



WIZYTA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJE-
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2678.

Adres Redakcyi—Zórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Hemogen Magistra Klawe

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych

poleca LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra KLAWE,

10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki
i
lita-
tura
na
zą-
da-
nie
F.P.
Le-
ka-
rzy.

Dięipuralum - środek nasercowy

Jako środek na serce i naczynia

jak również jako dobrze znoszony środek moczopędny w dychawicy, stwardnieniu tętnic, dusznicy bolesnej, puchlinie, zapaleniu nerek i t. d. okazały się od wielu lat wielce skuteczne

TABLETKI DIURETYNY

Rp.: Tabletki—Diuretini 0,5 g. Nr. XX (cena około M. 1.50),
Oryginalne opakowanie Knoll.

Wrazie trudności w sprowadzaniu prosimy zwracać się do naszego przedstawiciela p. W. SOSNOWSKIEGO, Wilcza 42, Warszawa.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Uspakają nerwy Bromural - środek nasenny

Fruetalein Spiess

(PASTILLI LAXANTES).

Owocowy środek czyszczący, zawierający fenoltaleinę i agar-agar.

Użycie: 1 — 2 sztuki w razie potrzeby.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Contral Spiess

(PASTILLI ANTIDIARRHOICI).

Czekoladowy preparat przeciw bieguncce i rozstrojom żołądka, zawierający wyciąg czarnych jagód i tanalbinę.

Użycie 1 — 4 sztuk jednorazowo.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Żądać prospektów.



Dla dzieci, matek, rekonwalescentów, osób nerwowych, gruźliczych i starców.

Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój krwi, kości i mięśni, wzmacnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i siły. Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia.

Liczne opinie Pp. Lekarzy i Ordynatorów szpitali dołącza się do każdego pudełka. Najwyższe nagrody na Wystawach Hygienicznych w Londynie, Paryżu i Rzymie. Zamiast bezpożywej i drogiej herbaty lub kawy, pijcie „Fosmozę”.

Dostać można wszędzie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
- № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
- № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
- № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.



WIZYTA L EKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIEJĘ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć i pięć
lecie drugie

Warszawa, d. 31 marca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2678.

Przykurczenie rozciągnia dłoniowego, czyli t. zw. Choroba Dupuytren'a. (RETRACTIO APONEUROSEOS PALMARIS s. MORBUS DUPUYTRENI).

Podał

Dr Med. Witold Horodyński.

Przykurczenie palców ręki przez ograniczenie, a częstokroć nawet zupełne zahamowanie jej czynności, powoduje kalectwo bardzo uciążliwe, zwłaszcza, jeśli zdarza się u ludzi zmuszonych żyć z pracy rąk.

Przyczyny, których następstwem bywa to cierpienie są bardzo liczne i różne i, odpowiednio do tego, odróżniane są różne postaci tych przykurczeń.

Pozostawiając na uboczu wszystkie te rodzaje przykurczeń, które powstają bądź z powodu urazów, bądź też rozwijają się na tle porażen w narządach ośrodkowych lub na tle chorób ogólnych, w rodzaju np. zapalenia zniekształniającego stawów (*arthritis deformans*), zajmijmy się tutaj tylko tą jedną postacią powyższego cierpienia, która występuje samoistnie, bez widocznej przyczyny wywołującej; która rozwija się stopniowo, wolno, ma przebieg postępujący i której patogenеза, dotąd nie jest ściśle wyjaśniona.

Podobna postać chorobna była znana dość dawno. Już w 16 stuleciu Feliks Platter opisywał takie przykurczenia palców, jako cierpienie bardzo dziwne, występujące wskutek różnych przyczyn anatomicznych. Co do umiejscowienia jednak cierpienia, to większość dawnych autorów, opierając się na charakterze postępującym przykurczenia palców, upatrywała siedlisko jego w ścięgnach zginaczy. W r. 1826 Boyer opisał dokładnie tę postać chorobną ze strony klinicznej, lecz danych

anatomicznych nie podał i przyczynę widział w zgrubieniu i skróceniu ścięgien, co zdaniem jego powodowało zginanie palców, samą zaś chorobę nazwał *crispatura tendinum*. Bonnet jako powód choroby podawał skurcz mięśniowy. Dopiero pierwszy Astley Cooper (1822), obok przykurczeń zależnych od zmian w ścięgnach, dopuszczał możliwość istnienia i innych nieścięgnowych, mianowicie zależnych od schorzenia rozciągnia. Do kategorii tych ostatnich t. j. nieścięgnowych zaczęto zaliczać przykurczenia, wywołane przez zachorzenie torebek ścięgnistych, więzadeł lub stawów. Byli wreszcie i tacy, którzy przyczynę przykurczeń upatrywali w zgrubieniu i kurczeniu się skóry.

Dopiero w roku 1832 Dupuytren, który do tego czasu narówni z innymi umiejscawiał cierpienie w ścięgnach, wykonał pierwsze badanie pośmiertne podobnego przypadku. Po odpreparowaniu starannem skóry Dupuytren przekonał się, że przykurczenie nie zniżyło i wyprowadził ztąd wniosek, że skóra nie może być przyczyną tej choroby. Natomiast zauważył przykurczenie i mocne napięcie rozciągnia dłoniowego (*aponeurosis palmaris*), od którego do boków palca biegły dwa mocno naprężone pasma; dopiero po przecięciu ich palec dał się łatwo wyprostować. Zmian żadnych w ścięgnach, torebkach ścięgnistych i stawach, pomimo starannych poszukiwań, Dupuytren nie znalazł.

Kiedy zaś, opierając się na wynikach powyższego badania, w kilku przypadkach samoistnych przykurczeń palców wykonał z pomyślnym wynikiem operację, polegającą na przecięciu rozciągnięta, wówczas wyodrębnił tę postać chorobną od przykurczeń zależnych od zmian w ścięgnach, dowiódł, że siedlisko jej pierwotne jest w rozciągnięciu i nazwał ją przykurzeniem rozciągnięta dłoniowego — *retractio aponeuroseos palmaris*. Obecnie od jego imienia choroba ta nosi miano choroby Dupuytren'a — *Morbus Dupuytreni*.

Pogląd Dupuytren'a na istotę choroby nie przez wszystkich jednak został przyjęty. Znacznie później jeszcze niemieccy autorowie, jak Busch, Madelung w tworzeniu się przykurczeń palców wciąż dużą rolę przypisywali skórze; Baum nawet starał się obalić twierdzenie D., że sprawa zaczyna się pierwotnie w rozciągnięciu, i przykurczenia palców stawiał w zależności tylko od zmian zapalnych w skórze i tkance podskórnej. Na potwierdzenie teorii swej robił doświadczenie następujące: przy zgiętym palcu ujmował mocno na dłoni poprzeczną fałdę skóry, wówczas wyprostowanie palca było w znacznym stopniu zahamowane lub nawet niemożliwe. Ujmując zaś fałdę z powięzi, otrzymywał tylko nieznaczne przykurczenie palców. Doświadczenia Bauma jednak nie są wcale przekonujące, wskazują tylko, że i zmiany w skórze mogą dawać przykurczenia palców. Zresztą dzisiaj jest już dowiedzione, że zmiany w skórze są wtórne, gdyż dokładne preparowania, wykonane przez Richera (1877) na trupach, a przez Kochera podczas operacji, niezbitnie udowodniły udział bezpośredni rozciągnięta dłoniowego w powstawaniu tego cierpienia. Wprawdzie mogą przykurczenia powstawać z powodu blizn skórnych, jak to bywa np. po oparzeniach, lecz dzisiaj wiadomo, że przykurczenia te nie stanowią choroby Dupuytren'a.

Oprócz tego Kocher dowiódł, że elastyczność chorej i zdrowej powięzi jest różna, nie można więc opierać się na próbach Bauma, dokonywanych na tkankach zdrowych. W przypadkach rzeczywistych przykurczeń Dupuytren'a wykazał Richer, że skóra i powięź są ściśle ze sobą zrosnięte, lecz po odpreparowaniu starannem widać, że skóra zachowała elastyczność swoją. Inaczej zachowuje się powięź, która zwłaszcza w pasmach, łączących się ze ścięgnami m. międzykostnych (*mm. interossei*) i w pęczkach tworzących spójnia międzypalcowe (*commissurae*),

przedstawia się, jako zgrubiała, zbliźnowacowana, zupełnie nierozciągliwa tkanka. Goyrand w swoich badaniach anatomicznych poszedł dalej, gdyż powstawanie przykurczeń przypisywał tylko nowopowstającym pasmom łącznotkankowym, idącym od powięzi do torebek ścięgnistych, do bocznych powierzchni członków palcowych i do skóry. Jednak następne ścisłe poszukiwania anatomiczne wykazały, że pasemka te istnieją normalnie, a przykurczenia powstają tylko pod wpływem zmian w nich występujących.

Obecnie już wszyscy autorowie przyjmują, że w t. zw. Dupuytrenowskich przykurczeniach palców podstawą tego cierpienia są sprawy patologiczne, rozwijające się w samym rozciągnięciu dłoniowym. Chcąc jednak poznać dokładnie, w jaki sposób te zmiany patologiczne wpływają na powstawanie przykurczeń palców, należy wprzód rozpatrzyć stosunki anatomiczne rozciągnięta i uprzytomnić sobie zadanie, jakie ono w czynności kończyny górnej posiada.

Według Gegenbaura powięź dłoniowa — *fascia palmaris* — jest przedłużeniem powięzi przedramienia (*fascia antibrachii*). Rozciągnięto m. dłoniowego długiego (*aponeurosis m. palmaris longi*) łączy się ściśle z więzadłem napięstka dłoniowym (*lig. carpi volare*) i razem z niem z powięzią dłoniową. Następnie pod postacią trójkąta, którego wierzchołek zwrócony jest do więzadła napięstka dłoniowego, przechodzi na dłoń, którą początkowo pokrywa warstwa dość gruba, dalej zaś ku stronie zewnętrznej i wewnętrznej stopniowo staje się cieńsza, a kłęby dużego i małego palca (*thenar et hypothenar*) pokrywa już tylko bardzo cienka warstwa. Po dojściu do przestrzeni międzypalcowych kończy się nagle łukowato i daje cztery odrostki do czterech ostatnich palców. Odrostki te na podstawach palców dzielą się każdy znowu na trzy mniejsze odrostki, z których średni idzie do skóry, a dwa boczne, obejmując ścięgna zginaczy, przyczepiają się na tylnej powierzchni pierwszego i drugiego członczka palców.

Niektórzy autorowie są zdania, że rozciągnięto dłoniowe nie daje odrostka do dużego palca, inni zaś, jak Henle, twierdzą, że takie pasmo istnieje, i że z tego powodu, chociaż rzadko, lecz przykurczenia palucha zdarzają się. Według Paillarda (*Traité des aponeuroses 1827*), końcowe pasma rozciągnięta przyczepiają się z boku pierwszej falangi palcowej, zaś W. Anderson podaje, że powięź dłoniowa w końcowym układzie swoim może dawać 7 odmian i odpowiednio do tego by-

wają różne objawy kliniczne w układzie przykurczeń palców. Zadaniem rozciągnięta jest utrzymywanie wklęsłości dłoni i zabezpieczenie od urazu znajdujących się tam narządów, jak ścięgna, naczynia i nerwy. Normalnie napięte rozciągnięto utrzymuje palce w półzgięciu i pod tym względem ma analogię z rozciągnięciem podeszwowem, które przez swoje napięcie sprzyja podtrzymywaniu łuku podeszwowego, również zabezpieczającego od ucisku podczas chodzenia znajdujące się tam ścięgna, naczynia i nerwy stopy.

U zwierząt chwytnych rozciągnięto dłoniowe jest bardzo mocno rozwinięte i posiada bardzo znaczną elastyczność.

U ludzi budowa rozciągnięta składa się z pasem łącznotkankowych, które biegną promienisto od więzadła napięstka dłoniowego ku palcom; istnieją również i liczne włókna poprzeczne, które w części środkowej leżą w głębi, zaś w części obwodowej bardziej powierzchownie.

Jak to już na początku, przy określaniu istoty choroby Dupuytrena, było zaznaczone, powstawanie, rozwój i przebieg tego cierpienia są powolne i stopniowe; b. często początek dla dotkniętego bywa niewidoczny i prawie nieuchwytny, i najczęściej pacjenci nie mogą określić ściśle czasu pierwszego wystąpienia choroby; zdarza się jednak, że jeszcze przed zjawieniem się pierwszych zmian widocznych chorzy już doznają bólów newralgicznych w dłoni, palcach lub przedramieniu. Ze spostrzeżeń własnych, jako wczesny objaw, zaznaczyć muszę łatwe drętwienie palców i uczucie mrowienia w obrębie nerwu łokciowego. Następnie, na dłoni, pomiędzy środkową brózdą poprzeczną i podstawą drugiego członka palcowego, występują pod skórą małe, paciorkowate guziczki, początkowo pojedyncze, względnie ruchome i ze skórą niezrośnięte. Guziczki te, wyraźnie ograniczone, o chrząstkowatej spójności, siedlisko swoje mają najczęściej nad ścięgnem, rzadziej z boku, i stopniowo powiększając się w liczbie i wielkości, oraz przylegając do siebie, tworzą na dłoni podłużne, twarde, napięte, paciorkowate sznurki. W okresie tym daje się już zauważyć pewne ograniczenie ruchów wyprostnych czwartego, rzadziej piątego palca, jak również i pewną trudność w odwodzeniu tych palców.

Jako następstwo tworzącego się już kurczenia się powięzi, która przez wspomniane powyżej pionowe pasemka, idące od niej do skóry, pociąga tę ostatnią włąb, występują jednocześnie pierwsze objawy widoczne na

skórze pod postacią małych lejkowatych wgłębień i licznych brózd.

Dalszy przebieg bywa różny: albo stan taki utrzymuje się na tym poziomie przez czas dłuższy, albo występuje stopniowo przygięcie palca, poczynające się najczęściej w stawie śródreżnopalcowym, czasami jednak w pierwszym stawie palcowym.

Charakterystycznym dla choroby Dupuytrena jest to, że czynne i bierne zgięcie silniejsze od przykurzonego palca jest możliwe i wykonywać go można swobodnie, natomiast wyprostowanie czynne ponad przykurczenie jest niemożliwe, bierne zaś napotyka na opór nie do przewyciężenia, przyczem rozciąganie forsowne wywołuje ból dotkliwy. Jak silne bywa przykurczenie i jak mocna jest powięź, dowodem służyć może próba, wykonana przez Dupuytrena, który pomimo obciążenia palca przykurzonego ciężarem 150 funtów (!) nie mógł osiągnąć rozgięcia palca. Drugim znamionym objawem jest to, że nawet w bardzo posuniętych przypadkach nie bywa przykurczenia w ostatnim stawie palcowym i trzeci członczek jest zawsze wolny. Może to służyć za najlepszy dowód, że ścięgna zginaczy nie uczestniczą w tej sprawie chorobnej i jeśli się czasem spotyka zmiany w torebkach ścięgniastych, ścięgniach lub nawet w stawach, są to zmiany wtórne, napotymane tylko w daleko posuniętych, zastarzałych przypadkach. Postępując dalej, przykurczenie może dojść do tego, że brzośce palców dotykają dłoni, a nawet zdarza się, że paznokcie wpijają się w skórę tej ostatniej. Jednocześnie z ograniczeniem ruchów wyprostnych zmniejsza się zdolność ręki do chwytania, stopniowo ograniczająca się do coraz to mniejszych przedmiotów; przy silniejszych wreszcie przykurczeniach palce dotknięte nie tylko nie są pomocą w czynnościach ręki, lecz przeciwnie są wielką przeszkodą w ruchach pozostałych palców zdrowych.

Czasem zdarza się, że choroba w swoim rozwoju zatrzymuje się na jednym poziomie przez czas dłuższy, w innych przypadkach bez przerwy, zwolna lecz stale postępuje naprzód. Okres od początku choroby aż do zupełnego przygięcia palca do dłoni trwać może 15—20 lat, lecz równocześnie znane są przypadki, w których już po upływie 8 miesięcy przykurczenia dosięgały swego *maximum*. Madelung sądzi, że przykurczenie postępuje dopóty, dopóki zgięty palec przez swoje położenie nie zabezpieczy powięzi dłoniowej od dalszych urazów.

Pierwsze okresy przykurczeń mogą być

niebolesne, lecz zwykle już w tym czasie w stwardnieniach występują dotkliwe bóle neuralgiczne różnego natężenia. Bóle zwłaszcza są przykre w nocy, kiedy po dłuższym spokoju palce, bezwiednie nawet, wykonywują znowu ruchy.

W zgrubieniach istnieje również duża wrażliwość na zimno, które wywołuje przykre bóle; jednocześnie rozwija się instynktowna chęć do zabezpieczania chorych palców od wszelkich czynności, połączonych z najmniejszym nawet urazem. Jeśli przykurczenia występują bez widocznych objawów zapalnych, lub też stwardnienia na rozciągnięciu są nieduże, a podkład tkanki tłuszczowej na dłoni dość znaczny (co jednak bywa dość rzadko, gdyż choroba Dupuytrena najczęściej występuje u osobników, mających kościste, t. zw. suche ręce), to wówczas pierwszy okres może przebiegać bez przyczyny widocznej i choroba zupełnie słusznie może być uważana przez laików za powstającą „z dobrej woli“.

Najczęściej choroba rozpoczyna się na palcu czwartym; drugim pod względem częstości jest palec piąty, następnie idą trzeci, drugi i najrzadziej pierwszy. Ten ostatni bywa tak rzadko dotknięty, że niektórzy autorowie, opierając się na tem, że na palcu tym powięź dłoniowa jest bardzo słabo rozwinięta, lub też nie bywa jej wcale, wprost odrzucali możliwość istnienia na tym palcu przykurczeń Dupuytrenowskich. Spostrzeżenia kliniczne wykazują jednak, że chociaż rzadko, lecz i ten palec podlega cierpieniu temu. Dotyczy to zazwyczaj przypadków ciężkich i daleko posuniętych. Janssen np. podaje, że w 5 bardzo ciężkich przypadkach porażenia dwustronnego 2 razy były zajęte oba wielkie palce i 3 razy jeden. Anderson, podając również porządek częstości zachorowywania palców na: 4, 5, 3, 2, 1, zaznacza, że najczęściej dotknięte są dwa palce: 4 i 5; jeśli zaś dotknięty bywa tylko jeden palec, to zazwyczaj 4. Na 39 spostrzeganych przez Andersona przypadków 39 razy zajęty był palec czwarty, 28 razy piąty, 22 razy trzeci, 3 razy drugi i 4 razy pierwszy.

Choroba Dupuytrena bardzo często występuje dwustronnie i symetrycznie. Tak, w 39 przypadkach Andersona przykurczenia dwustronne były 24 razy, 10 razy tylko na ręce prawej i 5 razy na lewej. W 24 przypadkach porażenia dwustronnego objawy cięższe były 9 razy na stronie prawej, asymetryczna zaś była tylko w $\frac{1}{3}$ przypadków. Janssen na 16 spostrzeganych przypadków poda-

je dwustronnych 9, przytem choroba rozpoczęła się 4 razy na ręce prawej, 3 razy na lewej (w 2 przypadkach porządku powstawania nie podano); w tych 7 przypadkach okres czasu pomiędzy rozwinięciem się cierpienia na jednym i drugim ręku wynosił od $\frac{1}{2}$ roku do 5 lat.

Pod względem klinicznym Anderson różni następujące postacie przykurczeń rozciągnięta dłoniowego: 1-o, na dłoni występują zgrubienia paciorkowate bez przykurczeń palców; postać ta najczęściej zdarza się u kobiet; 2-o, przykurczenia różnych palców z zajęciem kłębow wielkiego i małego palca; 3-o, przykurczenia w stawie międzyczołonkowym bez przykurczenia w stawie śródreżniczołonkowym (*art. metacarpo-phalangea*); 4-o, pojedynczy, zgrubiały sznur na dłoni dzieli się następnie do dwóch lub kilku palców; 5-o, pojedynczy sznur dzieli się łukowato do bocznych powierzchni jednego palca — jest to jedna z najrzadszych postaci i 6-o, sznur biegnie nie pośrodku palca, lecz z boku.

Powstawanie i rozwój przykurczeń Dupuytrenowskich przypada najczęściej na okres wieku między 40—60 rokiem życia. Janssen wprawdzie spostrzegł chorobę tę u 18-letniej dziewczyny, jak również u mężczyzny, wprawdzie starszego, lecz który podawał, że pierwsze objawy choroby wystąpiły u niego w 19 roku życia; nie zmienia to jednak zasady ogólnej, że cierpienie to jest właściwe wiekowi starszemu, kiedy możnaby przypuścić, że żywotność (*vitalitas*) jest już mniejsza i wybitniej występują wszelkiego rodzaju skazy. Anderson w swoich 39 przypadkach tylko raz jeden podaje wiek poniżej 40; Kenen, opierając się na dużej liczbie przypadków, twierdzi, że w $\frac{5}{6}$ cierpienie to występuje po 30 r. To samo potwierdza statystyka Noble-Smitha, który na 700 badanych w domach dla starców pensjonarzy znalazł cierpienie to w 70 przypadkach, t. j. w 10%. Taki wysoki odsetek można objaśnić sobie tylko tem, że w podobnych zakładach znajdują najczęściej przytułek tylko ludzie starzy, z różnych powodów nie mogący pracować fizycznie, a więc prawdopodobnie i z powodu przykurczeń palców, a z drugiej strony nie obarczeni żadnymi chorobami, któreby wymagały specjalnego leczenia. W ten więc tylko sposób mogło powstać tak liczne zgromadzenie się podobnych pacjentów. W. Anderson na 2600 ściśle badanych dorosłych przykurczenie Dupuytrena znalazł 33 razy, co czyni 1,27%, a na 200 badanych dzieci choroby tej nie spostrzegł ani razu. Według badań, prze-

prowadzonych w armii angielskiej, na 203000 żołnierzy w wieku od 17—35 lat cierpienie powyższe spostrzegano tylko 3 razy i to nie jest jeszcze wykluczone, czy przypadki te nie były urazowe. Można by w danym przypadku zauważyć, że obarczeni cierpieniem tem

nie mogliby służyć w armii, lecz, jak widać z podawanych przez Andersona, Keena, Noble-Smitha statystyk, brano w rachubę nie tylko przykurczenia palców, lecz i poczynające się zgrubienia powięzi dłoniowej.

(C. d. n.)

Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ WE LWOWIE (DYREKTOR PROF. Z. DMOCHOWSKI).

TRZY PRZYPADKI KIŁY PŁUC U LUDZI DOROSŁYCH.

Podala

Dr Helena Schusterówna,

asystentka przy katedrze anatomii patologicznej.

(Dokończenie—patrz № 12).

Przypadek 2-gi. Katarzyna Noga lat 62. Sekcyę wykonano w 18^{1/2} godz. po śmierci.

Rozpoznanie kliniczne. *Lues pulmonum — Endocarditis sub forma insuf. valvulae mitralis in stadio incompensationis. Myocarditis chr. Adynamia cordis. Hydrops. Anasarca.*

Rozpoznanie sekcyjne. *Atherosclerosis arteriarum omnium et arteriae pulmonalis. Pneumonia interstitialis (cicatrices stellatae) probabiliter luetica pulmonis dextri. Pleuritis adhaesiva ambilateralis. Oedema pulmonum. Hypertrophia cordis dextri. Atherosclerosis valvularum semilunarium aortae, valvulae mitralis et arteriarum coronariarum cordis. Myomalacia musculi cordis sinistri. Myocarditis chronica fibrosa. Induratio venestatica organorum. Gastritis et enterocolitis venestatica.*

Opis makroskopowy. Płuco lewe; obrzękłe, nieco przekrwione. Płuco prawe; nieco powiększone; opłucna znacznie zgrubiała, jama jej zarośnięta. Powierzchnia przekroju płuca zalewa się płynem pianistym, krwawym. Dookoła naczyń i oskrzeli widoczne są szerokie pasma łącznotkankowe o zabarwieniu szarawem. Gdziekolwiek układają się one w twory gwiaździste. Rozrosła tkanka umiejscawia się głównie we wnęce płuca. W oskrzelach podłużna i poprzeczna prążkowatość jest bardzo wyraźna; błona śluzowa oskrzeli jest sina, pokryta treścią śluzoworopną. W rozgałęzieniach tętnicy płucnej w obu płucach ogniska miażdżycowe, bez owrzdzeń. W krtani i tchawicy drobne wybroczyny krwawe.

Badanie mikroskopowe. Przy badaniu mikroskopowym posiłkowano się tą samą techniką, jak w przypadku pierwszym.

W preparatach wyciętych z okolicy wnętrza płuca znaleźliśmy przy badaniu tem znaczne bujanie tkanki łącznej dookoła większych naczyń i oskrzeli, bujanie o wiele wybitniejsze niż w przypadku pierwszym. Tkanka ta miejscami jest zbita, twarda, miejscami bardziej włóknista. Jądra jej komórek są wrzecionowate lub okrągłe. Wśród niej znajdują się gdziegdzie ogniska okrągłe,

owalne lub o granicach nierównych, składające się w części środkowej z tkanki szklistej nie zawierającej jąder; gdziegdzie w ogniskach tych widoczna jest słaba włóknistość.

W preparatach barwionych na włókna sprężyste widzimy tu, choć nie tak wyraźnie, jak w przypadku pierwszym, włókna sprężyste, uwidaczniające nam ścianę naczyń uległych martwicy. Prócz tego spotykamy w ogniskach tych dość dużo barwika brunatnego, odłożonego pod postacią drobnych ziarenek. Omawiane ogniska otoczone są tkanką włóknistą, koncentrycznie ułożoną, zawierającą komórki wrzecionowate, okrągłe i plamacyjne.

Naczynia krwionośne szczególnie tętnice są tak samo jak w przypadku pierwszym wyraźnie zmienione: ich błona wewnętrzna jest zgrubiała, błona zewnętrzna często mocno nacieczona. Drobne naczynia, szczególnie leżące wśród tkanki łącznej, są rozszerzone i wypełnione krwią. Ich błona zewnętrzna jest zgrubiała, zlewa się z tkanką łączną. Dookoła naczyń obfite złoże węgla.

W rozroślej tkance łącznej, prócz wyżej opisanych guzów spotykamy jeszcze ogniska dość wielkie, bardzo wyraźnie odgraniczone od otoczenia, składające się z samych komórek okrągłych o dość wielkich, ciemno barwiących się jądrach, zupełnie przypominające tkankę adenoidalną. Wśród tych komórek nie znaleźliśmy podścieliska łącznotkankowego i żadnej siateczki przypominającej adenoidalną. W wielu ogniskach znaleźliśmy ponadto twory okrągłe składające się z komórek kubicznych lub też cylindrycznych, koncentrycznie ułożonych i posiadających jądra pęcherzykowate. Ogniska te są niewątpliwie odsznurowanymi i rozszerzonymi pęcherzykami płucnymi lub drobnymi oskrzelami z regenerującym nabłonkiem; ogniska mniejsze są czasem podobne do przewodów gruczołowych. Obrazy podobne do ognisk powyższych, leżących wśród tkanki łącznej dają zgniecione pęcherzyki płucne z odrastającym nabłonkiem; nabłonek ten buja, łuszczy się, tworząc ogniska składające się z komórek nabłonkowych a wskutek tego podobne do ognisk rakowych. W otoczeniu tkanki łącznej, tam gdzie przechodzi ona

w miąższ płucny, spotykamy się z uciśniętymi pęcherzykami, wysłanymi wysokim nabłonkiem kubicznym. Obrazy te przypominają odrastającą tkankę płucną.

Dodać jeszcze muszę, że wśród rozrosłej tkanki łącznej znaleźliśmy wiele włókien mięśni gładkich; rozsiane one były pojedynczo lub układały się w pączki a nawet grupy pączków.

W miąższu płucnym powietrznym spotykamy rozmaite obrazy: gdziegdzie jest on rozdęty, w innych miejscach ściany pęcherzyków są zgrubiałe i mocno przekrwione. W pęcherzykach leżą złuszczone nabłonki zawierające barwik.

W otoczeniu oskrzeli rozrost tkanki łącznej nie jest tak mocny; widzimy zato wśród niej wielką ilość nacieków drobnokomórkowych, czasem ściśle ograniczonych.

Badanie na prątki gruźlicze i krętki kiłowe dało wyniki ujemne.

Rozpoznanie różniczkowe. Jak widzimy w przypadku drugim mamy do czynienia ze sprawą chorobną, przejawiającą się przez bujanie tkanki łącznej śródmiąższowej dookoła naczyń i oskrzeli; jeżeli uznamy ją za sprawę kiłową, to mamy do czynienia z drugą postacią kiły płuc, mianowicie z zapaleniem rozrostowym śródmiąższowym.

Gdybyśmy na podstawie obrazów opisanych chcieli przeprowadzić rozpoznanie różniczkowo pomiędzy kiłą a zapaleniem nieswoistym, gruźlicą, pylicami, nosacizną i innymi chorobami, przejawiającymi się w płucach prawie identycznie, to naprawdę bylibyśmy w ogromnym kłopotcie. A jednak istnieją w przypadku tym pewne odrębności anatomiczne, które przemawiają za kiłą.

I tak opisaną wśród tkanki łącznej ogniska bliznowate ze względu na ich kształt, budowę po części włóknistą i zachowane w nich kontury naczyń, pozwalają myśleć o ich kiłowym pochodzeniu. Dodać do tego należy, że w otoczeniu ich widoczna jest dążność do organizacyi; spotykano tam przytem nacieki zapalne z komórkami plazmatycznymi, zmiany w naczyniach prawie swoiste; nie spostrzeżono nigdzie zwapnienia.

Całokształt obrazu anatomicznego przypomina do pewnego stopnia przypadek pierwszy. Główna różnica polega na tem, że w przypadku drugim sprawa posunęła się dalej i rozszerzyła się więcej. I tu powstały pierwotnie kilaki, które zorganizowały się i przedstawiają się obecnie pod postacią opisanych ognisk; wtórny zaś rozrost tkanki łącznej śródmiąższowej poszedł o wiele dalej.

Wspominaliśmy o tem, iż w rozrosłej tkance łącznej leżą liczne włókna mięsne. Włókna te w 3 przypadkach włóknistej kiły płuc widział po raz pierwszy Tokehiko Tanko. Utrzymuje on, że pochodzą one z włókien

mięsnych drobnych oskrzeli. Myślę jednak, że mogą one pochodzić również dobrze ze ścian naczyń krwionośnych. Na poprzecznych przecięciach naczyń i oskrzeli widzieliśmy często, że mięśniówka ich jest znacznie zgrubiała i pojedyncze jej włókna porozsuwane przez nacieki zapalne i rozrosłą tkankę łączną. Obrazy więc, które widział Tokehiko Tanko, tłomaczą się łatwo i nie upoważniają, jak to zrobił powyższy autor, do wyodrębnienia nowej sprawy patologicznej i nadania jej nazwy *cirrhosis muscularis*.

Na baczniejszą może uwagę zasługują w naszym przypadku owe ogniska, składające się z komórek okrągłych i przypominające tkankę adenoidalną. Na ogniska te niejednokrotnie w tego rodzaju przypadkach zwracano uwagę.

Perry znalazł wśród bliznowatej tkanki łącznej „liczne komórki okrągłe bez zserowacenia i bez komórek olbrzymich“. Goodhart opisuje nieregularne nagromadzenia małych komórek, które układają się wzdłuż oskrzeli oraz przechodzą na miąższ płucny. Komórki te, większe od ciałek czerwonych krwi, posiadają wyraźne jądra; pomiędzy komórkami istnieje włókniste podścielisko. W niektórych nagromadzeniach autor spostrzegł rozpad ziarnisty i rozpoczynającą się martwicę serowatą. Kop znalazł wśród tkanki łącznej nagromadzenia komórek okrągłych, z czego wnioskuje, że sprawa postępuje. Mohamet opisuje w dwóch przypadkach na granicy między tkanką łączną a tkanką płucną, wśród tkanki łącznej i między pęcherzykami płuc bujanie drobnokomórkowe, okazujące częściowo budowę włóknistą, „podobną do kilaków“; zapytuje, czy bujanie to nie jest cechą swoistą i nie przedstawia początków sprawy kiłowej. Rolleston znajduje liczne ogniska komórek limfoidalnych, często unaczynione, które jednak bardzo różnią się od gruzełków i nie zawierają prątków gruźliczych.

Są to prawdopodobnie te same ogniska, o których mówiliśmy. Za tkankę adenoidalną uznać ognisk naszych nie można, nie widzieliśmy bowiem w nich żadnego podścieliska siateczkowego, tylko same komórki okrągłe. Za drobne kilaki również uważać ich nie można, gdyż nie składałyby się z samych limfocytów; znaleźlibyśmy tu z pewnością i inne typy komórek, mianowicie fibroblasty, wielojądrowe leukocyty, a w częściach środkowych ogniska rozpoczynający się rozpad, który już w bardzo świeżych kilakach opisuje Goodhart. Wobec tego ogniska przez nas widziane mogą być uważane jedynie za świe-

ze nacieki zapalne. Prątków gruźliczych nie znaleźliśmy w nich. Za objaw swoisty dla kiły płuc, jak tego chce Mohamed, trudno je uważać, znajdujemy bowiem podobne nacieki w wielu sprawach chorobnych; również przypuszczać trudno, że stanowią one początek bujania łącznotkankowego (Mohamed), nigdzie bowiem nie spotkaliśmy w nich choćby zaczątków organizacyi.

Ostateczne rozpoznanie w danym przypadku kiły płuc opieramy na następujących danych:

- 1) umiejscowienie sprawy (okolica wewnętrzna płuca);
- 2) bujanie tkanki łącznej tylko dookoła naczyń krwionośnych i oskrzeli;
- 3) nacieki zapalne w ścianach naczyń i oskrzeli; w naciekach komórki plazmatyczne;
- 4) rozrost błony wewnętrznej w naczyniach i zarastanie ich światła;
- 5) obecność ognisk bliznowatych i szklistych, (prawdopodobnie zorganizowane kila);
- 6) klinicznie stwierdzona kiła.

Przypadek 3-ci. Waning Aloiza lat 56, praczka. Sekcja wykonana 25. XI. 1914. w 31 g. po śmierci.

Rozpoznanie kliniczne: *Emphysema pulmonum. Hypertrophia et dilatatio cordis dextri. Adynamia musculi cordis. Nephritis. Hydrops.*

Rozpoznanie sekcyjne: *Calcificatio valvulae mitralis. Hypertrophia cordis dextri. Degeneratio adiposa musculi cordis. Pleuritis chr. fibrosa, adhaesiva, ambilateralis. Peribronchitis et periarteriitis chr. fibrosa. Probabiliter gumma syphiliticum pulmonis ad partem superiorem lobi inferioris dextri. Induratio cyanotica organorum. Degeneratio cystica ovariorum. Nephritis interstitialis chronica. Mesarteriitis chr. fibrosa.*

Opis makroskopowy: O p ł u c n a po obu stronach zrosnięta z klatką piersiową za pomocą krótkich zrostów. P ł u c o l e w e: dość ciężkie, na przekroju szare, odporne, mniej powietrzne. Od oskrzeli i naczyń rozchodzi się na wszystkie strony tkanka łączna pod postacią szerokich pasem, układających się gdziegdzie w blizny gwiaździste. W dolnej części płata górnego leży ognisko wielkości orzecha, zupełnie bezpowietrzne, szaroróżowe, jednolite, dość odporne.

P ł u c o l e w e: tak samo, jak prawe, jest podzielone na drobne odcinki przez rozrastającą się tkankę przynaczyniową i przyoskrzelową.

Krtań i tchawica są przekrwione, struny głosowe obrzękłe. Gruczoły okołoskrzelowe wielkie, odporne, zserowaciałe.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e. Przy badaniu mikroskopowym posiłkowano się tą samą techniką, jak w przypadkach pierwszych. I w tych płucach znaleźliśmy pod mikroskopem silny bardzo rozrost tkanki łącznej, głównie dookoła naczyń. Tworzy

ona tu nieraz nawet szerokie pasma, które dzielą miąższ płucny czasem niezmieniony na poszczególne odcinki. Tkanka łączna wogóle jest twarda, miejscami jednak bardziej luźna, obrzękła; posiada ona komórki wrzecionowate i okrągłe; gdziegdzie widoczne są nacieki, składające się z komórek limfoidalnych; pomiędzy nimi widoczne są komórki plazmatyczne. Szczególnie na obwodzie pasm łącznotkankowych spotykamy większe skupienia komórek limfoidalnych; pomiędzy włóknami tkanki łącznej w wielu miejscach leżą włókna mięsne, ułożone w pęczki lub grupy pęczków.

Ściany pęcherzyków płucnych uległy drobno-komórkowemu nacieczeniu i dla tego są zgrubiałe; dowodzi to faktu, że proces zapalny szerzy się także po miąższu płucnym. Niektóre pęcherzyki i oskrzela są uciśnięte i wypełnione złuszczonego nabłonkiem.

Dookoła wielkich oskrzeli bujanie tkanki łącznej nie widzimy, okazują one jednak wybitne zmiany. Nabłonek jest wszędzie złuszczonego, wypełnia ich światło; w błonie śluzowej, w mięśniówce, jakoteż w otoczeniu — gęste nacieki, składające się z komórek limfatycznych; błona śluzowa i cała ściana są mocno przekrwione. W przylegających pęcherzykach płucnych spotykamy często wysięki zapalne, składające się przeważnie z komórek okrągłych, złuszczonego nabłonków, płynu surowiczego (ziarnistości) i niewielkiej ilości włókna.

Co się tyczy guza, który został wykryty w dolnym płacie płuca prawego, to budowa jego okazała się dość złożoną. U obwodu guza, w pęcherzykach, leżących najdalej od największych zmian, spotykamy złuszczone nabłonki, zawierające w sobie często gruboziarnisty, ciemnobronzowy barwik, tak zwane komórki wad sercowych i nie liczne leukocyty. Ściany pęcherzyków są mniej lub więcej nacieczone komórkami okrągłymi o typie limfoidalnym; nabłonki, wyściełające pęcherzyki, są kubiczne i przypominają nabłonki odrastające. Nadto spotykamy tu pasma łącznotkankowe o skąpych, wydłużonych jądrach. Pęcherzyki między pasmami temi są uciśnięte, gdziegdzie prawie zupełnie zamknięte. Blżej ogniska guzowatego zatracą się budowa płuc; w powstałej tu tkance łącznej włóknistej i siateczkowej znajdują się obfite nagromadzenia komórek okrągłych o ciemnych jądrach; komórki te okazują tendencję do rozpadu. W najbliższym sąsiedztwie guza, w pozostałościach po pęcherzykach płucnych, znajdujemy drobno-siateczkowaty, zbity, intensywnie barwiący się włóknik, gdziegdzie poprzerastany komórkami wrzecionowatymi.

Sam guz składa się z tkanki łącznej włóknistej z wrzecionowatymi komórkami, wśród której miejscami widoczne są obfite nacieki, składające się z komórek okrągłych; pośród niej spotykamy się z ogniskami tkanki nie zawierającej jąder, niewyraźnie włóknistej, barwiącej się mocno eozyną. Ogniska te przypominają często kontury naczyń krwionośnych.

Naczynia krwionośne, znajdujące się wśród tkanki łącznej guza, jakoteż w jego otoczeniu, przeważnie mają zgrubiałe ściany; głównie zgrubiała jest błona wewnętrzna. Wśród tkanki łącznej zarówno twardej, jak i włóknistej, spotykamy nie liczne, typowe komórki olbrzymie typu Langhansa.

Badania bakteriologiczne nie wykryły praktków gruźliczych ani krętków białych.

W przypadku więc trzecim mamy do czynienia również z przewlekłym rozrostowym zapaleniem śródmiąższowym. Różni się ono od dwóch pierwszych przypadków tem, że sam miąższ znajduje się w wielu miejscach w okresie zapalenia wysiękowego. Jest to więc postać bardziej złożona.

Co się tyczy wykrytego guza, to niewątpliwie rzeczą jest bardzo trudną powiedzieć, na tle jakiego bodźca chorobnego on powstał. Rozpoznanie wahaćby się mogło między tak zwaną gruźlicą włóknistą, poprzedzoną przez zapalenie wysiękowe, a trzecią postacią anatomiczną kiły płuc. Przeciw gruźlicy do pewnego stopnia przemawia brak gru-

zelków, brak martwicy kariorektycznej, brak prątków. Za kiłą przemawia martwica, bez karioreksy, zmiany w naczyniach prawie swoiste.

Co się tyczy rozrosłej tkanki łącznej, to budową swą i umiejscowieniem przypomina ona zupełnie opisaną w przypadku II. Nie znaleźliśmy w niej jednak guzów, które tam ułatwiały nam rozpoznanie.

Wobec braku rozpoznania klinicznego, napewno twierdzić nie możemy, że w III-cim przypadku mamy do czynienia z kiłą, możemy ją tylko przypuszczać z wielkim prawdopodobieństwem. Upoważniają nas do tego zmiany anatomiczne, które są prawie identyczne ze zmianami, spostrzeganymi w dwóch pierwszych przypadkach.

PIŚMIENICTWO.

1. Aschoff. Lehrbuch für path. Anat. Beitzke 1909.
2. Bade, według Flockmanna.
3. Baumgarten, według Tokehiko Tanko.
4. Birsch-Hirschfeld. Lehrbuch für path. Anat. 1885.
5. Bizzozero, według Tokehiko Tanko.
6. Brandenburg. Ein Beitrag zur Lungensyphilis. Brauners Beiträge zur Klinik der Tbc. 1908, Bd. 10.
7. Cornil. Manuel d'hist. path. Paris 1882.
8. Dmochowski. Diagnostyka anat. patol. 1903.
9. Flockmann. Neuere Arbeiten über Lungensyphilis 1899. Centralblatt für allg. Path. u. path. Anat. Bd. X.
10. Goodhart, według Flockmanna.
11. Griffin, według Tokehiko Tanko.
12. v. Hansemann. Münch. med. Woch. 1901, № 20.
13. Hexheimer. Zur path. Anat. der Lungensyphilis. Lubarsch. Ostertog. 1907.
14. Hiller. Ueber Lungensyphilis. Charité Annalen. 1882.
15. Kaposi. Syphilis. Deutsche Chirurgie 1891.
16. Kaufmann. Lehrbuch der path. Anat. 1911.
17. Koch-Elberfeld. Ueber einen Spirohetenbefund kavernöser Lungensyphilis. Verhandl. der deutsch path. Gesel. Dresden. 1908. 18.
18. Kopp. Syphilis der Trachea und der Brochien. Deutsch. Arch. für Kl. Med. 1882.
19. Mohamed, według Flockmanna.
20. Neumann. Spezielle Pathol. und Therapie. Nothnagel 1896.
21. Orth. Lehrbuch für path. Anat. 1887.
22. Pancratius, według Flockmanna.
23. Pawlinoiff. Virch. Arch. Bd. 75.
24. Perry, według Flockmanna.
25. Ramzohr. Zur Kasuistik der Lungensyphilis bei erwachsenen. Arch. für Heilk. 1878.
26. Rolleston, według Flockmanna.
27. Rössle. Path. anat. Demonstr. Münch. med. Woch. 1910.
28. Russard, według Tokehiko Tanko.
29. Sokółowski. Deutsch. med. Woch. 1883.
30. Stanley, według Flockmanna.
31. Stolper. Beiträge zur Syphilis visceralis. Bibl. med. 1894.
32. Sugai. Ein Fall von Lungensyphilis bei Erwachsenen. Centr. f. allg. Path. und path. Anat. 1909. Bd. XX.
33. Tokehiko Tanko. Beiträge zur Kenntniss der Lungensyphilis. Virch. Arch. Bd. 208.
34. Wagner. Das Syphilom. Arch. f. Heilk. 1863.

ODCINEK.

Budżet Wydziału Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy

NA KWARTAŁ I 1917 r.¹⁾

Podał

Dr. W. Chodźko.
radny miejski.

Wydatki na utrzymanie Wydziału Zdrowia Publicznego stanowią Dział VII Budżetu

miasta st. Warszawy na okres od 1 stycznia do 31 marca 1917 r.

¹⁾ Referat wygłoszony na posiedzeniu Komisji finansowo-budżetowej Rady m. st. Warszawy w d. 17 lutego 1917 r.

Na ten okres preliminowano:

w wydatkach	Rb. 183.579.—
w dochodach	Rb. 36.559.—

Budżet 1916 r. preliminuje w wydatkach na dział zdrowotności publicznej

Rb. 538.944

to znaczy rb. 134.736.— w stosunku kwartalnym.

Nowy budżet zatem wykazuje zwiększenie wydatków o 50 tysięcy rubli bez mała na okres 3 miesięczny. Jest to znaczna podwyżka, którą Wydział Zdrowia Publicznego winien ściśle usprawiedliwić!

Do budżetu Wydziału Zdrowia Publicznego na I kwartał 1917 r. włączone zostały instytucje następujące:

Sekcja Kąpielowa — wydatek preliminowany:	Rb. 22 505.—
Piekarnia doświadczalna wydat. preliminowany	Rb. 10.798.—
8 stacji szczepienia ospy w śródmieściu wydat. preliminowany	Rb. 1.008.—
Pensya chemika	Rb. 210.—
Pensye 4 lekarzy straży obycz. w I półroczu 1916 (umorzenie awansu)	Rb. 2.052.—
Pensye tychże lekarzy w I półroczu 1916 (umorzenie awansu)	Rb. 3.573.—
Uzupełnienie urzędzeń zakładu kąpielowego na Pradze (umorzenie awansu)	Rb. 1.500.—
Nabycie 4 ruchomych kamer dezynfekcyjnych (umorzenie awansu)	Rb. 7.200.—
Wydatki komisji wodnej	Rb. 125.—
Telefony	Rb. 845.—
Druk blankietów (umorzenie awansu)	Rb. 350.—

Suma ogólna Rb. 50.166.—

Od sumy powyższej należy odliczyć te pozycje, które znajdowały się w budżecie 1916 r. a obecnie nie zostały wykazane, a mianowicie:

Pensye 26 sanitaryuszy, przekazanych do dyspozycji Milicji Miejskiej (wg. budżetu M. M. na I kwartał 1917 r.)	Rb. 4.836.—
Utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego przy ul. Brzeskiej w ciągu 3 miesięcy (wg. budżetu 1916)	Rb. 1.200.—
Wydatki Komisji popularyzacyjnej (wg. budżetu 1916 r.) na 3 miesiące à 75 rb.	Rb. 225.—
Na kąpiele dla ludności ubogiej (wg. budżetu 1916 r.) na 3 mies. po 300 rb.	Rb. 900.—
Na wydatki Komisji sanitarnej na Pradze (wg. budżetu 1915 r. na 3 mies.	Rb. 705.—

Suma Rb. 7.866.—

Obie sumy powyższe nie są zupełnie ściśle, wobec całego szeregu drobnych zmian co do liczby i wysokości wynagrodzenia personelu, zarówno biura Wydziału Zdrowia Publicznego, jak zakładu dezynfekcyjnego, domów izolacyjnych etc., które zostały wprowadzone do nowego budżetu zarówno w kierunku zmniejszenia jak i zwiększenia wydatków, a które nie dają się ściśle uchwycić.

Jeżeli uwzględnimy, że dodatki drożyzniane pracowników w Wydziale Zdrowia wynoszą w okresie 3 miesięcznym 1917 r. wg. preliminarza Rb. 9.261.—

że jest to wydatek nowy (w budżecie 1916 r. figurują dodatki drożyzniane jedynie dla zakładu dezynfekcyjnego i spalania odpadków w nieokreślonej bliżej sumie),

i że w ten sposób wykazana przez nas do obliczenia suma rb. 7.866 pokrywa się z nadwyżką,

musimy dojść do wniosku, że przewyżka budżetowa obecnego preliminarza jest zasadniczo usprawiedliwiona wprowadzeniem nowych działów pracy i koniecznością pokrycia awansów szeslorocznych.

Natomiast rozważyć musimy pokrótce poszczególne pozycje preliminarza budżetowego Wydziału Zdrowia Publicznego zarówno pod względem ich celowości jak i wykonania uchwał i dezyderatów Rady Miejskiej.

1-o Et at biura Wydziału Zdrowia, obliczony na rok 1916 w sumie Rb. 22.240 czyli w stosunku kwartalnym rb. 5.560 w budżecie omawianym określony został na rb. 5.053. Zalecone zatem uchwałą Rady Miejskiej zmniejszenie etatu biura zostało częściowo wykonane—biuro zajmuje wprawdzie ten sam drogi lokal w Tow. Higienicznym, ale niebawem ma być przeniesione do tańszego pomieszczenia.

2-o. Wydatki na utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego i spalania odpadków wzrosły, gdy bowiem na rok 1916 preliminowano przeciętnie na kwartał po rb. 45.372 k. 75, obecnie na kwartał I 1917 r. przewiduje się Rb. 47.108. Wprawdzie niektóre pozycje — jak telefon, opłata ubezpieczeniowa, muszą być uiszczone za cały rok z góry już w I kwartale, inne jak opał, materiały do elektryczności, druki są w tym kwartale wyższe niż przeciętnie, niemniej preliminarz budżetowy tych zakładów wzrósł.

Preliminarz budżetowy nie ujawnia żadnej tendencji do zmiany zasadniczej w prowadzeniu zakładu dezynfekcyjnego i spalania odpadków. Przedewszystkiem w dalszym ciągu cały nacisk położony jest na kierownictwo techniczne zakładu; niema żadnych wskazówek, że została uszanowana uchwała Rady Miejskiej, domagająca się zaprowadzenia stałej kontroli ze strony lekarza higienisty nad obu zakładami; za niecelowe należy uznać zwiększenie personelu kancelaryi zakładu dezynfekcyjnego w kierunku usamodzielnienia jego kasowości (buchalter i pomocnik buchaltera)—cała biurowość i kasowość tych zakładów winny być przeniesione do biura Wydziału Zdrowia i tam skoncentrowane. Zakłady powinny jedynie otrzymywać zawiadomienia z Wydziału, gdzie ma się odbyć dezynfekcja i skąd należy zabrać rzeczy do odkażenia, albo skąd trzeba wywieźć śmiecie; do prowadzenia kontroli rzeczy odkażanych i zapisywania dokonywanych odkażeń wystarczy jeden urzędnik kancelaryjny, znajdujący się na miejscu. Zbędny jest zupełnie wydatek na dozór weterynaryjny, gdyż obowiązek ten winien obciążać miejskiego lekarza weterynaryi odnośnego okręgu. Preliminarz budżetowy nie daje nam żadnych wskazówek co do wykonania życze-

nia Rady Miejskiej w sprawie ubezpieczenia robotników, przynajmniej pracujących w części zakażonej zakładu dezynfekcyjnego i co do poddania ich kontroli i opiece lekarskiej. Dezyderat ten raz jeszcze z naciskiem powtórzyć należy.

Utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego na I kwartał 1917 r. obciąży miasto wydatkiem w sumie rb. 29,612 kop. 72.

Z uznaniem podnieść należy, że zgodnie z życzeniem Rady Miejskiej po raz pierwszy w budżecie obecnie omawianym umieszczono oddzielnie conto zakładu spalania odpadków. Dowiadujemy się z niego, że na zakład ten miasto wydać musi w I kwartał 1917 roku Rb. 16,764 kop. 53.

Ponieważ dochód zakładu spalania odpadków przewidywany jest na tenże okres w sumie Rb. 7,134 kop. 50, rzeczywisty zaś dochód miasta wyniesie zaledwie Rb. 4,190 (za zwózkę śmieci z 220 domów prywatnych) reszta dochodów stanowi tylko pozycje buchalteryjne—deficyt istotny zakładu spalania odpadków na I kwartał wyniesie Rb. 12,574 kop. 53—na rok 1917 zapowiada się deficyt ogólny w sumie około 50,000 rb.

W r. 1915 miasto dopłaciło do zakładu spalania odpadków rb. 38,508 k. 18—nie wiemy jeszcze, jak wypadł deficyt 1916 r., w każdym razie deficyt tej instytucji rośnie w sposób przerażający.

Podkreślić należy, że utrzymanie tego zakładu kosztowało miasto w r. 1915 rb. 45,608 wydatki na ten cel w roku obecnym wyniosą prawdopodobnie około 65,000 rb.

Wobec tego nasuwa się wniosek, że, jeżeli zakład ten przynosi miastu tylko tę korzyść, iż ogrzewa zakład dezynfekcyjny (gdyż usuwanie śmieci z kilkuset domów jest korzyścią znikomą) — opalenie tego ostatniego zakładu będzie kosztowało miasto w r. 1917 z górą 50,000 rb. Śmiecie więc w Warszawie stanowią opał droższy od najdroższego węgla i koksu. Sądziłyby należało, że tego rodzaju absurdy przekraczają już granice możliwości nawet w Warszawie, przyzwyczajonej przecież oddawna do rozmaitych dziwów w dziedzinie budżetu miejskiego i że zakład spalania odpadków należałoby zamknąć, obmyśliwszy dla zakładu dezynfekcyjnego sposób opalania mniej kosztowny.

Zresztą okazuje się z preliminarza budżetowego, że i ten kosztowny opał nie wystarcza, albowiem znajdujemy w preliminarzu wydatków obu zakładów na kwartał I 1917 pozycje następujące:

Opał budynków rb. 660.00 (to znaczy w stosunku rocznym około 2000 rb., wobec 1320 rb. wyznaczonych na r. 1916).

Opał do pieców rb. 750.

Wreszcie elektryczność rb. 700 (to znaczy w stosunku rocznym około 2800 rb., wobec 2500 rb. w r. 1916).

Liczby powyższe dowodzą, że zakład spalania odpadków, jako dostawca energii cieplnej, coraz gorzej pełni swoją rolę i staje się coraz większym ciężarem dla miasta. Istnieje projekt wysłania specjalnej komisji

do Charlottenburga i innych miast zagranicznych dla zbadania sprawy spalania odpadków i zastosowania po powrocie reform w zakładzie warszawskim, sądzimy jednak, że w ten sposób sprawa się jeszcze bardziej przewlecze i straty dla miasta wzrosną. Jedyne wyjście jest przystąpienie do likwidacji zakładu w obecnej jego postaci, jako całkowicie poronionej instytucji.

3-o Wobec wyżej zaznaczonej i stwierdzonej rozrzutności Wydziału-Zdrowia na cele zakładu spalania odpadków dziwnem się musi wydać niezwykła ostrożność i oszczędność tegoż Wydziału w stosunku do pierwszorzędnej i realnej potrzeby Warszawy, jaką jest prawidłowa kontrola środków w spożywczych — w tym dziale żądanie Rady Miejskiej zbyto utworzeniem posady jednego dodatkowego chemika w miejskim laboratorium chemicznym z pensją rb. 840, jak opiewa uwaga Wydziału Zdrowia: „w celu należytego postawienia działalności laboratoryjnej”.

Trudno jest oprzeć się uczuciu rozgoryczenia, jeżeli się pomyśli, że za połowę sumy, wyrzuconej nieprodukcyjnie na spalanie śmieci, możnaby utworzyć stojącą na poziomie europejskim pracownię kontroli środków spożywczych w Warszawie.

Wydatki na laboratorium chemiczne na I kwartał 1917 r. obliczono na rb. 1766.

4-o W stosunku do laboratorium bakteriologicznego nie wypełniono żądania Rady Miejskiej co do przyłączenia go do laboratorium chemicznego, jakoby z powodu braku lokalu. Kosztowną tę instytucję Wydział Zdrowia utrzymuje nadal i powiększył nawet jej kredyt o rb. 300 w stosunku kwartalnym.

Uważamy wszelkie dalsze wydatki na tę pracownię za zbędne i utrzymać musimy w dalszym ciągu żądanie wykonania uchwały Rady Miejskiej w stosunku do tej pracowni.

Wydatek na pracownię bakteriologiczną na I kwartał 1917 r. obliczono na rb. 1830,—kosztuje ona zatem więcej, niż laboratorium chemiczne!

5-o Utrzymanie zakładu kąpielowego dezynfekcyjnego na Pradze obliczono na rb. 1,905 w stosunku kwartalnym—frekwencja tego zakładu w dalszym ciągu jest słaba, co musi dziwić wobec znacznej stosunkowo frekwencji zakładów kąpielowych Sekcji Kąpielowej (przy ulicy Mylnej № 11 i przy ulicy Dzielnej № 67), urządzonych przecież znacznie prymitywniej, niż zakład na Pradze.

Dezyderaty Rady Miejskiej w stosunku do tego zakładu winny być nadal utrzymane. Rodzi się również pytanie, dlaczego zakład na Pradze nie został włączony do ogólnego budżetu Sekcji Kąpielowej?

6-o Budżet Sekcji Kąpielowej, włączonej od niedawna do Wydziału Zdrowia, obliczono na Rb. 22,505 na kwartał I 1917 r. W sumie tej pochłania pozycje na mydło . . . Rb. 5,400 na 60,000 natrysków . . . „ 10,800 na 4,000 kąpiele wannowych . . . „ 2,400

Preliminarz nie wyjaśnia, jak należy rozumieć ostatnie dwie pozycje, gdyż na administrację, na wodę i na opał przeznaczone są oddzielne sumy dla każdego kąpieliska miejskiego.

Załowac również należy, że preliminarz podaje zbyt nieokreślone liczby— np. kąpielisko (przy ul. Mylnej) wydaje około 10,000 natrysków i 700 kąpeli wannowych. Nie podano w jakim czasie wydaje się tę liczbę zabiegów; czytamy dalej:

„kąpielisko № 2 (przy ul. Dzielnej) mniej wydaje kąpeli“, jest to stanowczo zbyt ogólne traktowanie preliminarza. Wiadomo mi, że kąpielisko № 2 wydało natrysków:

we wrześniu 1916 r. . . 1901
w październiku „ . . 1112
w listopadzie „ . . 1659
w grudniu „ . . 1848

wreszcie w styczniu 1917 r. . . 1933

Wynikałoby stąd raczej, że kąpielisko Nr. 2 wydaje więcej natrysków, niż kąpielisko Nr. 1, kąpeli zaś wydawać nie może wcale, nie posiada bowiem ani jednej wanny.

Należałoby sądzić, że utrzymanie oddzielnego biura i oddzielnej administracji Sekcji Kąpielowej jest zbyt kosztowne, wobec tego że kancelista tej sekcji wszedł do Wydziału Zdrowia, tam też powinno znajdować się biuro Sekcji Kąpielowej. (Dok. n.).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologów dn. 21 października 1916 r.

1) Bregman przedstawił przypadek obustronnego zapalenia nerwu wzrokowego pozagałkowego.

Przypadek dotyczył chłopca 12-letniego. Ostra ślepota rozwinęła się po jakiejś chorobie zakaźnej (dur brzuszny?). Na dnie oczu zmiany bardzo nieznaczne. Przypadek z tego powodu niezwykle, wkrótce będzie szczegółowo ogłoszony.

W dyskusji Higier nie wykluczyłby zatrucia spirytusem skażonym podczas przypuszczalnych zastryknięć podskórnych.

Sterling rozpoznawałby raczej meningitis cerebrospondylitis epidemica.

Bregman odpowiada, że chory alkoholu pod żadną postacią nie otrzymywał.

2) Bregman przedstawił przypadek padaczki Jacksona ze stałymi dawkami myoklonicznymi.

17-letni chory od 8 miesięcy miewa napady padaczkowe w lewej kończynie dolnej i drgania myokloniczne w ostatnich czasach stałe w mięśniach tejże kończyny, potęgujące się podczas ruchów. B. przypuszcza wolno rozwijający się nowotwór w korze mózgowej. (Przypadek zostanie szczegółowo ogłoszony).

3) Sterling przedstawił przypadek choroby Parkinsona o niezwykle m. przebiegu.

U chorego lat 57 od paru miesięcy stopniowo poczęło się wzmagać napięcie mięśni szyi i karku, co doprowadziło wkrótce do zupełnego unieruchomienia głowy.

Higier i Goldflam przychyłają się do rozpoznania cierpienia kręgow szyjnych.

4) Kopczyński Stanisław przed-

stawił przypadek bezwładu postępującego (paralysis progressiva) u 17-letniej dziewczyny.

U chorej 17-letniej, która w 10 r. życia zaraziła się syfilisem, wystąpiły w ostatnich miesiącach wszystkie objawy demenciae paralyticae: zniedołężnienie władz umysłowych, wybitna dyzartria, nieruchomość źrenic na światło i na przystosowanie, przejściowe ataki paralityczne z podniesioną ciepłotą. Wassermann dodatni. Mówca podnosi rzadkość przypadku ze względu na wiek chorej.

Bornstein nie wykluczyłby lues cerebri wobec zupełnej nieruchomości źrenic na światło i na przystosowanie.

W odpowiedzi K. zaznacza, że zupełną nieruchomość źrenic spotkać możemy zarówno w przymocie mózgu, jak i w wadzie rdzenia i bezwładzie postępującym.

Posiedzenie dn. 18 listopada 1916 r.

1) Higier przedstawił rzadką postać padaczki u 3 dzieci (Epilepsia myotonica Unverricht-Lundberga).

U trojga braci, mających 14, 16 i 17 lat, rozwija się stopniowo padaczka wraz z otępieniem umysłowym, z powolnością ruchów, zaburzeniami pisma i mowy. Po wykluczeniu różnych postaci padaczki organicznej, i występującej na tle zwyrodnienia, H. zatrzymuje się na postaci Unverricht-Lundberga, której towarzyszy otępienie i drgawki myokloniczne, Bromki zwykle w tych razach nie działają.

2) Kopczyński St. wygłosił rzecz p. t. „W sprawie kliniki i anatomii patologicznej aleksyi“ (z pokazem preparatów mikroskopowych na ekranie). Rzecz ta będzie wkrótce drukowana w „Gazecie“.

List do Redakcji „Gazety Lekarskiej“.

Szanowny kol. Redaktorze!

Uprzejmie proszę Szan. kol. Redaktora o pomieszczenie kilku słów wyjaśnienia w sprawie po-

brania pieniędzy za zabieg ambulatoryjny, a mianowicie „za wyjęcie dziecku pestki z nosa“ przez specjalistę chorób usznogardłanych w Warsz. szpi-

tal dla dzieci, o czym była wzmianka w № 12 Gaz. Lek. r. b.

W kwestyi tej mam zaszczyt zakomunikować, że regulamin szpitalny, pod którym podpisali się koledzy ordynatorzy, głosi, że „porady, opatrunki i zabiegi chirurgiczne bądź w ambulatoryjach, bądź na salach udzielane są bezpłatnie, zarówno chorym z miasta, jak i z prowincyi“. Tablice z takim napisem wiszą na drzwiach gabinetów ambulatoryjnych. Nadmieniam przytem, że puszkki, do których wpływają ofiary dobrowolne, są opieczętowane, otwiera się je w obecności ordynatora danego oddziału i siostry miłosierdzia i są pod ogólną kontrolą lekarza naczelnego, a chociaż szpi-

tal nie posiada funduszków za dużo, to jednak niezbędne instrumenty i środki opatrunkowolecnicze zawsze kupuje i pensye lekarzom — prawda za małe na stosunki obecne — wypłaca. Fundusze zaś z puszek, zresztą niewielkie, są do dyspozycji ordynatorów na wyjątkowe potrzeby oddziałów.

Słów tych kilka zmuszony byłem napisać w obronie szpitala, o którego dobre imię bardzo mi chodzi, a przedewszystkiem w obronie prawdy.

Z wysokim szacunkiem

Dr Wł. Rodys,

lekarz naczelny szpitala dla dzieci.

25 marca 1917 r.

Wiadomości bieżące.

— W d. 23 marca w Szp. Dz. Jezus znajdowało się według urzędowego sprawozdania 1346 chorych t. j. o 427 chorych (31%) więcej, niż to przewidywała ankietą, przeprowadzona w celu określenia maksymalnej liczby chorych, jaką można by w tym szpitalu pomieścić (patrz Gaz. Lek. 1916 Nr. 21 (47)). Za podstawę do określania tego maximum wzięto nie wymagane przez higienę 40 mt. sz. przestrzeni, tylko połowę tego t. j. 20 mt. sz. Z poszczególnych oddziałów w 2 pawilonach chirurgicznych zamiast 172 chorych znajduje się 278, w 4 pawilonach wewnętrznych zamiast 328—494, w pawilonie 8 zamiast 131—167, w klinikach zamiast 288—412. Chorzy leżą w salach jadalnych, na korytarzach, na podłodze. Brak jest kołder, poduszek, bielizny. Personel służbowy wyższy i niższy jest przepracowany, chorzy i służba otrzymują pożywienie liche, leczenie szwankuje

również z powodu braku i ograniczenia środków lekarskich. Oto jest smutny obraz naszych szpitali w chwili obecnej. Quousque tandem?...

— Zeszyt 3 marcowy Zdrowia został poświęcony pamięci dra Kazimierza Chełchowskiego. Znajdujemy w nim: 1) Działalność Kazimierza Chełchowskiego w zakresie higieny ludowej, 2) Przemówienia, wygłoszone na uroczystym posiedzeniu w Tow. Hygienicznym przez dra Polaka, Wł. Starkiewicza, Rzęda i Bączkiewicza. 3) Mowa w Radzie Miejskiej prezesa Suligowskiego, 4) Mowy pogrzebowe: dra A. Puławskiego, J. Polaka i A. Rzęda. Na czele artykułów oryginalnych została pomieszczona praca dra Chełchowskiego: Ruch śmierci i urodzeń w parafiach: Zakopanem i Poroninie za czas od 1786 do 1912 r.

Sprostowanie. W № 11 w artykule S. Sterlinga i K. Sterlinzanki O odczynie Weil-Felixa w tyfusie plamistym na str. 131, szpalta 1, wiersz 19 od dołu zamiast α_{19} , α_1 , α_2 —powinno być X_{19} , X_1 , X_2 , na tejże str. szpalta 2, wiersz 1 od góry zamiast α_{19} —powinno być X_{19} , oraz w tejże szpalcie wiersz 10 od góry zamiast hodowli powinno być lodowni.

NADEŚLANO. 1) Dr Ignacy Konieczkowski. O charakterze epidemii dyzenterji w Częstochowie w 1916 roku i o stosowaniu swoistej leczniczej surowicy przy tej chorobie. 2) Dr Józef Jaworski. Małżeństwo a gruźlica. Warszawa.

Do numeru bieżącego dołącza się prospekt księgarni Gebethnera i Wolffa o książce „Mleko i Mleczarstwo“ dra Serkowskiego.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Witold Horodyński. Przykurczenia rozciągnięta dłoniowego, czyli t. zw. choroba Dupuytren'a. (<i>Retractio aponeuroseos palmaris s. morbus Dupuytreni</i>)	153	wia Publicznego m. st. Warszawy na kwartał I 1917 r.	160
Helena Schusterówna. Trzy przypadki kily płuc u ludzi dorosłych (dok.)	157	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia neurologów dn. 21 października i 18 listopada 1916 r.	163
Odcinek. W. Chodźko. Budżet Wydziału Zdro-		List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej	163
		Wiadomości bieżące	164

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-jej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu:

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25 na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzla i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena Rb. 5 kop. 50, z przesyłką Rb. 6.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na **Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec,

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów rb. 8.50; z przesyłką 9.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.



ASTHMIN- "MOTOR"

w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszniczy
i wszelkie objawy astmy

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Ządać w aptekach i składach aptecznych

GONOREIN "MOTOR"

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubebaram, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY
I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materji i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

KOMISJA PRZEMISŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM STOWARZYSZENIU LEKARZY odwołując się na podstawie badań chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPPIŃSKIEGO jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej (substancja) 4,7 % czystego jodu-Przezwór ten miesza się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie wywołuje objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3 - 4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji
Przemysłowo Lekarskiej

Dr. Fr. Karpiński
Sekretarz

*Opinia powyższa o Jodorolu
została wyrażona na posiedzeniu
Komisji w dniu 24. II. 1914 r.
Przedstawiciel
Komisji
Jankowski, Jankowski*

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej. Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3 - 4 dni. Może być stosowany od 10 - 100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu rb. 1 kop. 20.

Tow. Akc. „Fr. KARPPIŃSKI w Warszawie”
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemysłowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy
napisali

Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb
Wiedeń Heidelberg

profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

Dr JAN PRUSZYŃSKI
Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena rb. 3.60.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.

