

# GAZETA LEKARSKA.

Z INSTITUTU MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

## I. PRZYCZYNEK DO NAUKI

### O DEZYNFEKCYI MIESZKAŃ.

Napisał

S. Dzierzgowski.

Wraz z ustaleniem faktu naukowego, że przyczyną chorób zakaźnych są drobnoustroje, sprawa dezynfekcyi mieszkań stała się jednym z główniejszych zadań higieny i powołała do pracy cały szereg badaczy. Zaczęto obmyślać sposoby niszczenia zarazków w mieszkaniach; budowano najrozmaitsze aparaty, które miały to zadanie spełniać: lecz do tej pory ostatecznego rozwiązania kwestyi nie osiągnięto. Stało się to z powodu wielkich trudności technicznych oraz wielu najróżnorodniejszych warunków, z którymi przy tego rodzaju badaniach liczyć się należy. Warunki owe, jak również technikę dezynfekcyi postaram się w krótkości tutaj omówić.

Sposób odkażania mieszkań winien odpowiadać sześciu następującym warunkom głównym: 1) powinien być niezawodnym, t. j. dawać pewność, że wszystkie drobnoustroje chorobotwórcze zostaną zabite, bez względu na warunki, w których się rozwijają; 2) środki dezynfekcyjne powinny być jak najmniej szkodliwe dla ludzi, z trujących zaś użyte być mogą tylko te, które swych własności trujących w sposób łatwy i pewny mogą być pozbawione; 3) środki dezynfekcyjne nie powinny psuć ani powierzchni wewnętrznej ścian mieszkania [tapet], ani też znajdujących się w niem przedmiotów; 4) dezynfekowanie mieszkania powinno się odbywać prędko, aby jego mieszkańcy nie byli pozbawieni dachu na czas dłuższy; 5) sposób dezynfekcyi powinien być tak prosty, aby odkażanie mogło być wykonywane nie tylko przez specjalistów; 6) wreszcie wydatek na dezynfekcyę powinien być jak najmniejszy, przystępny dla każdego. O każdym z wyłuszczonych tu wymagań pomówimy po szczególe.

Najważniejszym i najistotniejszym, zarazem jednak najtrudniejszym do wypełnienia jest warunek pierwszy; zupełne bowiem zniesienie żywotności i szkodliwości bakteryi zależy: 1) od właściwości danej formy drobnoustrojów,



2) od złośliwości różnych bakteryi, należących do jednej i tej samej formy, oraz od przypadkowego zetknięcia się danych bakteryi z innymi [symbioza i enantobioza], 3) od środowiska, zawierającego bakterye, 4) od materiału, na którym się to środowisko znajduje, wreszcie 5) od tego, gdzie leży środowisko zakaźne.

Prace całego szeregu badaczy wykazały, że różne bakterye w rozmaitym stopniu ulegają wpływowi wielu czynników chemicznych i fizycznych: kwasów, zasad, trucizn mineralnych i organicznych, ciepłoty wysokiej i niskiej, wilgotnej i suchej, ciśnienia wielkiego lub nieznacznego i t. p.. Dla każdego też rodzaju bakteryi, przynajmniej chorebotwórczych, określono granicę, od której zaczynają działać ujemnie na dany grzybek pewne czynniki chemiczne lub fizyczne, czy to powstrzymując tylko jego rozwój, czy też zabijając dośzczętnie.

Porównywając jednak wyniki badań różnych autorów, spostrzegamy w nich często sprzeczności, a co najmniej znaczne różnice w określeniu granic działania danego czynnika na daną formę drobnoustrojową. Dwie są tego przyczyny: rozmaita złośliwość i żywotność użytych do badań hodowli oraz rozmaite warunki doświadczeń. Widać z tego, jak trudno jest mówić z całą pewnością o granicach i warunkach działania środków dezynfekcyjnych. Dane co do żywotności bakteryi, zdobyte w pracowniach, nie dają również pojęcia o ich rzeczywistej zdolności do życia i rozmnażania się. W pracowni jesteśmy w stanie stwierdzić jedynie, czy dane bakterye rosną, czy też nie, na danym podłożu; mając zaś do wyboru niewielką liczbę odżywek, możemy zawsze być narażeni na popełnienie błędu, gdy ujemny wynik zasiania bakteryi na pewnym podłożu poczytamy za oznakę zupełnego zniszczenia ich żywotności. A przecież i symbioza wzmacnia lub nawet przywraca bakterjom złośliwość i zdolność do rozmnażania się.

Mówiąc o zależności wyników dezynfekcyi, a raczej szybkości działania i siły środków dezynfekcyjnych od właściwości środowiska, zawierającego bakterye, miałem na myśli warunki fizyczne i chemiczne, w jakich się znajdują: z jednej strony substancya, otaczająca bezpośrednio bakterye, a z drugiej strony dany środek dezynfekcyjny. Najważniejsze cechy środowiska zakażonego są: suchość, nieprzenikliwość dla gazów i niezdolność do maczania się. Bakterye częto tracą złośliwość, a nawet giną zupełnie, skoro środowisko, dające im przytułek i pożywienie, ulegnie wysuszeniu. Im więcej takie środowisko zawiera substancyi białkowatych, tem większą jest złośliwość bakteryi. Jasnym jest, że dzięki osłabieniu żywotności bakteryi, zależnemu od podobnych właściwości podłoża, środek dezynfekcyjny działać może więcej lub mniej skutecznie. Nieprzenikliwość podłoża suchego chroni zawarte w nim bakterye od wpływu gazów, używanych do dezynfekcyi, podobnie, jak niezdolność do maczania się stanowi przeszkodę do działania na drobnoustroje płynów przeciwgnilnych. Przykładem tego są nieprzenikliwe dla gazów wyschłe kawałki śluzu, krwi i kału, oraz opierające się działaniu płynów przedmioty o powierzchni, pokrytej warstwą tłuszczu, a więc niezdolne do maczania się rozcżynami wodnymi.



Z własności chemicznych środowiska zakażonego najgłówniejszą jest własność tworzenia lub nietworzenia związków nierozpuszczalnych z ciałami przeciwnilnymi. Tworzenie się osadu osłabia działanie środka dezynfekcyjnego, osad ten bowiem, nie posiadający własności bakteryobójczych, zajmując warstwy powierzchniowe ciała zakażonego, przeszkadza przenikaniu środka antyseptycznego do warstw głębszych.

Ciało, zawierające środowisko zakażone, wpływa niewątpliwie na powodzenie dezynfekcyi w ten sam sposób, jak sama substancya, w której się bakterye rozwijają; nadto znaczenia tu odmówić nie można innym jeszcze czynnikom, jakimi są: gładka lub chropawa powierzchnia danego ciała, jego porowatość lub brak tejże. Na powierzchni chropawej i nieprzepuszczalnej środek bakteryobójczy działa z większą siłą, dzięki bowiem zmazaniu większej powierzchni i wzmoczonego przylegania [wessania] zawartość procentowa środka dezynfekcyjnego w roztworze zwiększa się stopniowo. Z powierzchni gładkiej ciecz bakteryobójcza splywa bardzo szybko, z powierzchni przedmiotów porowatych zostaje wchłaniana; w obu więc razach dezynfekowanie powierzchni jest utrudnione.

Chociaż wszystkie warunki, o których dotąd była mowa, wpływają w mniej lub więcej znacznym stopniu na wynik dezynfekcyi, to jednak żaden z nich nie ma tego znaczenia, co położenie materiału zakażonego. Środek dezynfekcyjny wywiera swój wpływ na bakterye tylko wtedy, kiedy się styka bezpośrednio z powierzchnią zakażoną; dla pomyślnych więc wyników dezynfekcyi nie jest obojętnem, gdzie się znajduje odkażany przedmiot, t. j.: jaki jest jego stosunek do każdej z trzech osi pokoju; czy przedmiot ten dotyka bezpośrednio t. zw. wolnej przestrzeni izby, czy też oddziela go od tej przestrzeni jakieś pokrycie i mianowicie jakie.

Środowiska bakteryi w mieszkaniach są otoczone drzewem [szafy, komody, stoły], płótnem, suknem, skórą, wełną, pierzem, watą i t. p.. Wszystkie te ciała, z wielką trudnością przepuszczające płyny, o wiele zaś łatwiej gazy, mogą posiadać najrozmaitszą postać i grubość; nadto łączą się i kombinują nieraz różne materiały, a wszystko to, naturalnie, składa się na tę kolosalną liczbę i różnorodność warunków, które napotykaamy przy wykonywaniu dezynfekcyi mieszkań i które wpływają na osiągnięte przez nas wyniki.

Przejdźmy teraz do drugiego postulatu, któremu sposób dezynfekcyi mieszkań odpowiadać winien: do nieszkodliwości środków odkażających dla zdrowia ludzi. Zadość uczynić powyższemu wymaganiu możnaby w sposób dwojaki: 1) używając do dezynfekcyi środków nieszkodliwych dla ludzi, lub 2) w razie użycia środków szkodliwych, niszcząc własności trujące tych środków po dokonaniu dezynfekcyi. Pierwszy z tych sposobów napotyka niemałe trudności zasadnicze, związki bowiem chemiczne, zabijające bakterye, są zwykle trującymi i dla człowieka. Trucizny zresztą podzielić można na dwie grupy: na trucizny protoplazmy, zabijające każdą komórkę żywą i na trucizny swoiste, których stopień działania na daną komórkę zależy od jej właściwości indywidualnych.



Postępem chemii syntetycznej zawdzięczamy cały szereg środków trujących o własnościach mniej lub więcej swoistych, a chociaż do idealnego środka daleko nam jeszcze, to jednak znalezienie takiego środka mamy prawo oczekiwać. Przy użyciu drugiego sposobu niszczenie szkodliwego wpływu środków odkażających na ustrój ludzki odbywa się w ten sposób, że ciała lotne zamieniamy na parę, wentylując jednocześnie mieszkanie, inne zaś zamieniamy na związki nierozpuszczalne, a więc mniej szkodliwe [naprzykład: działanie sodą po dezynfekcyi sublimatem].

Wymagamy dalej, aby dezynfekcyja nie czyniła szkód w mieszkaniu i sprzętach. I temu wymaganiu trudno zadość uczynić ze względu na wielką różnorodność materyałów, z których składa się umeblowanie naszych mieszkań; a liczba tych materyałów rośnie niezmiernie szybko dzięki gorączce wynalazków i konkurencyi. Zbadanie doświadczalne wpływu danego środka odkażającego na wszystkie po szczególe materyały, z których się składają używane obecnie przez nas sprzęty i urządzenia w mieszkaniach, jest fizycznym niepodobieństwem. Gdybyśmy zresztą zadaniu temu dziś sprostać umieli, to jutro mogą nas spotkać zarzuty ze strony mieszkańców odkażanych lokali, bo technika codziennie, rzec można, wprowadza zmiany do fabrykacyi.

Szybkość wykonania, której od dezynfekcyi mieszkań wymagamy, zależy od trzech czynników: 1) od szybkości, z jaką dany środek dezynfekcyjny rozchodzi się po mieszkaniu i przenika przedmioty, 2) od mniejszych lub większych własności bakteryobójczych użytego środka odkażającego, 3) od wielkości lub właściwości mieszkania i zawartych w nim przedmiotów. Przypuśćmy, że z czasem dojdzie do tego, iż będziemy mogli w jednej prawie chwili doprowadzić do zetknięcia się całego wewnętrznego urządzenia pokoju z ciałem odkażającym; tego jednak, aby środek dezynfekcyjny przeniknął momentalnie nawskroś wszystkie przedmioty w odkażonem mieszkaniu, osiągnąć nie zdołamy, bo nie możemy zmienić praw dyfuzyi. Tak więc z przyczyn mechanicznych szybkość wykonania dezynfekcyi nie może przekroczyć pewnych granic.

Ostatnie wreszcie warunki, którym dezynfekcyja czynić winna zadość, dotyczą łatwości jej wykonania obok nieznacznego kosztu. Wymaganiom tym sprostać można z większą stosunkowo łatwością. Wykonanie dezynfekcyi jest tem dostępniejsze dla osób naukowo nieprzygotowanych, im z większą siłą działa środek odkażający i im większą prostotą odznaczają się przyrządy, służące do rozprowadzania tego środka. Taniość dezynfekcyi zależeć musi od popytu na środki, używane do odkażania, jak również od wywołanej przez konkurencyę obniżki ich cen.

Po wyłuszczeniu tego wszystkiego, czego od sposobu odkażania mieszkań wymagamy, postaram się przedstawić złe i dobre strony najwięcej używanych środków dezynfekcyi. Metody te podzielić można na dwie grupy, zależne od stanu fizycznego użytych środków dezynfekcyjnych: do pierwszej grupy zaliczymy sposoby odkażania za pomocą cieczy, do drugiej—za pomocą gazów.

Dezynfekcyja za pomocą cieczy polega na rozpyleniu wodnego zwykle roztworu, czy roztworu środka odkażającego. Drobnutkie kropelki takiej cieczy, krążąc w powietrzu, pochłaniają i unoszą zawieszono w nim bakterye, następnie



zaś, osiadając na ścianach i przedmiotach, zabijają drobnoustroje, które się tam znajdują. Do cieczy, używanych w celach odkażania mieszkań, należą: woda czysta, rozczyiny siarczanów i chlorków niektórych metali, kwasy mineralne, fenole, oraz ich kwasy sulfonowe i sole. Wody czystej używamy tylko w tych razach, w których chodzi o chwilowe związanie unoszących się w powietrzu bakteryi [np. przed operacją w danym pokoju]. We wszystkich innych przypadkach używane są środki bakteryobójcze. Najważniejszą stroną ujemną dezynfekcyi cieczami jest to: że, popierwsze, odkażanie zawsze jest tu tylko powierzchownem; powtórę, że dezynfekcyja taka psuje odkażane przedmioty. Pierwszego udowodniać nie trzeba, boć oczywista, że ciecze, nawet w postaci najdrobniejszych kropelek, nie mogą przenikać nawskroś przez takie materiały, jak: drzewo, skóra i t. p.. Ztąd wynika potrzeba bardzo dokładnego zmaczania powierzchni sprzętów, nie tylko zewnętrznej, lecz i wewnętrznej. Stopień uszkodzenia urządzenia wewnętrzznego mieszkań zależy od natury cieczy odkażającej: najszkodliwsze są kwasy i zasady, ponieważ pod ich wpływem sprzęty metalowe śniedzieją i rdzewieją, lakier i politura schodzą, psują się materye wełniane, jedwabne, bawełniane i lniane, futra i t. p.; ciecze zasadowe są szczególnie szkodliwe dla przedmiotów, pochodzących ze świata zwierzęcego, kwasy zaś dla wyrobów pochodzenia roślinnego. Z tego powodu kwasy i związki zasadowe, zkażdą bardzo dobre środki odkażające, nader rzadko do dezynfekcyi mieszkań są używane; dezynfekują nimi głównie wnętrza budynków, przeznaczonych dla zwierząt. Sole metali w rozczyinach dla tych samych przyczyn również nie często bywają używane. Wyjątek stanowi sublimat, który, dzięki nader wybitnym własnościom bakteryobójczym, może być stosowany w rozczyinach względnie słabych [1:1000—2:1000]; lecz i ten środek nie może znaleźć zastosowania przy odkażaniu wykwintniejszych mieszkań, psuje bowiem sprzęty metalowe i zmienia kolory farb. Inne środki dezynfekcyjne czynią również mniejsze lub większe szkody w takich lub innych sprzętach, to też po zdezynfekowaniu mieszkania należy zawsze zetrzeć ciecz z powierzchni wszystkich sprzętów. Że rozczyiny wodne środków odkażających psują odkażane przedmioty, nie w tem niema dziwnego, bo i sama woda, użyta do przygotowania rozczyinu, uszkadza politurę sprzętów drewnianych, niszczy apreturę tkanin, rozpuszcza barwniki i plami sprzęty, przylepiając do nich kurz. To też w czasach ostatnich zwrócono baczniejszą uwagę na dezynfekcyę za pomocą gazów.

Do dezynfekowania mieszkań używano chloru, kwasu siarkawego, aldehydu mrówczanego i fosgenu. Z pomiędzy tych gazów aldehyd mrówczany [formalina] posiada najwybitniejsze własności odkażające i najmniej zmienia barwy przedmiotów odkażanych; ztąd też mamy tyle badań nad tym środkiem i tyle prób jego stosowania w celach dezynfekcyi. Czystym gazem formalinowym posiłkują się metody, podane przez KRELL'a, RICHARD'a, BARTELL'a, ARONSOHN'a-SCHERING'a i BROCHET'a. Pierwsi trzej badacze otrzymują aldehyd z alkoholu metylowego, którego para, poddana niecałkowitemu spalaniu w obecności siatki platynowej, platyny gąbczastej lub miedzi, utlenia się do aldehydu mrówczanego. Dwaj ostatni autorowie do otrzymania formaliny używają aldehydu stałego, t. j. paramrówczanego [trójoksymetylen], w postaci pastylek,



które po ogrzaniu wydzielają ortoaldehyd. Ogrzewanie to w aparacie ARONSOHN'a-SCHERING'a odbywa się za pomocą lampki spirytusowej; BROCHET w tym samym celu poddaje pastylki działaniu powietrza, ogrzanego do 180°. Najglówniejszą wadą metod otrzymywania formaliny z alkoholu metylowego jest to, że ilość otrzymanego aldehydu zależy tu od dobrego działania przyrządu i nigdy ściśle określić się nie da. Stroną ujemną drugiej grupy metod jest po pierwsze łatwość, z jaką otrzymany z trójkoksymetylenu aldehyd daje związki polimeryczne pod wpływem wysokiej ciepłoty, powtóre zaś brak pary wodnej, która przeszkadza takiej polimeryzacji, a która w aparatach pierwszego typu wydziela się przy spalaniu niezupełnem alkoholu metylowego.

Od sposobów odkażania formaliną *a priori* mamy prawo oczekiwać, że: 1) odkażeniu ulegać będą nie tylko powierzchnie, ale i te części głębsze przedmiotów, do których gaz może się przedostać; 2) że najdelikatniejszych nawet sprzętów dezynfekcyja taka nie uszkodzi.

Nadzieje co do drugiego punktu, jak dotąd, ziściły się całkowicie; tak przynajmniej twierdzą wszyscy bez wyjątku autorowie. Natomiast co do odkażania głębszych warstw przedmiotów spotkał nas do pewnego stopnia zawód; uchy bowiem gaz formalinowy nie posiada, jak się pokazało, dość silnych własności bakteryobójczych, a zdolność do przenikania w głąb przedmiotów dzięki znacznej szybkości, z jaką rozchodzą się jego cząsteczki, w rzeczywistości nie jest tak znaczną, wchodzą tu bowiem w grę warunki dyfuzji i tarcia.

Różnica pomiędzy wynikami dezynfekcyi formaliną w postaci gazu i w roztworze wodnym, naturalnie przy jednej i tej samej liczbie cząsteczek w jednej danej objętości, zależy, jak sądzę: 1) od większej energii, z jaką działają wodany aldehydu [jeśli wogóle takie związki istnieją]; 2) od łatwości, z jaką suchy aldehyd mrówczany przechodzi w nieczynną modyfikację, trójkoksymetylen. Okoliczności te spowodowały podanie całego szeregu sposobów dezynfekowania za pomocą aldehydu mrówczanego mokrego. Ze sposobów tych najwięcej używane są metody TRILLAT'a i ROSENBERG'a, polegające na zamianie na parę wodnego roztworu aldehydu mrówczanego i wprowadzeniu gazu wraz z parą wodną do przestrzeni odkażanej. Aby zapobiedz polimeryzacji aldehydu podczas parowania, TRILLAT do roztworu wodnego formaliny dodaje chlorku wapnia [„formochloral“], a ROSENBERG roztworu mentolu w alkoholu metylowym [„holcyna“]. Przy użyciu obu tych metod własności bakteryobójcze formaliny są dość znaczne, a ilość zużytej wody niewielka [5 ctm. sześć, na 1 m. sześć. przestrzeni], szkody więc, wskutek zmaczania powierzchni przedmiotów, są również nieznaczne. Chociaż doprowadzenie pary wodnej do pokoju, odkażanego za pomocą formaliny, wznaga własności odkażające tego środka przez zapobieżenie wytwarzania się trójkoksymetylenu, to jednak metody TRILLAT'a i ROSENBERG'a, jak widać z wielu ogłoszonych prac, nie są zupełnie pewne, nawet gdy idzie o zdezynfekowanie powierzchni przedmiotów. [D. n.]



## II. RUMIENŃ LOMBARDZKI.

(MAIDYZM-PELLAGRA)

Wykład, miany na Zjeździe ziemskich lekarzy i przedstawicieli Ziemstw gubernii Bessarabskiej  
d. 23 marca 1897 roku w Kiszyniewie

Przez

**D-ra Władysława Kossakowskiego,**

dyrektora gubernialnej ziemskiej lecznicy i kolonii rolniczej dla obłąkanych w Kostiużanach.

— † = † —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 5].

Produkty zepsutej kukurydzy, będące przyczyną rumienia lombardzkiego, mają własność wywoływania zwyrodnienia barwnikowego w rozmaitych narządach ciała (*degeneratio pigmentosa*). Skóra w tej chorobie nabiera szczególnej własności wchłaniania i nagromadzania bawnika i nie tylko zawsze w miejscach odsłoniętych i podlegających działaniu promieni słońca, co jest dla tej choroby, jak wiemy, charakterystycznym, ale niekiedy, wprawdzie w rzadkich przypadkach, i na całej swej powierzchni. Z tego powodu prof. LANDOUZY uważał rumień lombardzki i chorobę ADISSON'a za pokrewne; Prof. LOMBRISO także miał możność widzieć chorych, u których w przebiegu maidyzmu skóra przyjmowała barwę ciemną, jakiej poprzednio nie miała. W tego rodzaju przypadkach, spotykanych w Bessarabii, należy być bardzo ostrożnym przy rozpoznawaniu choroby, ze względu na częstotę pellagry wśród cyganów.

Z liczby spostrzeganych przezemnie chorych, u trzech, u których można było stanowczo wyłączyć pochodzenie cygańskie, było stwierdzonem chorobowe zabarwienie skóry: w dwóch przypadkach na całej jej powierzchni, a w jednym na dolnych częściach brzucha i górno-przednich powierzchniach bioder. Zwykle, jak wielokrotnie wspominałem, zabarwienie skóry ściśle się ogranicza do okolic odsłoniętych, wystawionych na działanie promieni słonecznych, najczęściej do grzbietowych powierzchni rąk i przedramion, do odpowiednich powierzchni stóp i goleni, policzków, nosa, klatki piersiowej, bocznych okolic szyi, karku, a dalej do miejsc bardziej wystających, w których często bielizna jest podartą i gdzie skóra obnażona i zostaje wystawioną na wpływ słońca. Do nich należą: grzbietowe okolice łopatek, okolice naramienne i t. p.. Skóra na przedramionach i goleniach bywa zajęta sprawą chorobową do pewnej tylko wysokości, zależnie od sposobu noszenia bielizny. Jeżeli chory ma zwyczaj w czasie roboty rękawy koszuli zawijać, to zmiany na skórze sięgają do stawu łokciowego, a niekiedy wyżej; jeżeli dolne ubranie jest krótkie, wykwity skórne dochodzą do wysokości trzeciej części średniej goleni i t. p.. Jak było wspomnianem, skóra rąk i stóp podlega zmianom tylko na grzbietowych powierzchniach i najczęściej 2 ostatnie członki palców są od nich wolne, zawiązując temu, iż w czasie roboty ręka jest zgięta i z tego powodu ostatnie dwa członki palców są zabezpieczone od działania promieni słonecznych.



NEUSSER cytuje bardzo ciekawe spostrzeżenie D-ra SAPUNZACH'iego, który miał chorego rumieniowego z charakterystycznymi wykwitami na dłoniach; pochodziło to ztąd, iż pacjent, chodząc po słońcu, miał zwyczaj zakładać ręce w tył i w ten sposób dłonie były wystawione na działanie słońca, a grzbietowe powierzchnie były zakryte.

W końcu, badacze włoscy CALTERINI i GERHARDINI, aby się przekonać, o ile przy powstawaniu wykwitów skórnych w rumieniu lombardzkim wpływa działanie promieni słonecznych, robili następujące doświadczenia: grzbietowe powierzchnie rąk i stóp pokrywali płótnem, w którym wykrawali w rozmaitych kierunkach otwory i w ten sposób pewne tylko miejsca wystawiali na działanie słońca. Otrzymywały się w ten sposób rozmaite desenie wykwitów skórnych, zależnie od sposobów wykrawania pokrywającej ręce i stopy materii. Fakty te niezbicie dowodzą konieczności działania promieni słonecznych w przebiegu mairyzmu, jako „*cauterisatio provocatoria*“, aby w skórze usposobionej, wskutek swoistego działania toksyny, mogły się rozwinąć właściwe opisywanej chorobie zmiany. Co do charakteru i sposobu ich powstawaniu, to od czasów STRAMBIO rozróżniamy trzy rodzaje skórnych wykwitów.

### P i e r w s z a p o s t a ć .

Na zwykłych miejscach skóry, stale zajętych w mairyzmie, zjawia się zaczerwienienie z nieznacznym obrzękiem i uczuciem nieprzyjemnego palenia i swędzenia, które staje się nieznośnem, jeżeli skóra w tym czasie podlega działaniu słońca. Wkrótce powstaje w przekrwionych miejscach wysięk, który nieco podnosi i napręża lśniący naskórek. W tym okresie miejsca, zajęte sprawą chorobową, przypominają zupełnie skórę ze sztucznie na niej wywołanem zapaleniem, za pomocą np. *collodii cantharidati*. Po kilku dniach, jeżeli miejsca te są zabezpieczone od wpływów słońca, zebrany wysięk zaczyna się wysysać, naprężenie naskórka się zmniejsza, następuje jego wysychanie, pęknięcie i nakoniec łuszczenie się w postaci dużych blaszek.

### D r u g a p o s t a ć .

Zupełnie podobna do pierwszej, z tą tylko różnicą, iż wysięk, tworząc się w większej ilości, zbiera się w kształcie dużych pęcherzy, napełnionych surowicznym, żółtego koloru, płynem, który powoli zaczyna się wysysać, naskórek pęka i odwala się w formie dużych łusek. Niekiedy wskutek silnego rozciągnięcia i naprężenia pęcherze pękają, zanim wysięk się wessie i naskórek wyschnie. Wówczas obnażona warstwa nabłonkowa MALPIGHI'usza tworzy nadżarcia, dające początek ropiejącym owrzodzeniom, pokrytym grubymi strupami. Strupy te z obfitą blaszkowatą łuską, znajdującą się w sąsiednich miejscach, tworzą powierzchnię odstręczającą na wygląd i cuchnącą, wskutek gnicia od nieczystego zachowania się pacjentów.

### T r z e c i a n a j c z ę s t s z a p o s t a ć

tworzy się wskutek rozrostu warstwy naskórkowej (*hyperplasia*) i nagromadzenia w niej brunatnego barwnika. Skóra w początkach nieco zaczerwienio-



na staje się wkrótce suchą i szorstką. Jeżeli tym zmianom nie towarzyszy swędzenie, które jest przyczyną ciągłego rozdrapywania, to, wskutek rozrostu naskórka, chora powierzchnia przyjmuje wygląd drobno, lub grubo groszkowany [szagrenowy], koloru brudno-ciemnego, od nagromadzenia w niej barwnika. W przeciwnym razie, kiedy zmiany skórne wywołują swędzenie i chorzy nie-  
miłosiernie rozdrapują zajęte okolice, wówczas na zabarwionej, nierównej powierzchni skóry powstają białawe pasy od zniszczenia najbardziej powierzchownych warstw naskórka i wytworzenia się drobnej, miękkiej łuski w rodzaju pudru.

\*W zastarzałych przypadkach trudno często określić sposób powstania zmian skórnych. W jednej i tej samej okolicy, np. na rękach lub stopach, znajdujemy jednocześnie na jednych odcinkach łuszczenie w postaci dużych blaszek, co by mówiło za pierwszą i drugą postacią wykwitów skórnych, w sąsiedztwie zaś rozrost naskórka i brunatne jego zabarwienie, a zatem trzecią formę i t. d..

Ponieważ do zakładu naszego wstępowali chorzy nie w początkach, lecz w daleko posuniętych okresach choroby, nie miałem przeto możności obserwowania rozwoju wszystkich postaci wykwitów skórnych, właściwych moidyzmowi. W ten sposób pierwszego rodzaju zmian w czasie ich powstawania i rozwoju zupełnie nie spostrzegalem, zato drugą i trzecią postać przestudowałem w jak najszczegółowszy sposób, od chwili ich zjawienia się do zupełnego wyleczenia.

Powstawanie i rozwój drugiej postaci spostrzegalem u pacjenta, który wstąpił do zakładu z obszernymi zmianami skórnymi. Przedstawiły one w jednych miejscach formę pierwszą w okresie łuszczenia, a w innych trzecią i ograniczały się do rąk, szyi, karku, klatki piersiowej i twarzy, skóra zaś stóp była zupełnie normalną. Przy rozmowie z chorym okazało się, iż nosił stale obuwie i w ten sposób zabezpieczał skórę stóp od szkodliwego wpływu promieni słonecznych, w szpitalu zaś, wskutek silnego pobudzenia i niepokoju, pacjent rozzuwał się zupełnie i boso biegał po ogrodzie. Z tego też powodu na skórze prędko zaczęły się rozwijać zmiany rumieniowe: wystąpiło na niej zaczerwienienie i znaczny wysięk w pęcherzach, dosięgających wielkości grochu, a nawet jaja gołębiego.

Powstawanie i rozwój trzeciej postaci miałem sposobność spostrzegać w następującym przypadku:

U chorej A. P. przypuszczaliśmy tylko obecność zatrucia toksynami kukurydzowemi. Podejrzenie nasze wkrótce się sprawdziło; w czerwcu bowiem na grzbietowych powierzchniach rąk i stóp wystąpiły zmiany bardzo charakterystyczne dla rumienia lombardzkiego. Z tego powodu mogliśmy zbadać dokładnie sposób ich powstawania, rozwoju, dalszego szerzenia się i zniknięcia. W najoryginalniejszy sposób szerzyły się zmiany na skórze karku. W początku wystąpiło zaczerwienienie na bocznych częściach tej okolicy, mniej więcej wielkości srebrnego rubla, z nieco podniesioną w tem miejscu ciepłotą, a po kilku dniach wyraźnie zaznaczyła się suchość, szorstkość i nieznaczne zabarwienie naskórka; po brzegach zaś miejsca zajętego sprawą chorobową zabarwienie było znacznie silniejsze i zajmowało rąbek szerokości



2—3 milimetrów. Okolica zajęta wywoływała straszne swędzenie; wskutek zdrapywania cała powierzchnia pokryła się drobną łuską i wyglądała, jakby mocno napudrowaną, znacznie się wyróżniając swym kolorem od ciemno-zabarwionego obwodowego rąbka. Kiedy sprawa osiągała tego stopnia rozwoju, wówczas nad zmienionem terytoryum ulegał tymże samym zmianom nowy odcinek skóry. W początku wystąpiło na nim zaczerwienienie, suchość i pigmentacja, następnie drobne łuszczenie się pośrodku i rąbek silnie zabarwiony na obwodzie.

W ten sposób sprawa przechodziła na coraz nowe i nowe odcinki, a w miarę szerzenia się przestrzeni wykwitów skórnych silnie zabarwione półokrężne rąbki, stanowiące przedtem granice oddzielnych miejsc, zaczynały przyjmować udział w łuszczeniu się i nakoniec zupełnie znikwały. Z tego wynika, iż na coraz większej przestrzeni naskórek podlegał łuszczeniu się, tak, że w końcu cała powierzchnia szyi i karku była zajęta omawianą sprawą. Wówczas granica zmienionej skóry osiągała wysokości kołnierza koszuli w kształcie mocno zabarwionego rąbka, szerokości kilku milimetrów. Przebiegał on wzdłuż kołnierza, od góry zaś z przodu granica szła po linii zygzakowatej, zależnej od kształtu konturu wystających części twarzy, a z tyłu od granicy włosów i spuszczonego na plecy warkoczu, zaciemniających górne części karku i szyi i w ten sposób zabezpieczających je od wpływu promieni słonecznych. Zmiany te w końcu sierpnia znacznie się zmniejszyły, a we wrześniu powłoki przyjęły zupełnie normalny wygląd.

Na innych pomienionych wyżej okolicach zmiany rumieniowe u naszej pacjentki także rozpoczęły się od zaczerwienienia skóry, która prędko stała się suchą, szorstką i ciemno zabarwioną, lecz wskutek znacznego swędzenia i drapania nie mogła się rozwinąć charakterystyczna groszkowatość, tak często spotykana w przypadkach, w których zmianom na skórze nie towarzyszy uczucie swędzenia.

Powstawanie tej ostatniej formy miałem możność spostrzegać u chorego F. P.. Zmiany rumieniowe na grzbietowych powierzchniach stóp były u niego bardzo rozwinięte i polegały na znacznym rozroście naskórka, przedstawiającego w niektórych miejscach gruzłowate uwarstwienia, a w okolicach stawów golemio-stopowych potworzyły się głębokie pęknięcia i obnażyły warstwę MALPIGHI'usza. Na grzbietowych zaś powierzchniach rąk, przy wstąpieniu chorego do szpitala, sprawa chorobowa przedstawiała się w najbardziej początkowym okresie swego rozwoju. Naskórek był nieco zgrubiały i silnie na brunatno zabarwiony; w koncentrycznych, poprzecznych brózdach, przebiegających zawsze dużemi ilościami na skórze rąk, miało miejsce drobnitkie łuszczenie się, wskutek wzajemnego tarcia o siebie ścian tych brózdek.

Z tego powodu na brunatnym tle całej grzbietowej powierzchni ręki wyraźnie się oddzielały białe, półokrężne linie. W miarę dalszego rozrastania się naskórka i wskutek małej skłonności jego do łuszczenia się na wzniesieniach, te ostatnie coraz się bardziej podnosiły, a brózdy przeciwnie coraz bardziej pogłębiały i stopniowo skóra przyjęła wygląd zgrubiałej i poprzecznie pomarszczonej.



Aby sobie łatwiej objaśnić powstawanie tej gruzłowatości, należy wziąć pod uwagę, co następuje: jak wiadomo, skóra ręki jest usianą poprzecznymi, półokrężnymi brózdkami, które jednak nie są ściśle do siebie równoległe, lecz, jak w siatce, ukośnie się z sobą przerzynają, tworząc małe pola, zlekka wzniesione nad otaczającymi je brózdami. Otóż te małe pola przy rozroście naskórka wznoszą się znacznie, tworząc rodzaj gruzelków, brózdki zaś muszą się z tego powodu pogłębiać i cała powierzchnia przyjmuje wygląd szagrenowy, zwykle grubo-groszkowany.

Najcharakterystyczniejsze tego rodzaju zmiany występują na dolnych częściach przedramion, goleni, a głównie na szyi. Jeżeli nie towarzyszy im swędzenie, to łuszczenie się naskórka nie prędko powstaje i nawet przy sprzyjających warunkach trwają owe zmiany do sześciu tygodni. Wyleczenie następuje prędkiej przy stosowaniu kąpeli mydlanych i nacierań tłuszczowych.

Do zmian odżywczych należałoby zaliczyć także i zmiany w błonie bębnekowej, napotykanie często u chorych rumieniowych, jak tego dowiodły badania, wykonane w naszym psychiatrycznym oddziale przez D-ra HORODECKIEGO. Z jednej strony częste skargi chorych na stopienie słuchu, na uczucie szmerów, dzwonienie, strzykanie i t. p. w uszach, z drugiej zaś strony budowa histologiczna tej błony, której warstwę zewnętrzną stanowi, jak wiadomo, przedłużenie skóry zewnętrznego kanału słuchowego, dały prawo przypuszczać, iż błona bębnekowa w madyzmie podlega na podobieństwo skóry zaburzeniom odżywczym.

Rzeczywiście, badanie uszu 50 chorych różnego wieku, uskutecznione przez pomienionego kolegę, w 90%, t. j. u 38 chorych, wykazało wyraźne w nich zmiany. Przedstawiały się one w różnym stopniu, począwszy od lekkiego zmętnienia błony bębnekowej, skończywszy na znacznie rozwiniętym rozrostowym jej stwardnieniu ze zwapnieniem w niektórych przypadkach i z zupełnym zniszczeniem jej w innych.

Co się tyczy zmian, spostrzeganych na dnie oka, to badania, w tym kierunku podjęte przez D-rów FLARER'a, MANFREDIEGO, OTTOLENGHIEGO i RAMPOLDI'EGO, nie wykazały nic charakterystycznego.

Moich zaś pacjentów badał D-r BIEŁOW. Wyniki tych badań były następujące: w liczbie 60 rumieniowych chorych u 47 dno gałki ocznej okazało się zupełnie prawidłowem, a u pozostałych 13 najczęstszem zaburzeniem była małokrwistość siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego. W innych przypadkach, wskutek znacznej małokrwistości, obrazy, otrzymywane przy pomocy wizerownika ocznego, przypominały obraz zaniku nerwu wzrokowego, ostrość jednak widzenia okazała się normalną.

Żyły w kilku przypadkach były znacznie rozszerzone i mocno kręte, słowem: ważnych zmian na tak pokaźną ilość chorych D-r BIEŁOW nie znalazł i należy sądzić, iż zaburzenia nerwu wzrokowego i siatkówki nie często się zdarzają w madyzmie.

Rozbiory moczu, wykonane u 102 chorych w bakteriologicznym gabinecie, będącym pod kierownictwem D-ra M. DOROSZEWSKIEGO, dały następujące wyniki. Ciężar właściwy w ogóle okazał się niższym od normalnego, ślady biał-



ka znaleziono w 15 przypadkach. Waleczków nie znaleziono ani razu. Dosyć często odczyn bywał obojętnym. CALDERINI, WERGA i prof. LOMBROSO znajdowali bardzo często słabo-kwaśny odczyn moczu i niski ciężar właściwy.

Ze zbroceń w narządach wewnętrznych, klinicznie stwierdzonych, prócz zaburzeń żołądko-kiszkowych, należy wskazać bardzo często spotykane zmniejszenie stłumienia sercowego i głuche tony. Zależnie od tego tętno bywa słabem, małym, miękkim, a niekiedy częstem, w innych zaś przypadkach zwolnionem.

### Obłąkanie, jako objaw maldyzmu.

Najbardziej charakterystycznym objawem obłąkania w większości spostrzeganych przezemnie przypadków są zaburzenia świadomości. Przyczyną ich bywa z jednej strony obecność różnorodnych złudzeń i przywidzeń, z drugiej zaś—chorobowe zbroczenia w działalności narządu kojarzącego. Lecz nie tylko w sferze umysłowej, ale i w sferze uczuciowej spotykamy również znaczne zbroczenia: chorych naszych ogarnia strach, tęsknota, rozpacz, gniew i t. p. uczucia, które wyrażają się w nadmiernej ruchliwości, gestykulacji, a czasami w napadach gwałtownej i długotrwałej furji. Wobec takiego stanu cierpią oni na bezsenność. Prawie wszyscy nie zdają sobie dokładnej sprawy z otoczenia: np. szpital pod wpływem złudzeń mają za więzienie, otaczających spotykają, jak dobrze sobie znajomych, lub też przeciwnie uważają ich za wrogów, trucieli i t. p. Zdarza się nierzadko, iż pacjenci zwracają się do lekarzy lub nadzorców z nadzwyczajnym szacunkiem i uniżonością, salutują im po wojskowemu, nazywając Cesarską Mością, albo też padają na kolana, żegnają się i całują ich stopy i podłogę, widząc w osobach tych aniołów lub świętych. Wielu chorych wypowiada głośne skargi na prześladowanie otaczających, których nazywa cyganami lub bułgarami. Pozorni ci cyganie i bułgarzy, jakoby spiskują w celu zamordowania ich, lub umawiają się, w jaki sposób ich otruć, albo też przygotowują noże i inne ostre narzędzia, aby swoje występne zamiary doprowadzić do skutku. Chory, dręczony temi strasznymi złudzeniami i przywidzeniami, zrywa się z miejsca, krzyczy, biega po kurytarzu, błagając o pomoc: „ludzie ratujcie, kto w Boga wierzy!“ Nieraz chorzy bywają targani męczącym strachem i rozpaczą pod wpływem przywidzenia o wylewie wody i wyrażają te uczucia w silnem ruchowym pobudzeniu.

Jedna z moich pacjentek wykonywała ruchy, naśladujące pompowanie wody i objaśniała je, mówiąc: „wodę pompuję, masa ludzi tonie!“ Inny znowu chory z całych sił krzychał: „Dniestr wylewa, chatę zatapia, ludzie ratujcie!“ Niekiedy występowało silne pobudzenie, wskutek urojonych wystrzałów z palnej broni, jakie chorzy ze wszystkich stron słyszeli. Czasami widzieli się otoczonymi tłumem ludzi uzbrojonych w karabiny, kindżały, pałasze, topory, albo też napadniętymi przez urojone drapieżne zwierzęta: wilki, niedźwiedzie i t. p. [na kształt halucynujących ostrych alkoholików].

W napadach takich, widząc grożące im straszne niebezpieczeństwo, chorzy staczali rozpaczliwe walki z temi urojonymi widziadłami, co wnosić było



można z gwałtowności ich ruchów i gestów. Zadawali oni razy, lub też je odpierali, przybierając straszny wyraz twarzy, wydając okrzyki, zaklęcia i urągania. Niektórzy tracą nawet poczucie swego własnego jestestwa, np. jedna pacjentka uważała się za Cesarzową, druga za Bóstwo, słońce i t. p.. Wskutek zaburzeń w kojarzeniu się wyobrażeń i pojęć niekiedy wrażenia niedawne, rzeczywiste kojarzyły się ze wspomnieniami sennych widziadeł, z przywidzeniami i złudzeniami, stwarzając bezmyślne bredzenie.

Pewna chora, przyglądając się swej pokrytej łuską ręce, kojarzyła wrażenie ztąd otrzymane z byłym kiedyś pożarem jej chaty i twierdziła, iż poparzyła sobie wówczas ręce, czego ślady pozostały do dziś dnia. Taż sama chora, prawdopodobnie na zasadzie sennego widziadła, dziękowała felczerce, którą miała za swą panią, za kupno i podarunek krowy, przytem twierdziła, iż dziś przychodziły z domu do niej dzieci i opowiadały o tem.

Inna znów pacjentka, jakby pod wpływem autosugestyi, wyobrażała sobie, iż się znajduje w kościele na nabożeństwie, żegnała się i modliła głośno. Obraz się nagle zmieniał i udawała się ona niby na rynek, robiła sprawunki, targowała się, spotykała tam znajomych, z którymi rozmawiała i t. p.. Stosunkowo rzadko spostrzegałem przywidzenia i złudzenia zmysłu węchu i smaku, wskutek czego chorzy uparcie odmawiali przyjmowanie pokarmów. Wstrzymywanie się od jadła najczęściej było następstwem niezytu żołądka, złego smaku i braku łaknienia, połączonego ze wstrętem do jadła, chociaż dosyć często można u naszych chorych obserwować i stan odwrotny, t. j. iście wileczy apetyt.

Dwie moje pacjentki miały przyjemne halucynacje powonienia: czuły one stale zapach bławatków. Niektórzy chorzy uskarżali się, że ich rzną, topią, podnoszą do góry, spuszczają na dół i łamią im kości. Jeden z nich przy każdym spotkaniu z lekarzem uskarżał się, iż go pchają, zmuszają przyjmować rozmaite pozy i t. p.: „chodź tutaj, usiądź, wstań, uklęknij, nie wiem, co chcą odemnie!“ Wśród takiego zamieszania wyobrażeń i pojęć, chwilami zjawiało się poznanie swej ciężkiej choroby, co ze łkaniem wypowiadali ci nieszczęśliwi. Najczęściej, jak to wskazują powyższe przykłady, przywidzenia i złudzenia były treści nadzwyczaj nieprzyjemnej, trafiały się jednak, bardzo wprawdzie rzadko, przypadki, kiedy pod wpływem wesołych omamów zmysłowych i jaskrawo zabarwionych przyjemnych wyobrażeń, usposobienie chorych stawało się wesołem. Czynili oni wrażenie cierpiących na ostre szaleństwo (*mania*): śpiewali, tańczyli, podskakiwali, śmieli się i t. p., bieg ich myśli był nadzwyczaj szybki, wyrazy kojarzyły się z sobą nie na prawach logicznego związku, a według współdźwięku i rymu i t. d.. Lecz stan ten maniakałny zjawiał się tylko epizodycznie.

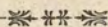
W rzadkich niezmiernie przypadkach obłąkanie występowało pod postacią zupełnego przygnębienia emocjonalnej sfery, dzięki osłabieniu zdolności przyswajania i apercepcyi wrażeń, obok zupełnego bezładu myśli. Chorzy tacy zachowywali zupełną nieruchomość i milczenie. Z wielką trudnością udawało się wydobyć z nich odpowiedź na zadawane pytania i to zwykle bezsensowną. W takim stanie od czasu do czasu zjawiały się napady pobudzenia,



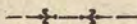
pod wpływem nagle występujących strasznych omamów zmysłowych. Częściej od poprzedzających spostrzegalem przypadki, w których choroba przebiegała wśród nienaruszonej świadomości, przygnębionego nastroju duchowego z obłędem grzeszenia i samoponiżenia, lecz i w czasie tej zadumy z obłędowymi myślami powstawało epizodycznie zupełne zamieszanie zmysłów z utratą świadomości. Zaledwie w dwóch przypadkach rozstrój umysłowy wyrażał się w postaci obłędu prześladowczego i obłędu wielkości. W obu razach chorzy nadużywali wyskoku. Raz tylko choroba przebiegała wśród zachowania świadomości pod postacią obłędu prześladowczego z przywidzeniami.

Zakończając dział symptomatologii, muszę wspomnieć, iż w studium mojem o rumieniu lombardzkim po raz pierwszy zrobioną jest próba klasyfikacji form obłąkania i cierpień mlecza kręgowego, właściwych tej złożonej chorobie. Próba ta okazała się dotąd zupełnie udatną pod względem klasyfikacji psychoz; o ile zaś będzie ona odpowiednią określeniu zaburzeń rdzenia kręgowego, przekonają nas dalsze kliniczne badania i poszukiwania drobnowidzowe.

[C. d. n.]



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 21. Nissl. Czy jesteśmy w stanie na zasadzie zmian anatomo-patologicznych postawić rozpoznanie „*paralyseos progressivae*“?

Na ostatnim Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy, odbytym d. 19 i 20 września r. z. w Düsseldorfie, znany badacz na polu anatomii i patologii mózgu Nissl z Heidelberga poruszył wielce ciekawą i ze względu na jej praktyczną ważność niejednokrotnie dyskutowaną kwestyę charakterystycznych zmian w mózgu, umożliwiających rozpoznanie porażenia postępującego.

We wstępie, poświęconym głównie nowszemu zdobyczom z anatomii drobnowidzowej komórki nerwowej, akcentuje Nissl błędność własnej, przed kilku laty wypowiedzianej hipotezy o pierwotnem zajęciu neuronów korowych przy *dementia*. Dokładne badania nowszych czasów dowiodły kruchości budowy całej wogóle, powszechnie przyjętej „nauki o neuronach“. Neuron, jako jednostka nerwowa, nie istnieje; pierwiastkiem zasadniczym natomiast zarówno w komórce, jak w nerwie jest wyłącznie tak zwana *Primitivfibrille*, którą prześledzić można nie tylko we włóknie nerwowem, ale i w samej komórce. Architektonika substancji szarej jest zupełnie dla nas ciemna; stosunek w niej wzajemny komórek do cylindrów osiowych i osłonek rdzeniowych, do komórek glejowych, ich wypustek protoplazmatycznych, do Weigert'owskich włókien neuroglii, wreszcie do narządu chłonnego i krwionośnego jest nam prawie wcale nieznan. Również mało posiadamy danych krytycznych, pouczających nas o znaczeniu znajdujących w komórce zmian patologicznych, zmian, dostępnych obecnym metodom badania.

Rozpoznanie porażenia postępującego jest wielce prawdopodobne, gdy następujące 4 objawy jednocześnie daje się stwierdzić przy oględzinach pośmiertnych:

1) Zanik *diploë*. 2) Zgrubienie i zmętnienie opony miękkiej, wyrażone najbardziej na wypukłości i wewnętrznej powierzchni zrazów czołowych i ciemieniowych, prawie nic na biegunie potylicowym. 3) Wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne. 4) Zanik zrazów czołowych i ciemieniowych na wypukłej ich



powierzchni. Ziarnina na powłokach ścian jam mózgowych (*ependymae*) twar-  
da, rozwarłe naczynia i t. d. nie należą do objawów typowych.

Drobnowidzowo daje się rozpoznać choroba jedynie w daleko posunię-  
tych, bardzo przewlekłe przebiegających przypadkach. Wszelkie opisywane  
przez anatomo-patologów zmiany drobnowidzowe nie stanowią nic charakte-  
rystycznego dla choroby, w mowie będącej. Najpewniejsze kryteria cierpie-  
nia paralitycznego kory są: zboczenia w rozkładzie pierwiastków korowych,  
zmniejszenie wzajemnej odległości komórek nerwowych, zatarcie obrazu war-  
stwowego [według NISSL'a są 4 warstwy w stanie normalnym kory].

Za pierwotną przyczynę wymienionych zmian mózgowych uważa NISSL  
zanik samoistny substancji szarej, będący przeto głównym przejawem anatomo-  
patologicznym tak zgubnej w przebiegu swoim *dementiae paralyticae*.

(*Neurologisches Centralblatt* № 21. 1898).

H. Higier.

## 22. R. Robinson. Wykrywanie lewulozy w moczu oraz znaczenie kliniczne tego objawu.

Dawniej mniemano, że obecność lewulozy w moczu dyabetyków nie ma  
żadnego znaczenia klinicznego. Poszukiwania fizyologiczne oraz nowsze spo-  
strzeżenia kliniczne zmieniły te zapatrywania. Już MINKOWSKI dowiódł, że  
zwierzęta, u których wywołano cukromocz przez wyłuszczenie trzustki, w sta-  
nie są jeszcze przeobrażać lewulozę. To samo zauważono u chorych na cu-  
krzycę, którzy przy spożywaniu nawet dużych ilości lewulozy nie wydzielali  
ani śladu jej z moczem. Opierając się na podobnych spostrzeżeniach, radzi  
EBSTEIN zastępować u dyabetyków sacharynę przez lewulozę. F. VOIT wstrzy-  
kiwał zdrowym osobnikom dość duże ilości lewulozy, przyczem nie mógł  
otrzymać prawdziwej lewulozuryi.

Z powyższego wynika, że komórki ustroju różnie zachowują się wzglę-  
dem rozmaitych rodzajów cukru.

Przypadki cukrzycy, w których występuje lewuloza w moczu, przebie-  
gają w postaci ciężkiej neurastenii z bezsennością, manią samobójczą i t. d.  
Ze nie chodzi tu o szczególnie ciężkie postacie neurastenii [neurastenii dzie-  
dziczna CHARCOT'a] z przypadkowym występowaniem niewielkich ilości lewu-  
lozy w moczu, dowodzi to, że lewulozurya jest łatwo uleczalną, dalej to, że  
wszelkiego rodzaju metody leczenia, skierowane ku usunięciu neurastenii, są  
zupełnie bezskuteczne, podczas gdy leczenie przeciwcukrzycowe w krótkim  
czasie prowadzi do celu.

Dla wykrycia lewulozy w moczu SELIWANOFF podał odczynnik, polegający  
na dodaniu 1 części rezorcyny do 1 części moczu, lekkim ogrzaniu mieszaniny  
i następnie dolaniu równej ilości dymiącego kwasu solnego. Mieszanina staje  
się czerwoną, a po ostygnięciu daje osad bezkształtny, ciemno-czerwony, roz-  
puszczalny w wyskoku<sup>1)</sup>. Ten sam odczyn daje także sacharoza i rafinoza.  
Dekstroza zaś, galaktoza, maltoza, laktoza oraz inozyt nie posiadają tego od-  
czynu. Odczynnik SELIWANOFF'a został wypróbowany przez wielu lekarzy  
i uznany za zupełnie dobry. Po otrzymaniu dodatniego wyniku od odczynnika  
SELIWANOFF'a winniśmy przystąpić do polarymetrii.

Napotkać tu możemy dwie możliwości.

1) Skręcenie płaszczyzny polaryzacji na lewo. Prócz lewulozy myśleć  
można wówczas tylko jeszcze o lajozie (*lajoze*), która stanowi izomer dekstrozy  
i lewulozy. Lecz lajoza pod bardzo wieloma względami różni się od lewu-

<sup>1)</sup> GOFF, który wprowadził odczynnik SELIWANOFF'a we Francji, radzi ogrzewać jedną  
objętość moczu z jedną objętością kwasu solnego, rozcieńczonego równą objętością wody, i do-  
dać jedną objętość 1% roztworu rezorcyny.



lozy, a przede wszystkim zwraca promień prawie 5 razy słabiej, niż lewuloza [—26 i —104].

2) Zwrócenie na prawo. Gdy moc zwraca płaszczyznę polaryzacyjną na prawo mniej, niż to wypada z całkowitej znalezionej w moczu ilości cukru, mamy również do czynienia z substancją lewoskrętną.

(*Presse méd.* 1898. Nr. 77).

*Stanisław Pechlranec.*

### 23. A. Pappenheim. Występowanie laseczników smegmy w płwocinie ludzkiej.

Wiadomo, że lasecznik, napotykaný w wydzielinie napletka, barwi się prawie tak samo, jak lasecznik gruźlicy, t. j. zachowuje się względem kwasów mineralnych, używanych w celu odbarwienia, przy barwieniu podwójnem, odporne. Znając tę własność lasecznika smegmy, należy, przy rozpoznawaniu gruźlicy narządów moczowo-płciowych na zasadzie wyników badania drobnovidzowego osadu moczu, być bardzo ogólnym: znajdując w osadzie czerwono zabarwione prątki z wyglądu zupełnie podobne do laseczników gruźliczych, winniśmy pamiętać o lasecznikach smegmy i postarać się te ostatnie wyłączyć za pomocą doświadczeń na zwierzętach [szczepienie], cewnikowania, hodowli i t. d.

Od czasu, jak LAABS dowiódł, że laseczniki smegmy występować mogą w jamie ustnej, na migdałach, języku i w nalocie, pokrywającym zęby, łatwo pcjąc, że mogą one dosięgnąć płuc i, będąc wydalane z płwociną, dawać powód do błędów rozpoznawczych. Tak też było w przypadku, przytoczonym przez autora, w którym za życia rozpoznano gruźlicę płuc i jelit, a oględziny pośmiertne nie wykazały ani śladu gruźlicy. Laseczniki, wykryte za życia w płwocinie, okazały się identyczne ze znalezionymi *post mortem* w wydzielinie oskrzeli i rozpoznane zostały ostatecznie jako laseczniki smegmy.

Autor omawia w dalszym ciągu różne sposoby barwienia i różniczkowania laseczników gruźlicy od laseczników smegmy. Jednym z najlepszych środków, który odbarwia laseczniki smegmy i pozostaje jednocześnie bez działania na laseczniki gruźlicy, jest absolutny wyskok przy pewnym ograniczonym czasie działania tego środka odbarwiającego. Ażeby przy stosowaniu metody barwienia ZIGL-NEELSEN'a laseczniki smegmy pozostały niezabarwione, należy albo przedłużyć działanie stosowanych przytem środków odbarwiających, szczególnie 70% wyskoku, albo zastąpić ten ostatni przez wyskok absolutny.

Okazuje się, jak tego dowodzą badania autora, że po 1) odbarwianie wino trwać przytem dłuższy czas, a po 2), gdy już wreszcie nastąpiło zupełne odbarwienie laseczników smegmy, w preparatach kontrolujących z płwociny suchotniczej laseczniki gruźlicze już po części oddały swój barwnik. Skutkiem tego podał KUEHNE przetwórn, który działa bardziej oszczędzająco, niż kwasy mineralne, mianowicie fluoresceinę, organiczny kwaśny barwnik. W wątpliwych przypadkach zrobić można użytek także z metod barwienia GRAM'a, GRAM-GUENTHER'a, a szczególnie GRAM-KUEHNE'go, przy których laseczniki gruźlicze pozostają zabarwione, laseczniki zaś smegmy odbarwiają się. Samo się przez się rozumie, że nie są to sposoby, służące do rozpoznania lasecznika gruźlicy lub lasecznika smegmy, gdyż i rozmaite inne drobnoustroje barwią się podług tych metod, lecz barwienie kontrolujące, pozwalające odróżnić jeden lasecznik od drugiego.

Jako nowy środek odbarwiający zaleca autor aurynę [koralinę, kwas rozolowy], która jest chemicznie pokrewna z fluoresceiną. Sama procedura barwienia odbywa się, podług autora, tak:

- 1) Barwienie przez krótki czas w ogrzanej do wrzenia fuksynie karbolowej.
- 2) Usunięcie nadmiaru fuksyny.
- 3) Odbarwienie bez uprzedniego spłukania i zabarwienie przez 3—5-



krotne zanurzenie w rozczyń barwnika, który przygotowuje się w sposób następujący.

Rozpuszcza się w 100 częściach absolutnego wysoku 1 część koraliny i dodaje się następnie błękit metylenowy aż do zupełnego nasycenia. Do tego dolewa się 20 części gliceryny.

4) Splukanie wodą, osuszenie i zatopienie.

Trwanie całego barwienia wynosi około 3 minut.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* 1898. Nr. 37).

*Stan. Pechleranc.*

## 24. Casper. Katetyzacya moczowodów przy cierpieniach nerek.

C. podaje trzy przypadki, w których przy pomocy katetyzacyi moczowodów osiągnął dobre wyniki lecznicze. Pierwszy dotyczył się bezmoczności spowodowanej zamknięciem światła jednego moczowodu przez kamień; po wprowadzeniu 50,0 ciepłej oliwy [przy wysokim ciśnieniu] do moczowodu, chory w pół godziny potem oddał pewną ilość moczu, a w kilka dni stwierdzono w pęcherzu obecność kamienia, którego przedtem nie wyczuwano. W drugim — po stwierdzeniu jednostronnego ropnego [nie swoistego] zapalenia nerki, za pomocą przepłukiwania jej miedniczki rozczyń 1:1000 azotanu srebra, w krótkim czasie otrzymano zupełne wyzdrowienie. Trzeci przypadek tyczył się tegoż samego cierpienia. Że nie zawsze da się usunąć za pomocą przemywania kamień z moczowodu, to rzecz więcej, niż pewna; potrzebny jest do tego cały szereg warunków sprzyjających; w każdym jednak razie zabieg ten posiada znaczenie rozpoznawcze, określające dokładnie miejsce zamknięcia światła, co jest niezmiernie ważnym przy wyborze tego lub innego postępowania chirurgicznego [gdy kamień umiejscowił się bliżej nerki — *nephrotomia*, bliżej pęcherza — *cystotomia*, po środku — *urethrotomia*]. Co się tyczy nowego sposobu leczenia otoku nerki (*pyonephrosis*), możemy jedynie wówczas liczyć na dobry wynik, kiedy jama ropnia łączy się szerokim światłem z kielichami i miedniczką, kiedy — inaczej mówiąc — zapuszczany płyn dostaje się swobodnie do miejsca przeznaczenia. Do ostatnich czasów cały szereg ropnych spraw w nerkach nie mógł być rozpoznany: prawie wszystkie części składowe nieprawidłowe moczowodu mogą wytwarzać się tak dobrze w pęcherzu, jak i w nerce; jedynie otrzymanie moczu bezpośrednio z nerki daje nam niezbłą wskazówkę co do miejsca cierpienia.

Gdy mamy usunąć chorą nerkę, stawiamy zawsze zasadnicze pytanie, czy z pozostałą nerką organizm będzie zdolny istnieć. Bez katetyzacyi moczowodów odpowiedzieć na to pytanie bywa nieraz niepodobieństwem; najlepszy dowód, iż notowane są przypadki, w których z dwóch nerek usuwano tę, która względnie była zdrowsza. Zbadanie moczu, pochodzącego oddzielnie z jednej i z drugiej nerki, pozwala możliwie dokładnie określić, która z nich jest zdrowsza i na ile sama zdolną będzie zastąpić tę, która ma być usuniętą. Co się tyczy szkodliwości zaprowadzania kateteru do moczowodu, jeżeli zabieg ten wykonany będzie umiejętnie z uwzględnieniem wymagań aseptyki, żadnych złych skutków pociągając tu za sobą nie może. Przeciwwskazane powinny być sprawy gruźlicze i te ropne, którym towarzyszy znaczne podniesienie ciepłoty.

(*Berliner klin. Wochenschrift.* 9, 1. 1899).

*E. Lewenstern.*

## 25. Kirstein. O wziernikowaniu przełyku. [Oesophagoskopia].

Autor szybko przebiega historię powstania i rozwoju tego rękoczynu, poczynając od twórcy MIKULICZA, który pierwszy wprowadzał narzędzia proste do przełyku, opierając się na obserwacyach anatomicznych, iż u niektórych ludzi niema wcale kąta pomiędzy gardzielią a przełykiem, u innych zaś jest mały, ale i u tych nawet można go wyprostować. Do osobników tej pierwszej kate-



goryi zalicza MIKULICZ połykaczy szpad, akrobatów, którzy bądź rodzą się z małym kątem, bądź przez wprawę kąt ów zmniejszyli do *minimum*, wskutek czego proste przedmioty z łatwością przedostawają się do przełyku.

Wprawdzie już i przed MIKULICZEM zajmowali się badacze [pomiędzy innymi SEMELEDER i STOERK jeszcze w 1866 r.] tą kwestyą, używali jednak do badania zakrzywionych pod pewnym kątem narzędzi, w których umieszczali przyrząd do załamywania promieni świetlnych.

W kierunku MIKULICZOWSKIM dalej prowadził badania HACKER z większym jeszcze powodzeniem, bo rozporządzał już lampką Edison'a i miejscowo znieczulającym środkiem—kokainą. [MIKULICZ używał morfiny].

Najwięcej jednak przyczynił się do rozpowszechnienia tej metody ROSENHEIM, który nie tylko udoskonalił narzędzia, ale, co ważniejsze jeszcze, pracą swoją pobudził w wysokim stopniu innych do wypróbowania swojej metody. ROSENHEIM wykonywa ten rękoczyn na chorym, leżącym z głową przechyloną po za stół i opuszczoną ku dołowi; gardziel poprzednio jest zakokainizowana. [Widziałem to kilkakrotnie w Berlinie i Wiedniu; jest to metoda wymagająca ze strony operatora dużo wprawy, delikatności i pewności ręki, wynik jednak pomyślny w wyższym jeszcze stopniu zależy od pacyenta, który przy tym rękoczynie bywa narażonym na wielkie przykrości. I rzeczywiście, tylko raz jeden udaje się złapać chorego na podobną manipulację, gdyż nie wie, co go czeka; za drugim razem z trudnością uda się komukolwiek nakłonić chorego do tego].

Autor zmienił nieco sposób wykonywania samej operacji i podał znaki rozpoznawcze dla przekonania się, czy dany osobnik lekko lub z trudnością podda się temu badaniu. KIRSTEIN wziernikuje chorego w pozycji siedzącej, bez kokainy i wprowadza wziernik, właściwie tubę pod kontrolą światła, co ma według niego zmniejszyć nieprzyjemne uczucie dla chorego. Najważniejszy moment przy wykonywaniu tej operacji stanowi wprowadzenie tuby do przełyku. Przeszkoda zwykle znajduje się przy wejściu, a wywołuje ją język; można jej jednak uniknąć dwojakim sposobem przez odsunięcie języka: 1) bądź naprzód (*oesophagoscopia mediana*) i 2) bądź w bok (*oesoph. lateralis*). Za lepszy uważa KIRSTEIN pierwszy sposób, przy którym należy nasadę języka odsunąć naprzód i ku dołowi. Czy osobnik zniesie lekko podobne badanie, poznaje KIRSTEIN za pomocą swojej metody autoskopii: jeśli mianowicie za pomocą swego szpatla uda mu się odsunąć język o tyle, by mógł dojrzeć choć część strun głosowych, wtedy łatwo będzie można i przełyk wziernikować; jeśli zaś to się nie uda, to wziernikowanie będzie trudniejsze; u wszystkich jednak da się przeprowadzić. Wynik zależy zawsze od siły, użytej przy wprowadzaniu tuby, użycie zaś mniejszej lub większej siły zastosować należy do celu, który osiągnąć zamierzamy przez to badanie. Jeśli np. należy wyciągnąć z przełyku ciało obce, dozwolonem jest użycie możliwie największej siły.

KIRSTEIN nie jest zwolennikiem metody *oesophagoscopiae lateralis*, którą stosują w tych przypadkach, gdy za pomocą *oesoph. mediana* nie udało się dopiąć celu zamierzonego.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. № 27. 1898).

S. Oppenheim.

## 26. L. W. Weber. Nowsze zapatrywania na znaczenie samo-otrucia przy padaczce.

Jakkolwiek teoretycznie przyjmują obecnie, że padaczka zależy od zmian w mózgu, to jednak zmiany te nie zawsze wykazać się dają. Znajdujemy wprawdzie nieraz grube zmiany w mózgu przy *epilepsia genuina*, zmiany te jednak nie tłumaczą nam okresowego występowania padaczki. Napadowy charakter padaczki może naprowadzić na myśl o peryodycznym otruciu ośrodkowego układu nerwowego. Obok samo-otrucia duże znaczenie ma przy padaczce



dziedziczność i osobista skłonność [FÉRÉ, VOISIN, PETIT]. Napad padaczki występuje nieraz przy zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych, gdyż tworzą się wtedy toksyny w ustroju; jednocześnie w moczu znajdujemy aceton (*epilepsia acetonica* JAKSCH'a). VOISIN i PETIT stwierdzili zmniejszoną jadowitość [toksyczność] moczu przed i podczas napadu, zwiększoną zaś po napadzie, przytem otrzymali ciało bezpostaciowe, o zapachu amoniakalnym, które to ciało po wstrzyknięciu zwierzęciu wywołuje te same objawy, co sam moc. Z doświadczeń KRAINSKY'ego wynika, że padaczka polega na okresowem tworzeniu się w ustroju karbaminianu amonu [powstającego z mocznika], który wywołuje napady, a podczas takowych rozkłada się na mocznik i wodę. NENCKI i PAWŁOW, podawając zwierzętom sole karbaminowe, wywoływali rozmaite objawy napadu padaczkowego. Należy jednak przypuszczać, że nie jedna powyższa substancja, lecz i inne jeszcze ciała trujące wywołują napady; autor nieraz znajdował w moczu aceton, zwiększony indykan, skatol. VOISIN i PETIT stwierdzili powiększoną jadowitość krwi, KRAINSKY znalazł w niej kwas karbaninowy. Wyniki terapii w niektórych razach również wskazują na powstawanie napadów padaczki wskutek samotrucia. Tak np. przemywanie żołądka, dyeta i uregulowanie czynności żołądka i kiszek, zmniejszenie kwasoty soku żołądkowego — nieraz zapobiegają napadom. Skuteczność soli bromowych przy padaczce KRAINSKY tłumaczy — oprócz uspokajającego działania na ośrodki nerwowe — jeszcze tem, że one tworzą razem z krążącym w ustroju karbaminianem amonu dwa połączenia nieszkodliwe: broman amonu i karbaminian potasu.

(*Münch. medic. Woch.* 1898. № 26).

M. Rozental.

## 27. A. Köhler. Leczenie przewlekłych owrzodzeń goleni.

Odżywianie części miękkich goleni fizyologicznie posiada gorsze warunki, niż inne okolice ciała; z tego względu najprostsze uszkodzenie całości skóry [oparzenie, stłuczenie, wrzodziańka i t. p.] w tem miejscu łatwo prowadzi do powstania uporczywie trzymających się owrzodzeń, pomijając już takie sprawy, jak: syfilis, gruźlica, promienica i t. p. Rozszerzenie żył, znacznie upośledzające obieg krwi, odgrywa tu główną rolę. Najracjonalniejsze traktowanie tych owrzodzeń polega na usunięciu żyłaków i pokryciu owrzodzeń przeniesionymi płatami naskórkowymi. Co do pierwszego, postępowano bardzo rozmaicie: podwiązywano żyły podskórne, przecinano je, zapuszczano płyny, ścinające krew; najwłaściwiej jednak wycinać żyłę główną (*saphenam magnam*) na znacznej przestrzeni. Przenoszenia płatów najwłaściwiej dokonywać sposobem THIER-SCH'a, lubo nie zawsze należy ścinać powierzchnię ziarninową i brzegi owrzodzenia. Co do leczenia drogą nie krwawą, postępować należy, jak z każdym innym owrzodzeniem [niema tu żadnych środków specjalnych], zapewniając mu możliwie dobre warunki odżywiania, więc spokój, wysokie ułożenie, lekki ucisk. W razach ostatecznych [dziś bardzo rzadko] jedyna rada na obszerne uparte owrzodzenia — usunięcie kończyny.

(*Samml. klin. Vortr.* № 231. 1898).

E. Lewenstern.

## 28. Kamen. Przyczynek do etyologii zapalenia opon mózgowych i rdzeniowych.

Jako najczęstszą [w 45%] przyczynę powyższych cierpień, przez długi czas przytaczano powszechnie pneumokoka FRAENKEL'a. Dopiero z chwilą, gdy WEICHELBAUM opisał *diplococcum intracellulare meningitidis*, pogląd ten się zmienił, lecz nie od razu ale stopniowo dzięki pracom JAEGER'a, HEUBNER'a i innych. Bądź co bądź, i dzisiaj twierdzić nie można, aby zwrot w tym kierunku zyskał powszechne uznanie, gdyż znaczna większość badaczy pozostaje wierną dawnym zapatrywaniom. Przyczyna tego tkwi w nadmiarze różnic,



wynikających z zestawienia charakterystyki drobnoustroju WEICHELBAUM'a według poszczególnych autorów. Zdaniem K. różnice te mają swe źródło w chwiejności cech morfologicznych i biologicznych *diplococci intracell.*, zależnej od wpływów zewnętrznych, a głównie od jakości podłoża odżywczego.

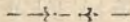
Hodowle autora [otrzymane z płynu od nakłucia lędzwiowego, a *post mortem* z wysięku w oponie miękkiej] przedstawiały się różnie nie tylko na różnych odżywkach, lecz i na jednej i tej samej po upływie rozmaitego przeciągu czasu, na przykład: hodowla agarowa po dwóch dniach zawierała zarodniki o niewyraźnych, zacieniowanych konturach, nie dające się zabarwić [a więc obumarłe, zwyrodniałe], podczas gdy pięciodniowa wykazywała typowe diplokoki o wyglądzie bułeczkowatym (*Semelkokken*); w dwudniowej hodowli znajdowano formy łańcuszkowate i t. d. Co się tyczy siły żywotnej różnych pokoleń, to okazało się, że drugie pokolenie po 17 dniach utraciło ją zupełnie, podczas gdy późniejsze przeszczepiano z powodzeniem nawet i po 40 dniach [hodowla agarowa]. Najodpowiedniejszą ciepłotą okazuje się zbliżona do ciepłoty ciała; przy pokojowej rozwój postępuje nader opieszale. Szczepienia na zwierzętach dały wynik ujemny; autor objaśnia to osłabieniem, *resp.* zagładą własności toksynowych wskutek hodowania sztucznego. K. jest głęboko przekonany, że w miarę doskonalenia się techniki bakteriologicznej badacze coraz częściej będą znajdować diplokoki przy zapaleniu opon mózgowych i rdzeniowych.

(*Centrabl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde etc. Bl. XXIV Nr. 15, 16.*)

Zdzisław Markiewicz.



## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



### Wydział higieny zawodowej i przemysłowej.

Na posiedzeniu organizacyjnym w d. 26 stycznia r. b. prezydujący kol. BABIŃSKI w przemówieniu swem zaznaczył cel i zadanie wydziału oraz skreślił plan ogólny ochrony zdrowia pracowników w następujących punktach: odnośnie mieszkania, kąpieli, pożywienia, odzieży, pomocy w nieszczęściu, urzędzeniu fabryk i warunków pracy, wreszcie warunków życia intelektualnego.

W rozprawach nad programem prac wydziału zastanawiano się nad szkliwościami zawodowymi. Niektórzy z zebranych radzili przedewszystkiem opracowanie szkodliwości zawodowych w poszczególnych rzemiosłach oraz skorzystanie z obfitego, skrzętnie zebranego materiału przez ankietę, dawniej już w tym celu utworzoną przy sekcji rzemiosł; inni znowu postawili w pierwszym rzędzie opracowanie szkodliwości ogólnych w zakładach przemysłowych większych z uwzględnieniem tychże warunków i w pracowniach małych.

Ostatecznie zdanie stron obu ustalono w następującym wniosku: główną uwagę zwrócić należy na zastosowanie ogólnych urządzeń higienicznych w zakładach przemysłowych bez względu na rodzaj przedsiębiorstwa; prosić ludzi obeznanych z warunkami miejscowymi o opracowanie oddzielnych kwestyi i znanajamianie wydziału z wynikami ich pracy; wreszcie pożądane jest badanie wszelkiego rodzaju fabrykacyi i rzemiosł, istniejących w Warszawie, oraz szkodliwości, wynikających dla samego robotnika z rodzaju pracy.

Zapowiedziany odczyt kol. ŁAZAROWICZA o organizacji pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich odłożono do następnego posiedzenia.

A. C.



## Wydział higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych.

Posiedzenie z d. 27. I. 1899.

D-r H. DOBRZYCKI proponuje, ażeby kwestyę sanatoryjów dla suchotników postawić na porządku zajęć wydziału zdrojowisk niezależnie od wydziału szpitali. Innego zdania jest D-r A. SOKOŁOWSKI, który nie radzi rozpraszać się w różnych kierunkach.

Większość członków wydziału zdrojowisk bierze udział w pracach wydziału szpitali i tam może komunikować swe prace o sanatoryach.

Tenże D-r A. SOKOŁOWSKI wygłosił dalszy ciąg swego odczytu o stacyach klimatycznych. Sławuta mało jest znana lekarzom warszawskim ze względu na swą odległość i położenie, a jednak jest to stacya z typowym klimatem leśnym. Obszar lasów, przylegających bezpośrednio do Sławuty, jest bardzo duży [300 tysięcy morgów], grunt przepuszczalny, lasy iglaste. W takich warunkach klimat leśny bardzo jest zbliżony do morskiego. Sławuta posiada przytem wyborną kąpiel w rzece Horyniu i słynną jest z wyrobu doskonałego kumysu, którego tu nigdy nie brak, nawet dla największej liczby chorych, gdyż mleka dostarcza 100 kłaczy. Ten kumys, który nadaje Sławucie specjalne piętno i stanowi jej główną siłę przyciągającą, przeszkadza rozwojowi tej miejscowości, jako stacyi klimatycznej. Publiczność uważa kumys za „specyfik na suchoty“; wodług dawnej tradycyi przyjeżdża się tu na „kurs leczenia kumysem“ [150 butelek]. Jeżeli po upływie tego czasu kumys nie pomoże, albo jeżeli chory kumysu nie znosi, opuszcza Sławutę, robiąc jej złą opinię. Zdaniem SOKOŁOWSKIEGO, należy stanowczo znieść w Sławucie „sezon“; zakład powinien być cały rok otwarty, a rola kumysu sprowadzona do właściwych granic środka odżywczego. We właściwym zakładzie zrobiono dość dużo dla wygody publiczności, od kilku lat funkcjonuje tu dobry zakład hydropatyczny, ale po za zakładem nie zrobiono nic lub prawie nic; drogi są złe, lasy dla publiczności mało dostępne, prywatnych mieszkań niewiele. Dlatego też zakład się nie rozwija, frekwencya nie zwiększa się.

D-r H. DOBRZYCKI potwierdza zdanie SOKOŁOWSKIEGO: frekwencya stanęła na pewnej cyfrze [1000 osób] i już się nie zwiększa, przyjeżdżają głównie suchotnicy i to z daleko posuniętą sprawą gruźliczą. Hydropatya nie przyciąga chorych nerwowych, gdyż cistronią od suchotników. Główną siłę przyciągającą stanowi zawsze kumys, który jest tu rzeczywiście doskonały, przewyższający kumys stepowy stałością swego składu. Sławuta ma niebezpiecznych konkurentów w nowo założonych stacyach klimatycznych [Motowidłówka, Bojarka, Góry święte w gub. Charkowskiej], dokąd obecnie wysyłają chorych profesorowie charkowscy i kijowscy. Właściciel Sławuty mało dba o nią; nie chce budować większej ilości mieszkań. To wszystko źle musi wpływać na rozwój tej pięknej stacyi leśnej.

D-r S. mówił w dalszym ciągu o Otwocku. Miejscowości poza Wawrem od lat kilkunastu licznie są nawiedzane, jako doskonałe miejsca letniego pobytu; obecnie sam Otwock, dzięki doskonałemu zakładowi GEISLERA, zyskał sławę dobrej stacyi klimatycznej. Warunki klimatyczne tych okolic są wyborne: grunt przepuszczalny, balsamiczne powietrze, zależnie od sosnowych lasów, dobra woda do picia, dobra kąpiel w Świdrze. Ale obecnie wskutek nadmiernej frekwencyi i braku przystosowania się do tej frekwencyi zaczyna tu być ciasno, brudno i drogo; niema dobrych dróg, niema oświetlenia, niema zapewnienia bezpieczeństwa. Jeżeli tak dalej pójdzie, Otwock upadnie jako miejsce letniego pobytu.

Zakład D-ra GEISLERA, przerobiony na sanatorium dla suchotników [pierwsze u nas], ma wszelkie warunki powodzenia, dzięki wybornemu urządzeniu.



Zakład posiada własną kanalizację i wodociągi, wygodne mieszkania, wren- dy i odpowiada wszelkim warunkom sanitarnym i leczniczym.

O Nieklaniu wyraża się Sokołowski bardzo pochlebnie, jako o miej- scowości, nadającej się na stację klimatyczną [wzniesienie na 1000 stóp, ob- szerne lasy, grunt przepuszczalny]. Czy miejscowość ta wolną jest od malaryi i gruźlicy, jak tego chęć ogłoszenia, wątpić należy. Zakład obecny bardzo jest mały i urządzony nader pierwotnie.

W dyskusyi D-r K. RYCHLIŃSKI zaznaczył, iż wydział powinienby wypra- cować pewne żądania, jakie są wymagalne od stacji klimatycznych. Kanali- zacya, woda dobra do picia powinny być wszędzie, jak również stacya me- teorologiczna [która jednak funkcjonuje tylko w Nałęczowie]. Stacje klimatyczne muszą odpowiadać wymaganiom współczesnej kultury. Do tego potrzeba kapitałów, dlatego należy w tym kierunku agitować, tworząc spółki dla racjonalnej eksploatacyi innych miejscowości leczniczych. P.

Na posiedzeniu higieny ludowej [d. 4. II] przewodniczący oświadczył, że 67 lekarzy powiatowych nadesłało mu dane, dotyczące sprawy szczepienia ospy; nadto otrzymał takie dane od wielu lekarzy fabrycznych, z kilku wsi i miaste- czek. Z urzędowych cyfr statystycznych za lata 1892 — 1894 wynika, że w 6 powiatach szczepień średnio bywało zaledwie 1,3—2 na 100 ludności, co znaczyłoby, że połowa ludności [40—60%] nie miała ospy szczepionej. Są to powiaty: maryampolski, warszawski (!), włodysławowski, kutnowski, kalwa- ryjski i radzyński. W 14 powiatach procent szczepień ospy wynosił 2—2½, co wskazywałoby, że blisko trzecia część ludności tych powiatów [25—40%] nie była szczepioną. Są to powiaty: biłgorajski, chełmski, lubelski, szczuczynski, pułtuski, kozienicki, radomski, sejneński, włocławski, wołkowyski, słupecki, łaski, łęczycki i sandomierski. Natomiast 14 powiatów wykazało procent szczepień wyższy od 4, co znaczyłoby, że dokonywają się tam nawet i szcze- pienia powtórne [rewaksynacye] i to na dość wielką skalę.

Cyfry urzędowe ścisłemi być nie mogą, w każdym bądź razie mogą one raczej wykazywać za dużo szczepień, a nie za mało.

Wogóle lud nasz na rewakcyację dzieci patrzy obojętnie, ale dorośli wy- jatkowo tylko jej się poddają. W ostatnich jednak latach w niektórych miej- scowościach odbywają się masowe rewakcyacje dorosłych. Są to wychodźcy nasi za zarobkiem do Niemiec. Podlegają oni bowiem często szczepieniu na granicy, a nieraz jeszcze i na miejscu zarobkowania, przyczem ściągają z nich za szczepienie markę opłaty; wygodniej więc im dopełnić szczepienia w kraju za darmo lub za jakieś 5—15 kop.

Niedbalstwo w sprawie szczepienia panuje nie tylko między ludem. Z in- teligencyi warszawskiej 25—30% zaniedbuje szczepienia powtórnego, a 10% prze- bywa ospe. Takie same cyfry znaleziono nawet i w rodzinach lekarskich [leka- karze, żony ich i dorastające lub dorosłe dzieci].

Wogóle przy bliższem badaniu sprawa szczepienia wygląda u nas gorzej, niż to było omówione na przeszłym posiedzeniu. Liczba nieszczepionych wy- nosi pewnie 1½ miliona, a liczba tych, co przebywali ospe, jakieś dwa miliony. Znaczyłoby to, że brakuje między nami przynajmniej ćwierć miliona ludzi, zmarłych z ospy.

Postanowiono rozesłać odezwy do duchowieństwa, do pism peryodycznych i do chlebobawców, mające na celu: zachęcać ludność do szczepienia i rewak- cynacyi, przestrzegać czystości przy szczepieniu, wcześniej zawiadamiać władze o przypadkach ospy, przy przyjmowaniu robotników, terminatorów, służących, stróżów i t. p. domagać się szczepienia od nich samych i ich rodzin, wyjedny- wać u gmin większe składki na szczepienie.



D-r POLAK zwraca uwagę, że dla przyjęcia do szkół elementarnych świadectwo szczepienia nie jest wymagane. W szkołach średnich i wyższych należałoby wymagać świadectwa rewakynacji. Odezwę w tym względzie do Przewodniczącego Pedagogicznego i przedsięwzięcie starań u p. kuratora okręgu naukowego postanowiono przekazać wydziałowi higieny wychowawczej.

Podobnie postanowiono sprawę rewakynacji w szpitalach królestwa przekazać wydziałowi szpitali, a sprawę szczepienia służby i ludności miejscowej w zdrojowiskach i bardziej uczęszczanych mieszkaniach letnich wydziałowi zdrojowisk.

D-r PUŁAWSKI przedstawił przygotowany przez siebie odczyt ludowy o ospie i potrzebie jej szczepienia z pięknymi kolorowymi tablicami.

D-r POLAK radzi dać w tym odczycie dobry rysunek kolorowy krosty ospowej.

Pan BRZEZIŃSKI zwraca uwagę lekarzy na potrzebę odczytu ludowego o alkoholizmie i wskazuje źródła pomocnicze do takiego odczytu. Postanowiono urządzić w Warszawie odczyt ludowy o ospie zaraz po uzyskaniu na to pozwolenia jeszcze przed kampanią tegoroczną szczepienia ospy.

Przystąpiono wcześniej do rozpraw nad projektem D-ra POLAKA obowiązkowego szczepienia ospy. Po dłuższej dyskusji uchwalono jednomyślnie następujący wniosek: Wydział higieny ludowej Tow. Hyg. Warsz. jednomyślnie uznaje za konieczny i jedyny środek uwolnienia naszego kraju od ospy—powszechne obowiązkowe szczepienie ospy ochronnej. Wydział sądzi, że niezwłoczne zaprowadzenie obowiązkowego szczepienia byłoby u nas zupełnie możliwem, a stanowiłoby dobrodziejstwo dla kraju. Nawet i obowiązkowa rewakynacja byłaby i możliwą i niezmiernie pożądaną. Wydział wzywa Radę Zarządzającą do przedsięwzięcia potrzebnych kroków u władz dla poparcia tego wniosku.

---

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

---

2. **Dioninum. Dionina.** Już kilkadziesiąt lat temu GRIMAUX wykazał, że morfina posiada charakter fenolu i że z tego powodu można przez odpowiednie połączenie morfiny ze związkami np. metylowymi lub etylowymi otrzymywać etery złożone morfiny.

Rozmaici inni badacze, jak: CHASTAING, BECKET i WRIGHT, doszli do tych samych wyników. Odtąd też rozmaici chemicy otrzymują rozmaite pochodne morfiny.

Z owych pochodnych morfiny w terapii dotąd najważniejszą rolę odgrywała i odgrywa—**kodeina**, czyli **metylmorfina**.

W roku 1896 wprowadzono do terapii nową pochodną morfiny, a mianowicie **benzylmorfina**. Związek tej pochodnej morfiny z kwasem solnym, t. j. chlorek benzylmorfiny, nosi nazwę **peroniny**. W swoim czasie na tem miejscu wzmiankowaliśmy o tym środku leczniczym. Przedstawia się pod postacią proszku białego. Smak ma gorzki. Pod względem działania peronina zajmuje miejsce pośrednie między morfina a kodeiną. Wszelako działanie jej nasenne jest słabsze od działania morfiny: dopiero dawka 0,04 — 0,05 wywołuje sen spokojny. Najwięcej uznania znalazł ten środek jako lek uspokajający kaszel. Ujemną stroną wzmiankowanego środka jest jego nierozpuszczalność w wodzie.

Toż samo mniej więcej można powiedzieć o innej pochodnej morfiny, a mianowicie o **hercinie**, o której pod koniec roku zeszłego na tem miejscu wspomni-



naliśmy. Pominiemy wszelkie szczegóły o tym środku leczniczym, a przypomnimy tylko, że jest eterem dwuocetowym morfiny i że również nie rozpuszcza się w wodzie.

Jeżeli w hydroksylu [OH] morfiny atom wodoru [H] zastąpimy rodnikiem jednowartościowym etylu [C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>], to otrzymamy eter jednoetylowy morfiny. Związek tego eteru jednoetylowego morfiny z kwasem solnym, czyli chlorek monoetylmorfiny, jest najnowszym przetworem leczniczym, który nazwano dla krótkości **dioniną**.

Dionina przedstawia się pod postacią białego, krystalicznego proszku. Smak ma gorzki. W ciepocie 125° C. topi się i rozkłada się. W wodzie łatwo się rozpuszcza, a taki roztwór ma oddziaływanie obojętne; z tego też powodu, zdaje się, dionina okaże się najodpowiedniejszą do celów leczniczych, bo nadaje się i do wstrzykiwań podskórnych.

Przy ciepocie 15° C. 100 części wody rozpuszcza 14 części dioniny, a 100 części alkoholu nawet 73 części dioniny. W ulepku zwyczajnym (*sirupus simplex*) rozpuszcza się wzmiankowany przetwór w stosunku 1:20. W eterze i chloroformie dionina wcale się nie rozpuszcza.

Wszelako nie tylko z łatwej rozpuszczalności dioniny można wnosić o jej względnie silnem działaniu na organizm; jeszcze bardziej za tem przemawia budowa chemiczna wzmiankowanego przetworu: wiadomo bowiem powszechnie, że związki etylowe okazują daleko silniejsze działanie na organizm, aniżeli analogiczne związki metylowe.

Ze spostrzeżeń klinicznych wnosić istotnie należy, że dionina pod względem leczniczym może być środkiem bardzo pożytecznym. Szczególniej skutecznym okazuje się wzmiankowany przetwór przy cierpieniach, którym towarzyszy uporczywy, dotkliwy kaszel (*bronchitis cat., phthisis pulm., asthma, pneumonia etc.*). Pod wpływem tego leku kaszel staje się łagodniejszym, wykrztuszanie odbywa się z łatwością, bóle w boku ustępują, stan ogólny się uspokaja, a nocą, zwłaszcza po nieco większej dawce, następuje sen spokojny bez potów. Oprócz tego dionina nadaje się wybornie przy leczeniu morfinizmu, t. j. przy odzwyczajaniu chorych od morfiny: wówczas stosować należy dioninę w postaci podskórnych wstrzykiwań.

Żadnego ubocznego, niepożądanego działania nie spostrzegano: nie wywołuje mdłości, wymiotów, bólu głowy, zaparcia stolca. Wstrzykiwanie podskórne nie jest bolesne.

Co się tyczy postaci i dawki, to można dioninę stosować wprost w proszku kilka razy dziennie po 0,015, albo też na noc 0,03.

Można również przepisywać dioninę w roztworze wodnym, w ulepku, w pigułkach w sposób następujący:

- Rp. *Dionini* 0,3  
*Aqu. destill.* 20,0.  
MDS. Dwa lub trzy razy dziennie 15 kropel w wodzie ocukrzonej.
- Rp. *Dionini* 0,5  
*Sirup. simp.* 100,0.  
MDS. Na noc łyżeczkę.
- Rp. *Dionini* 0,3  
*Rad. et succi Liquirit. q. s. ut f. l. a. pil. № XXX*  
*consp. pulv. Lycopod.*
- S. 3—4 razy dziennie jedna pigułka; albo też: S. Na noc 2—3 pigułki.

(*Pharmaceutische Centralhalle. 1899. 1.—Therapeutische Monatsh. 1899. 1.*)  
Wiktor Grostern.



## Wiadomości drobne.

— THIERY twierdzi, że kwas pikrynowy jest środkiem niezaprzeczenie skutecznym przy cierpieniach skórnych i przy oparzeniach. Przy tych ostatnich kwas pikrynowy, stosowany metodycznie, w żadnym razie nie może wywołać ogólnego zatrucia ustroju. Opatrunek z kwasem pikrynowym nie powinien wywoływać bólu; przeciwnie, nawet uśmierza ból; gdyby jednak wystąpił ból silniejszy, jest to wskazówką, że zastosowano roztwór za mocny. Po za tem — kwas pikrynowy nie wywołuje miejscowego podrażnienia; przeciwnie, przy sprawach zapalnych skóry wskutek działania jodoformu, salolu, sublimatu i t. d. oddaje doskonale przysługę.

(*Revue de Chir. Nr. 11. 1898.*)

J. M.

— LARGER stosuje przy oparzeniach roztwór nasycony chloranu potasu [soli BERTHOLLET'a] w kąpielach miejscowych i ogólnych natychmiast po wypadku. Aby otrzymać żądany roztwór, wystarcza rzucać bez ściśle ograniczonej ilości kryształki tej soli do zimnej wody, zlekka ją mieszając. Działanie dodatnie roztworu występuje przy wszelkich oparzeniach, nawet głębokich, jednak najbardziej widoczne jest przy powierzchownych bez względu na ich rozległość; ulga następuje niezwłocznie. Autor zaleca również okłady z tego samego roztworu z dodatkiem ceratki. Chloran potasu, zastosowany przy oparzeniach, ulega wessaniu tylko w bardzo nieznacznej ilości, nie wywołując groźnych zaburzeń, co wreszcie autor stwierdza swem 28-letniem doświadczeniem.

(*Revue de Chir. № 11. 1898.*)

J. M.

— LUCAS-CHAMPIONNIÈRE jest przeciwnikiem stosowania przez dłuższy czas przyrządów unieruchamiających stawy po operacjach, jak również po uszkodzeniach i jest tego przekonania, że przy pierwszej zmianie opatrunku powinno mieć miejsce uruchomienie stawu. Unieruchomieniu stawu na czas dłuższy ma na celu zmniejszenie bólu; co do tego, autorowi wydaje się najzupełniej dostatecznym lekki bandaż; aby zaś przyrząd unieruchamiający miał zapobiegać powstawaniu zapalenia stawu, temu autor przeczy stanowczo, powołując się na codzienne doświadczenie. Przy lekkich i prawidłowych ruchach, stosowanych dość wcześnie, nie należy obawiać się przemieszczenia końców stawowych. Jako przykład autor przytacza postępowanie przy stopie koszlawej, w której po usunięciu kości stopy, z wyjątkiem tylnej części *calcanei*, rozpoczynał ruchy przy końcu 4 lub 5 dnia; w większości przypadków chorzy zaczęli już chodzić w 4 lub 5 tygodniu.

(*Revue de Chir. № 11. 1898.*)

J. M.

— J. L. FAURE podaje sposób chirurgicznego leczenia porażenia nerwu twarzowego po przecięciu tegoż lub też po zniszczeniu jego wewnątrz kości skalistej, a to za pomocą połączenia odcinka ośrodkowego nerwu twarzowego z odcinkiem dośrodkowym *rami trapezoidi n. spinalis*. Możliwość przywrócenia w ten sposób czynności jest niewątpliwa, sama zaś operacja nie nastrecza trudności i niebezpieczeństwa. Oto jej plan: cięcie długości około 12 ctm. na przednim brzegu *m. sternocleidomastoidei* należy przeprowadzić aż do fałdy zausznej; następnie obnaża się przednią powierzchnię wyrostka sutkowego i odnajduje się nerw twarzowy w głębokości 12—15 mm. t. j. w tem miejscu, w którym tenże leży poziomo u podstawy wyrostka rylcowatego; po odsunięciu ku przodowi ślinianki przyusznej przecina się nerw, nie dochodząc do niej; wreszcie odnajduje się zewnętrzną gałąź *n. spinalis* w tem miejscu, w którym ta ostatnia wchodzi do mięśnia mostko-sutko-objczykowego, przecina się ją i w końcu łączy oba pnie nerwowe za pomocą szwu z katgutem lub też cieniutkiego jedwabiu.

(*Revue de Chir. № 11. 1898.*)

J. M.



— COUDRAY zaznacza wyższość częściowego wycięcia zewnętrznej gałęzi *n. spinalis* przy *torticollis spasmodica* nad zalecanemi przez KOCHER'a wielokrotnemi nacięciami mięśni karku, a to z następujących powodów: operacya KOCHER'a bynajmniej nie jest skuteczniejsza niż rezekcyja *n. spinalis*; z uwagi zaś na ośrodkowe pochodzenie tego cierpienia nie zawsze jakikolwiek zabieg może przyczynić się do zupełnego zniesienia przykurczenia; należy również zwrócić uwagę na ogólne wyczerpanie nerwowe chorych z podobnem cierpieniem, dla tego też najlepiej stosować zabieg jaknajmniej powikłany i szybciej prowadzący do celu.

(*Revue de Chir. № 11. 1898*).

J. M.

## Wiadomości bieżące.

— Między kandydatami na wakującą posadę profesora syfilidologii i dermatologii w Warszawskim uniwersytecie figurują między innymi 2 lekarze tutejsi, koledzy: EISENBERG i WATRASZEWSKI.

— W Brukselli między 25—30 września r. b. odbędzie się pierwszy międzynarodowy zjazd lekarzy towarzystw asekuracyjnych na życie.

— W Bazylei w 62 r. życia zmarł prof. chirurgii August SOCIN, autor wielu cennych prac, między innemi dzieła o chorobach gruczołu krokowego.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 5. M. RUTKOWSKI, Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków. H. SZULISŁAWSKI, O zastosowaniu protargolu w okulistyce. [Dok.]. J. KRZYŻKOWSKI, Periarteriitis nodosa. [Dok.]. — *Medycyna* № 5. M. KRAUSHAR, Kilka słów o krzywicy w Warszawie. Prof. RYDYGIER, Modyfikacya elastycznych kleszczyków TIEMANN'a, ułatwiająca wydobycie ciał obcych rurkowatych z oskrzeli. L. KRAUZE, O drewnowatym nacieczeniu zapalnym tkanki łącznej. [Dok.]. — *Kronika Lekarska*. Nr. 3. M. SEIDENMANN, Operacyjne leczenie silnego krótkowidzstwa. O. HEWELKE, Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych. [Dok.].

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

## O G Ł O S Z E N I A.

### **Apteka K. WENDY**

OPATRUNKI WYJAŁOWIONE w Pracowni bakteriologicznej

D-ra Wł. Palmirskiego.

Wata . . . . . Bandażę.  
Gaza . . . . . Tampony.

6—1

Dla szpitali, zakładów leczniczych i aptek odpowiedni rabat.



## APTEKA

## E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

	Za całą butelkę		Za pół butelki	
	Rs.	k.	Rs.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe ( <i>Vin de Bugeaud</i> ) przyrządzone na Maladze.	1	50	—	80
Wino Chinowe czyste na Maladze . . . . .	1	50	—	80
„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza . . . . .	1	75	—	90
Wino Condurango czyste na Xeresie . . . . .	1	75	—	90
„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza . . . . .	2	—	1	—
Wino Coca ( <i>Vin de Coca</i> ) na liściach Krasnodrzowu ( <i>Erythroxyton coca</i> ) na Maladze, w stosunku 1 : 20 . . . . .	1	50	—	80
Wino goryczkowe ( <i>e rad. Gentianae</i> ) na Xeresie.	1	50	—	80
Wino Kola ( <i>Vin de Cola</i> ) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny . . . . .	2	25	1	15
Wino Kwassyowe na winie węgierskiem wytrawnem . . . . .	1	50	—	80
„ „ na Xeresie . . . . .	1	50	—	80
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny . . . . .	2	—	1	—
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino przeczyszczające z korą <i>Cascara Sagrada</i> na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie.	2	—	1	—
Wino rabarbarowe czyste na Maladze . . . . .	1	75	—	90
Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze. . . . .	1	75	—	90
Wino senesowe ( <i>fol. Sen. alex. sine resina</i> ) na Xeresie. Jedna do ½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie . . . . .	1	75	—	90
Wino manganowo-żelazne z peptonem ( <i>Vinum ferro-mangani peptonati</i> ) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati . . . . .	2	—	1	—
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu. . . . .	2	—	1	—
Wino piołunowe ( <i>Vin de Vermuth</i> ) na białem francuzkiem winie . . . . .	1	50	—	80

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

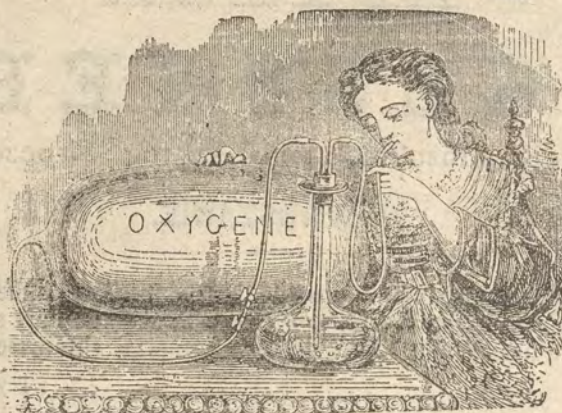
Kefir czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanem.  
Grzybki Kefirowe mokre i suche.

44—21

Praktyczne wskazówki (wydanie własne) przyrządzania kefiru.



**APTEKA**  
Magistra farmacji  
**H. KUCHARZEWSKIEGO.**



Główny Skład wód mineralnych wprost  
ze źródeł sprowadzanych  
Miodowa Nr. 4.  
Dawnej Senatorskiej, wprost Miodowej.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdychania tlenu, które w każdym czasie bywają napełniane szybko i wydawane na miasto. Wdychania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecany pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego, zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych, przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się, wdychając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3—4 tygodnie. Dla Pp. lekarzy lub osób, potrzebujących powyższej kuracji na prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną, służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

12—8

*Apteka posiada zawsze wszelkie nowe środki lekarskie na składzie.*

**Levico**

**Najlepsza woda żelazista, zawierająca  
arszenik.**

Dziesięciokrotnie rozejściżona w wodzie, winie czerwonym lub piwie

**☛ najtańdsza, a przytem najskuteczniejsza ze wszystkich wód arseno-  
żelazistych.**

Ze względu na wypróbowany od dziesiątek lat i pewny sposób działania bardzo ceniona i zalecana przez prof. v. Bamberger'a, v. Braun-Fernwald'a, Billroth'a, Drasche'go, Kaposi'ego, von Krafft-Ebing'a, Monti'ego, Widerhofer'a etc. przeciw chorobom, polegającym na wadliwym składzie krwi. Działa specyficznie we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest stosowanie żelaza lub jednocześnie obu środków. Dawka normalna 2—6 łyżek stołowych dziennie.

10—7

**D-r Gustaw Heyman-Kleczewski**

ordynuje stale w NICEI.

3—1

51.

rue Pastorelli

51.