

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ludwik Natanson. Wspomnienie pośmiertne. Skreślił D-r J. Szwajcer — Przyczynek do etyologii przetok żółciowych, i kilka słów o przetokach żółciowych samoistnych. Napisał D-r Ignacy Grundzach. — O leczeniu krztuśca sublimatem, podał St. Gutentag. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Syringomyelia, podał D-r med. H. Higler. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 63 a) Paralysis bulbaris athenica albo „syndrom Erb'a“. b) O astenicznym porażeniu opuszkowym (porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych, myasthenia gravis pseudoparalytica). 64. O występowaniu bakterii w kale noworodków przed przyjęciem pierwszego pokarmu. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc maj r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Szwajcer—Louis Natanson. 2) D-r I. Grundzach — Contribution à l'etiology des fistules biliaires; quelques mots sur les fistules biliaires idopathiques. 3) D-r St. Gutentag — Traitement de la coqueluche par le sublimé.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obożna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Szwajcer—Ludwig Natanson. 2) D-r I. Grundzach — Beitrag zur Aetiology der Gallen fisteln und einige Worte ueber Idopathische Gallen fisteln. 3) D-r St. Gutentag — Die Behandlung des Keuchhustens mit Sublimat.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obożna str. 5.

LUDWIK NATANSON

Wspomnienie pośmiertne.

Spółeczeństwo nasze świeżę i bolesną poniosło stratę. Do snu wieczystego strudzoną głowę złożył jeden z najdzielniejszych. Ubył mąż potężnego umysłu olbrzymich zdolności, obszernej wiedzy, wyjątkowej pracy i inicjatywy. Odczuwał on potrzeby społeczeństwa zarówno sercem, jak i rozumem, i potrzebom tym umiał i chciał zaradzić. Dla młodych pokoleń lekarzy działalność i zasługi naukowo-społeczne NATANSONA należą w części już prawie do historii. Jeśli jednak uprzytomnić sobie czas, w którym On rozpoczął swą służbę dla społeczeństwa, na długo jeszcze w wdzięcznej zachowamy Go pamięci.

Działalność NATANSONA była tak wielostronna, iż rozpatrzenie jej wszechstronne w tem miejscu byłoby zadaniem zbyt trudnem. Wymaga ono uprzytomnienia sobie epoki, w której się zaczęła i, przez pół z górą wieku, ciągnęła. Chcemy tu tylko w treściwym szkicu uwydatnić najważniejsze czyny życia Jego, w wieńcu zasług najpiękniejsze zaznaczyć listki.

Zmarły w dniu 6 b. m. Ludwik NATANSON, urodził się w Warszawie, dnia 4 marca 1822 r. Po ukończeniu gimnazjum na Lesznie w r. 1838, wstąpił do akademii medyko-chirurgicznej w Wilnie, po zwinięciu zaś tej instytucji naukowej przeniósł się do uniwersytetu w Dorpacie, gdzie ukończył wydział lekarski w roku 1843. Po napisaniu rozprawy: „De influxu nervorum spinalium in nervos vasomotorios“, stanowiącej rozwinięcie jednej części pracy: „Analyse der Functionen des Nervensystems“, Rada lekarska Królestwa Polskiego przyznała Mu dyplom doktora medycyny w r. 1846.

Hojnie od natury obdarzony zdolnościami, wszechstronnie wykształcony, pracowity i wymowny, niezmiernie szybko zjednał sobie ogólne uznanie jako zdolny i nader wzięty lekarz. Pełen nauki i umysłowego zapału NATANSON nie mógł nie dostrzedz braków, ciszy i posuchy naukowej, jakimi życie umysłowe ówczesne się odznaczało i od razu zapisał się do owych dzielnych jednostek, co świętemu ogniovi wiedzy wygasać nie pozwalali. W roku 1847 wspólnie z HELBICHEM i LE BRUNEM zakłada pierwsze u nas tygodniowe czasopismo lekarskie polskie, p. t. „Tygodnik Lekarski“, zapomocą którego zaznajamia ogół lekarzy z najnowszymi zdobyczami wiedzy, rozbudza ruch naukowy wśród lekarzy, zachęca ich czynem i słowem do pracy samodzielnej i stworzył tym sposobem jedno z bardzo niewielu ognisk naukowych. Pismo to, które z nieustającym ani na chwilę zapałem redagował przez lat 22 i przeważnie własnymi pracami różne jego rubryki zapełniał, niosąc na pożytek nauki krajowej w barwnej i czystej szacie najnowsze wiedzy wyniki, nazawsze pozostanie niespożyta zasługą w rocznikach naszej nauki.

Imię NATANSONA, jako członka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zapisało się niezatartymi głoskami w dziejach tej Instytucji. Mało produkcyjna dotychczas działalność Towarzystwa, po wstąpieniu doń takich sił, jak: NATANSON, CHAŁUBIŃSKI, DYBEK, a następnie SZOKALSKI, szybko ożywiać się zaczęła; luźna wymiana zdań i pogadanki z praktyki ustąpiły miejsca ścisłym, naukowym spostrzeżeniom szpitalnym. Pełen zapału NATANSON od pierwszej chwili stanął w rzędzie najczynniejszych. Oprócz spraw czysto naukowych z najnowszych zdobyczy medycyny, jak: „Wyniki mikroskopowych badań błony krupowej“, „Bakteria we krwi w durzycy brzusznej i innych chorobach zakaźnych“, „O podskórnych wstrzykiwaniach w nerwobólach“ i wielu innych, poruszał cały szereg ważnych kwestyi higienicznych, dotyczących spraw szpitalnych, higieny mieszkań, rzemiosł i t. p., łącznie z bytem i rozwojem Towarzystwa związanych. Otwiera podwoje Towarzystwa dla aptekarzy; jest członkiem komitetu chorób epidemicznych; przyjmuje na siebie w roku 1857 redakcję uzupełnienia ustawy Towarzystwa, w którym wprowadza nowy urząd sekretarza stałego. W tymże czasie pisze projekt ustawy Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po nich pozostałych, której był jednym z inicjatorów i organizatorów. „Na pochwałę tej ustawy, mówi HELBICH, ówczesny prezes Towarzystwa, to tylko przytoczę, że jednomyślnie przez całe grono członków przyjęta została“.

Najpiękniejszą jednak kartę w dziejach Towarzystwa zapisał sobie NATANSON pracą swoją około uporządkowania słownictwa lekarskiego polskiego. W komitecie do przeprowadzenia tego dzieła NATANSON należał do najczynniejszych pracowników, wśród których chlubnie się odznaczył. W przewidywaniu otwarcia w roku 1857 oddawnej oczekiwanej akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie, tak obszerne do rozwoju nauk lekarskich w kraju naszym otwierającej pole, — a brak zupełny podręczników polskich poważną w tym względzie może stanowić przeszkodę, — z właściwym Mu zapałem i gorliwością, zabrał się do skreślenia: „Krótkiego rysu anatomii ciała ludzkiego“, który w r. 1858, t. j. w rok po otwarciu akademii drukiem ogłosił. W pracy tej ustalił słownictwo anatomiczne polskie, na którym dotychczas wszyscy się wzorujemy. Było to zadanie niezmiernie trudne, wymagające dużej znajomości rzeczy, trafności, bystrości i krytycznego sądu. Z opowiadania zgasłego przytem wiemy, że nieraz dla zdobycia jakiegoś terminu, jak np. trzustka (*pancreas*), odbywać musiał wycieczki do rzeźni miejskich, aby sobie z ust majstrów rzeźniczych potrzebną nazwę przyswoić.

Gorliwa i chlubna praca NATANSONA znalazła też uznanie wśród kolegów i społeczeństwa, przez powołanie Go w roku 1862 na prezesa Warszawskiego

Towarzystwa Lekarskiego, którą to godność piastował do roku 1865. Wcześniej jeszcze wybrany został członkiem Komisji do reorganizacji służby zdrowia w Królestwie Polskiem, jak również Rady wychowania, gdzie udziałem swoim również dowiódł wyjątkowej gorliwości i pracy, oraz światłego i wytrawnego sądu.

W dniu 6 marca 1893 r. w uznaniu zasług 50-letniej działalności lekarskiej i społecznej, Towarzystwo lekarskie wręczyło NATANSONOWI dyplom na Członka honorowego, a liczne grono lekarzy z najstarszymi i najzasłużeńszymi na czele uczciło Jubilatą biesiadą zbiorową.

Liczne zajęcia, rozległa praktyka nie zdołały odrywać NATANSONA do ostatniego prawie tchnienia od pracy piśmienniczej. Była ona najmielszą rozrywką, wypoczynkiem po pracy zawodowej. Niepodobna tu w tem dorywczem wspomnieniu wyliczyć, a tembardziej rozebrać licznych prac naukowych i literackich tego nieustrudzonego pracownika. „Słownik lekarzów polskich“ KOŚMIŃSKIEGO wymienia 80 przeszło tytułów prac z zakresu nauk lekarskich, przyrodniczych oraz treści filozoficznej; niektóre z nich są pierwszorzędnej wartości naukowej. W pracy: „O tonie mięśniowym“, 1860 r., NATANSON pierwszy wykazał istnienie tonu mięśniowego, a w artykule: „Przysłuch płynów połykanych“, 1864 roku, również pierwszy podał przyczynek do rozpoznawania zwężeń przełyku. W pracach: „Niektóre nowsze spostrzeżenia nad czynnościami nerwów“, 1856 r.; „Przyczynek do fizjologicznej dyagnostyki kurczów“ (tłumaczona na język niemiecki przez BERGSONA); „Krążenie krwi w mózgu. Mechanika snu“, 1883 r., — roztrząsa najzawilsze kwestye układu nerwowego.

Najważniejsze jednak prace NATANSONA należą do zakresu higieny, którą uprawiał ze szczególnem zamiłowaniem i pojmował w szerokiem bardzo znaczeniu wówczas, gdy ta część medycyny u nas zupełnie jeszcze leżała odlegiem. Bystry i lotny umysł NATANSONA zrozumiał, iż w niej tkwi źródło fizycznego i moralnego zdrowia oraz dobrobytu społeczeństwa.

W dziele: „Teorya jestestw idiodynamicznych“, 1883 r., NATANSON wstępuje na szerokie i zawile pole filozofii, na tory myśli transcendentalnej. Ze spekulacyjnych rozumowań, opartych jednak na ogólnych, przez naukę stwierdzonych faktach, autor wnioskuje, że objawy życia duchowego dadzą się podciągnąć pod ogólne prawa przyrody.

Wszystkie prace NATANSONA odznaczają się pięknym i wzorowym językiem. Był on prawdziwym mistrzem słowa, zarówno żywego, jak i pisanego, oraz jednym z najlepszych znawców języka naszego. Język Jego wytworny, płynny, pełen prostoty i barwności, zawsze będzie wzorem do naśladowania.

NATANSON szeroko i szczytnie pojmował powołanie lekarza. „Jako wybitna część inteligencji społeczeństwa, pisze, lekarze mają obowiązek przyjmować poważny udział w ogólnych jego sprawach. Niechże każdy lekarz, po za zajęciem zawodowem i po za niezbędnem zarabkowaniem, poświęca część swej pracy umysłowej, swojego czasu i mienia dla dobra publicznego“. Każda też myśl, każda praca, dobro społeczne mająca na celu, znalazły w Nim gorliwego orędownika. Działalność Jego nie ograniczała się na medycynie i higienie. Nazwisko NATANSONA spotykamy przy każdej prawie sprawie ogólnego znaczenia. Pod tym względem miasto nasze bardzo wiele Mu zawdzięcza. Przypominamy tylko: Muzeum Przemysłowe, Kasa MIANOWSKIEGO, Szkoła rzemiosł, Warsztaty rzemieślnicze, budowa gmachów dla celów publicznych i filantropijnych i Zarząd gminy izraelskiej, której przez ćwierć wieku, mądrze, sprężysto i z wielkim pożytkiem przewodniczył.

Szczególną troską NATANSONA była sprawa praktycznego wychowywania młodzieży, której bardzo wiele czasu, pracy i rozpraw poświęcił. Pierwszy u nas powo-

łał do życia szkołę rzemiosł i warsztaty rzemieślnicze. Pamiętne będą Jego rozumne słowa: że dziecko powinno się uczyć rzemiosła nie w terminie, lecz w szkole.

Ostatniem pomnikowem dziełem NATANSONA, zadaniem ostatnich lat życia, była budowa nowego wzorowego szpitala, którego powstanie jego inicjatywie, niezmordowanym zabiegom, studjom i bezprzykładnej pracy zawdzięczyć trzeba.

NATANSON był najlepszem uosobieniem maksymy, w ostatniej, przedśmiertnej swojej pracy¹⁾ wypowiedzianej: *Non solum medicus sed etiam civis sum, et nil a me civile alienum esse puto.*

Nie dotknęliśmy jeszcze znaczenia NATANSONA u nas na polu higieny publicznej. Wyręczy nas w tym względzie kompetentniejsze pióro Sz. kol. Stan. MARKIEWICZA, któremu tu miejsca ustępujemy.

„Zadanie lekarza nie kończy się w pracowni, przy łóżku chorego, przy stole sekcyjnym. Zaszczytną jest droga jego przez życie, gdy go po niej prowadzi zamięłowanie wiedzy.

Dla lekarza pole działania, w imię dobra publicznego, zawsze otwarte. Po za szranki, wytknięte wymaganiami nauki, którą szanuje, i sztuki, którą wykonywa, nie potrzebuje wykraczać, by codzień pełnić zadanie sługi publicznego, by co godzinę być krzewicielem prawd i wykonawcą zasad, stanowiących rzetelną podstawę pomyślności społeczeństwa.

I kierunek jego badań i zakres jego obserwacji i stosunek z tymi, którzy cierpią najbardziej wskutek wszelakich nędz społecznych, sprawiają, że lekarz musi być wciąż czynnym stróżem ochrony zdrowia, a zwłaszcza publicznej ochrony zdrowia.

Szczęśliwe społeczeństwa, których lekarze w szlachetnym zapale dla zdrowia publicznego znajdują skuteczny nakaz spełniania tych obowiązków.

Najdzielniejsi lekarze, bez względu na swą specjalność naukową, zwykli ze sposobności korzystać, by wyniki swych naukowych badań i lekarskiego doświadczenia spożytkowywać w sprawie publicznej ochrony zdrowia współobywateli. Nie dla porównań, lecz dla uwydatnienia myśli, którą wyrazić się staram, przypomnę GRIESINGER'a, torującego wespół z PFENCKOFFER'em i HIRSCH'em początkowe drogi profilaktyki przeciwchólerycznej; BILLROTH'a i ESMARCH'a, jako dzielnych pionierów publicznego ratownictwa; słynnego KUSSMAUL'a, jako popularyzatora korzyści powszechnego szczepienia ospy; AKSEL KEY'a, starającego się z badań antropometrycznych stworzyć podstawę fizycznej higieny dzieci i młodzieży. Wspomnę jeszcze sędziwego patryarchę fizyologa BRUECKE'go, który nie wahał się długoletnią, ściśle naukową działalność wieńczyć świeżo popularną higieną dzieci.

Przedewszystkiem jednak przypomnieć muszę rolę, jaką w dziedzinie publicznej ochrony zdrowia swego społeczeństwa odgrywał VIRCHOW. Komuż nie są znane przepełnione świętym zapałem, a zarazem znamienne trzeźwością naukową, wespół popularne prace tego olbrzyma wiedzy lekarskiej o chorobach szkolnych, o chorobach ludu, jego badania nad przyczynami tyfusu głodowego. Praca przy łóżku chorego, przy stole sekcyjnym, przy mikroskopie nie pozwoliła mu bynajmniej lekceważyć spraw bieżących, obchodzących w danej chwili ogół obywateli niemieckich, a nadewszystko mieszkańców miasta, w którym przebywa. I oto ku żdziwieniu, lecz i zbudowaniu opieszających lub lekceważących tego rodzaju sprawy, VIRCHOW bierze żywy udział w walce opinii o najstosowniejszą metodę asenizacji miast; jeden z pierwszych stawia na praktycznym gruncie kwestyę kanalizacji, rozbiera znaczenie zanieczyszczenia rzek i uwieńcza prace swe na polu

¹⁾ „Medycyna“ N. 8 r. b.

publicznej ochrony zdrowia, przyjmując na siebie redakcję znakomitego sprawozdania deputacyi miejskiej Berlina w sprawie asenizacyi tego miasta. Na tych wspomnieniach kończę. Świadczą one, że lekarze, których imiona świecą nam blaskiem gwiazd pierwszorzędných na polu nauki i praktyki lekarskiej, poczytywali sobie za zaszczyt przykładać rękę do rozwiązywania praktycznych zagadnień higieny.

Role stróżów w publicznej ochronie zdrowia, stróżów dobrowolnych, przyjmują na siebie dziś tysiące lekarzy-praktyków we Francyi, w Anglii i w Niemczech.

Do dających się jednak zniechęcać na tem polu społecznej działalności lekarskiej u nas NATANSON od początku swej kariery lekarza-praktyka nie należał ani na chwilę i zniechęcić się już nie dał do końca.

Dla NATANSONA działalność społeczno-lekarska, apostołstwo higieniczne i technika asenizacyjna, były wewnętrzną potrzebą.

Tak jest, były potrzebą nietylko jego krytycznego umysłu lekarza-przyrodnika, ale, co najważniejsza, były potrzebą jego serca, serca, które gorąco pożądało tego wszystkiego, co zapewnić może zdrowie i zdolność do pracy współobywateli.

Dawno, bo już 36 lat temu, NATANSON wśród licznych zajęć praktyka żywy zaczyna brać udział w sprawach, dotyczących medycyny publicznej naszego miasta.

Spotykamy go w liczbie uczestników komisji, obradującej nad reorganizacją służby zdrowia w Królestwie Polskiem.

Prawie w tymże czasie staje na czele zarządu gminy izraelskiej w naszym mieście i tu systematycznie przeprowadza melioracye higieniczne w zakładach i instytucjach, w zakres tego zarządu wchodzących, a szczególnie z zapałem i ze znajomością rzeczy opartych na spostrzeżeniach, robionych zagranicą, stara się ulepszać miejscowe urządzenia szpitalne.

W piśmiennictwie lekarskiem jeszcze wcześniej występuje NATANSON jako praktyczny higienista. Oto już w roku 1848, a więc 48 lat temu, pisze o wpływie pokarmów na zdrowie w ogólności i na szerzenie się chorób epidemicznych.

Jeden z pierwszych łamie lody obojętności, z jaką traktowaną była przed 33 laty jeszcze sprawa asenizacyi Warszawy, i oto w roku 1866 czytamy doskonale skreślony przez Niego obraz higieny naszego miasta.

W tymże czasie w założonym przez siebie już w roku 1847 „Tygodniku Lekarskim“ zaczyna zestawiać obraz epidemiologiczny Królestwa Polskiego, wciągawszy do tej roboty odezwami i kwestyonaryuszami kilkudziesięciu lekarzy w całym kraju.

W roku 1879 dżuma na wschodnich kresach budzi popłoch w całej Europie, i u nas niezawodnie najzupełniej usprawiedliwione obawy. NATANSON staje nieomal na czele akcji zapobiegawczej, w jego mieszkaniu odbywają się wszystkie zebrania lekarzy, techników i obywateli, zasiadających w komisji, wybranej przez podkomitet obywatelski; On najenergiczniej uwydatnia wymagania postępowej higieny, wbrew uporczywej opozycji nieświadomych i zacofanych. W ciągu przeszło dwóch lat bez przerwy jest czynny w naradach, komisjach, redakcyi sprawozdań. A pamiętajmy, że działalność NATANSONA i jego towarzyszy z owej epoki stanowi okres przełomowy w dziejach asenizacyi naszego miasta, stanowi, powiem bez wahania, zwrot w dziejach kultury naszego społeczeństwa, które zaczęło wzorem społeczeństw zachodnich stawiać sprawę publicznej ochrony zdrowia w pierwszym szeregu żywotnych spraw społecznych.

W tym to również czasie powszechnego ożywienia dla spraw higieny, powstał Komitet higieniczny w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem. I tu NATANSON niemal bez przerwy był czynnym, najczęściej w charakterze przewodni-

czącego. W Komitecie toczyły się wielokrotnie rozprawy, których wyniki, mimo nieurzędowego charakteru tego grona, znalazły lub znajdą wkrótce wyraz w rozmaitych naszych urządzeniach higienicznych, a szczególnie w naszej technice szpitalnej.

Zbliżam się w mym pobieżnym przeglądzie do chwil nam bliższych.

Z inicjatywy NATANSONA w r. 1893 uorganizował się komitet obywatelski, mający na celu spożytkować w celach publicznej ochrony zdrowia ofiarność miasta, w przewidywaniu cholery i w razie jej wybuchu.

Szereg usiłowań na polu swej publiczno-lekarskiej działalności uwieńczył NATANSON wydaniem obszernego dzieła, zatytułowanego „Higieną praktyczną”, dzieła, które na długi czas dla ogółu światlejszej publiczności naszej pozostanie doskonałym przewodnikiem i doradcą.

Wymieniłem w powyższem niektóre z zasług NATANSONA jako gorliwego stróża publicznej ochrony zdrowia. Niezmordowany, pełen zapału lekarz higienista, okazywał niemniejszą gorliwość na innych polach działalności obywatelskiej, że tu wspomnę tylko udział jego w pracach Rady wychowania z r. 1861 i doprowadzenie w 1879 do skutku ulubionego projektu szkoły rzemiosł.

Z tego, com powiedział, okazuje się, że od lat 48 NATANSON bez żadnej przerwy, mimo licznych zajęć lekarza oddanego praktyce, nie przestawał się troszczyć o warunki sanitarne swego rodzinnego kraju i miasta. Ci zaś, którzy bliżej się tej działalności jego przyglądali, wiedzą, że troska to była nie formalna tylko, ale troska, pełna świętego ognia, troska prawego serca.

Zawsze stawał gotów do nowej walki z uprzedzeniami, z zacofaniem, z bezduszną formalistyką, z objętością. U nas więcej, niż gdzieindziej, potrzebuje higiena takich wyznawców, takich apostołów i takich bojowników. Tacy tylko do izby robotnika i do chaty wieśniaka wniosą nie tylko pociechę i pomoc w chwili choroby, ale i zadatek zdrowia na przyszłość, tacy rozbudzą wśród sfer mieszczaństwa zapal do cywilizowanych form życia i życie to uczynią dłuższem, piękniejszym i miłszem; tacy pchną sfery zamożne ku racjonalnym, a skutecznym formom filantropii.

Obyśmy takich lekarzy mieli jaknajwięcej, aby działalność ich rozwijać się mogła bez przeszkód, aby stawali się wzorem i zachętą dla następców, aby coraz mniej byli wyjątkiem, a coraz więcej powszechnem zjawiskiem“.

J. Sz wajcer.

Przyczynek do etyologii przetok żółciowych,

i

kilka słów o przetokach żółciowych samoistnych.

Napisał **D-r IGNACY GRUNDZACH.**

W czerwcu 1894-go roku wezwany zostałem do chorego p. B., z zawodu krawca, 63 letniego mężczyzny, z powodu silnych bólów brzucha, jakie chorego trapiły.

Chory, pochodzący z rodziny skłonnej do cierpień natury podagrycznej, opowiedział mi, że przed trzema dniami dostał napadu silnych bólów w dołku i prawem podżebrzu, bóle te przechodziły ku tyłowi i opasywały chorego przeważnie

po stronie prawej. Bóle te nie pierwszy raz się zjawiają; owszem od czasu do czasu w ciągu ostatnich lat 5—6-ciu miewa chory bóle, trwające krócej lub dłużej, nigdy wszakże dłużej niż kilka godzin. Żółtaczkę nie bywa, jednakże podczas i po napadzie mocz bywa ciemny, „jak piwo owsiane“, powstaje w nim wkrótce po oddaniu osad „tartej cegły“ w ogromnej nieraz ilości, a swędzenie skóry bywa wówczas bardzo dolegliwe i trwa z mniejszym lub większym natężeniem dni kilka conajwyżej. Bóle te znikają zwykle odrazu i chory wraca do zwykłych pokarmów i zajęć zwykłych. Chory prowadzi tryb życia sedentaryjny i nadużywa napojów wysokowych (naczczo np. pije wódkę i koniak) od dłuższego czasu. Tak silnego napadu bólów, które już od trzech dni trwają bezustannie, pomimo leżenia, okładów gorących, makowca i t. d., chory dotąd nigdy nie przechodził. Oprócz bólów chory skarży się na to, że kilkakrotnie w ciągu tych dni kilku miał żółciowe wymioty z domieszką krwi.

Chory, mężczyzna niski, krępy i tęgi, z dużym brzuchem, którego warstwę bardzo pokaźną stanowi podściółka tłuszczowa, na pierwszy rzut oka robi wrażenie mocno cierpiącego: wyraz twarzy niespokojny, maluje ból dotkliwy, ruchy ciała ograniczone, ale niespokojne, obfity pot kroplisty na całym ciele, zarumienienie skóry (ginące pod palcem), oddech krótki i przyspieszony — uderzają nas przede wszystkim.

Badanie wykrywa: język suchy, grubą warstwą obłożony, białkówki wyraźnie żółtzone, zabarwienie czoła zlekka żółtawe, na tułowiu i kończynach zabarwienie mniej wyraźne; dołek mocno wypukłony.

Tętno pełne, obie tętnice promieniowe z trudnością ucisnąć się dają, ściany ich są twarde, ilość uderzeń 84 na minutę, oddechów przeszło 40. C. 39,4°. Tętnice skroniowe wężkowato zgięte, twarde. Tętno serca czyste, lecz słabe u wierzchołka. Granice tępości serca niezmienione. W płucach nic nieprawidłowego, oprócz lekkiej rozedmy. Okolice dołka przy ucisku bolesne, co w wysokim stopniu utrudnia szczegółowe badanie. Ściany brzucha, z powodu bólu napięte, nie pozwalają na zbadanie dokładne dolnego brzegu wątroby zapomocą obmacywania. Opukiwanie daje odgłos przytępiony, dochodzący do linii poprzecznej pępkowej, tak, że tępość ta stanowi pas, zajmujący podżebrze prawe, całą okolicę dołka, okolicę nadpępkową i przechodzący na lewo od pępka powoli ku górze; na lewo od pasa tego mamy odgłos bębniasty. Mocniejsze nieco opukiwanie wywołuje już ból dotkliwy. W kierunku ku górze tępość wątroby dochodzi do 5-go żebra na linii sutkowej prawej. Mocz wzięto do badania. Zaleciłem choremu spokój, zimne napoje w małych a częstych dawkach (mleko zimne), synapizma na dołek i makowiec w częstych i dużych dawkach.

5-ty dzień choroby. Mocz przedstawia cechy moczu żółtaczkowego. Ciężar gatunkowy wynosi 1030 (ilość moczu niewielka), barwa czerwono-brunatna, piana mocno żółta, gęsta i nieznikająca, osad moczanowy bardzo obfity. Ślady białka dość duże, wałeczków nie znaleziono; barwniki żółciowe w obfitej ilości.

Chory tego dnia ma mniejsze nieco dolegliwości podmiotowe, żółtaczka powiększa się znacznie, skóra rąk, piersi i brzucha jest już wyraźnie żółta, zjawia się swędzenie skóry. Ciężota trzyma się w granicach 38—39,2° bez wyraźnego typu. Tętno pełne, twarde, oddechów 30 na minutę. Chory miał silny dreszcz, poczem nastąpiły obfite poty. Ściany brzucha naprężone, tępość trzyma się granic poprzednich, bolesność okolicy dołka i pępka budzi mocne podejrzenie zajęcia otrzewny sprawą chorobową. Rozpoznanie cierpienia u chorego, u którego stwierdzono takie dane, jak: *vita sedentaria*, *abusus in Baccho*, *habitus arthriticus*, *arteriosclerosis*, *obesitas*, wobec wyraźnej w wywiadach kamicy żółciowej, waha się pomiędzy: zapaleniem pęcherzyka ropnem (*cholecystitis purulenta*), ograniczonym zapaleniem otrzewny w okolicy pęcherzyka, białowcem wątroby, zatłkaniem przewodu żółciowego wspólnego wraz z następczym zakażeniem ropnem i znacznym przekrwieniem wątroby i t. d. Wobec mniejszych nieco bólów a braku stolca od dni czterech (wlewania do kiszki wody i oliwy ciepłej pozostały bez skutku), zaleciłem kalomel w dwóch dużych dawkach, a następnie olej rącznikowy.

6-ty dzień choroby. Dowiedziałem się, że w kilka godzin po przyjęciu kalomelu i rycyny, chory miał kilka tak obfitych wypróżnień płynnych, że omal nie omdlał wkrótce po oddaniu tych wypróżnień. Otaczający chorego (ludzie dość inteligentni) utrzymują, że chory oddał około 2 litrów „materii z krwią zmieszanej“.

Pół litra przysłano mi tego dnia do zbadania, niezwykła bowiem ta zawartość zwróciła uwagę otoczenia. Chory utrzymuje, że czuł w pewnej chwili przy oddawaniu stolca silny ból i rozpieranie w otworze stolcowym, „jakby coś twardego i dużego przez otwór przechodziło”, przedmiotu tego jednak nie widział, a w przysłanej zawartości odnaleźć go niestety nie mogłem. Ciężota ciała po oddaniu owych wypróżnień spadła do 36,8° (wieczorem), oddech stał się swobodniejszy, tętno około 80 na minutę. Nazajutrz po oddaniu owych wypróżnień chory pozwala dotykać się okolicy dołka i wątroby: okolica dołka (poprzednio wypukłona) zapadnięta jest bardzo wyraźnie, niebolesna, daje przy opukiwaniu na miejscu dawnego stłumienia wszędzie odgłos żółdkowo-kiszkowy, bębniasty, a brzeg przedni wątroby, z powodu braku naprężenia ściany brzusznej, daje się dokładnie wymacać na całej niemal przestrzeni: jest on twardy, ostry, bolesny w chwili, gdy przesuwamy ponad nim brzusce palców. Dolna granica wątroby znajduje się na dwa poprzeczne palce powyżej linii pępkowej poprzecznej (na przestrzeni linii sutkowej) i powoli podnosi się w kierunku na lewo. Górna granica wątroby znajduje się na 5-em żebrze (na linii sutkowej prawej). Od tyłu granice niezmienione.

Mocz posiada kolor jaśniejszy, choć żółtaczkowy (piana żółta). Skóra i białkówki słabiej są zabarwione. Chory czuje się rzeświejszy, ma więcej sił, podnosi się nawet na łóżku. Łaknienia jeszcze niema, język obłożony grubym osadem (żółtawym), jakkolwiek bywa on codziennie zeskrobywany, a usta często przepłukiwane. Smak — gorzki. Zalecono: staranną higienę jamy ustnej, zimne mleko w częstych, a niewielkich dawkach (do dwóch litrów dziennie), wodę Vichy sztuczną ogrzewaną (3 razy dziennie), a na okolicę wątroby weżykatory.

7-my dzień choroby. Badanie przysłanych wypróżnień: Zapach prawie żaden. Barwa ciemno-żółta, gdzieniegdzie czerwona (smugi świeżej krwi). Konsystencja gęstej śmietany. Odczyn alkaliczny. Pod drobnowidzem: ziarna barwnikowe żółte i brązowe, czerwone ciążki krwi, ciążki ropne bardzo liczne przeważają w polu drobnowidzowym, nieco krótkich laseczników i kokków, rozpad drobnozłaznisty. Badanie chemiczne wykrywa obecność cholesteroliny, barwników żółciowych i kwasów żółciowych. Słowem, jest to ropa z żółcią i krwią zmieszana. Wobec tego, że wypróżnienia te składały się z żółci, ropy i krwi, przypisywać należy pewną wagę relacji chorego co do owego zagadkowego ciała obcego w przejściu przez otwór stolcowy. Jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że był to kamień żółciowy, tembardziej, że chory opowiedział o tem wcale niezapytywany i bardzo zdziwiony tem, co by to takiego być mogło. Chory tego dnia i kilka następnych dni oddaje obok płynnej zawartości, krwią zabarwionej, a podobnej do opisanej powyżej, kał dobrze uformowany, barwy blade-żółtej (duże i grube cylindry kałowe, jakie zazwyczaj chorzy oddają przy dyecie mlecznej). Ilość wydalonej ropy i żółci maleje z dnia na dzień i wkrótce ustaje zupełnie. Chory powrócił do zupełnego zdrowia dopiero po czterech tygodniach od początku choroby.

Chory w rok potem miał znowu silny napad kolki z żółtaczką, zakończony we dwa dni pomyślnie; badał go zemną wówczas kol. KNASTER, a 20 kwietnia 1896 r. badałem chorego po raz ostatni: wątroba powiększona, nieco bolesna, szczególnie w okolicy pęcherzyka, którego zresztą wyczuć nie mogłem; żadnych innych złożeń zauważyć nie można. Łaknienie, tusza, siła i zdolność do pracy zupełnie zachowane.

Jeżeli zwrócimy uwagę na wymioty, przebieg cierpienia i badanie moczu i wypróżnień, przyjść musimy do wniosku, że w przypadku moim miałem do czynienia z wytworzeniem się ropnia w okolicy pęcherzyka żółciowego; sprawa chorobowa szerzyła się w rozmaitych kierunkach, w części przeszła na przewody żółciowe (żółtaczką), w części zaś posuwała się ku dołowi wskutek ciężaru, jaki wywierała zawartość ograniczonego ropnia otrzewny, stanowiącego razem z jamą pęcherzyka t. zw. wspólną kloakę pęcherzykowo-otrzewną. W dalszym przebiegu wytworzył się zrost z okrężnicą, przeżarcie jej i wylanie zawartości kloaki do okrężnicy i wydalanie tej zawartości przez otwór stolcowy (wraz z przypuszczalnym kamieniem). Sprawa ta z wysokim prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością wobec rzadkości innego rodzaju owrzodzeń pęcherzyka i dalszego przebiegu życia chorego (pomyślnego zejścia cierpienia), jest pochodzenia kamicowego i powinna byłaby być uważaną za taką nawet bez najbliższej wzmianki chorego o kamieniu. Można by jeszcze podejrzewać ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego,

które doszło do znacznych rozmiarów, a następnie otworzyło się do okrężnicy. Więcej wszakże danych przemawia za pierwszym przypuszczeniem, nie mieliśmy bowiem guza chelboczącego, odpowiadającego pęcherzykowi i dającego się ograniczyć, ale raczej pas stłumienia, szerzący się bardziej na lewo. Pomimo to wyłączyć tej możliwości niepodobna, wiemy bowiem, że rozpoznawanie tych spraw przy łóżku chorego napotyka wielkie nieraz trudności, a najkunsztowniej zbudowane rozpoznania częstokroć kruszą się za dotknięciem skalpela.

*

*

*

Przypadek przetoki żółciowej skórnej samoistnej, pokrótce tutaj opisany, znany mi dzięki uprzejmości kol. A. SPIELREJNA, spostrzegany był w roku 1893-im przez kol. S., który łaskawie udzielił mi pewnych co do niego danych, jakie poniżej przytaczam.

Chora S. lat 34 wówczas mająca, średnio odżywiona, wieloródka, w chwili badania opowiada, że przed dwoma laty miała częste napady bólów w prawej połowie brzucha, podczas których tamże na wysokości pępka wypinał się guz wielkości małego jabłka, dla chorej wyczuwalny. Później guz ten stał się stacjonarnym, a bóle powtarzały się jak dawniej. Chorą badano wielokrotnie w ambulatoriach szpitalnych, stwierdzano obecność guza, ale o charakterze jego nic chorej nie mówiono.

Badając, znalazł kol. SPIELREJN co następuje: Stan bezgorączkowy; o ile się zdaje, gorączki wogóle nie było. W narządach wewnętrznych zbroczeń żadnych niema. W prawej połowie brzucha na wysokości pępka, pomiędzy nim a kołcem biodrowym górnym prawym, widzi się i wyczuwa guz okrągławy, konsystencji twardej, bez chelbotania, wielkości dużej pomarańczy. Zarzys guza wyraźnie wyczuwać się dają po stronie prawej, lewej i dolnej. Przy głębokiem uciśnięciu palcami udaje się obejść i część tylnej powierzchni guza, która wszędzie jest gładka. Tylko górny brzeg guza ograniczyć się nie daje, guz bowiem u góry wydłuża się i w postaci mniej wyraźnie wyczuwalnego cylindra, grubości dwóch palców poprzecznych, ciągnie się wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego (brzucha). Ku górze i w głębi ginie poza mięśniem i dolnym brzegiem wątroby. Guz był zupełnie przyrośnięty do ściany brzusznej i dawał się przesuwac w prawą i lewą stronę o tyle, o ile przytem ściany brzucha się przesunęły; w górę i na dół nie można go było posunąć. Wątroba była powiększona. Dolna jej granica znajdowała się na trzy poprzeczne palce niżej łuku żebrowego, na linii sutkowej prawej. Brzegi wątroby dość cienkie, twarde.

Z jednej strony powierzchowne położenie guza, który zdawał się należeć do ściany brzusznej, prawie kulisty kształt jego, brak chelbotania i twarda konsystencja, z drugiej—owo wydłużenie cylindryczne, które ginęło w jamie brzusznej ponad wątrobą i poza mięśniem prostym brzucha, uczyniły na razie rozpoznanie niepewnem, bardzo trudnem. Chorej zalecono kąpiele, bandaże brzuszny, okłady i zamierzono pilnie śledzić rozwój sprawy chorobowej. Po upływie kilku miesięcy chora znowu przybyła do kol. S. z dwiema, wówczas już istniejącemi, przetokami ściany brzusznej. Na połowie przestrzeni między pępkiem a spojeniem łonowem i na 1 ctm. na prawo od linii środkowej ciała znajdował się w ścianach brzusznych mały otwór, a nieco niżej, na $1\frac{1}{2}$ ctm. nazewnątrz od niego, drugi mały otwór; przez obydwa te otwory obficie wydobywał się gęsty, białawy śluz. Z biegiem czasu przez większą przetokę zaczęły ukazywać się razem ze śluzem brunatne skorupki, jakby warstewki lekko wklęsłe, a łatwo się kruszące. Skorupki owe bywały średnio wielkości 1 ctm., a badanie chemiczne, wykonane łaskawie przez kol. MAXZŁA, wykryło w nich części składowe żółci. Spostrzeganie chorej w tym nowym okresie cierpienia trwało przeszło trzy miesiące. Skorupki i śluz wydzielaly się stale. Guz zmniejszył się do połowy, przybrał postać gruszkowatą. Wydłużenie cylindryczne, idące ku górze, uwydatniło się lepiej, chociaż nie w takim stopniu, aby można było zbadać stosunek jego do wątroby. Bóle zupełnie ustały. Stan ogólny pomimo utraty soków niezły, bezgorączkowy. Wówczas badałem chorą wspólnie z kol. FUNKIEM i SPIELREJNEM. Wkrótce potem chora przestała się pokazywać. Dowiedziałem się, że chora do dnia dzisiejszego posiada owe przetoki. Kol.

SPIELREJN w dniu 23 maja r. b. czyli w 3 lata po pierwszym badaniu stwierdził istnienie przetok żółciowych u chorej i znowu udzielił mi danych co do dalszego przebiegu cierpienia.

Chora zaszła w ciążę w początku 1894 roku. Pierwsze miesiące ciąży były znośne. W piątym miesiącu przetoki się zamknęły, bóle ustały i wydzieliny żadnej z przetok nie było. W ósmym miesiącu znów powstały bóle w okolicy dołka i prawego podżebrza, szczególnie dotkliwe przy ruchach płodu. Płód leżał w lewej części jamy brzusznej i mocno wypinał ku przodowi część odpowiednią ścian brzusznej w postaci dużego guza. Bóle zmusiły chorą do spędzenia reszty ciąży w łóżku. Poród odbył się szczęśliwie; dziecko żyje i jest dotychczas przez matkę karmione. Po porodzie bóle i ściskania ustały, przetoki pozostały zamknięte. Stan ogólny chorej nie przedstawiał nic do życzenia w przeciągu całego roku.

W styczniu r. b. pojawił się znowu gwałtowny napad bólu, który rozpoczął się w podbrzuszu, połączony był z wydymaniem, lecz bez wypróżnień, następnie przeniósł się do okolicy dołka, przyczem ani nudności ani wymiotów nie było. Napad ten trwał kilkanaście godzin. W czasie napadu chora zauważyła, że przetoki uwydatniły się nazewnątrz, zaogniły się i były bolesne na dotyk. W dwa dni później przetoki otworzyły się, wydzielając ropę z domieszką krwi. Po upływie dni kilku ostry okres minął i z przetok począł się wydzielać białawy, gęsty śluz, czasami z domieszką ropy, a jeszcze rzadziej z domieszką ciemnozielonej wydzieliny bezpostaciowej. Napady bólów, trwających około 15 minut, powtarzają się co 4—5 tygodni.

Chora jest nieco bledsza i cokolwiek chudsza, niż przed 3-ma laty. Stan jej ogólny wogóle jest zadawalający. W płucach i sercu nie dostrzeżono żadnych zбоceń, w trawieniu żadnych zaburzeń. Rozmiary żołądka prawidłowe. Górna granica wątroby na linii sutkowej prawej znajduje się na szóstym żebrze.

Wątroba przy wdechu przesuwalna, dolny jej brzeg słabo się wyczuwa na dwa palce poprzeczne pod łukiem żebrowym. Obydwa otwory znajdują się na tem samem miejscu, pokryte ziarniną. Przez obydwie otwory sączy się gęstawy, białawy, śluzo-ropiasty płyn. Otwory te prowadzą do kanału o ścianach mięsistych, odpornych, grubości dwóch poprzecznych palców. Kanał ten biegnie ku górze pod mięsień prosty brzucha prawy i ginie w głębi pod wątrobą. Tu się zatracą, nie można go głębiej wyczuć i zbadać stosunek jego do wątroby.

Ostatnimi czasy spostrzegano u nas kilka przypadków, mających bliżki związek ze sprawą przetok żółciowych samoistnych skórnych. W roku 1893 opisał tego rodzaju przypadek Fr. JAWDYŃSKI, o czem w innem miejscu jeszcze wspomnę. Na posiedzeniu Tow. Lek. w dniu 18 lutego r. b. przypomniał kol. STANKIEWICZ przypadek torbieli ściany brzusznej, jaki rok przedtem demonstrował. Torbiel wycięto i uznano po zbadaniu jako mięsak ¹⁾. Chora zjawiała się w grudniu r. z. „skarżąc się, że od czasu wyjazdu otwór w bliźnie nie zamknął się; że ciągle wydobywał się zeń płyn blade, kleisty. Mówca znalazł w środku blizny otwór, idący wgląd ku górze i ku wewnątrz jamy brzusznej. Nie wątpiąc, że ma do czynienia z otworem, komunikującym z jamą brzuszną, S. rozszerzył ranę i doszedł aż do otrzewnej, lecz na otwór, prowadzący głębiej, natrafić nie mógł. Następnego dnia znów zaczął poszukiwania i znalazł nareszcie otwór, prowadzący wewnątrz i ku górze. Z otworu tego sączył się wspomniany powyżej płyn. Pierwotnie sądził mówca, że ma do czynienia z torbielą trzustki, zewnętrzną część której usunął, głębiej zaś leżąca pozostała nietkniętą i daje obecnie wyciek swej zawartości. Badanie płynu przekonało jednak S., że płyn ów nie pochodzi z trzustki i dlatego zaczął szukać innej drogi. Rozszerzając otwór, przy badaniu zgłębnikiem wyczuł obecność kamienia. Po uśpieniu chorej wydobył S. kamień, złożony z cholesteryny, odznaczający się niezwykle białością i kulistym kształtem.

¹⁾ Sprawozdanie z posiedzeń Tow. Lek. Warsz. Medycyna N. 10 i 14.

Badając jamę, w której się znajdował kamień, zapomocą palca przekonał się, że ściana przednia zrośnięta jest ze ścianą brzuszną, ku górze zaś kanał zwęża się tak znacznie, że zgłębnik może być tylko wsunięty na głębokość dwu ctm. Wobec powyższych danych kol. S. sądzi, że kamień w pęcherzyku żółciowym był przyczyną bólów, na które cierpiała chora przed dwoma laty, prawdopodobnie wskutek zatkania przewodu (*d. cysticus*), następnie wskutek niewiadomych przyczyn nastąpiło zrośnięcie rozdętego pęcherzyka ze ścianą brzuszną i przedziurawienie miejsca zrośniętego, skąd zawartość pęcherzyka powoli utorowała sobie drogę przez ściany brzuszne pod skórę, gdzie utworzyło się coś w rodzaju torbieli, komunikującej z pęcherzykiem żółciowym zapomocą nadzwyczaj wąskiej przetoki. Na posiedzeniu Tow. Lek. w dniu 3 marca r. b. prowadzono w tej sprawie ożywioną dyskusję, w której prof. BODOWSKI uzasadniał rozpoznanie mięsaka, kol. JASIŃSKI dowodził, że podczas operacji torbieli mógł ulec pęcherzyk uszkodzeniu i wytworzyła się przetoka, prof. KOSIŃSKI zaś i koledzy: STANKIEWICZ, SZTEYNER i piszący te słowa uzasadniali istnienie od początku sprawy pochodzenia kamicowego, a kol. WOŁKOWICZ żądał dalszej obserwacji.

Ciekawy ten przypadek w zestawieniu z naszym dowodzi, jaka różnaitość panuje co do formy i treści owego guza lub torbieli ściany brzusznej pochodzenia kamicowego.

Weźmy znowu przypadek kol. NEUGEBAUERA. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 21 kwietnia r. b. przedstawił kol. N. 5 kamieni żółciowych, wydobytych z jamy ropnia ściany brzusznej, który zajmował okolice podbrzuszną prawą, wystając nieco do śródbrzusza. Chora 56-letnia L. utrzymywała, że od 4 miesięcy zauważyła „guz na brzuchu“. Na żółtaczkę i bóle nie cierpiała. Kol. NEUGEBAUER stwierdził u chorej (na swoim oddziale) wyraźne chęłbotanie i skórę zapalnie zmienioną, ścięczała tak, że wkrótce nastąpiłoby otwarcie samoistne z wylaniem ropy. Dno ropnia nie sięgało listka otrzewny. Podczas operacji kamieni nie znaleziono, później nieco (bo w dni kilka) zaczęły się pokazywać kamienie i od 8-go dnia po otwarciu ropnia do 20-go dnia wyszło 15 kamieni kształtu sześciennego, błyszczących, białżółtawych, prawie jednakowej wielkości (małych). Szczegółów tych łaskawie udzielił mi ustnie kol. NEUGEBAUER. Nie ulega wątpliwości, że bez interwencji chirurgicznej w dni kilka wytworzyłaby się w tym przypadku przetoka żółciowa skórna samoistnie.

(D. n.).

ZE SZPITALA MAŁŻ. POZNAŃSKICH W ŁODZI.

O leczeniu krztuśca sublimatem,

podał **St. Gutentag.**

(Dokończenie.—Zob. N. 25).

Wyniki moich spostrzeżeń są następujące:

- 1) Poprawę pod względem częstości napadów kaszlu spostrzegaliśmy 11 razy na 26 przypadków; niekiedy poprawa była bardzo znaczna, bo na przykład, ilość napadów spadała z 60 na 26, z 50 na 14,

z 45 na 22, z 16 na 8 i t. d., i to po dwukrotnem, a najdalej trzykrotnem użyciu sublimatu.

2) Co do wpływu sublimatu na charakter kaszlu, to poprawa została zaznaczona 7 razy z pośród owej liczby 26 przypadków, i to po dwu-trzykrotnem użyciu sublimatu; napady kaszlu stawały się łagodniejsze, krótsze; w trzech przypadkach *stadium convulsivum* znikło zupełnie po pięcio-sześciokrotnem użyciu sublimatu.

3) Zmniejszenie się ilości wymiotów stwierdziłem 5 razy, zupełne zaś ustanie wymiotów w czterech przypadkach z owych pięciu.

Z zestawienia tego widać, że stosunkowo najwybitniej działa sublimat na zmniejszenie się ilości napadów: z 26 przypadków — w 11-tu czyli w 42%, i to niekiedy w sposób bardzo widoczny. Punkt ten zasługuje na uwagę, bo usuwając ilość dobową napadów kaszlu, usuwamy poczęści ten szkodliwy wpływ, jaki krztusiec wywiera na płuca. W drugim rzędzie działa sublimat łagodząco w niektórych przypadkach (7 razy na 26 — co stanowi 27%) na sam charakter kaszlu, a nasilenie oddzielnego napadu kaszlu nie jest obojętne dla chorego. Najślabszy wpływ wywiera sublimat na zmniejszanie się ilości wymiotów, bo 5 razy na 26 przypadków, co wynosi 19,2%.

Dotychczas zastanawialiśmy się nad tem, jaki wpływ wywiera sublimat na każdy z owych trzech, i to tylko z osobna wziętych, głównych objawów krztusca t. j. na ilość napadów kaszlu, charakter kaszlu oraz ilość wymiotów. Ten tylko środek zasługuje na miano skutecznego przy krztuscu, który działa dodatnio na wszystkie trzy powyżej wymienione objawy, a przynajmniej na dwa z nich, to jest powinien zmniejszać ilość napadów kaszlu i łagodzić sam charakter kaszlu, albo też zmniejszać ilość napadów kaszlu i ilość wymiotów i t. d., nie mówiąc już o tem, że powinien skracać przebieg choroby.

Takich właśnie przypadków naliczyłem 9 z pośród 26, co wynosi 34,6%, a mianowicie: w pięciu razach poprawa była widoczna pod trzema powyższymi względami, w czterech zaś razach pod dwoma tylko.

Pozostaje nam teraz wykazać, jaki wpływ wywiera sublimat na długość choroby. Jest to zadanie dość trudne, a to z powodów wyżej wymienionych; postaramy się jednak i tę sprawę wyświecić. Spostrzeżeń przeprowadziliśmy 26; z tej liczby 9 razy sublimat pod niektórymi względami działał dodatnio; pozostaje więc spostrzeżeń 17, w których, pomimo systematycznego stosowania środka, wszystkie objawy chorobowe stopniowo się wzmacniały. Z tych to 17-tu ujemnych przypadków zasługują na uwagę cztery, które spostrzegałem przez czas dłuższy — bo dwa i trzy miesiące, — a w których krztusiec wciąż trwał pomimo leczenia. U dwóch z tych chorych stosowałem sublimat dwa razy, w początkowym i środkowym okresie choroby, bez poprawy. U jednego z nich w 9-ym tygodniu choroby rozwinęło się zrazowe zapalenie płuc. Jeden znów z chorych, u którego krztusiec trwał przeszło dwa miesiące, przechodził leczenie trzy razy: w początkowym, środkowym i końcowym okresie — bez najmniejszego skutku. We wszystkich więc tych 17 przypadkach o krótszem nad normę trwaniu koklusu i mowy być nie może. Gdy zaś do tej ilości dodamy owe trzy z liczby dodatnich, w których nastąpiło pogorszenie, to okaże się, że na 26 przypadków przynajmniej w 20-tu czas trwania choroby nie został skrócony, wpływ więc sublimatu na czas trwania krztusca w najlepszym razie — jest bardzo słaby.

Na przebieg leczenia nie ma wpływu okres choroby, w jakim rozpoczynamy leczenie. Mamy 5 przypadków, w których leczenie rozpoczęto w okresie

początkowym — siódmego, ósmego dnia— i to bez najmniejszego wyniku dodatniego. Że okres choroby nie wpływa na wynik leczenia, wnioskować należy także z tego, że otrzymujemy dobre wyniki w takich przypadkach, w których leczenie zaczęto i w okresie późniejszym: po upływie dwóch tygodni (2 przypadki), trzech tygodni (2 przypadki), a nawet czterech tygodni (1 przypadek). By uchronić się od zarzutu, że poprawa po czterotygodniowym trwaniu krztuśca mogła nastąpić niezależnie od leczenia, nadmienię, że w chwili rozpoczęcia leczenia dziecko kasłało dziennie przeszło 20 razy, w nocy jeszcze częściej, tak, że sypiać wcale nie mogło; *stadium convulsivum* silnie było wyrażone, wymioty powtarzały się kilka razy dziennie. Po dwu- trzykrotnem zastosowaniu sublimatu kaszel powtarzał się 4 razy dziennie, w nocy dwa razy, bez zanoszenia się i wymiotów.

Nakoniec zaznaczę, że miałem dwóch chorych, u których rozpoznanie byłem w stanie dokonać, opierając się przeważnie na tem, że jedno z rodzeństwa przechodziło wtedy krztusiec. U tych dwóch chorych — 10-ciomiesięcznego i 8-letniego chłopca — po czterokrotnem zastosowaniu sublimatu początkowy nieżyt jamy gardzieliowej oraz kaszel ustąpiły zupełnie. Przebieg dwóch tych przypadków był następujący.

Przypadek IV. S. S. 10 miesięcy, dziecko krzywicą dotknięte, ciemną duże wzduż i wpoprzek po 2,75 ctm. Karmione piersią, nie ma jeszcze ani jednego zęba, poza tem budowa ciała prawidłowa, odżywianie średnie, w płucach zmian niema, zaczerwienienie jamy gardzieliowej. Kaszle od kilku dni, obecnie, dnia 29. XII. 1894., kaszle we dnie 10 razy, w nocy częściej, nie zanosi się, nie wymiotuje. Stolce co drugi dzień.

30. XII. We dnie kaszle 13 razy, w nocy 6 razy.

31. XII. Stan lepszy. We dnie kaszle 5 razy, w nocy 8 razy, nie zanosząc się wymiotów niema. Stolce prawidłowe.

2. I. 95. Kaszel lekki, 10 razy na dobę.

4. I. Kaszel lekki, 6 razy na dobę.

6. I. Stan dobry. We dnie kaszle 2 razy. Kanał pokarmowy przez cały czas w porządku.

Przypadek V. S. J. 8 lat. Kaszle od tygodnia, obecnie, 20. IV. we dnie 10 razy w nocy mało.

21. IV. Stan jednakowy.

22. IV. Kaszle mniej, 6—8 razy na dzień.

24. IV. Kaszle mało—trochę nad ranem.

27. IV. Stan dobry.

29. IV. Stan dobry.

Z tych dwóch spostrzeżeń możnaby wnioskować, że pendzlowania sublimatowe są poniekąd środkiem ochronnym przeciwko krztuścowi i że należałoby je zalecać w tych razach, gdy w domu zdarzy się jeden przypadek krztuśca, a resztę rodzeństwa pragniemy uchronić od tej plagi.

Ostatecznie należy przyjść do wniosku, że sublimat nie jest środkiem tak skutecznym, jak sądziłoby należało ze słów RAUBITSCHER'a; zaprzeczyć się jednak nie da, że ma on pewne strony dodatnie, bo na 26 przypadków 11 razy zmniejszył częstość napadów, 7 razy złagodził charakter kaszlu, 5 razy zmniejszył ilość wymiotów, przebiegu zaś całego nie skrócił. Jest to wynik, w porównaniu z niektórymi zalecaniami metodami, niezły. HEUBNER⁵⁾ na 17 przypadków, w których stosował wzięwania z $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ % kwasu salicylowego, widział zmniejszenie się nasilenia kaszlu 6 razy, a częstości napadów 7 razy.

⁵⁾ HEUBNER. L. c.

Inni znów badacze pochwalić się mogą daleko lepszymi wynikami, niż te, do których myśmy doszli, gdyż BARON⁶⁾, stosując wewnętrznie chininę, powiada, że poprawa następowała po 2—3 dniach, choroba trwała tylko trzy tygodnie i że chinina zapobiegała następczym cierpieniom płucnym. SCHWARZ⁷⁾ przy wdmuchiowaniach *natri sozodolici* otrzymywał wyniki jeszcze lepsze, gdyż wszyscy chorzy w liczbie 57 wyzdrowieli po 2—6 dniach. STEPP⁸⁾ zachwala znów bromoform, jako skracający przebieg choroby; FRÜHWALD⁹⁾ antispasminę; ROTHSCCHILD¹⁰⁾ przemawia gorąco za tussolem, gdyż w 27 przypadkach czas trwania choroby został znacznie skrócony, w niektórych do dni 14, samo zaś cierpienie przebiegało pod postacią znacznie łagodniejszą.

Zdawałoby się więc, że rozporządzając tylu skutecznymi środkami, a w ich liczbie i świeżem powietrzem¹¹⁾, leczenie krztuśca nie powinno przedstawiać żadnych trudności dla lekarza; jednakowoż każdy z praktyków wie, że tak w rzeczywistości nie jest, że każdy z tych środków pozostawia wiele do życzenia (o tussole nic powiedzieć nie mogę, gdyż go nie próbowałem). Ten sam los na równi ze wszystkimi innymi lekami dzieli i sublimat, jak to widać z naszych doświadczeń. Śmiało więc powtórzyć możemy słowa HENOCH'a¹²⁾: „die enorme Zahl der seit alten Zeiten gegen die Krankheit empfohlenen Mittel beweist ihre Unzulänglichkeit. Ein Mittel, welches den Verlauf abkürzen, besonders das Stadium der Acme zu coupiren vermag, besitzen wir bis jetzt nicht“.

Wnioski: 1) pendzlowania sublimatem w niektórych przypadkach łagodzą przebieg cierpienia; 2) choroby samej nie skracają; 3) być może, iż chronią od zarażenia się kokluszem; 4) nie zapobiegają następczym cierpieniom płuc; 5) nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu pobocznego.

WYKŁADY KLINICZNE.

Syringomyelia,

podał D-r. Med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 25).

II. Zboczenia czucia przy syringomyelii bywają nader rozmaite i kombinują się ze sobą w nieprzebranej mnogości odmian. Patognomonicznym jednak objawem jest wspomniane wyżej „częściowe porażenie czucia“ (*partielle Empfindungslähmung, dissociation syringomyélique de la sensibilité*): analgezja z jednoczesną termanestezyą przy zachowanem czuciu dotykowem. Przy typowej więc gliozie chory czuje dobrze dotknięcie palcem, pendzelkiem, klucie zaś i szczypanie nie sprawia mu bólu; również nie rozpoznaje różnic ciepłoty, nie odróżnia wody

⁶⁾ BARON. Berlin, klin. Woch. N. 48. 1893.

⁷⁾ SCHWARZ. Ueber Keuchhusten und dessen Behandlung, Ref. Jahrb. f. Kind. XXXIX str. 295.

⁸⁾ STEPP. Münch. med. Woch. N. 36. 1895.

⁹⁾ FRUEHWALD. Archiv für Kind. B. XVIII. H. 1—2.

¹⁰⁾ ROTHSCCHILD. Erfahrungen über Tussol. Berl. klin. Woch. N. 1. 1896.

¹¹⁾ ULLMANN. Zur Behandlung des Keuchhustens. Jahrb. f. Kind. XL. 1.

¹²⁾ HENOCH. Vorlesungen über Kinderkrkh. VII. Auflage, Str. 436.

zimnej od ciepłej, wysokie ciepłoty nie wywołują uczucia parzenia, a zimne uczucia mrożenia. Ciężkie skaleczenia, bezwiedne odmrożenia i oparzenia są przeto rzeczą zwykłą u syringomyelików: o dokonaniem uszkodzeniu dowiadują się zazwyczaj, spostrzegłszy pęcherze, owrzodzenia lub sączącą się krew; o bezbolesnem złamaniu kości lub zwicnięciu stawu objaśnia ich po niewczasie lekarz. Bez bólu również można dokonywać u takich osobników operacji na skórze i błonach śluzowych, częściowem porażeniem czucia dotkniętych. Niezawsze rozszczepienie czucia występuje na całej rozciągłości dotkniętej przestrzeni jednakowo wybitnie. Obok zachowanego zmysłu dotykowego może istnieć jedynie osłabienie czucia bólowego i termicznego: chory wtedy odczuwa głębokie uklucie i rozpoznaje różnice ciepłoty, równające się kilkunastu stopniom. Rzadsze są przypadki, w których zniesione jest wyłącznie czucie termiczne, jeszcze rzadsze upośledzenie jedynie zmysłu bólowego. Rozszczepienie samego czucia ciepłotnego w tym sensie, że jedynie ciepłoty powyżej lub poniżej pewnego stopnia zostają rozpoznawane, należy do rzeczy bardzo wyjątkowych i daje się skonstatować przy nader subtelnem badaniu. Zamiast termianestezji istnieje tu i owdzie opaczna (*perverse*) wrażliwość na bodźce termiczne, gdzie ciepło bywa odczuwane w postaci zimna, lub odwrotnie. Bardzo rzadko natomiast spotyka się jednoczesną perwersję obu gatunków zmysłu termicznego. Opóźnienie przewodnictwa bólowego i ciepłotnego spostrzegano niejednokrotnie. Do rzadkich natomiast wyjątków należy, ażeby terytoryum termianestetyczne nie odpowiadało analgetycznemu. Rozprzestrzenienie porażenia czuciowego odpowiada w większości przypadków okolicom dotkniętym amyotrofią. Obszar zmian czuciowych jest jednak często szerszy, niekiedy nawet zajmuje całą powierzchnię ciała.

Nie odpowiadając topograficznym obrębom nerwów, zaburzenia czuciowe dotykają bardzo często obu kończyn górnych z przylegającymi odcinkami tułowia, rzadziej jedną kończynę lub tylko obwodowe jej części. Wcale nierzadko spotykamy przy gliozie znieczulenia, typowe pod względem lokalizacji dla histeryi: znieczulenia jednostronne, anestezje w postaci kamizelki, pasa, mankietu, rękawiczki i t. p. Analgezya twarzy, łącznicy oka, oraz błony śluzowej nosa i jamy ustnej, bądź jedno-, bądź obustronna, przemawia za porażeniem gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego, którego gałąź wstępująca (*radix ascendens n. trigemini*) przebiega wzdłuż górnej części rdzenia szyjowego. Zaburzenia czucia w postaci hemiplegicznej i BROWN - SEQUARD'owskiej należą do objawów wyjątkowych.

Zamiast porażenia czucia spotykamy nieraz wzmoczoną wrażliwość (*hyperaesthesia*) na bodźce bólowe i ciepłotne, zależącą od przedwstępного stanu podrażnienia, w jakim się znajdują dotknięte elementy nerwowe. Pasy nadczułe są względnie częste na granicach obrębu stępnego czucia. Tu i owdzie występuje nadczułość termiczna w roli pierwszego zwiastuna częściowego porażenia czucia obok rozlicznych zaburzeń czucia podmiotowych w zakresie zmysłu bólowego i ciepłotnego. Takie uporczywe i dokuczliwe, już to stałe, już napadowe parestezye naprowadzają na myśl o syringomyelii w okresach wczesnych, kiedy zmian obiektywnych brak jeszcze zupełnie. Siedliskiem ich są zarówno nerwy skórne, jak błon śluzowych i narządów wewnętrznych. Chorzy odczuwają w kończynach, na tułowie, w dziąsłach, piersiach, brzuchu, pęcherzu, odbytnicy i t. d. darcie, klucie, swędzenie, palenie, ziębienie, chłód i inne mniej lub więcej trudne do określenia sensacje. Jeden całymi tygodniami przykładą gorące okłady na ramię i nosi w lecie zimowe rękawiczki, inny szuka ulgi w nieznośnem uczuciu gorąca w piersiach, przykładając pęcherze z lodem. W innych razach choroba zaczyna się od rwących i ciągnących bólów napadowych, nie dają-

cych się odróżnić od nerwobólu lub kryz tabetycznych (*crises tabétiques*). Z rozwojem choroby wszelkie hyperestezje i parestezje zwykły ustępować miejsca zupełnej utracie wrażliwości: analgezji i termianestezji. Wielu syringomyelików zachowuje jednak uczucie podmiotowe ciepła i zimna, pomimo zupełnej utraty odczuwania bodźców termicznych. Chory taki, nie odróżniający zimna od ciepła, chętnie grzeje się przy piecu, przykrywa się dobrze kołdrą w nocy. Na tę ciekawą ze stanowiska psychologicznego okoliczność niesprawności pojęć o bodźcach termicznych zwraca szczególną uwagę SCHLESINGER; fakt ten bowiem rzuca światło na owe bardzo częste przypadki, w których chory z przyjemnością bierze do rąk ciepłe i gorące przedmioty, parząc się przytem dotkliwie. Zmysł dotykowy jest nie-naruszony, co stanowi według SCHULTZE'go cechę charakterystyczną choroby. Wszelako obecnie, przy udoskonaleniu metod badania, daleko częściej spostrzegamy zaburzenia zmysłu dotykowego, aniżeli przypuszczano dawniej. Zaleca się w takich razach badanie porównawcze symetrycznych części ciała zapomocą delikatnej nitki lub włosa, badanie wrażliwości skóry na prąd elektryczny (LEYDEN-ERR), określanie t. zw. pól dotykowych (*Tastkreise*) zapomocą dokładnych cyrkli (WEBER), badanie na chorym procesu uświadamiania sobie kolejno następujących po sobie wrażeń dotykowych (VIERORDT-LEUBE), określanie wrażliwości skóry na rozmaitej gęstości płyny (CRITZMANN-RUMMO) i t. d. Obszar całkowitego porażenia czucia jest nader ograniczony w stosunku do obszaru rozszczonego czucia. Przeważnie umiejscawia się hypestezya na obwodzie. Nadczułość na bodźce dotykowe, jak również parestezje zmysłu dotykowego: mrowienie, uczucie łechtania lub filcu pod nogami,—są to zjawiska względnie rzadkie. Zupełne znieczulenie całego ciała notowano przy gliozie zaledwie razy kilka.

Co się tyczy patogenezy częściowego porażenia czucia przy syringomyelii, to, zdaniem większości autorów, dysocjacja jest wynikiem zajęcia substancji szarej rogów tylnych. Już SCHIFF z doświadczeń swoich wnioskował, że jedynie wrażenia czucia dotykowego przebiegają przez pęczki tylne rdzenia, zaś czucie bólowe przez istotę szarą. Nierzadko spotykane przy gliozie zniesienie zmysłu bólowego bez upośledzenia przewodnictwa termicznego lub też rozszczenie w zakresie samego czucia ciepłotnego skłoniło niektórych późniejszych autorów do przypuszczenia, że przewodniki wrażeń ciepłotnych przebiegają w tylnych rogach oddzielnie od dróg przenoszących wrażenia bólowe, *resp.* że nawet istnieją specjalne włókna dla wrażeń ciepła i oddzielne dla przenoszenia wrażeń zimna (DÉJÉRINE). Według hipotezy innych autorów, też same włókna przenoszą wszystkie rodzaje czucia, tracą zaś w stanie patologicznym zdolność przewodnictwa tego lub owego gatunku czucia, zależnie od natężenia i charakteru sprawy chorobowej (ROTH).

GOLDSCHIEDER i GAD objaśniają przewodnictwo substancji szarej t. zw. działaniem kumulacyjnem. Podług tej hipotezy—*Summationshypothese*—pewne bodźce, przechodząc przez komórki substancji szarej, stopniowo się w natężeniu swem wzmagają, aż do wywołania silnego pobudzenia, które, przeniesione w kierunku dośrodkowym, wywołuje pewne wrażenia, jako ból odczuwane.

CIĄGLIŃSKI*), opierając się na badaniach swoich nad uciskiem rdzenia u psów, skłonny jest uważać za przewodnik wrażeń bólowych i termicznych pęczek ograniczony włókien białych, który stale znajdował w substancji szarej rdzenia między przednimi końcami tylnych pęczków i kanałem ośrodkowym.

*) O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego. Gaz. Lek. 1896. N. 10.

W kwestyi klinicznego zachowywania się innych rodzajów czucia (ucisku, zmysłu mięśniowego, stereognostycznego), zasługują na wzmiankę pewne właściwości zmysłu mięśniowego i zmysłu ucisku. Co się tyczy pierwszego, to składające się nań odczuwanie ruchów czynnych i biernych, świadomość położenia, określanie ciężaru i oporu, zarówno każde oddzielnie, jak i wszystkie razem, mogą ulegać upośledzeniu w większym lub mniejszym stopniu. W tym ostatnim przypadku będziemy mieli najczęściej *ataxiam spinalem*. Zmysł ucisku rzadko ulega zaburzeniu przy syringomyelii, a nadto nie odpowiada zmysłowi dotyku: gdy bowiem przy badaniu pierwszego znajdujemy poważne zmiany, drugi—w tych samych miejscach—może być całkiem zachowany. Badanie dokładnym algezymetrem (HERZ-SCHLESINGER) wykazuje czasami, że zmysł ucisku, wywieranego na samą skórę, jest zatracony lub w wysokim stopniu obniżony, gdy zmysł dotyku jest jeszcze zachowany, a czucie uciskowe, w zwykły sposób badane, nie przedstawia żadnych zgoła zaburzeń; przy takiej dysocjacji zmysłu uciskowego nawet najdrobniejsze różnice w ucisku mogą być dokładnie rozpoznane, pomimo to, że między zwyczajnem ujęciem, a mocnem szczypaniem fałdy skóry, chory żadnej różnicy nie odczuwa.

(D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

63. a) V. HOLSTEIN. **Paralysis bulbaris asthenica albo „syndrom Erb’a”**. W 1877 roku WILKS zaznaczył, że w przebiegu histeryi i różnych spraw mózgowych występują cierpienia opuszkowe, a nawet śmierć skutkiem porażenia ośrodków oddechu, jakkolwiek badanie pośmiertne nie wykazuje żadnych zmian w ośrodkach nerwowych. W roku następnym ERB, nie znając pracy WILKS’a, ogłosił trzy analogiczne przypadki. Dotyczyły one dwóch mężczyzn i jednej kobiety, dotąd zupełnie zdrowych, u których względnie nagle i bez jakiejkolwiek widocznej przyczyny wystąpiło osłabienie, względnie niedowład w różnych grupach mięśniowych, unerwionych przez nerwy czaszkowe i górne szyjowe, szczególnie silnie zaznaczone w mięśniach podnoszących powieki (*blepharoptosis bilateralis*), w żwaczach i mięśniach karku. Jednocześnie, choć w mniejszym stopniu, spostrzegano się zaburzenia w mowie i połykaniu. Już jednak ERB zauważył, że owemu osłabieniu mięśni nie towarzyszył ich zanik, jak to się dzieje przy porażeniu opuszkowem postępowem DUCHENNE’a. Stopniowo zjawiały się nowe spostrzeżenia, lecz zawsze ujemne wyniki badania pośmiertnego nie dawały punktu oparcia do określenia patogenetycy cierpienia. Ta właśnie okoliczność była powodem, że różni autorzy nadawali cierpieniu różne nazwy: „porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych“ (OPPENHEIM); „uleczalna postać porażenia opuszkowego z udziałem kończyn“ (S. GOLDFLAM)¹⁾ i t. d. Obecnie spostrzeżeń podobnych jest 22, jakkolwiek należy przypuszczać, że cierpienie to spotyka się częściej, lecz nie zawsze bywa właściwie rozpoznawane, a włączane do innych kategorii (*ophthalmoplegia nuclearis*, *polioencephalitis*, *polioencephalomyelitis*). W każdym razie nowe spostrzeżenia rozszerzyły obraz chorobowy, pierwotnie nakreślony. Przedewszystkiem przekonano się, że porażenie nie dotyczy wyłącznie zakresu nerwów czaszkowych, lecz może obejmować kończyny a także tułów. Zwykle objawy rozwijają się w kierunku zstępnym, zaczynając się

¹⁾ S. GOLDFLAM. O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn. Medycyna 1893 r. N. N. 16, 17, 18, 19, 20, 21.

od nerwów czaszkowych, a ogarniając w końcu mięśnie całego ciała. Zdarza się jednak, choć rzadziej, że chory początkowo doznaje osłabienia mięśni kończyn, później mięśni podnoszących powieki, mięśni gałki ocznej, twarzy, języka, gardzieli i t. d. Następnie S. GOLDFLAM podniósł ważny fakt, że wszystkie powyższe objawy są niezmiennie zmienne pod względem swego natężenia i że zależą raczej od szczególnego osłabienia mięśni, od łatwego wyczerpywania się ich przy najmniejszym wysiłku, niż od prawdziwego porażenia. Stan pewnych grup mięśni poprawia się, gdy innych pogarsza; czasami znów zaburzenia znikają zupełnie, aby po pewnym czasie wybuchnąć nanowo. Wogóle spoczynek zmniejsza, łagodzi objawy, powraca mięśniom sprawność, gdy znów ruch, ćwiczenie zwiększa je, czyni mięsień niezdolnym do pracy. Analogiczne zupełnie zjawisko wyczerpania przedstawia zachowywanie się mięśni względem prądu elektrycznego. Jak wykazały badania JOLLY'ego ²⁾, mięsień początkowo kurczy się energicznie, lecz stopniowo coraz słabiej i krócej, wreszcie przestaje oddziaływać na prąd; krótka jednak przerwa jest w stanie ożywić skurcze mięśnia pod wpływem prądu. Mamy tu obraz wprost przeciwny obrazowi choroby THOMSEN'a, gdzie właśnie pierwsze ruchy są trudne z powodu ciężkiego skurczu mięśni, gdy następne stają się stopniowo prawidłowe i swobodne. Oprócz objawów z zakresu ruchowego nie spostrzegano nigdy zaburzeń w czuciu, w zdolnościach umysłowych, ani też porażenia z w i e r a c z y. Nigdy również chorzy nie przedstawiali znamion (stygmatów) histeryi, ani objawów neurastenii. Natomiast częstem względnie w tem cierpieniu i groźnem zjawiskiem są zaburzenia w oddechu z sinicą, występujące zwykle napaadowo, często w znacznych odstępach czasu, a prowadzące niekiedy do natychmiastowej śmierci. Zejście takie z liczby 22 spostrzeganych przypadków miało miejsce w 11, bezwątpienia w zależności od porażenia ośrodków oddechowych. Jakkolwiek więc cierpienie to może trwać długie lata z nasileniami i osłabieniami, jednakże, ze względu na wiszące zawsze nad chorym niebezpieczeństwo, należy cierpienie poczytywać za poważne i w rokowaniu zachowywać ostrożność.

Co się tyczy etyologii, to ta jest zupełnie ciemna. Większość jednak autorów wiąże cierpienie z zatruciem (intoksykacją), lecz jakim—niewiadomo. Przypuszczenie to potwierdza fakt, że w kilku przypadkach tyfus, grypa, róża poprzedziły wybuch choroby. Już powyższe zestawienie objawów wykazuje, że spoczynek gra bardzo poważną rolę w leczeniu tego cierpienia. Szczególniejszej troski wymaga odżywianie chorego, które ze względu na zaburzenia w żuciu i połykaniu skutkiem osłabienia odpowiednich mięśni może być bardzo utrudnione, a nawet może spowodować śmierć przez uduszenie, jak to było w jednym przypadku JOLLY'ego. Odżywianie zapomocą zgłębnika żołądkowego jest stanowczo przeciwwskazane. W ostatecznym razie musimy się uciekać do ławatyw odżywczych. Nadto zalecać należy jodek potasu, arsenik, żelazo, strychninę, wreszcie galwanizację opuszeki.

(*La semaine médicale* 1896 N. 6).

W. Męczkowski.

b) A. STRUEMPELL. **O astenicznem porażeniu opuszkowem (porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych, myasthenia gravis pseudoparalytica).** Obok opisu jednego przypadku powyższej choroby wraz z badaniem pośmiertnem, autor podaje historię powstania tej nowej postaci nozologicznej, jej obraz kliniczny, przebieg i t. d. Przedewszystkiem podnosi zasługę GOLDFLAMA, że pierwszy obok własnych spostrzeżeń zebrał z literatury wszystkie dawne odnośne przypadki,

²⁾ F. JOLLY. Myasthenia gravis pseudoparalytica. Berlin, klin. Wochenschr. 1895, N. 1. Referat z tej pracy pomieszczony w „Medycynie“ 1895 r. N. 22.

skreślił przebieg choroby i uwydatnił znaczenie jednego z najbardziej charakterystycznych objawów choroby (niezwykle wyczerpywanie się mięśni). Pewnych przypadków omawianej choroby opisano dotąd 20. Przypadek autora należał do typowych.

U 21-letniej służącej stopniowo występuje ociężałość powiek, utrudnienie w mowie, połykaniu i żuciu, osłabienie w rękach i nogach do tego stopnia, że chora często podczas pracy (w polu) bezsilnie padała na ziemię. Obiektywnie stwierdza się stałą obustronną niewielką parzę mięśni podnoszących powiekę (*ptosis*), oraz mięśni twarzy i żwaczy. Reszta dowolnego układu mięśniowego, mianowicie mięśnie języka, połykowe, kończyn, jakkolwiek niezbyt silne, przedstawiają się napozór prawidłowo; uderza wszakże łatwość, z jaką się one wyczerpują do stopnia prawie zupełnego porażenia, już po krótkotrwałej nawet czynności. Więc np. chora, czytając na głos, pierwszych 20 wyrazów wygłasza dobrze, następne coraz to moźliwiej, wkrótce zaś mowa przechodzi w niezrozumiałe bełkotanie; pijąc np. mleko, pierwsze 6—7 łyków całkiem prawie dobrze przelyka, następne jednak coraz to trudniej i z coraz to dłuższymi przerwami. Idąc np. po schodach, pierwsze 12 stopni przebywa zupełnie dobrze, następne coraz to gorzej i wreszcie przy jakimś 40-ym stopniu grozi upadnięciem i t. p. Wypoczynek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godzinny przywraca wyczerpanym mięśniom ich uprzednią sprawność. Odruchy kolanowe żywe, nie wyczerpują się, również nie wyczerpuje się mięsień wskutek skurczów, wywołanych przez drażnienie prądem stałym.

Autor nie dokonywał prób ze strumieniem faradycznym (jak to uczynił JOLLY, który otrzymał przytem wyczerpywanie się skurczu). Żadnych zaników ani drgań włókienkowych nie spostrzegano. Czucie, czynność zwieraczy były prawidłowe. Podczas 3-miesięcznej obserwacji stan chorej pozostawał bez zmiany; zrana czuła się ona najlepiej, ku wieczorowi była najsłabsza. Bywały dni, w których stan jej był względnie dobry, zdarzały się znów okresy, kiedy chora była całkiem bezsilną. Często przytrafiały się napady zupełnego wyczerpania mięśni, chora padała, dostawała duszności, która według autora zależała nietyle od wyczerpania mięśni oddechowych, ile głównie od zapadania się wtył języka i nagromadzania się w gardzieli śliny, której chora ani przełknąć, ani wykrztusić nie była w stanie. Podczas jednego z takich napadów chora zmarła. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian ani w ośrodkowym układzie nerwowym, ani w nerwach, ani w mięśniach.

Autor zwraca uwagę na fakt, że we wszystkich przypadkach danej choroby spostrzega się z jednej strony stałe porażenie pewnych mięśni (w danym przypadku mięśni podnoszących powiekę, mięśni twarzy, żwaczy), z drugiej zaś jedynie łatwe, wyczerpywanie się innych obrobów mięśniowych. Jednakże owa stała parza również niczem innym nie jest, jak objawem stałego stanu wyczerpania tych mięśni, które ze względu na swoją ciągłą funkcję nie mają czasu wypocząć. Do rzędu mięśni, które nieprzerwanie (wyjawszy czas snu) są czynne, należą właśnie mięśnie unoszące powiekę, mięśnie mimiczne twarzy, prawie stale znajdujące się w pewnym skurczu tonicznym, mięśnie żwacze, które podtrzymują żuchwę. Mięśnie gałek ocznych, co prawda, rzadko w tej chorobie porażone, i mięśnie karku, jako również stale czynne, o ile są wciągnięte w sprawę chorobową, przedstawiają również stałą parzę.

Tak charakterystyczne wahania w natężeniu objawów danej choroby są w zupełnej zgodzie z brakiem dostrzegalnych zmian anatomicznych, które czyniłyby całkiem niepojętym fakt, że chorzy miewają dłuższe lub krótsze okresy, w których okazują zupełnie prawidłową sprawność mięśni.

Przyczynę choroby autor, jak i jego poprzednicy, odnosi do pewnej bliżej niezbadanej intoksykacji ustroju. O siedlisku choroby to tylko można powiedzieć, że znajduje się ono jedynie w systemie ruchowym. Wyniki badań JOLLY'ego, który stwierdził wyczerpywanie się mięśni pod wpływem prądu faradycznego, dowodzą, że bądźco bądź porażone są nie wyłącznie tylko części ośrodkowe systemu ruchowego, lecz że sprawa chorobowa obejmuje bądź całkowity system ruchowy, bądź też jedynie mięśnie. Pod względem leczniczym najważniejszym jest oszczędzanie chorego.

(*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. T. 8. Zeszyt 1—2. Str. 16—40*). S. Bernstein.

64. SCHILD. **O występowaniu bakterii w kale noworodków przed przyjęciem pierwszego pokarmu.** Wychodząc z założenia, że bakterie dostają się do przewodu pokarmowego razem z pokarmem, probowano zapobiedz temu dostawianiu się przez wyjaławianie pokarmu niemowląt nie karmionych piersią. Wyniki jednak zawiodły zupełnie: dzieci takie, zarówno jak karmione piersią, ginęły wskutek niezżytu kiszek. Wobec tego nie bez pożytku było zbadanie, w jaki sposób mogą przenikać do przewodu pokarmowego bakterie niezależnie od pokarmu. Badaniu poddano 50 noworodków. Chociaż badanie kału przy pomocy płytek, zarówno jakościowe, jak i ilościowe, nie jest w danym przypadku zupełnie pewne, boć mogą być bakterie, które się na żelatynie nie rozwijają, jednak autorowi przy badaniu kału bezpośrednio pod drobnovidzem nie udało się wykryć innych gatunków, niż spotykane na płytkach. Pod względem jakościowym wykrył S. siedm gatunków: jakąś nieznaną laseczkę, mikrokoka porcelanowego, lasecznika siana, okrężnicy, fluoryzującego nierozrzedzającego i rozrzedzającego i jakiegoś *proteus'a*. Stąd wynika, że do przewodu pokarmowego mogą się poza pokarmem dostać bakterie peptonizujące.

Smołka natychmiast po urodzeniu się dziecka jest zawsze jałowa; jest to potwierdzenie znanego już dawniej zjawiska. Dość szybko jednak można już w niej znaleźć bakterie, bo nawet we 3—7 godzin po urodzeniu, jak to wykazał ESCHERICH. Autor przekonał się, że u noworodków z nieznacznym wyjątkiem można wykryć bardzo niekiedy obfitą ilość bakterii w kale przed przyjęciem pierwszego pokarmu. Z tablicy przytoczonej widać, że smołka pozostaje jałową najwyżej przez 20 godzin po urodzeniu, zawiera zaś bakterie niekiedy już po 4 godzinach, pospolicie zaś bakterie występują pomiędzy 10 i 17 godzinami po urodzeniu. Pora roku ma tu dość wyraźny wpływ: podczas upałów bakterie wogóle pojawiają się szybciej, niż podczas pory chłodniejszej.

Trzy są drogi, które bakterie mogą się dostawać do przewodu pokarmowego: naczynia, jama ustna i odbył. Przez naczynia dostają się bakterie rzadko, i to wyłącznie w przypadkach patologicznych, o tej więc drodze nie może tu być mowy. Za to jama ustna stanowi najdogodniejsze i najnaturalniejsze wrota, zwłaszcza, jeśli przyjęty został pokarm choćby z piersi, bo i on niezawsze jest jałowy (COHN, NEUMANN i inni). Po za pokarmem mogą się bakterie dostawać do przewodu ze śliną. Chociaż, badając u 10 noworodków ślinę, znalazł w niej autor bakterie tylko dwa razy, to jednak nie powinno stanowić dowodu, że ten sposób zakażenia przewodu jest rzadki; owszem, bakterie rozwijają się w ślinie z trudnością, szczególnie przed przyjęciem pokarmu, zresztą jest ich tu zawsze bardzo niewiele; gdy jednak dostaną się do kiszek, to już nic im nie stoi na przeszkodzie do rozmnażania się. Jedną jest tylko okoliczność, sprzeciwiająca się twierdzeniu, jakoby bakterie w kale noworodków pochodziły zawsze z jamy ustnej, a mianowicie długość przewodu pokarmowego; niepodobna bowiem, aby bakterie przebyły przestrzeń trzech metrów w ciągu czterech godzin. Należy więc przypuszczać, że przynaj-

mniej w przypadkach wczesnego pojawienia się bakteryi dostają się one do przewodu przez odbytu.

Badania, dokonane w tym kierunku (przyczem uwzględniono i wodę użytą do kąpieli), pouczają nas, że tą drogą przewód pokarmowy zostaje zakażany bardzo często. Nie ulega również wątpliwości, że chociaż mogą tu dostać się bakterye z powietrza, jednak bezporównania częściej dostają się z wody użytej do kąpieli. Z bielizny prawdopodobnie bardzo rzadko, zarówno jak z pochwy, dostają się bakterye do odbytu osoby rodzącej.

Ze spostrzeżeń tych można wyciągnąć dwa wnioski praktyczne: że wyjaławianie pokarmu ma rację bytu jedynie wtedy, gdy chodzi o bakterye chorobotwórcze, i że zarówno u noworodków, jak i u dorosłych możliwe jest zakażenie rozmaitymi pasorzytami *per anum*.

(*Zeit. f. Hyg. u. Inf. XIX. str. 113*).

A Ż.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. maj r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 28 (m. 15, k. 13); przybyło w maju 47 (m. 23, k. 24); wypisało się 55 (m. 26, k. 29); zmarło 4 (m. 2, k. 2); pozostało na miesiąc następny chorych 28 (k. 15, m. 13).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, aniżeli w miesiącu ubiegłym, a taka sama, jak w tymże miesiącu roku zeszłego. Widzimy znaczne zmniejszenie się wszystkich prawie chorób zakaźnych, a przedewszystkiem ospy, której mieliśmy tylko przypadków 5 (m. 3, k. 2); z nich 2 dotyczą chorych nieszczepionych, jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Plac Warecki 8, Ciepła 10, Krochmalna 21, Miedziana 8.

Największą rubrykę w dalszym ciągu stanowiła róża, której mieliśmy przypadków 10 (m. 3, k. 7), zakończonych pomyślnie, z ulic: Niecała 2 (2 przypadki), Chłodna 52, Warecka 10, Nowolipie 39, Towarowa 69, Brzozowa 22, Grzybowska 33, Aleje Ujazdowskie 33, Królewska 16. Dwa razy mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy odry; przypadków 7 (m. 5, k. 2), u dorosłych, z przebiegiem łagodnym. Chorzy pochodzili z ulic: Długa 25, Maryensztat 23, Górna 8, Freta 12, Rybaki 10.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje zupełny brak tyfusów — wysypkowego i brzuszego. Jeden odnotowany przypadek tyfusu brzuszego, śmiercią zakończony, pochodził ze wsi Wola. Częściej za to występowało zapalenie płuc krupowe, którego mieliśmy przypadków 5 (m. 3, k. 2), z których jeden zakończył się śmiertelnie.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 7 przypadków *anginae follicularis*, 2 błonicy gardła i gruźlicy płuc, oraz po 1 przypadku płonicy, biegunki krwawej, karbunkułu i zimnicy.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po jednym przypadku: histeryi, pokrzywki i otrucia ługiem sodowym.

Biletów odmownych chorem, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 9 (m. 4, k. 5).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 33 (m. 12, k. 21).

J. Szewajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= VINAY poleca w przypadkach, wymagających długotrwałego stosowania arszeniku, podawanie go przez odbyt, zażywanie bowiem arszeniku *per os* połączone bywa z pobocznymi objawami żołądkowymi, podskórne zaś zastrzykiwania nawet wyjąłowanego (sposobem ZIEMSEN'a) rozczyń są bolesne. Autor przepisuje: *liq. Fowleri* 4,0, *aq. destil.* 56,0, i wstrzykuje po 5,0 rozczyń, początkowo dwa, później trzy razy dziennie; ilość wessanego leku wynosi zatem 1,0 *liq. Fowleri pro die*. Do wlewań używany bywa zgłębnik CONDAMIN'a. Przeciwwskazane jest wlewanie przy biegunce. (Lyon médical. N. 15. 1896).

= EHLICH podaje wyniki, otrzymane w klinice prof. SCHROETTER'a przy leczeniu gruźlicy płuc wziewaniami czystego lignosulfitu. Początkowo wziewania trwają godzinę, następnie dwie, wreszcie 4 godziny codziennie. Wszystkich chorych, u których stosowane były wziewania, można podzielić na dwie grupy: 1) chorzy z jamami gruźliczymi, znajdujący się w daleko posuniętym okresie choroby; 2) chorzy w początkowym okresie gruźlicy z nieznaczniemi zmianami wierzchołków płuc. U wszystkich chorych następowało po półtoramiesięcznem stosowaniu wziewań polepszenie stanu ogólnego, wzmożenie się łaknienia. U chorych pierwszej grupy objawy miejscowe pozostawały bez zmiany, lecz poty nocne się zmniejszały, również kaszel i ilość płwociny. U chorych drugiej grupy następowało polepszenie miejscowe, kaszel ustawał lub też był nieznaczny, poty ustawały również, z płwociny znikwały drobnoustroje swoiste; chorzy przybierali nawet na wadze. Dodać należy, że podczas wdechania lignosulfitu kaszel wskutek podrażnienia miejscowego się wzmacnia i chorzy wydalały znaczną ilość płwociny. (Wiener klin. Woch. N. 15. 1896).

= HUENICKEN przytacza przypadek przymiotu dziedzicznego, którego objawy wystąpiły dopiero w 10-ym roku życia. Matka dziecka zaraziła się przymiotem w drugim miesiącu ciąży i natychmiast poddała się swoistemu leczeniu. Ciąża miała przebieg prawidłowy; dziecko było zdrowe, lecz wątłe, w drugim roku wystąpiły objawy nieznacznej krzywicy, a dopiero w 10-ym obja-

wy przymiotu, o przeoczeniu których mowy być nie może, gdyż dziecko stale znajdowało się pod dozorem autora. (Deut. med. Woch. N. 3. 1896). M. B.

= D-r ROCHON w przypadkach *alopeciae idiopathicae* lub *seborrhoicae* zaleca codzienne smarowania skóry rozczyń: *Rp. ol. ricin., alcohol. absol. aa* 60,0, *tannini* 2,0, *ol. thym. gutt.* 10. Jeden raz tygodniowo zamiast powyższego stosować należy rozczyń następujący: *Rp. ol. ricin., ac. acet. crystal. aa* 50,0, *ac. salicyl.* 1,0, *ol. gerann. gutt.* 10. Obok powyższych środków należy myć głowę 1 lub 2 razy tygodniowo czarnem mydłem potasowem. (Therap. Monatsh. 1895. N. 15).

= Według d-ra OLLIVIER'a, MOLINIER'a i FORESTIER'a, rozczyń gwajakolu w oliwie uspakaja i usuwa bóle w różnych cierpieniach. OL. stosował zastrzykiwania podskórne w paru przypadkach karbunkułu naszyi, poczem mógł wykonać operację bez żadnego bólu. D-r M. stosował z po-myślnym skutkiem smarowanie gwajakolem (1:10) w nadżarciach sutki piersiowej u kobiet, karmiących piersią. Wreszcie d-r F. dzięki smarowaniu stawów gwajakolem (1:1) usuwał bóle po 18—24 godzinach w paru przypadkach ostrego gościa stawowego. (Journ. de Méd. et de Chirurg. pratiq. 10. XI. 95.)

= Opierając się na fakcie, że w przypadkach akromegalii (choroby MARIE) *glandula pituitaria* stale jest powiększona i zmieniona, d-r MARINESCO dawał trzem chorym *glandulam pituit.* w postaci tabletek. Wyniki były pomyślne zarówno pod względem przedmiotowym, jak i podmiotowym: bóle głowy, a także neuralgiczne bóle w kończynach zmniejszały się lub znikaly, ruchy stawały się obszerniejsze i łatwiejsze, ilość moczu zwiększała się. Jednakże objętość kończyn nie zmieniała się. Nie odrzucając wpływu poddawania, M. sądzi, że metoda powyższa bądźco bądź wywiera wpływ na *glandulam pituitariam* albo też na krążenie krwi wewnątrzczaszkowe. (Le Bullet. Médic. 10. XI. 95.).

= Przeciwno nerwobólom u chorych na cukromocz d-r ROBIN zaleca środek następujący: *Rp. antipyrini* 0,5, *ammonii bromati* 0,5, *cocaini hydrochlorici* 0,01, *coffeini valerian.* 0,02. D.S. Jeden proszek w czasie napadu bólów. (Lyon Médic. 1895. N. 46). W. M.

= SINCLAIR, a za nim COLER i GRAESER zauważyli, że chinina w wielkich dawkach przedstawia bardzo dobry środek zapobiegawczy w czasie epidemii grypy. COLER, lekarz wojskowy, stosował żołnierzom jednego szwadronu po 0,5 siarczanu chininy w żytńiówce w ciągu 22 dni. Z żołnierzy tych zapadło na gripę czterech, gdy w innych szwadronach liczba zasłabnięć tak się przedsta-

wia: 22, 19, 42, 32. Dodać nadto należy, że z liczby czterech żołnierzy pierwszego szwadronu wszyscy zachorowali na gripę w pierwszych dniach (4—5) przyjmowania chininy. Opierając się na różnych danych, GRAESER sądzi, że chinina stanowi środek swoisty przeciwko grypie i że, stosowana we właściwym czasie i ilości, zapobiega chorobie w czasie epidemii. (Deut. Med. Zeit. 25. XI. 93.).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 12 b. m. odbyło się doroczne zebranie ogólne uczestników Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, od lat 40-tu istniejącej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem. Na zebraniu tem, członek komitetu zarządzający Kasą wsparcia d-r ROGOWICZ w myśl § 13-go ustawy, zdał sprawę z czynności komitetu za r. 1895. Ze sprawozdania tego, między innemi dowiedzieliśmy się: 1) że z liczby 722 członków Kasy zmarło w roku sprawozdawczym 13, wyjechało z kraju 3, wykreślono z powodu zaprzestania wnoszenia składek rocznych 7; wogóle ubyło członków 23; że zaś przybyło nowych uczestników 72; zatem z końcem 1895 r. było 771 członków; 2) że fundusz żelazny powiększył się o 464 rs. i z końcem roku wynosił 35,475 rs.; 3) że w roku sprawozdawczym udzielono wsparć 106 osobom i rodzinom w ogólnej kwocie 7,333 rs.; zatem o 878 rs. więcej, niż w roku poprzednim.

— Następujący lekarze praktykować będą w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych w roku 1896: Baden pod Wiedniem: KUEMMERLING. Birsztany: RADECKI. Busko: DYMICKI, GRABOWSKI, MAJKOWSKI, RADZISZEWSKI, SULIMIEŃSKI. Ciechocinek: ARNSTEJN, ASTERBLUM, CERTOWICZ, CIĄGLIŃSKI, GÓRSKI, LUBOWSKI, PAJEWSKI, RUPPERT, SZTOKMAN, TANNENBAUM. Cieplice Czeskie: HANAKOWSKI. Cieplice Tenczyńskie: FILIPKIEWICZ. Czarniecka Góra: MISIEWICZ. Druskienniki: BUJAKOWSKI, SZEPIETOWSKI. Eggenberg: ORTYŃSKI. Elster: BŁOCISZEWSKI. Eichwald: KURYŚ. Elgersburg w Turynii: BARWIŃSKI. Francensbad: DĘBICKI Karol, FRENKIEL, KITTEL, ROSNER Jan. Gleichenberg: BRUEHL, BULIKOWSKI. Grodzisk: TO-

KARSKI. Inowrocław: KRZYMIŃSKI, PRZYBYSZEWSKI. Iwonicz: DĘBICKI Klemens, ROŚCISZEWSKI. Jaśkowce pod Krakowem: MALINOWSKI. Jaworze: CZOP. Kamionka (Podole): BOCIŃSKI, KOTSOWSKI. Kissingen: CHŁAPOWSKI. Karlsbad: HASSEWICZ, HOCHBERGER, KAUFFMAN (syn), KRETOWICZ, STICHE, TOEPFER, TUGENDHAT, ZIEMBICKI. Kołobrzeg: WEISSENBERG. Krasnobród: SKŁODOWSKI. Krynica: ASKENAZY, ARONSON J., BLATTEIS, CERCHA, EBERS, GEMBARZEWSKI, GLIKSMAN, KMIECOWICZ, LORENTSKI, KOPFF, MICHALIK, SKÓRCZEWSKI, TYSZECKI. Krzeszowice: DURA. Landek: OSTROWICZ, POMORSKI. Lubień: RADECKI. Maryenbad: DOBIESZEWSKI, HARAJEWICZ, KAUFFMAN, PRAGER. Maryówka: LIPA. Meran: BINDER, BRUEHL. Morszyn: TYSZKOWSKI. Nałęczów: CHEŁCHOWSKI, CHMIELEWSKI, PUŁAWSKI, SACEWICZ. Nauheim: JANKOWSKI. Nowe Miasto: BIELIŃSKI, NIEDZIELSKI, SKOWROŃSKI, WIZEL. Norderney: PANIEŃSKI. Odesa: JACHIMOWICZ, KOZŁOWSKI. Ojców: MICHAŁEWSKI, TOPOLSKI. Otwock: CHEŁMOŃSKI, GEISLER, GOSZTOWT, FEILCHENFELD, ZYLBERMAN, STANISZEWSKI. Rabka: GLUCHOWSKI, KADEN. Reichenhall: GOLDCHMIDT. Reinerz: STAN. Rymanów: DUKIET, JODŁOWSKI, KRZYSZKOWSKI, REGIEC. Schinznach: TYMOWSKI. Sławuta: DOBRZYCKI, DZIERZBICKI, PRZESMYCKI. Solec: DANIEWSKI, SIARCZYŃSKI. Swoszowice: ZEITNER. Szczawnica: ŚCIBOROWSKI, KOŁĄCZKOWSKI, KRUSZYŃSKI, KORCZYŃSKI, L. HAMERSCHLAG, GÓRSKI. Sassów: MASANEK. Truskawiec: PLECH, PELCZAR, STEINHAUS. Vichy: BIERNAWSKI. Wysowa: JAROSZ. Zakopane: CHRAMIEC, ELJASZ-RADZIOWSKI, CHWISTEK, BUZDYGAN, PIASECKI, HAWRANEK, GAJEK, KRUSZYŃSKI, FLORKIEWICZ. Żegiestów: HOJNACKI.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава 13 Юня 1896 г.

Drnk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa 00,5
" caid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " muriatici	0,05
" " sulfurici	0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " hydrast. canadens. fluid.	0,5
" " rhei comp.	0,05
" " rhei simpl.	0,05
" " Valerianae spir.	0,10
1) Dragées ferri albuminati	0,05
" " carbonici-Blaudii minor aa	10,00=
	100
" " " Blaudii major aa	15,00=
	100
" " " Valleti	
" " dialisati peptonati	0,05
" " lacticci	0,05
" " oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.	
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Blaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol 0,05 c. extr. belladon	0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii 0,05 c. acid arsenic.	0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" " "	hydrastinini hydrochlorici 0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Dr J. Panieński

z Poznania

ordynować będzie od 1-go Lipca do 1-go
Października

w **Norderney.**

Dr Andrzej Lorentski

jak lat ubiegłych ordynuje w obecnym se-
zonie w Krynicy.

Dr W. BUJAKOWSKI

stałe ordynuje w Druskenikach.

Dr KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI

ordynuje jak lat poprzednich
w **Szczawnicy** od 1 Czerwca b. r.

PASTYLKI VICHY-ETAT

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy
Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli
naturalnych z wód **VICHY**

Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

PENSYONAT LECZNICZY
NORDERNEY

Informacyi udziela

Radca Sanitarny Dr: Kruse i Dr. Menke.

D-R MAJKOWSKI

starszy lekarz Szpitala Ś-go Mikołaja pra-
ktykuje w Busku przez cały sezon. Tegoż do
nabycia monografia Buska kop. 60.

Inselbad Paderborn. Jedyne Zakład leczniczy

dla chorych na Astmę*) i tp. stany chorobne.
Choroby nosa i gardła. Prosp. darmo. Lekarz specy-
alista Dr Brügelmann, Dyr.

*) Porów. Brügelmann'a „O Astmie“ etc. III wyd.
Nakład J. F. Bergmann. Wiesbaden 1895.

D^r F. CHŁAPOWSKI

ordynuje w tym roku jak w latach po-
przednich

w **Kissingen** (w Bawaryi).

Dostać można we wszystkich aptekach.