrostu liczebnego obciążonych dziedzicznie.

Większe znaczenie w walce z gruźlicą BEHRING przypisuje schronieniom dla suchotników nieuleczalnych. Zakładanie takich przytułków, w celu uwolnienia mieszkań przywratnych i szpitali ogólnych od stałych źródeł zakażenia, autor zalicza do najpilniejszych na dzisiaj środków, zapobiegających szerzeniu

się gruźlicy. Niewiele w tym względzie pomódz mogą wzorowe nawet mieszkania dla ludności pracującej. Badania na zwierzętach przekonały autora, że o ile dorosłe, zdrowe osobniki są nieźle zabezpieczone od zakażenia gruźliczego, — dzięki naskórkowi, nabłonkom błon śluzowych oraz bakteryobójczym własnościom śluzówki kiszek, — o tyle noworodki bardzo łatwo ulegają zakażeniu. (Berl. klin. Wochenschrift. 1903. Nr. 11). *Wiktor Majerczak.*

Wiadomości bieżące

— W ubiegłym tygodniu [od 27 — 30] odbył się z zapoczątkowania Towarzystwa Hygienicznego w Warszawie Zjazd lekarzy z prowincyi, celem wspólnego omówienia kwestyi i sposobów uzdrowotnienia naszych miast i miasteczek. Jednocześnie otwarta została wystawa higieniczno-dydaktyczna. Sprawozdanie ze zjazdu i wystawy podamy w jednym z następnych numerów.

— W Krakowie zmarł dr WŁADYSŁAW SCIBOROWSKI, znany leczącym się w Szczawnicy, gdzie długo praktykował. Zmarły zapisał się chlubnie w kartach działalności różnych instytucji społecznych i dobroczynnych w Galicyi.

— Wskutek zrzeczenia się prof. KOSIŃSKIEGO, w Towarzystwie Hygienicznym Warszawskiem wybrano prezesem kol. POLAKA, wiceprezesem kol. PALMIRSKIEGO, a sekretarzem p. BIAŁOBRZESKIEGO.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 13. S. MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej. J. STEINHAUS. Przerosty ogniskowe w wątrobie, jako następstwo ostrego żółtego zaniku [dk.]—№ 14 S. MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej. [c. d.] S. MARYNOWSKI. Przypadek przedwczesnego porodu, odbytego w trumnie w kilkanaście godzin po śmierci matki, wraz z całkowitem wypadnięciem i wyciłowaniem macicy u trupa matki.—№ 15. AL. ZAWADZKI. Trzy przypadki wycięcia zwoju GASSER'a przy nerwobólu nerwu trójdzielnego. S. MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej [c. d.]—№ 16. J. MAJKOWSKI. O wysypkach skórnych, swędzących wieku dziecięcego. S. MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej [c. d.]—№ 17. J. MAJKOWSKI. O wysypkach skórnych, swędzących wieku dziecięcego [dk.]. S. MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej [dk.]. — *Przegląd Lekarski* № 13. A. RYDYGIER. Nowy pomysł dorabiania moczowodu [ureteroplastyki]. P. PRĘGOWSKI. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne [cykliczne] małego stopnia [c. d.]. W. ORŁOWSKI. Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej brzoźdogłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności [dk.]. —№ 14. K. LEWKOWICZ. O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego, zarazka wrzodnego zapalenia jamy ustnej. P. PRĘGOWSKI. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne [cykliczne] małego stopnia [c. d.]. —№ 15. A. WRZOSEK, S. HOROSZKIEWICZ i B. RZEGOCIŃSKI. O otruciu aniliną. K. RZĘTKOWSKI. O sprawności trawiennej treści żołądkowej. P. PRĘGOWSKI. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne [cykliczne] małego stopnia, [cd.]. —№ 16. R. BREJTER. Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej zapomocą rozszerzadeł metalowych, wraz z opisem czterech przypadków. A. WRZOSEK, S. HOROSZKIEWICZ i B. RZEGOCIŃSKI. O otruciu aniliną. P. PRĘGOWSKI. O chorobie, uważanej jako obłąkanie przemienne [cykliczne] małego stopnia. [cd.] — *Kronika Lekarska* Zeszyt 8. Z. GRUDZIŃSKI. O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką i histeryą [c. d.]—*Zdrowie*. Zeszyt 4. H. DOBRZYCKI. Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. H. DOBRZYCKI. „Zakład przyrodolecznicy dra H. EBERSA na Kroackim półbrzeżu pod Cirkvenicą. H. DOBRZYCKI. Kolonia letnia zdrowotna dla słabowitych dzieci w Brzegach. A. PUŁAWSKI. Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie za rok 1902 [rok 23-ci istnienia Zakładu].

Do dzisiejszego numeru Gazety dołączamy opis „zakładu leczniczego „Cieplice Trenczyńskie”.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Zupełnie nie drażni.

Działanie tonizujące.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury bezpłatnie główny reprezentant **S. KARCZEWSKI**, Warszawa, Senatorska Nr. 4.

Fabrykanci: Bauer i S-ka, Berlin S. W. 48.

MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i Pracownia Chemiczna

Marszałkowska Nr. 54. Telefonu 1319.

poleca

Ferratol vel Sirupus Ferratini compositus

zupełnie pozbawiony smaku żelaza, — zawiera w łyżeczce od kawy ilość żelaza, odpowiadającą 0,45 Ferratyny.

Sirupus jodo-tannicus phosporicus

stosowany zamiast tranu w pedyatryi w ilościach od kilkunastu kropel do łyżeczki kawowej. Zawiera 0,2% jodu chemicznie zmieszanego z garbnikami, 0,04% fosforu i 0,4 tlenku wapnia.

VINUM JODO-TANNICUM PHOSPHATUM — dla dorosłych, używa się łyżkami. Każda flaszka zaopatrzona marką ochronną zatwierdzoną przez Ministerium Finansów za № 16230.

BAD KISSINGEN

Kąpiele od 15 Kwietnia do 1 Listopada.

Znane w świecie solanki (Rakoocy, Pandus, Maxbrunnen, Bockleter Stahlwasser) z obfitą zawartością kwasu węglowego, używane do wewnątrz i do kąpiel. Wskazania szczególne: cierpienia żołądka i kiszek; choroby serca, wątroby, nerek. Blednica, otyłość, cukrowka moczowa, choroby kobiet.

Objaśnień na żądanie udziela bezpłatnie

Związek kąpielowy w Bad Kissingen.

Przesyłkę wszystkich wód mineralnych skutecznie Zarząd wód mineralnych **KISSINGEN** i **BOCKLET**.

DOM ZDROWIA D^{ra} K. DOBRSKIEGO.

Warszawa, Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonej domu.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne. Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ściśle tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze, chinę 3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze)

DAWKA: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie) 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm. Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17. Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

Wiesbaden Kochbrunnen Podagra

GOŚCIEC, KAMICA, MOCZÓWKA CIEMNOKRA.
Znane na całym świecie leczenie mineralne domowe nie przeskadzające pracy zawodowej w ośmiu. Najliczniej w Europie odwiedzany zdroj. Najsilniejsze źródło azotowo-litynowe. Zdumiewające szybkie wyniki we wszystkich chorobach przemiany materii narządów oddechowych i trawienia, w cierpieniach wątroby, nerek i kobiecych. Broszury oraz przepisy stosowania kuracji, rozsyła Gł. przedst. Fr. Karpiński w Warszawie.

Gorące suche

Kąpiele Piaskowe w Bad Köstritz w Turynii.

(D. Ż. Lipsk-Probstzella).

z nowym maszynowym ogrzewaniem piasku, odpowiadające wszelkim wymaganiom higieny. Znakomite wyniki lecznicze przy gościecu, podagrze, nerwobólach (rwie kuliszowej), cierpieniach nerek, niezbytach. Nadto kąpiele borowinowe, iglicowe, kwasowęglowe, masaż. Sezon od 1 maja do 30-go Września. Prospekta wysyła Dyrekcya.

D-r FRANCISZEK CHŁAPOWSKI

ordynuje, jak w zeszłych latach, i w tym sezonie

w **Kissingen** w Bawaryi, Salinenstr. 21.

CIECHOCINEK Pensjonat „Zachęta“ Heleny Kuczalskiej, wzorowo prowadzony z uwzględnieniem potrzeb leczących się. Może być opieka dla młodzieży uczącej się. Pisma, pianino, tenis, rower, gimnastyka szwedzka masaż na miejscu.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Prawdziwa Sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana
przez **M. ROBIN'A.**

ŻELAZO ROBIN'A skutecznie działa przeciwko anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.
Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku; przyjmuje się go 2 razy dziennie po 10 do 30
kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w Aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffman.

12-2

Warszawa, Królewska 20 Telefonu Nr. 2114.

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

glicerofosforan wapnia i sody,

12-2

jedyny fosforan przyswajający się, nie utrudniający czynności żołądka.

Wzmacniający ustrój nerwowy.

Używany w szpitalach paryskich.

Bardzo przyjemny w smaku; używa się rozpuszczony w wodzie lub mleku.
Dla diabetyków przygotowany bywa w formie pastylek prasowanych.

SOLEC

Wody mineralne siarczano-słone

*Nowo wzniesiony, wszelkim wymaganiom higieny i komfortu odpowiadający
Zakład Kąpielowy*

„Sezon trwa od 20 Maja do 20 Września“

Bliższych informacji udziela

Dyrektor Zakładu Dr. **Włodzimierz Daniewski**

w Solcu p. Stopnicę gub. Kielecka.