

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU DZIEC. JEZUS D-RA K. CHEŁCHOWSKIEGO.

I. O ZAPALENIU NERWÓW OBWODOWYCH W NASTĘPSTWIE OTRUCIA TLENKIEM WĘGLA.

Podał

W. Męczkowski,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

Zdobywszy ostatnich lat z zakresu anatomii i fizjologii nerwów, zmieniające zasadniczo poglądy nasze na budowę układu nerwowego, musiały być stopniowo przenikać w dziedzinę kliniki chorób nerwowych, dawać faktom klinicznym nowe oświetlenie, a jednocześnie nadawać, rzec można, pewien kierunek myśleniu klinicznemu.

Jednym z zasadniczych objawów wpływu nowej nauki będzie niewątpliwie zacieranie ostrych granic, jakie wielokrotnie stawia klinika między chorobami różnych części układu nerwowego: nerwów obwodowych, rdzenia i mózgu.

Układ, klasyfikacya chorób nerwowych, oparta przeważnie na materiale klinicznym, musiała być doprowadzać do zbyt stanowczego rozgraniczenia różnych postaci klinicznych. Jednym z wybitnych przykładów niezgodności poglądów klinicznych z anatomicznymi jest sprawa cierpień nerwów obwodowych i ośrodków w następstwie otrucia różnymi jadami.

Stosownie do poglądów wielu nowszych nawet klinicystów, niektóre jady mają działać tylko na obwodowe części układu nerwowego, inne zaś działają tylko na ośrodki. Według tego poglądu, arsenik, ołów dotyczą głównie obwodowych części układu nerwowego; inne znów, jak: siarek węgla, tlenek węgla, działają przeważnie na ośrodki nerwowe.

Nawet liczne i zupełnie pewne fakty obserwacyi klinicznej, fakty, stwierdzone przez badanie pośmiertne, zaledwie powoli podrywają wiarę w wytworzony szematycznie podział. Obfita ilość spostrzeżeń klinicznych, tak obfita, że nie kusimy się tu przytaczać pojedynczych danych z literatury, wykazała, że we wszystkich rodzajach otrucia zdarzają się zarówno cierpienia nerwów obwo-

dowych, jak i ośrodków, że przeto ostry podział jadów na dwie katogorye⁵ jest nieuzasadniony.

Inaczej być nie może. Układ nerwowy składa się z szeregu oddzielnych jednostek anatomicznych, neuronów, z których każdy posiada część ośrodkową i obwodową. Neuron stanowi jednak całość nie tylko pod względem anatomicznym, lecz i pod względem fizyologicznym. Aby neuron mógł należycie funkcyonować i żyć, potrzebna jest całość wszystkich składowych części jego. Gdy uszkodzona jest jedna część, musi się to odbić i na pozostałej części neuronu. W ten sposób włókno nerwowe ściśle jest związane pod względem fizyologicznym z komórką: przerwa tego związku z ośrodkową częścią neuronu powoduje śmierć włókna [oddawna znane t. zw. zwyrodnienie WALLER'a]. Lecz z drugiej strony, jak wykazały najnowsze badania, uszkodzenie obwodowej części neuronu odbija się następnie i na części ośrodkowej [t. zw. zwyrodnienie wsteczne]. Ztąd wynika, że jeśli jakikolwiek czynnik spowoduje cierpienie obwodowe, to wtórnie może powstać cierpienie ośrodkowe i odwrotnie. Zaznaczyć jednak wypada, że zmiany, które występują w komórkach nerwowych przy uszkodzeniu nerwów obwodowych, mogą przedstawiać znaczne wahania, mniej lub więcej uchwytne dla oka, a także mniej lub więcej szkodliwe dla samej komórki. W każdym jednak razie uszkodzenie włókna obwodowego musi się odbić w pewnym stopniu na komórce.

Tak więc w świetle nowoczesnych danych niemożliwe jest stanowcze rozgraniczenie cierpienia obwodowych i ośrodkowych. Natomiast pytanie może polegać tylko na tem, czy cierpienie dotknęło głównie części obwodowej, czy też ośrodkowej.

Większość jadów wywiera pierwotnie wpływ swój toksyczny na nerwy obwodowe. Według teorii GOLDSCHIEDER'a i MOXTER'a, ma to zależeć od warunków anatomicznych: obwodowe rozgałęzienia nerwów są w większym stopniu omywane krwią i sokami; na każdą cząstkę włókna obwodowego przypada znacznie większa objętość krwi i soków, niż na podobną cząstkę włókna ośrodkowego. Ztąd wynika, że włókna obwodowe znacznie silniej wystawione są na działanie jadów, krążących we krwi i sokach ustroju, niż ośrodki nerwowe. Gdy jednak ilość jadu znajduje się w większej ilości, wówczas mogą być dotknięte nie tylko szczególnie usposobione obwodowe części neuronów, lecz i ośrodkowe: wówczas mamy do czynienia nie tylko z *polyneuritis*, lecz i z cierpieniem ośrodków nerwowych.

Być jednak może, że wchodzi tu w grę nie tylko czynnik anatomiczny lecz i powinowactwo (*Affinität, Attraction*) do różnych części układu nerwowego.

Znany to fakt, że istnieje jakieś tajemnicze powinowactwo pewnych jadów do niektórych elementów anatomicznych. Fosfor wywiera szczególny wpływ na komórki wątrobowe, tlenek węgla na czerwone krążki krwi, kurara na zakończenie nerwów ruchowych w mięśniach, weratryna na włókna mięśniowe i t. p.

Przechodząc teraz do działania tlenku węgla, zaznaczyć należy, że objawy ze strony układu nerwowego zajmują jeden z najwybitniejszych punktów

w obrazie klinicznym otrucia. Cały szereg spostrzeżeń klinicznych i anatomicznych wykazuje, że wpływ tlenu węgla może ogarniać zarówno obwodowe, jak i ośrodkowe części układu nerwowego. W jakiej części bywają zmiany silniejsze, orzec trudno. W pewnej liczbie przypadków stwierdzono zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych; w innych znów, wprawdzie mniej licznych, znajdowano cierpienie nerwów obwodowych. Ta właśnie okoliczność wpłynęła, że tlenek węgla zaliczono do jądów, działających przeważnie na ośrodki nerwowe.

Wobec tego uważamy za pożyteczne podać tu parę spostrzeżeń obwodowego niewątpliwie cierpienia w następstwie działania tlenu węgla.

W dniu 25. X. 1898. przybył wyrobnik O. z Ochoty [pod Warszawą] na oddział D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO [szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie].

Wieczorem dnia poprzedniego, po napaleniu w piecu węglem kamiennym, położył się spać zdrów. Nazajutrz zaś rano o godz. 7-ej, po wyważeniu drzwi, znaleziono O. nieprzytomnym. Na oddziale znaleźliśmy chorego w stanie nawpół przytomnym przy tętnie 112 [słabem], oddechu 28 i przy stanie bezgłazkowym.

Już dla oka objętość lewej kończyny dolnej jest zwiększona. Skóra wogóle niezmieniona, lecz na tylnej powierzchni prawego uda znajduje się pas zaczerwieniony, szerokości 3 ctm., idący z góry i z zewnątrz od fałdy pośladkowej (*plica nativum*) ku dołowi i na wewnątrz, dochodzący do połowy uda. Nadto na zewnętrznej powierzchni uda na wysokości jego połowy znajduje się znacznie mniejszy pas czerwony [długości 10 ctm., szerokości 1 ctm.] z lekkim nacieczeniem skóry.

Dokonane tegoż dnia badanie moczu wykazało: mocz kwaśny, ciężaru właściwego 1023, zawiera białko w niewielkiej ilości, walczki ziarniste, obfitą ilość moczanów, wreszcie hemoglobinę.

Dnia 26. X. Przytomność wróciła, ogólny stan lepszy. Skóra na lewym udzie napięta, nie obrzękła. Zarówno udo, jak i goleń lewa na dotyk cieplejsze, niż ze strony prawej. Utrata ruchu i czucia dotyku w zakresie nerwu piszczelowego i strzałkowego lewego. Nadto zniesione czucie dotyku i bólu na wewnętrznej powierzchni wielkiego palca. Na całej stopie zupełne zniesienie czucia bólu w zakresie *nn. tibial. et peron.*, na goleni zaś do wysokości $\frac{1}{3}$ górnej części znaczne upośledzenie czucia bólu w zakresie tych nerwów, wybitniej wyrażone w nerwie strzałkowym.

Nadto osłabienie czucia bólu i dotyku na wewnętrznej powierzchni uda w okolicy unerwionej przez nerw zasłonowy, *obturatorius*, a także ograniczenie ruchów w mięśniach przywodzących uda. Czucie ciepła, a także czucie faradyczne zachowują się podobnie, jak czucie bólu: na stopie zupełne zniesienie, na goleni znaczne upośledzenie. Pobudliwość faradyczna w *nn. tibial. i peron.* z lewej strony zachowana, choć słabsza, niż prawej. Pobudliwość galwaniczna ilościowo obniżona, jakościowo prawidłowa. Pobudliwość mechaniczna mięśni całego ciała bardzo wzmożona.

Chód niemożliwy z powodu dokuczliwych bólów w stopie i zewnętrznej powierzchni goleni. Przy próbie ruchów stopa luźno opada, przybierając pozycję właściwą porażeniu nerwu strzałkowego (*Spitzfussstellung*). Ruchy bierne w stawach: stopowym, kolanowym, biodrowym, możliwe, lecz bolesne, zwłaszcza w stawie kolanowym. Nerwy w całym swym przebiegu na udzie i goleni, a także mięśnie, zwłaszcza zginacze i wyprostne uda, a także wyprostne stopy (*flexio dorsalis*), bolesne przy ucisku.

Odruchy kolanowe żywe, z lewej strony nieco silniejsze; odruch stopowy prawy jest, lewego niema zupełnie. Odruchy z *mm. semimembran.*, *semitendinos.* są z obu stron. Odruchu z *m. biceps femor. sin.* niema. Odruch prawy podszwowy wyraźny, lewego ani śladu. Odruchy z mięśni nosidłowych (*cremast.*), a także brzuszne żywe.

Obwód uda [w odległości 15	22	i 28 ctm. od nadkłykcia przysród.
prawe " "	41,5	45,5 44,5
lewe " "	45,5+[4,0]	—50,0[+4,5]—52,0+[7,5]
Obwód goleni [w odległości 16	i	22 ctm. od kostki przysródkowej].
prawa " "	28,5	30,5 "
lewa " "	29,5[+1,0]	—32,0+[1,5].

Dnia 28. X. Chory uskarża się na bóle w lewym udzie, zwłaszcza na tylnej powierzchni wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego.

Skóra na tylnej i wewnętrznej powierzchni lewego uda od fałdy pośladowej aż do dołu podkolanowego obrzękła, ciastowata; ślad ruchów w palcach stopy [mianowicie zginanie podszwowe], a także w mięśniu trójgłowym łydki [wraca więc ruch w zakresie nerwu piszczelowego]. Mięśnie przywodzące uda prawidłowej siły. Czucie w zakresie nerwu zasłonowego prawidłowe.

Na grzbiecie stopy chory nie odczuwa delikatnych dotknięć, lecz grubsze odczuwa należycie. Na goleni i na udzie czucie dotyku lepsze, niż dni poprzednich.

Dnia 29. X. Wróciło czucie dotyku na wewnętrznej powierzchni stępu i śródstopia, lecz na wewnętrznej powierzchni palucha czucie zniesione, jak dawniej. Czucie dotyku na goleni wydaje się prawidłowe. Ruchy mięśni w zakresie nerwu piszczelowego coraz wyraźniejsze, lecz ani śladu ruchów w zakresie nerwu strzałkowego. Czerwone pasy na udzie zniknęły.

Dnia 1. XI. Czucie dotyku najbardziej upośledzone na podszwowie. Na grzbiecie stopy upośledzenie czucia zajmuje okolice, unerwioną przez gałąź powierzchowną nerwu strzałkowego. Na goleni i na udzie czucie prawidłowe. Odruchy kolanowe z obu stron wydają się jednakowo żywe. Zjawia się odruch stopowy lewy, choć bardzo słaby, a także lewy skórny podszwowy, jednak znacznie słabszy od prawego. Czucie faradyczne istnieje wszędzie, choć na lewej stopie znacznie słabsze, niż na prawej. Pobudliwość faradyczna z nerwu strzałkowego i piszczelowego z obu stron prawie jednakowa. Ruchy w zakresie mięśni porażonych wracają choć nieznacznie.

Dnia 2. XI. Na tylnej powierzchni uda w górnej jego połowie wystąpiło wyraźne żółte zabarwienie skóry.

Dnia 4. XI. Zabarwienie żółte bez zmiany. Obrzęk uda tylko na tylnej jego powierzchni. Czucie i ruchy w stopie coraz lepsze.

Tegoż dnia chory opuścił szpital. Co do obrzękłego uda zaznaczamy, że objętość jego wzrastała stale do dnia 29. X, później zmniejszała się, choć jeszcze w dniu wyjścia chorego ze szpitala była większa, niż prawej nogi.

Dnia 11. XI. O. powtórnie przybył na oddział z powodu dokuczliwych bólów w całej lewej kończynie dolnej, a zwłaszcza nieznośnego palenia i pieczenia pod podeszwą i na zewnętrznej powierzchni lewej goleni. Na wewnętrznej, a zwłaszcza tylnej powierzchni uda lewego, obrzęk jeszcze wyraźny. Jednak wymiary okazują, że objętość lewej kończyny jest już mniejsza, niż prawej. Punkty bolesne: wzdłuż nerwu kulszowego, ogromnie bolesny punkt dla nerwu strzałkowego, dla nerwu piszczelowego, zresztą bolesne przy ucisku mięśnie na tylnej powierzchni uda, nadewszystko zaś mięśnie goleni [mięsień trójgłowy], mniej bolesne mięśnie podeszwy. Nadto znaczny ból występuje przy silnem [maksymalnym] zgięciu uda.

Co się tyczy czucia, to istnieje znaczne upośledzenie czucia dotyku w obrębie nerwu strzałkowego na grzbiecie stopy i osłabienie czucia dotyku na podeszwie. Takież samo upośledzenie czucia bólu daje się spostrzegać w tychże okolicach, z tą różnicą, że głębokie ukłucia w pasie znieczulenia dotykowego na grzbiecie stopy odczuwa chory jako ból słaby, lecz odnosi je do podeszwy. To samo powiedzieć należy o upośledzeniu czucia ciepłoty.

Odruch podeszwowy lewy jest, choć znacznie słabszy, niż prawy; lewy odruch stopowy bardzo słaby, na prawej zaś stopie *Fussclonus* [stopotrząs]. Odruchy kolanowe żywe, z obu stron jednakie. Czucie faradyczne na lewej kończynie znacznie słabsze. Oddziaływanie na prąd faradyczny i galwaniczny osłabione; odczynu zwyrodnienia niema.

W czasie pobytu na oddziale bóle w udzie zniknęły, lecz na zewnętrznej powierzchni goleni, a także na podeszwie [pod 3—4 i 5 palcami] pozostały bez zmiany. Bóle te [palenie, pieczenie] wzmagały się często napadowo i były niekiedy tak silne, że chory płakał.

Chory opuścił oddział d. 27. XI. 1898; w dniu tym badanie czucia bólu dotyku i badanie prądem elektrycznym dały wyniki takie same, jak w dniu 12. XI. 1898.

Obrzęk skóry na tylnej powierzchni, uda istniał wciąż, aczkolwiek może coraz mniejszy. Natomiast zanik mięśni całej lewej kończyny dolnej był znacznie wyraźniejszy już dla oka.

Zaznaczyć należy, że d. 15. XI wystąpił nagle obrzęk członka i napletka, co po 2-ch dniach znikło.

W dniu 29. III. 1899 r. ponownie widzieliśmy chorego.

Jak sam chory mówił, do Nowego Roku 1899 wciąż leżał. Od Nowego Roku chodzi, próbował przez 4 dni pracować, lecz z powodu bólów w nodze przerwał robotę. Stale doświadcza bólów na grzbiecie lewej stopy, a także w okolicy kostki zewnętrznej. Nadto dokucza mu stale czucie zimna w całej stopie lewej.

Przy badaniu znaleźliśmy: chory chodzi swobodnie, choć nieco utyka na lewą nogę, chód jakby trochę paretyczny, lecz pozycja stopy prawidłowa [dawniejsza *Spitzfussstellung* znikła]. Grzbietowe zginacze stopy możliwe. Ani śladu

obrzęków. Czucie dotyku, bólu i ciepłoty na lewej nodze zupełnie prawidłowe.

Ruchy we wszystkich mięśniach lewej nogi są, lecz w stawie stopowym, a także w palcach słabsze, niż na prawej nodze. Odruchy kolanowe żywe, z obu stron jednakie, odruchy stopowe, prawy i lewy, jednakowe. Odruchy z mięśnia nosidłowego (*cremaster*) i brzuszne bardzo żywe. Odruch podeszwo- wy lewy nieco słabszy, niż prawy. Czucie prądu faradycznego prawidłowe. Oddziaływanie na prąd faradyczny i galwaniczny z nerwów i mięśni jest, choć względnie do prawej nogi słabsze. Odczynu zwyrodnienia niema. Co do stanu mięśni kończyny dolnej lewej, to wymiary wykazały zanik, jednak w mniejszym stopniu, niż to było d. 27. XI. 1898 r.

Zresztą poniżej przytoczone cyfry najlepiej rzecz przedstawia [wymia- ry brano stale na jednej wysokości; liczby odnoszą się do kończyny lewej, cyfry zaś w nawiasach oznaczają różnicę względnie do kończyny prawej].

Dnia 27. X.	1898.	Lewe udo:	45,5(+4,0)—50,5(+5,0)—52,5(+8,0).
" 29.	"	"	46,0(+4,5)—51,0(+5,5)—51,5(+7,0).
" 1. XI.	"	"	43,5(+2,0)—49,0(+3,5)—49,5(+5,0)
" 12.	"	"	40,0(—1,5)—44,0(—1,5)—45,0(+0,5)
" 27.	"	"	34,5(—7,0)—38,5(—7,0)—41,0(—3,5)
" 29.	III. 1899.	"	36,5(—4,5)—40,0(—4,5)—42,0(—2,5)

Dnia 27. X.	1598.	Lewa goleń:	29,5(+1,0)—32,0(+1,5)
" 28.	"	"	30,0(+1,5)—32,0(+1,5)
" 1. XI.	"	"	29,0(+0,5)—31,0(+0,5)
" 12.	"	"	27,5(—1,0)—28,5(—2,0)
" 27.	"	"	27,5(—1,0)—28,5(—2,0)
" 29.	III.	"	27,0(—1,5)—28,5(—2,0)

Streszczając opis powyższy, możemy powiedzieć, że zaraz po zacczadzeniu zjawił się obrzęk lewej kończyny dolnej. Żółte zabarwienie skóry, które póź- niej wystąpiło, dowodzi, że miał tu miejsce głęboki wylew krwi. Jednocze- śnie wystąpiły objawy cierpienia nerwu kulszowego, strzałkowego, piszczelo- wego i zasłonowego. Obrzęk początkowo wzrastał, następnie zmniejszał się; lecz ślady jego na tylnej powierzchni uda trwały bardzo długo. Co się tyczy cierpienia nerwów obwodowych, to już po kilku dniach wrócił stan prawidłowy w zakresie nerwu zasłonowego.

W prędkim również czasie zaczęła, choć powoli, wracać czynność i czucie w obrębie nerwu piszczelowego.

Najbardziej uporczywym było cierpienie nerwu strzałkowego. Cierpienie nerwu kulszowego, piszczelowego i strzałkowego miało wszelkie cechy klini- czne zapalenia (*neuritis*).

Po 5-ciu miesiącach nastąpiło prawie zupełne *restitutio ad integrum*.

II. Inny przypadek odosobnionego porażenia nerwu strzałkowego spo- strzegaliśmy również na oddziale D-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO.

Bol. D. został przywieziony na oddział dnia 27. IX. 1897 r. skutkiem zczadzenia z dotkliwymi bólami i upośledzeniem ruchów w prawej kończynie dolnej. Na oddziale zauważyliśmy niewielki obrzęk prawej stopy i goleni, stopniowo wzrastający. Jednocześnie potęgowały się bóle w kończynie, zwłaszcza wzdłuż kości strzałkowej. Od samego początku wystąpiło upośledzenie czucia dotyku, bólu i ciepłoty w zakresie nerwu strzałkowego, a wkrótce doszło do zupełnego znieczulenia.

Chód znacznie upośledzony, chory powłóczy palcami stopy (*Spitzfusstellung*) porażenie mięśni zginaczy stopy: *tibial. ant., extens. digit. comm. long. et halluc. longus*. Obrzęk znikł stopniowo po 7-iu tygodniach. Powoli następowała poprawa w zakresie czucia i ruchów tak, że chory dnia 18. XI. wypisany został ze szpitala prawie zdrow. [D. n.]

II. O ZASTOSOWANIU DUOTALU I KREOZOTALU

w leczeniu przewlekłego zapalenia stawów.

Podał

Aleksander Białobrzęski,

ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Dz. Jezus.

— ✂ — ✂ —

Wobec skąpych wiadomości o istocie przewlekłego zapalenia stawów, zabiegi lecznicze przy tej chorobie, oparte na empiryi, mogą mieć na celu raczej przyniesienie ulgi choremu i usunięcie objawów choroby, aniżeli wywieranie wpływu na jej istotę. Oprócz przepisów higienicznych, o doniosłości których nigdy nie trzeba zapominać, istnieje mnóstwo środków i systemów kuracyjnych, które często zawodzą, stawiając lekarza w przykrem położeniu wobec chorego, który żąda pomocy.

Stosując u suchotników preparaty kreozotalu i duotalu, zauważyłem bardzo wybitne ich działanie przy przewlekłych zapaleniach stawów, które wyrażało się szybką rezorbeyą wysięków zapalnych i łagodzeniem bólów. Okoliczność ta skłoniła mnie do wypróbowania tych środków przy ostrych i przewlekłych zapaleniach stawów oraz przy gościecu zniepodobniającym.

Nie będę tutaj podawał własności fizycznych i chemicznych duotalu [węglanu gwajakolu] i kreozotalu [węglanu kreozotu], gdyż oba te środki szczegółowo były opisane w Gazecie Lekarskiej w dziale „Wiadomości terapeutycznych“, zaznaczyć jednak winienem, że duotal, przedstawiający się w postaci wilgotnego, tłustawego proszku o żółtawem zabarwieniu, a kreozotal w postaci mętnej, szarawożółtej, nawpół płynnej masy, nie są przetworami czyścymi i posiadają działanie niepewne.

Na początku moich badań przekonałem się, że tak kreozotal, jak i duotal nie okazują wyraźnego wpływu na przebieg ostrych spraw zapalnych w stawach.

Przystępując do wypróbowania tych preparatów przy zapaleniu stawów zniepodobniającem, musiałem ograniczyć się do materiału klinicznego niezbyt obfitego i pod względem wyników leczniczych nie obiecującego.

Z chorobą tą na klinice spotykamy się nie często i zwykle mamy do czynienia z zastarzałymi i daleko posuniętymi przypadkami, ze znacznymi przykurczeniami, zanikami i zniepodobnieniami. Chorzy tego rodzaju, nie mogąc chodzić i pracować, szukają nie leczenia, lecz przytułku w szpitalach. Gdyż, jeżeliby nawet postęp choroby się wstrzymał, pozostaną jednak zmiany w stawach, kościach, chrząstkach, więzach i mięśniach, zniekształcenia, przykurczenia, zaniki i nieprawidłowe pozycye członków wskutek długiej bezczynności i zmian w tkankach, spowodowanych sprawą chorobową.

Z tem zastrzeżeniem pozwolę sobie przytoczyć wyniki badań, dokonanych na 11 przypadkach przewlekłego zapalenia przy stosowaniu kreozotalu i duotalu. Większą część tych przypadków zawdzięczam Pp. ordynatorom innych oddziałów szpitalnych, którzy na moją prośbę zgodzili się łaskawie przepisać ich na klinikę, za co składam im serdeczne podziękowanie. Sześciu chorych otrzymywało kreozotal, a czterech duotal. Wybitnej różnicy między jednym i drugim środkiem nie obserwowałem. Duotal działa nieco energiczniej, a jako proszek bez smaku i zapachu jest przyjemniejszy do przyjmowania, niż gęsty i lepki kreozotal, który zato jest znacznie tańszy. Na przewód pokarmowy przetwory te nie tylko nie wywierają wpływu szkodliwego, lecz przeciwnie działają dodatnio, polepszając apetyt i regulując wypróżnienia tam, gdzie poprzednio były uporczywe zaparcia stolca.

Duże dawki do 10,0 na dobę u niektórych chorych wywoływały rozwolnienie i uczucie palenia w żołądku. Wogóle chorzy lepiej znosili duotal, przy którym ani razu nie widziałem zaburzeń w trawieniu. Podawałem go też nawet tym chorym, którzy po pewnym czasie niechętnie przyjmowali kreozotal lub okazywali skłonność do rozwolnień. Mocz po dłuższem przyjmowaniu kreozotalu zabarwia się na kolor zielony w stopniu, zależnym od ilości przyjmowanego lekarstwa, i nabiera swoistego zapachu. Innych zmian w moczu nie obserwowałem. Duotal dawałem w opłatkach i bez nich, kreozotal zawsze w opłatkach, przygotowywanych w ten sposób, że gęsty, tłusty płyn nalewa się w formie dużej kropli na opłatek zmoczony i rozłożony na dłoni. Gęstość i lepkość kreozotalu jest tak wielka, że nalany na wilgotny opłatek nie rozplływa się wcale i pozwala uformować gałkę dowolnej wielkości i postaci. Duotal podawałem w dawkach 0,5 lub 1,0 do 6,0 na dobę, a kreozotal w dawkach 1,0 do 2,0 do 10,0 na dobę. Wszystkie obserwowane przezemnie przypadki dadzą podzielić się na dwie grupy: jedną, przewlekłych zapaleń stawów z ostrym początkiem; drugą, bez ostrego początku, gorączki, z powolnym, przewlekłym przebiegiem od pierwszego wystąpienia choroby, z przeważnem zajęciem drobnych stawów rąk i nóg. Niektórzy chorzy byli oprócz tego dotknięci cierpieniem płuc na tle gruźlicy dziedzicznej.

Część chorych znajdowała się w szpitalu od wiosny roku 1893 i przez ten czas przechodziła różne kuracze, otrzymywała wszelakie lekarstwa, kąpiele, maści, masaż bez widocznego polepszenia, a kilkotygodniowa kuracya duotałem lub kreozotałem postawiła ich na nogi, dała wynik nadspodziewany, jak tego dowodzą poniżej przytoczone historie chorób.

I. S. Marya, 46 lat licząca, służąca, przybyła na klinikę 25. X. 1898 r. ze skargami na niemożność chodzenia i pracowania, bóle we wszystkich stawach rąk i nóg, w krzyżu i uporeczywe zaparcie stolca. W 18-ym roku życia przechodziła ostry gościec stawowy, który potem kilka razy się powtarzał. Przebieg ostatniej choroby, trwającej 18 miesięcy, był przewlekły, bez gorączki i objawów zakażenia. Z małemi przerwami chora przeleżała $1\frac{1}{2}$ roku w różnych szpitalach bez widocznej ulgi i polepszenia pomimo stosowania najrozmaitszych środków. Przy badaniu stwierdzono zmiany następujące: serce powiększone w wymiarze poprzecznym, przy wierzchołku szmer przedskurczowy, drugi ton tętnicy płucnej wzmożony. Drogi oddechowe, przewód pokarmowy i moczowy żadnych zmian nie okazały. Stawy kolanowe i gołeniowostopowe opuchnięte, skóra na nich czerwona, błyszcząca, w stawach znajduje się wysięk, który przy nacisku trzeszczy. Kolana zgięte, stopy wyprostowane, najmniejszy ruch wywołuje silny ból, rozmiary ruchów nieznaczne, szczególnie w prawem kolanie, w którym więcej wysięku. Stawy palców u rąk zgrubiałe, palce przykurczone do dłoni, ruchy ograniczone i bolesne, stawy łokciowe, ramieniowe i kolumna pacierzowa od szyi do miednicy bolesne przy ruchach i ucisku.

Wszystkie te zmiany chorobowe nie pozwalają chorej podnieść się z łóżka i zrobić nawet kilku kroków po pokoju. Naznaczono duotał po 0,5 *pro dosi*, 5,0 *pro die* obok poprzednio już stosowanych: masażu i kąpeli ciepłych. Po dwu dniach bóle zaczęły się zmniejszać, a po pięciu dniach znacznie złagodniały; jednocześnie zmniejszały się wysięki. Po pięciu tygodniach wysięki znikły zupełnie, stawy odzyskały zwykle rozmiary i formę, ruchy w nich stały się swobodnymi, bolesność znikła; bóle zjawiały się tylko w prawym kolanie, po dłuższem chodzeniu. Łaknienie dobre, wypróżnienia prawidłowe, chora chodzi i zajmuje się szyciem. Po 6 tygodniach chora wypisała się z kliniki.

II. A. O., lat 16, robotnik, przybył na klinikę 31. VIII. r. b. ze skargami na bóle w stawach: prawym biodrowym i kolanowym. Bóle rozpoczęły się przed 3 tygodniami bez gorączki i ostrych objawów. Chory pochodzi z rodziny suchotniczej. Przy badaniu znaleziono stępienie w prawym wierzchołku, przewlekły nieżyt oskrzeli, serce, przewód pokarmowy i moczopłciowy zmian nie przedstawiały. Prawy staw biodrowy i kolanowy powiększone i bolesne przy ruchach i ucisku, skóra w okolicach stawów zajętych zaczerwieniona; w kolanie znajduje się wysięk. Stan bezgorączkowy. W przeciągu 6 tygodni chory przyjmował salicylan sodu, salol, antypirynę, antyfebrynę, malakinę, jodek potasu; na zajęte stawy stosowano pijawki, jodynę, *ung. ichthyoli*, *kaliï jodati*, *acidi salicylici*, *ol. terebinthinae*, oprócz kąpeli i masażu. Wszystkie te zabiegi polepszenia nie dawały, a nawet choroba wciąż się wzmacniała.

Dnia 1. X. opuchł lewy staw golenio-stopowy, a 10. X. prawy: chory nie mógł ani chodzić, ani siedzieć; najmniejszy ruch w łóżku wywoływał silne bóle. Dnia 10. X. zacząłem stosować kreozotal po 1,0 na dawkę, od 6,0 do 8,0 na dobę; już na drugi dzień bóle zaczęły się zmniejszać, a potem zupełnie ustąpiły najpierw w stawie biodrowym, później kolanowym, a najdłużej trzymały się w stawach golenio-stopowych. Obrzmienie i zaczerwienienie stawów przeszły zupełnie. Po dwutygodniowym przyjmowaniu kreozotalu wszystkie objawy chorobowe ustąpiły i tylko przy forsownem chodzeniu odzywał się ból w prawym stawie golenio-stopowym.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z przewlekłym cierpieniem stawów od początku choroby, powstałym na tle gruźliczem.

III. J. K., lat 24 liczący, kamieniarz, przybył na klinikę 18. VIII. ze skargami na bóle i ograniczenie ruchów w stawach: ramieniowym, łokciowym, promienio-napięstkowym (*a. radio-carpal.*) i w palcach prawej ręki, kolanie i stawie skoko-goleniowym (*a. talo-cruvalis*) lewej kończyny dolnej. Choroba rozpoczęła się ostrymi objawami przed 3-ma laty, a w ostatnich czasach znacznie się pogorszyła. Matka umarła na gruźlicę. Przy badaniu znaleziono: stępienie, oddech nieokreślony, suche i wilgotne rżenia w dolnej tylnej części prawego płuca. W sercu, w narządach trawienia i moczopłciowych zmian nie wykryto. W lewym stawie skoko-goleniowym i prawym przedramienio-pięstkowym wysięk płynny; drobne stawy prawej ręki obrzmiałe i bolesne, jak również stawy: ramieniowy, łokciowy prawej ręki, oraz kolanowy lewej nogi. Ruchy w nich bolesne, możliwe są tylko w nieznacznych rozmiarach. Ciepłota przez pierwsze 4 tygodnie pobytu chorego w klinice utrzymywała się między 39° i 38° pomimo znacznych dawek salicylanu sodu [do 6,0 na dobę].

Od dnia 18. VIII. do 10. X. choremu podawano różne środki przeciwgościcowe, pod wpływem których po 4 tygodniach ciepłota wprawdzie obniżyła się, lecz wysięk w stawach nawet się powiększał.

Dnia 10. X. chory zaczął przyjmować kreozotal w dawkach do 10,0 na dobę. Po 4 dniach bóle złagodniały, a ruchy stawały się swobodniejsze w stawach: ramieniowym, łokciowym, drobnych stawach prawej ręki i palców. Bóle, ograniczenie ruchów i opuchnięcie stawów promienio-napięstkowego i skoko-goleniowego zaczęły się zmniejszać dopiero przy końcu drugiego tygodnia i ustępowały znacznie powolniej. Po 6 tygodniach pozostały tylko zgrubienia stawów napięstka (*carpus*) i śródrezcza (*metacarpus*) oraz lekkie bóle w stawach wskaziciela ręki prawej, występujące tylko przy dłuższej czynności.

Przypadek ten można zaliczyć do grupy gościca na tle gruźliczem z ostrym, gorączkowym początkiem i przebiegiem. Chory przybył na klinikę w trzy lata po pierwszych objawach choroby; polepszenie następowało powolnie i stopniowo, najpóźniej w stawach zajętych pierwotnie; chory wypisał się nie zupełnie wyleczony, ponieważ nie chciał dłużej pozostać w szpitalu i powrócił do swego rzemiosła.

IV. F. M., lat 30 licząca, wyrobница, przybyła na klinikę 24. IX. 1898 ze skargami na bóle i utrudnione ruchy w stawach: ramieniowym, łokciowym,

promienio-napięstkowym, drobnych stawach dłoni i palców, kolanowym, gołenistopowym i drobnych stawów obu rąk i nóg. Choroba rozpoczęła się — ostrem cierpieniem kolan, stóp i palców u rąk przed dwoma laty, stopniowo zajmowała inne stawy: chora nie była w stanie pracować i zmuszona była położyć się do łóżka. Przy badaniu znaleziono: serce powiększone w obu rozmiarach, w aortie szmer rozkurczowy, w płucach zmian niema, brzuch duży, wzdęty, zaparcie stolca, wątroba i śledziona nie powiększone. W moczu białka i cukru niema. Stawy międzypaliczkowe u rąk zgrubiałe, bolesne, palce przykurczone do dłoni, kości napiętka i śródrezcza zgrubiałe, wciśnięte w dłoni, stawy przedramienio-napięstkowe zgrubiałe, obrzmiałe, w stawach gołenistopowych i kolanowych znajduje się znaczna ilość wysięku. Wysięk przy ucisku trzeszczy. Ruchy we wskazanych stawach prawie zupełnie zniesione, w innych bolesne. W przeciągu trzech tygodni chorą leczono salicylanem sodu, antypiryną, malakina, jodkiem potasu, oraz różnymi środkami, miejscowo na stawy stosowanymi, bez polepszenia. Dnia 14-go X. podano kreozotal; po 4-u dniach przyjmowania tego środka bóle zaczęły się stopniowo zmniejszać, ruchy odzyskiwały swobodę, palce wyprostowały się.

Chora wypisała się 18. XI. bez bólów, wysięków, z nieograniczonymi ruchami w stawach dolnych kończyn i ramieniowym, łokciowym i promienio-napięstkowym. Drobne stawy rąk i palców zgrubiałe, bolesne, kości napiętka i zapiętki wykrzywione i wygięte do dłoni, palce nawpół przykurczone, więzy i ścięgna dłoni zgrubiałe i skrócone, ruchy w palcach ograniczone: chora nie może ich zupełnie wyprostować, bardzo prędko się męczy i przy ruchach ręką czuje pewne zaambarasowanie, może jednakże szyć i zajmować się innemi drobnymi robotami kobiecemi.

Przypadek ten należy do grupy reumatyzmu z ostrym gorączkowym początkiem i zmianami w sercu. Na klinikę chora przybyła w późnym okresie, z dużemi zmianami i zniekształceniami; polepszenie następowało powoli, a po 5 tygodniach przyjmowania kreozotalu chora się wypisała dobrowolnie, nie zupełnie wyleczoną, aczkolwiek ze znaczną poprawą.

V. K. S., lat 36 licząca, służąca, wdowa, rodziła 6 razy, przybyła na klinikę 13. X. 1898 r. ze skargami na bóle w stawach rąk i nóg, wymuszoną pozycję nóg, na wpółzgiętych w kolanach i przykurczenie palców rąk. Choroba rozpoczęła się przed 3 laty ostrem zajęciem stawów kolanowych z gorączką i dreszczami i od tego czasu pogarszała się stopniowo i rozszerzała na inne stawy. Polepszenia i przerwy w chorobie następowały często, ale były krótkotrwałe.

Na wiosnę 1898 r. stan chorej pogorszył się do tego stopnia, że nie mogła chodzić, wstać z łóżka, ubrać się i sama podnieść łyżki do ust, wskutek czego 14. VI. 1898 zapisała się do szpitala, leczona poprzednio różnymi środkami bez widocznej poprawy.

Dokonane w klinice badanie ani w sercu, ani płucach żadnych zmian nie okazało: wątroba i śledziona nie powiększone, w moczu niema białka i cukru, apetyt dobry, silne zaparcie stolca. Nogi, zgięte w kolanach i biodrach, zbliżone do brzucha, stawy kolanowe znacznie zgrubiałe, skóra na nich czerwona,

świecąca, obrzmała, normalne kontury zniesione. Tak stawy kolanowe, jako też stawy golenio-stopowe i promienio-napięstkowe zawierają znaczną ilość wysięku. Ruchów czynnych we wspomnianych stawach niema, biernie nieznaczne i wywołują silny ból. Ręce nawpół zgięte w łokciach, przykurczone do piersi; kości i stawy napięstka, śródreżcza i palców zgrubiałe, obrzmałe, bolesne, palce krzywe i przykurczone, w stawach wysięk; ramiona, łopatka i stawy obojczykowe bolesne. Stopy powiększone, obrzmałe i zaczerwienione. Nogi nie dają się wyprostować nawet siłą, mięśnie na nich w wysokim stopniu zaniku. Przepisano chorej kreozotal w dawce 10,0 na dobę, wodę borżomską [2 szklanki na dzień], masaż i kąpiele. Po 3 dniach bóle zaczęły się zmniejszać w stawach kończyn górnych, wysięk ulegał wessaniu, ruchy stały się swobodniejszymi. Po 7 tygodniach leczenia kreozotalem wszystkie stawy z wyjątkiem kolan straciły bolesność, wysięk w nich znikł zupełnie, rozmiary i postać wróciły do stanu prawidłowego, ruchy były o wiele swobodniejsze, niż poprzednio, pozostało zgrubienie, skrzywienie i zgięcie palców, brak siły i pewności przy ruchach. Stawy: biodrowy, golenio-stopowy i drobne stawy stopy i palców u nóg wróciły do prawidłowego stanu. Wysięk w kolanach wessał się niezupełnie, pozostały nie wielkie ilości trzeszczącego przy ucisku i ruchach wysięku. Całkowite wyprostowanie nóg nie dało się osiągnąć nawet siłą, kończyny nawpół zgięte w kolanach i skrócone wskutek zaniku i przykurczeń mięśni, wywołanych długim położeniem przymusowem w zgiętej i zbliżonej do brzucha pozycyi oraz beczynnością. Bolesność przy ruchach biernych w kolanach znaczna, chora z trudnością chodzi przy pomocy laski, lub opierając się o łóżka. Stan ten pozostał prawie bez zmiany, pomimo że chora przyjmowała kreozotal jeszcze przez 3 miesiące.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z gościem bez zmian w sercu. Leczenie kreozotalem rozpoczęto w późnym okresie, wtedy, kiedy już istniały znaczne zmiany, zniepodobnienie stawów, mięśni i zaniki. Polepszenie następowowało powoli i pomimo bardzo długiej kuracyi, połączonej z piciem wody borżomskiej, ze stosowaniem kąpiele i masażu, pozostało przykurczenie i zgięcie nóg w kolanach, zaniki mięśni i prawie niemożność chodzenia, Stawy kończyn górnych i stóp oraz stawy biodrowe powróciły do stanu prawidłowego.

W innych 6 przypadkach otrzymałem też same wyniki i dlatego też opisanie szczegółowe przebiegu chorób uważam za zbyteczne. Dodać winienem, że węglany kreozotu i gwajakolu nie wpływają ujemnie na serce, mieliśmy bowiem przeważnie do czynienia z chorymi, dotkniętymi wadami serca, którzy środki te znosili doskonale, bez żadnych zbroczeń następczych w układzie krwionośnym, W jednym przypadku reumatyzmu, powikłanego wysiękiem surowicznym opłucnej i zapaleniem wsierdzia, wystąpiło białko w moczu w 3 dni po podaniu kreozotalu, znikło ono wkrótce po odstawieniu środka, gdy tymczasem tenże chory poprzednio przez kilka tygodni z wielką korzyścią dla siebie znosił doskonale ten preparat bez żadnych objawów ubocznych. W przypadku tym jednak wystąpienie białka w moczu przypisać byłbym raczej skłonny pryszczidłu, położonemu na okolicę serca, aniżeli kreozotalowi.

Jak widać z przytoczonych obserwacji, wyniki, otrzymywane z zastosowania duotalu i kreozotalu, przy przewlekłych cierpieniach stawów, były względnie pomyślne, chociaż nie zawsze w jednakowym stopniu. Najlepsze wyniki dawały przypadki niezbyt zastarzałe bez dużych i stałych zmian w tkankach; mniej dobre — przypadki stare z dużym zniepodobnieniem stawów i kończyn. Czy polepszenia były stałe, trudno przesądzać, ale raczej można przypuszczać, że nie i że zwykły przebieg choroby z polepszeniami i pogorszeniami samodzielnymi pozostanie i nadal.

Działanie duotalu i kreozotalu przejawiało się w łagodzeniu i usuwaniu bólów, w wywoływaniu i przyspieszeniu wessania wysięków i zgrubiałości stawów, chrząstek, kości, więzów i ścięgien; szczególnie szybko wysały się pod ich działaniem wysięki płynne, nawet w przypadkach odpornych na wszystkie inne środki lecznicze. Czy i jaki wpływ wywierają duotal i kreozotal na samą sprawę chorobową, trudno przesądzać; w każdym razie nie przerywają i nie leczą go zupełnie, nie usuwają wszystkich istniejących zmian patologicznych i nie wracają zajęтым stawom prawidłowej budowy: nie są środkami swoistymi. Ze względu na brak pewnych i dobrych środków na zmniejszenie i ulżenie cierpień chorym przy tak długiej i ciężkiej chorobie, kreozotal i duotal zasługują na uwagę i dalsze próby.

Po ukończeniu pracy niniejszej dowiedziałem się, że te same wyniki ze stosowania kreozotalu i duotalu w zapaleniu stawów przewlekłym otrzymał BONNATYNNE (*Edinburgh Med. Journ. June. 1898*).

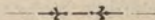
III. PRZYCZYNEK DO ODŻYWIANIA TYFUSOWYCH.

[Czytane w streszczeniu d. 12 maja r. b. w Tow. Lek. Wileńsk.].

Podał

Maryan Górnicki,

lekarz przy czasowym miejskim baraku dla chorych zakaźnych w Wilnie.



[Dokończenie — Patrz Nr. 47].

Na poparcie moich wniosków przytoczę kilka wybitniejszych własnych spostrzeżeń.

Spostrzeżenie I. B. K., 6-letnia izraelitka, odżywiana lichą, zachorowała dnia 18. XI, przyjęta do baraku dnia 19. XI. 1898 r. Przed 2 dniami były dreszcze, wymioty. Ból głowy, język obłożony, gardziel, migdały i podniebienie miękkie zaczerwienione, gruczoły chłonne i podszyjękowe powiększone, na ciele wysypka płonicowa koloru siniego. Tętno 150, miękkie, słabe i nierówne, chora majaczy, rzuca się, zgrzyta zębami, ciepłota wieczorna 40,2° C. *Sol. acid. muriatici, cum inf. Valerianae*. Kąpiel ciepła 28° R. Płukanie gardła *solut. kali chlorici*.

Dnia 20. XI. Ciepłota ranna 40,0° C., wieczorem 40,4° C., chora rzuca się, mający, bezsenność, lewy migdał pokryty białymi błonami, lewy podszczękowy gruczoł większy od prawego. Kąpiel 28° R, 2 razy.

Dnia 21. XI. Ciepłota rano 39,4, wieczór 39,8° C. *st. id.* kąpiel 28° R. 2 razy.

" 22 " " " 38,2 " 39,8 " " " " " " " " "

" 23 " " " 38,4 " 38,2 " wysypka blednie, " " " " " " "

język malinowy, sen spokojny, chora nie rzuca się; prawy migdał pokryty białymi błonami.

Dnia 24. XI. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 36,5° C. stan lepszy, w moczu ślady białka; łaknienie niezłe.

Dnia 25. Ciepłota prawidłowa, białka w moczu więcej, skóra blednie, błony na migdałach, gruczoły podszczękowe mocno powiększone, łaknienie dobre. Płukanie gardła, kąpiele, od d. 26. XI do d. 6 XII ciepłota prawidłowa, błony z migdałów powoli znikają, łuszczenie skóry.

Dnia 30. XI. Białko z moczu znika; łaknienie dobre.

Dnia 9. XII. Gruczoł podszczękowy prawy zaczerwieniony i powiększony. Ciepłota r. 37°, w. 38,7° C.

Dnia 11. XII. Ciepłota r. 36,5. w. 38° C. Dyeta mleczna 12 i 13 ciepłota prawidłowa.

Dnia 15. Otwarto zropiały, prawy, podszczękowy gruczoł. Dyeta mleczna od d. 15. XII do 31 XII ciepłota prawidłowa, stan ogólny dobry, skóra jeszcze się łuszczy. Odwiedzają rodzice. Dyeta mięsna.

Dnia 1. I. 1899 r. Stan ogólny dobry. D. 7. I. skóra czysta.

Chora nie wypisuje się, ponieważ rodzice nie chcą jej wziąć do domu.

Dnia 8. I. Skarży się na ból głowy, dreszcze.

Dnio 9. I. Ciepłota rano 40,0°, wieczorem 40,2° C., ból krzyża (*rachialgia*). bóle w łędźwiach, wymioty, bredzenie, krwotok z nosa, łaknienie złe, na czole wysypka w postaci plam.

Dnia 10. I. rano 38,0, wieczorem 39,7. Na czole i twarzy *papulae*, plamy na całym ciele, łaknienie lepsze.

Dnia 11. I. Ciepłota rano 37,4°, wieczorem 38,9°, na czole i twarzy pęcherzyki, a na całym ciele *papulae*, łaknienie niezłe. Dyeta mięsna. Objawy nerwowe przeszły. Zapalenie łącznicy i obrzęk.

Dnia 12. I. Ciepłota rano 37,0°, wieczorem 37,8°, na całym ciele pęcherzyki, a na czole i twarzy krosty. Łaknienie dobre, chora śpi dobrze.

Dnia 13. I. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 38,8. Krosty na całym ciele, łaknienie dobre. Kaszel. Łaknienie dobre.

Dnia 14. I. Ciepłota rano 36,3, wieczorem 38,9° C. Krosty powiększają się.

" 15 " " " 36,7 " 38,4 " *st. id.*

" 16 " " " 37,4 " 38,3 " Krosty na czole i twarzy podsycają. Kaszel, na kończynach krosty w okresie ropienia.

Dnia 17. Ciepłota rano 36,8°, wiecz. 37,9° na ciele krosty zaczynają podsycać.

" 18 " " " 37,6 " 38,0 *st. id.*

" 19 " " " 37,4 " 37,5 pozysychanie krost trwa dalej, kąpiele 28° R., łaknienie dobre, w płucach niezbyt oskrzelowy.

Dnia 20. Ciepłota prawidłowa, krosty na całym ciele podychają a większość strupów odpadła. Obrzęk powiek i zapalenie łącznicy przeszły.

Dnia 21. Znow chora skarży się na ból głowy, dreszczyki, kaszlu nie ma, traci apetyt.

Podług mnie, jest to początek tyfusu plamistego.

Ciepłota rano 38,0, wieczorem 38,7° C.

Dnia 22. I. Ciepłota rano 39,0 wieczorem 39,7. Ból głowy, kaszel, łamanie kości, zaczerwienienie oczu, krosty na całym ciele podychają. Łaknienie niezłe. *Sol. acid. muriatici, infus Valerianae*. Kąpiel 28° R.

Dnia 23. I. Ciepłota rano 39,8°, wieczorem 40,5° C. chora rzuca się, bredzi, tętno częste, równe, strupy na całym ciele odpadły. Łaknienie dobre.

Dnia 24. I. Ciepłota rano 39,9°, wieczorem 40,0° C. *St. idem*.

Dnia 25. I. Ciepłota rano 40,0°, wieczorem 40,5° C., chora bredzi, rzuca się, śledziona powiększona, na ciele i kończynach petocie.

Dnia 26. I. Ciepłota rano 39,6°, wieczorem 39,8° C., chora spokojna, sen lepszy, ból głowy, kaszel. Łaknienie dobre. Nieżyt oskrzeli.

Dnia 27. I. Ciepłota rano 38,8°, wieczorem 40,5° *St. id.* Łaknienie dobre.

"	28	"	"	"	38,7	"	40,0	"	"
"	29	"	"	"	48,4	"	40,4	"	"
"	30	"	"	"	38,3	"	39,0	"	Ból głowy mniejszy.
"	31	"	"	"	37,0	"	39,0	"	Petocie bledną.
"	1	II.	"	"	37,0	"	39,4	"	<i>St. id.</i> Poty.
"	2	"	"	"	37,2	"	38,2	"	Ogólny stan dobry.
"	3	"	"	"	37,0	"	37,8	"	<i>St. id.</i>
"	4	"	"	"	36,8	"	37,2	"	Chora czuje się dobrze, przechadza się po sali, petocie znikają.

Od d. 5. do 12. II ciepłota prawidłowa, stan ogólny dobry, chora śpi dobrze, łaknienie dobre

Dnia 13. II. Wypisana z baraku w zupełnie dobrym stanie. Kąpiel.

Spostrzeżenie II. P. Z. 14-letni, prawosławny, zachorował dnia 14. X. Przyjęty do baraku dnia 11. XI. 1898 r. z objawami tyfusu brzuszego. Wzrostu słusznego, wątłej budowy, kości i mięśnie źle rozwinięte, źle odżywiany i bardzo wycieńczony. Skarży się na mocny ból głowy. Nie jest w stanie przewrócić się na łóżku. Odleżyny na krzyżu i krętarzach. Język obłożony, suchy, brzuch wzdęty i bolesny, biegunka 15 do 18 razy dziennie z krwią, stolce bezwiednie, śledziona powiększona. Chory nieprzytomny, bredzi, nie je. Tętno zaledwie wyczuwalne, nitkowate, 130. Ciepłota 38,4° C. Łaknienie złe.

Dnia 12. XI. Ciepłota rano 38,2°, wieczorem 38,6° C., biegunka krwawa, tętno nitkowate. *Sol. acid. muriat. cum. inf. Valer. et cum. ext. fluid. Hydrast. canadensis. Camphora*. Wino. Łaknienie lepsze.

Dnia 13. Ciepłota 37,6°, wieczorem 37,8°. Biegunka rzadziej i krwi mniej. Przytomność wraca.

Dnia 14. XI. Ciepłota rano 37,7°, wieczorem 38,3°. Biegunka 8—9 razy dziennie, krwi mniej. Łaknienie dobre; od pierwszego dnia chory jada mięso. Kawa.

Dnia 15. XI. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 39° C. Biegunka 2 razy; krwi niema, chory mocno kaszle, przytomny, śpi lepiej, tętno nitkowate.

Dnia 16. XI. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 38,0° C. Stolec prawidłowy raz, łaknienie dobre, tętno pełniejsze i lepiej wyczuwalne.

Dnia 17. XI. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 38,6° C. Stan ogólny lepszy. Chory śpi dobrze, lecz silnie osłabiony.

Dnia 18. XI. *St. id.* Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 38,4° C.

Dnia 19. XI. Ciepłota rano 38,0°, wieczorem 37,6°. Stan ogólny lepszy, tętno pełniejsze.

Dnia 20. XI. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 38,2°, brzuch wzdęty i bolesny. Chory uskarża się na ból brzucha, stolca nie było 2 dni. Ciepłe okłady i *t-ra Nucis vomicae* po 16 kropel 4 razy dziennie.

Dnia 21. Ciepłota rano 37,5°, wieczorem 38,1° C. Ból i wzdęcie brzucha przeszły, stolec prawidłowy, łaknienie dobre. Rany odleżynowe, dobrze granulują.

Dnia 22. XI. Ciepłota rano 37,0°, wieczorem 37,8°. Stan ogólny lepszy, tętno pełniejsze.

Dnia 23. XI. Ciepłota rano 37,9°, wieczorem 38,2° C. *St. idem*

" 24 " " " 37,1 " 38,1 " " "

" 25 " " " 37,4 " 37,6 " " "

" 26 " " " 36,7 " 36,4 " " "

Biegunka 3 razy bez bólów. Łaknienie dobre.

Dnia 27. XI. Ciepłota prawidłowa. Stolec prawidłowy, łaknienie dobre.

Dnia 28, 29. Ciepłota prawidłowa.

Dnia 30. XI. Ciepłota rano 36,7°, wieczorem 37,5. *St. id.*

Dnia 1. XII. Ciepłota rano 37,1°, wieczorem 38,3°. Stan ogólny dobry, łaknienie dobre, stolec prawidłowy.

Dnia 2. XII. Ciepłota rano 36,9, wieczorem 37,6 *St. id.*

" 3 " " " 36,6 " 38,0 " "

" 4 " " " 36,6 " 37,6 " "

" 5 " " " 35,6 " 36,0 " "

Pd d. 5 do 15. XII. Ciepłota prawidłowa, ogólny stan dobry, chory dnia 10. XII. wstaje z łóżka i sam spaceruje po sali, łaknienie ma dobre, śpi dobrze i ciągle narzeka, że głodny.

Dnia 15. XII. Rany odleżynowe zagoiły się zupełnie. Kąpiel 28° R.

Dnia 20. XII. Chory w dobrym stanie wypisał się z baraku.

Spostrzeżenie III. J. B. 35-letnia, katoliczka, zachorowała d. 18. I., przyjęta do baraku z objawami tyfusu wysypkowego d. 28. I. 1899 roku. Chora wzrostu słusznego, budowy wątłej, kości i mięśnie źle rozwinięte, odżywiana źle i bardzo wycieńczona. Na 3-ci dzień po położeniu wstała z łóżka i przybyła dozorować 2 dzieci chorych na płonicę. Po wyjściu z baraku na 4-ty dzień zapadła na tyfus wysypkowy. 10 dni leżała w domu.

W baraku skarży się na mocny ból głowy i ogólną niemoc. Język czerwony, suchy, brak łaknienia, brzuch wzdęty, śledziona powiększona, na ciele petocie, oczy zaczerwienione, nieżyt oskrzeli, tętno częste, dwubitne, słabe. Chora bredzi, rzuca się. *Sol. acid. mur. cum inf. Valerianae.*

Dnia 29. I. Ciepłota rano 39,6°, wieczorem 40,2°. Stolec prawidłowy, chora bredzi, rzuca się. Brak łaknienia. Obmywania zimne octem aromatycznym 2 lub 3 razy dziennie. Płukanie ust *sol. kali chlorici. Camphora.*

Dnia 30. I. Ciepłota rano 39,4°, wieczorem 40,0° C. *st. id.*

" 31 " " " 39,1 " 40,3 " łaknienie lepsze.

" 1. II. " " " 39,5 " 40,0 " *St. id.*

" 1 " " " 38,4 " 40,1 "

Tętno nitkowate, kaszel męczący. Chora wypluwa wiele płwociny z pianą *Oedema pulmonum*, oddech częsty. Łaknienie niezłe. *Coffein.*

Dnia 3. II. Ciepłota rano 38,3°, wieczorem 40,6° C. Stan gorszy.

" 4 " " " 39,6 " 40,0 " Stan ogólny zły.

" 5 " " " 39,4 " 40,4 "

Tętno 140 nitkowate, nierówne, chora bredzi, w dolnym zrazie płuca prawego przytłumienie i rżenia wilgotne od tyłu. Płwocina obfita z pianą Chora łaknienie ma niezłe, je mięso. Wino.

Dnia 6. II. Ciepłota rano 39,6°, wieczorem 39,9° C. *St. id.*

" 7 " " " 30,6 " 40,0.

W dolnym zrazie lewego płuca od tyłu przytłumienie i rżenia. Łaknienie dobre.

Dnia 8. II. Ciepłota rano 38,2°, wieczorem 39,7°. W płucach od tyłu w dolnych zrazach przytłumienie, oddech oskrzelowy. Tętno częstsze. Stolec prawidłowy.

Dnia 9. II. Ciepłota rano 39°, wieczorem 38,6° C. Tętno słabe, nitkowate Oddech 40. W zrazach środkowych i wierzchołkach obu płuc gniazda nieżytego zapalenia płuc. Drżenie ścięgien.

Dnia 10. II. Stan gorszy, łaknienie dobre.

Ciepłota rano 37,7°, wieczorem 39,7° C.

Dnia 11. II. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 39,2° C. W wierzchołkach przytłumienie, oddech oskrzelowy, płwociny ropnej dużo. *Inf. Ipecac. 0.36. Inf. lb. Digital. 0,6, Natri hyposulfuros. 8,0.*

Dnia 12. II. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 37,8° C. *St. id.*

" 13 " " " 38,1 " 38,1 " *Bronchopneum. dupl.*

" 14 " " " 38,2 " 39,1 " *St. id. Poty.*

Dnia 15. II. Ciepłota rano 37,5°, wieczorem 38,5. Tętno bardzo częste, słabe, nierówne, stan ogólny zły.

Dnia 16. II. Ciepłota rano 39,2°, wieczorem 38,5° *St. id.*

" 17 " " " 39,0 " 37,9. Poty, łaknienie dobre.

" 18 " " " 39,0 " 37,7 Kreozot.

" 19 " " " 37,4 " 36,2 Poty. Wymioty.

" 20 " " " 37,2 " 37,2 *St. id. Terpinol.*

Dnia 21. II. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 37. Stan ogólny lepszy, objawy w płucach ustępują.

Dnia 22.	II.	Ciepłota rano	38,5°	wieczorem	36,5°	Poty.!
" 23	"	"	37,2	"	36,3	Łaknienie dobre.
" 24	"	"	37,2	"	36,5	Kaszel mniejszy.
" 25	"	"	37,1	"	36,4	Biegunka. Bizmut.

Dnia 26. Ciepłota prawidłowa. Stolec prawidłowy.

Dnia 27.	II.	Ciepłota rano	37,1°	wieczorem	37,0°	<i>St. id.</i>
" 28	"	"	37,2	"	36,3	" "
" 1.	III.	"	37,2	"	37,2	" "
" 2	"	"	37,3	"	37,2	Tętno pełniejsze.
" 3	"	"	37,4	"	36,4	<i>St. id. Guajacol. carbon.</i>
" 4	"	"	37,2	"	37,0	<i>St. id.</i>
" 5	"	"	"	"	"	prawidłowa.

Od d. 5 do 25 ciepłota prawidłowa, kaszel mniejszy, siły wracają, w płucach objawy przedmiotowe powoli ustępują.

Dnia 26. III. Stan ogólny dobry, chora spaceruje po sali, nie kaszle, ma łaknienie dobre.

Dnia 2. IV. Chora zupełnie prawie zdrowa wypisała się z baraku.

Spostrzeżenie IV. C. R., 36-letnia katoliczka, zachorowała dnia 11. XII. przyjęta do baraku dnia 16. XII. 1898 r. z objawami tyfusu brzuszego. Wzrostu słusznego, prawidłowej budowy ciała, kości, mięśnie dobrze rozwinięte, odżywianie bardzo dobre. Skarży się na ból głowy, ogólny rozstrój i łamanie kości. Język obłożony, suchy, brzuch wzdęty, bolesny przy ucisku; śledziona wyczuwalna, tętno częste, równe 108. Tony serca czyste. Łaknienia zupełnie brak. Ciepłota 39,3.

Sol. acid. muriat. cum. inf. Valer. Obmywania zimne octem aromatycznym. Płukanie ust.

Dnia 17.	XII.	Ciepłota rano	39,3°	wieczorem	39,3°	C. W nocy bredzi, rzuca się.
" 18	"	"	39,1	"	39,9	Łaknienia niema.
" 19	"	"	39,3	"	39,8	Oddech prędkiej i ciężkiej.
" 20	"	"	39,4	"	39,8.	

Oddech CHEYNE-STOKES'a, tętno ledwie wyczuwalne. *Camphora.*

Dnia 21.	XII.	Ciepłota rano	39,5°	wieczorem	39,6°	C. Na czole plamista wysypka.
" 22	"	"	39,6	"	40,1	<i>St. id.</i> Wino.
" 23	"	"	40,0	"	40,3	Chora łaknienia brak.
" 24	"	"	39,8	"	39,8	<i>St. id.</i> Nie przyjmuje pokarmu.
" 25	"	"	39,6	"	39,8	<i>St. id.</i> Biegunka.
" 26	"	"	39,6	"	39,7	" " Kofeina podskórnice.
" 28	"	"	39,1	"	39,6	<i>St. id.</i> Wypróżnienia wolne.

Dnia 29. XII.	Ciepłota rano	38,9°	wieczorem	38,9°	C.	<i>St. id.</i>
" 30 "	"	"	"	38,6	"	29,3 " " "
" 31 "	"	"	"	38,6	"	39,4 " " " <i>Magist. bismut.</i>
" 1. I. 1899.	"	"	"	38,7	"	39,2 " " " Biegunka. Chora bredzi.
" 2 "	"	"	"	33,5	"	38,9 " <i>St. id.</i>
" 3 "	"	"	"	37,6	"	38,7 " Chora bredzi, tętno nitkowate.
" 4 "	"	"	"	37,5	"	38,2 " <i>St. id.</i>
" 5 "	"	"	"	37,5	"	38,3 " " " Drzenie ścięgien.
" 6 "	"	"	"	37,2	"	40,0 W płwocinie krew, w płucach nieżyłt oskrzeli.
" 7 "	"	"	"	36,5	"	37,7 <i>St. id.</i> Łaknienia brak.
" 8 "	"	"	"	36,5	"	37,2 Mocz zatrzymany, ogólny upadek sił.
" 9 "	"	"	"	37,0	"	37,5 <i>St. id.</i>
" 10 "	"	"	"	36,9	"	37,3 " "
" 11 "	"	"	"	26,5	"	37,3 Mocz zatrzymany, chora bredzi, tętno nierówne.

Dnia 12 Ciepłora rano 35,6°, wieczorem 36,0° Mocz zatrzymany, chora bredzi.

Od dnia 13. I. do 18. I. Ciepłota prawidłowa, tętno pełniejsze i równiejsze, mocz zatrzymany, ogólny upadek sił, apatya, łaknienia zupełny brak. Nawrót.

Dnia 18 I.	Ciepłota rano	38,4°	wieczorem	39,0°	Tętno nitkowate.
" 19 "	"	"	"	39,8	" 39,8 Mocz oddaje.
" 20 "	"	"	"	39,1	" 39,5 Bardzo słaba.
" 21 "	"	"	"	38,8	" 39,2 <i>St. id.</i>
" 22 "	"	"	"	39,6	" 39,8 " "
" 23 "	"	"	"	38,0	" 39,0 Łaknienia brak.
" 24 "	"	"	"	38,0	" 38,6 <i>St. id.</i>
" 25 "	"	"	"	38,2	" 37,8 " "
" 26 c	"	"	"	36,2	" 37,5 Ogólny upadek sił, tętno nitkowate, chora bredzi.

Dnia 27. Ciepłota prawidłowa. Chora ciągle śpi.

Od dnia 27. I. do 5. II. Ciepłota prawidłowa, chora ciągle senna, nie nie je, tętno ledwie wyczuwalne. *D-ti cort. Chinae cum. spir.*

Od dnia 5. II. do 28. II. chora bardzo powoli powraca do zdrowia, nie może wstać z łóżka i nie może utrzymać się na nogach, drzenie ścięgien, łaknienie nie-szczególne.

Od dnia 1. III. do 10. III. Chora ma łaknienie lepsze, zaczęła jeść mięso.

Od dnia 10. III. do 31. III drzenie ścięgien. Chora na nogach utrzymać się nie może.

Dnia 1. IV. Chora o lasce zaczęła wstawać z łóżka. Łaknienie bardzo dobre, brak sił.

Dnia 15. IV. Chora chodzi o własnych siłach, lecz jeszcze jest osłabioną.

Dnia 22. IV. Wypisana z baraku zdrowa.

Spostrzeżenie V. G. Z. 26-letni, prawosławny, zachorował dnia 5. III. Przybył z objawami tyfusu wysypkowego dnia. 10. III. 1899 r. Prawidłowej budowy ciała, kości i mięśnie bardzo dobrze rozwinięte, odżywianie bardzo dobre. Chory skarży się na ból głowy, ogólną niemoc i suchy kaszel. Język obłożony, łaknienia brak, oczy zaczerwienione, w płucach nieżyt oskrzelowy, na ciele wysypka petociowa, brzuch mało wzdęty, stolec prawidłowy, śledziona wyczuwalna. Chory nieprzytomny, rzuca się, bredzi, wyskakuje z łóżka. Tętno słabe, częste. Ciepłota 39,4. *Sol. acid. muriat. cum. inf. Valer.* Obmywanie zimne octem. Płukanie ust.

Dnia 12.	III.	Ciepłota rano	39,4 ^o ,	wieczorem	39,9 ^o .	<i>St. id.</i>
"	12	"	"	"	39,2	<i>Camphora.</i>
"	13	"	"	"	38,9	Łaknienia brak.
"	14	"	"	"	39,0	Kaszle, tętno słabe.
"	15	"	"	"	38,7	Chory bredzi, rzuca się.
"	16	"	"	"	37,6	<i>St. id.</i> Łaknienia brak.
"	17	"	"	"	36,5	" "
"	18	"	"	"	37,4	" "
"	19	"	"	"	36,5	Poty.
"	20	"	"	"	36,0	<i>D-ti cort. Chinae cum. spirit.</i>

Dnia 21. Ciepłota prawidłowa, chory bredzi, nic nie je, tętno słabe, nierówne i częste.

Od 21 do 28 *st. id.*, ciepłota prawidłowa, chory nie wstaje z łóżka i skarży się na bóle w nogach.

Dnia 29. III. Łaknienie niezłe. Chory nie może utrzymać się na nogach, nie podnosi nóg. Czucie dotykowe i termiczne zniesione (*paraplegia*).

T-rae chinae comp. cum. sol. Fowleri. Kąpiele 28^o R.

Od 30. III. do 6. IV. *St. id.* Łaknienie dobre. Czucie w nogach wraca powoli. Chory skarży się na bóle w nogach.

Od d. 6-go IV. do 20. IV. *st. id.* Kąpiele co 2 dni 28^o R.

Dnia 26. IV. Za pomocą laski trzyma się na nogach.

Dnia 30. IV. Wypisał się z baraku w stanie dobrym, lecz jeszcze niezupełnie dobrze trzyma się na nogach.

Spostrzeżenie VI. M. W., 24-letni izraelita, odżywiany niezłe, kości i mięśnie niezłe rozwinięte. Zachorował dnia 21. I. Przybył do baraku z objawami tyfusu brzuszego dnia 2. II. 1898 roku. Skarży się na mocny ból głowy, bóle w kościach i upadek sił. Na ciele wysypka plamista. Język obłożony, suchy, łaknienia brak, brzuch wzdęty, bolesny przy ucisku, śledziona wyczuwalna, biegunka, tętno częste, słabe. Ciepłota 39,0^o. Chory bredzi. *Sol. acid. muriat. cum. inf. Valerianae*, obmywanie zimne, płukanie ust. Dyeta mięsna.

Dnia	3.	II.	Ciepłota rano	38,3 ^o ,	wieczorem	39,1 ^o .	Łaknienie złe.
"	4	"	"	"	38,3	"	39,2 <i>St. id.</i> Chory bredzi.
"	5	"	"	"	38,4	"	40,0 Łaknienie niezłe.

Dnia	6. II.	Ciepłota rano 38,4°, wieczorem 40,0° C.	Łaknienie dobre, obstrukcja.
"	7 "	" " 37,5 " 39,8 "	Chory przytomny, łaknienie dobre.
"	8 "	" " 37,6 " 39,3 "	<i>St. id.</i>
"	9 "	" " 37,7 " 39,1 "	Spaceruje po sali, stan ogólny dobry.
"	10 "	" " 37,6 " 39,2 "	Łaknienie bardzo dobre.
"	11 "	" " 37,8 " 39,2 "	<i>St. id.</i>
"	12 "	" " 36,1 " 39,8 "	" "
"	13 "	" " 37,1 " 39,5 "	<i>Chinini 0,3 pro dosi, 2 razy</i>
"	14 "	" " 37,5 " 39,6 "	Czuje się zdrów.
"	15 "	" " 37,3 " 39,4 "	<i>St. id.</i>
"	16 "	" " 37,5 " 39,7 "	" "
"	17 "	" " 37,8 " 39,8 "	" "
"	18 "	" " 37,6 " 40,0 "	" "
"	19 "	" " 38,0 " 39,9 "	Łaknienie dobre, stan ogólny dobry.
"	20 "	" " 37,8 " 39,9 "	<i>St. id.</i>
"	21 "	" " 37,4 " 39,2 "	" "
"	22 "	" " 37,6 " 39,7 "	" "
"	23 "	" " 36,9 " 39,1 "	" "
"	24 "	" " 37,5 " 39,5 "	Ciągle prosi, aby go wypisać.
"	25 "	" " 37,7 " 39,1 "	" "
"	26 "	" " 37,3 " 39,6 "	" "
"	27 "	" " 38,2 " 38,6 "	" "
"	28 "	" " 37,4 " 39,0 "	" "
"	1. III.	" " 37,0 " 39,2 "	<i>Dt. cort. Chinae cum. spirit.</i>
"	2 "	" " 37,2 " 38,7 "	" "
"	3 "	" " 36,6 " 38,8 "	" "
"	4 "	" " 37,0 " 38,8 "	Czuje się zupełnie dobrze.
"	5 "	" " 36,2 " 38,2 "	" "
"	6 "	" " 36,4 " 37,8 "	" "
"	7 "	" " 36,0 " 37,7 "	" "
"	8 "	" " 36,0 " 37,0 "	<i>St. id.</i>
"	9 "	" " 36,6 " 37,0 "	" "
"	10 "	" " 36,0 " 36,5 "	" "

Od dnia 10 do 12. III. zupełnie zdrów.

Dnia 13. III. Wypisał się zupełnie zdrów.

Sądzę, że przytoczonych tu przezemnie 6 spostrzeżeń wystarczy do potwierdzenia powyższych moich wniosków. Ponieważ poruszona przezemnie kwestya dotyczyła mało liczy zwolenników wśród lekarzy, a otrzymane przezemnie wyniki tak wyraźnie świadczą o dodatnim wpływie obfitej i uroz-

maiconej dyety, przeto uważam sobie za obowiązek podzielić się nimi z ogółem kolegów, aby wspólnymi siłami, jeżeli na daleko większym materyale sprawdzą się moje spostrzeżenia, zwalczać stare przekonanie o bezwarunkowej potrzebie ścisłej dyety w okresie gorączki tyfoidalnej.

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 44].

Wobec potrzeb, odczuwanych na każdym kroku z powodu braku środków na odpowiednie żywienie chorych, lekarz znajduje się w przykrem położeniu, jeżeli wypadnie zastosować kurację dyetetyczną, zwłaszcza w tych przypadkach, w których zachodzi potrzeba wprowadzenia do ustroju większej ilości białka lub tłuszczów, a ograniczenia ilości wodorów węgla, lub jeżeli należy odżywiać chorego za pomocą lawatyw. Chorych, nadających się do kuracji dyetetycznej, odsyła się do domu, wiedząc z góry, że nie będą w stanie jej przeprowadzić, bo najlepsze chęci lekarza rozbijają się w szpitalu o trudności nieprzewyciężone. Zdaje się jednak, że tego rodzaju sprawa dałaby się załatwić, gdyby 1) szpital w rzędzie porcyi posiadał porcye lecznicze, 2) gdyby nadmiar kosztu potrącony był z kosztów na lekarstwa, tembardziej, że chorzy, wymagający kuracji dyetetycznej, najczęściej żadnych lekarstw nie przyjmują.

Co do leczenia przetworami farmaceutycznymi, to nie będziemy tu wspominać już o starej farmakopei z r. 1860, gdyż w ostatnich czasach zastąpioną została farmakopeą ogólną. I byłaby ta sprawa w zupełnym porządku, gdyby nie zbyt niska norma 8 kop., przeznaczona na leczenie jednego chorego, i gdyby nie ta okoliczność, że w miarę rozwoju nauki, a zwłaszcza chemii, wchodzą do terapii nowe, nieraz wielkiej wartości środki, które, jako nie istniejące w spisie urzędowym, zapisywane być nie mogą.

Myliliby się jednak ten, kto by sądził, że te 8 kopiejek idzie wyłącznie na lekarstwo; w sumie tej mieszczą się inne wydatki, jako to: materyały opatrunkowe, przyrządy, narzędzia chirurgiczne, pomoce naukowe i t. d.

Otóż takie łączenie w budżecie różnych zupełnie rzeczy w jednej pozycji nie jest zupełnie odpowiedniem. Wobec ciągłego oglądania się na mogące nastęrczyć się potrzeby, recepty droższe przez władze szpitalne bywają wykreślane bez wiedzy ordynatora, a chory pozostaje nieraz bez lekarstwa.

Nowe preparaty, o ile skuteczność ich stwierdzoną została, powinny być używane w szpitalu, i pod tym względem chory szpitalny nie powinien się znajdować, jak dotychczas, w warunkach wyjątkowych; farmakopea, w najlepszym razie co kilka lat wydawana, nie może stanowić wyroczeni. Jakie przetwory należy wprowadzić do szpitala, o tem decydować powinny peryodyczne zebrania ordynatorów pod przewodnictwem lekarza naczelnego.

Największy brak w szpitalach warszawskich pod względem terapeutycznym okazuje leczenie fizykalne. Z małymi wyjątkami bez przesady powiedzieć można, że z tego sposobu leczenia korzystać mogą wyłącznie chorzy zamożni. Otóż obecnie racjonalna np. terapia elektryczna stosowana jest w szpitalu żydowskim, tylko dzięki osobistym staraniom ordynatora oddziału nerwowego, hydroterapia miała zastosowanie w szpitalu św. Ducha przez czas niejaki również dzięki zabiegom ordynującego lekarza, który, nie doznawszy odpowie-

dniego poparcia, sprawy tej tak ważnej naprzód nie mógł posunąć. Masażu w szpitalu dokonywa się zwykle w sposób dość pierwotny i to o tyle tylko, o ile znajdzie się osoba, która odbywa praktykę w celu uzyskania odpowiedniego świadectwa.

O gimnastyce leczniczej, pneumoterapii, ortopedyi mowy być tutaj nie może, a nawet nie słyszeliśmy, aby przy urządzaniu nowych szpitali fundusze na ten cel były uzyskane.

Hydroterapia obecnie ogranicza się w szpitalu do kąpeli o określonej ciepłocie; wobec małej liczby wani i zupełnie nieprzygotowanej obsługi można być z góry przygotowanym na to, że kąpiel ani w swoim czasie, ani przy odpowiedniej ciepłocie przygotowaną nie będzie. Jeżeli zwrócić uwagę na fakt, że hydroterapia ma zastosowanie w najrozmaitszych cierpieniach wewnętrznych i chirurgicznych, to oczywiście odpowiednie urządzenie wodne powinno być dostępne dla chorych, leczących się na rozmaitych salach pod kierunkiem osoby, specjalnie z tą metodą obeznaną. Innemi słowy w szpitalu powinien być zarządzający dobrze urządzonej zakładem hydropatycznym. Ów zarządzający nie powinien mieć oddzielnego oddziału, lecz powinien stosować hydroterapię u chorych z różnych sal na podstawie porozumienia z lekarzem ordynującym. Rozumie się, że zakład taki przynajmniej w większych szpitalach powinien być urządzone według najnowszych wymagań. W szpitalach mniejszych należałoby w oddzielnym pokoju mieć wanny drewniane, olejno malowane dla wydawania kąpeli lub półkąpeli na salach, szafiki dla kąpeli nasiadowych oraz urządzenia natryskowe. To ostatnie wymaga większych przygotowań, a mianowicie: dwóch rezerwoarów z zimną i gorącą wodą, znajdujących się na pewnym równym wzniesieniu; warunek ten jest konieczny, aby za pomocą specjalnego kranu mieszającego, przystosowanego do obu rezerwoarów [z wodą zimną i gorącą], otrzymać strumień wody o ciepłocie odpowiedniej; otrzymanie bowiem wody o ciepłocie dowolnej za pomocą mieszania wody wodociągowej zimnej o znacznym ciśnieniu z wodą gorącą z rezerwoaru o małym ciśnieniu jest niemożliwym. Również w takim pokoju powinna znajdować się wanna dla stosowania kąpeli faradycznych. Rozumie się, że każdy szpital powinien wystarać się o odpowiednią służbę, dobrze wyćwiczoną do pomocy przy zabiegach hydropatycznych i nie obciążoną żadnymi innymi obowiązkami.

To samo, co o hydropatyi, powiedzieć można i o stosowaniu elektryczności w terapii szpitalnej. Z wyjątkiem jednego tylko szpitala, przyrządy elektryczne, o ile istnieją dzięki ofiarności ordynatorów, służą raczej do celów dyagnostycznych, aniżeli terapeutycznych. Wobec licznych zajęć, jakimi obciążeni bywają ordynatorzy szpitalni i ich pomocnicy, związanych z użyciem nowych metod dyagnostycznych, szczególnie na oddziałach wewnętrznych, a znacznej pracy technicznej na oddziałach chirurgicznych, jeżeli chodzi o systematyczne stosowanie elektryczności w terapii, to również należałoby i tę gałąź powierzyć oddzielnemu ordynatorowi, któryby miał w swoim posiadaniu odpowiednie przyrządy.

Gorzej jeszcze stoi sprawa ortopedyi i gimnastyki leczniczej. Pod tym względem lekarze szpitalni są już zupełnie bezsilni. Często do szpitala przybywają chorzy z garbami, z chronicznymi cierpieniami stawów i t. d.; zamiast zastosowania odpowiednich przyrządów ortopedycznych, unieruchamiających część chorą i pozwalających na ruch na świeżem powietrzu, lekarz zmuszony bywa założyć opatrunek gipsowy lub aparat wyciągający, pozostawiając chorego w łóżku w dusznej atmosferze. Co może w obecnych warunkach zrobić chirurg z chorym, który po zdjęciu opatrunku gipsowego nie może ruszyć palcami ręki? Wobec braku odpowiedniej pomocy i przyrządów wysyła chorego do domu, radząc mu, aby nieruchomą rękę ćwiczył, lub stosował masaże, rozumie się po za szpitalem, co naraża chorego albo na wydatki, przechodzące nieraz możliwość

jego, albo na kalectwo. Chory, płacąc wymagany od niego podatek, asekuruje się w przypadku chwilowej nieudolności do pracy, wywołanej chorobą, a tymczasem takiego człowieka nieszczęśliwego w chwili, kiedy nie jest zdolnym do pracy, instytucja, która przyjęła na siebie obowiązek opieki nad nim, zostawia na opiece Boskiej.

Wprowadzenie racjonalnej terapii mechanicznej do szpitala jest potrzebą gwałtowną. Dział ortopedyi, masażu i gimnastyki prowadzić powinien lekarz, doskonale z przedmiotem obeznany, mając do pomocy odpowiedniego mechanika, który by pod okiem jego przygotowywał gorsety, aparaty unieruchamiające, wyciągające i t. d.

Sprawa leczenia chirurgicznego w naszych szpitalach była już poruszana w różnych miejscach niniejszego artykułu. Wykazaliśmy, że doskonale rezultaty, osiągane w praktyce szpitalnej w dziedzinie chirurgii, zawdzięczamy nadzwyczajnej staranności i ofiarności ze strony ordynatorów i ich pomocników.

Okoliczności już się jakoś tak złożyły, że przyzwyczailiśmy się widzieć dość zasobne urządzenia sal operacyjnych, wykonane kosztem ordynatora, pragnącego zadość uczynić ostatnim wymaganiom sztuki lekarskiej. Jest jednak jeden jeszcze moment, nadzwyczaj niepokojący ordynatora - chirurga, mianowicie niezmierna trudność w dotychczasowych warunkach zachowania aseptyki. Są dwie główne tego przyczyny: brak odpowiedniego pomieszczenia i odpowiednio wykształconej służby. Taż sama służba, która pali w piecach, podaje kubły i nocniki, przynosi jedzenie i przenosi chorych na salę operacyjną, a nawet, służący, przeznaczony do mycia naczyń po operacji, wobec braku służby odrywany bywa do innych zajęć.

Brak oddzielnej sali operacyjnej dla t. zw. operacji septycznych oraz pokoju do robienia opatrunków sprawia to, że na jednej sali chirurg zmuszony jest wykonywać laparotomię, otwierać ropnie i nakładać lub zmieniać opatrunki. Przyznać należy, że chirurgowie nie ze swojej winy przyjmują na siebie w takich warunkach zbyt wielką odpowiedzialność, którą im instytucje szpitalne ze względu na dobro chorych zmniejszyć powinni, urządzając oddzielną salę operacyjną dla zabiegów aseptycznych, oddzielną dla t. zw. operacji septycznych, nadto pokój do opatrunków, wreszcie pokój do zmiany odzieży. Oczywiście służba, czynna na sali operacyjnej, do żadnych innych zajęć nie powinna być używana.

W nowobudującym się szpitalu Dzieciątka Jezus do pewnego stopnia potrzeby chirurgów zostały uwzględnione, a jednak i tutaj wystąpiła jedna wielka niedogodność, mianowicie: sala operacyjna, bardzo zresztą mała, ma być wspólną dla dwóch ordynatorów, a ztąd wyniknie, krępowanie w czynnościach obydwóch, a wreszcie z konieczności to, co dzieje się i dotychczas, że jeden z nich w jednej sali dokonywać będzie wszelkich operacji tak septycznych, jak i aseptycznych.

Na tych krótkich uwagach o potrzebach szpitali naszych pod względem zabiegów leczniczych ograniczymy się tutaj, pozostawiając szczegółowe opracowanie tego działu innym autorom.

Nie możemy jednak pominąć milczeniem jeszcze jednego bardzo ważnego wskazania lekarskiego, które polega na postawieniu chorego w jak najlepszym usposobieniu psychicznym.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

112. A. Celli i G. Del Pino. Przyczynek do poznania epidemiologii zimnicy ze współczesnego punktu widzenia.

Autorowie prowadzili badania w wiosce Cervelletta w Lombardii nad stałą ludnością, składającą się ze 110 osób. Od marca do sierpnia włącznie zbierane były codziennie dokładne wiadomości o zaszłych przypadkach zimnicy i ich naturze; rozpoznanie zaś stwierdzano zawsze wielokrotnem badaniem krwi. Równocześnie obserwowano różne okresy rozwoju komarów (*Anopheles*), zawierających i nie zawierających zarazka zimnicy. Otrzymane dane zestawiano ze spostrzeżeniami meteorologicznymi, porą roku i rodzajem zajęć dotkniętych chorobą.

Ilość świeżych przypadków wynosiła: w marcu 9, kwietniu 7, maju 3, czerwcu 2, lipcu 13, sierpniu 34.

W roku zeszłym natężenie malarii było wielkie, a przypadki z marca do czerwca autorowie uważają za recydywy, za wyjątkiem jednego, notowanego 30 kwietnia. W maju i czerwcu nigdy nie spostrzegano świeżego zakażenia zimnicą, co wyraźnie stwierdzają badania D-ra PANICHI'ego i fakt, że żniwiarze, przybywający w tym czasie do Kampanii Rzymskiej, nigdy nie podlegają zakażeniu, pomimo wszystkich sprzyjających warunków.

Dla odróżnienia przypadków świeżych od starych należy pamiętać, że okres trwania jednej epidemii malarii ciągnie się od lipca do czerwca, to jest 11 miesięcy; recydywy po pierwotnem zarażeniu występują jeszcze przez 4—5 miesięcy w dłuższych odstępach czasu. Okres wylegania jest dosyć długi [przy sztucznem szczepieniu czwartaczki 1½ miesiąca].

Z podanej przez autorów tablicy widać, że od 15 marca do 30 czerwca najwięcej recydyw było *quartanae*—12, *tertiana* wiosennej — 6, *tertiana* letniej—3. Najwcześniej wygasa epidemia letniej trzeciaczki [ostatni przypadek—11 maja], a półksiężyc letniej trzeciaczki stwierdzono ostatnie koło 15 maja, później zaś u żadnego z trzech chorych półksiężyców tych, pomimo wielokrotnych badań, nie znaleziono.

Najpóźniej skończył się okres epidemiczny czwartaczki, jeszcze w lipcu i sierpniu zdarzały się przypadki recydyw. Widzimy z tego, że recydywy czwartaczki zachodzą aż w następnym okresie epidemicznym.

Pierwszy niewątpliwie świeży przypadek wiosennej trzeciaczki notowano 5—6 lipca. Pierwszy zaś świeży przypadek letniej trzeciaczki 8—10 lipca. Widzimy więc, że te dwa gatunki zimnicy mają podobne okresy epidemiczne, chociaż liczba spostrzeżeń, dotyczących letniej trzeciaczki w pierwszych miesiącach okresu epidemicznego wyraźnie przeważa [36—letniej — 10 wiosennej trzeciaczki]. Epidemia czwartaczki najpóźniej gaśnie i najpóźniej wybucha.

Autorowie spostrzegali też zakażenia mieszane:

- 1) do recydyw wiosennej trzeciaczki dołączyła się letnia trzeciaczka w 3 przypadkach; do recydyw czwartaczki dołączyła się letnia trzeciaczka w 1 przypadku;
- 2) notowano też 2 świeże przypadki jednoczesnego zakażenia letnią i wiosenną trzeciaczką.

Życie komarów (*Anopheles*) stoi w ścisłym związku z rozwojem epidemii zimnicy.

Największą liczbę gąsienic prawie we wszystkich wodach spostrzegano w lipcu i sierpniu. W marcu znajdowano komary w stajniach i chatach, przyczem w osobnikach z chat można było czasami stwierdzić obecność krwi. W kwietniu i maju wyszukać je było daleko trudniej i krwi w komarach nie znajdowano. W początku, a szczególnie w drugiej połowie czerwca zjawia się

ich wszędzie bardzo wielka liczba i zaczynają kąsać. W końcu czerwca znaleziono pierwsze zakażone osobniki.

Tym sposobem zaraźliwość zimnicy i powstawanie ciągle nowych epidemii tłumaczy się, jak następuje: pasożyty z krwi chorych, przebywających recydywy, przez pośrednictwo komarów dostają się do krwi zdrowych i w zależności od tego powstaje nowy okres epidemiczny. Najwyraźniej widać taki przebieg na wczesnej trzeciaczce.

Należy zaznaczyć, że początkowo przypadki ciężkiej i lekkiej trzeciaczki występowały jako epidemia domowa, która następnie przeszła w powszechną.

Pozostaje w ten sposób wytłomaczoną półtoramiesięczną przerwą między końcem epidemii letniej trzeciaczki 15 maja i początkiem nowej w pierwszych dniach lipca.

Trudno, zdaniem autorów, przypuścić, żeby tak długo trwało dojrzewanie półksiężyców w krwi komara i okres wylegania choroby u człowieka.

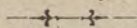
Jednakże kobieta, u której 15 maja znaleziono ostatnie zarazki trzeciaczki letniej, nie wydobrzała zupełnie, a zatem jest rzeczą możliwą, że one były w jej krwi dłużej, pomimo tego że pięciokrotne poszukiwania obecności półksiężyców nie dowiodły.

Wyżej podane fakty nie tłumaczą jeszcze sposobu szerzenia się epidemii czwartaczki.

Wpływu zjawisk meteorologicznych i rodzaju zajęcia [robót gospodarskich] na powstawanie epidemii zimnicy nie dało się wykryć.

(Centrbl. f. Bakter., № 16—17. S. 481. Bd. 26. 1899). *Maryan Hołub.*

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY REDAKTORZE!

Po otrzymaniu ustawy Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w dniu 4 listopada r. b. odbyły się wybory zarządu oraz komisji rewizyjnej z pośród członków-założycieli Kasy.

Większością głosów zostali wybrani: 1) do zarządu: prezes W. Kosmowski, wiceprezes J. Zawadzki, sekretarz E. Flatau, członkowie: O. Hewelke i Jaworski, zastępcy E. Kurella i Z. Rzecznowski, 2) do komisji rewizyjnej: H. Kucharzewski, K. Sierpiński i K. Wisłocki.

Po ukonstytuowaniu się i zawarciu umowy co do administracji ze związkiem roboczym giełdowym Warszawskim, Zarząd postanowił otworzyć Kasę w d. 1 grudnia r. b. w lokalu tegoż związku [Mazowiecka, Pałac bar. Kronenberga].

Zarząd zawiadamia Kolegów, że deklaracje do wpisywania się na członków Kasy oraz ustawa będą wydawane w biurze kasy codziennie od godziny 10 rano do 5 pp.; informacyi zaś udzielają członkowie zarządu codziennie w lokalu Kasy pomiędzy 12 a 1 w południe [prócz świąt i niedziel].

Podpisano *E. Flatau.*

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b.; Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. październik 1899.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава, 18 Ноябрь 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

Kalendarz Lekarski NA ROK 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

Treść stanowią: Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich, skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitali warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i składy materiałów aptecznych podług ulic, przytulki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb feleczerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

Podręcznik terapeutyczny, zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań mięszzowych, lawatw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łącznicy, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wziewań, do pędzlowania gardła i krtani, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropli w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica poglądowa ważniejszych wód mineralnych, Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzania mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin policyjno- i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę, („crocodile“, „marocco“, „chagrin“), notatnik wkładany na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi **1 rubel 50 kop.** Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica Ś-to Krzyska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

WKRÓTCE OPUŚCI PRASĘ

Kalendarz dla lekarzy - praktyków

na rok 1900

D-ra AL. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktowe i stemplowe, wykaz czasopism lekarskich, krajowych i zagranicznych, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akuszerok, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łącznicy i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokoku, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, kąpiele lecznicze sztuczne, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dyeta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacji uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga mężczyzny i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzałego, wzrost i waga zdrowego dziecka, ząbkowanie prawidłowe, tablicę ciąży), ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Zamówienia przyjmują redakcyje czasopism lekarskich oraz księgarnia W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.

Potrzebny lekarz,

gub. Piotrkowska, powiat Bendziński.

Wiadomość: Złota 50, m. 14.

W PŁOCKU

osiedlił się i rozpoczął praktykę

D-r Władysław Biesiekierski

kilkoletni asystent przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. 6—4

Choroby chirurgiczne, kobiece i moczopłciowe.

Dr. S. Gościcki

4—4

Stosuje psychoterapię (leczenie hypnotyzmem) w cierpieniach nerwowych czynnościowych, głównie zaś w hysterii i chorobliwych natogach (onanizmie, enuresis nocturna i t. p.).
Chmielna 9, od 5 do 7.

O J C Ó W.

4—4

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Poczta i telegraf na miejscu.—Ceny mieszkań i stolowania w czasie zimowy m. niższe.—Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu D-r St. NIEDZIELSKI.

ZAKŁAD DERMATOLOGICZNY

dla chorób skórnych i wenerycznych

Włodzimierska Nr. 9.

Pokoje z całodziennem utrzymaniem od 3 do 5-ciu rubli.

Lekarze ordynujący: J. Diehl, A. Elzenberg, Hellin, J. Klejnadel, E. Kuralla, K. Mazaraki, P. Sieragowski, J. Sierpowski, J. Sobierański, K. Szmakfefer, Wośowski, J. Wojciechowski, T. Żera. 25—6

INSELBAD pod PADERBORN (Niemcy)

Otwarte latem i zimą i licznie uczęszczane. Doskonałe skutki lecznicze.

Specjalny zakład dla chorych, dotkniętych astmą i cierpieniami narządów oddechowych (cierpień górnego odcinka dróg oddechowych, katarów oskrzeli, rozedmy płuc).

Fizyczno - dyetetyczne metody lecznicze. Deptak. Ogród zimowy. Klimat łagodny. Wielki park. Ogrzewanie centralne. Prospekty gratis. 0—4

Nagrodzona medalem srebrnym na wystawie w Pradze 1896 roku.

Urysolwina MAHL'A

CYTRYNIAN LITYNO - MOCZNIKOWY,

Fizyologiczny środek moczopędny, rozpuszczający kwas moczowy.

Skład w Aptece K. WENDY Krakowskie Przedmieście 45.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Literatura bezpłatnie 10—4