№ 7. Warszawa, d. 2 (14) Lutego 1891 r. Tom XIX.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty.

w Warszawie: rocznie..... rs. 5 kop. — półrocznie..... „ 2 „ 50 kwartalnie..... „ 1 „ 25
Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką: rocznie..... rs. 6 półrocznie..... rs. 3
Cena ogłoszeń: Po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce.
Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny.—w Paryżu M. L. C. Adam 81 rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 461.

OGŁOSZENIA.

Alfabetyczny spis ogłoszeń znajduje się na II stronie.

Wyszedł z druku:

WYDAWNICTWO MEDYCYNY

ROCZNIK LEKARSKI

na rok 1891

ORAZ ZBIÓR NAJNOWSZYCH RECEPT

ROK XII

Cena 1 rsr. 20 kop., z przesyłką pocztową lub za zaliczeniem rs. 1 kop. 40—za oprawę w skórę dolicza się 40 kop.

DO NABYCIA

w Administracyi Medycyny

Dr. **Fr. Penzoldt.** Podręcznik Farmakologii Klinicznej. Spolszczył dr. A. Fabian, za rs. 3, z przesyłką pocztową rs. 3 kop. 50.

Dr. **Hammond** z New Yorku. Niemoc płciowa u mężczyzn i u kobiet, przekład d-ra J. Starkmana, za kop. 75, z przesyłką pocztową rs. 1.

Dr. v. **Hacker.** Wskazówki do przeciwgnilnego leczenia ran. Spolszczył dr. Al. Fruchtman, za 40 kop., z przesyłką pocztową 60 kop.

Dr. v. **Goehlert.** Siła rozpłodowa człowieka, przełożył dr. J. Starkman, za 30 kop., z przesyłką pocztową 60 kop.

Dr. v. **Krafft-Ebing.** Zboczenia umysłowe na tle zaburzeń płciowych. Numery Medycyny zawierające powyższą pracę, za rs. 1 kop. 20, z przesyłką pocztową rs. 1 kop. 50.

Dr. **H. Dobrzycki.** Rzut oka na naukowo-społeczną działalność Tytusa Chałubińskiego, za 60 kop., z przesyłką pocztową 75 kop.

Alfabetyczny spis ogłoszeń zamieszczonych w Nr. 7.

	Str.
Brockhaus Conversations Lexicon	VI
Czechowicz dentysta	V
Do nabycia w administracyi Medycyny	I
Fosforan żelaza, Leras'a.	III
Giełżyński, firanki.	VI
Jarnuszkiewicz, apteka	II
Jakowski dr. badania bakteryologiczne.	VI
Krzymiński, skład win.	II
Leliwa, pastylki od kaszlu	V
Leszczyński dr., gabinet dentystyczny.	VI
Mattoni, wody mineralne	IV
Miller, optyk i mechanik.	V
Mayzel dr., pracownia chemiczna.	VI
Rutkowski, apteka	V
Rocznik lekarski.	I
Reczyński, skład apteczny.	VI
Szwarcmacher, dentysta.	VI
Wenda i Wiorogórski, apteka	III
Wiesbadeńska sól	III
Zakopane, zakład hydropatyczny	V

TABLETKI KOMPRYMOWANE

Acidum carbolic. c. acid. boric. à 1,0
Antipyrinum à 0,3 i 0,6
Antipyrin. c. Natro Salicyl. à 0,3 i 06
Antifebrinum à 0,3 i 0,6
Bismuthum nitricum à 0,2 i 0,3
Codeinum à 0,01 0,015 i 0,02
Coffeinum à 0,06
Chinin. muriatic. à 0,2 i 0,3
„ sulfuric. à 0,3 i 06
„ muriatic. c. chocolad à 0,06 i 0,12, 02
„ sulfuric. c. Chocolad à 0,06 i 0,12, 02
Extr. Cascarae Sagr. liquid. c. Chocol. à 15 gtt.
„ „ „ „ c. sacchar à 15 gtt.
„ *Hydrastis Canad.* liqu. c. Chocolad à 15 gtt.
„ „ „ „ c. sacchar à 15 gtt.
Ergotin. pur. c. Chocolad à 0,06
„ „ c. Saccar. à 0,06
Ferrum albuminat. solubile à 0,06 i 0,1
Ferrum oxyd. sacch. à 0,06 i 0,1
Guarana à 0,9
Hg. corrosivum c. Natr. chlorato à 0,5 i 1,0
Magnesia usta à 0,6
Magnes. usta c. rheo pt. à 0,6
Morph. acetic. i muriat. à 0,01, 0,015 i 0,02
Natr. bicarbonic. chem. pur. à 0,2, 0,3, 0,6 i 0,9
Natr. salicil. à 0,6, 0,9 i 1,25
Nitroglycerinum c. Chocolad à $^1/_{100}$ grana
Pepsinum optim à 0,06 i 0,1
Pulv. Doweri à 0,1 i 03
Pulv. liquiritiae op. à 2,0
„ „ „ sine. resina à 2,0
Rad. rhei chin. à 0,3 i 0,6
Saccharin. c. Mannit. à 0,06
Salol à 0,6, 0,9 i 1,25
Sal Carolinense à 0,6, 0,9 i 1,25
Sulfonal à 0,6, 0,9 i 1,25

Mam zaszczyt zwrócić uwagę WPP. Lekarzy na tabletki z extr. Cascarae Sagradae fluid., Extr. Hydratis canad. fluidum cum chocolad, pozbawione przykrej goryczki i na tabletki z Chinin. sulfuricum i muriaticum c. chocolad, jako na formę bardzo dogodną dla dzieci, WWP. Akuszerów i Chirurgów na tabletki z Acidum carbolicum i Hydrargyrum corrosivum. Posiadając specyalną maszynę do wybijania tabletek, jestem w możności, na żądanie WWP. Lekarzy, wszystkie proszki ekspedyować w formie tabletek.

E. JARNUSZKIEWICZ,
Właściciel apteki Nowy Świat Nr. 35.

(254)—13—3

P. A. KRZYMIŃSKI
Skład Win od roku 1829 egzystujący w Warszawie
ulica Wierzbowa Nr. 3 dom Hr. Krasińskiego
Wina lecznicze i koniaki poleca. (456)—26—18

№ 7. Warszawa, d. 2 (14) Lutego 1891 r. Tom XIX.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Przypadek polioencephalitis superior, inferior i poliomelitis anterior po influenzy z zejściem śmiertelnem, drugi niewiadomego pochodzenia z zejściem pomyślnem. Przez S. Goldflama. — **Streszczenia i przekłady.** 30. O leczeniu zapalenia opon. 31. Badania nad salolem i jego wpływem na nerki. —**Odczyty.** O działaniu środka Kocha. Wykład prof. d-ra Ewald'a. Streścił dr. Wł. Chodecki. — **Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** (Dokończenie). —**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Przypadek polioencephalitis superior, inferior i poliomyelitis anterior po influenzy z zejściem śmiertelnem, drugi niewiadomego pochodzenia z zejściem pomyślnem.

Przez S. Goldflama.

Przegląd bieżącej literatury peryodycznej, przekonywa jak licznemi były powikłania ostatniej epidemii influenzy, zwłaszcza w obrębie systemu nerwowego. Pomiędzy innemi komplikacyami, spostrzegałem przypadek w nagłówku wypisanej choroby, który mi się wydaje zasługującym na ogłoszenie. Pierwszy Uhthoff [1]) ogłosił 3 przypadki porażenia akommodacyi przy i na skutek influenzy, z których jeden był powikłany porażeniem mięśni gałek ocznych (*ophtalmoplegia externa*). Tyczył się 21-letniego robotnika, u którego na początku influenzy rozwinęło się, oprócz porażenia akommodacyi, obustronne porażenie gałek ocznych z umiarkowanem spadnięciem powiek przy zachowaniu oddziaływania źrenic na światło i konwergencyę, a także utrudnienie połykania i pareza podniebienia miękkiego. Rozpoznanie brzmiało *polio encephalitis superior, inferior acuta* (zapalenie jąder umieszczonych w ścianie III komórki, wodociągu Sylviusza i na dnie IV komórki) pochodzenia infekcyjnego. Chory ten, który później zapadł na zapalenie opłucnej, od powyższego cierpienia wyzdrowiał w ciągu 5 tygodni.

Przypadek który opisać zamierzam, nie był tak szczęśliwy: rozprzestrzenienie się sprawy chorobowej powstrzymać się nie dało i skończył się śmiercią.

P r z y p a d e k I. Dr. L. z Ł. lat 60, miał w drugiej połowie Grudnia 1889 r. ciężką influenzę, wkrótce po jej przebyciu, w Styczniu 1890, opadła lewa powieka, widział podwójnie, w tydzień później opadła prawa powieka, doznawał przy tem jakiegoś uczucia ciążenia w czole. Prawie jednocześnie poczuł osłabienie kończyn dolnych a właściwie drganie podczas stania, gdy chodzić może bardzo wiele bez zmęczenia. Z oryginalnej notatki kol. Gepnera

[1]) Deut. med. Woch. 1890. Nr. 10.

Arc 208/53/13

3/III 90 dowiedziałem się, że obrazy podwójne skrzyżowane, obraz oka prawego niżej od drugiego, istnieją od 2 miesięcy, że zauważył tylko opadnięcie lewej powieki i że porażenia akomodacyi nie było.

Przed 40 laty szankier miękki, nigdy objawów luesu, kilkoro dzieci jest zupełnie zdrowych. Jeden z kollegów pacyenta, Dr. K., mi mówił, że w ciągu studyów uniwersyteckich miewał L. dość ciężkie napady epileptyczne, o których w ostatnich kilkudziesięciu latach już nie słyszał. Chory cierpiał dawniej na migrenę, która ustąpiła przed 10 laty po gorących oblewaniach głowy. Od szeregu lat jeździ do Marjenbadu z powodu obstrukcyi, przed 5 laty miał osłabienie nóg, które po tej ostatniej kuracyi ustąpiło. W Październiku 1889 miał bolesne i częste oddawanie moczu, z wydzielaniem się ropy, wyzdrowiał po przestrzykiwaniach lapisem. W Listopadzie powrót cierpienia pęcherzowego z obrzmieniem jądra, objawy te po krótkiem trwaniu ustąpiły. Chory żył nader umiarkowanie, nie pił, nie palił, ale dużo pracował.

Po raz pierwszy widziałem pacyenta 4, IV. 89. Jest to mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiany, tętno 80 dość twarde, górna granica serca nieco podwyższona, tony u podstawy metaliczne, płuca zdrowe. Język obłożony, bierze prawie codzień gran aloesu z jalapą, brzuch miękki. Chodzi wybornie, także z zamkniętemi oczami, chodzi wiorstami, ale natomiast stać mu trudno, jak powiada, w skutek drżenia nóg, którego objektywnie stwierdzić nie można. Ani śladu Romberga. Odruchy kolanowe żywe, stopowych nie ma. Czucie w zupełności zachowane. Górne kończyny zupełnie zdrowe, ani śladu drżenia palców nie ma. Ze strony języka, gardzieli, twarzy, mowy, pamięci żadnych nieprawidłowości niema.

Opadnięcie górnych powiek jest z obu stron prawie zupełne, pozostała szpara powiekowa jest ledwo kilka mm. szeroka, skóra na górnych powiekach wygładzona, przy wysiłku woli może nieco powieki unieść przy pomocy mięśni czołowych i to więcej lewą. Pomimo wszakże opadnięcia powiek pokrywających rogówki razi go światło, wskutek czego nosi zielony daszek. Gałki oczne zajmują położenie środkowe, ruchy ich łączne i każdej gałki zosobna równają się prawie 0 we wszystkich kierunkach. Źrenice są jednakowe, miernie zwężone, reagują na światło i akommodacyę. Chory widzi dobrze zdaleka i blizka, podwójnego widzenia nie ma, barwy dobrze rozeznaje, ograniczenia pola widzenia nie ma, oftalmoskop zmian nie wykazuje. Chory utrzymuje, że w nocy daleko lepiej powieki podnosi. Badanie moczu przez Przewoskiego nie wykazało żadnych nieprawidłowych składników. Zaleciłem NaJ 3×5 gran.

7/IV. 90. Chory doznaje niemiłego uczucia nad brwiami, zresztą bez zmiany. Powiększono dawkę jodu 3×10 gran.

10/IV. 90. Dziś rano mógł się swobodnie ubrać i umyć, czego zwykle z powodu opadnięcia powiek zrobić nie może.

13/IV. 90. Subjektywnie gorzej z powodu chwilowego drętwienia palców lewej ręki i chwilowej ich, jak się chory, wyraża inkoordynacyi, łatwiej mu chodzić, aniżeli stać. Porażenie powiek i mięśni gałek ocznych bez zmiany.

Zalecono wezykatorye za uszami, chininę 3×2 grany i wstrzymać na 2 dni jod z powodu złej tolerancyi.

15/IV. 90. Chory stanowczo twierdzi, że w nocy, zwłaszcza po pierwszym śnie może swobodnie otworzyć oczy i nawet poruszać gałkami, że opadnięcie powiek i nieruchomość gałek powiększają się dopiero w ciągu dnia. Chorego martwi oprócz tego drętwienie chwilowe palców lewej ręki głównie środkowego. Podczas mojej wizyty wystąpiło parażenie mięśnia wyprostnego tego palca, które po kilku minutach ustąpiła. Powrót do jodu.

20/IV. 90. Chcąc się przekonać, czy twierdzenie chorego i jego otoczenia o poprawie znacznej ruchów gałek ocznych i powiek, jest prawdziwe, byłem u niego onegdaj o 11 w nocy, gdy już w łóżku leżał. Wprawdzie lepiej powieki podnosił, ale zdawało mi się to zależnem od poziomego położenia. Gałki oczne wykonywają dziś małe oscylacye, palec obrączkowy lewy uległ dziś chwilowej parezie wyprostnej w stawie śródręczo-palcowym (pareza m. wyprostnego), przyczem chory doznaje nieprzyjemnej sensacyi w tym palcu, która wraz z parezą mija. Powtarza się to kilka razy dziennie, to w jednym, to drugim palcu lewej ręki, najczęściej środkowym i obrączkowym. Cont. jod.

30/IV. 90. Jodu już z powodu objawów zatrucia nie bierze, natomiast zastosowuję galwanizacyę wzdłuż czaszki (An naprzemian z Ka na gałkach, druga elektroda na karku, strumienie słabe). Może na skutek tego, lub ciepłych materacyków z ziół aromatycznych, które sobie chory aplikuje, ruchy gałek ocznych i podnoszenie powiek są nieco większe, ale objawy te ulegają ciągłym wahaniom, dziś np. powieki i gałki są zupełnie nieruchome, chory się skarży na uczucie ściągania w czole, oczach i 3 ostatnich palcach lewej ręki, których chwilami nie może wyprostować w stawie śródręczo-palcowym. Zalecono jeszcze chininę 2×2 gr.

11/V. 90. Przekonałem się raz jeszcze, że w nocy lepiej podnosi powieki, co prawdopodobnie zależy od poziomego położenia. W ciągu dnia także czasem trochę może unieść powiekę, to znowu zupełnie opadają, gałki oczne prawie zupełnie nieruchome. Oprócz uczucia ściągania i chwilowej parezy mięśnia wyprostnego ostatnich 3 palców, pacyent skarży się od kilku dni na osłabienie prawej ręki, której ściśnięcie jest rzeczywiście słabsze.

21/V. 90. Od pewnego czasu siła prawej ręki tak się zmniejszyła, że przy myciu chory pomaga sobie lewą ręką. Rzeczywiście, fleksya palców i napięstka prawej ręki jest bardzo słaba, ekstensya zaś silna. Naodwrót w lewej ręce, w której ekstensya palców i napięstka jest mocno upośledzoną, a zgięcie silne. W obu zaś stawach łokciowych ekstensya jest bardzo słabą, a mięśnie dwugłowe wiszą wiotkie. Odruch wszakże trójdzielnego istnieje, pobudliwość mechaniczna zachowana. Stan oczu taki sam. Zauważyć oprócz tego można, że przy grymasach, lewa dolna połowa twarzy słabiej się kurczy: (pareza dolnej części nerwu twarzowego). Chory postanowił wyjechać zagranicę dla konsultowania tamecznych znakomitości. Napisałem mu list, w którym pogląd mój na cierpienie wyłuszczam.

26/VI. 90. Chory wrócił od Nothnagla i Charcota, którzy moją dyagnozę *polio-encephalitis superior, inferior et poliomyelitis anterior* po influenzy potwier-

dzili. Według twierdzenia chorego i jego otoczenia, CHARCOT postawił dobre rokowanie. Mnie ono wydawało się także dość pomyślnem przed wystąpieniem objawów opuszkowych, opierałem się mianowicie na zakaźnem pochodzeniu i wiadomych mi już wtedy przypadkach Uhthoffa. W Wiedniu zrobiono 8 frykcyi, po których jakoby się lepiej zrobiło. W istocie zaś może trochę lepiej podnosi powieki, ale gałki są zupełnie nieruchome. Zachowanie się źrenic na światło i akomodacyę prawidłowe. Ruchy warg są słabe, podczas nadymania policzków powietrze przez usta ucieka, odruchy od podniebienia zmniejszone, połykanie dobre, mowa go męczy, jakby seplenił, ruchy języka są prawidłowe. Pogorszenie ruchów górnych kończyn znaczne. Ruch ksobny, odsiebny i wyprostny małego prawego palca są niemożliwe, ruchy w prawem napięstku są bardzo słabe, także wyprostowanie w łokciu. Wyprostowanie 3 ostatnich palców lewej ręki w stawie śródręczo-palcowym niemożliwe, ruchy prawego napięstka są słabe, wyprostowanie w prawym łokciu bardzo słabe. W barkach siła ruchów dość znaczna. Dolne kończyny nie przedstawiają zmniejszenia siły mięśniowej. Odruchy kolanowe dobre. Odruchu prawego trójdzielnego ramienia nie ma, lewy słaby. Tętno jest trochę nieregularne, koło 80. Zalecono *Digitalis, points de feu* na karku.

13/VII. 90. Odwiedziłem chorego w Ł., jego miejscu zamieszkania. Objawy jak powyżej, tylko jeszcze połykanie czasem utrudnione. W ogóle zmienność w natężeniu objawów, ale widoczny postęp. Oddziaływanie faradyczne (tylko taki strumień miałem pod ręką) mięśni twarzowych, głównie wargowych, bródkowych, licowych i wyprostnych przedramienia znacznie zmniejszone. Zaleciłem galwanizacyę głowy, faradyzacyę mięśni, *points de feu* na karku, strychninę.

Chory zmarł 24/VII. 90 w następujących okolicznościach, wiadomych mi z listu żony. Na piśmienne podobno zalecenie CHARCOTA chory brał od 4 dni wycierania zimną wodą z następczemi obwijaniami w celu pobudzenia potów. 5-go dnia rano chory wypił herbatę, usiadł na kanapie, miał trudny oddech, czuł się bardzo źle, zażądał pastora i wkrótce później spokojnie zmarł. Jeden z miejscowych lekarzy mi mówił, że chory zmarł w skutek *Schluck-Pneumonie*.

U tego chorego więc powstaje w rekonwalescencyi po ciężkiej influenzy lewostronne opadnięcie powieki i podwójne widzenie, po tygodniu opada druga powieka. Gdy po 2 przeszło miesiącach chorego widziałem, już wszystkie zewnętrzne mięśnie oka były porażone, źrenice zaś oddziaływały na światło i akomodacyę, wzrok był normalny, oftalmoskop nic nie wykrywał. Są to właśnie cechy, które przy *ophtalmoplegia nuclearis*, albo inaczej *polioencephalitis superior* (Wernicke) znajdujemy.

Przy tych objawach sprawa się nie zatrzymuje, dołączają się niebawem inne, które wskazują, że sprawa postępuje. Naprzód występuje drętwienie palców lewej ręki, w których przemijająco się pokazuje porażenie wyprostnych, później zostają zginacze prawej ręki porażone, ruch wyprostny w łokciu staje się słaby, trójgłowy ramienia przedstawia się w zaniku. Ze strony także twarzy widać osłabienie mięśni lewej dolnej części. Objawy te służą za dowód, że sprawa chorobowa zajęła przednie rogi substancyi szarej części szyjowej rdze-

nia i co ważniejsza, jądra na dnie IV komórki leżące. Staje się to jeszcze wyraźniejszem po powrocie chorego z zagranicy, znaleziono wtedy, że odruchy podniebienia są zmniejszone, że ruchy warg są słabe, mowa trudzi chorego, nieregularność tętna, paretyczne zaś i paralityczne objawy ze strony górnych kończyn się wzmogły. Było to porażenie zanikowe, zwyrodniające, gdyż znaleziono zmniejszenie pobudliwości faradycznej mięśni i odruch trójgłowego znikł. Nareszcie przyszły zaburzenia w połykaniu, oddechaniu i po 6 miesięcznym przebiegu śmierć.

Na teraz chcę tylko zaznaczyć, że przy tak niepowstrzymanym rozwoju choroby, objawy jej przedstawiały na początku powstawania wahania, tak np. nim przyszło do stałego porażenia wyprostnych lewej ręki, objawy porażenia były przez pewien czas przemijające. Toż samo miało miejsce z porażeniem zginaczy prawego przedramienia, z mową, nieregularnością tętna, utrudnieniem połykania, które to objawy przedstawiały zupełne remissye.

Najbardziej wydatnemi były objawy porażenia gałek ocznych, gdzie sprawa chorobowa się zaczęła, o wiele słabszemi były one w górnych kończynach, gdzie fizyologicznie jednorodne gruppy mięśniowe, odpowiednio prawdopodobnie do topograficznego rozmieszczenia komórek zwojowych w przednich rogach rdzenia, były dotknięte, a więc wyprostne lewego przedramienia, zginacze prawego przedramienia, obustronne porażenie trójgłowego. Najsłabszemi co do natężenia były objawy opuszkowe, które wystąpiły naostatku, a więc pareza twarzy, zmniejszenie odruchów podniebienia, nieregularność tętna, utrudnienie połykania i oddechania; było to wszakże dostatecznem, żeby szybki zgon spowodować.

Chcę jeszcze zwrócić uwagę na symetryę cierpienia. Wprawdzie objawy zaczęły się po stronie lewej, tak powieka, jak później ręka i dolna część twarzy przedstawiały zaburzenia naprzód po stronie lewej, ale w dalszym przebiegu wystąpiły objawy symetrycznie po stronie prawej z jednym wyjątkiem, że przeważnie porażone były wyprostne lewego przedramienia a zginacze prawego.

Jeszcze jedna okoliczność zasługuje na wzmiankę, mianowicie zstępujący kierunek rozprzestrzenienia się sprawy chorobowej od jąder 3 nerwów zaopatrujących mięśnie gałek ocznych w kierunku do rdzenia kręgowego. Znamy cały szereg cierpień z kierunkiem zwykle wstępującym, jak porażenie Landry'ego, Duchenne'owskie *paralysie générale spinale antérieure subaigüe*, zanik postępujący mięśni pochodzenia rdzeniowego, Charcot'owskie *sclérose latérale amyotrophique*, przy których porażenie opuszkowe stanowi zwykle ostatnią scenę. Wprawdzie rozprzestrzenienie się sprawy w naszym przypadku miało miejsce na zasadzie prawa zajęcia pokrewnych tworów, jakiemi są jądra ruchowe nerwów czaszkowych i grupy komórek zwojowych w przednich rogach rdzenia, to jednak, tak samo jak w następującym przypadku, do którego opisu przystępujemy, i jeżeli według przebiegu klinicznego sądzić wolno, rozprzestrzenienie się sprawy odbywało się nie na zasadzie blizkości i ciągłości (*contiguitas et continuitas*), ponieważ objawy porażeniowe w górnych kończynach istniały przed wystąpieniem opuszkowych. Ze nasze przypuszczenie związku etyologicznego z influenzą jest usprawiedliwione, pokazuje powstanie choroby w rekonwalescencyi tego zakaźnego cierpienia. (*d. c. n.*)

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

30. Dr. Fox. **O leczeniu zapalenia opon.** Przy gruźliczem zapaleniu opon należy leczenie rozpocząć możliwie wcześnie, z chwilą wystąpienia zeza już jest za późno. Stosowanie przeciwbodźców (*Gegenreize*) nie odnosi żadnego skutku. Niekiedy pożyteczną okazuje się maść jodoformowa. Niezmiernie ważną okolicznością jest zwalczanie gorączki, w tym celu należy podawać środki przeciwgorączkowe, głównie zaś antipyrinę w połączeniu z naparstnicą. Przy *meningitis cerebro-spinalis epidemica* zaleca autor okłady lodowe na grzbiet, rtęć, jodek potasu i przeciwbodźce. Główną przytem należy zwracać uwagę na stan ogólny i serce, wobec czego zaleca autor naparstnicę i chinę. Przy bólu głowy—morfinę. Przy zapaleniu opon, zależnem od otrucia wyskokowego, głównem zadaniem lekarza jest usunięcie cierpienia zasadniczego. Zapalenie opon, zależne od zapalenia ucha średniego: dopóki nie ma w mózgu przerzutów ropnicowych a komórki wyrostka sutkowego są nietknięte, dopóty jest nadzieja na wyzdrowienie. Leczenie polega na przekłóciu błony bębenkowej i przepłókaniu płynem przeciwgnilnym oraz na stosowaniu przeciwbodźców na wyrostek sutkowy (w 1-szym przypadku ze skutkiem zastosowane zostały pijawki na wyrostek sutkowy oraz duże dawki jodku potasu). Zabiegi chirurgiczne uznaje autor w danym razie za niestosowne. Przy zapaleniu opon, zależnem od porażenia słonecznego, zaleca autor oblewania zimne, chinę podskórnie, łagodne przeciwbodźce na głowę, jodek potasu z naparstnicą i chlorek ammonu. Przy zapaleniu opon wskutek róży należy całą głowę wysmarować zapomocą *linimentum jodi*. Przy zapaleniu opon przymiotowem zaleca Fox leczenie przeciwprzymiotowe za pomocą *Hydrarg. bijodatum rubrum*. Następnie podaje jodek potasu lub sodu. Nadto zaleca należyte pożywienie. Z przypadków zapalenia opon urazowego nie wszystkie nadają się do leczenia chirurgicznego; w przypadkach nienadających się zaleca autor środki drażniące: silne przeciwbodźce: na miejsce obrażeuia, rtęciowe przetwory przeczyszczające, przetwory jodowe w połączeniu z bromowemi, również środki uspokajające jak: *hyoscyamus*, *sulfonal*, głównie zaś paraldehyd. Przy zapaleniu opon samoistnem z pożytkiem stosować można pijawki do głowy, lód i zimne oblewania. Nadto wcieranie olejku krotonowego w sklepienie czaszki *linimentum jodi* w całą czaszkę, pryszczydła na głowę, za uszami i na kark; gorczyczniki wzdłuż całego kręgosłupa, środki przeczyszczające. (*Schmidt's. Jahrb. 10—1890*). *A. F.*

31. Dr. Hesselbach. **Badania nad salolem i jego wpływem na nerki.** Wiadomo, że Kobert przestrzegał przed stosowaniem wprowadzonego w r. 1886 przez Sahli'ego w użycie salolu, wykazując wysoce trujące własności powstającego z salolu fenolu przy przekroczeniu najwyższej dawki pierwszego. Wykazał też Kobert, że przy użyciu 8 grm. dziennie salolu, wywiązują się w ustroju 3,04 grm. karbolu, że zalecana tym sposobem przez Sahli'ego dawka o 6 razy przewyższa dozwoloną w Niemczech, o 20 zaś razy dozwoloną w Austryi najwyższą dawkę karbolu. O ile słusznemi były przestrogi, uczynione w swoim czasie przez Koberta, dowodzi przypadek śmierci po 8 grm. salolu, spostrzegany przez autora. Dotyczył on 22-letniej, silnie zbudowanej służącej, dotkniętej ostrym gośćcem stawowym, której zalecono salol w ilości 1,0 grm. co 2 godziny. Matka chorej przez omyłkę podawała po 2 proszki co 2 godz. tak iż w ciągu 8 godzin podano 8 grm. salolu. Już w godzinach poobiednich zauważono śpiączkę i bezmocz i przy tych objawach chora po 4-ch dniach zmarła. Nieszczęśliwy ten przypadek naprowadził autora na myśl dokonania szeregu doświadczeń na zwierzętach z salolem, fenolem i kwasem salicylowym pod względem działania omawianych środków na nerki. Wyniki stąd otrzymane wykazały, iż zmiany w nerkach, występujące po otruciu salolem zależą głównie od działania zawartego w nim fenolu. Spostrzegał tu więc autor niedo-

krwistość nerek, ostre stłuszczenie nabłonka kanalików krętych oraz rozpad komórek. I tu również sprawa ograniczała się przeważnie do substancyi korowej. Dopiero po dużych dawkach salolu można było zauważyć krwotoki do substancyi rdzeniowej, a co zatem idzie, stwierdzić trujące działanie na nerki kwasu salicylowego. Wobec dokonanych doświadczeń przychodzi autor do wniosku, że salol, ze względu na dużą zawartość w nim fenolu, jest środkiem silnie trującym, z którym liczyć się trzeba. Ostre i przewlekłe cierpienia nerek stanowią, zdaniem autora, przeciwwskazania do stosowania salolu.

(*Centralbt. f. Chir. 43—1890*). *A. F.*

ODCZYTY.

O działaniu środka prof. Kocha.

Wykład prof. d-ra Ewald'a w Berlińskiem Towarzystwie lek.

(*Berl. klin. Woch. Nr. 4*).

Streścił dr. **Władysław Chodecki.**

Z istnej powodzi artykułów traktujących o kochinie, trudno jest wybrać taki, któryby przynosił coś nowego i pouczył czytelnika. Zawierają one po większej części rzeczy już dawno znane z pierwszych publikacyi. Z tej massy głosów niezawsze powołanych, zasługuje na uwagę pouczający niezmiernie wykład prof. Ewald'a odpowiadający doskonale obecnemu stanowi wiedzy w tej kwestyi. Środkiem Kocha leczono w „szpitalu Augusty", którego prof. Ewald jest naczelnym lekarzem, osób 114. Przez ten czas spotrzebowano $6^1/_2$ fllaszeczek kochiny. W miejscu zastrzyknięcia nie obserwowano nigdy zapalenia tkanki łącznej, ropnia i t. d.; bóle przy zastrzykiwaniu były również bardzo nieznaczne. Z tych 114 przypadków, 41 nie ma już obecnie w szpitalu: 5 umarło, a 36 zostało wypisanych.

Z tych 5 przypadków zakończonych śmiertelnie, 2 przybyły do szpitala w stanie rzeczywiście opłakanym; leczono je zastrzykiwaniami kochiny na ich własne żądanie. W peryodzie pierwszego entuzyazmu i bezgranicznych nadziei każdy z suchotników nie leczony środkiem Koch'a oddawał się rozpaczy. Następnie jednak zastrzykiwania zostały przerwane, ponieważ chorzy ci nie przedstawiali żadnych szans wyzdrowienia. Później umarł również jeden chory dotknięty daleko posuniętą gruźlicą płuc i krtani, który już z początku nie dawał żadnej nadziei wyleczenia. Nakoniec zasługują na obszerniejszą wzmiankę dwa przypadki, w których można się doszukać związku przyczynowego między śmiercią a zastrzykiwaniami kochiny. W jednym przypadku mieliśmy do czynienia z suchotami płucnemi i zwyrodnieniem mączkowatem nerek. Po zastrzyknięciu temu pacyentowi 0,001 reakcya była bardzo nieznaczną; na drugi dzień jednak po zastrzyknięciu temperatura nagle poszła w górę, wystąpił gwałtowny krwotok płucny (*haemoptoe*), upadek sił i chory umarł tego samego dnia. Jest to właśnie przypadek, który skłonił mnie do wypowiedzenia zdania, iż w przypadkach gruźlicy połączonej ze zwyrodnieniem mączkowatem organów wewnętrznych należy być bardzo ostrożnym z zastrzykiwaniami kochiny. Drugi przypadek dotycze Amerykanina, który dotknięty nieznacznem cierpieniem wierzchołków, przybył do Berlina by poddać się leczeniu zastrzykiwaniami nowego środka. Po dokładnem zbadaniu go okazało się, iż ma tylko lekkie nacieczenie (*infiltratio*) prawego wierzchołka płuc. Chory ten otrzymał cały szereg zastrzykiwań, aż do 10 miligr., które wybornie znosił, aż pewnego razu dostał obfitego krwotoku płucnego. Jednocześnie mogliśmy zkonstatować objawy jamy (*caverna*) w lewem płucu. Następnego dnia zjawił się znowu bardzo obfity krwotok płucny, który położył

kres życiu chorego. Wspomnimy tutaj o ważnym fakcie, iż w jednym z cytowanych przypadków znaleźliśmy świeże prosowate gruzełki na opłucnej, jak to już prof. Virchow opisał w swym pouczającym wykładzie. Naturalnie że trudno tutaj o absolutną pewność, czy świeża serya gruzełków jest właśnie skutkiem zastrzykiwań kochiny.

Liczba przypadków wypisanych wynosi 36. Z tych 7 usunęło się z kuracyi z powodu niezadowolenia z jej rezultatów, a także z przyczyny namawiania prof. Ewald'a by szpital opuścili, nie dawali bowiem żadnych widoków na wyleczenie. Z tych to przypadków 4 było kandydatami do śmierci i z tych 2 wkrótce zmarło. Co zaś do losu dwóch innych, to zebrane wiadomości brzmią dosyć pomyślnie.

Dla dowiedzenia się bowiem o stanie zdrowia wypisanych chorych, prof. Ewald porozsyłał im karty z prośbą, aby odpowiedzieli na pytania następujące:

W jakim stopniu istnieje kaszel:
" " " plwocina
" " " poty nocne
" " " waga ciała
" " " stan ogólny.

Po ustaniu odczynu gorączkowego wypuszczono 12 chorych, z tych cieszyło się pomyślnym stanem zdrowia w chwili wypisania 7, mniej pomyślnym 5. Zebrane wiadomości odnoszą się do 9-ciu chorych z tej gruppy. Zakommunikujemy tutaj odpowiedź tylko tych chorych, którzy wypisani zostali przed 1 Stycznia 1891 r. by ich stan można było zkonstatować podczas dłuższego przeciągu czasu. W dwóch przypadkach brzmiała odpowiedź niepomyślnie. W innych zaś—pomyślnie.

I tak pisze jeden z chorych:
Kaszel: zniknął prawie zupełnie.
Plwocina: " "
Poty nocne: " "
Waga ciała: zwiększyła się ze 138 funtów od 26 Listopada do 148 funt.
Stan ogólny wyborny; chory ten dostał w domu 22 zastrzyknięcia, wszystkiego 102 miligr.

Pacyent ten dotknięty był gruźlicą stawu łokciowego a oprócz tego nieznacznemi zmianami w wierzchołkach płucnych. Przybył on do szpitala tylko, by przekonać się czy będzie oddziaływał na zastrzykiwania kochiny i zjawiła się rzeczywiście znaczna reakcya.

Ten zaś przypadek, który najniepomyślniej wyraża się o swym stanie zdrowia, pisze co następuje:

K a s z e l i p l w o c i n a po zaprzestaniu kuracyi zjawiły się znowu.
P o t ó w n o c n y c h: nie ma.
W a g a c i a ł a: zwiększyła się o 1 kilog.
S t a n o g ó l n y: nie zadawalniający. Duszność powiększyła się znacznie i sen stał się niespokojnym.

Chory ten nie oddziaływał na 40 mg. po zwiększeniu dozy do 60, 70 mg. odczyn nie pojawiał się, a tymczasem w trakcie leczenia zjawiły się symptomy jamy (*caverna*) po prawej stronie. Widzimy więc, że tutaj rezultat leczenia pozostawia wiele do życzenia.

Trzecia zaś kategorya obejmuje tych chorych, którzy nie dawali odczynu na 100 milg. Liczba tych chorych wynosi 15, którzy wszyscy wypisani zostali w dobrym stanie. Prof. Ewald otrzymał wiadomość o stanie zdrowia od 14 z tych chorych, która z wyjątkiem jednego brzmi pomyślnie.

I tak pisze jeden z tych chorych:
K a s z l u: nie ma.
P l w o c i n a: Skąpa, śluzowa (1 Stycznia 1891 r. nie zawierała laseczników).

Potów nocnych: nie ma wcale.

Waga ciała z 52½ kg. podniosła się do 56 kilogr. w przeciągu miesiąca.

Stan ogólny uległ znacznemu polepszeniu. Apetyt doskonały. Chory otrzymał w domu zastrzykiwania kochiny w dawce 45 mg. a następnie i 50 mg. ale bez żadnego odczynu.

Odpowiedź na inne rozesłane karty brzmi w podobny sposób. Pewna część chorych uległa ponownemu zbadaniu, ponieważ stawili się znowu dla ponowienia zastrzykiwań. Nie można było dopatrzeć się istotnej zmiany w objektywnym stanie chorych od czasu ich wypisania, subjektywny stan był zadawalniający. Jeden tylko chory powrócił z dawnemi skargami.

Niepomyślną wiadomość otrzymał prof. Ewald od pewnej młodej 28-letniej kobiety z wyraźnem stępieniem w lewem wierzchołku płuc i nieznacznemi rzężeniami. Chora ta podczas pobytu w szpitalu czuła się nieźle, apetyt polepszył się znacznie, poty nocne zmniejszyły się tak iż był to jeden z najpomyślniejszych przypadków. Wiadomość o jej obecnym stanie zdrowia brzmi jak następuje:

Kaszel: krótszy i częstszy niż przedtem.

Plwocina: Wydziela się znowu w większej ilości.

Poty nocne: Rzadkie.

Waga ciała: Zmniejszyła się znowu o 2 kg.

Dwóch chorych zostało wypisanych przy nieznacznej reakcyi na 100 mg. kochiny, wiadomość o ich obecnym stanie zdrowia brzmi pomyślnie. Na podstawie tych danych mamy zupełne prawo wywnioskować, że większość chorych leczonych kochiną doznała znacznej subjektywnej poprawy, a ponieważ pacyenci ci należą do intelligentnej klassy ludności, można więc ich zdaniu przypisywać pewną wagę.

Mówiliśmy jednak dotąd wyraźnie tylko o subjektywnym stanie chorych, nie zaś o rezultatach badania objektywnego. Rezultaty bowiem badania chorego musimy podzielić na dwie części. Do pierwszej z nich należą czysto subjektywne objawy a do nich zalicza prof. Ewald i zmiany znalezione w zjawiskach auskultacyjnych. Naturalnie że ręka w rękę ze zmniejszeniem się wydzieliny w oskrzelach i pęcherzykach płucnych polepszają się i zjawiska auskultacyjne. Jeżeli plwocina zmniejszyła się znacznie, to naturalnie zmniejszają się znakomicie i rzężenia. Zasadniczo jednak różnią się od opisanych zjawisk objawy, które wykryć możemy za pomocą perkussyi i dla tego też nadmienić należy, iż w żadnym z przypadków leczonych środkiem Kocha nie wystąpiły ważniejsze zmiany w objawach perkussyjnych mimo wielokrotnego i dokładnego badania. Od tego sądu wyłączyć należy wysięki w opłucnej, które rzeczywiście nadzwyczaj szybko uległy wessaniu. Musimy tutaj zauważyć, że znaczna część autorów przypisuje właśnie leczeniu kochiną nadzwyczaj pomyślny wpływ na wyjaśnianie się stępień odgłosu opukowego zwłaszcza w wierzchołkach płuc. Jeżeli jednak rozważymy, o co nam właściwie chodzi przy sprawie gruźliczej, to łatwo pojmiemy że wyjaśnienie odgłosu opukowego i wyleczenie processu gruźliczego są dwiema odrębnemi sprawami a ze zniknięcia stępienia nie mamy bynajmniej prawa wnosić o ustaniu processu gruźliczego. Jeżeli stępienia się wyjaśniają, to dzieje się to wskutek tego, że wysięk nagromadzony w pęcherzykach płucnych ulega wessaniu i zostaje wydalonym na zewnątrz, w pęcherzyki więc, które zamiast powietrza zawierały wysięk, zaczyna ono znowu się przedostawać lub istnieje możliwość, że pod wpływem leczenia wytworzyły się jamy. Drugi zaś czynnik składający process gruźliczy, t. j. między pęcherzykowe złogi gruźlicze, nie ulega przez to żadnej zmianie. Powtarzamy więc iż mamy tutaj dwa czynniki: pierwszym jest wysięk nagromadzony w pęcherzykach płucnych, drugim zaś—między pęcherzy-

kowe złogi gruźlicze. Te dwa ważne czynniki sprawy gruźliczej zostają z sobą w różnym związku: to przeważa jeden, to drugi. I tak np. wysięk w pęcherzykach płucnych może zniknąć, a przez to powstanie wyjaśnienie stępienia odgłosu opukowego. Z tego jednak faktu niemamy jeszcze prawa wnioskować, że i zmiany gruźlicze tkanek ustąpiły. Wiemy teraz dobrze, że process wyleczenia gruźlicy zależy właśnie na tem, by wytworzyła się świeża tkanka łączna, by gruźlicze massy znajdujące się w jamach uległy zgęszczeniu i zwapnieniu, by więc przyszło do zaniku chorych części płuca. Pokazuje to nam dokładnie każde płuco na stole sekcyjnym, w którem mamy sposobność skonstatować dawne sprawy gruźlicze. Wszystko to daje właśnie stępienie odgłosu opukowego, które nigdy się nie wyjaśnia. Jeszcze raz więc zwracamy na to uwagę że nie mamy bynajmniej prawa wnioskować o ustaniu processu gruźliczego z wyjaśnienia się stępienia. Może taki przypadek się zdarzyć, nie jest to jednak absolutną koniecznością. Jako dalszy już czynnik przypomnieć sobie należy, że wszystkie te zmiany nie potrzebują koniecznie leżyć na obwodzie, że mogą być przykryte przez warstwę mniej lub więcej znaczną zdrowego płuca, co spowodować może rozmaite powikłania.

Należy jednak teraz otwarcie wypowiedzieć zdanie bez żadnych ogródek, że dotychczas nie obserwowaliśmy żadnego przypadku gruźlicy, o którym mielibyśmy prawo powiedzieć, że jest wyleczony; poglądu tego nie może zmienić i dalsza 3—4 tygodniowa obserwacya chorych.

To samo zupełnie stosuje się i do laseczników znajdowanych w plwocinie. I pod tym względem rezultaty badań są bardzo zmienne. Zależy to od mniej lub więcej obfitej plwociny, tak więc zdarzyć się może że przez całe tygodnie nie znajdujemy laseczników w plwocinie, aż nagle pojawią się znowu. Dałyby się zacytować pod tym względem liczne przykłady. I tak niedawno dr. Oppenheim opisał w *„Berl. klin. Wochen.“* interessujący przypadek, w którym przez 45 dni nie można było odnaleźć laseczników w plwocinie, aż nagle pojawiły się znowu. A takich przypadków można by przytoczyć i znacznie więcej!

Przejdźmy teraz do odwrotnej strony medalu. Obok pewnej liczby przypadków które przez leczenie kochiną doznały znacznej subjektywnej i objektywnej poprawy, mamy nie mało do zanotowania takich, których niepomyślne zejście przypisać należy szkodliwemu ubocznemu działaniu środka. Nie będziemy tutaj bardzo rozszerzali się o tych nieprzyjemnych przypadkach obserwowanych niestety bardzo często w przebiegu leczenia zastrzykiwaniami kochiny, wywołującej już to przerzuty (metastazy) do oddalonych organów, już to znaczne przekrwienia i kongestye. Wspomnimy tutaj również o pewnym objawie, który żeby się sprawdził, zasługiwałby w wysokim stopniu na uwagę. Mówimy tutaj o badaniach d-ra Victora Liebmann'a z Tryestu wykazujących, że po zastrzykiwaniach kochiny laseczniki gruźlicze zjawiają się we krwi. Prof. Ewald nie mógł wprawdzie dotąd potwierdzić podań d-ra Liebmann'a; podjęte w tym celu badania krwi wykazywały zawsze rezultat ujemny.

Summując dotychczasowe doświadczenia uczynione z kochiną, przyjść musimy do przekonania, że w żadnym przypadku nie możemy przepowiedzieć, jaki przebieg on przyjmie, i to zarówno co do charakteru odczynu jak i ostatecznego rezultatu leczenia. Wszystkie te przypadki przypominają nam w zupełności obrazy kalejdoskopowe zmieniające się co chwila. W jednym ze swoich wykładów dr. P. Guttmann orzekł, że do leczenia kochiną nadają się tylko lżejsze przypadki; że środek ten jest przeciwwskazanym w przypadkach ciężkich, przebiegających z gorączką, czy bez niej. Niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków możemy orzec że są to przypadki lekkie, ale niestety zdarzają się i takie, o których nie możemy powiedzieć, co jest w środku płuc, a za tem nie możemy i wiedzieć dokładnie, w jaki sposób przypadek dany

przebiegać będzie. Nigdzie niestety nie uda się wybierać w ten sposób przypadków kwalifikujących się lub nie kwalifikujących do leczenia, by uniknąć zejść śmiertelnych.

W obec tego rodzaju rezultatów dotychczasowych obserwacyi, nie będzie nam trudno udzielić rady chorym pytającym się, czy mają się poddać lub nie leczeniu kochiną. Stosunek nasz do chorego w takim razie jest zupełnie podobny do tego przypadku, kiedy chirurg proponuje pacyentowi bardzo ciężką operacyę i to w dodatku z wątpliwym rezultatem. Jesteśmy obowiązani oświadczyć choremu, że środek którego żąda, wywołać może bardzo groźne objawy, a nawet czego mamy liczne przypadki i zejście śmiertelne. W jednym z najbliższych numerów „*Berl. klin. Woch.*“ ogłoszony zostanie przypadek początkowej gruźlicy płucnej, w którym pod wpływem zastrzykiwań rozwinęła się prosówkowata gruźlica opon (*tuberculosis meningum*). Musimy również zwrócić uwagę na tę okoliczność, że znajduje się też nie mała liczba przypadków, które przy początku leczenia przebiegały zupełnie bez gorączki i przedstawiały na zastrzykiwania niezbyt wysoki odczyn; pod koniec zaś zastrzykiwań rozwinęła się znaczna i ciągła gorączka zmuszająca do ich zaniechania. Można powiedzieć śmiało, że w takich przypadkach środek Kocha skraca życie; występująca bowiem gorączka trawiąca (*febris hectica*) wkrótce wyczerpuje siły chorego.

Dalej jesteśmy w prawie powiedzieć choremu, że nowy ten a tak głośny środek w pewnej liczbie przypadków w krótkim bardzo czasie wywołał tak znaczne polepszenie, jakiego przy pomocy innych środków osiągnąć nie można było. Jest to również fakt nie ulegający zaprzeczeniu. Możemy dalej powiedzieć, że przy starannym wyborze przypadków i nadzwyczaj troskliwem leczeniu, szanse na pomyślny rezultat leczenia znacznie zwiększają się. W pewnej znowu liczbie środek Kocha odmawia w zupełności swoich usług, a niestety przewidzieć nie możemy, jaki przebieg będzie miał dany przypadek. Nadto zamilczeć się nie da, że niekiedy występują nawet pogorszenia; o takich przypadkach wielokrotnie już wzmiankowaliśmy.

Nakoniec powiemy choremu, iż sam ma się zdecydować na leczenie środkiem Koch'a, lub nie.

W leczeniu początkowych stadyów suchot płucnych możemy i przez inne środki wywrzeć wpływ pomyślny na ich przebieg, być może że nie tak szybko jak przez środek Kocha, ale też i bez tak niebezpiecznego działania ubocznego. Zasługuje pod tym względem na uwagę zdanie prof. Fräntzel'a, doświadczonego i sumiennego badacza chorób płucnych. Mówi on w tym przedmiocie: „Miałem sposobność wielokrotnie obserwować, że przy wielomiesięcznem używaniu kreozotu, suchotnicy albo zostają wyleczeni albo doznają tak znacznej poprawy, że opuszczają szpital w stanie zdolnym do pracy. Przypadki, w których możemy osiągnąć podobny stopień poprawy, nie powinny stale i tylko bardzo nieznacznie gorączkować; obok tego ilość laseczników w plwocinie nie powinna przecięciowo przewyższać 3 według schematu Gaffky'ego. Działanie kreozotu w takich razach bynajmniej nie jest specyficznem, ale wzmacniającem i ograniczającem w wysokim stopniu wydzielinę. Rzadko kiedy ilość laseczników zmniejszała się stale w plwocinie, aż nakoniec laseczniki zupełnie zniknęły. W większej liczbie przypadków tylko ilość plwociny zmniejszała się coraz bardziej, liczba zaś laseczników pozostawała stałą. W końcu plwocina ustała zupełnie“.

Jeżeli teraz, mówi prof. Ewald, porównamy to zdanie z rezultatem dotychczasowych możliwie objektywnych badań i obserwacyi uczynionych nad kochiną, to mamy tutaj zupełnie analogiczne wyniki.

W każdym razie fakt to godny zaznaczenia a wyjaśniający w zupełności znaczenie środka prof. Koch'a.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Wyniki zbiorowych poszukiwań nad leczeniem gruźlicy metodą Kocha w Warszawie

Uwagi ogólne prof. BARANOWSKIEGO czytane na posiedzeniu d. 27 Stycznia r. b.

Sprawozdawca **St. Markiewicz.**

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 6).

Otóż spostrzeżenia warszawskie niepotwierdzają bynajmniej twierdzeń Kocha odnośnie do występowania reakcyi ogólnej tak u gruźliczych jak u innych.

Z temi faktami wielce niejednakowej reakcyi ogólnej wiąże się ściśle kwestya znaczenia diagnostycznego płynu Kocha. Dla jej rozstrzygnięcia prof. B. przytacza przedewszystkiem fakta w Warszawie zebrane. Otóż u całkiem zdrowych jednostek próbnych injekcyj wcale nierobiono. Rozpoznawcze injekcye płynu Kocha robiono w 8 przypadkach, gdzie chciano w myśl twierdzeń Kocha, rozstrzygnąć czy chodzi istotnie o gruźlicę. W ogóle jednak we wszystkich 50 spostrzeganych przypadkach, zauważono fakt wielce niejednakowego występowania reakcyi ogólnej po injekcyi początkowej, a w szczególności przekonano się że postać i natężenie tej reakcyi po pierwszej injekcyi bynajmniej proporcyonalne niebywały do rozległości gruźliczego cierpienia. Pokazuje się więc, że na sposób ujawniania się reakcyi ogólnej nie rozległość zmian chorobowych wpływa ale raczej inne momenta. Na pytanie jakie to momenta rozstrzygającemi tu być mogą, wypowiada prof. B. domniemanie, że ważnemi być muszą w tej mierze właściwości tkanek otaczających ogniska chorobowe a więc dostępność tych ognisk; prócz tych momentów lokalnych ważną jednak grać muszą rolę i właściwości indywidualne danego ustroju i danej postaci chorobowej; prof. B. przypomina że jak Koch w drugiej swej publikacyi zaznacza [1]) w płynie jego będącym glicerynowym wyciągiem czystych hodowli laseczników gruźliczych „oprócz leczącej substancyi", swoiście na tkankę gruźliczą działającej, zawarte są i inne jeszcze materye—niezawodnie nieobojętne—rozpuszczalne w 50% roztworze gliceryny a mianowicie sole mineralne, barwniki i także nieznane bliżej materye wyciągowe. O istnieniu pewnych bądź co bądź trujących składników w płynie Kocha niezależnie od zawartej w nim substancyi swoiście na tkankę gruźliczą działającej, przemawia fakt mniej lub więcej gwałtownych objawów występujących po injekcyi rzeczonego płynu u jednostek zdrowych (KOCH, BUJWID, MEIR, MOSLER).

W 8 przypadkach w których w Warszawie celem diagnozy robiono injekcye płynu Kocha, zastrzykiwano u dorosłych do 1 cg. u dziecka 2 mg. przyczem w niektórych z pomiędzy rzeczonych przypadków niewystąpiły żadne objawy reakcyi ogólnej, co by pozornie mogło być poczytane za dowód istotnego diagnostycznego znaczenia tegoż płynu.

A jednak prof. B. absolutnie znaczenia tego płynowi Kocha nieprzyznaje.

Najwybitniej przeciwko takiemu znaczeniu płynu Kocha przemawia zachowanie się ustroju pod jego wpływem w przypadkach niezawodnej gruźlicy trzewowej (suchot). W przypadkach tych, u nas, zaczynano od dawek bardzo małych, od dawek mniejszych aniżeli zalecane w tym razie przez Kocha a mianowicie wstrzykiwano za pierwszym razem nie więcej niż $^1/_2$ do 1 mg. I jakież były skutki po takich injekcyach u suchotników? Oto w jednym przypadku, w którym chory niegorączkujący miał znaczne zniszczenie miąższu płuca w wierzchołku lewym i znaczne gruźlicze zmiany na strunach głosowych, wy-

[1]) Deutsche med. Wochft. Nr. 3. 1891. Przekład w Nr. 5 Medycyny 1891.

konano w odpowiednich odstępach czasu 12 injekcyj, przyczem po pierwszych 4-ch niebyło żadnej reakcyi, w szczególności żadnej gorączki, po injekcyi 5-ej temperatura podniosła się tylko na krótko do 38,6° poczem już do końca leczenia niepodnosiła się wcale, przyczem też niedał się fizykalnie stwierdzić żaden objaw miejscowej reakcyi w gruźliczo dotkniętych płucach. W innym znowu przypadku niezawodnej gruzlicy płuc, pierwsze siedm injekcyj niewywołały żadnej reakcyi ogólnej, po injekcyi 8-ej—mimo utrzymania tej samej dawki—nastąpiła reakcya ogólna bardzo gwałtowna i ostatecznie gorączka która dopiero po tej injekcyi wystąpiła (poprzednio stan był bezgorączkowy) trwała już i nadal przybrawszy cechy gorączki hektycznej. W dwóch śmiertelnie zakończonych przypadkach stwierdzono fakt że gorączka która powstała po injekcyach ustała całkiem po ich zaprzestaniu (z powodu innych objawów pogorszenia), tak że chorzy przez ostatnie kilka dni które dzieliły ich zgon od końcowych injekcyj wcale niegorączkowali. Okres zatem przedśmiertny w przypadkach tych miał cechy całkiem inne aniżeli u umierających w zwykły sposób suchotników. Niepodobna odeprzeć wniosku, że objawy tego okresu u naszych chorych i wreszcie że zgon ich był następstwem pewnej intoksykacyi. W trzecim z pomiędzy zakończonych śmiertelnie przypadków naszych, zgon nastąpił w 5 dni po ostatniej injekcyi, przyczem nie przekroczono dawki 1 mg.

Przechodząc do sposobu ujawniania się reakcyi ogólnej w przypadkach które się u nas zakończyły względnie pomyślnie (poprawą—przypadków 4) prof. B. opowiada że w jednym z tych przypadków, w którym chory przez 9 miesięcy kaszlał i pluł, po pierwszych 4-ch injekcyach (2 do 4 mg.) gorączka reakcyjna dochodziła od 38½ do 39½° późniejsze zaś injekcye (ostatnia 1½ ctg.) gorączki wcale niewywoływały. Chory ten wyszedł ze szpitala z ogólną poprawą, bez laseczników w plwocinie. Podobnaż poprawa nastąpiła i w drugim przypadku w którym równie jak w poprzednim tak przed kuracyą jak i potem laseczników w plwocinie nie wykryto. Zresztą prof. B. zaznacza, że o ile obecność laseczników jest dlań objawem patognomonicznym o tyle brak ich bynajmniej gruźliczej sprawy niewyklucza. Bardzo ciekawy pomyślnie zakończony przypadek dotyczył chorego z trzymiesięcznym wysiękiem surowiczym w jamie opłucnej, wielokrotnie poprzednio wypuszczanym i ponownie się zbierającym. Tu również laseczników niewykryto. Otóż w przypadku tym zrobiono 11 injekcyj płynu Kocha (ostateczna dawka 2 cg.) przyczem stwierdzono niemal zupełne zniknięcie wysięku.

Z całego szeregu przytoczonych przez się przypadków warszawskich prof. B. przychodzi do wniosków następujących: Gdzie występuje po injekcyi płynu kocha odczyn miejscowy tam znaczenie jego diagnostyczne (gruźlica!) jest niemylne. Występowanie ogólnego odczynu w najrozmaitszych przypadkach jest całkiem nieprawidłowe i dlatego odczynowi temu równie jak i brakowi jego żadnego znaczenia diagnostycznego przypisywać nie należy. W przypadkach śmiertelnie zakończonych reakcya w ogólności po injekcyach początkowych bywała bardzo nieznaczna. W przypadkach zakończonych stanowczem pogorszeniem, odczyn ogólny nie występował wcale lub prawie wcale po injekcyach początkowych lecz dopiero po dalszych.

Tu prof. B. przypomina, że płyn Kocha jest środkiem stanowczo wielorakie zaburzenia i zmiany w tkankach i czynnościach ustroju wywołującym, że jest to potężna *noxa* i że składnikami swemi w ten czy w ów sposób działać musi na te rozmaite sprawy zapalne, wysiękowe, gnilne, które niemal zawsze w pewnej mierze komplikują sprawę gruźliczą w płucach i wywołuje ostateczne pogorszenie lub nawet sprowadza zgubę chorego przez niepomyślny wpływ jaki wywiera, może właśnie na owe przypadłości komplikacyjne, odgrywające jak wiadomo nieraz rozstrzygającą rolę w przebiegu i zejściu suchot płucnych.

Tak więc sądzi prof. B. że znaczenie płynu Kocha pod względem diagnostycznym jest tylko połowiczne: dodatnie odnośnie do odczynu miejscowego, ujemne odnośnie do ogólnego; prof. B. mniema iż gdzie po małych dawkach występuje odczyn ogólny tam ma on znaczenie dodatnie, tam mamy prawo rozpoznać gruźlicę; ale natomiast gdzie po takichże dawkach odczynu ogólnego niema, tam do jego braku żadnego znaczenia diagnostycznego przywiązywać niepodobna. Do stosowania zaś w celach diagnostycznych dużych dawek wstępnych (1 cg.) zdaniem prof. B. niejesteśmy upoważnieni w obec tych następstw jakie środek ten niekiedy wywołuje. Prof. B. radzi jak najmocniej aby tak w przypadkach niezawodnej gruźlicy równie jak i w przypadkach wątpliwych zaczynać od bardzo małej dawki.

Przechodząc do ważnych kwestyj praktycznych prof. B. zapytuje w jaki sposób należy stopniować w dawkowaniu płynu Kocha i powiada że w tej mierze nasze spostrzeżenia również niezgadzają się z pierwotnemi formułami Kocha. I tak w jednym z przypadków śmiercią zakończonych, w którym niezawodnie bardzo ostrożnie stopniowano (1 m., 1 m., 2 m., 3 m., 2 m., 2 m.) a jednak nagle wystąpiły objawy „mobilizacyi“ laseczników, generalizacyi gruźlicy. Spostrzegane w tym przypadku zwiększenie plwociny i liczby laseczników w takowej, mogące pozornie uchodzić za oznakę poprawy (eliminacya!) w rzeczy samej było wyrazem disseminacyi sprawy gruźliczej.

W naszych przypadkach, które się zakończyły stanowczem pogorszeniem, stopniowano również z wielką ostrożnością. I tak w jednym z nich zrobiono tylko 4 injekcye (najwyższa dawka 2 m.) poczem dalszego leczenia zaniechano z powodu wystąpienia nagłego pogorszenia miejscowego i gorączki hektycznej (u poprzednio niegorączkującego chorego).

Te (i inne przez prof. B. przytoczone przypadki) każą w stopniowaniu dawek i w ogóle w postępie leczenia płynem Kocha nie polegać na objawach ogólnej reakcyi (te mogą być i w rzeczonych przypadkach, nie pomyślnie zakończonych, były względnie nieznaczne) ale raczej wciąż baczyć należy na znaki fizykalne, na kaszel chorego, na jego oddech, trwanie gorączki, jej charakter i t. p. Te jedynie oznaki mogą być wskazówką w dalszem dawkowaniu *respective* zaniechaniu injekcyj.

Inne jeszcze ważne praktyczne zagadnienie dotycze ewentualnej odporności przeciwgruźliczej *(immunitas)*, do której ustrój jakoby ma dochodzić drogą ciągle, przez czas dłuższy, powtarzanych injekcyj płynu Kocha. Fakt taką drogą zdobytej odporności został przez Kocha stwierdzony na świnkach morskich. Nasze spostrzeżenia na ludziach bynajmniej czegoś podobnego niestwierdzają. Być może że do osiągnięcia rzeczonego celu potrzeba by heroiczniejszych dawek. O ile niezawodnym jest fakt iż płyn Kocha mobilizująco wpływa na laseczniki gruźlicze, o tyle nasze spostrzeżenia nie upoważniają do uwierzenia w jego wpływ ostatecznie immunizacyjny. Jeżeli istotnie dawki większe aniżeli te jakie u nas stosowano i dłużej przeciągane injekcye płynu Kocha są warunkiem osiągnięcia absolutnej przeciwgruźliczej odporności, to sądzi prof. B. że na takie dawkowanie lekarz może sobie pozwolić tylko wyjątkowo.

Tu prof. B. odwołując się do tego co powiedział sam Koch w drugiej swej publikacyi i do tego co mówi prof. Hoyer o domniemanych składnikach płynu Kocha zaznacza, że płyn ten nie jest bynajmniej roztworem wyłącznie jednej, swoiście na tkanki gruźlicze działającej substancyi ale raczej, tak jak dziś otrzymywanym bywa, uznanym być musi za mieszaninę; nastręcza się też niezawodnie możliwość udoskonalenia metody otrzymywania rzeczonego płynu, wyeliminowania zeń pewnych toksycznie działających materyj, poczem może istotnie stanie się środkiem li swoiście niszczącym tkankę gruźliczą a wtedy

w dawkowaniu jego postępować będzie można śmielej, bezkarniej i istotnie osiągnąć ową, dziś tylko laboratoryjnie stwierdzoną odporność.

Zresztą odnośnie do samego sposobu działania płynu swego Koch całkiem inaczej je pojmuje i przedstawia aniżeli tacy badacze jak Virchow, Cornil, Browicz a tem samem i doniosłość tego działałania inaczej ocenia. Koch widzi tylko umiejscowioną zgorzel koagulacyjną i nią miejscowe zmiany pod wpływem płynu jego powstające stara się objaśnić. Tymczasem pomienieni badacze zgodnie a stanowczo stwierdzili, iż chodzi tu o kolosalne zaburzenia cyrkulacyjne, nutrycyjne i t. d. objaśniające aż nadto to wszystko co spostrzeganem dotąd zostało w nazbyt już licznych przypadkach niepomyślnie zakończonych, w których zgon czy pogorszenie li tylko płynowi Kocha przypisać było można.

Wracając jeszcze do pytania czy i o ile ustrój pod wpływem płynu Kocha staje się odpornym przeciw gruźlicy, prof. B. zastanawia się nad wynikami spostrzeżeń warszawskich, przyczem zaznacza fakt, iż w przypadkach zakończonych śmiercią stwierdzono niewątpliwą generalizacyę sprawy gruźliczej podczas i wskutek płynu Kocha rozwiniętą. Co się tycze przypadków zakończonych pogorszeniem, to mówca niechce w nich szukać absolutnego dowodu generalizacyi g r u ź l i c z e j, gdyż w nich niepodobna było orzec jaki udział w pogorszeniu brała sprawa gruźlicza, a jaki komplikujące ją i możliwie leczeniem pogorszone sprawy zapalne i t. d. Wreszcie nieliczne nasze przypadki poprawą zakończone, jako zbyt krótko spostrzegane, niemogą dostarczyć pozytywnego dowodu immunizacyi przeciwgruźliczej płynem Kocha.

Od kwestyi odporności, całkiem jak się pokazuje dotąd nierozstrzygniętej, mówca przeszedł do kwestyi l e c z n i c z e g o z n a c z e n i a płynu Kocha. W tej mierze z pierwszą chwilą rozpoczętych prób dał się słyszeć głos zachwytu; po wstępnym entuzyazmie nastąpiło rozczarowanie a dziś spotykamy się prawie z krańcowym sceptycyzmem. Rzecz istotnie godna podziwu ale bynajmniej pochlebnie o umysłowym stanie lekarzy nieświadcząca, że na pierwszą wiadomość o znalezieniu środka „l e c z ą c e g o s u c h o t y“ uwierzono obietnicom niezi-zczalnym, niezi-zczalnym według wszelkich zasadniczych i dotąd niczem niezachwianych wiadomości i pojęć naszych o sprawie gruźliczej w ogólności, a o gruźlicy trzewowej w szczególności. Pierwszego wprowadzenia w użycie płynu Kocha dokonano w sposób nielicujący z powagą nauki, w czem zresztą mówca niechce widzieć wprost winy tego zasłużonego naukowego badacza. Dziś kiedy przynajmniej pochodzenie, droga otrzymywania płynu Kocha są bliżej znane, nastała chwila, w której spokojnie, bez uprzedzeń nad leczniczem znaczeniem jego zastanowić się można i trzeba.

Okres warszawskich prób leczenia, rozpoczęty 23 Listopada 1890 r. nie jest wprawdzie dość długi by dawał możność wyrokowania absolutnego o znaczeniu leczniczem płynu Kocha w chorobie tak przewlekłej i tak wielopostaciowo występującej jak gruźlica płucna. W naszych przypadkach śmiercią zakończonych dostrzega mówca pewne wspólne cechy; w przypadkach tych, przed przystąpieniem do injekcyj stan był bezgorączkowy obok rozległych zmian w płucach. Pod wpływem płynu Kocha wystąpiły tu: utrudnienia w oddechu, osłabienie w czynności serca, w jednym zaś biegunka—objawy których poprzednio niebyło. W siedmiu przypadkach zakończonych pogorszeniem przed injekcyami skonstatowano również znaczne zmiany w płucach a w 4-ch z nich zmiany w krtani.

Z tych więc 10 bezwzględnie niepomyślnie zakończonych prób leczenia prof. B. wyprowadza wniosek, iż w przypadkach z rozległemi zmianami w płucach i komplikowanych cierpieniem krtani, płyn Kocha nietylko leczniczego wpływu niewywiera, ale jest wprost p r z e c i w w s k a z a n y jako niebezpieczny. N a w e t d o b r y s t a n o d ż y w i e n i a p a c y e n t a, przy rozległych zmia-

nach w płucach, nieupoważnia do stosowania metody Kocha jak o tem przekonał jeden śmiercią zakończony przypadek warszawski.

Co się tycze 4-ch przypadków naszych zakończonych przy użyciu płynu Kocha poprawą, to naturalnie z wielkim sceptyzmem musimy je brać jako dowód istotnego leczniczego wpływu tego środka. Prof. B. nieośmiela się twierdzić by poprawa w przypadkach tych była uwarunkowana li injekcyami ale niemoże zamilczeć iż środek Kocha był tu wyłącznie stosowany, innych środków nieużywano a przytem warunki szpitalne niezawodnie niestawiały chorych w pomyślnych warunkach hygienicznych. Wątpliwości w tej mierze się nastręczające usunąć się dadzą jedynie drogą dalszych obserwacyj. Prof. B. zaznacza, że w rzeczonych 4-ch poprawą, zakończonych przypadkach, zmiany w płucach i w krtani przed injekcyami były i nierozległe i całkiem zlokalizowane.

Na zasadzie spostrzeżeń warszawskich, prof. B. usiłuje ustalić w s k a z a n i a do stosowania płynu Kocha. Powiada że injekcye kochowskie są wskazane w przypadkach, w których chory ma jedynie te zmiany w płucach które nazwą kataru wierzchołkowego zwykliśmy oznaczać i tam gdzie krtań przedstawia również tylko bardzo małe zmiany.

Dalej injekcye mogą być wskazane i w przypadkach w których konstatujemy jamę w miąższu płuca ale o tyle tylko o ile fizykalne znaki (objaw Wintricha) świadczy nam o utorowanej kommunikacyi jamy z jakimś większym przewodem oskrzelowym i o ile czynniki zapewniające energiczne wykrztuszanie u chorego są zapewnione.

Dalej warunkiem wskazania winien być zdaniem prof. B. pomyślny stan układu nerwowego. Przypadek kol. Freudensohna świadczy do jakiego stopnia moment to jest ważny.

Wreszcie w pewnym przypadkach wysięków opłucny, o ile dane są wszystkie inne momenta warunkujące wskazanie, płyn Kocha może być stosowanym z dobrym rezultatem, jak o tem świadczy wyżej już przytoczone spostrzeżenie kol. Chrostowskiego.

Wiadomości bieżące.

Zagranicznie. Prof. v. Reuss przedstawił Towarzystwu lekarskiemu w Wiedniu przypadek tłuszczaka podłącznicowego. Gdy się podniesie prawą powiekę górną 10-letniego pacyenta, spostrzega się w zewnętrznym, górnym odcinku oka miękką narośl żółto zabarwioną, dającą się z łatwością przesuwać i niemającą żadnego związku z tłuszczem oczodołów. Łącznica nie jest mocno zrośnięta z tą narośla, która istnieje od urodzenia.

— Redakcyą pisma *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin* objął Dr. Wernich, po ustąpieniu z tego stanowiska D-ra Eulenburga.

Zmarli. W Paryżu umarł d. 18 Grudnia r. z. Dr. Hubert Hr. Korwin Krasiński przeżywszy lat 58. Urodzony na Ukrainie uczęszczał do szkół w Kijowie a nauki lekarskie pobierał w Akademii Petersburskiej, gdzie w r. 1857 tytuł doktora osiągnął. Jakiś czas był lekarzem miejskim w Odessie. Praktyki lekarskiej nie wykonywał a ostatni dziesiątek lat swego życia spędził w Krakowie przyjąwszy poddaństwo Austryackie. Napisał: Przyczynek do nosogenii cholery i dżumy (Gazeta lek. 1879), Kwestya sanitarna m. Warszawy (tamże 1880) oraz często zabierał głos w kwestyach sanitarnych w pismach nielekarskich. Był bardzo zręcznym popularyzatorem nauk lekarskich.

Redaktor i Wydawca, Dr. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 31 Января 1891 г.—Druk Maryi Ziemkiewiczowej Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedyńczego kop. 15.

LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING

(Natrium ferri albuminicum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznemi. Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a. **NB.** Z powodu istnienia ilecznych przetworów z białkanem żelaza, należy zapisywać:

LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING

Skład główny na Królestwo w aptece Wendy i Wiorogórskiego, 43 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie. **W. GRÜNING,** Mag. farm. w Połądze. 0—7

Kantor zdrojowy Wiesbadeński rozsyła na żądanie bezpłatnie wskazówki używania oraz dokładne opisy działania.

WIESBADENER KOCHBRUNNEN-QUELL-SALZ

SÓL WIESBADEŃSKA

czysty produkt natury

przygotowany pod kontrollą rządową przez pp. Lekarzy zalecany jako środek przeciw zaburzeniom trawienia i odżywiania, jako też przeciw wszelkim cierpieniom żołądka i kiszek. Równie zbawiennie działający w nieżytach przewodu oddechowego i płuc: w kaszlu, chrypce, wobec trudnej expektoracyi etc. a w skutek obecności znacznego procentu **LITYNY** w chorobach podagrycznych i reumatycznych. Flaszka tej soli zawiera tyle soli ile **35—40 pudełek pastylek** innych źródeł.

Cena za flaszkę rs. 1 kop. 50.

(prawdziwy tylko we flaszkach jak obok przedstawiona).

SKŁAD GŁÓWNY

w aptece D-ra T. Heinricha w Warszawie.

(441)—26—13

Próbki rozsyłają się gratis i franco Panom Lekarzom na żądanie.

FOSFORAN ŻELAZA

(*pyrofosforan żelaza i sodu*).

p. LERAS doktora des sciences, (dozwolony w Rossyi).

Roztwór ten bezbarwny, bez smaku żelaza, wcale nie działa na zęby, bywa zawsze dobrze znoszonym i nie wywołuje zatwardzenia. Zawiera w sobie główne składniki krwi: żelazo i kwas frsforny; odpowiednim bywa dla chorych, którzy nie mogą znieść innych przetworów żelaza. Każda łyżeczka zawiera 20 centigramów pyrofosforanu żelaza i sodu. Wskazania: bladaczka i małokrwistość.

Skład w Paryżu, 8, ul. Vivienne oraz we wszystkich aptekach. (13)—5—1

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najczystsza
woda mineralna

SZCZAWA-ALKALICZNA

napój stołowy orzeźwiający

skuteczny bardzo przy chorobach gardła, katarach żołądka i pęcherza.

Henryk Mattoni, Karlsbad i Wiedeń.

HENRYK MATTONI

GIESSHÜBL-PUCHSTEIN

pod Karlsbadem w Czechach

Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Budapeszt.

MIEJSCOWOŚĆ KURACYJNA

GIESSHÜBL-PUCHSTEIN

pod Karlsbadem

Picie wód mineralnych. Zakład hydropatyczny. Leczenie pneumatyczne i inhalacyjne.

Dla chorych na płuca, nerwy, żołądek, reumatyzm i t. d. oraz dla rekonwalescentów.

Дозволено Цензурою. Варшава 31 Января 1891. Druk M. Ziemkiewiczowej Krak.-Przedm. N. 17.