

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIEC. JEZUS
W WARSZAWIE.

Kilka przypadków wągřów i bąblowca mózgu

ORAZ

uwagi o częstości różnycł tasiemców w Warszawie.

Podali

Józef Winiarski i Władysław Żenczykowski.

Kilka przypadków wągřów i bąblowca mózgu, które się trafiły w krótkim stosunkowo czasie na jednym oddziale szpitalnym, skłoniły nas do ich ogłoszenia drukiem.

Przed podaniem historii tych chorych przypomniemy czytelnikom Gazety niektóre z dzisiejszych naszych wiadomości o tych pasożytach w mózgu.

Przedewszystkiem—jak one dostają się do mózgu? Na pytanie to mamy od dawna stanowczą odpowiedź, że dzieje się to drogą limfy i krwiobiegu.

Wągry, dość częste u świń i człowieka, pochodzą od tasiemca samotnego (*taenia solium*). Wągry brózdogłowca szerokiego (*botriocephalus latus*), właściwe niektórym rybom [szczupakom, łososiom, miętusom], u człowieka nie zdarzają się nigdy. Wągry tasiemca żytawskiego (*taenia mediocanellata vel saginata*), właściwe bydłu, spostrzegano u człowieka niezmiernie rzadko, a i te spostrzeżenia bynajmniej nie są pewne.

Jajka tasiemca dostają się do żołądka ludzkiego bądź przez samozakażenie, bądź przez zakażenie. Samozakażenie zdarza się daleko rzadziej: ma ono miejsce u ludzi chorych na tasiemca przez przeniesienie jajek własnego tasiemca palcami do ust, albo też przez przedostanie się do żołądka podczas wymiotów—dojrzałych członków (proglotyd) solitera, co spostrzegano już niejednokrotnie. W tym ostatnim razie rozwija się w ustroju mnóstwo wągřów. Daleko częściej wągry powstają przez zakażenie jajkami z cudzego tasiemca, które to jajka dostają się do ust czy to za pośrednictwem palców, czy też zanieczyszczonych przypadkowo owoców, surowizn i t. p. Z chwilą, gdy jajka tasiemca znajdują się w żo-

ładku, otoczki ich pod wpływem soku żołądkowego rozpuszczają się, a uwolnione embryony-zarodki przebijają swymi haczykami ścianki kiszek cienkich albo nawet jeszcze żołądka i, poruszając się czynnie, szukają sobie drogi do naczyń chłonnych lub krwionośnych. Dostawszy się do krwiobiegu, zarodki, zanesione do różnych narządów, zatrzymują się w nich wreszcie, tracą haczyki i dają początek wągrom, t. j. małym torbielom, zawierającym główkę tasiemca i stanowiącym bezpłciową fazę rozwojową solitera. Do zupełnego rozwoju wągra potrzeba 10—11-tu tygodni. Zwykle podają, że wągry żyją 3 do 6-iu lat, według, niektórych autorów—nawet 10 do 12-tu lat.

Wszystko to są fakty stwierdzone aż nadto często doświadczeniami na świniach, karmionych członkami solitera, oraz podobnymi doświadczeniami na ludziach, skazanych na śmierć. W doświadczeniach tych wielokrotnie znajdowano niezmienione jeszcze embryony w stanie wolnym we krwi żyły wrotnej.

Zupełnie tak samo przedostają się do różnych narządów i jajka bąblowca, pochodzące z tasiemca wieńcogłówki (*taenia echinococcus*).

Wągry najczęściej umiejscowiają się w mózgu i jego oponach, w gałce ocznej, w mięśniach dowolnych oraz w mięśniu sercowym i w tkance podskórnej; bardzo rzadko zaś w innych narządach. Bąblowiec, przeciwnie, może zajmować niemal wszystkie narządy, najczęściej zaś wątrobę, następnie nerki, mózg, płuca, śledzionę. Wągrów w mózgu bywa zwykle wiele—do 100 i więcej, rzadko jeden tylko. Najczęściej znajdują się w oponie miękkiej i pajęczej, na wypukłości mózgu, w brózdach i istocie szarej mózgu, daleko zaś rzadziej w istocie białej. Dość często zdarzają się w komorach mózgu, gdzie pływają swobodnie lub są zrosnięte z ependymą. Rzadziej spotyka się je w zwojach środkowych [wzgórku wzrokowym i ciele prążkowanym] oraz na podstawie mózgu, gdzie przylegają do nerwów i naczyń lub zrastają się z niemi.

Bąblowiec mózgu zwykle bywa pojedynczy, widywano go jednak po kilka, a nawet kilkaset sztuk. Zwykle umiejscowia się on w oponach mózgu i na jego powierzchni, niekiedy w komorach lub w istocie mózgu. Wielkość torbielei może tu dochodzić do pięści dorosłego człowieka.

Pasożyty te, umiejscowiwszy się w mózgu, często wywołują zmiany wtórne w otaczającej tkance [miejscowe przewlekłe zapalenie opon lub ependymy]. Mogą one obumierać i ulegać przemianom wstecznym [zwapnieniu]. Bąblowiec może pęknąć do jamy nosowej lub oczodołu.

Od dawna zwrócono uwagę, że pasożyty mózgu bardzo często towarzyszą innym cierpieniom mózgu (*pachymeningitis haemorrhagica*, *abscessus cerebri*, *apoplexia*, *hydrocephalus internus*). Można by sądzić, że pasożyty mózgu usposabiają go do wymienionych cierpień.

Co się tyczy objawów, to zależą one przedewszystkiem od umiejscowienia się pasożytów. Liczyć się trzeba i z tem, że pasożytów tych często bywa dużo i to rozrzuconych w różnych miejscach mózgu, że przed osiedleniem się na stałe mogą wędrować po mózgu, wreszcie, że mogą zamrzeć.

Co do wągów, przedewszystkiem trzeba zaznaczyć fakt, że mogą nie powodować żadnych objawów mózgowych. Niekiedy dopiero na krótko przed samą śmiercią występują objawy jakiegoś ciężkiego cierpienia mózgu. Tak

na przykład, podług CLEMENCEAU $\frac{2}{3}$ przypadków wągrów mózgu przebiega bez wszelkich objawów¹⁾. Według KÜCHENMEISTER'a, tylko 18% nie daje objawów; EULENBURG i BRUNS (*Real-Encyclopädie*) i tę cyfrę uważają za zbyt wysoką.

Często wągrzy mózgu dają objawy podobne do histeryi, neurastenii lub hipochondryi, a więc: bóle głowy, zawroty głowy, niechęć do pracy, znużenie, senność, przygnębienie, osłabienie pamięci i t. p.

Bardzo często wągrzy mózgu przebiegają pod postacią epilepsyi. Drgawki jednak mogą tu występować z utratą, zamgleniem lub bez utraty przytomności, mogą być ogólne, albo też odpowiadać typowi JACKSON'a, mogą naśladować zupełnie drgawki histeryczne, mogą zajmować jedynie oddzielne grupy mięśni i przeskakiwać z jednej grupy mięśniowej na coraz to inną, mogą się łączyć z zaburzeniami umysłowemi, mogą często zmieniać swój charakter podczas przebiegu choroby. Stosunkowo często drgawki, zależne od wągrów, przechodzą w śmiertelny stan epileptyczny (*état du mal*).

Dalszą grupę przypadków stanowią z kolei różne postaci chorób umysłowych, często połączone z drgawkami i uchodzące za obłąkanie epileptyczne. Może jednak nieraz wągrzy mózgu u obłąkanych stanowią zjawisko wtórne, zależne od spożywania przez tych nieszczęśliwych kału, braku czystości i t. p.

W pozostałych, wreszcie, przypadkach wągrzy mózgu zbliżają się swym przebiegiem klinicznym do guzów mózgu, a więc prócz wyżej wspomnianych przypadłości dają, zwłaszcza gdy sadowią się w IV komorze lub w wodociągu Sylwiusza, objawy ucisku mózgu, ślepotę, często bezład mózdkowy, rzadziej porażenia połowicze, porażenia dolnych lub wszystkich kończyn, cukromocz, zaburzenia w oddychaniu i krążeniu. Zaburzenia czucia, porażenia nerwów u podstawy mózgu rzadko były spostrzegane.

Bąblowiec mózgu zazwyczaj przebiegiem swym zbliża się do guzów mózgu. Niekiedy wywołuje bóle głowy, wzmagające się przy ruchu, lub uczucie czegoś, poruszającego się w czaszce²⁾.

Trafne rozpoznanie cierpienia za życia wyjątkowo chyba może się zdarzyć gdy uda się wykazać wągrzy w oku, w tkance podskórnej lub przy pęknięciu bąblowca do nosa lub oczodołów; wtedy dyagnoza staje się już oczywista. Co się tyczy rokowania, to nie jest ono bezwzględnie złe, ponieważ niekiedy może nastąpić samowyleczenie przez obumarcie, zwapnienie lub pęknięcie pasożyta. Remisy objawów chorobowych zdarzają się dość często. Środka zabijającego te pasożyty dotąd nie mamy. Wskutek częstego sadowienia się ich w okolicy ruchowej kory mózgowej, nieraz już były powodem zabiegu operacyjnego, więczonego nawet pomyślnym wynikiem. [C. d. n.]

¹⁾ *Traité de Pathologie interne*. CHARCÔT, BOUCHARD, BRISSAUD. T. II, str. 232.

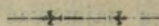
²⁾ Szczegóły te podajemy przeważnie podług OPPENHEIM'a [*Die Geschwülste des Gehirns* w *Handbuch der spec. Pathol. und Ther.* NOTHNAGEL'a].

II. POWIKŁANIA PRZY OPERACYI WYROŚLI ADENOIDALNYCH.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu laryngologiczno-otyarycznym dnia 31-go grudnia 1902 r.
w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Dr Maurycy Hertz.



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 20].

Wobec możliwości krwawienia następczego nawet w kilka dni po operacyi, nie należy chorym przyjezdnym pozwalać zaraz po operacyi wyjeżdżać, jak to często ma miejsce, gdyż krwotok zdarzyć się może w takim miejscu, gdzie chory nie będzie mógł otrzymać żadnej pomocy. Na ewentualność tę należy zwrócić szczególną uwagę otoczenia, które często świadomie wprowadza nas w błąd i pomimo zakazu wyjeżdża z chorym na drugi dzień po operacyi. W razie mniejszego krwawienia wystarcza często polykanie drobnych kawałków lodu, przemycie nosa gorącą lub zimną wodą [co ze względu na uszy nie należy do zupełnie bezpiecznych zabiegów].

Należy obejrzeć gardziel, czy niema gdzie wiszących strzępów wyrosli i ewent. je usunąć. Jeśli krwotok się powiększa należy wprowadzić tampon do jamy noso-gardzielowej. Odpowiedniej wielkości tampon z gazy jodoformowej lub sublimatowej wprowadzamy za języczek i wpychamy palcami aż do stropu jamy noso-gardzielowej, gdzie możemy go zostawić bez obawy wypadnięcia, gdyż siedzi mocno przez skurcz mięśni, lub też wprowadzamy dla pewności tampon zapomocą BELLOCQ'a. Przy silnej anemii — *excitantia*, podskórne iniekcye fizyologicznego rozczyynu soli kuchennej.

Bardzo wielu autorów zwraca uwagę na możliwość wpadnięcia do krtani, a stąd przez aspiracyę i głębiej kawałka odciętych wyrosli, [szczególniej przy operowaniu kiureta], co spowodować może asfiksyę, nawet ze zejściem śmiertelnem.

BAR ¹⁾ spostrzegł podczas operacyi u 5-letniej dziewczynki o drażu ogromną cyanozę—dziecko w kilka chwil było w stanie zupełnej asfiksyi. Uratował je dzięki szybkiemu wyjęciu kleszczami kawałka wyrosli, który utkwił przy wejściu do krtani.

SCHWARTZE również wspomina o tem, że kiedyś podczas operacyi wpadł kawałek wyrosli do krtani, ale zapomocą palca udało mu się go lekko wyjąć.

Wogóle, zdaje się, obawa przed ewentualnością zaduszenia się z powodu wpadnięcia kawałka wyrosli do dróg oddechowych, jest zbyt wielka. Jest to wogóle więcej możliwe teoretycznie, niż *de facto*. Jeśli nawet wpadnie podczas

¹⁾ BAR Ref. w Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1896 r.

operacyi kawałek wyrosł do krtani, to momentalnie odruchowo następuje silny kaszel i chory nawet we śnie [naturalnie w niezbyt głębokiej narkozie, a w takiej wogóle nie wolno operować] wyrzuci aspirowany kawałek wyrosłi.

W obszernej monografii o wyrosłach adenoidalnych w zbiorowym podręczniku HEYMANN'a GOTTSTEIN i KAYSER wspominają, że dotychczas w literaturze nie opisano ani jednego przypadku, zakończonego śmiercią z powodu wpadnięcia do dróg oddechowych kawałka wyrosłi. Bardzo wielu autorów cytuje przypadek, opisany przez VOLTOLINI'ego, ale w przypadku tym z opisu trudno przypuszczać, aby wpadnięcie do krtani kawałka wyrosłi było przyczyną śmierci. VOLTOLINI'emu przyprowadzono młodego chłopca, a właściwie przyniesiono, gdyż chory z powodu duszności nie mógł sam wejść na schody. VOLTOLINI przy badaniu skonstatował guz wyrosłi w jamie noso-gardzielowej i nie badając z powodu pośpiechu ani serca ani płuc, przystąpił do operacyi. Pętlicą kaustyczną wykonał operację i gdy badał później palcem jamę noso-gardzielową czy wszystko usunięte, w tejże samej chwili mały pacjent padł, jak piorunem rażony. Z opisu wygląda, że *dysпноë* należało szukać gdzieindziej [serce, płuca] a nie w wyrosłach i śmierć nastąpiła tu chyba z powodu paralizu serca.

W każdym razie przypadek VOLTOLINI'ego nie jest dostatecznie przekonujący, że chodziło tu o wpadnięcie kawałka wyrosłi do dróg oddechowych, co miało być przyczyną śmierci.

Jest to jedyny przypadek śmiertelny, opisany w literaturze.

FLATAU ¹⁾ miał przypadek, gdzie w chwilę po operacyi nastąpił u dziecka ciężki *collapsus* z ogromną cianozą i to tak gwałtowną, iż zmuszony był wykonać tracheotomię. Po tracheotomii dziecko przyszło do siebie i zaczęło oddychać. FLATAU nie jest pewien, czy w danym przypadku chodziło o aspirację krwi lub też odciętego kawałka wyrosłi do dróg oddechowych, czy też przyczyną cianozy był *shock*.

Jak przy każdej operacyi, tak i przy wycinaniu wyrosłi adenoidalnych może nastąpić *shock*, który stać się może bardzo groźnym w skutkach. *Shock* chyba była przyczyną śmierci dzieci w przypadkach, opisanych przez SANDFORD'a i COLLIER'a.

SANDFORD ²⁾ opisuje następujący przypadek: operacya zrobiona była o godzinie 10 ej zrana; o 3¹/₂ po poł. zaczęły się ogólne drgawki, bardzo ciężkie, które jednak ustąpiły i chory przyszedł do siebie. Po pewnym czasie jednak zaczęły się drgawki na nowo i śmierć nastąpiła w kilka minut przy objawach asfitycznych. Autor przypuszcza, że pierwszy atak drgawek nastąpił jako skutek podrażnienia systemu nerwowego [wzmoczenie „*l'excitabilité nerveuse*”], wywołanego, być może, kokainą, użytą do znieczulania. Podczas drgawek nastąpił wylew krwawy do mózgu i wywołał zejście śmiertelne.

¹⁾ FLATAU. Ref. w Centralblatt. 1898.

²⁾ SANDFORD. Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1894.

COLLIER ¹⁾ również obserwował przypadek, gdzie dziecko w przeciągu 10-iu godzin po operacji czuło się zupełnie dobrze; później nastąpiły drgawki i dziecko umarło w 10 minut.

Shock może wywołać u osobników nerwowych różne objawy. ABELES np. widział po operacji u 9-letniego chłopca ogólne drżenie, które trwało kilkanaście minut.

Zagadkowe są przypadki, gdzie po operacji nastąpiła śmierć pomimo zachowania wszelkich ostrożności, a przedewszystkiem pomimo wykonania operacji z pedantyczną czystością podług wszelkich prawideł antyseptyki i aseptyki.

L. KENNY ²⁾ stracił dziecko, u którego jednocześnie usunął wyrosłe adenoidalne i migdały. Dziecko zmarło w 26 godzin po operacji przy objawach zwężenia krtani. Operacja wykonana była z zachowaniem zupełnej aseptyki.

BURTON S. BOOTH ³⁾ usunął u dziecka wyrosłe, migdały i ekzostożę na *septum* na jednym posiedzeniu. Dziecko czuło się zupełnie dobrze; w kilka dni nastąpiła *pneumonia, meningitis basilaris* i śmierć. Narzędzia wszystkie były sterylizowane, operacja cała wykonana była z pedantyczną czystością; infekcja w danym przypadku nastąpiła chyba z zewnątrz, w domu.

Infekcja po operacji, przyniesiona z zewnątrz należy do bardzo ciężkich powikłań po operacji wyrosłych adenoidalnych; należy z tą ewentualnością bardzo się liczyć i wszelkimi możliwymi sposobami starać się jej zapobiedz, tembardziej że otoczenie chorego zawsze przypisywać to będzie infekcyi podczas operacji. Nie należy nigdy operować w bardzo prędkim czasie po przebytej chorobie gorączkowej, nie operować, gdy w tem samym mieszkaniu, gdzie znajduje się chory do operacji, jest jakiś chory na chorobę zakaźną, nie należy również operować, gdy w mieście panują epidemicznie zakaźne choroby, jak odra, szkarlatyna, dyfteryt, koklusz, influenza i t. p., gdyż osobnik operowany łatwo bardzo ulega infekcyi i zapaść może na jedną z tych chorób. Naturalnie w każdym większem mieście niema okresu wolnego od sporadycznych wypadków chorób zakaźnych, mam jedynie na myśli większe epidemie, które od czasu do czasu się zjawiają i w takim okresie stanowczo operować nie wolno. Nie należy również pozwalać na odwiedzanie chorych po operacji, gdyż operowani skłonni są do infekcyi, którą mogą im przynieść odwiedzający. Naturalnie nie każde podniesienie ciepłoty po operacji należy uważać, jako skutek infekcyi. Lekka gorączka po operacji należy do bardzo częstych objawów—dawniej nazywano ją gorączką traumatyczną.

WINKLER zebrał dane co do stanu chorych po operacji wyrosłych adenoidalnych, zatrzymując ich na pewien czas w szpitalu dla obserwacji. Na 78 operowanych u 29-iu było podniesienie ciepłoty; z tych u 12-tu były objawy ogólne [ból głowy, brak apetytu i t. p.]. Z 29-iu przypadków gorączki w 6-iu trwała ona dłużej niż trzy dni, ale tylko w jednym przypadku dosięgła 40° C.

¹⁾ COLLIER. Ref. w Revue hebdomadaire. 1894.

²⁾ L. KENNY. Ref. w Centralblatt. 1899.

³⁾ BURTON S. BOOTH. Ref. w Centralblatt. 1900.

Przeważnie gorączka była tylko przez pierwsze trzy dni; gdzie trwała dłużej, tam zależała od powikłań, jak np. *otitis media acuta*.

WINKLER objaśnia podniesienie ciepłoty po operacji wyrosli adenoidalnych zaburzeniami ze strony żołądka z powodu polykania dużej ilości krwi podczas operacji; naturalnie odgrywa tu główną rolę organizacja danego osobnika. Dla uniknięcia infekcyi należy pamiętać o tem, że w jamie noso-gardzielowej jest pełno drobnoustrojów, dla których rozwoju wyborem podłożem są błony wypocinowe, tworzące się po operacji. Jeżeli przed zupełnym zagojeniem następuje nowy zabieg operacyjny, to wtedy łatwo powstać może infekcyja.

Nie należy więc powtórnie operować przed zupełnym zagojeniem się rany i przerwa pomiędzy jednym a drugim rękoczynem powinna być dłuższa; nie należy również operować wyrosli adenoidalnych, jeśli są jeszcze strupy w nosie po kaustyce.

Jako skutek infekcyi wystąpić może po operacji wyrosli adenoidalnych róża.

MICHEL ¹⁾ opisuje przypadek róży twarzy po operacji wyrosli; podobne przypadki spostrzegali także CORTAZ i GRUNERT. WENDT i TRAUTMAN widzieli *phlegmone* jamy noso-gardzielowej po operacji wyrosli. Jako powikłanie po operacji wystąpić może *torticollis*. [C. d. n.]

III. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

TRZY PRZYPADKI POŁOWICZNEGO ZANIKU JĘZYKA. (HEMIATROPHIA LINGUAE).

Podał

Henryk Landau,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 19].

Co się tyczy naszego przypadku, to odpowiednio do spostrzeganych objawów klinicznych należałoby uznać, że dziedzina rdzenia kręgowego, dotknięta sprawą chorobową, obejmuje całą okolicę nabrzmienia lędźwiowego (*intumesc. lumb.*), czyli że uszkodzone zostały korzonki nerwowe, wychodzące na całej

¹⁾ MICHEL. Revue hebdomadaire. 1892, str. 397.

przeźreni, począwszy od 1-go lędźwiowego aż do 2-go krzyżowego odcinka rdzenia kręgowego włącznie. Że nie wszystkie korzonki zostały tu dotknięte w stopniu jednakowym, dowodem to, że porażenia w obrębie kończyn dolnych ograniczone są jedynie do poszczególnych mięśni, *resp.* grup mięśniowych; również należy przypuścić, że korzonki, wychodzące z lewej połowy rdzenia, zostały uszkodzone silniej, aniżeli biorące początek w prawej połowie. Gdy dalej zmiany w korzonkach przednich wywołały porażenia wraz z zanikami i zwyrodnieniem mięśni porażonych, mamy ze strony korzonków tylnych jedynie objawy podrażnienia, wywołane uciskiem na te korzonki, a cechujące się klinicznie bólami opasującymi w okolicy krzyża i promieniującymi wzdłuż obu kończyn dolnych. Wreszcie obecność zmian, podobnych do tych, jakie znajdują się w korzonkach przednich w dolnej części rdzenia, należy przypuścić również w korzeniach lewego nerwu twarzowego oraz podjęzykowego. Czy sprawa w korzonkach nerwowych jest w obecnym przypadku pierwotną, czy też przeszła na nie z opon mózgowych, *resp.* za pośrednictwem naczyń, orzec trudno. Bądź co bądź za zajęciem przynajmniej miejscowem opon przemawia tu stała bolesność przy naciskaniu oraz opukiwaniu dolnego odcinka piersiowego oraz górnego lędźwiowego kręgosłupa, która to okolica odpowiada w zupełności przypuszczalnemu umiejscowieniu sprawy chorobowej w rdzeniu kręgowym. Ogólnie zatem biorąc, mamy do czynienia w obecnym przypadku ze sprawą, którą możnaby określić mianem *meningo-myelitis diffusa*. Sprawa ta, prawdopodobnie pochodzenia przymiotowego, dotknąwszy w stopniu nader lekkim i nieuchwytnym większą część mózgu oraz rdzenia, dosięgnęła w niektórych miejscach znacznieszego natężenia i przechodząc tam na korzonki nerwowe, wywołała odnośne objawy kliniczne. Za naturą przymiotową cierpienia przemawia tu zresztą również przebieg nader przewlekły, jako też znaczna zmienność obrazu chorobowego wogóle, zwłaszcza też częstość nawrotów, zjawiających się bez przyczyny widocznej i szybko ustępujących, które to cechy są, jak wiadomo, do pewnego stopnia patognomoniczne dla przymiotu centralnego układu nerwowego, bądź co bądź zaś i to, że spostrzegana przez nas znaczna poprawa w stanie chorego nastąpiła po zastosowaniu — krótkotrwałego wprawdzie — leczenia swoistego.

Wreszcie wykluczyć możemy w obecnym przypadku zupełnie zajęcie korzeni nerwowych na dalszym ich przebiegu w kanale kręgowym, a więc zajęcie t. zw. *caudae equinae*. Przemawia bowiem przeciwko temu zarówno zbyt wysokie umiejscowienie bolesności w kręgosłupie, jak i brak wszelkich zaburzeń czuciowych, zaburzeń czynności pęcherza, kiszki prostej i t. d. We wszystkich 3-ch przypadkach, opisanych powyżej, znajdujemy jeden objaw wspólny, a mianowicie: połowiczny zanik języka; o tym to objawie chciałbym tu skreślić uwag kilka.

Tak więc przedewszystkiem muszę nadmienić, że objaw ten widywano przy najrozmaitszych cierpieniach układu nerwowego i to w kombinacji z najróżnorodniejszymi innymi objawami. Wogóle zaś pominąwszy nader rzadkie przy-

padki wrodzonej hemiatrofii języka, jak np. przypadek hydromyeli Ascoli'ego, przypadek Schapringer'a, Minkiewicz, objaw ten możemy spostrzegać przy różnych cierpieniach nerwu podjęzykowego na całym jego przebiegu, począwszy od zakończeń jego w masie mięśniowej języka aż do ośrodka w korze mózgowej. Właściwie wszakże centralne cierpienia *hypoglossi*, a więc uszkodzenie dróg, leżących powyżej jądra jego w opuszce, a łączących to ostatnie z ośrodkiem korowym, zazwyczaj pociągają za sobą jedynie porażenie odnośnej połowy języka bez zaniku lub też z zanikiem bardzo mało wyraźnym [Fairlie Clarke], czego typowy przykład mamy przy hemiplegii. Natomiast o wiele częściej już występuje zanik połowiczny języka przy cierpieniu jądra nerwu podjęzykowego w mózgu przedłużonym, które to jądro stanowi właściwy ośrodek troficzny zarówno dla samego nerwu, jak i dla unerwianych przezeń mięśni języka. Co się tycze przyczyn, wywołujących to uszkodzenie jądra *hypoglossi*, to mogą one być, jak świadczą o tem opisy spostrzeganych dotychczas przypadków, różne, a więc: wylew w jego okolicy [Hirt], zamknięcie światła naczyń [gałązki *art. vertebr.*, specjalnie *art. spin. ant.*], zaopatrujących w krew dziedzinę tego jądra, które to zamknięcie bywa najczęściej następstwem syfilitycznego zwyrodnienia tych naczyń [Pel], tu wreszcie zaliczyć należy również przypadki połowicznego zaniku języka, spostrzegane przy władzie rdzenia [Ballet, Raymond i Artaud, Westphal i in.] oraz przy syringomyelii [Tamburker, Wiersma, Schlesinger], przyczem w ostatnim z tych cierpień sprawa ta zostaje najprawdopodobniej wywołana przez bezpośrednie rozszerzenie się sprawy gliomatycznej *per continuitatem* na opuszkę, *resp.* na okolicę jądra *hypoglossi*. Czynniki etyologiczne, zupełnie odmienny od poprzednich, podaje Remak, upatrujący — o ile słusznie, niewiadomo — przyczynę połowicznego zaniku języka w swoim przypadku w zaniku jądra nerwu podjęzykowego na tle przewlekłego zatrucia ołowiem (*polioencephalitis saturnina*).

O wiele częstsze wszakże, aniżeli przypadki pochodzenia jądrowego, są przypadki połowicznego zaniku języka, uwarunkowane właściwie peryferycznym cierpieniem nerwu podjęzykowego. Tu należy wymienić przedewszystkiem spostrzegane niejednokrotnie przypadki zwyrodnienia korzonków tego nerwu natury syfilitycznej [przypadki: Houghlings Jackson'a, Dinkler'a], dalej rozliczne sprawy patologiczne, bądź nowotworowe, bądź zapalne [pośród tych ostatnich największą rolę etyologiczną odgrywa znowu przymiot], usadowione na podstawie mózgu i wychodzące jużto z opon mózgowych, jużto z kości czaszki (*os. occipit.*, *pars petrosa os. tempor.*), ewentualnie wnikające do górnego odcinka kanału kręgowego i wywierające ucisk na nerw podjęzykowy [przypadki Bieck'a, Bernhardt'a, Remak'a, Wenhardt'a, Juliusburger'a, Wiersma'y i wielu innych]. Ponieważ większość spraw wymienionych posiada charakter rozlany, rzecz prosta więc, że cierpienie nie ogranicza się tu prawie nigdy wyłącznie do nerwu podjęzykowego, lecz wraz z nim uszkodzone zostają i inne nerwy, częstokroć nie tylko sąsiadujące z nim, lecz i oddalone, czego wybitnym przykładem może służyć przypadek Adamkiewicz, gdzie guz [rak], wychodzący z *antrum Highmori* i wrastający do czaszki uszkodził nerwy czaszkowe po jednej stronie, począwszy od II aż do XII włącznie. Do nerwów wszakże,

biorących najczęściej współdziałal przy cierpieniu *hypoglossi*, należy dziedziina *vago-accessorii*, zwłaszcza zaś gałąź wewnętrzna *n. accessorii*, skąd też tak często spostrzegane *trio* objawów, jak: połowiczny zanik języka, porażenie podniebienia oraz struny głosowej po stronie odpowiadającej zanikowi, o czem zresztą mowa będzie jeszcze poniżej.

Nerw podjęzykowy może uleść uszkodzeniu i niżej na przebiegu swym w kanale kostnym, t. zw. *canalis hypoglossi* (*for. condyl. ant.*), wskutek wrastania rozmaitych tworów chorobowych [np. torbieli, jak to miało miejsce w przyp. DUPUYTREN'a] w ten kanał, przyczem, analogicznie do tego, jak to bywa z *n. facialis* na przebiegu tegoż w *can. Fallopii*, następuje już to ucisk tych tworów [guzów, wysięków zapalnych] na nerw, już też bezpośrednio przejście sprawy chorobowej na sam nerw, jak to np. miało miejsce w przypadku LEWIN'a, w którym nerw na całym jego przebiegu w *can. hypogl.* znalazł się zwyrodniałym na skutek wrastającego weń gumatu.

Po wyjściu z czaszki nerw podjęzykowy przylega dość ściśle do przedniej powierzchni trzonu pierwszego kręgu szyjowego, a po części i 2-go. To też wszelkie sprawy patologiczne, dotykające tych kości lub też stawów łączących je, jako to: *caries*, *osteomyelitis*, zwichnięcie tych kręgów, mogą wywołać uszkodzenie nerwu podjęzykowego, względnie połowiczny zanik języka, jak tego dowodzą przypadki LUESCHOW'a, SAUER'a, VULPIUS'a i in. I tu ze względu na blizkie sąsiedztwo bywa zazwyczaj uszkodzony również i *n. accessorius*, już to całkowicie, już też tylko wewnętrzna jego gałąź.

Dalej ku obwodowi porażenie *hypoglossi* może być wywołane uciskiem nań ze strony obrzniętych gruczołów chłonnych na szyi w okolicy kąta dolnej szczęki [przyp. BERNHARDT'a], częściej wszakże zdarzają się tu bezpośrednie uszkodzenia *resp.* zranienia, leżące dość powierzchownie w tej okolicy nerwu bronią palną¹⁾, wszelkiego rodzaju narzędziami ostreymi [nóż, brzytwa, bagnet] [przypadki: WEIR-MITSCHELL'a, TRAUMANN'a, BERNHARDT'a, HOYER'a, MINGAZZINI'ego i in.] lub nawet tępemi, jak to miało miejsce w jednym przypadku REMAK'a, gdzie dłuższy ucisk na nerw przy operacji wycięcia kawernomatu na szyi wywołał porażenie jego, a w następstwie połowiczny zanik języka.

[C. d. n.].

¹⁾ Do tej kategorii przypadków należy nader ciekawy przypadek SCHUELLER'a, w którym kula przeszedłszy poprzecznie przez szyję, zraniła symetrycznie obydwie nerwy podjęzykowe.

ODCINEK.



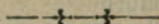
Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901), porównawczo z innymi miastami.

Napisał

Witold Załęski,

naczelnik sekcji statystycznej magistratu m. Warszawy.

[Odczyt, mianu w Towarzystwie Hygienicznym w sekcji biologicznej 11-go grudnia 1902 r.].



[Dokończenie — Patrz Nr. 20].

Gorączka połogowa.

Liczba wypadków śmierci z gorączki połogowej zmniejszyła się w Warszawie. Na 10000 mieszk. zmarło średnio rocznie podczas okresu:

1882—1891 . 2,20 kobiet
1892—1901 . 1,67 „

w r. 1901 zmarły 82 kobiety, t. j. 1,15 na 10000 mieszk.

Podług obliczeń biura statystycznego w Amsterdamie ¹⁾ zmarło w r. 1901 na 10000 mieszk. z gorączki połogowej kobiet:

w Nowym-Yorku	0,69	w Buenos-Ayres	0,77
w Paryżu	0,52	w Glasgowie	0,71
w Berlinie	0,70	w Budapeszcie	0,27
w Wiedniu	0,97	w Warszawie	1,15
w Chicago	0,88	w Amsterdamie	0,15
w Petersburgu	0,51	w Odesie	0,84
w Moskwie	0,69	i t. d.	

W miastach austriackich ²⁾ zmarło w r. 1901 na 10000 mieszk. 0,7 kobiet z gorączki połogowej. Największa była śmiertelność:

w Samborzu 4,6 kobiet
w Jarosławiu 3,5 „
w Kołomyi 1,7 „

daleko mniejsza była śmiertelność:

w Wiedniu 0,9
w Krakowie 0,6
we Lwowie 0,3

¹⁾ Tableau de statistique démographique d'Amsterdam. str. 32.

²⁾ Statistische Monatsseh rift. 1902, str. 115 i n.

W Berlinie wypada na 1000 urodzeń 2,09 wypadki śmierci z gorączki połogowej.

W Paryżu w r. 1899 zmarło 128 kobiet od gorączki połogowej (*septicémie puerpérale*), czyli 0,51 na 10000 mieszk.

W Petersburgu umierało z gorączki połogowej średnio rocznie podczas okresu 1888—1897 50 kobiet, czyli 0,5 na 10000 mieszk., w r. 1899 35 kobiet, t. j. 0,3 na 10000 mieszk.

Wady organiczne serca.

Bardzo znacznie zwiększyła się w Warszawie liczba wypadków śmierci z wad organicznych serca. Na 10000 mieszk. umierało średnio rocznie podczas okresu:

1882—1891 . 8,33 osoby

1892—1901 . 9,04 "

w r. 1901 zmarło 638 osób, czyli 8,96.

W miastach austriackich ¹⁾ w r. 1901 zmarło na 10000 mieszk. z wad organicznych serca 17,2 osób.

Najwięcej zmarło w Klagenfurcie 37,6 osób,

najmniej w Floridsdorfie . . . 2,4 "

w Krakowie zmarło . . . 27,5 "

we Lwowie 13,8 "

w Wiedniu 18,3 "

W Paryżu ²⁾ w r. 1899 zmarło od chorób organicznych serca 3197 osób, czyli 12,70 na 10000 mieszk.

Katar kiszek.

Największe żniwo zabiera w Warszawie śmierć od kataru kiszek z powodu wielkiej liczby dzieci w mieście. Na 10000 mieszk. umierało średnio rocznie podczas okresu:

1882—1891 . 44,22 osoby

1892—1901 . 30,85 "

w r. 1901 było 2322 zejścia, czyli 32,61 na 10000 mieszk. Zmniejszyła się zatem śmiertelność.

W miastach austriackich ³⁾ z chorób zapalnych przewodów pokarmowych (*cholera infantum*) zmarło na 10000 mieszk. w r. 1901 3,9 osób. Najwięcej wypadków było:

w Klagenfurcie . . . 26,1

w Wiedniu 0,1

we Lwowie 0,4

w Krakowie 19,5

w Samborzu 25,6

w Podgórzu 25,0

W 286-iu miastach niemieckich ⁴⁾ od ostrych chorób kiszek (*acute Darmkrankheiten*) zmarło na 10000 mieszk.:

¹⁾ Statistische Monatschrift. 1902, str. 117.

²⁾ Annuaire statistique de la ville de Paris, str. 144 i n.

³⁾ Stat. Monatschr. str. 115.

⁴⁾ Veröffent. d. Kais. Gesundh. Nr. 42, str. 1061.

w r. 1897 . . .	29,0 osób
„ 1898 . . .	28,0 „
„ 1899 . . .	28,0 „
„ 1900 . . .	31,0 „
„ 1901 . . .	27,0 „

W Petersburgu ¹⁾ wypadków śmierci od chorób przewodów pokarmowych było średnio rocznie podczas okresu 1888—1897 3385, czyli 33,0 na 10000 mieszk., w r. 1899 3738, czyli 30,6.

W Paryżu ²⁾ w r. 1899 zmarło od *diarrhée infantile*, *athrepsie*, *diarrhée et enterite* i od *dysenterie* 3211 osób, czyli 12,77 na 10000 mieszk.

Samobójstwa.

Liczba stosunkowo samobójstw trochę zwiększyła się w Warszawie, było bowiem na 10000 mieszk. średnio rocznie podczas okresu:

1882—1891 . . .	1,14
1892—1901 . . .	1,36

w r. 1901 było 90 wypadków, czyli 1,26 na 10000 mieszk.

W Petersburgu ³⁾ liczono samobójstw średnio rocznie podczas okresu 1888—1897 149, czyli 1,4 na 10000 mieszk. w r. 1899 134, czyli 1,1.

W miastach austriackich ⁴⁾ było średnio rocznie samobójstw podczas okresu:

1886—1890	745
1891—1895	941
1896—1900	1067

W r. 1901 było ich 1304. Wypadków samobójstw było w r. 1901:

w Wiedniu	463
w Pradze czeskiej	134
we Lwowie	59
w Krakowie	19

W Paryżu ⁵⁾ w r. 1899 było samobójstw i zamachów na własne życie 788, co stanowi 3,14 wypadków na 10000 mieszk.

W Budapeszcie ⁶⁾ było średnio rocznie samobójstw na 10000 mieszk. podczas okresu 1891—1895 3,8; w r. 1898 było 261 wypadek.

Rezultaty ogólne.

Z przeglądu szczegółowego wyżej przedstawionych 17-u przyczyn śmierci przychodzimy do rezultatu, że w ciągu okresu 20-letniego [1882—1901 r.] zmniejszyła się liczba stosunkowa wypadków śmierci w Warszawie:

od ospy,
od tyfusu brzuszego,

- 1) Statist. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g., str. 31.
- 2) Annuaire statistique de la ville de Paris. 1899. str. 146 i n.
- 3) Statist. jeżegod. S.-Peterb. Str. 31.
- 4) Statistische Monatschrift. 1902. str. 119 i n.
- 5) Annuaire statistique de la ville de Paris, str. 148 i n.
- 6) Statist. Jahrbuch d. St. Budapest, str. 129.

od suchot płucnych,
od dyfterytu i krupu,
od zapalenia płuc,
z gorączki połogowej,
od kataru kiszek,
i od zapalenia oskrzeli.

Zwiększyła się śmiertelność stosunkowa:

od odry,
od szkarlatyny,
z chorób organicznych serca,
od koklusu
i liczba samobójstw.

Nakoniec pozostała bez zmian liczba stosunkowa wypadków śmierci od gruźliczego zapalenia opon mózgowych i wypadków śmierci od krupowego zapalenia płuc.

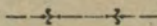
Podług rocznika statystycznego Berlina ¹⁾ zmniejszyła się znacznie w tem mieście śmiertelność od tyfusu i jeszcze znacznie od czerwonki (*Ruhr*), od wyniszczenia dziecięcego (*Kinderabzehrung und Erschöpfung*), od ścisków i od tężca (*tetanus*). Na zmniejszenie ogólnej śmiertelności Berlina wpłynęło zmniejszenie wypadków śmierci od zapalenia kiszek (*Diarrhoe inclus. Brechdurchfall und Magen Darmkatarrh.*), które obok suchot płucnych zabierają największą liczbę ofiar. Od r. 1883 zmniejszyła się znacznie liczba wypadków śmierci od dyfterytu i krupu, z gorączki połogowej, od ząbkowania i od chorób przyrzędów oddechowych. Najstraszniejsza choroba miejska: suchoty płucne, chociaż zabrała w latach ostatnich mniej ofiar w Berlinie niż poprzednio, ale zawsze jeszcze znaczną liczbę. Pozostała na tej samej wysokości albo tylko trochę się zwiększyła liczba wypadków samobójstw i wypadków nieszczęśliwych. Bardzo znacznie zwiększyła się liczba wypadków śmierci w Berlinie od raka i nowotworów i z wad organicznych serca. Liczba wypadków śmierci z uwiązdu schyłkowego prawie się niezmieniła.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Fizjologia i patologia ciśnienia tętniczego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 20].

O wpływie pracy fizycznej na ciśnienie tętnicze pisano już wielokrotnie [BASCH, OERTEL, PFUNGEN, MAXIMOWITSCH i RIEDER — przyrz. BASCH'a, GREBNER i GRUENBAUM — przyrz. GAERTNER'a, GUMPRECHT — przyrz. RIVA R.] Wszyscy badacze jednoznacznie twierdzą, że praca fizyczna podnosi ciśnienie

¹⁾ Stat. Jahrbuch der Stadt Berlin. 26 Jahr. 1902. str. 159 i n.

nie tętnicze. Zwłaszcza ciekawe są w tym kierunku badania [ostatnie] MASSING'a [przrz. RIVA-R.], który przy swoich doświadczeniach brał pod uwagę takie czynniki, jak wiele osobników badanych, wpływ czynników psychicznych [wprawa] i t. p. Wnioski, do jakich autor pomieniony dochodzi, streszczają się w następujących punktach: 1) praca mięśniowa wogóle podnosi ciśnienie tętnicze i to tem więcej, im jest intensywniejsza; 2) to podniesienie ciśnienia bywa większe w tych razach, kiedy natężenie woli jest większe; ponieważ zaś w miarę nabywanej wprawy natężenie woli na wysiłki fizyczne *caeteris paribus* się zmniejsza, przeto czynności nawykowe powodują mniejsze podwyższanie ciśnienia; 3) podniesienie ciśnienia bywa większe u ludzi starszych; 4) u ludzi młodych ciśnienie podczas pracy fizycznej po osiągnięciu pewnej wysokości pozostaje na niej przez czas dłuższy—zazwyczaj przez cały czas trwania pracy; u ludzi starszych ciśnienie często upada podczas pracy. Serce ludzi starszych staje się prędzej niedostateczne, niż u młodszych, skutkiem czego następuje u nich szybciej dyskompensacja pod wpływem pracy fizycznej. Co się tyczy wpływu „wprawy“ na ciśnienie, to POTAIN zaznacza nawet, że „przyzwyczajenie do ćwiczeń cielesnych sprowadza obniżenie ciśnienia po za cyfrę normalną“ [str. 64], że u przyzwyczajonych do wysiłków ludzi (*chez les vieux gymnastes*) skutkiem większej drożności naczyń włosowatych na obwodzie niskie cyfry ciśnienia przy wysiłkach nie są oznaką słabości serca [str. 65].

O wpływie temperatury, t. j. bodźców cieplnych na ciśnienie tętnicze pisa-no już bardzo wiele, atoli zdania w tym względzie badaczy są dotychczas wprost sobie przeciwne ¹⁾. Jedni znajdowali pod wpływem ciepła podniesienie ciśnienia; inni — chwilowe podniesienie a następnie spadek, inni znowu tylko spadek. W pracy O. MUELLER'a, który badał ciśnienie pod wpływem rozmaitych kąpiei [przrz. RIVA-R.] — ostatniej, jaką w literaturze zagranicznej w obchodzącej nas sprawie znajdujemy—wnioski, do jakich autor dochodzi, są następujące. Ciepłe kąpiele — do 40° - wywołują krótkotrwałe podniesienie ciśnienia, poczem następuje spadek poniżej normy, następnie zaś — znowu podniesienie; kąpiele powyżej 40° powodują przez cały czas podniesienie ciśnienia. Sztuczne kąpiele Nauheimskie [CO²] powodują podniesienie ciśnienia, zależne raczej od ciepłoty kąpeli niż od zawartości w niej CO². Wszystkie procedury, skierowane ku wywołaniu potów [piaskowe, parowe, powietrzne, świetlnoelektryczne kąpiele] powodują podniesienie ciśnienia. To samo powodują wszelakie natryski. Z tego autor wyprowadza wniosek praktyczny, że mianowicie większość fizykalnych metod leczenia, podnosząc ciśnienie tętnicze, obciąża znacznie pracę serca, skutkiem czego należy je stosować bardzo ostrożnie u ludzi, chorych na mięsień sercowy i z miażdżycą tętnic. Jednak dziś jeszcze wnioskowi tego nie można przyjąć bez zastrzeżeń, tem bardziej, że inni autorowie dochodzili do wprost przeciwnych, co O. MUELLER rezultatów. Tak POTAIN twierdzi, że otaczająca wysoka temperatura obniża ciśnienie. ŚWIĘTOCHOWSKI, poddając ludzi kąpielom gorącym, znajdował zawsze obniżenie ciśnienia, które konstatował już po 5-iu min. trwania kąpeli, przyczem ciśnienie obniżało się o 4—6 ctm. (!) RZĘTKOWSKI, poddając ludzi kąpielom świetlnoelektrycznym, u wszystkich ich podczas *maximum* ogrzewania konstatował obniżenie się ciśnienia [Objaz autorowie ostatni używali przrz. GAERTNER'a]. Wobec tak przeciwnych sobie wyników kwestya wpływu temperatury otaczającej na ciśnienie tętnicze nie jest jeszcze całkowicie rozstrzygnięta.

Zanim przejdziemy do rozpatrzenia patologii ciśnienia tętniczego, musimy jeszcze zwrócić uwagę na wpływ środków farmakologicznych na ciśnienie tętnicze u ludzi. Zaznaczyć musimy, że w tym kierunku pozostaje jeszcze sporo do zrobienia. Pod wpływem kofeiny [ZOFIA FRENKEL] [*per os* lub pod skó-

¹⁾ Omówienie literatury odnośnej znajdzie czytelnik w pracy O. MÜLLER'a.

re], ciśnienie wzrasta [przyrz. BASCH'a]. Morfina [*ibid.*] [pod skórę] czasem nie wpływa na ciśnienie, czasem je podnosi—wbrew mniemaniu CHRISTELLER'a, który po morfinie, podawanej *per os*, konstatował [przyrz. BASCH'a] obniżenie ciśnienia. Atropina [Z. FRENKEL] w dawkach 0,0003 — 0,001 (*atr. sulfur.*) już po 20-u minutach podnosiła ciśnienie, które po dwu godzinach powracało do normy. Alkohol [ŚWIĘTOCHOWSKI] obniża ciśnienie [przyrz. GAETNER'a], według innych — podwyższa [DOGIEL]. Nikotyna — o ile wiem—nie była pod tym względem badana. O ile z moich kilku okolicznościowych doświadczeń na sobie i na kolegach wnosić mogę, natychmiast po wypaleniu papierosa ciśnienie wzrasta o 1 — 2 ctm. [przyrz. GAETNER'a]. Wreszcie co się tyczy naparstnicy, to większość autorów jest zdania, że podnosi ciśnienie. Skonstatowała to Z. FRENKEL, [przyrz. BASCH'a], POTAIN, poczęści CHRISTELLER [przyrz. BASCH'a] i in. POTAIN czasem widział pod wpływem naparstnicy obniżenie ciśnienia; to samo podaje i CHRISTELLER, który wypowiada przeświadczenie, że wogóle działanie naparstnicy nie da się podciągnąć pod żadne prawa. GROSS [przyrz. A. RIVA-R] widywał rozmaite skutki naparstnicy. Tak, w niektórych przypadkach nie wpływała ani na ciśnienie, ani też na zaburzenie krążenia [zły preparat?], być może wskutek ostatecznie złego stanu mięśnia sercowego. W innych razach naparstnica podnosiła ciśnienie, to znowu usuwała dyskompensację, nie podnosząc lub nawet obniżając ciśnienie, albo też nie usuwając dyskompensacji pomimo podniesionego ciśnienia...

Zdaje się, że podniesienie ciśnienia pod wpływem naparstnicy zależy od jej działania na serce [wzmaganie energii rzadszych skurczów], chociaż nie da się wykluczyć również wpływ naparstnicy na naczynia krwionośne [zweżanie].

Wreszcie zaznaczyć muszę, że widziałem u chorego z mocznicą o bardzo wysokiem ciśnieniu obniżenie się ciśnienia pod wpływem naparstnicy [przyrz. BASCH'a]. Co się tyczy środków obniżających temperaturę, jak np. antypiryna, to KUHE WIEGANDT nie widział żadnego wyraźnego wpływu tego środka na ciśnienie tętnicze.

Oto mniej więcej wszystko, co się da powiedzieć klinicznie o wpływie rozmaitych środków farmakologicznych na ciśnienie tętnicze.

IV.

Badając ciśnienie tętnicze w stanach chorobowych, pamiętać musimy nieustannie o tem, że niema może w ustroju funkcji bardziej *labile*, jak właśnie ciśnienie, że więc wpływy uboczne, nie mające z danym stanem chorobowym nic wspólnego, mogą wywrzeć bardzo wyraźny wpływ na ciśnienie. To też jednorazowe pomiary, robione np. u chorych ambulatoryjnych, nie mogą być tak cenne, jak pomiary u chorych leżących, wykonywane kilkakrotnie. Bardzo wybitny wpływ na ciśnienie wywierają rozmaite poruszenia duchowe [strach, ciekawość, ból i t. p.] Tak więc możemy tu przypisywać wagę tylko bardzo stanowczym i dużym cyfrom, nie zważając wcale na wahania w granicy 1 — 2 ctm., chyba, że powtarzają się one stale. Być może, że w niezachowywaniu powyżej wyszczególnionych ostrożności tkwi przyczyna, dla której rozmaici autorowie przy tych samych stanach chorobowych znajdowali rozmaite — często wprost przeciwnie sobie — wysokości ciśnienia tętniczego, o czem przekonamy się niejednokrotnie poniżej.

Do stanów o niskiem ciśnieniu zaliczają przedewszystkiem stany agonalne. I tu jednak ciśnienie zależy od zasadniczego cierpienia. Są np. stany agonalne o ciśnieniu wysokiem, np. u jednego z chorych na apopleksję i *neph. interst.* HENSEN na 8 godzin przed śmiercią znajdował ciśnienie 210 mm, na 2 godz. — 180 mm. Są to jednak przypadki wyjątkowe. W chorobach zakaźnych przed śmiercią zazwyczaj występuje znaczne obniżenie się ciśnienia,

które poprzedza czasem podwyższenie w skutek *dyspnoe* [FRIEDMAN, BASCH]. Ciśnienie w tych razach 95—75 mm, zmusza do złego rokowania [HENSEN], jako świadczące o poczynającej się agonii. Do spraw o ciśnieniu bardzo niskiem zalicza POTAIN stany charłaczce, krwotoki, obfite wypróżnienia. HENSEN natomiast twierdzi, że nawet w przypadkach bardzo posuniętej inanicy często znajdujemy cyfry normalne. I co do ciśnienia u suchotników pomiędzy dwoma tymi autorami niema zgody. Tak, POTAIN za bardzo charakterystyczne uważa dla suchotników ciśnienie nizkie i to tem niższe, im sprawa jest bardziej posunięta [niezależnie od gorączki] tak dalece, że przypisuje temu nawet znaczenie rozpoznawcze. Twierdzi on, że jeśli mamy przed sobą źle odżywianego osobnika bez objawów choroby ostrej, niewyczerpanego nerwowo, niecharłaczego, u którego ciśnienie jest niższe od 14 ctm, to mamy prawo podejrywać go o suchoty tembardziej, że w stanach podobnych np. w błednicy ciśnienie średnio bywa wyższe — 15,6 ctm. Tyle POTAIN. Tymczasem HENSEN powiada krótko, że ciśnienie u chorych w początkowych okresach gruźlicy zachowuje się, jak u zdrowych, dopiero o bardziej posuniętych bywa nieco mniejsze. To samo dotyczy i krwawień. HENSEN wbrew POTAIN'owi twierdzi, że nawet śmiertelnym krwawieniom nieraz towarzyszy ciśnienie 150 — 160 mm. Zazwyczaj przy krwawieniach bywa tak, że zaraz po krwotoku ciśnienie podnosi się [skurcz naczyń i wzmoczenie pracy serca], później zwolna opada, wreszcie znowu wznosi się do cyfr normalnych. W jednym przypadku złośliwej bezkrwiistości H. widział ciśnienie nieco niższe niż prawidłowe [110 — 120]. U chłopotytek znajdował on ciśnienie normalne. Co się tyczy wpływu gorączki na ciśnienie, to wielu autorów obniżenie ciśnienia przy gorączce uważa za prawidłowe, znajdując eksperymentalną podstawę dla swego poglądu w klasycznej pracy ROMBERG'a i PAESSLER'a, którzy stwierdzają porażenie wazomotorów przy infekcyi. Do tych należą RIEGEL, MOSSO, WETZEL i in. BASCH, przeciwnie, znajdował rozmaite cyfry dla ciśnienia przy gorączce, zaś ZADEK, ARNHEIM, panna ECKERT widzieli wzmaganie się ciśnienia. Dziś uważamy raczej, że ciśnienie przy chorobach zakaźnych bywa daleko częściej normalne lub podniesione, niż niżone [HENSEN]. Co się tyczy tyfusu brzuszego, to sprawa ta wymaga specjalnego omówienia, jako mająca tendencję do obniżania ciśnienia. HENSEN mianowicie znajdował po nieznacznem początkowem podniesieniu ciśnienia następcze obniżenie i to zależne nie od *consumptio*, ale od samego procesu chorobowego bezpośrednio. To samo twierdzi POTAIN, który zalicza tyfus brzuszny do spraw o ciśnieniu niskiem. Tu również POTAIN zalicza ostry i przewlekły gościec wielostawowy [średnio 14 ctm.]; tylko podczas istnienia objawów zapalenia wsierdza w gościu ciśnienie nieco wzrastało — w skutek nieznacznego pobudzenia serca. Wreszcie u rekonwalescentów po chorobach zakaźnych znajdowano t. zw. poinfekcyjne obniżenie ciśnienia, często do cyfr bardzo niskich pomimo niezłego stanu ogólnego [HENSEN, 75 — 100 po ostr. gościu wielostaw.]

Jeżeli co do spraw o ciśnieniu niskiem niema zgody pomiędzy autorami, to co do spraw o ciśnieniu wysokiem zapatrywania się nierównie [D. n.].

Zjazd higienistów w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 20].

Następnie dr O. HEWELKE wygłosił odczyt pod tytułem: „Projekt organizacji nadzoru sanitarnego obywatelskiego“.

Coraz większa złożoność życia społecznego powoduje, że pewną część pracy w sprawie zdrowia publicznego musi wziąć na swe barki społeczeństwo, jakkolwiek higiena publiczna w zasadzie należy do zakresu działalności państwa. Jako wyraz tego kierunku istnieją w Petersburgu i Odesie instytucje o takich właśnie celach i zadaniach. Ustawa Petersburska ma charakter organizacji bardziej zamkniętej, urzędniczej. W Odesie, przy samorządzie miejskim istnieją t. zw. cyrkulowe kuratorya zdrowia, których zadaniem jest szerzenie i wprowadzanie w czyn higieny. Wobec konieczności sprowadzenia działalności Towarzystwa Hygienicznego na drogę praktyczną, prelegent wzorując się na ustawie odeskiej, podaje projekt nadzoru sanitarnego obywatelskiego. § 2 ustawy naszego Towarzystwa dozwala na praktyczne zastosowanie higieny w celu zmniejszenia wśród mieszkańców skłonności do chorób i śmiertelności. Należy dążyć do takiego rozszerzenia tego paragrafu, któreby pozwalało na organizację według następującego wzoru: w miastach, gdzie istnieją Towarzystwa Hygieniczne, wybierani są odpowiedni członkowie, między których rozdzielają miasto na rewiry. Ci dobierają sobie z pośród członków, mieszkających w danym rewirze, z osób obojga płci opiekunów dla poszczególnych działów rewiru. Opiekunowie rewirów tworzą przy Towarzystwie osobny komitet higieny praktycznej, mający za zadanie dokładne poznanie pod względem higienicznym danej miejscowości, obmyślanie środków, dążących ku uzdrowotnieniu miasta. W miejscowościach, gdzie niema filialnych Towarzystw, zawiązkiem organizacji mogą być mieszkający tam członkowie Towarzystwa najbliższej filii. Ze względu na odrębny ustrój gminy należałoby przystosować w odpowiedni sposób organizację sanitarną. Analogię a jednocześnie widoki pożyteczności takiej organizacji widzi prelegent w istniejącem u nas Towarzystwie Opieki nad zwierzętami. Po rozszerzeniu naszej organizacji do zakresu, dającego możność praktycznego wykonawstwa na polu higieny, Towarzystwo Hygieniczne, mówi autor, wejdzie na właściwe tory działalności.

Następnie rozpoczęły się prace w oddzielnych sekcjach: sekcya higieny wsi i małych miasteczek [gospodarz dr K. CHEŁCHOWSKI], sekcya biologiczna [gospodarz dr M. JAKOWSKI], sekcya analityczno-chemiczna [gospodarz asesor farmacyi M. BIAŁOBRZESKI], sekcya położnicza [gospodarz dr J. JAWORSKI], sekcya szpitali prowincjonalnych [gospodarz dr W. MĘCZKOWSKI].

W. M.

Sekcya biologiczna.

Sekcya ta zogniskowała w sobie prace na temat szczepień ochronnych i dezynfekcyi. Gdy mównicę innych sekcyi zajmowali kolejno przeważnie lekarze prowincjonalni, rozaczając przed swymi kolegami warszawskimi ponury obraz higieny we wszystkich sferach życia prowincyi i kreśląc warunki reform niezbędnych lub pożądaných, tutaj treść prac więcej teoretyczno-naukowa sprowadziła stosunek odwrotny; lekarze warszawscy zdawali sprawę przed swymi gośćmi prowincjonalnymi z najnowszych prądów i poglądów na niezmiernie doniosłą i wiele w przyszłości obiecującą kwestyę szczepień ochronnych niektórych chorób zakaźnych i związaną z nią dezynfekcyę.

Prawie wszyscy prelegenci stawili się na słowie, zaledwie bowiem dwa z czternastu zadeklarowanych referatów podane nie zostały. Źródłowo i wyczerpująco opracowane odczyty nastreczyły słuchaczom mnóstwo zagadnień natury praktycznej i wywołały ożywioną dyskusję, która zamknięta została szeregiem postulatów pierwszorzędnej wagi dla higieny społecznej.

Prace sekcji odpowiednio do treści tematów podzielone zostały na trzy części i zajęły trzy posiedzenia. Pierwsze poświęcone było sprawie różnych surowic leczniczych, drugie pracowało wyłącznie nad sprawą szczepienia ospy ochronnej w Królestwie Polskiem, wreszcie trzecie miało za przedmiot obrad dezynfekcyę w szerokiem słowa tego znaczeniu.

Stan wiedzy współczesnej o surowicach leczniczych znalazł swe odzwierciedlenie w referatach drów: PALMIRSKIEGO, KOZICKIEGO, ŻEBROWSKIEGO i JERZEGO BRUNERA. Pierwszy mówił o surowicy przeciwbłoniczej, jej wyrobie, określaniu siły antytoksyecznej i działaniu leczniczem. Jako jedyny jej w kraju wytwórca, opisał sposób jej otrzymywania w swym instytucie bakteriologicznym, szereg procedur dla zapewnienia bezwzględnej jałowości preparatu, wreszcie dążenia do otrzymania danej jednostki toksycznej w możliwie najmniejszej ilości surowicy.

Sposób wyrobu i obecne stanowisko nauki lekarskiej wobec surowicy przeciwpaciorkowcowej opracował dr Kozicki. Niestety, nie ziściła ona pokładanych w niej nadziei i, jako domniemany środek swoisty zawiodła we wszystkich tych cierpieniach, gdzie właśnie z punktu widzenia etyologicznego zastosowanie swe znaleźć była powinna. Tak niepomysłne wyniki trzeba, zdaje się, tłumaczyć wielogatunkowością paciorkowców, które przy swej jednopostaciowości posiadać jednakże muszą wielorakie własności biologiczne. Za poglądem powyższym przemawiają między innymi i doświadczenia na zwierzętach. Sposobem wielokrotnie w różnych instytucjach, a także w pracowni dra PALMIRSKIEGO, gdzie od pewnego czasu surowica przeciwpaciorkowcowa jest wyrobiana, że surowica taka posiada własności antytoksyeczne tylko u zwierząt, zakażonych tym właśnie gatunkiem streptokoków, który do otrzymania surowicy został użyty; w innych warunkach — zawodzi. Surowica z instytutu PASTEUR'a okazała się zupełnie bez wpływu na zwierzęta, zakażone paciorkowcami w pracowni dra PALMIRSKIEGO, i odwrotnie, zwierzęta w instytucie PASTEUR'a wcale nie reagowały na surowicę warszawską. Te i tym podobne spostrzeżenia dały pochop badaczom do wytwarzania surowicy przeciwpaciorkowcowej z mieszaniny różnych gatunków tych bakteryi; dotąd jednakże prace te nie wyszły z granic prób i żądaniom kliniki zadość uczynić nie mogły.

Dr ŻEBROWSKI mówił o surowicy przeciwężcowej, o teoriach jej działania leczniczego, o wskazaniach do stosowania i dotychczasowych wynikach leczniczych. Te ostatnie pomyślnymi być mogą jedynie wtedy, gdy surowica zastosowana zostanie bardzo wczesnie, zanim jad tężcowy wstąpi w połączenie z systematem nerwowym, z którym, jak wiadomo, tworzy związki bardzo trudno rozerwalne.

Z kolei dr JERZY BRUNER odczytał referat o szczepionkach przeciwdżumowych i przeciwocholerycznych; znalazły one szerokie i skuteczne zastosowanie w krajach, epidemicznie przez te choroby nawiedzanych, a bogata literatura zachęca do ich stosowania wszędzie, gdzie tylko wrogi gość ten pokazać się może.

Dyskusya nad powyższymi pracami zawarta została w trzech wnioskach, które wraz z wnioskami innych działów w końcu powyższego sprawozdania pomieścimy.

Jak należało się z góry spodziewać, sprawa szczepienia ospy ochronnej w kraju, tak wiele, niestety, pozostawiająca dotąd do życzenia, zainteresowała musiała najszersze koła lekarzy prowincjonalnych, którzy też wystąpili przed sekcję z bogatym materiałem tak obrazowym, jako też statystycznym i organizacyjnym. O tem, jak wygląda szczepienie ospy wśród ludu, a jakim być

powinno, mówili dr FELIKS DRECKI z Kalisza [„O rozpowszechnianiu szczepienia ospy ochronnej oraz zapewnieniu personelu i materji szczepiennej. Historia szczepienia osy w powiecie Kaliskim w ostatniej ćwierci wieku“], dr ZYGMUNT MICHAŁOWSKI z Radzyna [„O szczepieniu ospy w miastach i gminach i o zapobieganiu chorobom zakaźnym w ogólności“] i dr ST. SKAŁSKI z Radomia [„O szczepieniu ospy i zapobieganiu chorobom zakaźnym w miastach i gminach“]. Ogólnem było zdanie, poparte także głosami słuchaczów-lekarzy, że sprawa ta jest paląca, że obecne sposoby szczepienia ospy, praktykowane przez lekarzy powiatowych, posiadają wiele niedogodności dla stron obu, że procedura współczesna utrudnia powszechną wakcynację i uniemożliwia racjonalną kontrolę. W interesie zdrowia publicznego niezbędna jest w tym kierunku obszerna reforma, która też znalazła swój wyraz we wnioskach poszczególnych wyżej wyliczonych prac.

Ponury obraz tej sprawy, słownie przedstawiony przez poprzednich prelegentów, zilustrowała świetna praca dra WŁADYSŁAWA TOŁWIŃSKIEGO z Lublina, który przedstawił graficzne tablice danych statystycznych szczepienia ospy za dziesięciolecie od 1890 — 1900 r. w całym Królestwie Polskiem. Stwierdzają one fakt przykry, że 20% całej ludności kraju nie ma zaszczepionej ospy, że w niektórych guberniach liczba nieszczepionych wynosi nawet 50% i więcej; stąd łatwo zrozumiałe są nigdy prawie nie gasnące epidemie powiatowe. Na pocieszenie zaznaczyć jednakże należy, że od r. 1898 procent szczepionych w całym Królestwie, aczkolwiek nieznacznie, wzrasta stopniowo; jedynie tylko w gub. Płockiej daje się zauważyć w ostatnich czasach pewien spadek procentu. Ze wszystkich gubernii Królestwa organizacja szczepienia ospy ochronnej jest najlepszą w gub. Kieleckiej, czego wymownie dowodzi największy procent szczepionych. Tak pomysłny stan ten przypisać trzeba chwalebnej zgodzie lekarzy powiatowych tej gubernii, których wspólnem porozumieniem się organizacja ta był swój zawdzięcza.

Z kolei dr TCHÓRZNICKI czytał rzecz o przygotowywaniu krowianki, a dr STĘPIŃSKI w referacie „Etyologia ospy“ zapoznał słuchaczy z kolejami bezwocnych, jak dotąd, poszukiwań winowajcy tej choroby.

Jaki wpływ ma szczepienie krowianki na przebieg ospy, opisał dr R. GUTOWSKI. Obfity materiał kliniczny szpitala Św. Stanisława, od lat wielu ogniska chorób zakaźnych Warszawy i jej najbliższych okolic, przekonał prelegenta, że ospa u szczepionych przebiega znacznie łagodniej, niż u niewakcynowanych, że komplikacje w przebiegu choroby u pierwszych występują niezmiernie rzadko, że zeszpeceń lub kalectwa [ślepotą] wcale się nie widuje, że wreszcie odsetka śmiertelności jest bardzo mała. Jako materiał szczepienny krowianka z Instytutu Warszawskiego przewyższa wakcynę zagraniczną lub z Cesarstwa pochodzącą.

Na pewne szkodliwe przesady, znajdujące posłuch nie tylko u szerokiego ogółu, lecz nawet i u lekarzy, zwrócił uwagę w swem przemówieniu *ex tempore* dr SZWEJCER. Niestusznem jest niemal pospolite zdanie, jakoby noworodkom ospy szczepić nie można, że nie każda pora roku nadaje się do wakcynacji, że wreszcie choroby gorączkowe są bezwzględnie przeciwwskazaniem do szczepienia. Przeciwnie, ospa u noworodków przyjmuje się lepiej może, niż u dzieci starszych, tak dobrze wiosną, jak jesienią lub zimą, a w chorobach gorączkowych niepomyślnego zwrotu nie sprowadza.

Sprawę dezynfekcyi opracowali dr GANC [„O dezynfekcyi“] i KORZON [„O dezynfekcyi parą“]. Pierwszy w ewolucyjnym przeglądzie poddał krytycznemu rozbiorowi szereg środków i metod dezynfekcyjnych, pospolicie stosowanych, uwydatnił zaletę i wady każdego ze środków; wreszcie skreślił okoliczności, warunkujące skuteczność ich działania. Poruszając mimochodem kwestyę przymusowej dezynfekcyi w chorobach zakaźnych, prelegent przestrzegał przed zbytnią gorliwością w jej stosowaniu przy gruźlicy; najsurowsze nawet zabiegi

nie dają najmniejszej gwarancyi, jak twierdzi współczesna wiedza doświadczalna, zniszczenia zarazka gruźliczego, a utrudniają i obrzydają i tak już ciężkie życie nieszczęśliwych suchotników i niemniej pożałowania godnych ich blizkich.

Dr Korzon w odczycie swym skreślił obraz racjonalnej dezynfekcyi parą i postawił szereg postulatów, którym odpowiadać powinny parowe kamery dezynfekcyjne. Za wiele praktyczny uważać należy pomysł autora, dający możliwość skutecznego zastąpienia kamery parowej tam, gdzie urządzoną być nie może; zwykły kocioł do gotowania bielizny i nasadzona nań kadź z dnem dziurkowanym rzeczywiście dla swej łatwości stosowania wszędzie, w najwięcej nawet zapadłej wsi, na gorące polecenie zasługują.

[D. n.]

Ignacy Landstein.

Wiadomości bieżące.

— W tych czasach otwarte będzie w szpitalu Dzieciątka Jezus ambulatoryum dla chorych przychodnich. Mieści się ono w 4-ch szczupłych i ciemnych pokojkach. Podziwiać należy, iż komitet budowy szpitala nie pomyślał zawczasu o korzystniejszym i wygodniejszym pomieszczeniu, odpowiedniem do całości szpitala. Obecne ambulatoryum byłoby—wedle dzisiejszych wymagań—za skromne i za szczupłe nawet dla małego prowincjonalnego szpitalika.

— Na katedrę kliniki w Petersburgskiej Akademii medyko-chirurgicznej, opróżnioną wskutek śmierci prof. PASTERNAKIEGO, prócz kilku miejscowych docentów wystąpił jako kandydat kol. JANOWSKI z Warszawy i jako nieznaną komisyi, wyznaczonej do wybrania kandydata na profesora, musiał odbyć dwie publiczne prelekcye, które miał przed kilku dniami.

— Dnia 18-go b. m. odsłonięto w kościele św. Piotra i Pawła w Warszawie [na Koszykach] tablicę pamiątkową dla ś. p. W. FLORKIEWICZA.

— Na odbytym Kongresie międzynarodowym lekarskim w Madrycie, nagrodę miasta Moskwy w kwocie 5000 franków, ustanowioną w 1897 r., przyznano prof. MUCZNIKOWI z Instytutu PASTEUR'a w Paryżu, a nagrodę kongresu 1900 r. przyznano prof. GRASSI z Rzymu za badania nad przenoszeniem zarazka malaryi przez komary (*anopheles*).

— Szkole w Liverpool'u, zajmującej się medycyną podzwrotnikową, król belgijski ofiarował 12500 franków na badanie malaryi w kraju Kongo.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

a) Nowy temat:

1. Zbadać wpływ, jaki wywierają zaburzenia czucia (*anaesthesia*) na powstanie bezładu ruchowego, (*ataxia*).

b) Tematy, pozostawione z poprzedniego konkursu:

2. Badania kryoskopowe nad włośnikami, przesiękami albo wydzielinami.

3. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1904 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300-tu egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała № 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego, W. Kosmowski.



Zjednoczone fabryki preparatów chinowych

ZIMMER & Co, Frankfurt n|M.

EUCHININ

wolny od gorzkiego smaku

ARISTOCHIN

Antipereticum.

UROSIIN

przeciw podagrze i skazie
moczanowej.

FORTOIN

przeciw biegunce.

SALOCHININUM SALICYLICUM od reumatyzmu.

Próby, broszury i wszelkie bliższe wiadomości udzielają się na żądanie.
Inne specjalności fabryki: Chinina, pigułki z chininy, kokaina, kofeina, ekstrakty,
preparaty z jodu i t. p.

EUNATROL

Cholagogum.

VALIDOL

Analeptic., Antihysterie.,
Stomachicum.

DYMAL

antiseptycz. proszek do przesy-
wania ran.

SALOCHININ

przeciw newralgii.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne. Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe dawkowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chininy 3 gr.
pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze

DAWKA: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frère (A. Champigny et C-ie)
19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi
(Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów
aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i ap-
tecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm.
Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17.

Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

CIECHOCINEK Pensjonat „Zachęta“ Heleny Kuczalskiej, wzorowo
prowadzony z uwzględnieniem potrzeb leczących się. Może być opieką dla
młodzieży uczącej się. Pisma, pianino, tenis, rower, gimnastyka szwedzka
masaż na miejscu.

**O leczeniu spraw syfilitycznych rdzenia
w Odeskim liście Kujalnickim**

Napisał dr. Jan Chmielowski.

Nabywać można w księgarniach E. Wende i S-ka i Sennewalda, cena 30 kop. Skład główny u au-
tora, Odessa Nadleżdzińska 23.