

GAZETA LEKARSKA.

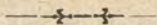
I. PRZYCZYNEK DO PATOGENEZY NAPADU PADACZKOWEGO

ORAZ

PORAŻENNYCH RÓWNOWAŻNIKÓW JEGO.

Podał

Dr. med. H. Higier.



Miałem niedawno sposobność omówienia przypadku padaczki¹⁾, którego istota zasadniczo różniła się tak od zwykłej, czyli samoistnej postaci, jak od padaczki korowej, czyli JACKSON'owskiej. Napady przebiegały bez utraty przytomności i bez następczej amnezyi, a pod względem klinicznym przejawiały się jedynie w nagłych, ze zwiastunami lub bez nich występujących i szybko przemijających porażeniach kończyny dolnej lub też całej połowy ciała. Pragnę tu podać szczegółowszemu nieco rozbiorowi analogiczny, z wielu względów ciekawy przypadek. Spostrzegałem go wprawdzie nie długo, lecz w artykule niniejszym powoduje mnie ten przedewszystkiem wzgląd, iż rzucić on może pewne światło na ciemną patogenę podobnych „porażen padaczkowych“, czyli „padaczek porażennych“, nawiasem mówiąc, w większości specjalnych podręczników lekarskich bardzo mało lub wcale nie uwzględnionych.

Frajda L., ma lat 8. Pochodzi z rodziny zdrowej. W 3-m roku życia przechodziła „zapalenie mózgu“ z towarzyszeniem drgawek, powtarzających się w przeciągu dwóch tygodni. Od tego czasu lewa ręka pozostała bezwładną, najprzód całkowicie, później częściowo; chora bowiem może wykonywać pojedyncze ruchy w łokciu oraz palcami. Blisko 1½ roku temu poczęły występować od czasu do czasu u zdrowej zkądinąd dziewczynki zawroty głowy i przemijająca utrata świadomości. Omdleniu, cechującemu się wybitną błądzącością twarzy, towarzyszyły niekiedy krótkotrwałe mruganie lub też stan śenności oraz pomieszania, przyczem chora napozór świadomie zdejmowała trzewiki lub oddawała mocz, nie a nie później o tem nie pamiętając.

Od 5—6 miesięcy dziecko cierpi na przejawiające się napadowo zupełne porażenie niedowładnego ramienia, lub też obu lewych kończyn. Zdolność ruchowa w wymienionych członkach znikać ma nagle, bez wszelkich zwiastunów;

¹⁾ HIGIER. Kronika Lekarska. 1897. 1. Neurolog. Centralblatt. 1897. 4.

wyjatkowo towarzyszy niemiłe mrowienie, trwające kilka sekund do minuty, lub też uczucie gorąca w trzech ostatnich palcach dotkniętej dłoni. Zarówno podczas napadu, jak i po napadzie przytomność ma zostawać nietkniętą. Napady powtarzają się 4—5 razy dziennie, po większej części w godzinach wieczornych. W ciągu ostatniego roku chora stała się podobno drażliwą, poryweczą i roztargnioną. Drgawek i wybitnego osłabienia inteligencji nie zauważono.

Status praesens. Dziewczyna niedokrwiasta, dobrze odżywiana. Tętno miarowe 84 na minutę. W narządach wewnętrznych nigdzie objawu cierpienia organicznego. Żadnych cech zwyrodnienia, ani cielesnych, ani duchowych.

Kształt czaszki prawidłowy; żadnej niema bolesności przy opukiwaniu czaszki. Nerwy mózgowie, dno oka, źrenice nie zdradzają żadnych zboczeń. Brak wszelkich objawów ucisku mózgu. Niedowład lewej ręki odpowiada ściśle typowi mózgowemu, układ jej najzupełniej przypomina spotykany przy zadawionych i ustalonych hemiplegiach. Ramię w bardzo słabym stopniu zwraca się w kierunku ksobnym, przedramię nieznacznie zgięte, dłoń nawrócona i słabo zgięta, członki palcowe, zwłaszcza średnie i paznogiowe, zgięte. Palcami i dłońią chora jest w stanie wykonywać pojedyncze bezsilne ruchy, energiczniej już odbywa się zginanie przedramienia, nieźle również ruch odsiebny ramienia. Naprężenie mięśni zginaczy wzmożone. Odruchy ścięgnowe na teźże kończynie żywe. Odżywianie i czucie niemal nienaruszone.

Dwa napady, którym się przyjrzeć miałem sposobność, miały istotnie przebieg zgodny z opisem chorej i jej otoczenia, jaki podałem wyżej. Podczas napadu, trwającego 10—25 sekund, nie mogłem stwierdzić ani zaburzeń świadomości, ani braku oddziaływania źrenic. Bezwład za pierwszym razem dotknął samą tylko lewą rękę, za drugim—obie lewe kończyny: był on zupełnym i przy stwierdzonem przedmiotowo prawidłowem czuciu zdawał się obejmować cały układ mięśniowy zajętych kończyn o tyle, że chora nie była w stanie wykonać niemi czynnie żadnego ruchu. Pojawienie się zwykłych leniwych ruchów w stawach paleowych było pierwszą oznaką zakończenia napadu. Osobliwym było obok tego zachowanie się kończyny górnej, znajdującej się zwykle w stanie niedowładu: naprężenie zginaczy znikало prawie zupełnie podczas napadowego porażenia, zgięcie przedramienia i członków palcowych, tudzież na wrotne położenie dłoni stawały się ledwie dostrzegalnymi. Brakowało również zupełnie objawów przykurczenia mięśni wyprostnych.

Że w przytoczonym przypadku mamy do czynienia z napadami natury padaczkowej, wnioskuje z następujących powodów: w dzieciństwie chora przechodziła jakąś ciężką, za zapalenie mózgu uznaną chorobę zakaźną z długotrwałemi drgawkami (*encephalitis acuta?*) i z następczą monoplegią lewostronną; po chorobie wystąpiły zawroty głowy i napady *petit mal*, którym towarzyszą sennaść i stan pomieszania; obecne napady porażenia są dosyć często połowiczne, zawsze lewostronne. Napady o tyle tylko zasadniczo się różnią od napadów padaczki zwykłej i JACKSON'owskiej, iż przebiegają bez utraty świadomości, bez drgawek klonicznych i bez następczej amnezji.

Jak w podobnych razach tłómaczyć należy pierwotne, samoistne powstanie porażenia, wyluszczyłem szczegółowo w powyżej wzmiankowanej pracy. Tam też z pośród odnośnych teorii za najtrafniejszą uznałem teorię hamowania, a to zarówno dla ruchowo-porażennych równoważników padaczki (*motorisch-paralytische Aequivalente*), jak i dla większej części bezwładów ponapadawych, tłómaczonych zazwyczaj za pomocą hipotezy wyczerpania HUGHLINGS JACKSON'a.

Zdaniem LOEWENFELD'a¹⁾, który nader wyczerpująco kwestyę tę opracował, albo się sprawa hamowania odbywa w odpowiedniej okolicy korowej, albo też podrażnienie kory mózgowej wywołuje ją w ośrodkach podkorowych. LOEWENFELD mówi o „poszczególnych warunkach“, dzięki którym upośledzenie odżywiania kory i następcze podrażnienie pewnych jej okolic „prowadzi nie do podniecenia głębiej umieszczonych ośrodków, lecz do zatamowania ich czynności“. Bliższych szczegółów, dotyczących tych „warunków“, nie znajdujemy jednak ani w jego własnych spostrzeżeniach, ani też w odnośnej kazuistyce innych autorów [DALY, PITRES, FÉRÉ].

Jakże mamy więc wyobrazić sobie swoistą tę sprawę hamującą: czy to jako podrażnienie określonych dróg hamujących (*Hemmungsbahnen*), czy też jako porażenie odnośnych ośrodków ruchowych? Na zasadnicze to pytanie klinika, niestety, żadnej, tembardziej stanowczej nie daje odpowiedzi. O wiele więcej poucza nas w tym względzie eksperyment fizyologiczny.

Przed kilku już laty [1893] wykazał SHERRINGTON²⁾, a potwierdził niedawno [1898] MISŁAWSKI³⁾, iż przy drażnieniu prądem elektrycznym pewnych okolic kory mózgowej, obok skurczu niektórych grup mięśniowych, skonstatować można stale zwolnienie napięcia (*tonus*) mięśni antagonistów. Jeżeli np. przetniemy lewe nerwy: bloczkowy i okoruchowy wspólny (*nn. trochlearis et oculomotorius*), aby jeden tylko mięsień prosty zewnętrzny otrzymał unerwienie od nietkniętego nerwu rozocznego (*n. abducens*) i następnie będziemy drażnili na lewej półkuli okolicę współbieżnego zboczenia oczu [t. zw. ośrodek FERRIER-SCHAEFER'a], spostrzeżemy wówczas, że obie gałki zboczą, podług³⁾ prawidła, w stronę²⁾ prawą, przyczem, rzecz prosta, operowana lewa gałka dosięgnie tylko linii środkowej. Współcześnie więc ze skurczem prawego mięśnia zewnętrznego zachodzi zwolnienie lewego. A zatem podrażnienie, wywołujące skurcz określonej grupy mięśni, stanowi *eo ipso* przyczynę pohamowania skurczu i normalnego napięcia jej antagonistów. Przecięcie *nn. trochlearis* i *abducentis* jednej gałki ocznej wywołuje przy drażnieniu kory mózgowej analogiczne stosunki w obrębie *n. oculomotorii*.

1) LOEWENFELD. Beiträge zur Lehre von der JACKSON'schen Epilepsie. Arch. f. Psych. T. XXI. Z. 1 i 2.

2) C. SHERRINGTON. Sur une action inhibitrice de l'écorce cérébrale. Revue neurologique. 1893, str. 549.

Tenże. Experimental note of two movements of the eye. Journal of Physiol. 1894. Tom XVII, str. 27.

3) N. MISŁAWSKI. Obozрение Psychiatrii. 1898, str. 388.

Jeżeli, podług SHERRINGTON'a, przetniemy po obu stronach wszystkie nerwy okoruchowe z wyjątkiem rocznego, natenczas wynikający ztąd zez rozbieżny może być chwilowo całkowicie usuniętym za pomocą współczesnego drażnienia obu półkul mózgowych we wzmiankowanym wyżej miejscu. Doświadczenie to dowodzi przeto, że drażnienie substancji mózgowej może w pewnych okolicznościach wywołać w układzie mięśniowym — dodajmy, w układzie mięśniowym oka — stan, przypominający najdokładniej porażenie.

Objawy te zniesienia napięcia mięśniowego spostrzegano nie tylko przy zabiegach, działających bezpośrednio na korę, lecz i przy drażnieniu głębiej położonych włókien torebki wewnętrznej (*capsula interna*) [SHERRINGTON¹⁾] lub wzgórków czworaczych (*corporis quadrigemini* [GERWER²⁾]), i w którym to ostatnim miejscu mieszczą się ośrodki podkorowe współrzędności ruchów oczu. Jeżeli np. po przecięciu nerwów: okoruchowego i blozkowego, jednego oka drażnić będziemy po tejże stronie wzgórki czworacze, wówczas zoperowane oko podąży podług prawidła ku wewnątrz, mimo że przecięte zostały nerwy, ruch ten sprawujące.

Przy sztucznym zatem pobudzeniu dopiąć możemy pohamowania i bez współdziałania kory mózgowej, a to, co przedewszystkiem pohamowaniu ulega, dotyczy — przynajmniej w ostatnim przytoczonym doświadczeniu — zapewne jakiejś sprawy w okolicach podkorowych.

Zupełnie analogiczne, acz mniej oczywiste stosunki, co przy doświadczeniach na mięśniach oka, stwierdziły późniejsze, wspólnie z HERING'iem dokonane studia fizyologa angielskiego³⁾ nad mięśniami kończyn, studia, zbliżające nas, zdaniem mojem, do poruszonej wyżej kwestyi patogenezy porażen napadowych.

Drażniąc prądem elektrycznym określoną okolicę kory mózgowej słabo odurzonej i poziomo zawieszanej małpy, przekonać się można łatwo za pomocą zwykłego obmacywania odnośnej muskulatury, iż, obok skurczu danych mięśni, zachodzi współcześnie rozluźnienie ich antagonistów.

Rozluźnienie to, zmięknienie antagonistów rozpoznać się daje o tyle łatwiej, iż poziomo zawieszona małpa w pewnym okresie narkozy ma przez czas dłuższy, dzięki przykurczeniu mięśni zginających i ksobnych, nogi pociągnięte tuż do brzucha⁴⁾. Podobnie zachowują się i inne grupy mięśniowe, a więc np. przy drażnieniu okolicy korowej, zawiadującej wyprostowywaniem palców, obok skurczu *m. extensoris digitorum*, zauważyć można wyraźne zwolnienie odpowiednich zginaczy, dające się stwierdzić zarówno przez obmacywanie, jak i przez oględziny po zdjęciu powłoki skórnej *ad hoc* odpreparowanych mięśni⁵⁾.

1) C. SHERRINGTON. Loc. cit.

2) GERWER. Über d. Gehirncentra d. associirten Augenbewegungen. Neurol. Centralblatt. 1898; str. 717.

3) H. S. HERING i C. S. SHERRINGTON. Ueber Hemmung der Contraction willkürlicher Muskeln bei elektrischer Reizung der Hirnrinde. PFLÜGER's Archiv. 1897. T. 68.

4) Ciekawym jest fakt, iż i ten objaw skurczu polega na sprawie podkorowej, występuje bowiem zwykle podczas narkozy nawet po obu stronach wycięciu ośrodków ruchowych kory mózgowej.

5) Że w mowie będące działanie jest natury czysto nerwowej, dowiódł niedawno SHERRINGTON w doświadczeniu, wykonanem na ostatnim międzynarodowym Zjeździe fizyologicznym

Godnem zaznaczenia jest zachowanie układu mięśniowego przy zmniejszeniu natężenia bodźca drażniącego. „Wraz z osłabieniem bodźca—twierdzą autorowie—następowało zawsze rozluźnienie wzmiankowanych mięśni, przyczem jednak skurcz innych mięśni, towarzyszący zazwyczaj drażnieniu kory, stawał się coraz słabszym i niklejszym, a częstokroć wcale nie występował“. A zatem, jak widzimy, przy znacznym znizeniu siły bodźca nadchodzi chwila, że zwiotczenie określonej grupy mięśniowej zarysowanem jest wyraźnie, skurczu zaś ich antagonistów brak zupełnie¹⁾.

Doświadczenie to, dowodzące, iż ruchy współrzędne mogą być wywołane i powstrzymanywane przez drażnienie mózgu, pozwala, jak mniemam, domyślać się owych „poszczególnych warunków“, przy których stan pobudzenia kory—a wszakże z takim właśnie stanem mamy do czynienia we wszelkich odmianach padaczki—wywołuje nie skurczowe, lecz porażenne objawy. Środek ciężkości tkwi, zdaje się, w ścisłym odgraniczeniu i minimalnem natężeniu bodźca.

Że w obu moich przypadkach *epilepsiae paralyticae* mieliśmy w istocie do czynienia jedynie z ograniczonym zajęciem sfery psychomotoryjnej, a względnie pewnej jej części, dowodzą tego prawie stała nieobecność zwiastunów, bądź to ruchomo-czuciowych, bądź też zmysłowo-umysłowych, częsty brak objawów podrażnienia czuciowego, zupełne zachowanie świadomości, nienaruszoność odruchu żrenicowego, krótkotrwałość napadów i tak częste ograniczanie się porażenia do jednej kończyny, nawet do jednej określonej grupy mięśniowej tej kończyny. Inne dopiero objawy kliniczne, jak występujące tu i ówdzie naprzemian z napadami porażen typowe napady toniczno-klinicznych drgawek, *petit mal* oraz równoważniki psychiczne padaczki, świadczyły z bezwzględną pewnością o naturze epileptycznej cierpienia. Szczególną zwraca uwagę w ostatnio przytoczonym spostrzeżeniu okoliczność, iż wyładowanie hamujące (*inhibitorische Entladung*. HERING) dotykało właśnie grupy mięśniowej, znajdującej się wskutek przebytej w dzieciństwie choroby mózgowej w stanie nawykowego przykurzenia. Podczas napadów wzmoczone chorobowo napięcie zginaczy palców ustępowało, stały skurcz dłoni łagodniał, pomimo że nie można było wykazać wyraźnego skurczu antagonistów.

A zatem tak zwana padaczka porażenna, czyli ruchowo-porażenny ekwiwalent padaczki, stanowi rzadką tego cierpienia odmianę, w której, dzięki słabemu prawdopodobnie natę-

w Cambridge [23—27 sierpnia 1898 r.]. Przy drażnieniu zakończenia korowego nerwów, rządzących zginaniem kolana, zwiotczały rozginacze zachloroformowanego kota i znikł odruch rzepkowy. Odruch dał się tym sposobem wywołać rytmicznie. Zwiotczenie rozginaczy dało się znakomicie stwierdzić nawet i po całkowitem odłuszczeniu od kości mięśni zginających, kiedy przeto wyłączeniem zostało bezpośrednie działanie mięśnia na kolano.

¹⁾ Jak należy tłómaczyć cytowane we wielu podręcznikach fizjologii sprzeczne napozór wnioski dawniejszych eksperymentatorów: BUBNOW'a i HEIDENHAIN'a, wskazał HERING w swej treściwej wielce pracy p. t.: Beitrag zur experimentellen Analyse coordinirter Bewegungen. PFLÜGER's Archiv. 1898. T. 70, str. 617.

zeniu bodźca, skurcz podrażnionego układu mięśniowego zaznacza się o wiele mniej wyraźnie, aniżeli osłabienie napięcia, *resp.* zwiotczenie grupy, działającej antagonistycznie.

Zresztą do przypuszczenia, iż pobudzające włókna (*excitomotorische*) jednej grupy mięśniowej w nader ścisłym znajdują się związku anatomiczno-fizyologicznym z hamującymi włóknami (*inhibirende*) swych antagonistów, upoważnia nas nie samo tylko doświadczenie na zwierzętach; czyni to poniekąd również i klinika, jak o tem pouczają nas najnowsze, a nader w treść zasobne studia MANN'a ¹⁾ nad istotą i powstawaniem przykurczeń hemiplegicznych, nad typem porażenia połowicznego, nad zachowaniem odruchów ścięgnowych i właściwościami ruchów biernych i czynnych przy porażeniach pochodzenia mózgowego.

Z INSTYTUTU MEDYCyny DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O DEZYNFEKCYI MIESZKAŃ

Napisał

S. Dzierzgowski.

— § —

[Dokończenie.—Patrz Nr. 6].

W ostatnich czasach ogólną uwagę zwrócił przyrząd, zbudowany przez LINGNER'a w Dreźnie według wskazówek WALTHER'a i SCHLOSSMANN'a. Dla zapobieżenia wytwarzaniu się trójoksymetyleny wprowadzono tu nową zasadę. Roztwór wodny aldehydu mrówczanego ulega za pomocą tego aparatu rozpyleniu na drobniutkie kropelki, a nie zamienia się na parę. Jest to na pierwszy rzut oka różnica niewielka, w skutkach jednak ogromna: w razie użycia pary formaliny gaz formalinowy wtedy tylko nie ulega polimeryzacji, kiedy zostaje pochłaniany przez skraplającą się parę wodną; formalina w stanie rozpylenia traci natomiast bardzo niewiele aldehydu, który się z kropelek roztworu ulatnia; zresztą i tej niewielkiej straty gazu uniknąć można, dodając do roztworu formaliny 10% gliceryny, która bardzo dobrze rozpuszcza aldehyd, a nadto według SCHLOSSMANN'a nie tylko doskonale zapobiega jego polimeryzacji, lecz tworzy z nim prawdopodobnie niestwały związek na podobieństwo alkoholatu

¹⁾ L. MANN. Über den Lähmungstypus bei der cerebralen Hemiplegie. VOLKMANN'a Odczyt. 1895. Nr. 132.

Tenże. Über das Verhalten der Sehnenreflexe und der passiven Beweglichkeit bei der Hemiplegie. Monatschrift für Psych. u. Neurologie. 1897, str. 409.

Tenże. Über das Wesen und die Entstehung der hemiplegischen Contractur. Klinische Studie. Berlin. 1898.

chloralu. Rozpylanie za pomocą przyrządu LINGNER'a odbywa się automatycznie, pod działaniem pary wodnej. Co do dokładności dezynfekcyi za pomocą tego aparatu, jak również złego wpływu na sprzęty, o tem mówić będę niżej przy zestawieniu wyników, jakie otrzymałem, z danemi, znalezionemi w literaturze.

Do doświadczeń moich używałem laseczników tyfusu i dyfterytu, gronkowców, paciorkowców, laseczników dżumy, laseczników siennych i laseczników węglika. Jałowe kawałki sókna, płótna, bibuły do filtrowania, materyi jedwabnej, aksamitu, wreszcie futra [gronostaje], zakażone czystymi hodowlami wymienionych drobnoustrojów, umieszczałem w różnych miejscach w pokoju, który następnie odkażałem glikoformalem za pomocą przyrządu LINGNER'a. Dla uniknięcia zakażenia innymi drobnoustrojami umieszczałem próbne kawałki w naczyniach PETRI'ego, które otwierałem dopiero w chwili rozpoczęcia dezynfekcyi, a zamykałem zaraz po jej ukończeniu. Pokój w którym prowadziłem badania, miał 60 m. sześć, objętości, posiadał dwa okna, jedne drzwi, był wymalowany farbą olejną i zawierał dwa stoły, kilka krzeseł giętych i szafę. Do przyrządu wlewałem za każdym razem 1500 ctm. sześć. glikoformalu, 1½ litra wody gorącej i 400 ctm. sześć. spirytusu. Naczynia PETRI'ego z kawałkami tkanin zakażonych, zakryte lub otwarte, umieszczałem na stole, w zamkniętej lub niedomkniętej szafie, na szafie i pod szafą. W celu zbadania, o ile glikoformal po rozpyleniu za pomocą przyrządu LINGNER'a przenikać może przez tkaniny, owijałem swoje próbki w kawałki perkalu lub płótna, złożonego po czwórnemu; przykrywki naczyń PETRI'ego zastępowałem przytem siatkami drucianemi. Po ukończeniu dezynfekcyi przenosiłem kawałki zakażone do probówek z bulionem, zalkalizowanym za pomocą amoniaku, którego dodatek miał na celu zniesienie działania aldehydu mrówczanego, pozostałego po dezynfekcyi na badanych tkaninach. Jeżeli w bulionie takim po 24 godzinach nie widać było kolonii drobnoustrojów, tkaninę przenosiłem do bulionu zwykłego. Gdy i tu po 6 dniach bakterye się nie rozwijały, badaną tkaninę uważałem za zupełnie odkażoną. Wyniki badań moich zebrałem w załączonej tablicy.

[Patrz tablicę na str. 168].

W tablicy powyższej znak — oznacza jałowość kawałka zakażonej tkaniny po zdezynfekowaniu pokoju, znak + oznacza, że bakterye się rozwinęły. Cyframi 1—10 oznaczono warunki, w jakich się znajdowały próbne naczynia PETRI'ego, mianowicie: 1 oznacza, że naczynie zamknięte umieszczono na stole, 2—otwarte na stole, 3—zamknięte na szafie, 4—otwarte na szafie, 5—zamknięte pod szafą, 6—otwarte pod szafą, 7—zamknięte w niedomkniętej szafie, 8—otwarte w niedomkniętej szafie, 9—otwarte w dokładnie zamkniętej szafie, 10—otwarte, owinięte w płótno.

Jak widać z tablicy, doświadczenia moje dały wyniki następujące: 1) Wszystkie użyte do doświadczeń bakterye [oprócz spór] ginęły, jeżeli a) zakażone niemi powierzchnie były nieprzykryte i umieszczone na stole, na szafie, pod szafą, w niedomkniętej lub zamkniętej szafie. Wyjątek stanowią ba-

	Laseczniki dyfterytu.	Laseczniki tyfusu.	Spirylle cholery.	Pacorkowce róży.	Gronkowce [ziociste].	Laseczniki dżumy.	Laseczniki sienne.	Laseczniki węglika.	Spory lasecznika siennego.	Spory węglika.
	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.	Doświad-czenie 1. 2. 3. 4.
1	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—

Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna. Materya jedwabna.

	Materya jedwabna.										Materya wełniana.									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Niel jedwabne. Futro gronostajowe. Poltrycie pluszowe na meble. Materya wełniana.

które sienne, które nie ginęły w dobrze zamkniętej szafie. b) Wszystkie bakterie ginęły, jeżeli zakażone nimi środowiska, zamknięte w miseczkach PERRI'ego, umieszczano na stole, na szafie, pod szafą lub w niedomkniętej szafie. Tylko laseczniki sienne w naczyniach zamkniętych zachowywały zdolność do rozmnażania się. c) W szafie dokładnie zamkniętej ginęły wszystkie bakterie z wyjątkiem laseczników siennych i laseczników węglików, które czasami zachowywały swoją żywotność. d) Wszystkie wreszcie bakterie ginęły i w tych razach, w których zakażoną nimi powierzchnię oddzielały od przestrzeni wojnej pokoju cztery warstwy płótna lub materii bawełnianej. Laseczniki sienne nie ginęły i w tym razie. 2) Spory węglików i lasecznika siennego ginęły tylko wtedy, kiedy zakażone nimi próbki były otwarte i umieszczone na stole, na szafie lub pod szafą. Na próbkach, umieszczonych w szafie lub w naczyniach PERRI'ego zamkniętych, ginęły nie zawsze, zwłaszcza spory lasecznika siennego.

Wyniki, jakie otrzymałem, są prawie całkowicie zgodne z rezultatami badań ELSNER'a i SPIERING'a ¹⁾, dokonanych w instytucie KOCH'a i świadczą, jak sądzę, o zaletach przyrządu SCHLOSSMANN'a-LINGNER'a. Wyniki te jednak w wielu punktach nie zgadzają się z wnioskami CZAPLEWSKIEGO ²⁾, który, stosując metodę SCHLOSSMANN'a i LINGNER'a, nie mógł zniszczyć ani gronkowca złocistego, ani lasecznika węglików. Autor ten sądzi, że niezgodność wyników pracy jego i SCHLOSSMANN'a ¹⁾ pochodzi stąd, iż SCHLOSSMANN używał glikoformalu, który zawierał 40% aldehydu mrówczanego, on zaś miał do rozporządzenia preparat o 30%-owej zawartości gazu. Praca ELSNER'a i SPIERING'a nie wspomina wcale, jaką ilość aldehydu zawierał użyty przez nich glikoformal, o ile jednak sądzić można z wyników tej pracy, ilość ta odpowiadać musiała zawartości gazu w preparacie, z którym ja robiłem moje doświadczenia.

Ilość aldehydu w glikoformalu określałem za pomocą mianowania ²⁾, w zawartości każdej butelki [otrzymywałem je w opakowaniu oryginalnym, z marką fabryczną] osobno i znalazłem, że równała się we wszystkich butelkach 37% z ułamkiem; jedna tylko butelka zawierała zaledwie 26,4% aldehydu. Wobec tego należy przypuszczać, że niezgodność wyników prac różnych autorów zależy nie od różnego składu glikoformalu, lecz od jakichś innych przyczyn.

Ze zdaniem CZAPLEWSKIEGO, jakoby odkażanie w górnych częściach pokoju było dokładniejsze, niż w dolnych, zgodzić się nie mogę; badania moje nie podobnego nie wykazały. CZAPLEWSKI sądzi, że aldehyd ogrzany, jako lżejszy, zbiera się w górze i tu głównie wywiera swój wpływ odkażający; zapomina jednak o tem, że, jak sam utrzymywał, mieszanina aldehydu mrówczanego i pary wodnej działa energiczniej od czystego aldehydu dzięki temu, że powierzchnie odkażanych przedmiotów pokrywają się wodą, powstałą ze skroplenia się pary, a woda ta nasycy się gazem formalinowym. Zapomina dalej CZA-

1) M. ELSNER und SPIERING. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 46. str. 728.

2) CZAPLEWSKI. Münch. med. Wochenschr., Nr. 41. str. 1036.

1) A. SCHLOSSMANN. Berlin. klin. Wochenschr., Nr. 25. str. 550.

2) ZEGLER. Ber. d. Deutsch. Chem. Gesellschaft. T. 16, str. 1333.

PLEWSKI o tem, że, jak sam powiada, po zdezynfekowaniu pokoju za pomocą aparatu LINGNER'a podłoga bywa najbardziej zmoczona. Zdawaloby się wobec tego, że właśnie najniższe części pokoju powinny być najlepiej zdezynfekowane. Zresztą, przypuściwszy nawet, że osiadanie skroplonej pary wodnej na powierzchniach pokoju i sprzętach nie ma znaczenia dla dezynfekcyi formaliną, nie będziemy mogli teoretycznie uzasadnić przypuszczenia CZAPLEWSKIEGO, bo aldehyd mrówczany w porównaniu z powietrzem posiada ciężar właściwy większy, a więc po oziębieniu, zbierając się nisko, powinienby lepiej odkażać dolne części pokoju. Zaznaczę tu zresztą po raz wtóry, że aparat LINGNER'a nie daje pary wodnej i gazu formalinowego, lecz drobniutkie kropelki nasyconego roztworu formaliny.

CZAPLEWSKI twierdzi, że dodatek gliceryny nie wpływa zupełnie na siłę odkażającą formaliny, a więc nie daje nic wzamian za to nieprzyjemne uczucie, jakiego potem długo doznajemy, dotykając zwilżonych gliceryną przedmiotów. Zgadzam się, że gliceryna nie wpływa dobrze na sprzęty, ale żadną miarą zgodzić się nie mogę na to, by jej dodatek nie wzmagał dobroczynnego działania formaliny. Twierdzenie takie uważam za gołosłowne, tembardziej, że na jego poparcie CZAPLEWSKI nie przytacza żadnych danych doświadczalnych, obalających wyniki prac WALTER'a i SCHLOSSMANN'a, które dowodzą, że gliceryna zapobiega polimeryzacyi wolnego aldehydu mrówczanego.

Aby się przekonać o tem, czy rzeczywiście obecność gliceryny przeszkadza powstawaniu trójoksymetylenu, zrobiłem następujące doświadczenie: w jedną z dwu jednakowych miseczek naląłem 5 ctm. sześć. zwykłej formaliny, w drugą zaś taką samą ilość glikoformalu; obiedwie miseczki umieściłem w jednej kąpeli wodnej, starając się, aby powierzchnie, poddane ogrzewaniu, były ściśle jednakowe. Kiedy po 20 minutach zdjąłem miseczki z kąpeli, ujrzałem zamiast formaliny masę, złożoną z kryształków trójoksymetylenu, podczas gdy glikoformal pozostał płynnym i przezroczystym, a nieco zmętniał dopiero po dodaniu wody. W obu miseczkach za pomocą mianowienia określiłem ilość pozostałego aldehydu mrówczanego i przekonałem się, że formalina, która przed doświadczeniem zawierała 39,6% aldehydu, po 20-minutowem ogrzewaniu na kąpeli wodnej miała już tylko 9,9% tego gazu, czyli zaledwie 24% ilości pierwotnej; w glikoformalu z 37,8% aldehydu pozostało 23,7%, czyli 61% ilości pierwotnej. Jeszcze dobitniej różnica ta występuje przy porównaniu ilości powstałego trójoksymetylenu: w formalinie znajdujemy 22% tego produktu polimeryzacyi, w glikoformalu zaś zaledwie 0,5%. Tak więc ogrzewanie formaliny do 100° w ciągu 20 minut [w przyrządzie LINGNER'a płyn odkażający takim właśnie warunkom bywa poddawany] pociąga za sobą stratę 22% aldehydu wskutek polimeryzacyi, przy użyciu glikoformalu strata owa wynosi tylko 0,5%.

Obok zalet, które dopiero co wykazałem, posiada glikoformal i strony ujemne. O jednej z nich mówiłem wyżej; tu zaznaczę, że odkażanie mieszkania formaliną z dodatkiem gliceryny wpływa źle na kolory pewnych mniej trwałych farb i pozostawia na pewien czas zapach formaliny, wskutek czego lokalnie może być zaraz po zdezynfekowaniu zamieszkania. Barwy zmieniają się

pod wpływem kwasu mrówczanego, który powstaje wskutek łączenia się aldehydu z tlenem powietrza; wprawdzie w ten sam sposób utlenia się suchy aldehyd, otrzymany z pastylek lub formaliny czystej, ale powstały z takiego aldehydu kwas w postaci gazu mniej wpływa na zmianę barw od kwasu w roztworze wodnym. ELSNER i SPIERING nie zauważyli wpływu dezynfekcyi na barwy przedmiotów, odkażanych sposobem SCHLOSSMANN'a i LINGNER'a; pochodzi to zapewne ztąd, że wspomniani autorowie mieli do czynienia z barwnikami bardziej stałymi. Zapach aldehydu mrówczanego, jaki pozostaje w mieszkaniu po dezynfekcyi glikoformalem, zależy od tego, że gliceryna pochłania w obfitości aldehyd, a będąc ciałem nielotnem, pozostaje długo na powierzchni przedmiotów odkażanych.

Jedną ze stron ujemnych dezynfekcyi glikoformalem jest wreszcie stosunkowo słabe działanie tego środka na robactwo. Karaluchy np. giną tylko pod wpływem bezpośredniego działania na nie rozpylonego glikoformalu; w zamkniętych miseczkach PETRI'ego, a więc zapewne i w szczelinach, w których się gnieźdzą, pozostają przy życiu. Pluskwy nie giną nawet wtedy, kiedy są bezpośrednio otoczone obłoczkiem drobniotkich kropelek glikoformalu.

W końcu niech mi będzie wolno powrócić jeszcze raz do tego, o czem mówiłem na początku niniejszej pracy, do wymagań, jakim dobry sposób odkażania powinien czynić zadość. Najglówniejsze z tych wymagań dotyczy dokładności dezynfekcyi, a raczej pewności, że wszystkie drobnoustroje zostały zabite; sprostanie takiemu zadaniu zależy jednak, jakieśmy widzieli, od bardzo wielkiej liczby nader rozmaitych czynników. To też pozwoliłbym sobie wygłosić zdanie, że ze względu na tę wielorakość czynników, wpływających na wyniki odkażania, wątpliwem jest, co najmniej, czy kiedykolwiek, nie mówiąc już o najbliższej przyszłości, będziemy się mogli poszczycić metodą dezynfekcyi, któraby odpowiedzieć mogła wszelkim warunkom. W braku takiej metody posługiwać się musimy sposobami, z których każdy pewne tylko zadanie spełniać może: musimy wybierać, musimy się stosować do warunków. Wobec tego dezynfekcyi mieszkania dokonać dobrze i odpowiednio może tylko specjalista; należeć ona powinna do kompetencji odpowiednich instytucyi państwowych, powinna być wykonywana w każdym przypadku choroby zakaźnej zupełnie bezpłatnie, a nawet, powiedziałbym, powinny być wynagradzane szkody, jakie przy dezynfekowaniu mieszkania zdarzyć się mogą. Zmniejszyłoby to znacznie liczbę chorób zakaźnych, a może nawet z czasem doprowadziłoby ją do zera, jak się to stało z księgosuszem u nas, dzięki przymusowemu zabijaniu chorych bydła.

Jak wogóle w naukach biologicznych, tak i w nauce o dezynfekcyi, napotykaemy bardzo wiele sprzecznych poglądów, co zależy od rozmaitych warunków, w jakich różni autorowie doświadczenia swoje wykonywali, że nie wspomnę o przypadkowych pomyłkach. Różnica ta poglądów utrudnia wyprowadzenie wniosków praktycznych, a zarazem dyskredytuje zdania specjalistów w oczach szerszej publiczności, która wie dobrze, że prawda jest tylko jedna, a mało się troszczy o zbadanie przyczyn niezgodności w poglądach różnych uczonych. Zaradzić złemu można, mojem zdaniem, przez ustalenie metod ba-

dania, przez przyjęcie jakiejś stałej jednostki, którąby można było mierzyć wyniki badań różnych autorów, dzisiaj często niemożliwe do porównania z sobą. Zająć się tem winny przedewszystkiem zjazdu naukowe międzynarodowe.

III. 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. 6].

Wszystkie przypadki, spostrzegane przezemnie, rozdzielałam na 2 grupy:

I. Przypadki, przebiegające głównie pod postacią obłąkania, t. j. maidyizmu psychicznego.

II. Przypadki, przebiegające przeważnie pod postacią zaburzeń mlecza kręgowego.

I. Pierwsza grupa, jak to można wnioskować z ogólnego opisu zбочeń w sferze umysłowej, musi być podzieloną na kilka mniejszych grup, a mianowicie:

1) Ostry obłąd halucynacyjny, czyli obłądowa postać amencyi [MEYNERT'a]. Ostre zamieszanie umysłowe. Najczęstsza forma.

2) Pierwotna uleczalna ostra głupkowatość, czyli osłupna postać amencyi. Rzadka postać.

3) Zaduma.

4) Formy mieszane.

5) Ostrawe pomieszanie zmysłów (*paranoia*) z obłądem wielkości i prześladowczym, albo też tylko z tym ostatnim. Niezmiernie rzadka forma.

6) Epizodycznie pojawiające się złudzenia i przywidzenia.

7) Stan melancholiczny.

Zależnie od czasu zjawiania się obłąkania, można zrobić następujące podziały:

a) Obłąkanie, występujące w początkach choroby, nie rzadko na gruncie dziedzicznym.

b) Psychoza, w czasie przewlekłego przebiegu maidyizmu wielokrotnie się powtarzająca i kończąca wyzdrowieniem.

c) Nakoniec obłąkanie, powstające jako objaw najcięższego zatrucia, a zatem w postaci drugiej i trzeciej.

Nadmienić wypada, iż zejście ostrego obłąkania w następstwie zniedołężnienia umysłowe jest zjawiskiem dość rzadkiem.

II. Spostrzegane kliniczne formy zaburzeń rdzenia kręgowego dały możliwość wyróżnić następujące postaci tego cierpienia.

1) Zjawiska kurczowe obok bardzo nieznacznego niedowładów kończyn dolnych. Bardzo rzadki rodzaj.

2) Niedowład kończyn dolnych, objawy kurczowe i zaniki mięśniowe (*amyotrophia*) przeważnie w mięśniach wyprostnych.

Rzadko się zdarza, aby zaników nie było zupełnie, najczęściej bywają silnie, a niekiedy tylko słabo rozwinięte. Druga ta postać niedowładów kurczowego ze zmianami odżywczymi w mięśniach jest najcharakterystyczniejszą dla cierpienia rdzenia kręgowego w mailyzmie. W przebiegu jej mogą wystąpić ciężkie bardzo przypadłości, o tyle zmieniające obraz choroby, iż nasuwa się konieczność wyodrębnienia nowych rodzajów, a mianowicie:

a) Wszystkie objawy nagle się pogarszają, występuje upadek sił, zupełna prostracya i ciche bez związku bredzenie (*Facutisation typhoide*), albo też przyłączają się tu kurcze tężcowe (*pellagra tetanica, typhus pellagrosus*).

b) W zwykłym przebiegu choroby od czasu do czasu zjawia się ogólna sztywność mięśniowa, lub też kurcze tężcowe w oddzielnych grupach mięśniowych, najczęściej karkowych i kręgowych.

c) Sztywność mięśni kończyn polnych dochodzi niekiedy do wysokiego stopnia, zdarzają się nawet długotrwałe przykurczenia.

3) Ostatni rodzaj cierpienia rdzenia kręgowego, zwyczajny niedowład kończyn dolnych bez zjawisk kurczowych, lecz z zanikami mięśniowymi.

Aby uzasadnić powyższą klasyfikację, jak to czynię w mej obszernej pracy o mailyzmie, uważam za konieczne przedstawić Panom kilka historii chorób. Pierwsza ilustruje psychiczną postać mailyzmu i najcharakterystyczniejszy jej typ, a mianowicie obłąd halucynacyjny (*delirium hallucinatorium acutum*), druga przedstawia obraz najczęstszego rodzaju cierpienia rdzenia kręgowego, a mianowicie niedowładów kończyn dolnych ze zjawiskami kurczowymi i zanikami mięśni, malując postać tężcowego rumienia lombardzkiego (*pellagra tetanica, typhus pellagrosus*).

Spostrzeżenie I. M. Cz..., wieku lat 42, małoruska włościanka ze wsi Kiszła Zamziewa, gminy lipkańskiej, powiatu chocimskiego, wstąpiła do zakładu w dniu 5 maja 1893 r. i została wypisaną w dniu 20 września tegoż roku, jako umysłowo zdrowa.

Z wywiadów można wnioskować, iż pacjentka choruje na rumień lombardzki kilka lat z rzędu.

Badanie fizykalne dało następujące wyniki: chora średniego wzrostu, budowy ciała prawidłowej, słabo odżywiana. Błony śluzowe dostępne badaniu blade. Układ mięśniowy słabo rozwinięty, tkanki tłuszczowej podskórnej brak prawie zupełny, ogólne wychudnięcie, chód niepewny, chwiejny. Kształt głowy subbrachycefaliczny, obwód 54 cm., wymiar podłużny 18 cm., poprzeczny 15,0. Twarz asymetryczna: lewa fałda noso-wargowa mniej się uwydatnia, niż prawa. Źrenice jednakowej wielkości, umiarkowanie rozszerzone, dają prawidłowy odczyn na światło i akomodację. Wargi suche, pokryte zderciami i strupami. Język gładki, błyszczący z rozszaniami na nim gdzieniegdzie nie głębokimi brózdkami. Wszystkie rodzaje czucia skórniego osłabione, odruchy skórne zmniejszone, odruchy wogóle ścięgnięte, a w szczególności rzępkowe, znacznie wzmożone. Granice płuc nieco obniżone, przy opukiwaniu otrzymuje się odgłos płucny, jednakowy z obu stron; przy wysłuchiowaniu oddech osłabiony, wydech przedłużony; w częściach dolnych klatki piersiowej trzeszczenia. Stłumienie serca zmniejszone, tony głucho. Brzuch wzdęty, bolesny przy ucisku. Mocz i wypróżnienia chora oddaje pod siebie. Stolec wolny. Mocz daje odczyn kwaśny. Ciężar właściwy 1019, ani białka, ani też cukru w sobie nie zawiera; badanie drobnowidzowe także nie wykazało nic nieprawidłowego.

Zmiany skórne zajmują grzbietowe powierzchnie rąk i stóp. Naskórek zgrubiał, na brunatno zabarwiony, skóra na rękach pomarszczona. Świadomość zachowana, nastrój przygnębiony; na pytania chora daje rozsądne odpowiedzi. Chora uskarża się na silne pragnienie, na suchość w jamie ustnej, zawroty, bóle kręgosłupa i kończyn dolnych i osłabienie wzroku: „oczy jakby muśliłyem za słońce“. Uważa się za chorą fizycznie, obecności choroby umysłowej nie przyznaje. Pomimo prawidłowych odpowiedzi na zadawane pytania, niezupełnie jasno orientuje się w otoczeniu. Ciepłota ciała 37,8. Kaszle od czasu do czasu. Niekiedy zauważyć się daje drżenie kończyn.

Przebieg choroby. W ciągu czteromiesięcznego pobytu w zakładzie, obok obłąkania, pacjentka bardzo cierpiała na różnorodne przypadłości fizyczne. W pierwszym miesiącu była uparta biegunka, ciągłe zawroty, bóle głowy, kręgosłupa, kończyn dolnych, uczucie ogólnego osłabienia, dochodzące do takiego stopnia, iż nie była w stanie utrzymać się na nogach. W czasie całej choroby łaknienie było wzmożone, jak również pragnienie. Obok tego stałe uczucie osłabienia wzroku. W czasie biegunki rozwinęło się znaczne ogólne wyniszczenie.

Przy szczegółowym opisie choroby należy rozdzielić jej przebieg na 3 okresy.

1) Od chwili wstąpienia do zakładu do d. 17 czerwca, t. j. mniej więcej do czasu ustania biegunki.

2) Od d. 17 czerwca do d. 15 lipca, okres, w którym w obrazie choroby występował na pierwszy plan rozstrój umysłowy, dochodzący do bardzo burzliwych objawów.

3) Od d. 15 lipca, t. j. od początku poprawy do wypisania się ze szpitala.

W pierwszym okresie chora prawie nie opuszczała łóżka, często płakała, uskarżając się na ogólne osłabienie, zawroty, bóle kręgosłupa, głowy i kończyn dolnych i na uczucie mrowienia w rozmaitych częściach ciała.

Język i usta stale wysychały, straszne pragnienie dręczyło chorą, która ciągle dopominała się o wodę. Łaknienie wzmożone: chora bezustannie żądała ja-dła. Sen wogóle niezły. Wypróżnienia częste od 2 — 6 na dobę, to wodniste, to kaszkowate [zażywała *bismutum salicyl. cum chinino tannico i t-ra opii*] i zawsze pod siebie. Chód niepewny i chwiejny, który skonstatowano w czasie wstąpienia jej do zakładu, stale się pogarszał; bywały dni, iż, pacjentka, próbując chodzić, nie mogła się na nogach utrzymać wskutek osłabienia i zawrotów.

Wśród takiego stanu często zrywała się z łóżka i wzburzona usiłowała uciekać, ze łzami i łkaniem zwracając się do nadzorczyńni, mówiła: „droga moja nie puszczaj mnie do domu, ja bardzo, bardzo się boję, mąż mój lubi się upijać i katuje mnie niemiłosiernie, lepiej tutaj pozostanę, czuję się bardzo słabą, poparzyłam się w czasie pożaru, patrzaj, jakie mam rany na rękach i nogach“. Przy tych słowach całowała ręce nadzorczyńni, gładziła ją po twadzy, pieściła i t. p.. Kiedy indziej ni ztąd, ni zowąd z wyrazem przerażenia na twarzy zwracała się do stojącej obok niej felczerki z następującymi słowami: „zostaw mnie w spokoju, nie daj mi zginąć, ja mam drobne dzieci, puśćcie mnie do domu, nie bijcie mnie daremnie, wszakem nie złego wam nie uczyniła, sama nie pojmuję, dlaczego chcecie mnie zgubić“!

Noc z d. 14 na 15 maja przeszła bardzo niespokojnie. Chora zupełnie nie spała i była w ciągłej trwodze. Na drugi dzień zapytano o przyczynę niepokoju, odpowiedziała, iż cały czas dręczył ją strach niewysłowiony: to zdawało jej się, że leży bez głowy, to znowu, iż tułów z nogami jej odjęto, a pozostała tylko jedna głowa. W ciągu całego dnia nieustannie płakała, zalewając się łzami i błagała, aby jej nie gubiono. Chwilami, jakby zdając sprawę ze swego niebezpiecznego stanu, mówiła z przerażeniem o śmierci i rozstaniu się z dziećmi, których nie sądzono jej już zobaczyć: „o Boże, mój Boże, więcej już swych dzieci nie ujrzę, nie godnąm powrócić do domu, bardzo, bardzo mi słabo“! Nagle zeskakiwała z łóżka, chciała uciekać, podtrzymywana przez nadzorczyńnię, zaledwie na nogach ustać mogła i w niebogłosy krzyczała: „puśćcie mnie, puśćcie do dzieci“!

Dnia 23 maja, spostrzegłszy felczerkę, zaczęła płakać, załamywać ręce i błagała o pomoc dla córki „paniusiu, pomóżcie mojej córce Doniaszy, wyratujcie ją z biedy, padła jej krowa, dajcie jej 20 rubli, Bóg was nie opuści“! Całowała przytem ręce felczerki, na chwilę zamilkła i znów zaczęła zanosić się od płaczu, mówiąc: „biją moją córkę, zabijają, paniusiu droga, ujmijcie się za nią, nie pozwalajcie jej katować, na własne oczy widzę, jak pastwią się nad nią“! Płacząc, kiwała się na wszystkie strony. Na pytania w czasie tego odpowiadała niekiedy przytomnie i zwięźle, ale natychmiast przerywała rozmowę i zawodziła po dawnemu.

Wogóle rzadkie bywały dni, aby pacjentka czas dłuższy zachowywała się spokojnie. Najczęściej lzy wylewała strumieniami, zawodząc: „działki moje, najdroższe działki, co się z wami dzieje, albo was spalili, albo potopili, powiedzcie

mi, moje dzieci, ach, jak mi ciężko, jak mi strasznie ciężko, czuję się bardzo osłabioną, nie wrócę do was, moje dziatki, obcy ludzie mnie pochowają!“ Prawie ciągle powtarzała swą prośbę o wyratowanie starszej córki i kupno dla niej krowy. Przekonywała otaczających i zaręczała, iż słyszy na własne uszy, że zamierzają ją tutaj zamordować a dzieci jej już dawno pozabijali, dom i gospodarstwo straciła, mąż ją porzucił, a matka odumarła.

Dnia 29 maja, zachowując się zupełnie spokojnie w łóżku, zwróciła się do felczerki z podziękowaniem za to, że ta jakoby przygarnęła jej dzieci, które obecnie leżą obok niej w łóżku, wszystkie sześcioro. Na drugi dzień, po nocy bezsennej, pacjentka była bardzo pobudzona: płakała, jęczała, wyrywała sobie włosy z głowy, załamywała ręce i z przerażeniem krzyczała, że zakryto jej oczy gęstą siatką i że nie literalnie nie widzi. Mowa po większej części niewyraźna i bez związku. Udawało się niekiedy złowić jakiś frazes, między innymi następujący: „woły moje pasą się na Czapurkowskiem polu, oddam je wam chętnie za to, że karmicie mię i ubieracie!“

Pobudzenie trwało do 2 czerwca. Cały ten czas chora źle spała, a przyszedłszy nieco do siebie, ciągle powtarzała, że sprzeda chatę, woły i t. p., aby zapłacić za to, że ją i dzieci przygarnęli i nie pozwolili zamordować. Często się żegnała i modliła, cicho coś szeptała i kilka dni z rzędu po przejściu tylko co opisanego pobudzenia pacjentka była w jakimś apatycznym, sennym stanie.

Dnia 10 stycznia od rana wystąpił niezwykle wesoły nastrój, ciągle się zwracała do otaczających z uśmiechem, mówiąc: „dziękuję wam, żeście mi kupili krowę i poprawili chatę, dziękuję, Bóg wam zapłaci, pójdę do domu, zobaczę swoje dziatki i przyprowadzę im krówkę. Dziś przychodziła do mnie moja córeczka Dunia i o wszystkim mi powiedziała, o Boże, jakim była temu rada!“ Na wszystkie pytania odpowiadała z uśmiechem, skarżąc się tylko na bezsenność. „Odkąd tu jestem, ani oczu nie zmrzyłam“. Chora twierdziła, iż obecnie niczego się nie lęka, bała się strasznie wprzód, kiedy „był pożar w jej chacie i kiedy sąsiedzi bez miłosierdzia wrzucili ją do ognia, okropnie się wówczas poparzyła i ze strachu zachorowała“. Jednocześnie z polepszeniem psychicznym ustąpiło rozwolnienie, pacjentka przestała się zanieczyszczać, zaczęła chodzić i często przesiadywać na sali dziennej w towarzystwie innych chorych.

Począwszy od 17-go wystąpiło znowu silne pobudzenie i trwało bez przerwy do początku lipca, lecz pomimo to chora spała dobrze i bardzo rzadko potrzeba było uciekać się do środków nasennych. Pobudzenie psychiczne przejawiało się w uczuciu trwogi i tęsknoty, w ciągłej obawie i wyczekiwaniu czegoś okropnego. Stan taki był następstwem przerażających przywidzeń i złudzeń. Po największej części chora była w ciągłym ruchu i niepokoju, załamywała ręce, jęczała, zwracając się do otaczających z prośbami, lub skargą: „dajcie mi na miłość Boską 20 rubli, jam biedna, wszystko mi się spaliło, pozostałam zupełnie naga, odstręczająca, dajcie mi w co się ubrać, żebym do ludzi była podobną!“ Niekiedy całymi dniami klęczała ze złożonymi, jak do modlitwy, rękoma, co chwila chwytając się za głowę i po swojemu zawodząc: „dajcie mi, paniusiu, kożuch, włożę go, aby się nieco ogrzać, bardzo czuję się osłabioną,

turek mię dziś bardzo pobił, powyrywał mi włosy z głowy, zbeszcześcił mię i zabił, ja sama nie wiem, czy żyję, czy umarłam, zaledwie ciepła jestem!“ „Nie bijcie moich dzieci, nie zabijajcie ich, nie wiem, coście z niemi uczynili, pójsć do nich nie jestem w stanie, bom w kajdanach, zupełnie spętana, nie mogę poruszyć nogami i rękami!“ Kilka dni zrzędu powtarzały się te same sceny i za każdym razem pacjentka twierdziła, że turek do niej przychodził, zakuł ją w kajdany, odrąbał głowę i podusił dzieci: „jam martwa, poparzona, jam istne straszyno!“

Dnia 26 czerwca siedziała skulona na podłodze, w towarzystwie innych chorych, podłożywszy ręce pod brodę, nagle zaczęła płakać i lamentować, że zjawił się gospodarz ze wsi Lipkany [sąsiednia wieś], ukradł kozuch, że co noc przychodzi do niej mąż i strasznie ją katuje. Dokumenta jej także ukradziono, z tego powodu nie może powrócić do domu.

Dnia 1-go lipca nagle zaczęła w niebogłoso krzyczeć: „dzieci moje pozabijali, mąż się spalił, ja sama utonąłam!“ „Patrzcie, już zapalają w piecu, będą mię smażyć, już się pali, o, jak trzeszczą i pękają drwa, mnie upieką i oddadzą psom na pożarcie!“ W ciągu kilku dni te same przywidzenia silnie chorą pobudzały. Uspokoila się 7-go lipca i odtąd przepędzała czas na sali dziennej w otoczeniu innych chorych. Mileząc, siedziała na podłodze ze wzrokiem w przestrzeń utkwionym. Zapytana, wypowiadała swe obłądowe idee spokojnie, bez zwykłego wzburzenia. Spała dość dobrze, żołądek i kiszki działały prawidłowo, łaknienie, jak zawsze, powiększone.

Dnia 16 lipca została przeprowadzoną do oddziału spokojnych chorych, w którym chętnie zajęła się reperacją bielizny. Była jednak w usposobieniu przygnębionem i często popłakiwała. Nazywała siebie brzydką, odstraszającą, prosiła, aby ją ubrać przyzwoicie, żeby do ludzi była podobną i swym widokiem dzieci nie nastraszyła. Innym razem znajdowała siebie bardzo młodą i przystojną. Zaledwie w końcu lipca wróciła jej przytomność, zaczęła się jasno oryentować w otoczeniu, zeznawać swą chorobę i krytycznie ją rozstrząsać. Wiele okoliczności z czasu choroby zapamiętała, o innych zupełnie zapomniała.

Pomimo tak znacznej poprawy złudzenia i przywidzenia zjawiały się od czasu do czasu i opuściły chorą zaledwie w początkach września; aż do tego czasu trafiało się, iż lekarza nazywała cesarzem, wymawiała pewnej chorej, iż ją ta jakoby okradła i zabija jej dzieci; czasami skarżyła się, iż łamie jej kości i t. p.. Z tęsknoty za domem i dziećmi często płakała i raz tylko w przeciągu tego czasu była silnie wzburzoną, zalewała się gorzkimi łzami, mówiąc, że jakaś Iryna, jej kuma, zmusza ją tak się zachowywać i chce ją otruć. Przypuszczając, że całe gospodarstwo przepada i dzieci zginęły, mówiła, iż niema poco wracać do domu.

Już w sierpniu wyraźnem było znaczne polepszenie stanu fizycznego: mięśnie powróciły do normalnej objętości, chód stał się pewnym i prawidłowym, zmiany skórne przy stosowaniu różnych maści stopniowo się zmniejszały i znikły nakoniec zupełnie, stan umysłowy powoli przychodził do normy, tak, że pacjentka 20 września opuściła zakład zdrową.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

29. Erb. O t. zw. chromaniu przestankowem i o innych zaburzeniach nerwowych, powstałych w następstwie cierpienia naczyń krwionośnych.

W obszernej i wyczerpująco napisanej monografii autor rozbiera obraz chorobowy, znany wprawdzie oddawna, lecz, zdaniem jego, traktowany po macoszemu i jak to słusznie zauważył CHARCOT, który pierwszy opisał już w roku 1858 „*claudication intermittente*“, wcale nie z przynależną mu uwagą, ze względu na częstość, z jaką występuje i na doniosłość, jaką posiada. Cierpienie to bywa nieraz przez lekarzy przeoczonym, nierozpoznanem, dopóki objawy zgorzeli nie rzucą należytego światła na jego istotę lub anatomo-patolog nie wykaże ciężkiego uszkodzenia naczyń.

Autor podaje opis 13-tu spostrzeganych przez siebie przypadków, z których pierwszy zanalizowany drobiazgowo podczas ciągłej, blisko półtora roku trwającej obserwacji, tak ze względu na natężenie objawów, jak ich przebieg i, dzięki wczesnemu rozpoznaniu i należytemu leczeniu, niemal zupełnie wyleczenie, posłużył autorowi za wzór obrazu klinicznego omawianej postaci chorobowej.

Oprócz tego autor przytacza kilkanaście odnośnych przypadków z literatury, między innemi, uwzględni BIEGAŃSKIEGO, ELZHOŁZ'a i GOLDFLAMA. Rozumując spostrzegane przez siebie i zebrane z literatury przypadki, autor w tych słowach kreśli obraz kliniczny rozbieganego cierpienia: Istnieje zbiór objawów, które w głównych zarysach wyodrębnił już CHARCOT, „*claudication intermittente*“, a które dotyczą jedynie kończyn dolnych chorego, przytem najczęściej mężczyzn w wieku dojrzałym i występują pod postacią zaburzeń czuciowych, naczynioruchowych i ruchowych. Cierpienie to rozpoczyna się po większej części powoli i stopniowo, zwykle jednostronnie, często jednak już od samego początku obustronnie. Najpierw występują zaburzenia uczucia: chory doznaje w palcach stopy, w podszewie, w łydkach nieprzyjemnego uczucia mrowienia, łechtania, zimna, ciepła, niekiedy uczucia naprężenia. Wszystkie te objawy występują przedewszystkiem po dłuższem lub krótszem chodzeniu i znikają podczas spokoju. Prawie jednocześnie dają się zauważyć zaburzenia naczynioruchowe: chory widzą i czują, jak ich stopy bledną, jak stają się niezwykle sinemi i zimnemi, zwłaszcza po krótkiem chodzeniu lub przy zwieszaniu nóg; często również zjawiają się plamy jaśniejsze, niekiedy czerwone na różnych miejscach stopy, to znowu całe palce stają się trupio blademi, cierną, „obrmiewają“. Niedługo jednak każą na siebie czekać i zaburzenia ruchowe: przy potęgających się objawach czuciowych, niekiedy wraz z kurczami w łydkach i mięśniach stopy, występuje prawie zupełna utrata zdolności chodzenia: chory po kilku minutach ruchu musi stawać lub siadać i wogóle odpoczywać; po upływie pewnego czasu, niekiedy kwadransa, wszystkie te objawy znikają, chory bez żadnych trudności może iść dalej, po kilku jednak minutach znowu powtarza się to samo; występuje więc u niego objaw słusznie zwany, „chromaniem przestankowem“. Nie u wszystkich chorych obraz ten jest zupełnie identyczny: u jednych przeważają zaburzenia uczucia, u innych zaburzenia w krążeniu krwi lub utrata zdolności chodzenia; zasadnicze i znamienne rysy tego cierpienia dają się jednak zauważyć wszędzie, a mianowicie: chory w spokoju czuje się zupełnie lub prawie zupełnie dobrze, rozpoczyna chód w sposób prawidłowy; po upływie krótszego lub dłuższego czasu występują zaburzenia, które dalszy chód w końcu zupełnie uniemożliwiają; zaburzenia te znikają po krótkim wypoczynku i występują natychmiast, skoro chory chce iść dalej.

Główny więc objaw stanowi tu „chromanie przestankowe“, a właściwiej mówiąc „przestankowa, peryodycznie powracająca abazya“.

Badanie pośmiertne wykazuje w tych razach następujące znamienne objawy: stopy i golenie są na wygląd sine, na dotyk zimne, niekiedy nieco obrzękłe, zwłaszcza jeżeli przez dłuższy czas były zwieszane; tu i owdzie przebiegają rozszerzone małe naczynia skóry, która wogóle jest sucha; czasami zauważyć można jasno-czerwone plamy na miejscach bardziej sinych; niektóre palce mają wygląd trupio-błady, są zimne, jak lód; po upływie pewnego czasu otrzymują znowu dawne zabarwienie czerwone lub sinicowe. W spokoju, zwłaszcza w ciepłym łóżku wszystkich tych objawów może nie być. Nadzwyczaj doniosłe znaczenie posiada tu badanie tętnic stopowych, i prawie we wszystkich przypadkach można wykazać za pomocą macania mniej lub więcej wyraźne zmiany w tych naczyniach. Nieraz znaleźć można, że tętnice te są stwardniałe, zgrubiałe lub ścięnczałe, że wiją się wężykowato; różnica w wysokości tętna po obu stronach jest nieraz znaczna, na szczególną jednak uwagę zasługuje brak tętnienia w jednej lub we wszystkich tętnicach; w przypadkach autora tętna nie można było wyczuć w jednej *art. dorsalis pedis* 4 razy, w jednej *art. tibialis postica* 1 raz, w obu tętnicach jednej stopy 1 raz i wreszcie we wszystkich 4-ch tętnicach 4 razy. Brak tętna może być tylko czasowym, zależnym prawdopodobnie od zmian naczynio-ruchowych, od ciepłoty zewnętrznej. Oddawna znikłe tętno tych naczyń przy odpowiednim leczeniu może znowu wracać. W każdym bądź razie ten objaw przedmiotowy, spotykany zresztą stale jedynie przy daleko posuniętej miażdżycy starszej tętnic, zasługuje na szczególną uwagę.

Obawiając się przecenienia tego objawu, autor postawił sobie do rozwiązania następujące pytania: 1-o, czy u osobników zdrowych tętno w tętnicach stopowych bywa znajdowane stale i kiedy go brak; 2-o, czy brak tętna w tętnicach stopowych zawsze i stale daje zbiór omawianych objawów i szereg odpowiednich zaburzeń; 3-o, czy zbiór objawów, zwany chromaniem przestankowem, może niekiedy występować pomimo obecności tętna we wszystkich 4-ech tętnicach stopowych.

Autor podaje wyniki odpowiednich badań 700 chorych, z których okazało się: 1-o, że, o ile wyłączamy daleko posuniętą, ogólną miażdżycę tętnic, niedomogę serca, obrzęki i inne stwardnienia skóry na dolnych kończynach, tętno w naczyniach stopowych znajdujemy u ludzi, bez różnicy wieku i płci stale, a przynajmniej w 99%; 2-o, że, jak poucza jeden przypadek, przy bardzo znacznem stwardnieniu tętnic, przy braku tętnienia w tętnicach stopowych objawy chromania przestankowego mogą nie występować, prawdopodobnie dzięki dostatecznemu krwi obiegowi obocznemu; 3-o, że wreszcie niekiedy, oczywiście niezwykle rzadko mogą występować typowe objawy chromania przestankowego, pomimo że tętno w żadnej z 4-ch tętnic stopowych nie znika, prawdopodobnie dzięki temu, że chodzi tu przede wszystkim o naczynia mięśni i nerwów, położonych w głębi, gdzie dla macania są niedostępne.

W każdym bądź razie kwestya pulsacyi tętnic stopowych przy omawianem cierpieniu posiada, zdaniem autora, niezwykle doniosłe znaczenie. Niekiedy odpowiednie zmiany dają się wykazać w *art. poplitea* i w *art. femoralis*. Zresztą badanie przedmiotowe żadnych innych szczególnych zbocezeń nie wykazuje. Zdolność ruchowa normalna, przynajmniej na początku; zczenie, odruchy prawidłowe; zaburzenia odżywcze na skórze są minimalne; stawy wolne. Wogóle układ nerwowy nie przedstawia zboceżeń od normy. Niekiedy mogą występować jako powikłania objawy podstawowej choroby — stwardnienia tętnic, jak zwyrodnienie mięśnia sercowego, napady dusznicy, marskość nerek i t. p.

Przebieg cierpienia zwykle przewlekły. Objawy tak przedmiotowe, jak i podmiotowe potęgują się zazwyczaj stopniowo. Niekiedy jednak chorzy po-

garszają sami szybko swój stan wskutek nieodpowiednich zabiegów, jak mięsienia, wodolecznictwa, nadmiernych ruchów. Wkrótce występuje wtedy zgorzel najpierw palców, następnie stopy i goleni, wraz ze smutnymi jej następstwami. Niekiedy znowu natężenie zaburzeń się waha. Oboczny krwiobieg wyrównywa dostatecznie odpowiednie braki, lub miażdżycza tętnic pod wpływem odpowiedniego leczenia ustępuje, a wtedy nawet i tętno, oddawna zanikłe, może znowu się zjawiać.

Anatomia patologiczna zajmującego nas cierpienia, dzięki kilkukrotnym badaniom amputowanych członków, została do pewnego stopnia wyjaśnioną. U koni, dotkniętych chromaniem przestankowem, znajdowano zwykle zamknięcie światła w tętnicy brzusznej, w *art. iliaca* lub w *art. femoralis*. Posługując się tą analogią, CHARCOT w swym pierwszym przypadku tłómaczył spostrzeżenie przez siebie objawy znalezionem przy sekcji zatknięciem światła w *art. iliaca* [poniżej tętniaka]. Następnie badania drobnowidzowe większych i drobnych naczyń mięśni i skóry, dokonane później przez różnych autorów, wykazały, że w przypadkach chromania przestankowego mamy do czynienia z cierpieniem tętnic zwanem *endarteritis obliterans*, mianowicie: błona wewnętrzna okazuje się zgrubiałą i w stanie bujania, wskutek czego światło naczynia wysoce się zwęża; niekiedy bywa ono wypełnionem zakrzepem, po części zmienionym w tkankę łączną z licznymi, nowo wytworzonymi naczyniami; tu i ówdzie błona elastyczna zgrubiała; błona mięśniowa, jak również błona zewnętrzna znacznie zgrubiała, w stanie przerostu; obok tego wyraźne zmiany [zgrubienie] w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*); niekiedy drobnokomórkowe nacieczenie wszystkich trzech błon. Żyły przedstawiają podobne zmiany, w słabszym jednak stopniu. Nerwy w niektórych przypadkach znajdowano w stanie normalnym, w innych mniej lub więcej wyrodniałe.

Tak więc, powiada autor, mamy tu do czynienia z mniej lub więcej znacznem cierpieniem naczyń. Czy jednak jest to zwykle *endarteritis obliterans*, jak je pojmuje FRIEDLAENDER, na to nie wszyscy się godzą. Niektórzy utrzymują, że omawiane tu sprawy tętnicowe ani z syfilisem, ani ze zwykłą miażdżycą tętnic nie wspólnego nie mają. Bądź co bądź, jednak wszystkie objawy chromania przestankowego polegają głównie na niedostatecznem zaopatrzeniu w krew odpowiednich części. Ta przejściowa niedokrwistość mięśni, nerwów i skóry objaśnia nam wszystkie tak podmiotowe, jak i przedmiotowe zaburzenia, co wreszcie zgadza się z doświadczeniami STENSON'a [ucisk aorty], STANNIUS'a i SCHIFFER'a [ucisk *art. lumbalis*, lub *art. iliaca* i *art. femoralis*]. Czy jednak *endarteritis obliterans*, sama przez się, jest nam w stanie objaśnić wszystkie objawy? Stałe zwężenie światła naczyń powinno dawać bardziej trwałe objawy. Otóż, zdaniem autora, oprócz tego stałego czynnika odgrywa tu jeszcze bardzo ważną rolę moment czynnościowy, jako czynnik zmienny, mianowicie, niezwykła pobudliwość naczynio-ruchowa schorzałych tętnic, mająca swój wyraz anatomiczny w stale znajduwanem znacznem zgrubieniu błony mięśniowej. Zmienione narządy nerwowe ścianek naczyniowych, zwłaszcza *nervi vasoconstrictores*, oddziałują szybciej na podniety, kurcząc naczynia i upośledzając jeszcze bardziej ich odżywianie. Bóle autor objaśnia zmianami w odżywianiu nerwów czuciowych mięśni i skóry; czy zależą one od drażnienia nerwów czuciowych ścian tętnicznych, jak utrzymuje GOLDFLAM, o tem autor wątpi.

Co się tyczy etyologii „chromania przestankowego“, to oczywiście, powiada autor, wchodzi tu w grę te wszystkie czynniki, które wywołują stwardnienie tętnic; a więc: nadużycia napojów wyskowych, dna, zatrucie łożowem, syfilis, moczówka cukrowa, nadmierne palenie tytoniu i przeziębienia.

W przypadkach, przytoczonych przez autora, jako główne domniemane przyczyny notowano: nadmierne palenie tytoniu, następnie syfilis i przeziębienia. Leczenie stwardnienia tętnic jest chorobą bardzo pospolitą, chromanie zaś

przestankowe—dość rzadką; dalej, przytoczone powyżej czynniki, wywołujące stwardnienie tętnic, działają na cały układ krwionośny, tu zaś mamy do czynienia ze zmianami miejscowymi jedynie w kończynach dolnych. Otóż, zdaniem autora, prawdopodobnie obok innych czynników szkodliwych odgrywają tu bardzo ważną rolę wpływy miejscowe termiczne, t. j. przeziębienie nóg.

Rozpoznanie chromania przestankowego, o ile następuje ono w typowej postaci, nie przedstawia żadnych trudności, zwłaszcza jeżeli uważnie zbadamy tętnice stopowe. Chód znamieny łatwo odróżnić od chodu chorych, dotkniętych organicznymi cierpieniami rdzenia i mózgu. Należy jednak mieć na uwadze cierpienia z podobnymi nieco objawami: *dysbasia* w histeryi i neurastenii, *ischias*, *myasthenia gravis pseudoparalytica*. Ostatnie cierpienie wyróżnia się tem, że szybko występujące znużenie i wyczerpanie dotyczy całego ustroju, szczególnie mięśni, unerwionych przez nerwy, wychodzące z opuszki, że w cierpieniu tem brak zaburzeń naczynioruchowych, brak bólów i t. p.. Zwłaszcza zaś należy nie zapominać, że są nerwice, mające pewne podobieństwo z chromaniem przestankowem: *gangraena symmetrica s. morbus REYNAUDI* [ogólne objawy neurastenii, występowanie atakami niezależnie od użycia członków, brak widocznych zmian w naczyniach i t. p.], *acroparaesthesia*, opisana przez FR. SCHULTZEGO [objawy przeważnie czuciowe, występowanie głównie w górnych kończynach i zwłaszcza u kobiet], *akinesia algera*, opisana przez MOEBIUS'a [objawy histeryi, umiejscowienie częste w karku, w grzbiecie, przyczyna nie ból, a raczej obawa bólów przy ruchach], *erythrometalgia*, opisana przez WEIR MITCHEL'a i LANNOIS [obok zaczerwienienia znaczne obrzmienie skóry, podniesiona ciepłota, tętnienie naczyń, występowanie bez powodu, zwłaszcza w nocy]. W końcu, dodaje autor, należy mieć na uwadze i dnę, mogącą wywoływać podobne objawy.

Rokowanie zależy głównie od tego, czy dość wcześnie postawiono należyte rozpoznanie. Wogóle, jak pouczają przytoczone przez autora przypadki, nie jest ono złe.

Leczenie powinno mieć na celu przede wszystkim usunięcie przypuszczalnych przyczyn cierpienia, a więc: jeżeli chodzi o syfilis, należy dawać jodek potasu w dużych dawkach lub zastosować rtęć; należy zabronić palenia tytoniu, używania napojów wysokokowych, przeziębiania lub przegrzewania nóg, a w razie obecności dny lub moczołki cukrowej należy zalecić odpowiednią dietę. Zabronić należy zbyt energicznych zabiegów wodoleczniczych, a więc tak zimnych, jak i gorących kąpeli nóg, energicznego mięsienia, gwałtownych ruchów, gimnastyki i t. p.. Co się tyczy diety, to oprócz tytoniu i alkoholu zabronić należy chorym kawy, herbaty i wogóle rzeczy ostrych, działających na nerwy naczynio-ruchowe; ze środków leczniczych trzeba unikać sporyszu, ergotyny, naparstnicy i t. p..

Jako *indicatio morbi* stosować powinniśmy te środki, które z jednej strony dodatnio działają na stwardniałe naczynia, z drugiej zaś są w stanie usunąć zaburzenia naczynioruchowe, a więc rozszerzać naczynia. W tym celu podajemy przez dłuższy czas jodek sodu lub potasu, na który możemy bardzo wiele liczyć, w celu zaś rozszerzenia naczyń stopowych stosujemy dwa środki fizykalne: ciepło i prąd galwaniczny. Ciepło pod postacią kąpeli nożnych ciepłych [nie gorących!], ciepłych obwijań, okładów przysniewiczskich i t. p.; prąd galwaniczny—najlepiej pod postacią wanny galwanicznej dla nóg [obie nogi w oddzielnych wanienkach z wodą słoną 27—29° R., prąd dość silny od 12—20 M. Amp. po 3—6 minut w jednym i w drugim kierunku]. Jako środek pomocniczy w celu podniesienia ciśnienia krwi stosować można strofant, lecz nie naparstnicę. Na szczególną uwagę zasługuje jeszcze uregulowanie ruchu i stopnia używania nóg. CHARCOT zalecał chorym swoim miesiące całe leżeć w łóżku, dopiero kiedy występuje pewna poprawa, można pozwolić chorym ostrożnie—z zegarkiem w ręku—rozpocząć chodzenie, przedłużając je powoli i stopniowo. Tą dro-

gą osiągnąć można nieraz znakomite wyniki. Nie wolno też zapominać, że wszelkie najmniejsze uszkodzenia skóry na palcach i na stopie powinny być leżone z możliwą starannością, za pomocą środków dezynfekcyjnych i antyseptycznych w celu uniknięcia grożącej zgorzeli.

W końcu swej pracy autor wskazuje na blizkie pokrewieństwo, jakie istnieje pomiędzy postaciami chorobowymi, powstałymi wskutek zaburzeń naczyniowych, a „chromaniem przestankowem“, dla którego zaleca nazwę „dysbazy przestankowej w następstwie stwardnienia naczyń“ (*dysbasia intermittens angiosclerotica*).

Stanisław Kopczyński.

(*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. T. XIII. 1898*).

30. Leyden i Jacob. O stosowaniu fizykalnych metod leczenia.

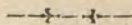
Autorowie zwracają uwagę na pożytek tak zwanego leczenia ortopedycznego (*Uebungstherapie*), które ostatnimi czasy zajęło wybitne miejsce w terapii. Chcąc wykonać pewne próby w tym kierunku, autorowie stosowali tę „nową“ metodę w ciągu całego ubiegłego [letniego] półroczu w odpowiednio dla tego urządzonym baraku i otrzymali nader pomyślne wyniki, szczególnie przy leczeniu wiądu rdzenia. Głównymi aparatami ortopedycznymi były następujące przyrządy: 1) Krzesło przesuwane nader prostej konstrukcyi. 2) Przyrząd kratkowy (*Gitterapparat*), na którym pacjent ma możność ćwiczenia swych dolnych kończyn; przyrząd składa się z ramy kwadratowej $1\frac{1}{4}$ metra wysokości; w kierunku pionowym przeciągnięte są cztery sznury, w poprzecznym zaś również cztery płócienne pasy. Pacjent stopniowo ćwiczy się w trącanie nogą [np. przy beładzie ruchowym] w odpowiednią przedziałkę. 3) Drabina leżąca, która się składa z trzech długich drewnianych wycięcia, połączonych szczeblami, dającymi się wysuwać. Chory, wspierając się na odpowiednio w tym celu urządzonym krześle, stawia swe ataktyczne nogi w przedziałki pomiędzy szczeblami i uczy się w ten sposób prawidłowego stawiania swych kończyn. 4) Schody dla ćwiczeń; są to zwykle schodki przenośne z poręczami chorego, wchodząc na nie i zstępując, pomaga sobie rękami. Sposób użycia tych przyrządów jest nader prosty, a zrobić je może każdy stolarz. Pozostałe przyrządy, choć bardzo pożyteczne [np. deska dla suspensyi], są jednak dość kosztowne i dlatego pomijamy je milczeniem.

Autorowie mieli 13 klinicznych i 15 poliklinicznych chorych. Przypadki były przeważnie dość ciężkie [sześć w II paraplektycznym okresie wiądu rdzenia]. Wyniki wogóle okazały się nader pomyślnymi, naprzykład: jeden z pacjentów (*tabes dorsalis*) rok cały był przykuty do łóżka; po 14 miesięcznym trwaniu leczenia ortopedycznego pod kierunkiem lekarza jest w stanie wstępować na drugie piętro i odbywać krótkie przechadzki. Drugi pacjent po 6 miesięcznej kuracji może chodzić z pomocą sługi, a od 7-miu lat był wozony na krześle. Wielkim ma być wpływ na psychikę chorych, którzy, widząc ciągłe, choć niewielkie postępy, nabierają ochoty i wiary w swe siły i w skutek leczenia, wiary, która już ich stanowczo opuściła.

(*Charité-Annalen. (Berlin). XXIII Jahrg.*).

A. Żebrowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział biologiczny, chemiczno-fizyczny i statystyczno-meteorologiczny.

Na posiedzeniu z dnia 9 lutego r. b. kol. FABIAN i NENCKI wypowiedzieli odczyt „O dezynfekcyi mieszkań“. Rzecz ta ukaże się w całości w *Gazecie*.

W dyskusyi kol. TCHÓRZNICKI wyraził przekonanie, że walka z zarazkami dopóty nie wyda pożądaných owoców, dopóki wśród publiczności utrzymywa-

się będą błędne pojęcia o potrzebie i skuteczności dezynfekcyi, a zwłaszcza dopóki osobniki zakażone, nie znając zasad higieny, będą siały zarazę. Dlatego T. uważa za konieczne popularyzowanie higieny i profilaktyki nie tylko wśród publiczności dojrzałej, lecz i w szkołach.

Kol. S. GROGLIK robił doświadczenia z dezynfekcją mieszkań za pomocą przyrządu SCHERING'a, używając stale 2 gm. pastylek formalinowych na 1 m. sz. przestrzeni; wyniki dodatnie otrzymywał tylko wtedy, kiedy hodowle drobnoustrojów, rozsmarowane na płótnie, umieszczał w ten sposób, iż aldehyd mrówczany miał do nich dostęp łatwy. Pozostawiając hodowle lasecznika dyfterytu, gronkowców i paciorkowców ropotwórczych i t. p. w próbkach, można było po przeszczepieniu otrzymywać nowe hodowle.

Wydział higieny wychowawczej.

Na posiedzeniu z dnia 11-go lutego r. b. kol. DOLIŃSKI odczytał szkic zapowiedzianego regulaminu higieny szkolnej. Rzeczą jeszcze nie wykończoną. Ostateczna redakcja, razem z uzupełnieniem, będzie wniesiona na przyszłym posiedzeniu.

Przewodniczący zapytuje: w jaki sposób ma wydział dostarczać te broszury komu należy?

Zgodzono się na wniosek kol. CHEŁCHOWSKIEGO: użyć najprzód pośrednictwa pism ludowych, które wydrukowałyby wyciągi, samą zaś broszurę rozesłać przez pocztę.

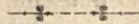
Za inicjatywą wydziału higieny ludowej postanowiono wspólnie z nim polecić uwadze Rady Towarzystwa odezwy: jedną do p. kuratora okręgu naukowego, a drugą do redakcyi „Przeglądu Pedagogicznego“, uzasadniając potrzebę rewakynacyi dzieci, uczęszczających do szkół.

Następnie kolega ROSZKOWSKI odczytał szemat mającego się wypracować elementarnego podręcznika higieny i dyetetyki wychowawczej p. t.: „Jak wychowywać dzieci pod względem fizycznym?“

Na zakończenie przewodniczący podniósł znaczenie artykułu prof. BOGUSKIEGO w najnowszym N-rze „Świata“ w kwestyi odpowiedniości sztucznego światła dla naszego oka przy różnych zajęciach [specyalnie palników AUER'a]. Autor rozbiiera, jakie dziedziny widma wogóle, i które promienie świetlne są szkodliwe, a które znów oko najlepiej znosi. Ponieważ jest to raczej kwestya naukowa, przeto zgodzono się prosić sekcję techniczną, oraz Towarzystwo Lekarskie o zajęcie się nią.



WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



3. **Accinum. Akoina, nowy środek miejscowo znieczulający.** TROLLDENIER i HESSE (*Therap. Monatsh.* 1899. 1) przeprowadzili szereg doświadczeń nad rozmaitymi związkami guanidyny (*Alkyl-oxy-phenyl-guanidine, v. Acoine*). Ostatecznie z owych różnych związków wybrali jeden, najłatwiej rozpuszczalny w wodzie, i temu nadali nazwę akoiny — *accinum*.

Przedewszystkiem na zwierzętach [na psach] przekonali się, że akoina jest daleko mniej trującą, aniżeli kokaina.

Następnie na oczach królików wypróbowali działanie znieczulające wzmiankowanego przetworu. Akoina w substancyi, albo w mocnym roztworze, zastosowana na gałkę oczną, wywołuje zupełne jej znieczulenie, trwające

kilka dni, ale jednocześnie powstaje silne podrażnienie zapalne łącznicy i rogówki.

Roztwory kokainy stosowano w ten sposób, że do worka łącznicowego, utworzonego przez odciągnięcie dolnej powieki od gałki, wpuszczano kilka kropel za pomocą pipety i trzymano około jednej minuty.

Działanie znieczulające występuje w ciągu 1—2 minut i trwa stosownie do mocy roztworu rozmaicie długo, a mianowicie: roztwór 1:1000 daje znieczulenie, trwające 15 minut; 1:400—30 minut; 1:200—60 minut; 1:100—80 minut; 1:40—dłużej, niż jeden dzień.

Pamiętać wszakże należy, że roztwór 1:40 wywołuje choć przemijające, ale silne podrażnienie; słabsze zaś roztwory są zupełnie wolne od wszelkiego działania drażniącego i dają doskonale znieczulenie. Zresztą doświadczenie nauczyło, że można działanie słabego roztworu akoiny wzmocnić przez to, że: albo pozwalamy owemu roztworowi dłużej nad jedną minutę działać na gałkę oczną, albo też w kilka minut po pierwszym wkropleniu jeszcze raz kilka kropel wpuszczamy do worka łącznicy.

Przekonawszy się, że wzmiankowany przetwór tak doskonale znieczuli zakończenia nerwów w oku, zabrano się do wypróbowania wstrzykiwań podskórnych i zaskórnych [metoda SCHLEICH'a]. Istotnie, wyniki otrzymano bardzo dobre: przedewszystkiem nie zauważono żadnych objawów niepożądanych, nieprzyjemnych, a następnie otrzymywano ograniczone znieczulenie

Po licznych próbach TROLLENIER i HESSE doszli do tego przeświadczenia, że do roztworu akoiny, użytego zamiast płynu SCHLEICH'a, lepiej zupełnie morfiny nie dodawać. Formuła zatem owego roztworu, zalecanego do stosowania według metody SCHLEICH'a, jest następująca:

Rp. *Acoini* 0,1
Natrii chlorat. 0,8
Aqu. destillatae 100,0.

Wzmiankowani badacze przedewszystkiem na sobie wypróbowali wstrzykiwania zaskórne [metoda SCHLEICH'a] płynu dopiero co przytoczonego i przekonali się, że to nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw i że znieczulenie otrzymuje się bardzo dobre. Oprócz tego należy tu jeszcze dodać że znieczulenie, otrzymane tym roztworem akoiny, trwa dłużej, aniżeli znieczulenie, które powstaje pod działaniem płynu SCHLEICH'a.

Roztwory akoinowe, wystawione na działanie światła, zmieniają się nieco, chociaż na działaniu swem prawie nie tracą. W każdym razie lepiej roztwory akoiny trzymać w ciemnym miejscu, gdzie można bez zmiany przechowywać je przez czas dłuższy.

Wprawdzie i słabe nawet roztwory akoiny posiadają własności antyseptyczne, tak, że grzybki w nich się nie rozwijają, jednakże lepiej za każdym razem przed użyciem przygotować sobie świeży roztwór, albo też, mając sporządzony już roztwór, tenże przed samem użyciem przegotować.

Z tego wszystkiego, co powiedziano, wynika, że wogóle akoiny są daleko mniej trujące, niż kokaina, i że zupełnie kokainę mogą zastąpić nawet w słabych roztworach, gdyż szybciej i dłużej, niż kokaina, działają. Rozumie się, że dalsze spostrzeżenia innych lekarzy wykażą, czy istotnie nowy przetwór, o którym mowa, ma tyle wyższości nad niezmiernie cenną dotąd kokainą.

Wiktor Grostern,

Wiadomości bieżące.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie donosi: Z inicjatywy Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Towarzystwa przyrodników polskich imienia Kopernika utworzył się Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w połączeniu z wystawą przyrodniczo-lekarską w lecie 1900 roku w Krakowie. Przewodniczącymi Komitetu są prof. D-r K. Kostanecki i prof. D-r A. Witkowski, sekretarzem generalnym Doc. D-r St. Ciechanowski, skarbnikiem D-r J. Gwiazdomorski. W skład Komitetu wykonawczego wchodzi dalej: Prof. D-r E. Bandrowski, Prof. D-r N. Cybulski, Prof. D-r S. Domański, p. E. Heller, właścic. apteki, inżynier R. Ingarden, prezes i delegat Tow. Techn. Krak., D-r A. Kwaśnicki, Doc. D-r L. Kryński, Prof. D-r S. Ponikło, Doc. D-r J. Raczyński, D-r M. Śliwiński, D-r J. Surzycki, Prof. Steingraber, delegat Tow. Techn. Krak., D-r St. Tolloczko, Prof. D-r L. Wachholz, Prof. D-r A. Zarewicz. Do pełnego Komitetu gospodarczego należą oprócz już wymienionych: Prof. D-r O. Bujwid, Prof. D-r E. Godlewski, Prof. R. Gutwiński, Prof. D-r H. Hoyer, Prof. D-r M. L. Jakubowski, Prof. D-r H. Jordan, Radca dworu Prof. D-r E. Korczyński, Prof. I. Kranz, Prof. D-r K. Klecki, D-r M. Kohn, Prof. D-r J. Łazarski, Doc. D-r W. Łepkowski, Dyr. I. Petelenz, prezes Tow. imien. Kopernika, Prof. D-r P. Pieniążek, prezes Tow. Lek., Prof. D-r J. Rostafiński, Doc. D-r A. Rosner, Prof. D-r M. Rudzki, Doc. D-r L. Świtalski, Radca Prof. D-r B. Wicherkiewicz, Prof. D-r K. Żórawski. Skład sekcji Komitetu gospodarczego zostanie później ogłoszony.

Doc. D-r Ciechanowski,
sekretarz generalny.

(Kraków. Karmelička 25).

— Opuścił prasę pierwszy zeszyt „Postępu Okulistycznego“, wydawanego przez prof. WICHERKIEWICZA w Krakowie; zawiera artykuły oryginalne: 1) Kilka słów w sprawie rozmiękania rogówki u noworodków prof. WICHERKIEWICZA. 2) Przetoki rogówko-twardówkowe po operacji zaćmy powstałe tegoż autora. 3) Ropień powieki górnej, jako przyczyna ropo-posocznicy J. TALKI. Treści trzyarkuszowego numeru dopełnia kilkanaście starannie opracowanych streszczeń, oceny nowych książek, wiadomości z towarzystw lekarskich, notatki terapeutyczne, drobne wiadomości i sprawy drobne. Nie wątpimy, iż nowy polski „*archiw*“ z radością powitany zostanie przez kolegów okulistów, oraz iż pod energicznym i wyprobowanym sterem tak wytrawnego redaktora, jakim się okazał prof. WICHERKIEWICZ dla „Nowin Lekarskich“, rozwinąć się będzie z korzyścią i chlubą dla ojczystej nauki.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 6. M. RUTKOWSKI. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków. [C. d.]. W. HERMAN. O znaczeniu rozpoznawczem promieni ROENTGEN'a w kamicy nerkowej. J. SIEDLECKI. Zarośnięcie zupełne jamy macicy po jej wyskrobanu. — *Medycyna* № 6. F. NEUGEBAUER. Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalii zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. A. MARCINKOWSKI. Przyczynę do nauki o przepuklinach ściany brzucha. M. KRAUSHAR. Kilka słów o krzywicy w Warszawie. [C. d.]. — *Zdrowie* Zeszyt 161. B. MERECKI. Niedosyt powietrza w Królestwie Polskiem, w Zachodnich Guberniach Cesarstwa i w Galicyi. J. POŁAK. Poszukiwania nad brukiem drewnianym [Dok.].

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Encyklopedyi Powszechnej“ S. Orgelbranda.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 5 Фев. 1899. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

A P T E K A

E. G E S S N E R A

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w rurkach zatopionych (in ampulis).

Środki ulegające rozkładowi przy ciepłocie wrzenia wody, wyjąłowane sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.

Acid benzoic. c. Camphor. aa 0,10. Spirit. Vini.		Ergotinum dialysat. Bombel.	0,10 in 1 CC.
Antipirin. Knorr. 0,25 in 1 CC.		" " "	0,20 in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk. 0,01 in 1 CC.		" " Bonjean	0,10 in 1 CC.
Camphora resublimat. 0,10 in 1 CC. ol. amygdal. dulc.		" " Denzel	0,10 in 1 CC.
Chininum bimiriatie.	0,10	" " Wigersi	0,10 in 1 CC.
" "	0,20		
" dihydrobromic.	0,10		
Coffeinum natro-benzoicum	0,20	Kali cartharidinici	0,0002
Cornutin Kobert	0,005	Morphin. muriat. Merk	0,01
Cocain. muriat. Merc.	0,01	" " "	0,02
" " "	0,03	" " "	0,03
" " "	0,05	" phtalicum "	0,01
Eucain. hydrochlor	0,05	Pilocarpin. muriatic.	0,01
		Strychnin. nitricum	0,001

in 1 CC.

in 1 C. C.

Środki lecznicze, jak eter i sole rtęciowe, niewyjąłowane, a tylko rurki napełnione i następnie zatopione.

Aether acetic. c. Camphor. 0,05 in 1 CC.	
" depurat 1 CC.	
" " c. Camphora 0,10.	
" " " 0,10 et 30% Ol. amygd. dul. in 1 C.C.	
Hydrarg. benzoicum 0,02—Na Cl 0,02 in 1 CC.	
" bichlorat. corrosiv. 0,01—Na Cl. 0,20 in 1 CC.	
" cyanatum 0,01 in 1 CC.	
" formamidat 0,01 in 1 CC.	
" glutino-pepton-hydrochlor. 0,01 in 1 CC.	
" peptonatum 0,01 in 1 CC.	

Każda rurka posiada płynu od 1,1 CC. do 1,2 CC. Jestto zrobione ze względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego rozlania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

Środki lecznicze, nieobjęte powyższym spisem, lub też w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrządza na żądanie, w niemniejszej jednak ilości jak 24 rurek.

Dla wygody PP. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne w płótno zawierające strzykawkę Pravaza z azbestowym lub gumowym tłoczkiem i miejsce na 6 rurek. Cena pudełka bez płynów sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, z igłami platynowymi rs. 2 kop. 50.

Józef Stanisław KOCH

ORTOPEDYSTA

Warszawa, Widok 16.

3-3

Dyplomowany w Szkole Ortopedycznej w Paryżu 1895 r.

Nagrodzony pierwszym **Medalem Złotym** na Warszawskiej Wystawie Hygienicznej w 1895 r.

Uzupełniwszy niezbędne dla Mechanika-Ortopedystry studia teoretyczne zwiedzeniem i pracą we wszystkich pierwszorzędných zakładach ortopedycznych: Paryża, Londynu, Wiednia, Berlina i Göttingen (Hessing) mam zaszczyt polecić ciążu lekarskiemu wyspecjalizowane przezemnie gorsety i aparaty przeciw skrzywieniom szkieletu, chronicznemu zapaleniu kręgow, nerce wędrującej, przepuklinom (szczególnie udowym), i t. p. oraz — protezę.

Zdobywszy już sobie sumiennem wykonaniem uznanie powag lekarskich, mam nadzieję pozyskania sobie szerszego koła Panów Doktorów.

Warszawa


J. S. KOCH.

Widok 16.

Levico

*Najlepsza woda żelazista, zawierająca
arszenik.*

Dziesięciokrotnie rozcieńczona w wodzie, winie czerwonym lub piwie

 najłagodniejsza, 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—8

Apteka K. WENDY

OPATRUNKI WYJAŁOWIONE w Pracowni bakteriologicznej

D-ra Wł. Palmirskiego

Wata	Bandaże.	6—1
Gaza	Tampony.	

Dla szpitali, zakładów leczniczych i aptek odpowiedni rabat.

D-r Gustaw Heyman-Kleczewski

ordynuje stale w NICEI.

3-2

51.

rue Pastorelli

51.