

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *E. Flatau i J. Koelichen* — O zapaleniu rdzenia (c. d.) — str. 827. II. *Dr. med. F. Neugebauer* — Kilka słów o powtórzeniu się obojactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (c. d.) — str. 835. **Dział sprawozdawczy:** I. Choroby wewnętrzne: 490. *R. Koch* — Walka z gruźlicą — str. 847. 491. *W. Roth* — Bóle twarzy i głowy w przebiegu grypy — str. 852. II. *Wiadomości pomniejsze* od № 492—503 — str. 854. III. *Zjazd Chirurgów w Krakowie, dzień drugi* — napisał *A. Zawadzki* — str. 856. IV. *Towarzystwo lekarskie warszawskie* — str. 864. V. *Odcinek. Dr. J. Jaworski* — W sprawie udostępnienia ludowi korzystania z krajowych zdrojowisk mineralnych (dok.) — str. 867. *Kronika bieżąca* — str. 871. *Nekrologia* — str. 873. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 17. Travaux originaux: *Dr. E. Flatau et dr. J. Kölichen:* Sur les myélites. *Dr. F. Neugebauer* — Sur le pseudohermaphroditisme héréditaire.

I. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 28 Maja 1901 r.).

—❁—
Ciąg dalszy.

Na jedno jeszcze rzadkie zjawisko pragniemy zwrócić uwagę, mianowicie na tworzenie się *ropni w rdzeniu*. Ropnie mózgowe nie należą do chorób rzadkich, natomiast ropnie rdzenia zdarzają się bardzo rzadko, tak że *Chiari* mógł w pracy swej z 1900 r. naliczyć w całej literaturze tylko 14 przypadków odnośnych (*Ollivier, Jaccoud, Demme, Nothnagel, Ullmann, Eisenlohr, Homén, Schlesinger*). Po większej części ropień

rdzenia powstaje w meningitis purelenta. Znajdujemy wtedy przeważnie w szarej istocie rdzenia (głównie w rogach tylnych) skupienie ciał ropnych. Ropień rdzeniowy leży po większej części w górnych odcinkach rdzenia, jakkolwiek znajdujemy go czasami nawet w conus medullaris. W przypadku Chiari'ego, spowodowanym przez ropne rozszerzenie oskrzeli znaleziono aż 3 ropnie (w rdzeniu szyjowym—w słupach tylnych, w górnej części rdzenia grzbietowego—w przedniej okolicy słupów tylnych i w części środkowej rdzenia w dolnej części grzbietowej rdzenia—w okolicy środkowej).

3) Myelitis acuta disseminata.

W rozszanem zapaleniu rdzenia, powstającym bez wątpienia na tle infekcyi, mamy do czynienia z ogniskami zapalnymi, rozrzuconemi w całym rdzeniu (Leyden, Westphal, Oppenheim, Bruns, Dreschfeld, Leyden-Renvers, Barlow i inni). W większości przypadków znajdujemy ogniska zapalne nietylko w rdzeniu, lecz również w opuszcze mózgowej i w samym mózgu. W przypadkach tych myelitis disseminata stanowi tylko cząstkę encephalomyelitidis disseminatae. Makroskopowo spostrzegamy w rozmaitych odcinkach rdzenia różowe (później szarawo-różowe lub szarawo-żółte) ogniska, rozrzucone na całej rozciągłości rdzenia, zarówno w białej, jak i w szarej istocie. W niektórych przypadkach znajdujemy te ogniska umiejscowione głównie w istocie szarej. Badania drobnovidzowe wykazują te same zmiany, jakie opisaliśmy powyżej w poliomyelitis i myelitis acuta. Bardzo wyraźnie występuje związek między zmianami tkanki nerwowej i naczyniami. W większości wypadków ogniska zapalne są małe i grupują się naokoło naczyń mniejszych. Widzimy więc przekrwienie i rozszerzenie naczyń, nacieczenie drobnokomórkowe ścian naczyń i ich okolicy, zgrubienie naczyń, rozszerzenie przestrzeni okołonacyniowych, bujanie neuroglei, komórki ziarniste, wybroczyny krwawe, zwyrodnienie, rozpadanie się i zanik otoczek myelinowych i wyrostków osiowych, komórek nerwowych i t. d. Ogniska rozmięczenia spotykamy rzadko. Również rzadko rozwijają się zwyrodnienia wtórne (tylko wraze tworzenia się większych ognisk).

O stosunku myelitis acuta disseminata do sclerosis multiplex patrz niżej.

Myelitis chronica (circumscripta et disseminata)

Jako myelitis chronica uważać należy te przypadki, w których

sprawa chorobowa rozwija się przewlekle lub też po pierwszym napadzie ostrym postępuje stopniowo naprzód.

W części klinicznej podnosimy ten fakt znamieny, że w ostatnich czasach zaczęto się coraz więcej przekonywać o tem, że *myelitis chronica* należy do cierpień, występujących niezmiernie rzadko w postaci samoistnej. Te obrazy kliniczne, które się rozwijają pod postacią stopniowych zmian rdzeniowych ruchowych, czuciowych i innych, są wywoływane po większej części przez zupełnie inne choroby, a mianowicie przez *sclerosis multiplex*, *syphilis rdzenia*, *spondylitis* i *nowotwory rdzenia*. Jako *prawidło ogólne lekarz-praktyk powinien uważać ten fakt, że w przypadkach odpowiednich myśleć należy przede wszystkim o sclerosis multiplex* i w ostatniej dopiero linii — o *myelitis chronica*. Badacze tak kompetentni jak Strümpell i Oppenheim odmawiają chronicznemu zapaleniu rdzenia prawa bytu samodzielnego. Strümpell powiada np., że nigdy nie widział na stole sekcyjnym prawdziwego przypadku *myelitis chronicae*. W każdym jednak razie nie mamy tymczasowo prawa twierdzić z pewnością absolutną, że *myelitis chronica* samoistnie nie występuje, jakkolwiek z drugiej strony sądzić należy, że odpowiednie przypadki stanowiły zapewne przeważnie zejście przewlekłej meningo-myelitis luetica. Po tem zastrzeżeniu przechodzimy do nakreślenia zmian histopatologicznych w *myelitis chronica*.

Myelitis chronica może występować w tych samych postaciach, jakie napotykaemy w *myelitis acuta*, a więc w postaci *myelitis chronica circumscripta dorsalis*, *lumbalis* i *cervicalis*, *myelitis disseminata chronica*, oprócz tego w postaci *meningo-myelitis chronica*. Na przekroju rdzenia widzimy wtedy nieregularne plamy szarawe (sklerotyczne) w białej istocie rdzenia, po większej części w częściach obwodowych. Forma tych ognisk sklerotycznych jest nieregularną, lecz przypomina często formę klina, którego podstawa jest zwrócona ku obwodowi. Plamy te mogą posiadać rozmaite rozmiary i ogarniać nawet istotę białą całego przekroju rdzenia. Pod drobnowidzem rozpoznajemy w tych ogniskach *myelitis chronicae* rozrost neuroglei i przegród łączno-tkankowych (septa), rozpadanie się i zanik otoczek myelinowych i wyrostków osiowych, tworzenie się komórek ziarnistych i *corpora amylacea*. W niektórych rzadkich przypadkach *myelitis chronicae* spostrzegamy również rozmięczenie z temi samymi właściwościami histologicznymi, jakie spostrzegamy w *myelitis acuta* (p. wyżej). W naczyniach widzimy zgrubienie warstw naczyniowych, nacieczenia *adventitiae* (czasami *mediae* i *intimae*), *endoarteritis*, rozszerzenia przestworów okołonaczyniowych. Zauważyć jednak na-

leży, że te zmiany naczyniowe mogą być czasami bardzo nieznaczne (w tych przypadkach jest rzeczą trudną a nawet niepodobną ustawić zapalne pochodzenie zmian histopatologicznych). Większe znaczenie patogenetyczne posiada jednak fakt, że często jesteśmy w stanie skonstatować ścisły związek, zachodzący między ogniskami i naczyniami zmienionymi. Przypadki tego rodzaju rzucają światło na powstawanie przewlekłych spraw chronicznych na tle naczyniowem, a mianowicie na tle zaburzeń naczyń obwodowych rdzenia (vasocorona). Mielibyśmy więc zjawisko analogiczne ze sprawami, napotykanymi w myelitis acuta. Z drugiej strony nadzwyczajna skłonność procesu syfilitycznego do tworzenia klinów myelitycznych przemawia za drugim powinowactwem pomiędzy temi cierpieniami (meningo-myelitis luetica i myelitis chronica).

Co dotyczy meningo-myelitis chronica, to w większości przypadków mamy do czynienia z pozostałościami po meningo-myelitis acuta, a właściwie po meningitis acuta. Zmiany ostre (ropne, zapalne) mijają, lecz czasami niezupełnie i pozostawiają po sobie zmętnienie opon lub czasami ich zgrubienie i tak silne zrosty, że niepodobna jest odróżnić oddzielnych opon rdzeniowych. Czasami jednak rozwija się samoistna meningitis resp. meningo-myelitis chronica (zgrubienie, zrosty opon, bujanie tkanki łącznej, zmiany naczyniowe, nacieczenie drobnokomórkowe i t. d.). Te samoistne formy meningitidis lub meningo-myelitidis chronicae powstają przeważnie na skutek otruc (np. ołowiem, wyskokiem) lub w gruźlicy i wiaździe. Zaznaczamy również, że w niektórych przypadkach przewlekłego zapalenia rdzenia, ogniska leżące na obwodzie rdzenia mogą wciągnąć w sprawę zapalną przytykającą oponę i powstaje wtedy również meningitis chronica.

Rozpatrzywszy tę nader rzadką postać myelitis chronicae, przechodzimy do krótkiego naszkicowania tych spraw chorobowych w rdzeniu, które są pod względem histopatologicznym i w części patogenetycznym bardzo zbliżone do tylko co omówionej formy chorobowej. Mamy tutaj na myśli t. zw. *skombinowane choroby systemowe układu rdzenia*. Zaraz na początku orzec musimy, że nie mamy tutaj na myśli wypadków t. zw. choroby F r i e d r e i c h'a (tabes hereditaria), w której na tle dziedzicznym powstają skombinowane zmiany w pęczkach tylnych i bocznych. Nie mamy również na myśli tych rzadkich przypadków wiaźdu rdzenia, w których oprócz zmian w pęczkach tylnych, występują również zmiany w pęczkach bocznych (wraz z odpowiednimi objawami klinicznymi), ani też przypadków paraliżu postępującego ze zmianami w układach pęczków tylnych i bocznych. Po za temi chorobami są opisane skombinowane choroby układowe

rdzenia, w których jednocześnie występują objawy kliniczne ze strony porażonych układów pęczków bocznych (piramidalnych, ruchowych) i tylnych (czuciowych). Przypadki odpowiednie zostały opisane przez Kahler'a i Pick'a (w 1878 r.), potem zaś przez Babesiu, Westphala, Sioli'ego, Strümpella, Raymond'a, Damaschino, Stadelmann'a, Ballet'a i Minor'a, Borgherini'ego, Dreschfeld'a, Dana, Clarke'go, Francotte'a, Marie'go, Lichtheim'a, Minnich'a, Nonne'go, Schmausa, Hochhaus'a, Mayer'a, Rothmann'a i innych.

Jeżeli rozejrzemy się w literaturze, ujrzemy wtedy, że w poważnej ilości przypadków odnośnych, widziano zwyrodnienie pęczków tylnych (Golla), pęczków piramidalnych bocznych i pęczków mózdkowych. Zmiany te czynią w rzeczy samej na pierwszy rzut oka wrażenie zmian układowych. Jeżeli jednak krytycznie rozpatrzmy każdy z tych przypadków z osobna, przekonamy się wtedy, że zwyrodnienia te powstają albo wtórnie od jednego jakiegoś ogniska zapalnego, albo też stanowią kombinacje zmian meningo-myelitycznych wraz z zwyrodnieniami wtórnymi. W wielu przypadkach odnośnych widać wprost związek zachodzący pomiędzy zmianami w układach z jednej strony i w naczyniach z drugiej. Jednym słowem, sądzimy wraz z Leyden'em, Goldscheidere'm, Marie, Ballet'em i Minor'em i in. że, pomijając wyżej przytoczone przypadki, prawdziwych zmian układowych skombinowanych (w chorobie Fiedrich'a, wiądzie rdzenia i paraliżu postępującym), uważamy t. zw. kombinowane choroby układowe rdzenia za jedną z form przewlekłego zapalenia rdzenia. Postać układową cierpienia te zawdzięczają, albo zwyrodnieniom wtórnym wstępującym i zstępującym, które powstają na skutek zniszczenia tkanki nerwowej w ogniskach myelitycznych, albo też zmianom meningo-myelitycznym, które się czasami umiejscawiają w naczyniach obwodowych rdzenia (vasocorona) na bardzo rozległych przestrzeniach podłużnych. Bardzo często obie te przyczyny wzajemnie się dopełniają. Nonne w ostatniej swej pracy z 1899 r. specjalnie zaznacza, że zmiany analogiczne występujące w rdzeniu w niedokrwiłości złośliwej, nie należy zaliczać do zmian układowych, lecz do ogniskowych zapalnych. Są one podobne do zmian w myelitis acuta disseminata i wykazują ścisły związek z naczyniami. Nie możemy jednak przemilczeć faktu, że tak kompetentni badacze, jak np. Oppenheim, sądzą, że jakkolwiek t. zw. kombinowane choroby układowe rdzenia stanowią często tylko rozlane zmiany zapalne i zwyrodnienia, jednakowoż powstawać one mogą samoistnie.

Zanim zakończymy rozdział o *myelitis*, rozpatrzeć musimy rzecz pierwszorzędnej wagi zarówno dla kliniki jak dla anatomii patologicznej, mianowicie *różnice histopatologiczne zachodzące między myelitis z jednej strony i sclerosis multiplex z drugiej*. Współzależność tych dwóch cierpień należy do spraw najbardziej żywotnych i najczęściej poruszanych w nowożytnych badaniach drobnowidzowych z dziedziny chorób rdzenia. Znajdujemy tutaj nazwiska Charcot'a, Leyden'a, Schüle'go, Buchwald'a, Berlin'a, Engesser'a, Schultze'go, Ribbert'a, Cramer'a, Hoche'go, Hess'a, Oppenheim'a, Freud'a, Marie'go, Pitres'a, Taylor'a, Huber'a, Bikeles'a, Redlich'a, Goldscheider'a, Dejerine'a, Sottas'a, Strümpell'a, Siemerling'a, Probst'a, Bruns'a, Balint'a, Schuster'a-Bielschowsky'ego i innych.

W sclerosis multiplex znajdujemy po większej części w mózgu i w rdzeniu zupełnie nieregularne, bez najmniejszej prawidłowości rozsiarne szarawe ogniska stwardniałe (*sklerotyczne*). Zdarzają się wypadki świeże, w których gołym okiem na przekroju poprzecznym ognisk tych dostrzedz nie można. Pochodzi to zapewne ztąd, że w przypadkach świeżych sclerosis multiplex w ogniskach znajdują się nagromadzone w wielkiej ilości komórki ziarniste, które pochłaniają substancje tłuszczowe rozpadowe (myelinę) i nadają na skutek tego ognisku białawą barwę, niczem się nie odróżniającą od istoty białej rdzenia (Schultze) są to jednak przypadki bardzo rzadkie. We wszystkich innych przypadkach widzimy na przekrojach rdzenia twarde szare ogniska wyglądające jak wysepki o konturach ostrych, odgraniczających je od tkanki normalnej. Wysepki te posiadają dość często formę klina (podstawą zwróconego do obwodu rdzenia); po zatem bywają one okrągłe, wielokątne i wogóle mogą się zjawiać w najbardziej złożonych i oryginalnych postaciach. Wysepki te sklerotyczne są rozsiarne w większości przypadków wzdłuż całego rdzenia, czasami liczba ich zwiększa się w kierunku ku cauda equina. Leżą one przeważnie w istocie białej, lecz mogą również wkraczać w istotę szarą.

Co się tyczy zmian drobnowidzowych w sclerosis multiplex, to w przypadkach przewlekłych przeważa bujanie neuroglei wraz z zanikiem otoczek myelinowych, lecz z pozostawianiem wyrostków osiowych. Po większej części ogniska te odrzynają się linią ostrą od tkanki normalnej, czasami jednak przejście istoty zmienionej do normalnej jest więcej stopniowe. Otoczki myelinowe ulegają w tych ogniskach sklerotycznych zanikowi zupełnemu lub też (przeważnie w częściach obwodowych ogniska) bardzo znacznemu zwyrodnieniu. Nadzwyczaj charakterystycznym jest zachowanie się wyrostków osiowych

w sclerosis multiplex. Wszyscy badacze zgadzają się na to, że wyrostki te przechowują się nawet w przypadkach bardzo daleko posuniętych zmian histopatologicznych. Jest to fakt pierwszorzędnej wagi. Zaznaczyć jednak należy, że 1) niektóre wyrostki osiowe wykazują pewne zmiany (przebieg wężykowaty, zgrubienie wrzecionowate, tworzenie się w niektórych miejscach ścieńczeń), 2) w częściach środkowych ognisk sklerotycznych dawnych widać częściowy zanik tych wyrostków, 3) w przypadkach świeżych sclerosis multiplex spostrzegać się daje czasami dosyć znaczny brak wyrostków osiowych (być jednak może, że niedosyć subtelne metody badań wyrostków osiowych nie są w stanie ich wykazać). Przypuszczanie P o p o w'a o regeneracji wyrostków osiowych (w sclerosis multiplex) nie jest oparte na ścisłych podstawach naukowych.

Również ważnym jest fakt, że komórki nerwowe pozostają w większości przypadków nietknięte. Ten brak zmian widocznych w wyrostkach osiowych i w komórkach istoty szarej powoduje, że z wyjątkiem przypadków bardzo nielicznych (S c h u l t z e, R e d l i c h, B i k e l e s, S i e m e r l i n g, P r o b s t) nigdy nie występuje zwyrodnienie wtórne.

Neuroglia ulega, jakieś to zaznaczyli, bujaniu znacznemu. Bujanie to może być rozmaite i nadawać wygląd różnorodny ogniskom. W tych ogniskach, w których nastąpił bardzo szybki zanik włókien nerwowych, powstaje często tak wielka ilość przestrzeni pustych, że całe ognisko wygląda jak gdyby przedziurowane (typ areolarny ognisk sklerotycznych); w przypadkach tych bujanie neuroglei jest nieznaczne. W większości jednak przypadków tkanka glejowata rozmnaża się znacznie i zapełnia swą bardzo zbitą masą włókien i jąder glejowatych całe ognisko. Pośród tej masy widzimy wtedy większe lub mniejsze grupy pozostałych jeszcze wyrostków osiowych lub pojedynczo leżące i otoczone neurogleią wyrostki. Oprócz tego znajdujemy w ogniskach sklerotycznych komórki ziarniste, nacieczenia drobnokomórkowe (naokoło naczyń), pigment krwi (z wybroczyn dawnych) i czasami corpora amylacea. Naczynia wykazują w przeważnej ilości przypadków zmiany widoczne, a mianowicie zgrubienia warstw, często endarteriitis proliferans et obliterans, rozszerzenie przestworów okołonaczyniowych, czasami nacieczenie drobnokomórkowe ścianek i bezpośrednio okolicy naczyń.

Jaką jest *genеза* tych zmian w sclerosis multiplex? Niektórzy sądzą, że jądro sprawy stanowią zmiany zapalne śródmiaższowe (C h a r c o t, E r b, L e y d e n, W e r n i c k e, L e w e s i i n.). Inni zaś sądzą, że pierwotnie proces patologiczny rozwija się w elementach

nerwowych (Adamkiewicz, Redlich, Huber, Goldscheider). Wreszcie niektórzy sądzą, że w pewnych przypadkach sclerosis multiplex choroba ta powstaje na tle wrodzonych wpływów hamujących rozwój włókien nerwowych. Schmaus sądzi, że w przypadkach tych (analogicznych do choroby Friedreich'a lub syringomyelii) mielibyśmy do czynienia albo z niezupełnie rozwiniętymi włóknami nerwowymi (t. j. bez otoczki myelinowej) lub też dany osobnik posiadał by od urodzenia rozsiane w swym rdzeniu ogniska neuroglei, bardzo skłonne do bujania.

Sądzimy, że w tej ciemnej sprawie największej jasności spodziewać się można od przypadków świeżych, w których śmierć nastąpiła w kilka dni lub tygodni po rozpoczęciu choroby.

Otóż przypadki te opisane zostały przez Ribbert'a, Cramer'a, Bikeles'a, Goldscheider'a, Balint'a i innych. My również zbadaliśmy szczegółowo bardzo świeży przypadek sclerosis multiplex.

Jeżeli przyjrzeć się dokładnie zmianom drobnowidzowym w tych początkowych stadyach sclerosis multiplex, to stanie się dla nas jasnym fakt, że zmiany histopatologiczne występujące w sclerosis multiplex są natury zapalnej. W naszym przypadku (i w większości wyżej wspomnianych) widzieliśmy znaczną ilość przekrwionych naczyń wraz z ich rozszerzeniem, nacieczeniem drobnokomórkowe ścianek naczyń i ich okolicy, ogromną ilość komórek ziarnistych, głównie w najbliższym otoczeniu naczyń (po zatem w całym ognisku). Spodziewaliśmy po zatem w ogniskach zupełny zanik, w części zaś zwyrodnienie otoczek myelinowych, bujanie komórek neuroglei, puste oczka siatki neuroglei (patrz wyżej typ areolarny). Włókna tkanki glejowatej nie okazywały znacznego bujania. Co dotyczy wyrostków osiowych, to na preparatach karminowych w wielu miejscach nie byliśmy w stanie ich wykryć (jest to być może zależne od tego, że w preparatach trudno jest odróżnić te wyrostki osiowe od przeciętych włókien neuroglei i od jej ziaren). W przypadku naszym nigdzie nie widzieliśmy zwyrodnień wtórnych. Komórki nerwowe były doskonałe przechowane (metoda Nissl'a).

Otóż na podstawie badań, dokonanych w tych przypadkach świeżych, przychodzimy do wniosku, że sclerosis multiplex należy do rozsianych spraw zapalno-naczyniowych rdzenia (myelitis disseminata), o pewnych jednak właściwych tej chorobie rysach odmiennych.

Sądzić mianowicie należy, że czy to szczególny rodzaj infekcji lub intoksykacji, czy też szczególne usposobienie tkwiące w ustroju

nerwowym, wpływają na to, że zmiany histopatologiczne nie są tak głębokie, jak w zwykłych formach myelitycznych. Proces ten niszczy myelinę, lecz oszczędza zarówno wyrostki osiowe jak i komórki nerwowe i nie prowadzi na skutek tego do zwyrodnień wtórnych. Jeżeli jednak uznamy nawet za pewnik, że sclerosis multiplex jest sprawą zapalno-naczyniową, to pozostaje jeszcze nierozstrzygniętem pytanie, jaka tkanka ulega najpierw zmianom,—neuroglia, lub też otoczki myelinowe. Wydaje nam się wraz z Goldscheider'em, że substancje szkodliwe krążące we krwi niszczą nadzwyczaj szybko (być może pierwotnie) otoczkę myelinową. Sprawie tej towarzyszy bujanie komórek ziarnistych. Te ostatnie pochłaniają rozpadającą się myelinę, tak że już w okresach wczesnych widzimy zupełny jej zanik. W dalszym ciągu rozmnażają się coraz bardziej włókna glejowate, które rozdrabniają wyrostki osiowe na coraz mniejsze grupy i otaczają je swymi pierścieniami.

D. c. n.

Z Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego.

II. KILKA SŁÓW

o powtarzaniu się obojactwa wrzekomego w jednej
i tej samej rodzinie

(De pseudohermaphroditismo hereditario)

z 6 rysunkami w treści.

Podał

Dr. med. Fr. Neugebauer.

(Ciąg dalszy).

28). Fr. Neugebauer. Dnia 26 lutego 1895 r., kolega Drabczyk skierował do mnie z ambulansu przy ul. Piwnej pacjentkę, która do niego zgłosiła się na poradę wskutek bólów w pachwinach. Chodziło w tym przypadku o descensus retardatus testicularum u spódzca męskiego mylnie za pannę wychowanego; 16-letnia Katarzyna, córka wyrobnika, okazała się chłopcem. Ro-

dzice mieli wtenczas 12-cioro dzieci, po dwóch synach urodziło się 9 córek, następnie znów syn dziś dwumiesięczny. Z 12-ciorga dzieci tylko czworo pozostało przy życiu: dwie siostry Katarzyny 3 i 12-letnia, oraz dwumiesięczny braciszek. Matka ani u Katarzyny, ani u innych dzieci swoich żadnych zbroczeń rozwojowych nie zauważyła, a jednak u Katarzyny mimowoli ustrój zewnętrzny organów

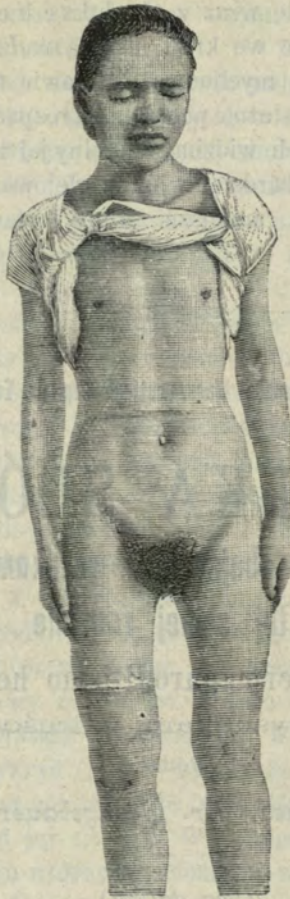


Fig. 3.

pleciowych sromu powinien był zwrócić uwagę. Katarzyna o wyrazie twarzy, głosie, krtani męzkich, lekkim zarostie na wardze górnej, budowie silnej o ostrych męzkich konturach ciała i skąpej warstwie podskórnego tłuszczu, o rysujących się na powłokach konturach mięśni, bez śladów gruczołów piersiowych przy małych brodawkach (Andromastia), o kończynach szczególnie dolnych mocno

owłosionych, już w ubraniu swoim kobiecym robi wrażenie uderzające niezwykłością i osobliwością kształtu. Wzrostu jest bardzo wysokiego. Włosy na głowie długie w kobiecy warkocz splecione; po zdjęciu odzieży okazuje się, że Katarzyna ma ogólne ukształtowanie ciała czysto męzkie. Od kilku miesięcy trapią ją bóle w obu pachwinach; widocznie obawiając się powstania przepukliny, zgłosiła się do lekarza o poradę. Otóż przy badaniu okazało się, że owe bóle zależały li tylko od *descensus retardatus testicularum* do warg sromnych wielkich, czyli do połówek rozszczepionej moszny. Owłosienie sromu kobiece bez smugi po linii środkowej aż do pępka przebiegającej, uwłosienie całej okolicy sromu jak na dziewczynę 16-letnią bardzo obfite. Lechtaczka czyli rozszczepione prącie ma

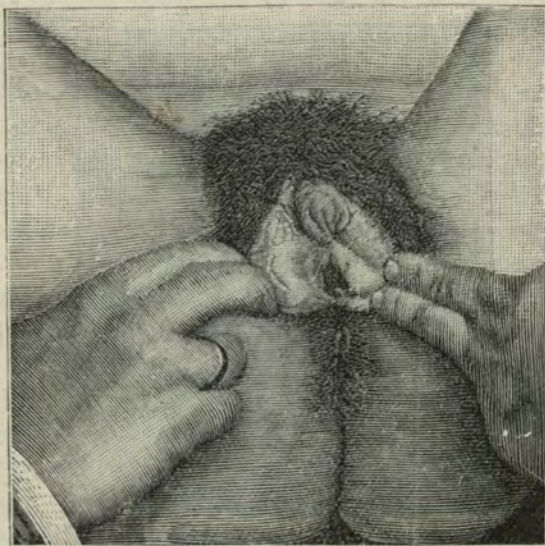


Fig. 4.

długość $5\frac{1}{2}$ cent., na 7 centymetrów w obwodzie *cum praeputio*, *penis fissus erectilis*. Poniżej otworu cewki, w szparze sromowej widać dołek sinus urogenitalis, do którego otwiera się u góry cewka moczowa, poniżej zaś pochwa 2—3 cent. długości mająca i u góry ślepo zakończona; w ujściu pochwy widać obrączkowatą błonę dziewiczą. Na górnej ścianie rozszczepionej części cewki moczowej po linii środkowej widać w rowku, cewce rozszczepionej odpowiadającym, w trzech miejscach drobniutkie otworki, wpuszczające cienką sondę okulistyczną na 0,5 dio 1,5 milimetrów głębokości. (Patrz fig. 3, 4, 5). (*Lacunae Morgagni*). Przy ujściu zaś cewki nie widać jakich-

kolwiek innych otworów. Po obu stronach poniżej otworów kanałów pachwinowych, wymacano ciało twarde, owalne, wrażliwe na uścisk, w najdłuższym wymiarze trzy centymetry mające. Ciało prawostronne zdaje się być większem od lewostronnego. Przy ucisku palcami można jedno jak i drugie z tych ciałek posunąć na 4—5 cent. niżej do wewnątrz wargi sromowej wielkiej, przyczem wyczuć można naprężający się sznurek do kanału pachwinowego przebiegający. Sznurek ten na poziomej gałęzi kości łonowej pod palcem toczy się, dając uczucie powrózka nasiennego. Przyjędzy dokładnie nie udało mi się wtedy wymacać, zapewne były one małe i miękkie. Ani miesiączki, ani wytrysków nasienia Katarzyna dotąd nie miewała, jak również nie doznawała jeszcze żadnych pope-



Fig. 5.

dów płciowych. Katarzyna woli przebywać w towarzystwie kobiet, do którego jest przyzwyczajoną, niż mężczyzn; obecnie pracuje jako szwaczka, aby rodzicom dopomóc w utrzymaniu domu i rodziny. Charakteru jest łagodnego, matka żadnych w charakterze jej przykrych własności nie zauważyła, chwali córkę jako pracowitą, posłuszną i sercową dziewczynę. Badając per rectum nie znalazłem ani prostatae, ani pęcherzyków nasiennej, ani macicy, zdaje mi się jednak, że zarodek jakiś macicy musiał istnieć, albowiem czułem, jakby przegrodę w kształcie ligamenti lati, w poprzek miednicy pomiędzy pęcherzem moczowym a odbytnicą przebiegającą.

Nie można więc wykluczyć możności istnienia szczątkowej macy o obu nawet jajowodach. Na badanie pod narkozą Katarzyna nie zgodziła się. Bóle w pachwinach po używaniu nacierań narkotycznych, oraz po zepchnięciu jąder do rozszczepionej moszny powoli ustąpiły, być może, że i suggestia do tego uleczenia się przyczyniła, skoro oświadczyłem Katarzynie, że tu żadnej choroby niema, że owe ciała twarde są jądrami, które prędzej czy później powinny były wyjść z jamy brzusznej do rozszczepionej moszny. Małych warg sromnych w tym przypadku nie było, przynajmniej nie były one tak uwydatnione, jak to nieraz bywa w przypadkach analogicznych. Jest to więc spostrzeżenie *erreur de sexe*, „opartej na *fissura peniscrotalis*, czyli *perinaealis*“ *cum descensu testiculorum retardato cum hypoplasia organorum sexualium masculorum* przy obecności długich włosów kobiecych na głowie i pochwy szczątkowej, w ujściu *hymene* otoczonej, (patrz fig. 2, 3, 4).

We wrześniu r. 1900 zostałem wezwany przez kol. Dąbrowskiego do szpitala Zapasowego dla zbadania osobnika, dotkniętego szkarlatyną, mianowicie z przyczyny, że podejrzywano u niego „*erreur de sexe*“. Okazało się, że dziewczyna ta, dziś 21-letnia była ową właśnie Katarzyną czy Michaliną, którą poprzednio już dnia 19 marca 1895 r. w Towarzystwie Lekarskiem przedstawiłem. Matka której wtedy oświadczyłem, że córka jej jest raczej męzkim spódcem i której dla poprawienia losu radziłem przeprowadzić w Sądzie Okręgowym zmianę metryki odpowiednią, aby syn jej mógł otrzymać prawa jemu przynależne, przeraziła się bardzo tą wiadomością i zmianę metryki wolała odłożyć na później, do dziś dnia jednak na krok ten ważny jeszcze się nie zdecydowała, tem bardziej, że osoba głównie w tej kwestyi interesowana, dotychczas zachowuje się obojętnie co do proponowanej zmiany jej stanowiska socyalnego. Od czasu, gdy nie widziałem Katarzyny wystąpiło bujne owłosienie męskie twarzy, podbrzusza, okolicy sromu, krocza oraz kończyn. Głos przybrał odcień jeszcze bardziej męski. Krtać wystaje bardziej niż dawniej, ma wygląd czysto męski. Jądra, przyjadrza i powrozy nasienne są dokładnie wymacalne. Erekcye prącia częste, lecz bez ejakulacyi, *jakoby i niebolesne*. Lewe jądro leży znacznie niżej od prawego, przed samym otworem kanału pachwinowego leżącego. Przy odruchu *musculi cremasteris* po każdej stronie jądro cofa się znacznie ku górze. Powrozy nasienne toczą się pod palcem na gałęziach poziomych kości łonowych. Jądra są bardzo wrażliwe na ucisk. Rysy twarzy wyraźnie męskie. Żołądź prącia obnażona o napletku w tył cofniętym. Przy napięciu widać brzegi roz-

szczepionej cewki, przypominającej szczątkowe wargi małe, których przy pierwszym badaniu 1895 r. nie zauważono. Sinus urogenitalis ma półtora centymetra głębokości. Poniżej zagłębienia widać poprzeczną fałdę skórną odpowiadającą *frenulo labiorum pudendi majorum*. *Per rectum* tym razem bardzo wyraźnie udało się wymacać *vasa deferentia*, nie wiadomo jednak czy nie kończą się ślepo, czy są wogóle drożne, a jeśli są drożne, gdzie leżą ich otwory (ponieważ jakoby niema wytrysków z nich). Jeśli istnieją otwory (ductus ejaculatorii), to prawdopodobnie leżą w bocznych ścianach ujścia szczątkowej pochwy. Jak dawniej tak i teraz Katarzyna oświadcza, że dotychczas żadnych popędów płciowych jakichkolwiek nie odczuwa.

Dnia 10 maja 1901 zgłosiła się do mnie matka Katarzyny tym razem z córką młodszą, 18-letnią Martą, mianowicie wskutek tego, że od dni czterech córka doznaje silnych bólów w pachwinie prawej do tego stopnia jej dokuczających, że nawet jako szwaczka pracować nie może. Dwa lata temu miała przez 8 dni takie same bóle w pachwinie lewej, lecz bóle wtedy samowolnie ustąpiły bez leczenia. (Diarium Praxeos Propriae medicae 1901, № 18131 (455)). Przy badaniu okazało się, że Marta jest tak samo męzkim spóźnieniem jak i siostra starsza. Wygląd ogólny męzki, rysy twarzy męskie, bujne owłosienie męzkie twarzy, tak, że Marta obcina sobie codziennie włosy na wargach, pod bródką i t. d.

Sutek kobiecych nie ma; brodawki owłosione długimi włosami. Owłosienie brzucha, sromu, kroczka, okolic sąsiednich i kończyn, bardzo bujne męzkie. Głos i krtań męzkie. Prącie rozszczepione o wyraźnych trzech *lacunae Morgagnii* w linii pośrodkowej, rozszczepionej części cewki moczowej; penis ma 4—5 centymetrów długości *in statu quietis*, erekcje są, lecz mało energiczne, wytrysku Marta nigdy nie czuła, lecz zauważyła na koszuli twardniejące plamy żółta-wo-białawe poniżej otworu cewki, który to otwór pozbawiony jest zupełnie warg bocznych, jakie posiada fizjologicznie otwór cewki moczowej u kobiety, leży otwór pochwy na wysokości półtora centymetra lub dwóch ślepo zakończony. Widać rąbki hymenis podartego, ani śladu małych warg sromowych niema. Jądro, przyjądrze i sznurek nasienny są dobrze wymacalne po stronie lewej, jądro bardzo ruchome cofa się przy badaniu aż do kanału pachwinowego, daje się jednak zesunąć aż do samego prawie dna wargi sromowej wielkiej, czyli lewej połowy rozszczepionej moszny. Po prawej stronie guz bolesny na dotyk w pachwinie, skośnie leżący. Drobnych części w guzie wymacać nie sposób z powodu opuchnię-

cia. Przypadkowo będący u mnie kol. K r a j e w s k i oświadczył, że istnieje tutaj epididymitis traumatica, uciskowego pochodzenia. Per rectum wymacałem ciało dosyć znacznych rozmiarów, twarde, nie bolesne na ucisk, które na mnie robiło wrażenie szczątkowej macicy, nie śmiem jednak twierdzić, czy nie zachodzi tu pomyłka, czy nie była to *prostata*. Dnia 21 maja 1901 r., Martę przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskiem. Z powodu bólów pachwinowych *descensus testiculi dextri*, przyjąłem chorą na tydzień do szpitala; robiono okłady z wody Goulardowej z dodatkiem makowca, bóle powoli się zmniejszyły. Zaciekawiony koincydencją tej samej wady rozwojowej, pseudohermafrodytyzmu u dwojga dzieci tej samej rodziny wypytywałem matkę o resztę dzieci. Otóż matka od reku

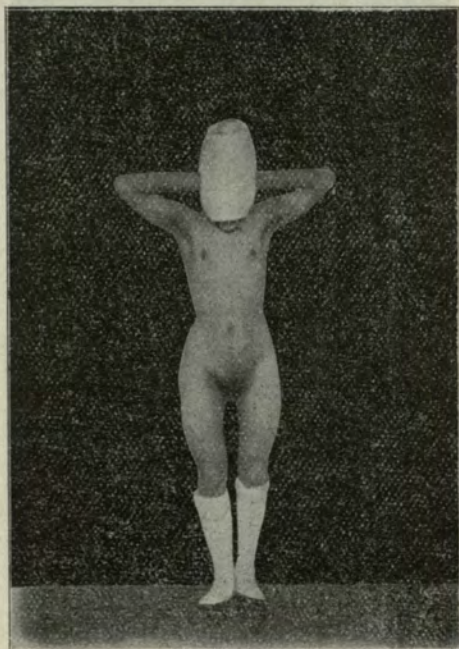


Fig. 6.

1895 rodziła jeszcze dwa razy. Z 14-orga dzieci pozostały przy życiu tylko dwie córki, czyli dwaj synowie zniekształceni Katarzyna i Marta, oraz dziewczynka 5-miesięczna. Na żądanie matka sprowadziła do mnie ową najmłodszą córkę; badanie jej ujawniło normalny układ organów płciowych kobiety. Dodaję cztery rysunki Marty podług fotografii przezemnie, w szpitalu zdjętych.

Na fig. 6 widać, że wymiar poprzeczny barków, jest szerszy od wymiaru poprzecznego miednicy, widać bujne owłosienie męskie, brak sutek i t. d., na innych rysunkach ustrój organów płciowych zewnętrznych (patrz № 427), oraz 763 mojej ogólnej kazuistyki wrzekomego obojnactwa (patrz fig. 6, 7, 8, 9).

29. Nonne (l. c.): 18-letnia Dorota Bleuss z Hamburga przed dwoma miesiącami, przez wyrobnika została zarażona przymiotem. Miesiączki nigdy nie miała. Dorota okazała się męskim spódcem o hypospadiasis peniscrotalis, prąciu rozszczepionym 5 centymetrów długości. Ogólna budowa męska, klatka piersiowa i brzuch sownie owłosione, również kończyny dolne. W głębi szpary srom-



Fig. 7.

nej sinus urogenitalis, w nim otwiera się cewka moczowa. Praeputium clitoridis spuriae ku dołowi przechodzi w dwie fałdy, rodzaj małych warg sromowych, w każdej wardze sromowej wielkie jądro ruchome, leżące przed samym otworem zewnętrznym kanału pachwinowego. Ślepo zakończona pochwa ma trzy centymetry długości i wpuszcza koniec palca. Ani śladu macicy niema. Przy ujściu pochwy obrączkowata fałda uwydatnia się na podobieństwo hymenis. Ani śladu prostatae nie wymacano przez odbytnicę.

Dorota dotychczas żadnych popędów płciowych nie odczuwa.

21-letnia siostra jej Fryderyka Bleuss w wieku lat 16, wstąpiła do kliniki Schedego w r. 1885 z powodu przepukliny pachwinowej. Typ męzki, zarost na wardze, włosy na głowie w długie warkocze splecione, oddech piersiowo-brzuszy, sutki nie rozwinięte. Penis fissus długości palca wskaziciela, praeputium ku dołowi przechodzi w dwie fałdy, zlewające się ze sobą na dwa i pół centymetra powyżej odbytu na podobieństwo *frenuli muliebris*.

Otwór cewki pod osadą prącia leży bliżej glandis penis, wskutek czego cewka kobieca odstaje od łechtaczki. Po lewej stronie normalnej wielkości jądro *in scroto fisso*, po prawej o połowę

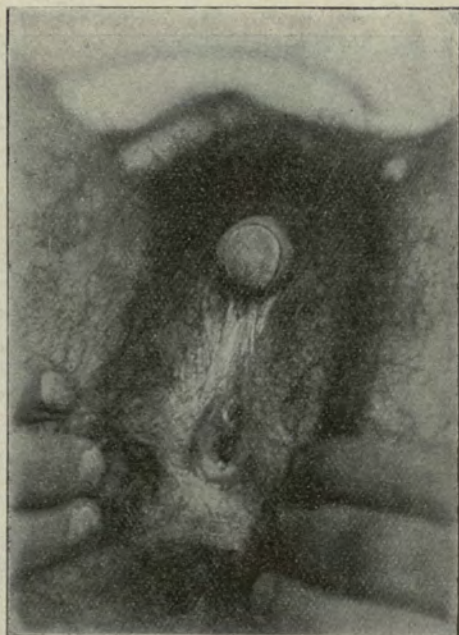


Fig. 8.

mniejsze tuż przed otworem kanału pachwinowego leżące, lecz dające się zepchnąć na dół. Ani śladu macicy, jajników, *prostatae* pod narkozą nie wymacano *per rectum*. Po pięciu latach wyrosła obfita broda na twarzy, typ budowy ciała ogólnej stał się wyraźnie męzkim. Fryderyka opowiada, że ani erekcyj żadnych nie miewała, ani popędu do kobiet nie czuje. Częściowy kryptorchizm, *scrotum fissum* były przyczyną mylnego określenia płci u obojga siostr-braci.

30. Phillips („Four cases of Spurious Hermaphroditism in one family“ *Obstetrical Society of London* June 2, 1886, *British Gyn. Journal* 1887 pg. 417), opisał tę samą wadę rozwojową u czworga osobników z tej samej rodziny. Z 9-rką dzieci czwarte, szóste, ósme i dziewiąte są wrzekomymi obojnakami mężczyzn. Opisu dokładnego referat nie zawiera. Według mniemania matki „fright during the third month of pregnancy caused the first“. Dzieci te żyły po kilka dni. Phillips dokonał sekcji. Według zdania Phillipsa zniekształcenie w pierwszym przypadku było skutkiem wpływu psychicznego matki, przy następnych zaś ciążyach „the continued dread and mental distress which ensued on her bearing a deformed child“.

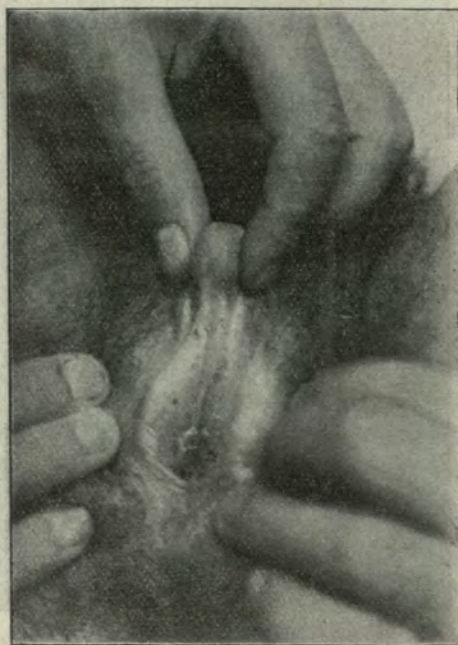


Fig. 9.

31). Rigaud w Strasburgu opisał rodzinę 2 braci spódców jeden z nich miał syna znów spódcę; syn tego ostatniego miał sześcioro dzieci, między nimi znów było trzech spódców.

32). Saviard opisał bliźnięta męzkich, spódców.

33). Shorthouse opisał spostrzeżenie następujące: Ojciec był spódcem, matka urodziła się z anomalią rąk: amputatio intrauterina digitorum. Małżeństwo to miało sześcioro dzieci: dwie dziew-

czynki o zniekształconych rączkach (*mutilated hands*), oraz czterech chłopców spóźnieńców o rozszczepionej cewce moczowej.

34). Stonham („Complex or vertical Hermaphroditism“ *Transact of the Pathol. Society of London. Brit. Med Journal* 1888 p. 4169 opisał narządy płciowe dziecka zmarłego po herniotomii: hypospadiasis peniscrotalis, cryptorchismus przy obecności pochwy, dwurogiej macicy. Jądra i przyjadrza leżały na miejscu jajników. Gruczołów nasiennych nie było. Matka rodziła 14 razy, mianowicie 6-ro dzieci donoszonych, a 8 razy ronila. Między 6-rgiem dzieci donoszonych było dwóch wrzekomych obojnaków męskich. Jedna z sióstr matki uchodziła za hermafrodytę, lecz w następstwie raz rodziła (patrz referat: *Formel's „Jahresberichrom“* 1888 p. 306).

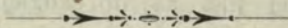
35). Sulima (Wracz 1897 N. 4 pg. III „Tri słuczaja dwunatja w odnom siemiejstwie“). W Marcu 1896 do urzędu lekarskiego w Kamieńcu Podolskim zgłosił się wieśniak M. z żoną, dwa miesiące temu poślubioną, z prośbą o oględziny lekarskie, ponieważ uważa ją za mężczyznę a nie za kobietę. Ponieważ żona Ksenja zeznała, że z 5 sióstr jej jeszcze dwie są tak samo ukształtowane jak i ona, więc i te dwie siostry poddano oględzinom lekarskim. Rodzice mieli 6 córek, raz jeden matka poroniła płód męski. Najstarsza córka żamężna już sama rodziła. Troje najmłodszych córek zmarło już (podług twierdzenia rodziców miały one organa płciowe prawidłowo ukształtowane). Ksenja, 20-letnia, wysokiego wzrostu o męzkim wyrazie twarzy, o długich warkoczach, bez męskiego owłosienia bródki i twarzy, o męzkim głosie i krtani, braku sutek, męskiej budowie miednicy o męzkim owłosieniu sromu, okazała się męzkim spóźnieńcem o hypospadiasis peniscrotalis i jąderkach w rozdwojonej mosznie.

Obok jąder wymacano przyjadrza i powrozy nasienne. Prącie 3 cent. długości, o 2 cent. obwodu i 1 cent. długości żołądźci. Napełek, labia minora pudendi, in sinu urogenitali otwór cewki a poniżej otwór pochwy szczątkowej dostępny dla kateteru na 1 cent. głębokości! Otwór cewki moczowej pozornie kobiecy. Pochwa u góry ślepo zakończona. Wewnętrznych organów płciowych kobiecych nie wymacano. Peryodów Ksenja nigdy nie miała, również nie zauważyła wytrysków pomimo obecności erekcyj prącia. Ksenja nie miała nigdy popędów płciowych żadnych i nie odczuwała popędu ani do jednej płci ani do drugiej. Skonstatowano takie samo ukształtowanie organów płciowych dla badania dostępnych u dwóch sióstr Ksenji, u 9-letniej Matreny i u 5 i pół letniej Akuliny, lecz u Matreny jądra nie były jeszcze wymacalne in

scroto foisso. Ksenja zaś oświadczyła, że u Matreny jądra od czasu do czasu dają się wymacać w wargach sromnych. U Akuliny można było wymacać miękkie jąderka w wargach sromnych; lewe okazało się mniejszem od prawego. Ogólny wygląd dwóch młodszych sióstr był kobiecy. Sulima wszystkie trzy siostry uważa za mężkich spódców. Mąż Ksenji w trzy miesiące po ślubie podał skargę rozwodową do konsystorza, lecz konsystorz rozpatrzenie kwestyi rozwodu odłożył ad futura tempora, opierając się na paragrafie 242 ustawy czyli odroczył rozwód na termin późniejszy, dopóki nie minie trzech lat od czasu zawarcia małżeństwa. (Protokół Obszczestwa Podolskich Wraczej za 1895 i pierwoje poługodje 1896 goda) patrz: Wracz. 1896 pg. 1471 N. 11, na str. 1488)

36). Traxel: (Wiener Medicinische Wochenschrift 1856 N. 18) opisał przypadek zapłodnienia kucharki przez służącą, spódcza męskiego mylnie za kobietę wychowanego. W podręczniku swoim J. Maschka (Handbuch der gerichtlichen Medicin III. Bd. pg. 15), podaje szczegóły następujące (cytowane podług artykułu Traxel'a: „Die Zeugungsfahigkeit eines Hypospadiæus“ oraz podług „Prager Medicinische Vierteljahrschrift 1856 Bd. III. Analekten pg. 103). Niezameżna położnica O. lat 27 zeznaje, że przez trzy lata nie miała żadnych stosunków z mężczyznami, lecz wyłącznie tylko z niezameżną służącą Joanną K. jak mężczyzna ukształtowaną. Joanna K. 37-letnia czyni wrażenie mężczyzny. Scrotum fissum, jądra w obu jego połówkach, penis fissus brevis. Na jeden cal poza koroną żołądzi w rozszczepionej mosznie widać dwa drobne eliptyczne otworki, wpuszczające szczecinę. Trzeci podobny otworek w tymże rowku w rozszczepionej cewce leży na dwie linje przed otworem cewki. Traxel uważa, że otwory te mają być anormalnemi ujściami przewodów nasiennych. Tłómaczy on również możność zapłodnienia kobiety przy stosunku w ten sposób, że podczas stosunku rozszczepiony kanał cewki przez tylną ścianę pochwy tak był chwilowo zamknięty, że wytrysk nasienia dostał się do głębi pochwy. Jest rzeczą bardzo ciekawą, że noworodek posiadał tę samą wadę ukształtowania co i ojciec jego, owa służąca Joanna K., był on również spódcem męzkim o cewce otwierającej się in perinaeo fisso.

D. c. n.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

490. R. Koch. **Walka z gruźlicą.** (Wolny przekład odczytu na Zjeździe w Londynie, według artykułu oryginalnego w Deutsche med. Woch. № 33, 1901).

Kwestya, stanowiąca przedmiot zjazdu niniejszego, należy do nader zawiłych, ale wdzięcznych zarazem.

Nie mam potrzeby chyba wspominać, ile ofiar pada dzięki gruźlicy, ilu nieszczęść rodzinnych jest ona przyczyną, wiecie wszyscy, że niema choroby, która by głębsze zadawała ludzkości rany, tem większa przeto była by radość z odniesionego nad wrogiem zwycięstwa. Sądzone, że z wrogiem, który od lat tysięcy rozpanoszył się po całym świecie, walka jest niemożliwa, a jednak walkę już dziś prowadzić możemy na pewnych podstawach i z dobrym wynikiem. Przed niewieloma dziesiątkami lat nieznaną nam była istota gruźlicy, walka wtedy była trudna, dziś sprawa stoi inaczej, nie w stanie socyalnym chorego szukać należy przyczyny—jest nią pasorzyt, którego unikać i z którym walczyć możemy, jak z każdym innym. Żaden z lekarzy dziś już nie wątpi, że gruźlica jest chorobą zakaźną i zna jej przyczynę, sprawa spopularyzowała się i u publiczności, walka więc jest łatwiejsza, gdyż siły tylko lekarzy bez współdziałania społeczeństwa nie wystarczyły by do wykorzenia tej zarazy.

Środki zapobiegawcze w czasach ostatnich skutecznie zwalczały różne zarazy i wiemy już dziś, że muszą być różne dla różnych chorób zakaźnych; dziś nie przypisujemy znaczenia, jak poprzednio, środkom ogólnym dla wszystkich zaraz, jak cholera, mór, trąd i t. p., które zwalczano przez kwarantanny, izolację, dezynfekcję. Nasze środki zapobiegawcze opieramy na dokładnej znajomości źródła i przyczyny zarazy i, stosując to prawo do gruźlicy, możemy oczekiwać wyników dodatnich. Choroby wybuchające doraźnie jak mór, są wymownym przykładem. Wiemy dziś, że zachodzi ścisły związek między morem ludzkim i szczurzym i że te ostatnie są roznościcielami zarazy, tylko chorzy z morem płucnym (który do względnej rzadkości należy) są niebezpieczni bezpośrednio, inni nie są dla otoczenia niebezpieczni. Przy walce więc z zarazą, na szczury zakażone zwrócić należy uwagę, póki tego nie uczynimy, nie możemy oczekiwać wyników dodatnich od izolacji ludzi chorych, ani od szczepień ochronnych, gdyż przyczyna tkwi gdzieindziej.

Co się tyczy cholery i tu środki kwarantannowe okazały się zbyt skuteczne, dokładne zbadanie czynnika, który najczęściej w wodzie się kryje i w tym kierunku zwrócone usiłowania, skutecznie zwalczały w Niemczech cholere w ostatnim dziesiątku lat.

To samo da się powiedzieć o wściekłości psiej — ograniczenie

swobody tych zwierząt, nałożenie kagańców, w Niemczech zmniejszyły liczbę chorych i choroba wygasła by zupełnie, gdyby nie napływała z krajów ościennych.

Walka z tradem w wiekach już średnich podjęta przez ściłą izolację chorych dopięła celu, gdyż choroba ta w Europie środkowej wygasła i tylko gdzieś niedzie się kołacze, dziś wiemy jednak, że izolacja jest potrzebna tylko w dalszych okresach choroby, drakońskie więc przepisy izolacji zmiekczyć nieco można, choroba wygaśnie, choć może nieco później.

Przykłady powyższe dowodzą, że nie należy prowadzić walki z pobocznymi warunkami, ale z samą istotą zarazy i nie tracić sił bezużytecznie.

Zapytajmy się teraz, czy postępujemy tak odnośnie do gruźlicy, czy w naszej walce sięgamy do jądra przyczyn.

Pod gruźlicą rozumiem naturalne tylko choroby, wywołane przez lasecznika gruźlicy.

W większości przypadków gruźlicy siedliskiem są płuca, dokąd lasecznik dostaje się przy wdechaniu z unoszących się w powietrzu cząsteczek płwociny suchotników, zawierającej w sobie w pewnym okresie choroby olbrzymie ilości laseczników; przy kaszlu podczas mowy drobne cząsteczki dostają się z płuc suchotnika do powietrza otaczającego i mogą zarazić otoczenie chorego, nadto w stanie suchym w postaci pyłu odgrywać mogą też samą rolę. Stąd powstaje koło błędne: zarażeni tą drogą szerzą zarazę dalej. Na tej samej drodze, choć rzadziej mogą dostawać się laseczniki i do innych narządów. W każdym razie w płwocinie suchotników jest najgłówniejsze źródło zarazy, rodzi się tylko pytanie, czy nie ma dróg innych szerzenia się gruźlicy. Co się tyczy dziedziczności, sensu stricte jest ona rzadkością i nie może w naszej kwestyi odgrywać zbyt ważnej roli. Istnieje wszakże możliwość przeniesienia gruźlicy zwierząt (perlicy) na człowieka przez mleko, mięso i inne produkty zwierzęce. Tą kwestyą zajmujemy się obszerniej.

Gruźlica zwierząt daje się spostrzegać prawie u wszystkich zwierząt domowych, najczęściej u drobiu i bydła, gruźlica ptasia jednak tak dalece różni się od ludzkiej, że nie może być mowy o przeniesieniu jej na ludzi, mogła by zatem być mowa tylko o gruźlicy bydła rogatego, która mogła by przenosić się na człowieka za pośrednictwem mleka i mięsa.

Już w pierwszej mej pracy o etyologii gruźlicy wyrażałem się oględnie o identyczności gruźlicy bydła i ludzi ¹⁾, brakło mi dowodów za i przeciw i musiałem kwestyę zostawić otwartą. Robiąc doświadczenia na małych zwierzętach, nie mogłem dojść do wyników rozstrzygających, dopiero z zezwolenia Ministerjum Rolnictwa mogłem od lat 2-eh razem z prof. Schüttem zająć się badaniem nad bydłem w wyższej szkole weterynaryjnej w Berlinie. Oto doświadczenia. Pewna

¹⁾ Przytoczone w zeszłym zeszycie słowa własne Kocha nie bardzo świadczą o tej oględności (przyp. red.).

liczba młodego bydła, która wytrzymała próbę z tuberkuliną, była zakażona lasecznikami gruźliczymi ludzkimi, niektórym dawano wprost płwocinę suchotników, innym wstrzykiwano laseczniki lub płwocinę pod skórę, innym znów do otrzewny lub wielkich żył szyjowych, 6 zwierząt karmiono płwociną w ciągu 7—8 miesięcy, 4 wdechały duże ilości laseczników, rozpylonych z wodą. Żadne z 19 zwierząt nie zachorowało, przeciwnie zyskiwały na wadze, a gdy po 6—8 m. były zabite, nie znaleziono zmian gruźliczych w żadnym z narządów, na miejscu wstrzykiwań stwierdzono małe ogniska ropne z niewielką zawartością laseczników, względem których, jak widzimy, zachowywały się odpornie.

Skoro też same doświadczenia wykonano z lasecznikami pochodzącymi z płuc bydła perliczego już po tygodniu (okres wylegania) bydło chorowało i stwierdzono znaczne zmiany gruźlicze w narządach ich wewnętrznych, bez względu na to dokąd wprowadzono masy zakażone. Zwierzęta ginęły po 1½—2 miesięcznej chorobie, lub były zabijane po 3 miesiącach, a na seceyi stwierdzono nacieczenia gruźlicze na miejscu zastrzyknięcia, w gruczołach limfatycznych sąsiednich oraz w płucach, śledzionie i innych narządach wewnętrznych. Po zastrzyknięciu do otrzewny stwierdzano charakterystyczne dla perlicy zmiany gruźlicze na przeponie i sieci. Preparaty odnośne wystawiono w Museum of Pathology w czasie zjazdu. Tak samo wyraźna różnica między gruźlicą a perlicą zachodziła przy karmieniu świń. 6 młodych świń, karmionych płwociną suchotników, były zupełnie zdrowe i po 3 miesiącach żadnych zmian gruźliczych u nich nie stwierdzono, z 6 zaś innych, karmionych lasecznikami perlicy, połowa padła szybko, pozostałe chorowały, a na seceyi stwierdzono u nich nacieczenie gruczołów szyjowych i kręzkowych oraz gruźlicę płuc i śledziony. Takie same wyniki dały doświadczenia z osłami, kozami, owcami.

Zaznaczyć należy, że doświadczenia te nie są odosobnione. Chauveau, Günther i Harms, Bollinger, Damman i inni, karmiąc cielęta, świny i kozy mięsem i mlekiem perliczym, wywoływali perlicę wyraźną, podczas gdy produkty gruźlicze ludzkie były bez wpływu; w czasach nowszych Smith, Dinwiddie i Repp w Ameryce otrzymali wyniki identyczne z moimi. Naturalnie, że doświadczenia nasze dokonywane były w warunkach uniemożliwiających pomyłkę. Na zasadzie tego dochodzę do wniosku, że gruźlica ludzka na bydło przenieść się nie daje, co do tego wątpliwości nie mam.

Rząd Niemiecki dla ostatecznego zbadania tej kwestyi wysadził oddzielną komisję ¹⁾.

Odpowiedź doświadczalna prosta jest niemożliwa na pytanie, jak stoi kwestya odwrotna przeniesienia perlicy na człowieka, kwestya dla nas ważniejsza.

¹⁾ Virchow, Bollinger, R. Koch i inni.

Jeżeli jednak doświadczenie bezpośrednie jest niemożliwe, może nam pomódz obserwacya. Mleko i masło w wielkich miastach niewątpliwie zawiera często laseczniki, o ile pochodzi od zwierząt perliczych. Stąd, w razie możliwości przeniesienia perlicy na człowieka, często spotykałibyśmy gruźlicę na tej drodze powstałą, szczególnie u dzieci. Tego mniemania jest dużo lekarzy, mylą się jednak, gdyż o gruźlicy na tej drodze powstałej można by mówić wtedy, gdy stwierdzimy pierwotną gruźlicę kiszek, co jest rzeczą nader rzadką. Ja sam 2 razy zaledwie widziałem pierwotną gruźlicę kiszek, B a g i n s k y na 933 sekcye dzieci gruźliczych nie znalazł ani jednego przypadku, Biedert na 3104 sekcye dzieci gruźliczych stwierdził w 16 pierwotną gruźlicę kiszek. Mógłobyśmy przytoczyć więcej takich danych — rzecz to jednak zbyteczna, widzimy bowiem już z tego jaką rzadkością jest gruźlica pierwotna kiszek, a i w tych nielicznych przypadkach było raczej zakażenie gruźlicą ludzką, niż bydłą. Dotąd gubiliśmy się w sferze domysłów, dziś próba jest łatwą, należy tylko w razach wątpliwych wyhodowane z ogniska gruźliczego laseczniki wstrzyknąć pod skórę zwierzęciu, aby stwierdzić jego pochodzenie. Od $\frac{1}{2}$ roku prowadzę takie badania, ale skutkiem małej ilości przypadków gruźlicy kiszek obserwacye są nieliczne, w każdym razie przemawiają one za tem, że perlica nie jest zaraźliwą dla ludzi i że tylko wyjątkowo przenieść się może na człowieka.

Z powyższego widzimy, że głównem źródłem zarazy jest płwocina suchotników. Wiedząc to, należy przedsięwziąć odpowiednie kroki. Zamknięcie suchotników, ścisła ich izolacya były by środkiem najbardziej radykalnym, ale zbytecznym, gdyż dla otoczenia niebezpieczną jest tylko płwocina suchotnika, którą u ludzi inteligentnych można unieszkodliwić. Co się tyczy klas niezamożnych, tu warunki dla suchotnika i jego rodziny są fatalne: brak powietrza, przesylenie płwociną suchotniczą, zawierającą laseczniki, brak opieki nad chorym. Wytwarza się, zresztą, nie tylko ognisko zarazy dla najbliższego otoczenia chorego, ale i dla sąsiadów, według bowiem badań B i g g s'a, w miastach wielkich istnieją ogniska prawdziwe gruźlicy. Nie bieda sama, ale złe urządzenie mieszkań dla biednych jest główną przyczyną szerzenia się gruźlicy. Dlatego też z radością witać należy usiłowania w kierunku polepszania mieszkań dla ubogich i na tej drodze w walce z gruźlicą szukać należy tryumfu. Długo jednak trwało by to oczekiwanie, należy więc imać się i innych środków. Ponieważ niebezpieczeństwo, płynące z przeludnienia mieszkań nie da się na razie usunąć, a zatem należy usunąć z nich chorego dla jego własnego i otoczenia pożytku do specjalnych zakładów. I dziś chorzy tacy, w okresie nieuleczalnym zalegają sale szpitalne, niechętnie tam widziani i niechętnie przebywający, należy więc urządzić dla nich zakłady specjalne bezpłatne lub za minimalną opłatą, gdzie znajdą opiekę należytą, jakiej im brak teraz. Dopiąć tego trudno z powodu kosztów, ale można już dziś utworzyć przy istniejących szpitalach oddziały specjalne dla suchotników, o ile można bezpłatnie. Anglia, gdzie najpierw pomyślano o tem, już dziś może się pochwalić zmniejszeniem ilości suchotników. Dla dobroczynności społecznej oraz osobistej otwie-

ra się pole wielkie: tworzenia przytułków dla suchotników lub w ostateczności miejsc specjalnych bezpłatnych dla suchotników w oddziałach specjalnych już istniejących szpitali.

Współcześnie jednak należy uzyskać od władz miarodajnych prawo istniejące już w Norwegii, Saksonii i New Yorku co do dezynfekcyi obowiązkowej mieszkań po zmarłych lub chorych suchotnikami, należałoby jednak dezynfekcyę rozciągnąć na ubranie i pościel suchotników.

Niezależnie od tego, idąc już w istniejącym kierunku, należy popularyzować przez odczyty i w inny sposób pojęcia o zaraźliwości suchot, dając możność każdemu działać dla samoobrony przed zarazą; jeżeli w miastach większych już dziś widzimy w tym kierunku stan lepszy, należy to w części owej samoobronie świadomej przypisać.

Pozostaje jeszcze inny środek w walce z gruźlicą, opierający się na tem, że w pierwszych okresach jest ona wyleczalną: sanatoria dla suchotników. Skoro wyleczymy suchotnika, staje się on dla otoczenia nieszkodliwym, jest więc to zarazem środek zapobiegawczy.

Według sprawozdania niemieckiego centralnego komitetu dla otwierania sanatoryjów, do końca 1901 r. będzie 5500 łóżek dla suchotników, czyli w razie 3 miesięcznego pobytu chorego będzie tam rocznie około 20000. Z ogłoszonych dotąd sprawozdań około 20% suchotników przestaje wykrztuszać laseczniki, czyli rocznie 4000 przypadków gruźlicy uważać można za wyleczalne. Ze statystyki służby zdrowia w Niemczech wiemy, że starszych nad lat 15 jest w Niemczech 226000 suchotników, którzy muszą leczyć się w szpitalu, jest to cyfra olbrzymia w stosunku do istniejących środków.

Środki zaradcze przeciw gruźlicy w związku z leczeniem suchotników w sanatoryjach, acz dopiero w związku, wydają już jednak owoce. Według Corneta do r. 1889 śmiertelność z suchot płucnych wynosiła 31,4⁰/₀₀ w Prusiech, od r. 1889—1897 21,8⁰/₀₀, czyli że w ciągu 8 lat 184000 ludzi ocalało od śmierci z suchot płucnych. W New Yorku śmiertelność od suchot zmniejszyła się według Biggsa o 35% i Biggs stwierdził, że w ciągu lat 5, dzięki środkom zaradczym, uda się zmniejszyć ilość wypadków śmierci w New Yorku o 3000 ludzi rocznie.

Mam nadzieję, że stosunki w sanatoryjach pewno się polepszą, że chorzy czas dłuższy będą w nich przebywać, że będą przyjmowani tylko nadający się do leczenia chorzy i że przez to zwiększy się liczba wyzdrowień do 50%, a może i wyżej, że zresztą i ilość sanatoryjów zwiększać się będzie stopniowo, co wpłynie na szerzenie się gruźlicy.

Streszczam się. Początki w walce z gruźlicą już są, a dalszych wyników oczekiwać należy od szpitali dla suchotników na wzór angielskich, od praw obowiązujących na wzór Norwegii i Saksonii, od organizacyi na wzór Nowego Yorku, od sanatoryjów wreszcie i popularyzacyi środków, te wypróbować i ulepszać należy, a sięgając do istoty choroby, usuwając ją rdzennie, podobnie jak i z innymi zarazami się dzieje, możemy oczekiwać w walce z gruźlicą zwycięstwa.

J. Zawadzki.

491. Doc. dr. W. Roth. **Bóle twarzy i głowy w przebiegu influenzy** ¹⁾. („Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen“. Wiener Med. Presse Nr. 7, 1901).

Autor nie ma na myśli tych bólów głowy, które się spotykają w każdej chorobie gorączkowej i po zniknięciu gorączki przechodzą, lecz te, które rzadko podczas okresu gorączkowego, a najczęściej po nim chorego napastują, dochodząc niekiedy do takiego natężenia, że stanowią dla chorego cierpienie wprost nie do zniesienia.

Bóle te występują w przebiegu grypy między 3 i 8 dniem choroby, w początkach nie odznaczają się wielkim natężeniem, lecz z każdym dniem szybko się wzmagają. Przy tem można odróżnić 2 rodzaje bólu: zwalniająco-ciągły, gdy bóle, nieznacznie się wzmagając lub zmniejszając, trwają prawie bezustannie, i przerywany, gdy bóle występują tylko w pewnej porze dnia. W obu przypadkach cierpiąca połowa głowy (rzadko cała głowa), lub oddzielne jej miejsca, jak okolica czołowa, licowa, ciemieniowa lub potylicowa, są bardzo bolesne, wrażliwe na dotyk i ucisk; oko na stronie, zajętej cierpieniem, jest przymknięte, łącznica zaczerwieniona, występuje łzawienie, na twarzy maluje się wyraz wielkiego cierpienia. Każdy ruch, każde wstrząśnięcie głową wzmaga ból.

Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że bóle te uważano za nerwobóle, które w przebiegu chorób zakaźnych często się spotykają. Tymczasem poszukiwania ryнологiczne dowiodły, że w większości przypadków mamy tu do czynienia nie z porażeniem samego nerwu, lecz z zapaleniem błony śluzowej jam dodatkowych nosa, a więc z ostrem zapaleniem zatok (sinuitis acuta), powodowanem wtargnięciem do nich swoistych zarazków grypowych.

Jak często spotykają się takie cierpienia podczas epidemii influenzy, dla braku ścisłych danych statystycznych trudno coś pewnego powiedzieć; autor myśli, że częściej, niż nerwobóle właściwe. R. spostrzegął w zimie 1899—1900 r. 27 przypadków omawianych. Z tych 2 uszły jego dłuższemu spostrzeganiu. We wszystkich tych przypadkach autor miał do czynienia z cierpieniem zatok, mianowicie, w 5 przypadkach z zapaleniem zatoki czołowej, w 20 zaś—zatoki szczękowej.

W przypadkach autora bóle wystąpiły na 3—8 dzień choroby, z początku jako uczucie ucisku głowy lub twarzy, powoli się jednak wzmagały i pomimo stosowania środków przeciwbólowych doszły do takiego natężenia, że chorzy zmuszeni byli szukać pomocy lekarskiej. Autor dodaje, że w tych przypadkach miał do czynienia nie tylko z nieżytkową postacią grypy, lecz i z nerwową i dyspeptyczną.

We wszystkich 25 przypadkach R. w sposób następujący przeprowadzał badanie. Po znieczuleniu błony śluzowej nosa kokainą, wprowadzał odpowiednio zgiętą rurkę Hartmann'a do właściwej

¹⁾ W krótkości streścił tę pracę nasz korespondent wiedeński, praca ta jednak zasługuje na obszerniejszy referat (przyp. red.).

zatoki przez jej otwór naturalny, następnie wdmuchiwał przez tę rurkę powietrze przy pomocy balonu gumowego Pollitza, aby wydobyc zawartą w zatoce wydzielinę; potem dopiero przemywał jamę 1% letnim roztworem kwasu bornego. W żadnym przypadku, dzięki szczęśliwym stosunkom anatomicznym, autor nie był zmuszony przebijać ścianki zatoki, żeby się do niej dostać.

W ten sposób autor rozpoznał w 5 przypadkach ostre zapalenie zatoki czołowej (3—z ropną, 2—z śluzową wydzieliną), w 20 zaś ostre zapalenie zatoki szczękowej (2—z gęstą lepką wydzieliną, 5—z kawałkami śluzu, 15—z ropną). We wszystkich przypadkach zaraz po przemyciu bóle ustawały, lecz na drugi dzień znów się ponowiły, ustępując po przemyciu i t. d., dopóki po kilku dniach zupełnie nie znikły. Przepłukiwania te R. stosował przez 3 dni do 3 tygodni; przy zajęciu zatoki szczękowej znacznie dłużej, co się tłumaczy gorszym odpływem z takowej. W miarę przepłukiwań wydzielina ropna stawała się bardziej śluzowatą, aż wreszcie zupełnie znikła. W niektórych razach autor nie spostrzegł żadnej wydzieliny, a jednak po przemyciu bóle ustępowały. Te przypadki też należy przyjąć za zapalenie zatoki, lecz bez wydzieliny.

Zapalenie jam dodatkowych nosa zdarza się nie tylko w influenzy, lecz również w innych chorobach zakaźnych, a nawet w zwykłej ozenie nosa. Badania anatomo-patologiczne wykazały w zapaleniach zatok pochodzenia różnego jednakowe zmiany: przekrwienie, obrzmienie błony śluzowej z obecnością lub bez obecności wysięku śluzowego lub ropnego. Już w 1890 i 1892 r. Weichselbaum wykrył w wysięku jam dodatkowych po influenzy laseczniki grypy i ziarniaki otorbione (*Kapselkokken*), które uważa za przyczynę zapalenia; w zapaleniach zaś, nie warunkowanych influenżą, spotykał inne rodzaje bakterii. Dla tego też nie należy uważać zapalenia grypowego jam dodatkowych nosa za sprawę swoistą dla influenzy, tylko należy pamiętać, że takowe w niej się najczęściej spotyka.

Co do drogi zakażenia, to Zuckerkandl przypuszcza, że zarazek przedewszystkiem wywołuje zapalenie błony śluzowej nosa, które następnie przechodzi do zatok. Kiliani inni twierdzą, że zakażenie następuje jednocześnie i w nosie i w jamach dodatkowych. Ostatnie przypuszczenie potwierdzają te przypadki autora, w których influenza miała charakter wyłącznie dyspeptyczny lub nerwowy, a więc błona śluzowa nosa nie była w stanie zapalnym.

Bóle zwykle umiejscawiają się w obrębie zatoki zajętej, lecz mogą się rozprzestrzeniać i na okolice sąsiednie. Odróżnić te bóle od nerwobólów właściwych napewno nie można, gdyż przy zajęciu zatok często sąsiednie gałązki nerwu trójdzielnego są wrażliwe na ucisk.

Zupełnie pewne rozpoznanie można postawić, zbadawszy dokładnie jamę nosa. Jeżeli błona śluzowa w okolicy otworów zatok jest obrzmiała i zaczerwieniona, z wylotu wydobywa się wydzielina, rozpoznanie nie ulega wątpliwości. W przeciwnym razie należy użyć wyżej wspomnianego zabiegu autora. Tylko te przypadki, w których przepłukiwanie nie tylko nie wykryje wydzieliny, lecz nie zmniejsza zupełnie bólów, należy zaliczać do nerwobólów właściwych.

Co do leczenia, to R. zgadza się z ogólnie przyjętymi sposobami leczenia ostrego zapalenia zatok. A więc w początkach należy stosować spokój, ciepłe okłady, do wewnątrz środki przeciwgorączkowe; niekiedy częste wdychanie przez nos pary wodnej z dodaniem paru kropel 3—5% roztworu mentolu w eterze przynosi ulgę choremu. Również wkładanie do nosa wacika, zmoczonego w 1% roztworze kokainy, zmniejsza ból. Jeżeli zaś, pomimo stosowania tych środków, bóle ciągle trwają, a nawet się wzmagają, autor zaleca przemywanie zajętej jamy.

T. Borzęcki.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

492. Simmonds donosi o 7-u przypadkach **udar mózgowego** w przebiegu endocarditis verrucosa, w których stwierdzony został bezwarunkowy związek pomiędzy temi dwiema sprawami. W 2 przypadkach odnaleziono nawet przy sekcji w trombotycznych naczyń mózgu większe lub mniejsze skupienia gronkowców, których obecność udało się w obu przypadkach stwierdzić i w nawarstwieniach wsierdzia. (Neurol. Centr. № 12, 1901).

M. B.

493. Hartmann ogłasza przypadek **porażenia połowicznego** po kokluszu. Jako podłoże anatomiczne przyjmuje albo ostre, nieropne zapalenie mózgu, albo też wylew krwawy do opon mózgowych. Pod względem etyologicznym należy przyjmować w rachubę wpływy toksyczne i mechaniczno urazowe (napady kaszlu). (Neurolog. Centralbl. № 12, 1901).

M. B.

494. Prickett i Batten podają przypadek **porażenia połowicznego prawostronnego z afazją**, lecz bez utraty przytomności u 9-0 letniego chłopca na 4-y dzień po lekkim napadzie influenzy. W końcu nastąpiła coma i śmierć. Sekcja prócz bladej powierzchni mózgu i spłaszczenia zwojów, wykazała znaczne napełnienie naczyń podkorowych (szczególniej z lewej strony), a badanie drobnowidzowe — liczne małe wysięki krwawe i zatory drobnych naczyń okolicy podkorowej (*encephalitis acuta*). (Neurolog. Centralblatt № 12, 1901).

M. B.

495. Hecht i Langstein badali w 13 przypadkach **ciśnienie krwi** w kończynach porażonych przy pomocy tonometru Gärtnera i stwierdzili obniżenie ciśnienia, počawszy od 6 dnia po wystąpieniu porażenia. (Neurolog. Centralbl. № 12, 1901).

M. B.

496. Touche mówił w paryskiej Sociéte de Neurologie o 2-ch przypadkach z autopsya, które stwierdzają postawioną na ostatnim kongresie paryskim przez prof. Picka z Pragi hipotezę o **istnieniu specjalnego ośrodka hamującego dla mowy**. Przez porażenie tego ośrodka powstawać mają takie zaburzenia mowy, które dotąd z trudnością dają się podciągnąć pod jakąkolwiek rubrykę, a mianowicie t. zw. logorrhoea, parafazyja, echolalia i t. d. (Neurolog. Centralblatt № 12, 1901).

M. B.

497. Laquer i Weigert opisali przypadek t. zw. **choroby Erba**, który zakończył się śmiercią 30-letniego chorego na skutek zatakowania mięśni sercowego i oddechowych. Wyniki sekcji, dokonanej przez W., ze względu na swą wyjątkowość, zasługują na baczną uwagę. W przedniej części mediastini na miejscu grasicy znaleziono czerwonawą masę długości i szerokości 5 ctm., grubości około 3 ctm., zroszoną przy pomocy wązkiego odcinka z lewym płucem. Badanie drobnowidzowe wykazało odpowiednio do wyglądu makroskopowego liczne, swobodnie leżące wylewy krwawe, poprzerynane tu i owdzie większymi i mniejszymi wysepkami tkankowymi. Te ostatnie składały się z komórek różnego rodzaju, jakie spotykamy zwykle w normalnej grasicy, nie wyłączając skupień komórkowych, znanych pod nazwą ciałek Hassala. Co najciekawsza, zupełnie niespodzianie znalazł W. przy badaniu drobnowidzowym mięśni w różnych miejscach perimysii externi et interni również swobodne masy krwawe, połączone ze skupieniami identycznych komórek. W ośrodkowym systemie nerwowym żadnych zmian nie znaleziono.

W. przyjmuje masę w mediastinum za nowotwór, przytem złośliwy, (ze względu na wrastanie komórek w naczynia), a twory w mięśniach za jego przerzuty. Jak wiadomo, dotąd przy myastenii nie znajdowano żadnych zmian anatomicznych; przypadek opisany może zatem przyczynić się do wyjaśnienia tej zagadkowej choroby. (Neurolog. Centralblatt № 13, 1901).

M. B.

498. Raymond i Cestau spostrzegali 2 przypadki **rozsianego zapalenia nerwów** (polyneuritis) po blenorrhagii. (Neurolog. Centr. № 12, 1901).

M. B.

499. **Hydrocele**, które tak często zjawia się na skutek przewlekłego zapalenia t. vaginalis w późniejszym wieku (po 50 latach) bez jednoczesnego zajęcia jądra i przyjądrza, nie powinna być, zdaniem Peyrot i Miliana'a, uważane za oddzielną postać chorobową. Zazwyczaj cierpią przy tem i inne błony surowicze (perih hepatitis, perisplenitis, ścięgnowe plamki na epicardium) a zatem hydrocele jest miejscowym objawem w tym razie ogólnej „perivisceritidis“. Autorowie nazywają włókniste zgrubienia błon surowiczych „fibroma lamellare“. (Bull. de l'acad. de méd. de Paris 656 3 ser. № 5).

E. K.

500. Borrowman opisuje przypadek, tycejący się 9-0 letniego chłopca, który zabawiał się często **stawaniem przez dłuższy czas na głowie** (ostatnim razem podobno przez $\frac{1}{2}$ godziny bezustannie). Po powrocie do domu skarżył się na ból głowy; nazajutrz wystąpiły wymioty i taka senność, że chłopiec spał prawie bez przerwy dzień i noc w przeciągu 6 tygodni. Na skutek słabego odżywiania bardzo wychudł przez ten czas, zresztą nie zauważono nic niezwykłego. Lekarz prócz osłabionej czynności serca, nie mógł stwierdzić żadnej choroby organicznej. Po zażywaniu przez krótki czas naparstnicy w małych dawkach chory powrócił po 4 tygodniach do zdrowia.

Omawiając pokrótce dyagnozę różniczkową z zapaleniem opon mózgowych pochodzenia gruźliczego, autor dla wyjaśnienia swego przypadku powołuje się na dane fizyologiczne, według których długotrwa-

ły mechaniczny dopływ krwi do mózgu wywołuje senność, zawrót głowy i inne znamienne objawy anemii mózgu, która powstawać może albo na skutek osłabienia ciśnienia tętniczego lub też, jak w danym przypadku, na skutek wzmożenia ciśnienia żylnego. (Neurolog. Centralbl. № 12, 1901). *M. B.*

501. *Boinet* podaje ciekawy przypadek zapalenia ropnego opon mózgowodzeniowych, uleczonego przy pomocy kąpieli ciepłych i kalomelu. (Progrés Médical. № 23, 1901). *M. B.*

502. *Lesage* na posiedzeniu Société médicale des Hopitaux przedstawił chorego po tyfusie z przerostem mięśni skroniowych i żwaczy. (Progrés Médical. № 23, 1901). *M. B.*

503. *Nicitin* ogłasza ciekawy przypadek rzęsianej aktynomikozy z umiejscowieniem w mózgu. Choroba zaczęła się w grudniu 1897 r. od zajęcia dróg oddechowych, przeszła potem na skórę i tkankę podskórną, a w 2 lata później wystąpiły objawy mózgowie w postaci zawrotu głowy, utraty przytomności i drgawek prawostronnych. Język nie był pokąsany. Podobne i lżejsze napady mózgowie występowały później od czasu do czasu, z następczą, dłużej lub krócej trwającą afazją, przeważnie po prawej stronie ciała. Pod koniec życia drgawki ustały, a wystąpiło zupełne porażenie prawostronne. Śmierć w coma.

Sekcyja wykazała w białej istocie płatu ciemieniowego lewej półkuli mózgowej ropień wielkości orzecha włoskiego; w ropie znaleziono liczne grzybki (aktinomyces). Niezależnie od tego ogniska, w tylnej części płatu skroniowego i przedniej ciemieniowego w samej korze mózgowej znajdowało się drugie, wystające na powierzchni ognisko również wielkości orzecha włoskiego z przyrośniętą pia mater. Ognisko to stanowi trwała tkanka szarobiałej barwy, przerżnięta kanałami, wypełnionymi gęstą zieloną ropą. (Neurolog. Centralbl. № 12, 1901). *M. B.*

III. Drugi dzień XI Zjazdu Chirurgów Polskich w Krakowie¹⁾.

(Sprawozd. specjalne Kroniki Lekarskiej).

№ 504—526.

(Dokończenie).

Po zwiedzeniu kliniki chorób wewnętrznych (prof. Korczyńskiego) i oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza (prof. Trzebieckiego), uczestnicy zjazdu zebrali się w sali wykładowej kliniki chirurgicznej. Obradom przewodniczył prof. Rydygier.

¹⁾ Patrz z. XV.

Po wycięciu śledziony badanie krwi dało: na drugi dzień białych c. 60000, w 2 mies. potem 15.000, w 2¹/₂ mies. 30.000.

Preparat guza (zachowany w formalinie)—wielkości arbuza, w nim liczne, a wielkie infarkty, które były przyczyną bólów.

Prof. Rydygier ostrzega, że przy tych operacjach często traci się chorego wskutek wtórnych krwotoków—szczególniej przy leukemii.

Dr. R z ę s k i podaje przypadek prof. K a d e r a.

Krew była badana bardzo ściśle i często. Chora zmarła 26-go dnia po operacji wskutek pleuritis sicca dextra et sinistra-serosa; w śledzionie były infarkty. Po wycięciu śledziony zwykle następuje zmniejszenie ilości hemoglobiny, objaśnić to można tem, że w śledzionie odbywa się łączenie zebranego żelaza z białkiem w postaci czerwonych ciałek krwi. Po wycięciu śledziony czynność jej obejmuje móg kostny.

Odczyt wywołał bardzo ożywioną dyskusję, w której przyjmowali udział: prof. Rydygier, prof. Kader, Jasiński.

Dr. Barącz: „*O przepuklinie lędźwiowej*“.

Na rysunku ad hoc wykonanym przypomniawszy mówca topografię okolicy rombu L e s h a f t'a, przez który wychodzą przepukliny lędźwiowe. Mówca miał w obserwacji 4 przypadki przepuklin lędźwiowych. Pierwszy—w 1891 r. u dziecka wyczuwało się guz w okolicy lędźwiowej, guz łatwo odprowadzalny (dziecko przytem miało chorobę P o t t'a). Drugi—16 letnia pacjentka również z chorobą P o t t'a, trzeci—także pacjent miał malum P o t t'i; czwarty—80 letnia staruszka. We wszystkich przypadkach przepukliny łatwo odprowadzalne przez rhombus Leshafti, leczone pelotami.

Dr. B o s s o w s k i: „*O zabiegach chirurgicznych w przypadkach t. zw. megacolon congenitum*“.

Przedewszystkiem mówca skreślił w krótkich słowach obraz kliniczny i przebieg tej choroby u dzieci, koniec zwykły—wskutek zastoiny kału, owrzodzenia, przedziurawienie kiszki—peritonitis-mors.

Dawniej leczono masażem, elektrycznością, drenowano, wytwarzano sztuczny otwór stolcowy; chcąc leczyć radykalnie, trzeba wykonać wycięcie. W ciężkich przypadkach mówca radzi uciekać się do zespolenia kiszek—odcinka nad rozszerzeniem z odcinkiem poniżej leżącym, a nawet ileum z flexura sigmoidea, albo rectum. Mówca widział 5 przypadków. W 2 wykonał wycięcie, w 1 zespolenie, jeden przypadek znikł z obserwacji (pacjenta nie pokazano więcej), w 1—ventrofixatio.

Przedstawione obecnym dziecko l. 2, było wynędzniałe, przygotowywano je przez 3 tygodnie do operacji (środki przeczyszczające, wysokie lawatywy—wychodziły resztki pokarmów od roku niespożywanych—pestki), wykonano ileo-colostomię i rectocolostomię.

W końcu autor dodaje, że można by wykonać coliplicatio, uważa to jednak za bezcelowe, bo wkrótce nastąpił by nawrót.

Dr. T r z e b i c k y przedstawia operowany przez siebie preparati chrząstniaka mostka.

Prof. K a d e r: „*O jejunostomię*“.

Prócz gastroenterostomii, prof. K a d e r wykonywa jeszcze jeju-no-jejunostomię i jejunostomię. Wykonał ją pierwszy raz we Wrocławiu, 2 razy w Łodzi, 5 razy w Krakowie. Zespala jejunum ze skórą, przedtem jednak wprowadza do jejunum dren 30 ctm. długości i obszywa kiszki tak, że inwaginuje (wPOCHWIA) ją.

Zaletą tego sposobu jest brak pryszczycy wokół rany; zupełne wyłączenie żołądka, co ma ogromne znaczenie w leczeniu wrzodu żołądka, krwotokach etc. W końcu przedstawia chorobę, leczoną w ten sposób wskutek krwotoków żołądka.

R u t k o w s k i robi prócz gastroenterostomii (zespoleń żołądka z cienką kiszki) zespolenie żołądka ze skórą (gastrostomię), z wyników jest zadowolony.

Prof. R y d y g i e r opisuje swój przypadek *tętniaka art. anonymae* i przedstawia preparat tego tętniaka, operację wykonał mówca w ten sposób, że wyluszczył obojęzyczny, wyciął częściowo pierwsze żebro i przepiłował mostek. Operacja była niezmiernie trudna.

O d e r f e l d podaje przypadek *epilepsyi*. Po trepanacji mózgu, na sekcji stwierdzono obecność 2 gumatów w zrazach czołowych, dane fizyologiczne o lokalizacji nie sprawdziły się.

Prof. W e h r pokazuje *nowe słoje do waty w rulonach*, w słojach tych autor wprowadził pewną zmianę (przykrycie), słoje te sporządza Med. Wahrenhaus w Berlinie, także słoje do gazy dostać można u W i n d l e r'a.

W końcu pokazuje obmyślony przez siebie sposób *składania opatrunku dla szybkiej pomocy*: chustka z gazy, w środku wata, chustka tak złożona, że końce jej wystają z dwóch przeciwległych stron.

Dr. C h l u m s k y pokazuje swoje *guziki z magnesium* do zespolenia kiszki i żołądka. Guziki te wsysają się. Pokazuje chorego z hernią incarcerata gangraenosa, któremu wyciągnął pętlę zgangrenowanej kiszki aż do zdrowych części kiszki, zespolił nazewnątrz ścian brzusznych przy pomocy swojego guzika przyległe do siebie wyciągnięte pętlę z zdrowych częściach. Operacja trwała 10 minut, chory był in extremis. Obumarłe części kiszki odpadły; guzik autor wyjął po 2 tygodniach, kiszka wciągnęła się; powtórnej operacji zazwyczaj w tych wypadkach robić niema potrzeby, gdyż otwór doskonale zagaja się.

F r o m m e r, stosownie do rady F r e n k l a (Wiedeń), robił *próby z mieszką proszku węgla i gliceryny*, w celu zastąpienia tem mieszką jodoformowej, wyniki ujemne.

Dr. K i r k o r: „*O zmianach w szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych, podczas ich czynności dowolnej i odruchowej*“. Mówca dość szczegółowo kreśli przebieg swoich doświadczeń, jakie podjął i wykonał w laboratorium prof. C y b u l s k i e g o.

Wyniki tych doświadczeń następujące: skurcz mięśni wywołuje większą szybkość ruchu krwi w odnośnej tętnicy. Praktyczny wniosek—nie należy skręcać naczyń wśród mięśni, gdyż, po obudzeniu

chory, kurcząc mięśnie, może spowodować krwotok. Drugi wniosek dotyczy gimnastyki i ortopedyi i jej wpływu na układ naczyniowy.

W e h r przedstawia *preparat* podwójnie wPOCHWIONEJ kiszki, część ta kiszki wycięta została przez prof. W e h r a.

C z a p l i c k i: „*O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit*“. W literaturze do tej pory opisanych 20 przypadków, leczonych tym sposobem. W klinice prof. Rydygiera mówca obserwował 6 przypadków: w 3 wyzdrowienie, w 3 zejście śmiertelne. U prof. B e e k'a robiono doświadczenia na psach i królikach, atropiny wstrzykiwano do 27 miligr. W pierwszym i drugim doświadczeniu działanie nieznaczne, w trzecim, czwartym i piątym obserwowano wzmożone ruchy robaczkowe kiszki.

Mówca zaznacza, że tylko pewne formy ileus mogą być leczone atropiną (ileus ex obturatione, adynamicus), ileus e strangulatione trzeba bez żadnych prób z atropiną—operować. Wstrzykuje się ogółem do 0.005 gr. Wpochwienią mniej nadają się do tego leczenia. Na dawkę daje się 0,001 gr., prof. B a r a c z wstrzykuje 0,0015 grm.

W dyskusyi B o s s o w s k i podaje swój przypadek: chory miał her니아ncarcerata, operowany był dwa razy, drugi raz z powodu objawów ileus (okazały się zrosty), za trzecim razem przy objawach ileus wstrzyknięto atropinę, w 12 g. potem stolce, wyzdrowienie. P r. K a d e r przypuszcza, że w ileus post-operativus atropina może okazać się pomocną.

Trzebicki: „*O leczeniu gruczolów solzowych na szyi*“.

Z powodu braku czasu podaje tylko ostateczne wyniki swojej ankiety w krótkich słowach. Zbierał dane o stanie zdrowia chorych, operowanych przez siebie. Procent śmiertelności wogóle w dalszym przebiegu 37%, Niemcy podają 25—28%, zależne to od ekonomicznych warunków. Z ankiety wnioskować można, że zamożniejsi dają mniejszą odsetkę śmiertelności, biedni—większą, cyfry te przeto nie mówią nam nic nowego, że u nas większa bieda, niż u Niemców. Na przyzłym zjeździe mówca obiecuje mówić o tem obszerniej.

C h l u m s k y pokazuje chorą dziewczynkę lat 12, z *luxatio congen. coxae*.

Ogólnie przyjęto zasadę, że odprowadzanie możliwe jest tylko do 6 roku życia, potem otrzymuje się ujemne wyniki. U rzezonej pacjentki wynik zdumiewający—chodzi zupełnie dobrze, jeszcze mięśnie słabo rozwinięte, ale gimnastyka rozwija je.

Na tem obrady zakończono. W końcu dodam, że podczas przerwy w obradach prof. Rydygier w obecności zebranych wykonał (doszczętną) operację przepukliny udowej pod znieczuleniem sposobem B i e r'a, posługując się tropokokainą.

Obrady zakończył prof. Rydygier gorącym przemówieniem zaznaczając, że marzeniem jego jest, by Polacy mogli opierać się na swojej literaturze, bez ciągłych drobiazgowych cytata z niemieckiej, ku temu wiedą zjazdy—hakatyzm niemiecki rozwieliżnia się już i w nauce—o pracach Polaków w naukowej prasie niemieckiej starają

się częstokroć nie pisać, to nam winno dodać tem większego bodźca do pracy na polu piśmiennictwa w dziale chirurgii.

A. Zawadzki.

VI. Notatki bibliograficzne.

„Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie“. Warszawa, druk F. Csernaka, 1901.

Wyszła świeżo z druku książka pod tytułem: „Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w roku 1900“.

Jak świadczy przedmowa komitetu redakcyjnego, składającego się z kolegów: J. Baranowskiego, T. Dunina, O. Hewelkego, A. Łoguckiego, A. Sokołowskiego i E. Zielińskiego, wydawnictwo to obejmuje prace i referaty, przeznaczone dla sekcji gruźliczej ostatniego zjazdu przyrodników i lekarzy polskich; koszta wydawnictwa ponieśli koledzy warszawscy.

Na 272 stronach dużej IV—znajdujemy dwadzieścia prac, według porządku programu posiedzeń w sprawie gruźlicy, ułożonego na zasadzie narad odnośnej komisji zjazdu. Szereg ich poprzedza sam program oraz przemówienie prezesa sekcji kol. A. Sokołowskiego. Pierwsze prace dotyczą strony teoretycznej—następne stopniowo przez statystykę przechodzą ku stronie praktycznej. A mianowicie:

- 1) Prof. St. Bądziński: O współczesnym stanie nauki o prątku gruźliczym i zakażeniu gruźliczem.
- 2) Dr. med. O. Hewelke: Usposobienie do gruźlicy.
- 3) Dr. med. A. Sokołowski: Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów usposabiających do gruźlicy płuc.
- 4) Merunowicz: Statystyka gruźlicy w Galicyi.
- 5) Dr. A. Karwowski: Statystyka gruźlicy w W. Księstwie Poznańskiem.
- 6) Dr. J. Kossak: Statystyka śmiertelności z powodu gruźlicy płuc w Warszawie w ciągu ostatnich lat.
- 7) Dr. med. J. Polak. Statystyka suchot płucnych.
- 8) Dr. K. Dobrski: Uwagi w przedmiocie statystyki gruźlicy w towarzystwach ubezpieczenia na życie.
- 9) Prof. Zarewicz i dr. Krzyształowicz: Sprawozdanie statystyczno-lekarskie z działalności Krakowskiego Towarzystwa ubezpieczeń.
- 10) Dr. St. Sterling: Statystyka suchot w 39 szpitalach prowincjonalnych Królestwa Polskiego.
- 11) Dr. A. Krokiewicz: Gruźlica na podstawie materiału sekcyjnego w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w 1894—1896.
- 12) Dr. Tchórznicki: Statystyczne dane co do szpitali warszawskich.

13) Dr. E. Zieliński: O zboczeniach w budowie ciała suchotników.

14) Dr. O. Bujwid: O zapobieganiu gruźlicy.

15) Prof. M. Grabowski: O zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy bydła.

16) Dr. T. Janiszewski: Projekt organizacyi walki z gruźlicą w Galicyi.

17) Dr. H. Dobrzycki: Profilaktyka gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach w obrębie Królestwa i graniczących z niemi guberniach Cesarstwa.

18) Dr. T. Janiszewski: Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach galicyjskich.

19) Dr. S. Sterling: Leczenie poświęcone zwalczaniu pierwszych okresów gruźlicy u ludzi ubogich i niezamożnych.

20) Dr. J. W. Wroński: Sanatoria (dla zamożnych) chorych piersiowych.

21) Dr. K. Dłuski: O sanatoriach.

22) Dr. A. Jaruntowski: Sanatoria ludowe dla chorych piersiowych w Niemczech.

Jak widać z wyliczonego szeregu tytułów, kwestya gruźlicy została rozpatrzona wszechstronnie, a każda praca doprowadza swój przedmiot do ostatniego słowa, jakie nauka wypowiedziała o niej pod koniec ubiegłego stulecia.

Pierwszy też raz w tak obszernych rozmiarach mamy tu zebrane niektóre pytania w opracowaniu statystycznym. Wiedząc, ile trudu i zachodu kosztuje zbieranie podobnego materiału, musimy szczególnie zaznaczyć „dobre chęci“ odnośnych pracowników.

Wogóle zaś możemy powiedzieć, że „Prace sekcji gruźliczej“ dają treść obfitą i wielostronną, z której czytelnik—student i lekarz może się zapoznać ze współczesnym stanem wielu pytań, dotyczących gruźlicy. Prace statystyczne zaś, tu zamieszczone, będą stanowiły dla każdego piszącego w tych kwestyach źródło, może niezbyt obfite i nie krynicznej czystości, ale niemal jedyne, z którym więc zawsze trzeba się będzie liczyć.

Kolegom warszawskim, którzy swą ofiarnością przyczynili się do wydania „Prac sekcji“ i tem uchronili je od zaprzepaszczenia i rozproszenia w wydawnictwach bieżących—należy się podziękowanie.

Zewnętrzna strona książki—papier, druk, zwłaszcza liczne tablice—dodatnio świadczy o drukarni, która ją w świat wypuściła. Jak nam wiadomo, tylko bardzo mała (200) liczba egzemplarzy przeznaczona została na sprzedaż.

II.

VII. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

dnia 15 Stycznia, 1901 r.

- 1) L. Lubliner przedstawił chorego, dotkniętego *promieniłą krtani*.
- 2) S. Kossobudzki przedstawił chorego, który uległ silnemu *uciskowi klatki piersiowej*.
- 3) H. O d e r f e l d przedstawił fotografie chorego przed i po operacji *przepukliny pachwino-mosznowej* kolosalnych rozmiarów.
- 4) Wł. Krajewski przedstawił preparat otrzymany przy operacji.
- 5) Krauze przedstawił chorego po dokonanej *osteoplastycznej rezekcyi zewnętrznej ściany oczodołu* według sposobu Kroenleina.
- 6) J. Luksenburg przedstawił okaz *nowotworu mózgowia*.
- 7) L. Feinstein odczytał rzecz p. t. „*Przyczyny ślepoty w kraju naszym*“.

dnia 29 Stycznia, 1901 r.

- 1) W. Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego z ciężkich ran szarpanych, drażących brzucha.
- 2) J. Borzymowski przedstawił chorą, której piątego dnia po laparotomii pozwolił już chodzić.
- 3) St. K o p e c z y Ń s k i przedstawił chorego, dotkniętego *syryngomyelią*.
- 4) A. Kozerski przedstawił chorą z *nabłoniakiem*, u której stosowaną była metoda Czerny'ego.
- 5) J. Sędziak mówił o „*Znaczeniu laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny*“.

dnia 5 Lutego, 1901 r.

- 1) Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego przez cięcie brzuszne ze skręcenia okrężnicy zagiętej.
- 2) E. Flatau i Br. Sawicki mówili o swych „*Badaniach doświadczalnych z dziedziny plastyki nerwów obwodowych*“ (z demonstracją operowanych zwierząt).
- 3) L. Bregman wygłosił rzecz: „*Spastyczne zwężenie przełyku i padaczka odruchowa*“ (z demonstracją chorego).

dnia 19 Lutego, 1901 r.

I. Rosenthal przedstawił preparat włóknomięśniaka macicy o niezwykłych rozmiarach, przedstawiającego przed operacją znaczne trudności rozpoznawcze.

2) Endelman przedstawił dziecko z *cheilo-gnato-palato-schysis*.

3) J. Borzymowski: 1) przedstawienie chorego z bólem nad lewym obojczykiem, jako następstwem rany przepony i 2) przedstawienie chorego, wyleczonego z *rany klutej żołądka*.

4) Bregman. Trzy przypadki *syryngomyelii*, z demonstracją chorych.

dnia 26 Lutego, 1901 r.

1) Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego z ogólnego posokowatego zapalenia otrzewny za pomocą cięcia brzuszego.

2) Borzymowski przedstawił chorego po wycięciu raka dolnej wargi.

3) Zausmer. Przedstawienie *nowego termostatu* własnego pomysłu, oraz centryfugi uproszczonej.

4) Groszlik wygłosił rzecz: „Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu“.

dnia 5 Marca, 1901 r.

1) Krauze. Przedstawienie chorego *po gastroenterostomii*; przedstawienie dziecka z wrodzoną *amputacją goleni*.

2) J. Borzymowski. Przedstawienie przyrządu do *podawania ligatur*.

3) T. Heiman. „O *cholesteatomacie ucha*“ (z demonstracją preparatu).

dnia 19 Marca, 1901 r.

1) Bernhardt przedstawił chorego *ze świerzbiczką* (prurigo); przypadek, potwierdzający nerwowe pochodzenie tego cierpienia.

2) Neugebauer przedstawił dwa rzadkie nader okazy anatomiczne *przepukliny sznurka pępkowego* (hernia funiculi umbilicalis), pochodzące od niedonoszonych i nieżywo urodzonych dzieci.

3) Mutermilch St. przedstawił *płyn mleczny*, otrzymany z *prawej opłucny* u dziewczynki 5-cio miesięcznej, która przed trzema tygodniami uległa silnemu uderzeniu w prawy bok.

4) Oderfeld przedstawił chorą po dokonaniu operacji *cholecystotomiae transhepaticae*.

5) St. Kopczyński przedstawił 29-letniego historyka, niezwykle podatnego do *suggestyi*.

dnia 26, III, 1901.

1) S. Endelman przedstawił przypadek *zaśniadu krwawego*.

2) Karczewski—15-letnią dziewczynę z krzywą szyją, pochodzenia mięśniowego (*caput obstipum musculare*).

3) St. Kopczyński przedstawił 30-letnią wieśniaczkę, która od 10-go roku życia wykazuje stopniowo zwiększające się drzenie

i skurcze w lewej ręce—K. przypuszcza istnienie ogniska stwardnienia w nucleus lentiformis lub thalamus opticus.

4) Luksenburg przedstawił chorą, dotkniętą obrzękiem słuzowym (myxoedema), u której przeprowadzoną była kuracja tyreo-dyną z dobrym rezultatem.

5) Barszczewski wypowiedział rzecz p. t. „*Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii.*

dnia 2 Kwietnia, 1901 r.

1) Luksenburg przedstawił 51-letniego chorego, dotkniętego wiałdem rdzenia, z ankilozą obu stawów ramieniowych, jako zaburzeniem odżywczem.

2) St. Kopczyński przedstawił 16-letniego chłopca z atozą prawej kiści.

3) Bornstein M. odczytał pracę o „*porażeniach i zanikach mięśniowych w wiałdzie rdzenia*“. (Rzecz ta była drukowana w „Kronice“).

dnia 16, IV, 10.

1) Steinhaus przedstawił trzustkę i wątrobę z nowotworami, które przy badaniu drobnowidzowym okazały się rakiem.

2) Czarkowski przedstawił chorą po dokonaniu operacji laryngofissury, z przeszczepieniem skóry do krtani sposobem Thiersch'a.

3) Orzeł przedstawił 2-miesięczne dziecko z wadą wrodzoną: syndactylon — zrośnięcie palców na wszystkich czterech kończynach.

4) Borzymowski przedstawił 7-letnią dziewczynkę, u której dokonano operacji przeszczepienia ścięgna mięśnia porażonego (po przebytej poliomyelitis acuta), a mianowicie m. tibialis ant. na mięsień rozginający palec długi—z doskonałym wynikiem.

5) Świętochowski mówił o „*wpływie alkoholu na krążenie krwi*“.

dnia 30, IV, 1901 r.

1) Cetnarowicz przedstawił 5-letniego chłopca i 7-letnią dziewczynkę (rodzeństwo), dotkniętych wrodzonym zwichnieniem soczewki (ectopia lentis).

2) Orłowski St. przedstawił ciekawy przypadek hemiplegiae alternantis, która wystąpiła po ciosie, zadanyim długim, wązkim nożem w okolicę karku; prawdopodobnie, sądząc z objawów, nóż wdął się w istotę mostu Varola.

3) Mazurkiewicz przedstawił chorego z obwodowym porażeniem nerwu twarzowego, z zanikiem twarzy i z zaburzeniami odżywczemi po stronie porażonej.

4) Kozerski przedstawił przypadek akromegalii u 34-letniego mężczyzny.

5) Natanson przedstawił macię, wyluszczoną u 40-letniej kobiety, z powodu raka trzonu macicy.

6) Rychliński i Łapiński przedstawili szereg preparatów drobnowidzowych układu nerwowego, zabarwionych metodą własną, przedstawiającą modyfikację metody Weigert'a. (D. c. n.).

M. Bornstein.

VIII. O D C I N E K.

DR. JÓZEF JAWORSKI.

W sprawie udostępnienia ludowi korzystania z krajowych zdrojowisk mineralnych.

(Odczyt w wydziale higieny ludowej Warsz. Towarzystwa Hygienicznego).

(Dokończenie).

Jeżeli ludność wiejska z tego środka leczniczego, jakimi są wody mineralne, we właściwy sposób i w odpowiednich rozmiarach nie korzysta, to wypływa to z kilku przyczyn.

Po pierwsze, że jest to dla niej niedostępne, ze względu na koszt, a także ze względu na brak czasu w lecie do leczenia się. Powtóre, że w arsenale środków medycyny ludowej, wogóle kąpiele, a tem bardziej mineralne i użycie tych wód dotychczas prawie nie istnieją. Pragnę to nieco szczegółowiej omówić. Cała masa ludności wiejskiej ze zdrojów mineralnych korzystać nie może choćby z tego względu, że znajdują się one w różnych stronach kraju, co przy utrudnionych i kosztownych środkach przewozowych czyni je wprost niedostępnymi. Ja jednak, poruszając tę sprawę, mam na myśli wyłącznie ludność wiejską okoliczną lub nieco dalszych okolic, t. j. z tego samego powiatu albo sąsiednich, gdzie znajduje się zakład zdrojowy, dla tej jednak innej znów natury przeskody istnieją.

Główne nasze zdrojowiska, a rozpatruję tutaj tylko w Królestwie Polskiem się znajdujące i najważniejsze, t. j. Ciechocinek, Nałęczów, Busko i Solec, nie wszystkie posiadają odpowiednie urządzenia kąpielowe dla tej sfery, a ułatwieniami nawet bardzo znacznymi nie tak rozporządzają, jak tego zdrowie i położenie tej najliczniejszej i najuboższej warstwy wymagają. Wprawdzie, Ciechocinek ma szpital S-go Tadeusza, na 50 łóżek, z którego korzysta co rok 150 chorych, potrzebujących kuracyi kąpielami ciechocińskimi, zapis jednak do szpitala zależy wyłącznie od Warszawskiej Rady Gubernialnej Dobroczyńności Publicznej, której siedziba jest w Warszawie, i już może dla tego, osoby ze sfery włościańskiej, prawie nigdy nie korzystają z tych ulg,

jakie ów szpital zapewnia. Wogóle, w Ciechocinku według wiadomości udzielonej mi przez d-ra Rupperta, w ciągu lata, zaledwie kilka osób ze sfery włościańskiej na kuracyi przebywa.

Nałęczów nie posiada dotychczas dostępnych urządzeń dla osób tej sfery.

Busko posiada szpital ś-go Mikołaja na 105 łóżek z opłatą 71 kop. na dobę, z których 48 bezpłatnych, a 60 ulgowych. Dzięki dr. A. Sulimierskiemu, z Buska, podać mogę pewne cyfry, dotyczące osób sfery włościańskiej, przybywających na kuracyę do Buska. Naprzód, wypada nadmienić, że włościanie, chcący korzystać z kąpieli w Busku, dzieli się na dwie kategorie: I. Tacy, co umieszczają się w szpitalu ś-go Mikołaja. II. Ci, co mieszkają w miasteczku, lub na wsi i zgłaszają się ambulatoryjnie do lekarzy. Otóż, tę pierwszą kategorię podzielić można na trzy grupy: naprzód, ci, co korzystają z bezpłatnego leczenia; powtóre tacy, którzy płacą pół ceny (41 kop. dziennie). po trzecie, pensjonarze, płacący 71 kop. dziennie. Wszyscy ci chorzy otrzymują jednakową poradę, pożywienie, mieszkanie i kąpiele. Bezpłatne i ulgowe (41 kop. na dobę) pomieszczenie w szpitalu otrzymują ci chorzy, którzy z właściwemi podaniami (świadectwo ubóstwa i świadectwo lekarskie) zgłoszą się do Rady Powiatowej w Stopnicy, której prezesem jest naczelnik powiatu, przed 1 Marca. Pensjonarzami zaś zostają ci, którzy wprost zgłaszają się do szpitala i są w możności zapłacić po 71 kop. dziennie. Tych przyjmuje szpital tylu, wiele jest wolnych miejsc. Druga kategoria chorych — to chorzy zakładowi. Między niemi są tacy, którzy korzystają z bezpłatnych kąpieli, mieszkają zaś w miasteczku.

Wogóle, przechodząc do leczbowych danych, odnośnie do Buska, w zajmującej nas sprawie, to przedstawiają się one za ostatnie 6-cio lecie jak następuje:

Rok	Ogółem	Włościan rolnych	Wyrobników.
1895	47	15	32
1896	30	4	26
1897	48	15	33
1898	57	14	43
1899	55	22	33
1900	67	72	40

Powyższe cyfry dotyczą włościan rolnych i wyrobników, leczonych tylko w szpitalu miejscowym. Na własny koszt z zamieszkiwaniem w osadzie leczy się przez sezon przeciętnie włościan 10—15. Z kąpieli zupełnie bezpłatnych t. zw. „gubernatorskich“ (Urząd Gubernialny w Kielcach rozporządza 3,000 bezpłatnemi kąpielami w Busku każdego roku) korzysta przez sezon—risum teneatis— 5—6 włościan. Tyle co do Buska.

W Solcu, szpital ś-go Edwarda przyjmuje chorych za opłatą 81 kop. na dobę, za które chorzy otrzymują: pomieszczenie, całodzienne utrzymanie, opiekę lekarską i kąpiel z wody mineralnej (za mułową dopłacają 60 kop.)

Dla najbiedniejszych zakład solecki wydaje corocznie 600 kąpie-

li bezpłatnych, któremi rozporządza Rada Dobroczynności powiatu Stopnickiego.

W drukowanym sprawozdaniu *) z Soleckiego zakładu znajduje podział podług zajęć (za okres 1890—1895). Otóż, z leczących się w tym czasie, ogółem 2,730 osób, było między innymi: włościan 105, wyrobników 148, służących 113, handlarzy 356. Ogółem 617 osób klasy ubogiej.

W ostatnim 5-cio leciu (1896—1900), odnośne cyfry (uprzejmie mi udzielone przez d-ra W. D a n i e w s k i e g o, lekarza źródeł Soleckich) tak się przedstawiają:

Rok	Ogólna liczba	Włościan rolnych	Wyrobników
1896	638	15	17
1897	715	23	18
1898	705	21	18
1899	725	31	18
1900	702	29	21

Większość włościan i wyrobników leczy się w szpitalu sezonowym ś-go Edwarda, w którym całkowita kuracja miesięczna z pobytem i utrzymaniem kosztuje 24 rb. 30 kop. Niektóre osoby tej sfery leczą się także po za szpitalem, co kosztuje nieco drożej, a mianowicie:

Opłaty—wpisowe i kąpiele	20 rb.
Mieszkanie u włościan soleckich	3—4 „
Przeżywienie się	6—7 „

Jeżeli się rozpatrzmy w urządzeniach wzmiankowanych zakładów leczniczych, to przyjdziemy do wniosku, że istnieją w nich w mniejszym lub większym stopniu warunki, które przy sprzyjających okolicznościach możnaby wyzyskać w celu udogodnienia i uprzystępnienia korzystania z kąpeli leczniczych sferze włościańskiej. Ciechocinek wszak posiada obok łaźniek głównych i łaźniek № 2 i 4-y, w których istnieją łaźnie w ten sposób urządzone, że para ze zwykłej wody nasycza się solą. Łaźnie te, prócz właściwego sobie działania, okazują też wpływ i przez inhalacją drobinek solankowych, przez parę unoszonych. Jeżeli same te urządzenia kąpielowe, po zaprowadzeniu pewnych zmian, obmyśleniu właściwych warunków, odpowiednich pod każdym względem sferze włościańskiej, stały by się dostępnymi dla niej, to i warunki pobytu, mieszkanie, życie w Ciechocinku nie powinny stanowić przeszkody. Tani, dostępny dla skromnych funduszów pobyt, znaleźć można we wsi Aleksandrówce, w starym Ciechocinku, w dworach sąsiadujących kolonistów. Takie warunki pod względem leczniczym i mieszkaniowym posiada Ciechocinek.

Nałęczów z powodu swego charakteru, jako zakład czysto wodolecznicy, jako posiadający źródła żelaziste, może mniej niż inne źródła z natury rzeczy ma dane do tego, aby nadawał się i był

*) Dr. W. D a n i e w s k i, Solec. Wody alkaliczne siarczano słone 1896.

licznie odwiedzany przez ludność wiejską, chociaż według zapewnien d-ra Chęłchowskiego, i włościanie, wprawdzie, w ograniczonej liczbie, zgłaszają się w celu leczenia do zakładu Nałęczowskiego.

Zarząd jednak spółki nałęczowskiej gromadzi fundusz na wybudowanie kąpeli ludowych. Jest to zrozumienie zadania higienicznego i kulturalnego, jakie ciąży na każdym zdrowym zakładzie leczniczym względem miejscowej i okolicznej ludności.

Przechodząc teraz do Buska i Solca, nadmienię, że miejscowości te nie tylko swem bliższym położeniem, ale także składem zdroj mineralnych są pokrewne i ze wszech miar nadają się do tego, aby ludność wiejska, potrzebująca leczenia się, licznie tam przybywała. Okolice to gęsto zaludnione, a same kąpiele—odpowiednie do leczenia cierpień, dość często wśród wieśniaków spotykanych, jako to: reumatyzmy, żołądka, gruźlica miejscowa i krzywica, sprawy zapalne przewlekłe stawów, kości, pewne choroby skóry i t. p. Rzeczywiście, Solec posiada dużo danych, aby z jego źródeł mogła korzystać sfera, o którą nam w tej chwili chodzi. Solec bowiem, dzięki niezmiernie niskim kosztom kuracy i pobytu, jest miejscem kuracyjnym przeważnie klasy ubogiej, stanowiącej $\frac{2}{3}$ ogólnej frekwencji, a w tej liczbie, jak już wiemy, i warstwy włościańskie stanowią pewną odsetkę.

Najlepszy to dowód, że i nasz chłopiek szukać będzie pomocy u źródeł mineralnych, jeżeli tylko stworzymy warunki kuracy i pobytu odpowiednie jego zasobom pieniężnym i usposobieniom życiowym. Solec ściąga chorych głównie z gubernii Kieleckiej, w której jest położony oraz z sąsiednich, Radomskiej i Piotrkowskiej, a także Lubelskiej, choć więcej oddalonej, w której szczególną cieszy się sławą *).

Streszczając się przedewszystkiem zaznaczam, że myśl, która w tem miejscu podnoszę, została siłą samej konieczności już w życie wcieloną. Mianowicie, pewna odsetka naszej ludności wiejskiej, w mniejszym lub większym stopniu z miejscowych kąpeli mineralnych korzysta. Chodzi więc tylko o to, aby ten znakomity środek leczniczy, często niczem nie zastąpiony, jakimi są, wogóle kąpiele, a w szczególności niektóre mineralne, częściej i na szerszą skalę stosowany był w praktyce ludowej.

Z powyższych powodów pozwalam sobie twierdzić, iż będzie to w interesie zdrowia ludu, a może nawet z korzyścią pieniężną dla naszych zakładów zdrojowych, gdy dla miejscowej i okolicznej ludności wiejskiej, zaprowadzone zostaną przy tych zakładach właściwe balneotechniczne urządzenia i poczynione odpowiednie udogodnienia, umożliwiające ludowi korzystanie ze źródeł.

Do urządzeń tych zaliczam zaprowadzenie (wydzielenie istniejących już budynków, lub pobudowanie nowych) przy zdrojach, specjalnie dla ludu, kąpeli: parowych, natryskowych, błotnych, łągowych. Jako wstęp do tych urządzeń i ułatwień uważam, naprzód rozpowszechnienie, jaką drogą istotnie biedni lub niezamożni, uzyskać mogą ką-

*) Patrz: Dr. W. Daniewski, Solec i t. d.

piele bezpłatne, lub ulgowe; powtóre, zaprowadzenie przy każdym zakładzie zdrojowym ambulatoryum dla włościan, jakie, mówiąc nawiasem, już rok drugi z pożytkiem w Nałęczowie działa.

Oprócz tego, za rzecz dużej wagi uważam pobudowanie przy tych zakładach zwyczajnych kąpiei dla ludu, które, jak wiemy, nieraz z równym skutkiem jak i kąpiele mineralne, stosowane być mogą.

W celu skutecznego propagowania tej myśli—stosowania wogóle kąpiei leczniczych, a specjalnie mineralnych w praktyce ludowej, pożądanem jest, aby nasze zakłady zdrojowe, tak jak to obecnie czyni Solec, prowadziły dokładną statystykę osób ze sfery włościańskiej, przebywających na kuracyi, i aby koledzy-lekarze, zamieszkali w okolicach zakładów zdrojowych, w razie wskazań lekarskich, a przy sprzyjających innych okolicznościach, zechcieli oswajać lud i z tą metodą leczniczą.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1-go Września 1901 r.

(jz) Instytucya ruchomej pomocy lekarskiej, zaprowadzona w końcu r. 1898-go tytułem próby w gub. Płockiej, kończy obecnie trzyletni okres swego istnienia. Główny Naczelnik kraju, po zapoznaniu się szczegółowem z działalnością trzyletnią tej instytucyi i z organizacją tego rodzaju pomocy lekarskiej w krajach północno-zachodnim i południowo-zachodnim, doszedł, jak donosi *Warsz. Dniw.*, do wniosku, iż organizacja pomocy lekarskiej w gub. Płockiej jest niedostateczna. Z tego względu zwrócił się do gubernatorów z propozycją wypracowania nowego projektu pomocy lekarskiej, opartego na zasadach następujących: *).

1) Każdy powiat podzielony być winien na pewną liczbę okręgów, w promieniu w. 15 do 20, z ludnością od 25 do 30 tysięcy. Na punkt wybierana być winna miejscowość, gdzie ludność zwykła się gromadzić. Liczba punktów odpowiadać winna stopniowi zamożności mieszkańców danego powiatu. 2) W każdym punkcie mieścić się ma lecznica na 5 do 10 łóżek i ambulatoryum dla chorych przychodnich. Lekarz okręgowy powinien w pewnych godzinach przebywać stale na punkcie. Koszt utrzymania lecznicy na 10 łóżek wynosić ma około 1,500 rb. 3) Na każdym punkcie oprócz lekarza ma się znajdować jeden lub 2 felerzerów, oraz akuszerka. 4) Na nabywanie i remont instrumentów, przyrządów aptekarskich i szpitalnych ma być wyasygnowane po 45 rb. rocznie. Na nabywanie lekarstw do 600 rb. rocznie. 5) Na urządzenie i utrzymanie cieletnika centralnego dla gubernii lub też na kupno krowianki, wydatkuje się w gub. Ki-

*) Etyaty wzorowano na gub. Kijewskiej.

jowskiej, zgodnie z etatami, po 3,000 rb. rocznie. Suma ta, prawdopodobnie w gub. Królestwa będzie mogła być zredukowana. 6) Na prowadzenie kancelaryi sprawozdawczej w gub. Płockiej wydatkowano w gub. po rb. 600 rocznie. Ustanowienie wysokości tej pozycji, zgodnie z rzeczywistością potrzebą, zależeć będzie od gubernatorów. 7) Na koszt delegacji urzędników w sprawie pomocy lekarskiej i na wydatki nadzwyczajne, według nowego projektu etatów gubernii płockiej, potrzebna ma być suma 1,820 rb. Cyfra ta uległaby zmianom w każdej gubernii, względnie do warunków miejscowych. 8) Na koszty nadzwyczajne w razach wybuchu epidemii rezerwować należy pewną sumę (etaty gub. Kijowskiej wyznaczają rb. 3,000). 9) Do każdego projektu etatów w guberniach Królestwa wprowadzić należy; a) na zasilenie funduszów rad gubernialnych i powiatowych dobroczynności publicznej do 2,000 rb. i b) dla gubernialnego inspektora lekarskiego rb. 500. 10) Pensye personelu przystosować należy do etatów zgodnych z nowym projektem wypracowanym dla gub. Płockiej, ponieważ odpowiadają one warunkom miejscowym; a więc dla lekarza okręgowego 900 rb., felczera 240 rb., akuszerki 360 rb., wszyscy przytem otrzymywać mają mieszkanie w naturze przy lecznicy. Gdyby nie udało się wyszukać w danej miejscowości mieszkania dla lekarza, ma on wówczas otrzymywać 1,200 rb. pensyi. 11) Oprócz personelu lekarskiego przy lecznicach, należałoby jeszcze ustanowić posady 1—2 lekarzy wyjazdowych, z pensją 1200 bez mieszkania. Do ich obowiązków należałoby opracowywanie materiału statystycznego, współdziałanie w walce z chorobami zakaźnymi, zastępowanie lekarzy okręgowych w czasie ich choroby i urlopów i t. d. 12) Podstawą do opodatkowania ludności na rzecz pomocy lekarskiej powinny być normy, zastosowane z pozwolenia Najwyższego w gub. Płockiej.

Na zasadach powyższych Generał Gubernator warszawski zaproponował gubernatorom kraju opracować i przedstawić w czasie możliwie najkrótszym projekt ostateczny organizacji pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej, przyczem do projektu włączyć należy: a) sieć okręgów lekarskich wiejskich, odpowiadającą okręgom normalnym; b) dane o punktach, w których należałoby utworzyć pomoc niezwłocznie, mając na widoku: z jednej strony dostępność pomocy lekarskiej dla ludności, z drugiej — jej zdolności płatnicze, c) projekt etatu wydziału lekarskiego w gubernii i d) obliczenie zaprojektowanego podatku lekarskiego gubernialnego, wraz z wykazem, o ile byłby on dla ludności miejscowej uciążliwy.

Uwagi nad tą kwestyą, podjętą nanowo, podamy w następnym zeszycie.

—z— Tow. higieniczne wydało instrukcyę dla szczepienia ospy.

—z— Poczawszy od z. XV, na życzenie redakcyi bibliografii międzynarodowej obok tytułu właściwego w spisie rzeczy podajemy przekład francuzki.

—z— Otwarcie sanatorium dla suchotników w Zakopanem ma nastąpić za rok.

—z— Z powodu ciągłych skarg sądowych, lekarze m. Anderson w Indiana zobowiązali się nie przystępować do operacyi przed otrzy-

maniem od chorego i jego rodziny zobowiązania piśmiennego, że w razie wyniku niepomyślnego, żadnych do lekarza pretensyi rościć nie będą.

—z— W Odessie, jak donosi Wracz, panuje tyfus powrotny.

—z— W końcu r. b. upływa 200 lat od otwarcia apteki pierwszej w Rosyi, apteki w Polsce istniały znacznie dawniej.

—z— W Strasburgu pod redakcyą F. Neumeister'a zacznie wychodzić miesięcznik „Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie“.

—z— W Londynie rozpoczęto wydawać The British and Colonial Journal of Obstetrics and Gynaecologie.

—z— Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy, jak wykazuje ostatnie sprawozdanie, rozwija się. W chwili obecnej posiada 12.382 rb. 38 kop. obrotu, mianowicie 5700 rb. w list. zast., 4¹/₂ w Banku Handlowym, 4000 rb. na hyp. domu № 1701, 317 rb. 35 kop. narachunku bieżącym, 59 rb. gotowizną, 600 rb. w depozycie oraz 1605 rb. 54 kop. na pożyczkach. Na ostatniem posiedzeniu przyjęto 2 członków.

Z M A R L I.

Zmarł w Iljincach dr. Stefan Gałęzowski, lekarz praktyczny.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Sanatogen

środek wzmacniający, gorąco zalecany

☞ Swietne działanie ☞

tego środka stwierdzone zostało przez profesorów V. Bergmana, Eulenburga i Tobolda w klinikach uniwersyteckich w Berlinie, przez pr. V. Schröttera w III oddziale kliniki chorób wewnętrznych uniwersytetu wiedeńskiego, pr V. Frühwalda w klinice chorób dzieciennych, oraz w lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem.

Środek ten przygotowuje firma:

BAUER & C^o

Berlin S. O. 16.

Dostać można w aptekach i składach aptecznych.

Główny Reprezentant na Warszawę:

H. Biertümpfel

apтека, ul. Marszałkowska № 136 róg Ś-to Krzyskiej.

Żądać należy tylko w ruskiem opakowaniu.