

90585

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y .

w Warszawie: {	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi {	rocznie.....	rs. 6	
	półrocznie.....	” 2 ” 50		i w Cesarstwie {	półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	” 1 ” 25			z przesyłką:	
	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 8r 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 przeciwnielego leczenia ran. Spolszczył dr. Al. Fruchtman, za 40 kop., z przesyłką pocztową 60 kop.
- Dr. v. **Goehlert**. Siła rozplodowa 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.

Ar. 208/53/13

Alfabetyczny spis ogłoszeń zamieszczonych w Nr. 8.

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Brühl dr., w Meranie i Gleichenbergu	VI	Mattoni, wody mineralne	VIII
Baumgart dentysta	VII	Miller, optyk i mechanik.	V
Chwastkiewicz, skład naczyń.	VI	Mrozowski, skład materiałów aptecznych	II
Chomentowskiego, Zakład obłąkanych	VII	Mleko koncentrowane	III
Do nabycia w administracji Medycyny	I	Podolski dr. dentysta	VII
Farmakologii klinicznej podręcznik.	VII	Rutkowski, apteka	V
Jarnuszkiewicz, apteka	IV	Rocznik lekarski.	I
Krzywiński, skład win.	V	Reczyński, skład apteczny.	IV
Kempner, wina krymskie.	VI	Rychliński, magazyn ubiorów męzkich.	VI
Karczewskiego, zakład obłąkanych	II	Santal Midy	IV
Leliwa, pastylki od kaszlu	V	Wenda i Wiorogórski, apteka	V
		Ziemiński, apteka	VII

ZAKŁAD LECZNICZY

DLA UMYSŁOWYCH CHORYCH I NERWOWYCH

w Kowanówku pod Obornikami

w *W. Ks. Poznańskim*,

W uroczej okolicy, wśród najkorzystniejszych warunków higienicznych położony, we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychiatrii i neuroterapii zaopatrzone, z wygodami wszelkiego rodzaju elegancją i komfortem urządzone, przyjmuje każdego czasu na kurację chorych płci obojg.

Na żądanie prospekta z warunkami.

52—1

Dr. Winklewski.

Dr. Karczewski.

SKŁAD

MATERIAŁÓW APTECZNYCH,

Towarów kolonialnych, farb malarskich, farbiarskich, litograficznych i drukarskich

J. MROZOWSKIEGO

Magistra Farmacji

w WARSZAWIE

ulica Miodowa Nr. 8 nowy.

(473)—6—5

III CZYSSTE MLEKO KONCENTROWANE

BEZ DOMIESZKI CUKRU

preparowane podług najnowszych systemów higienicznych przez
jedyną fabrykę tego rodzaju w Cesarstwie.

Wold^d Mayers W^{we} & Sohn w Rewlu

Mleko to stanowi doskonały środek odżywczy dla dzieci, wyśmienicie działa przy stosowaniu mlecznej kuracji dla chorych i rekonwalescentów, odpowiada wreszcie w zupełności wszelkim użytkom gospodarstwa domowego. Niezawiera ani cukru, ani żadnych chemicznych domieszek, jest zupełnie czyste, cztery razy gęstsze od mleka świeżego, a będąc preparowanym podług najnowszych udoskonalonych systemów, konserwuje się w hermetycznie zamkniętych blaszankach bardzo długo. Wszelkie szkodliwe części organiczne, któremi obfituje mleko świeże w mleku koncentrowanem Mayera niszczą się i na skutek tego mleko to przedstawia się jako środek odżywczy bezwzględnie czysty. Użyte do herbaty, kawy, lub czekolady daje smak doskonały. Przy mniejszej proporcji wody stanowi wyborną śmietankę.

Cena puszeki 40 kop.

Bliższe szczegóły i opis sposobu użycia znajduje się na każdej blaszance.

Dr. Leon Nencki, któremu mleko koncentrowane Mayera zostało przedstawione do analizy, wyraził następującą opinię.

„Mleko nadesłane jest bardzo dobre ściśle wyjałowione, łatwo strawne i odpowiada swemu przeznaczeniu w zupełności. Badania bakteryologiczne obecności żadnych drobnoustrojów nie wykazały”.

Generalni reprezentanci na Królestwo Polskie

MARKUSFELD & KRZYWOSZEWSKI

Żabia Nr. 9.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych składach aptecznych i kolonialnych.

IV

Collempastra, plastry kauczukowe podług systemu **Dr Unna**.

Unguenta extensa podług systemu **Dr Unna**.

Emplastrum adhesivum americanum, odznaczający się nadzwyczajną lepkością.

Saponimenta, używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy chorobach skórnych: *ichthyoli* 10 $\frac{0}{0}$, *pyrogalloli* 5 $\frac{0}{0}$, *resorcini cum natro salicilico* ana 10 $\frac{0}{0}$, *picis liquidae* 10 $\frac{0}{0}$, *olei rusci spissi* 10 $\frac{0}{0}$, *picis liquidae sulfuratum* 10 : 2 $\frac{0}{0}$.

Mydła przetłuszczone podług systemu **Dr Unna**: *lecznicze* (5 $\frac{0}{0}$ wolnego tłuszczu) z zapachem, *karbolowe* 10 i 5 $\frac{0}{0}$, *salicylowe* 10 $\frac{0}{0}$, *sublimatowe* 2 i 5 na 1000, *dziegciowe* 10 i 20 $\frac{0}{0}$, *siarczane* 10 $\frac{0}{0}$, *ichtyolowe* 10 $\frac{0}{0}$.

Mydło rezorcyno-salicylowe ana 3 $\frac{0}{0}$ używane z wielkiem powodzeniem przez **Dr Unna** przy rozmaitej formie ekzema sebarrhoicum.

Emplastrum plumbi simplex pulveratum (ex oleo olivarum prov. paratum) z dodatkiem Amylum i Acidum boricum.

Urethral-Antrophore używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy ostrych i chronicznych tryprach: z *Tha'inum sulfuricum* 2 i 5 $\frac{0}{0}$, *Zincum sulfuricum* 0,25 $\frac{0}{0}$, *Resorcinum* 2,5 $\frac{0}{0}$, *Alumen* 0,2 $\frac{0}{0}$ długości 3 i 22 ctm. Na żądanie przygotowuję i z innymi preparatami.

Oryginalne preparaty: *Oleum rusci Hebra*, *Oleum rusci spissum*, *Tra rusci Hebrae*, *sapo kalinus Hebrae*.

Wyłączny skład ulepszonych suspensoryj **Langlebert'a**, które uznane zostały za najpraktyczniejsze i najwygodniejsze.

Tlen (Oxygenium) ekspedycya skutecznie się na balony.

E. JARNUSZKIEWICZ,

Właściciel apteki, Nowy-Świat Nr. 35.

(254)—13—3

SANTAL MIDY

Aptekarza I-ej klasy w Paryżu. (Dozwolony w Rosyi).

Santal Midy zastępuje w terapii Kópajwę i Kubeby, gdyż nie wywołuje podrażnienia żołądka, ani rozwolnienia, ogranicza bardzo prędko wycieki rzerzączkowe.

Każda kapsułka Santalu Midy zawiera 20 centigramów esencji Santalowej cytrynowej, zupełnie czystej. Dawka wynosi 6—12 kapsulek dziennie, którą to ilość zmniejszać należy w miarę jak i wyciek się zmniejsza. Skład w Paryżu. 8, ul. Vivienne, oraz we wszystkich Aptekach. (14)—5—1

SKŁAD APTECZNY

A. RECZYŃSKIEGO

Dzika Nr. 30, w Warszawie

Poleca: materiały apteczne, środki opatrunkowe, oliwy i trany. (10)—52—4

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Przypadek polioencephalitis superior, inferior i poliomyelitis anterior po influenzy z zejściem śmiertelnem, drugi niewiadomego pochodzenia z zejściem pomyślnem. Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i przekłady.** 32. Przypadek wpochwienia kiszek. 33. O nagłej śmierci w przebiegu cierpień brzucha. 34. Przyczynę do sposobu wstrzykiwań podskórnych kreozotu przy suchotach płuc. 35. Intubacja i tracheotomia przy krupie.—**Odczyty.** O moczwówe peryodycznej. Wykład d-ra Oppenheimer'a. Strescił dr. Wł. Chodecki.—**Odcinek.** Słówko o naszej statystyce szpitalnej. Napisał G. F.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

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

Przez S. Goldflama.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 7).

P r z y p a d e k II. Brzezińska Franciszka, lat 30, żona szewca z Wieluina, sama zajmująca się latem sprzedażą owoców na rynku, przybyła do kliniki prof. LAMBLA 21/IV. 87. Do Sierpnia 1886 była zupełnie zdrową, wtedy dostała silnego bólu w tyłogłowie, uczucia jakby kto silnie młotem w głowę walił (podczas ostatniej ciąży cierpiała także na ból głowy, który ustal po rozwiązaniu). Bóle głowy były tak silne, że kładła głowę pod wodę studni, ale pomimo nich i ogólnego osłabienia, które się coraz powiększało, chora nie przestawała zajmować się sprzedażą owoców na otwartem powietrzu, wystawiona na działanie promieni słonecznych. Powieki prawie od początku choroby opadły, nieco później widziała podwójnie, naprzód jeden przedmiot niżej, drugi wyżej, później obok siebie. Pod wpływem jakiegoś leku lewe oko mogła później otwierać, gdy prawa powieka pozostała opadniętą. We Wrześniu zemdląła w nocy, była przez kilka minut nieprzytomną, oddech miała chrapliwy, oczy stanęły w słup, ale drgawek nie było. W Październiku miała bóle pod kolanami i na wewnętrznej powierzchni przedramion. W Listopadzie nie mogła już pracować, ręce tak osłabły, że często córka ją karmić musiała, dwa razy zemdląła ku wieczorowi. W początkach Lutego 1887 zaczęła niewyraźnie mówić, zwłaszcza po południu, gdy rano jeszcze dobrze mówić mogła, doznawać utrudnienia w połykaniu, płynne mianowicie pokarmy wracały przez nos, a stałe zatrzymywały się w gardzieli; w końcu tego miesiąca zupełnie chodzić przestała, musiano ją w łóżku podnosić, a rękoma wcale władać nie mogła, miewała przemijające bóle tępe i uczucie mrowienia w różnych częściach ciała. W końcu Marca poprawiły się nieco ruchy w lewej ręce. W ostatnim zupełnie cza-

sie, podczas podróży do Warszawy, zaczęła występować duszność. Pamięć, przytomność, funkcyja pęcherza, kiszki stolcowej zupełnie zachowane. Bóle głowy są obecnie daleko słabsze.

Sześć razy rodziła, za każdym razem z dużą utratą krwi, dwoje dzieci zmarło, z tych jedno zaraz po urodzeniu w skutek ciężkiego porodu, drugie miało jakieś białe pęcherze. Regularność obfita, trwa 5, 6 dni; ostatni miesiąc się wstrzymała. Przymiotu nie było, napojów wysokowych nie używała prawie wcale. Chorobę swoją przypisuje – zmartwieniu. Mąż często ją bił w głowę.

Jest to kobieta umiarkowanej budowy z bardzo nieznacznym pokładem tłuszczowym i cienkimi mięśniami, skóra, szczególnie na tułowiu, ciemno-pigmentowana, a na zewnętrznej powierzchni lewej nogi znajduje się kilka plam *psoriasis*. Płuca umiarkowanie emfyzematyczne, oddech pęcherzykowy, 27–30 na minutę, powierzchowny, z udziałem głównie górnej części klatki piersiowej, mięśni pomocniczych, tak że łopatki przy każdym wdechu się podnoszą, dolna zaś część klatki piersiowej jest prawie nieruchoma, diafragma bardzo mało się porusza, trzewia jamy brzusznej się nie opuszczają przy wdechu. Tępość serca zmniejszona, tony czyste, tętno waha się między 94 i 130. Chora znajduje się stale w położeniu grzbietowem, kończyny dolne są wyprostowane lub lekko zgięte w kolanach, stopy nieco plantarnie zgięte. Objętość nogi na 10 ctm. niżej dolnego brzegu rzepki wynosi po obu stronach 25 ctm.; na 10 ctm. wyżej rzepki lewe udo 33 ctm., prawe 32½ ctm. Kończyny górne są zgięte w łokciu, ręce i przedramiona najczęściej leżą na brzuchu. Na 7 ctm. poniżej stawu łokciowego ma lewe przedramię 20 ctm., prawe 19; 10 ctm. powyżej napięstka lewe 16½ ctm., prawe 15 ctm. Chora może kończyny dolne unieść na ½ stopy nad łóżkiem i to na chwilę; po kilkakrotnem powtórzeniu tego ruchu następuje zupełne wyczerpanie. Wszystkie resztą ruchy w obrębie kończyn dolnych są możliwe, ale ograniczone, bardzo słabe i prędko się wyczerpujące. Ruchy bierne na żaden opór nie napotyka. Czucie we wszelkich gatunkach i zmysł mięśniowy są, jak wszędzie resztą, najzupełniej zachowane. Funkcyja pęcherza prawidłowa, stolec zaparty, chora nie może się dostatecznie wydymać. Drżenia włókienkowego nie widać, odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa nie ma, czasem tylko udaje się wywołać słaby skurecz prawego czworogłowego uda. Odruchy podeszwowe istnieją.

O własnych siłach usiąść chora nie może, chociaż mm. *recti* dość dobrze się napinają. Nie może też dłużej w siedzącym położeniu wytrwać z powodu występującej duszności. Wyprostowanie kręgosłupa jest niemożliwe, przy próbach wyprostowania, lub lekko popchnięta pada na poduszki własnym ciężarem. Ostatni wyrostek szyjowy i pierwsze dwa grzbietowe są na ucisk bolesne. Odruchu brzuszno-głowego i hypochondrycznego nie ma.

Oprócz ogólnej cienkości i wiotkości mięśni zauważyć się daje zanik małych kłębow rąk; ręce w ogóle są chude, wąskie i długie, na co już chora zwróciła uwagę. Ściśnięcie rąk jest bardzo słabe. Są one stale zgięte w napiętkach, palce wyprostowane, a wielki oprócz tego w opozycji. Wyprostowanie w stawach śródrečno-palcowych 4 ostatnich palców jest niemożliwe, w stawach palcowych zgięcie, wyprostowanie i ruch ksobny są możliwe, od-

siebny słaby (w lewej ręce lepszy). W dużych palcach niemożliwe jest wyprostowanie i ruch odsiebny. W stawach napięstkowych możliwe jest tylko słabe zgięcie, w łokciowych zgięcie bicipitalne i ruch nawrotny, w barkowych tylko podniesienie, a addukcja jest słabą. W każdym razie osłabienie funkcji jest większe, aniżeli stan odżywiania mięśni wnosić by pozwalał. Nigdzie włókienkowych skurczów nie widać, pobudliwość mechaniczna mięśni jest zwiększona, odruchów ścięgniętych wywołać nie można. Czucie wybornie zachowane. Skóra dłoni jest wilgotną, chora jest bardzo skłonna do potów, które występują na wszystkich kończynach.

Ruchy głową wszystkie możliwe, tylko ku przodowi słabe. Prawa szpara powiekowa węższa, ale opadnięcia powiek obecnie nie ma; zamykanie oczu niezupełne, pozostaje szpara większa po prawej stronie. Fałdy noso-wargowe wygładzone, ruchy mimiczne są bardzo słabe, na co już chora zwróciła uwagę, prawy kąt ust wszakże mocniej się kurczy, aniżeli lewy, zęby może chora pokazać, zgasić świecę, ssać. Ruchy szczęką dolną zachowane. Język na dnie jamy ustnej lekko drży, boczne ruchy w tem położeniu ograniczone; pacjentka nie może końcem języka dotknąć podniebienia ani górnych zębów, wysuwanie jego tylko z wysiłkiem następuje, wtedy boczne ruchy i ku dołowi są możliwe. Język jest cienki, wiotki, chora nie może nim przesuwając pokarmów między zębami, ani ich z kieszeni policzkowych wydobywać. Języczek i podniebienie kurczą się słabo przy fonacji i mechanicznem drażnieniu. Połykanie utrudnione, dla połknięcia łyka wody musi kilkakrotnie wykonać ruchy połykowe, pokarmy stałe z trudnością żuje, nie może ich przesuwając, zatrzymują się w gardzieli i dopiero po pewnym czasie zostają z trudem połknięte. Po jedzeniu lub picciu wydziela się w wielkiej ilości ślina, której chora połknąć nie może i którą trzeba zgarniać ręcznikami. Kaszel bez siły i brzmienia, spluwanie bez energii. Głos cichy, z odcieniem nosowym; chora mówi z wysiłkiem, często przerywając wyraz dla zaczerpnięcia powietrza. Prawa gałka oczna stoi w środku, lewa nieco ku wewnątrz. Ruchy prawej są we wszystkich kierunkach minimalne, najmniej ograniczony jest ruch ku zewnątrz. Lewa gałka ma ruchy obszerniejsze, ale także ograniczone ku górze, dołowi i zewnątrz. Ruch sprzężny na prawo jest najobszerniejszy, na lewo gałka prawa zostaje w środku, lewa przekracza linię środkową, do góry i na dół lewa gałka czyni niewielkie poruszenia, prawa minimalną. Zrenice reagują na światło i akomodację. Wzrok dobry, tylko przy patrzeniu na dalekie przedmioty ma występować diplopia. Ograniczenia pola widzenia nie ma, oftalmoskop nie wykrywa żadnych zmian ani w brodawce, ani naczyńkach, tylko obfite ubarwienie siatkówki. Odruch powiekowy istnieje. Twarz często zarumieniona. Inne zmysły i funkcje psychiczne najzupełniej zachowane.

Badany był pod względem oddziaływania elektrycznego prawie cały układ nerwo-mięśniowy. W żadnym terytorium nie znaleziono odczynu zwyrodnienia, lecz tylko zmniejszenie pobudliwości elektrycznej tak nerwów jak i mięśni kończyn na oba strumienie, nieraz bardzo znaczne. Największe zmiany oddziaływania znaleziono w małych mięśniach rąk i stóp. Często charakter

skurezu przy drażnieniu galwanicznym był leniwy, robaczkowy. Przytoczę tylko niektóre nerwy i mięśnie ¹⁾.

N. musculo-cutaneus sin. słaby skurez przy silnym faradycznym; 30 El (2MA) KaSZ > AnSZ, oba występują prawie jednocześnie.

N. musculo-cutaneus dex. słaby skurez przy siln. farad. 30El (2MA) KaSZ.

M. triceps sin. (caput int.) sł. skurez przy sil. farad.; 35El (2MA) KaSZ.

M. triceps dex. słaby skurez przy sil. farad. 35El (1½MA) KaSZ.

M. triceps sin. (caput ext) sł. skurez przy sil. far. 40El (3½MA) KaSZ dość słabe i leniwe.

M. triceps dex. słab. skurez przy sil. far. 40El (2½MA) KaSZ słabe.

M. supinator l. sin. słab. skurez przy siln. farad. 30El (2MA) KaSZ > AnSZ, oba zwłaszcza AnSZ leniwe.

M. supinator dex. słaby skurez przy siln. farad. 30El (2MA) KaSZ > AnSZ oba toniczne.

M. radialis externus l. sin. kurezy się słabo przy silnym faradycznym; 35El (2MA) KaSZ > AnSZ, ostatni powolny.

M. radialis externus l. dex. słaby skurez przy silnym faradycznym 40El (3MA) KaSZ > AnSZ słabe i dość leniwe.

M. abductor pollicis l. sin. daje słaby skurez przy silnym faradyczn. 40El (2MA) KaSZ słabe, leniwe.

M. abductor pollicis l. dex. dość silny skurez przy siln. far. 60El (2½MA) KaSZ = AnSZ leniwe, robaczkowe.

M. opponens pollicis sin. słaby skurez przy silnym faradyczn. 35El (2MA) KaSZ = AnSZ niezupełnie chwilowe.

M. opponens pollicis dex. słaby skurez przy silnym faradyczn. 45El (3MA) KaSZ nieco > AnSZ słabe, leniwe.

M. abductor pollicis sin. dość mocny skurez przy siln. farad. 30El (1½MA) KaSZ = AnSZ.

M. abductor pollicis dex. dość mocny skurez przy siln. farad. 40El (3MA) KaSZ > AnSZ dość leniwe.

M. abductor dig. minimi sin. dość mocny skurez przy sil. farad. 40El (2MA) KaSZ nieco > AnSZ słabe, leniwe.

M. abductor dig. minimi dex. dość mocny skurez przy sil. farad. 55El (3½MA) KaSZ = AnSZ słabe, leniwe.

M. opponens digiti minimi sin. dość mocny skurez przy siln. farad. 50El (2MA) KaSZ leniwe.

M. opponens minimi dex. dość mocny skurez przy siln. farad. 40El (2MA) KaSZ dość chwilowe.

M. interosseus I sin. dość mocny skurez przy silnym faradycz. 35El (4MA) AnSZ > KaSZ leniwe.

M. interosseus I dex. dość mocny skurez przy siln. far. 45El (3MA) KaSZ nieco > AnSZ leniwe, słabe.

¹⁾ W owym czasie rozporządzałem tylko przenośną maszynką faradyczną, dla tego cyfry nie są podane.

M. interosseus II sin. dość mocny skurecz przy siln. far. 40El (4MA) KaSZ > AnSZ, ostatnie leniwe.

M. interosseus II dex. dość mocny skurecz przy sil. far. 40El (3MA) KaSZ > AnSZ dość chwilowe.

M. interosseus III sin. 40El (2MA) KaSZ > AnSZ, ostatnie trochę leniwe.

M. interosseus III dex d. m. sk. p. sil. far. 40El (3MA) KaSZ d. chwilowe.

M. interosseus IV sin. dość moc. skur. przy sil. far. 40El (2MA) KaSZ.

M. interosseus IV dex. dość moc. skur. przy sil. far. 40El (3MA) KaSZ.

23/IV. 87. Temp. r. 38,0, w. 37,5. Od czasu przybycia na klinikę miała co dzień wieczorem napady duszności, wczoraj były nawet dwa napady, dłuższy i krótszy. Charakteryzują się one szybkim, powierzchownym i rzeźącym oddechem, to ostatnie na skutek obfitego nagromadzenia śluzu w gardzieli, twarz staje się cyjanotyczną, mięśnie oddechowe pomocnicze silnie pracują, tętno ledwie wyczuwalne 120—130, chora robi wrażenie umierającej, ale przytomności nie traci. Jest bardzo niespokojną, prosi ciągle o zmianę położenia, która jednak na polepszenie oddechu nie wpływa. Ulgę sprawia sztuczne oddechanie. Ślina podczas napadu obficie się wydziela. Napad trwa godzinę i więcej, pod koniec występują dreszcze i kroplisty, bardzo obfity pot na całym ciele i chora się skarży na ból głowy.

25/IV. 87. Temp. r. 37,2. P. 120—140, drobny. Wczoraj wieczorem parogodzinny napad duszności, dziś nad ranem krótszy. Podczas napadu moczu wstrzymać nie może. W krtani nic nieprawidłowe nie znaleziono (Oftuszewski), czucie w niej i gardzieli zachowane. Temp. w. 39,2.

26/IV. 87. Mocz zawiera ślady cukru. Ilość jego wynosi na dobę koło 600 ctm. Stolec bywa zaparty.

27/IV. 87. T. r. 37,3. P. 105. Chora czuje się lepiej, napadu nie było. Oddech równy, 24, przyczem i dolna część klatki piersiowej udział przyjmuje, ślina daleko mniej obficie się wydziela. Chora mogła dziś wypręstować ręce w napiętku i sięgnąć po pokarm, ale się zmęczyła i powtórzyć ruchu nie mogła. Odruchy kolanowe zniesione. Mówi płynniej, ku wieczorowi trudniej, w ogóle chora czuje się lepiej w rannych godzinach po śnie, gorzej w południowych, najgorzej wieczorem. Często się poci. Od czasu do czasu widać mimowolny, chwilowy ruch ręki, palca i t. d. Doznaje mdłości, co przypisuje możliwej ciąży. W. 37,2. P. 128.

28/IV. 87. T. r. 37,1. P. 116. Wczoraj wieczorem miała trochę duszności był i ślinotok. Koło północy ślinotok się powtórzył. Przy wdechaniu widać wciąganie podżebrzy i nadbrzusza.

30/IV. 87. Stan chorej coraz lepszy. Może sama podparłszy się łokciami usiąść. Ruchy lewej górnej kończyny lepsze aniżeli prawej, oddechanie swobodne, nie widać wciągania nadbrzusza. Napadów duszności nie było. Bierze chininę. *Liq. amonii anisati.*

2/V. 87. Puls 100, apetyt lepszy, językiem może pokarmy przesuwając, ślinotok mniejszy. Udaje się z trudem wywołać bardzo słabe odruchy kolanowe.

(d. n.)

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

32. Dr. CONSALVI. **Przypadek wPOCHWIENIA KISZEK.** Przypadek to nader rzadki zarówno ze względu na przebieg, jak i na zejście jego. Dotyczył on 52-letniego wieśniaka, który przed rokiem po raz pierwszy przeżył napad gwałtowny kolki, trwający 3 godziny; napad ten po kilku łyżkach oliwy ustąpił, nie powtarzając się więcej przez rok cały. Nad ranem d. 13 Września 1889 r. chory, idąc w pole do zwykłych swych zajęć naczczo naraz dostał gwałtownych kolek, wzmagających się coraz więcej. Przed rzezonym napadem tegoż samego poranku chory miał wypróżnienie zupełnie prawidłowe. Powróciwszy do domu chory oddał jeszcze dwa wolne stolce, poczem nastąpiło wypróżnienie krwawe, które chory przyjął za hemoroidalne. Atoli bóle nie znikwały, ale przeciwnie zwiększały się w sposób zastraszający. Nadto przyłączyła się skłonność do wymiotów po wszelkich pokarmach. Przywołany tego samego wieczoru do chorego autor, oprócz lekkiego wzdęcia brzucha nie znalazł nic więcej. Dokładnego zbadania brzucha ze względu na silne napięcie powłok brzusznych i bolesność nie można było przeprowadzić. O przepuklinie ani mowy być nie mogło, stan bezgorączkowy ($35^{\circ}.8$). Drogą wykluczenia, przyszedł autor do wniosku, że ma do czynienia z wPOCHWIENIEM KISZEK, wobec czego zalecił okłady lodowe i octan ołowiu z makowcem i wilczą jagodą. Dnia 14 stan bez zmiany. Mała stosunkowo ilość oddanego moczu zawierała obfitą ilość indykana. Z powyższego wywnioskował autor, że siedlisko wPOCHWIENIA znajduje się w cienkiej kiszce. Od 14—20 zaburzenia zaczęły ustępować, bóle zjawiały się w długich przerwach, trwały krótko, poprzedzone zazwyczaj burzeniem. Wypróżnienia 3—4 r. dziennie posiadały cechy wodniste, poczęści zaś miazgowate, pomieszane z krwią i ropą lub czysto krwawe nadzwyczaj cuchnące. Ciężota w tym okresie była prawidłową, wzdęcie brzucha—umiarkowanem, obecność indykana w moczu zawsze obfitą, 21 t. m. chory opuścił łóżko, powróciwszy do dawnych zajęć. Dnia 30 chory sam przybył do autora, oznajmiając, iż niedawno temu przy oddawaniu stolca wydzielił się cały kawał kiszki, który przyniósł ze sobą, oraz małe zmartwiałe strzępki kiszki. Były to zapewne części wPOCHWIONEJ kiszki. Oddzielenie się rzezonego kawałka kiszki nastąpiło bez krwotoku. Pomijając całą historię choroby, pojejrzymy w krótkości dalszy przebieg. W ciągu 2-ch następnych miesięcy chory czuł się niezłe: to występowało zaparcie stolca, to znów rozwolnienie, któremu towarzyszyły bóle, kolki i burzenie. Mocz zawierał zawsze większą lub mniejszą ilość indykana. W połowie Grudnia choroba nagle przyjęła zły obrót. Wystąpił obrzęk dolnych kończyn, moszny i puchlina brzuszna, gwałtowne bóle żołądka i kiszki, burzenie i przelewanie, naśladujące wylewanie się płynów z butelki, silne wzdęcie brzucha powyżej pępka i t. d. Stolce nader częste, wolne, w małej ilości. Wystąpiły zatem wyraźne objawy zwężenia kiszki. Wszelka terapia okazała się bezskuteczną i chory po 4-ro miesięcznych cierpieniach zmarł. Sekcyi nie dozwolono zrobić. Oddzielony kawał kiszki składał się poczęści z cienkiej, poczęści z grubej kiszki.

(*Medic. chirurg. Rundschau* Z. 1—1891). A. F.

33. JACQUEMARD. **O nagłej śmierci w przebiegu cierpień brzucha.** Zjawisko nagłej śmierci w przebiegu pewnych cierpień brzucha, jak: marskości wątroby raka, żołądka, trzustki, wątroby, budzi nie tylko pod względem naukowym wielkie zajęcie, ale też i z punktu sądowo-lekarskiego. Może ona występować samoistnie lub też bezpośrednio po stosunkowo nieznacznych zabiegach chirurgicznych, jak: próbnem przekłóćciu torbieli, przekłóćciu brzucha przy puchlinie i t. d. Niektórzy autorowie czynią nagłą śmierć zależną od tęższego wyrodzenia mięśnia sercowego, który w danej chwili nagle traci swą siłę i swemu zadaniu poddać nie jest w stanie, tak iż śmierć następuje wskutek omdlenia

(*syncope*). Według innych autorów główną rolę odgrywają zjawiska odruchowe, mające swój punkt wyjścia w narządach jamy brzusznej i powodujące powstrzymanie czynności serca. Nowe światło na występowanie nagłej śmierci w przebiegu cierpienia brzusznych rzucają dwa spostrzegane przez autora w szpitalu St. Etienne przypadki. Pierwszy przypadek dotyczył 45-letniego mężczyzny, dotkniętego rakiem małej krzywizny żołądka. Stan ogólny chorego był zadawalającym, wycieńczenia nie było. Oprócz rytmu serca z charakterem galopującym, żadnych innych zaburzeń w sercu nie można było wykazać. Chory zmarł nagle podczas oddawania stolca. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono rozszerzenie otworu zastawki trójdzielnej, przez który można było z łatwością przeprowadzić 3 palce. Powierzchnia serca pokryta cienką warstwą tłuszczu, mięsień sercowy prawidłowy. Stan drugiego chorego, dotkniętego śródmiąszczowem zapaleniem prawej nerki oraz gruźlicy tejże nerki, był również zadawalającym. Chory ten zmarł podczas snu po kilku zaledwie kurczowych ruchach. Oględziny pośmiertne, oprócz wskazanego wyżej cierpienia nerek, nie wykazały żadnych innych zmian patologicznych. Za życia oprócz chwilowego kołatania serca, żadne inne zaburzenia sercowe nie występowały. Przy oględzinach zauważono oznaki zapalenia mięśnia sercowego, lewe zaś serce zupełnie było prawidłowe. Autor nie przypuszcza, aby w obydwóch tych przypadkach względnie małe zmiany w sercu mogły stanowić przyczynę nagłej śmierci, dla której wyjaśnienie znajduje autor w odruchach brzusznych; prawdopodobnie włókna spłotu trzewowego grają w tem rolę pośrednią. Jeżeli odruch u osoby ze zdrowym sercem przechodzi z narządu brzuszego przez spłot trzewowy na serce, wówczas serce nie podlega żadnym szkodliwym wpływom; zupełnie inaczej rzecz się ma przy sercu, dotkniętem jakimś cierpieniem: wówczas pod wpływem warunków analogicznych wyżej wymienionych czynność serca zostaje powstrzymana i następuje śmierć. Ze spostrzeżeń zatem autora wynika, iż chcąc przy tego rodzaju cierpieniach wytlumaczyć sobie nagłą śmierć, należy połączyć obiedwie hipotezy: cierpienia serca oraz czynność odruchową, która pod wpływem podrażnienia narządu brzuszego dosięga przez włókna nerwu współczulnego serca, wywołując w niem zaburzenia, sprowadzające śmierć. (*Allg. med. Central. Ztg. N. 89—1890*). A. P.

34. Prof. LÉPINE. Przyczynę "do sposobu wstrzykiwań kreozotu przy suchotach płuc. Autor stosuje następującą mieszaninę:

Rp. Creosot.

Ol. amygd. dulc. aa 4,0

Vasellini liquid. 2,0

MDS. 1 strzykawką (0,4 kreozotu) na raz.

Przepis ten jest lepszy od innych dla tego, że olejek lepiej się łączy z wase-
liną, niż z innymi, zwykle zalecanymi środkami, sam olejek zbyt drażni. Można także zalecić przepis następujący:

Rp. Creosot. 5,0

Ol. hyoscyam. dulc. 10,0

Vasellini 8,0

MDS. 1 strzykawką zawiera 0,2 kreozotu.

Mieszanina ta nie drażni, można jednorazowo zastrzyknąć 3 strzykawki. Nie-
kiedy w 1/2 godz. po zastrzyknięciu zjawiają się poty.

(*Allg. med. Centr. Ztg. 1890—60*). St. K.

35. Prof. RANKE. Intubacja i tracheotomia przy krupie. W 50 przypadkach krupu leczonych intubacją w 30% nastąpiło wyzdrowienie. Wskazania były te same, co i przy tracheotomii. Intubacja przedstawia następujące zle strony: 1) trudność wyjmowania rurki, w tym celu autor zaleca pamiętać o tem, ażeby wskaźnicel wprowadzony do gardzieli mógł wyczuwać tylną wystającą część główki rurki, niektórzy nawet pozostawiają nitkę umocowaną do rurki

przez cały czas intubacji; 2) trudność odżywiania chorych, łatwo się krztuszących. Twarde i gęste pokarmy dają się łatwo połknąć, płyny jednak łatwo przenikają do dróg oddechowych. O'Dwyer natomiast, wynalazca metody, nie obawia się wcale *Schluck pneumoniae*. Wnioski autora są następujące: 1) Intubację należy uważać za środek bardzo pomysłnie działający w wielu przypadkach ostrego zwężenia krtani dyfterytycznego. 2) Intubacja nie jest w stanie wyrugować zupełnie tracheotomię. 3) Obie metody nie należy sobie przeciwstawiać, a przeciwnie powinny one się dopełniać, ratując życie chorych czy to każda oddzielnie zastosowana, czy też razem. 4) Zwykle, chociaż nie zawsze, można zacząć od intubacji, a w razie jej bezskuteczności uciec się do tracheotomii. 5) Najlepsze wyniki przy leczeniu dławca można będzie otrzymać w przyszłości we wzorowo pod względem higienicznym zbudowanych zakładach.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1890—23). St. K.

ODCZYTY.

O moczówce peryodycznej.

Wykład d-ra OPPENHEIMER'A w Tow. lek. w Frankfurcie nad Menem.

(Deutsche med. Wochen. Nr. 46—1890).

Streścił Dr. Władysław Chodecki.

Z powodu artykułu d-ra K. ZAWISZY „O wodnej puchlinie nerek przepuszczającej“ drukowanego niedawno w „Medycynie“, streszczamy wykład d-ra OPPENHEIMER'A przyczyniający się również do wyswietlenia ciekawej kwestyi poruszonej przez d-ra ZAWISZĘ.

Znamy od dawna cierpienia nerek które zjawiają się i znikają; należy tutaj: napadawa haemoglobinuria, peryodyczne pojawianie się białka w moczu i przestankująca moczówka cukrowa (*diabetes mellitus intermittens*).

Nie będziemy w niniejszym wykładzie poruszać tych stanów patologicznych, w których zwiększone wydzielanie moczu jest tylko stanem pobocznym jak np. po przełomie w chorobach gorączkowych, lub po osiągnięciu kompensacji w wadach serca dotąd niezrównoważonych. Tutaj zajmujemy się tylko temi formami chorobnymi, w których moczówka peryodyczna stanowi główny symptom i to m zwracający na siebie uwagę lekarza i pacyenta.

Uwagi następujące załącza autor jako epikryzę do dwóch obserwowanych przez siebie przypadków, z których pierwszy jest bardzo podobnym do pierwszego przypadku d-ra ZAWISZY.

Chora, szukająca rady u autora, cierpi od lat ośmiu na peryodyczne napady bólów w prawem podżebrzu, które uważano za napady kolki żółciowej ponieważ raz przyłączyła się do nich i żółtaczka (*icterus*); kamieni jednak nie znaleziono nigdy a dłuższa kuracya w Neuenahr nie przyniosła żadnego polepszenia. Miesiączkowanie odbywało się zupełnie prawidłowo, tylko było połączone z silnemi bólami w krzyżu, które pogorszyły się jeszcze po założeniu przez chorą wianka.

Autor wezwany przez pacjentkę w napadzie bólów, znalazł ją wijącą się w łóżku i dręczoną straszniemi bolesciami, nudnościami wzmagającemi się do wymiot, kiedy chora próbowała coś spożyć. Bóle były najsilniejsze w prawem podżebrzu i rozprzestrzeniały się na dół do macicy, a w mniejszym już stopniu ku kolumnie kręgowej. Chora doznawała przytem ciągłego parcia na mocz, który wydzielal się jednak w bardzo małej ilości i pozostawiał osad złożony przeważnie z kwasu moczowego. Cały brzuch był bardzo bolesny przy ucisku i dopiero podskórne zastrzykiwanie morfiny w znacznej dawce tak usposobiło chorą, że badanie było możliwem. Wtedy w prawem podżebrzu można by-

ło wyczuć guz, formy kulistej, wielkości dziecięcej główki, wymacywaniu jednak nie był on dostępny z powodu mocnego napięcia pokryw brzusznych. Mimo powtarzanych zastrzykiwań morfiny nieznosny ten stan trwał około 20 godzin by zakończyć się poczcuciem zupełnego zdrowia przy znacznie zwiększonym wydzieleniu moczu. W przeciągu paru godzin chora oddała do 4 litrów moczu. Mocz był nadzwyczajnie blady, koloru jasno-żółtego a ciężaru gatunkowego 1009. Nieprawidłowych składników jak cukru i białka wykazać nie było można. W podobny zupełnie sposób przebiegał i drugi napad, który autor w 4 tygodnie później obserwował. Następnie jednak zjawiały się napady bólów trwające po dni kilka; występowały przytem poważne zmiany w moczu: wydelał się on mianowicie w bardzo małej ilości, był ciemny a co główna zawierał krew. Znaczna polyuria zakończyła zwykle te napady. Zasługuje również na uwagę, że napady te przychodziły między dwoma peryodami. Co zaś do przyczyny ich pojawiania się, to chora nie umiała podać nie stanowczego. Raz napad miał wystąpić po dłuższej przechadzce, drugi raz znowu—po gwałtownych ruchach a mianowicie wytrzępywaniu dywanu. W ostatnich miesiącach jednak napady te nie powtarzały się już, a to wskutek zaordynowanej przez autora kuracyi t. j. noszenia opaski i dłuższego leżenia w łóżku.

Drugi zaś przypadek zupełnie innej natury, jest następujący: Do autora zgłosiła się o radę 60-letnia kobieta z powodu następujących w wysokim stopniu męczących symptomów. Od czasu do czasu, mianowicie głównie w nocy zjawia się silne napieranie na mocz zmuszające chorą do oddawania go co kilka minut. Ilość jednak za każdym razem oddawanego moczu jest bardzo znaczną; w ogóle to męczące parcie trwa 2—3 godziny, a ilość oddanej uryny wynosi 4—5 litrów. Jest ona zupełnie jasną, koloru żółtego, niskiego ciężaru gatunkowego, wolną od białka i cukru. Bólów przytem chora żadnych nie doznaje—co najwyżej nieprzyjemnego uczucia w okolicy nerek. Dopiero w końcu tego zwiększonego wydzielenia moczu zjawia się bardzo męczący dla chorej objaw, a mianowicie kurecze w mięśniach łydek i nóg. Kurecze te odznaczają się przez długie trwanie pojedynczego skurezu aż do 10 minut i przez częste ich po sobie następowanie. Przez nacieranie i ugniatanie mięśni można było je przerwać. W tym czasie chora skarży się na gwałtowny upadek sił (*collapsus*), rysy twarzy są zapadłe, puls jest mały i mało napięty, a tętnica promieniowa łatwo ucisnąć się daje. Około rana objawy te niepokojące w wysokim stopniu przechodzą. Ze zjawieniem się opisanych kureczów, parcie na mocz i zwiększone jego wydzielenie znikają w zupełności. W miejsce zwiększonego wydzielenia moczu, zjawia się na kilka godzin zupełne jego zatrzymanie (*anuria*). Podczas następnego dnia chora wydziela bardzo mało moczu, który jest ciemno-czerwony i okazuje znaczny osad złożony głównie z moczanów; badanie mikroskopowe zaś wykazało nieznaczną ilość kryształków kwasu moczowego a zresztą—żadnych składników nieprawidłowych.

Objektywne i kilkakrotne szczegółowe badanie chorej nie wykazało nic nieprawidłowego. Guza w jamie brzusznej nie było, serce i płuca prawidłowe. Ze strony przewodu pokarmowego można skonstatować atonię kiszki w lekkim stopniu. W układzie nerwowym nie ma również poważniejszych zbożeń; chora posiada tylko bardzo wrażliwy temperament i odznacza się wielomównością. O tych psychicznych właściwościach charakteru wzmiankujemy właśnie dla tego, że pacjentka wyraźnie zaznaczyła, iż wzmiankowane napady przychodzą po gwałtowniejszych wzruszeniach, na jakie często bywa narażoną. Zresztą chora ta odznacza się doskonałemi jak na swój wiek siłami. W czasie napadów dokucza jej znaczne pragnienie, znosi je jednak, zdaje się jej bowiem że obfite picie wody zwiększa długość ich trwania.

Obydwa te przypadki, jakkolwiek mają jeden wspólny symptom, a mia-

nowicie zaburzenia w wydzieleniu moczu, są jednak w istocie swej zupełnie różne.

Że w pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z nerką wędrującą (*ren migrans*), nie potrzebuje dowodzenia. Ruchomy wnoszący się guz wyraźnego kształtu nerki, który podczas napadu łatwo wyczuwać się dawał, nie pozostawia żadnej wątpliwości. Napady kolki z wymiotami są bardzo częstym w takich razach objawem, a żółtaczkę nie możemy uważać jako wywołaną przez kamienie żółciowe (*cholelithiasis*). Różni poważni autorowie jak LITTEN, STILLER, LANDAU opisali przypadki nerki wędrującej z żółtaczką, w których kamienie żółciowe na pewno można było wykluczyć. Co zaś do patogenezy tej żółtaczki, to zdania są podzielone. Nie chcąc rozstrzygać tej kwestyi, zajmujemy się tylko zaburzeniami w oddawaniu moczu wywołanymi przez nerkę wędrującą.

Tutaj zaburzenia te w dwójaki sposób mogą przyjść do skutku. Raz z powodu opuszczenia się nerki moczowód może uleść skręceniu, a skutkiem tego będzie nagromadzenie się uryny w miedniczce nerkowej, wodna puchlina nerek (*hydronephrosis*), a dalszym skutkiem będzie zmniejszenie się ilości moczu, ponieważ tylko wydzielina jednej nerki dostaje się na zewnątrz. Guz daje się doskonale w takich razach wyczuwać, a przez rozciągnięcie pochewki powstają gwałtowne bóle i wymioty. Powrót do stanu prawidłowego przychodzi do skutku przy bardzo obfitem wydzieleniu moczu, kiedy nerkę przyprawiamy do jej normalnego położenia, lub kiedy zwiększające się nagromadzenie moczu wywoła rozciągnięcie moczowodu, przez co przeszkoda w tym ostatnim zostaje usunięta. Podobny jednak powrót do stanu normalnego nie usuwa warunków sprzyjających powtarzaniu się całej sprawy i dla tego to przy nerce wędrującej możemy często obserwować stan nazywany przepuszczającą wodną puchliną nerki (*hydronephrosis intermittens*). LANDAU w ciekawym wykładzie wygłoszonym w Tow. lek. Berlińskim doskonale opisał te stosunki a zarazem zwrócił uwagę, że podobne stany patologiczne są bardzo rzadkie. Przyczyna mianowicie tej rzadkości leży w tem, że wodna puchlina nerek rzadko kiedy dochodzi do większego stopnia, a przez to staje się niemożliwą do rozpoznania; z drugiej zaś strony przyczepienie moczowodu do tylnej ściany jamy brzusznej nie może być tak mocnem, by nie mógł on uleść sile nerki i opuścić się razem z nią, i to bez skręcenia.

Zauważymy tutaj, że wodna puchlina nerek przepuszczająca oprócz nerki wędrującej może mieć jeszcze za przyczynę ruchome kamienie nerkowe lub nakoniec nowotwory usadowione w miedniczce nerkowej lub moczowodzie.

Również i same naczynia krwionośne mogą przy nerce wędrującej spowodować poważne zmiany w wydzieleniu moczu. Opuszczenie się nerki może wywołać także skręcenie się naczyń nerkowych a zwłaszcza żył, przez co powstają zaburzenia w krążeniu. Doświadczenia czynione na zwierzętach wykazały, że niedrożność żył nerkowych wywołuje opuchnięcie nerki i to w znacznym stopniu, a przytem wydzielenie uryny jest znakomicie zmniejszonym, i jest ona ciemną i nasyconą, przy dłuższem zaś skręceniu żył zawierać może krew i białko. Także doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zaburzenia te przechodzą bez pozostawienia jakichkolwiek śladów, a powrotowi do stanu prawidłowego towarzyszy zawsze zwiększone wydzielenie bardzo jasnego moczu. Doświadczenia te są uderzająco podobne do symptomów stanu patologicznego, oznaczanego mianem „zaklinowania nerki wędrującej“.

Obydwa te rodzaje zaburzeń w oddawaniu moczu przy nerce wędrującej są uderzająco do siebie podobne; nie więc dziwnego iż niektórzy autorzy cały zbiór opisanych symptomów starają się objaśnić jedynie wodną puchliną nerki; ale poglądy te nie wytrzymują krytyki wobec rezultatów doświadczeń na zwierzętach, a głównie przy dokładnem uwzględnieniu właściwości moczu

w początku napadów. Przy wodnej puchlinie nerkowej bowiem nie mamy zaiste przyczyny dla moczu mętnego, zawierającego białko a nawet i krew. Należy więc, chcąc być w zgodzie z rezultatami badań doświadczalnych, oby dwa te stany odróżniać.

W pierwszym przypadku mamy niewątpliwie do czynienia z zaklinowaniem przez zaburzenia ze strony naczyń. Własności moczu odpowiadają w zupełności wymaganiom badań doświadczalnych, a prócz tego jesteśmy w stanie przy tym poglądzie objaśnić wiele innych zjawisk jak np. pojawianie się napadów między dwoma peryodami. Niewątpliwie przyptywowi krwi do aparatu płciowego podczas miesiączkowania towarzyszy przekrwienie naczyń krwionośnych nerkowych, ponieważ według badań d-rów MARRAT'A i DASTR'A układ krwionośny nerek i przyrządu płciowego są w ścisłym związku. Przy takim zwiększonym dopływie krwi tętniczej wystarczają już małe przeszkody, jakie wywołuje nieznaczne opuszczenie się nerki, by spowodować zaburzenie w krążeniu krwi i zjawiska zaklinowania.

O ile pierwszy więc przypadek nie przedstawia żadnych trudności pod względem diagnostycznym i patogenetycznym, o tyle trudniejszym pod tym względem jest przypadek drugi. W drugim przypadku nie mamy najmniejszej podstawy przyjmowania nerki wędrującej. Jeżeli zresztą porównamy z sobą w obu przypadkach wspólny symptom, a mianowicie zaburzenia w oddawaniu moczu, to okaże on nam jednak ogromne różnice. I tak kiedy w pierwszym przypadku zjawiska ze strony aparatu moczowego zaczynają się wydzieleniem uryny w nieznacznej ilości i to mocno nasyconej, w drugim mamy jako najpierwsze zjawisko obfite bardzo wydzielenie jasnego o niskim ciężarze gatunkowym moczu, co zwykle kończyło napady w przypadku pierwszym. Naodwrot zaś w przypadku drugim atak kończył się zwykle wydzieleniem małej ilości gęstego ciemnego moczu z obfitym osadem złożonym przeważnie z kwasu moczowego.

Podobne właściwości moczu spotykamy albo w przypadkach, w których miało miejsce zatrzymanie wody w tkankach, lub też przeciwnie, gdy jej zbyt wielka ilość została wydalona z organizmu. Przywykliśmy podobną urynę znajdującą przy zastoju w krwiobiegu a więc przy puchlinie wodnej, lub gdy znaczna ilość płynu wydalona została z organizmu przez rozwolnienie lub poty. W tym jednak przypadku nie mamy do czynienia z zastojami w układzie żylnym, serce bowiem i płuca są w stanie zupełnie prawidłowym. Ucieknijmy się więc w tym razie do drugiej możliwości t. j. objaśnijmy oddawanie moczu ciemnego, nasyconego o wysokim ciężarze gatunkowym przez nadzwyczajne wydzielenie wody w peryodzie poprzednim, a to tem bardziej że z objaśnieniem tego rodzaju są w zupełnej zgodzie i inne symptomy, a zwłaszcza najboleśniejszy t. j. k u r c z e.

Musimy jednak wyznać prawdę, iż istoty tego rodzaju kurczów jeszcze nie znamy. Najwięcej prawdopodobieństwa ma teoria prof. ERB'A, według którego przy kurczach mamy do czynienia z podwyższoną wrażliwością samej substancji mięśniowej, a to wskutek zaburzeń nutrycyjnych w mięśniach. Po zmęczeniu, przy którym nagromadzenie się szkodliwych produktów przemiany materii w mięśniach mamy zupełne prawo przypuszczać, kurcze łydkowe są bardzo zwykłym zjawiskiem. Przy cholercie stanowią one jeden z najbardziej męczących symptomów. Prof. ERB ogłosił jeden przypadek moczołki cukrowej (*diabetes mellitus*) ze znacznym procentem cukru w urynie i polyurią w wysokim stopniu, w którym wystąpiły gwałtowne kurcze. Autor widział je w jednym przypadku moczołki prostej (*diabetes insipidus*), w którym chory wydzielał ogromne ilości uryny.

Niewątpliwie w tych przypadkach i w cholercie przyczyny zaburzenia odżywiania mięśni wywołującego kurcze szukać należy w zgęszczeniu krwi; za

takiem pojmowaniem rzeczy przemawia upadek sił występujący w końcu napadu i mały łatwo ucisnąć się dający puls.

Sprowadzamy więc symptomy obserwowane u tej chorej do nadzwyczajnej utraty wody z tkanek wskutek zwiększonego moczenia w początku napadu; wyjaśnia on nam wszystkie inne symptomy. Przyczyny jednak tego zwiększonego moczenia odszukać nie możemy i w niem upatrujemy główny objaw całego obrazu chorobowego.

Tak więc przypadek ten przedstawia pewną łączność z moczówką prostą (*diabetes insipidus*); uderzającym jest tylko tutaj występowanie peryodyczne cierpienia.

Czy patologia zna moczówkę prostą przepuszczającą t. j. występującą napadami? W podobnej czystej formie peryodyczny *diabetes insipidus* jest w każdym razie wielką rzadkością. W literaturze znajduje się jeden przypadek opisany przez SCHOLZ'A, w którym chora po wzruszeniach umysłowych oddawała znaczną ilość moczu, która spadała zaraz do normy po uspokojeniu się chorej. I w tym przypadku szczegółowe badanie nie wykryło zmian żadnych, tylko chora była bardzo wrażliwą. Inny ciekawy nadzwyczajny przypadek anomalii w oddawaniu moczu znalazł autor w dySSERTACJI JÁGERA z kliniki prof. Kussmaul'a. Przy białaczce śledzionowej (*leucaemia lienalís*) w celu terapeutycznym dokonano kilkakrotnie przekłócia śledziony, co za każdym razem wywoływało zwiększone wydzielanie moczu. Autor tej dySSERTACJI pisze również, że na klinice prof. SENATOR'A uczyniono podobną obserwację.

Częstszymi są przypadki peryodycznej moczówki przy cierpieniach układu nerwowego, tych zwłaszcza które również występują napadowo. Jako typ tego rodzaju cierpienie może służyć migrena (*hemícrania*), której napady kończą się wydzieleniem znacznej ilości zupełnie jasnego moczu. Również przy macinictwie uczyniono wielokrotnie spostrzeżenie, że napady drgawkowe kończą się wydzieleniem znacznej ilości jasnego moczu. Jest ogólnie wiadomem, że przy tej nerwicy zaburzenia w wydzieleniu moczu zarówno w formie anurii jak i poliurii są zjawiskiem nader częstym, a prof. CHARCOT przytacza jeden bardzo pouczający przypadek, w którym regularnie po napadzie kurczów występowało zwiększone moczenie. Zdarza się również, że taka poliuria występuje w miejsce napadu hysterycznego. To samo twierdzą autorzy odnośnie do epilepsji. Opisano liczne przypadki tej nerwicy, w których po napadzie wystąpiło zwiększone wydzielanie moczu. Dr. RABOW, który szczegółowo badał wydzielenie moczu w chorobach umysłowych, przyszedł do rezultatu, że w obłąkaniu padaczkowem w napadzie uryna zostaje wydzieloną w znacznej ilości bogata w chlorki a uboższa w moczan niż normalnie. Po skończonym napadzie ilość wydzielanego moczu znacznie się zmniejsza, tak że nie dosięga nawet średniej cyfry.

Również udało się RABOWI zkonstatować u maniaków w peryodzie pobudzenia znaczne zwiększenie ilości wydzielanej uryny. Podobne spostrzeżenie zrobił dr. OPPENHEIM.

Wszystkie te obserwacje moczówki peryodycznej mają wyłącznie za źródło cierpienia nerwowe, a zwłaszcza te, które określamy mianem „nerwicy funkcyjonalnych“ i pod tę kategorię autor podciąga swój przypadek. Liczne obserwacje kliniczne, a przede wszystkim doświadczenie pouczyły nas dostatecznie, w jakim stopniu wydzielenie moczu zależnem jest od układu nerwowego. Wspomnimy tutaj o badaniach doświadczalnych ECKHARD'A wykazujących z całą ścisłością, że nie tylko dno czwartej komórki, ale że także znajdują się miejsca w mózdku i mleczu paciierzowym, których uszkodzenie wywołuje zwiększone wydzielanie moczu, lecz to ostatnie po kilku godzinach lub dniach przechodzi. Musimy więc przyjąć, że właśnie miejsca te zawierają nerwy naczynioruchowe dla nerek.

Nie będziemy dalej zajmować się tą kwestyą; nadmienimy tylko że wspomniane badania zupełnie są w stanie usprawiedliwić nasze pojmowanie tego przypadku a mianowicie że mamy tutaj do czynienia z nerwicą naczynio-ruchową narządu moczowego. Jeżeli dalej przypominmy sobie, że chora ta odznaczała się wrażliwym temperamentem, który stanowi cechę charakterystyczną histeryi, to mamy w tem most łączący pacjentkę tę z histeryczkami. Wprawdzie cierpienie nie traci przez to charakteru nerwicy naczynio-ruchowej; zaburzenia naczynio-ruchowe są u histeryczek zjawiskiem nader zwykłym, że wspomniemy tutaj o pokrzywce, krwawych potach i t. d. W każdym razie zataić nie wypada, że podobne tłumaczenie drugiego przypadku jest tylko hypotetyczne, ale też jedynie możliwe.

Na zakończenie dodamy, że literaturze naszej posiadamy obserwacye d-ra SKÓRCZEWSKIEGO z Krynicy dotyczące moczówki przemijającej. W obu przypadkach badanie przedmiotowe nie wykazało zmian żadnych, a pożywna dyeta i rozczyn Fowler'a usunęły cierpienie w zupełności. I dr. SKÓRCZEWSKI w obu tych przypadkach przypuszcza, że główną przyczyną tego nadmiernego wydzielenia moczu było zboczenie w czynności nerwów pośredniczących w jego wydzieleniu.

ODCINEK.

Słówko o naszej statystyce szpitalnej.

W zakresie statystyki lekarskiej w ogólności, dział statystyki chorobności (*morbidity*) w ostatnich latach rozszerzył się i uzupełnił znacznie. Nie przyczyniły się do tego wiele dane zdobywane drogą obowiązkowego meldowania o chorobach (tylko zakaźnych), stanowiące, nawet tam gdzie prawodawczo (jak w Anglii od lat kilku) zbieranie ich jest w pewnej mierze zagwarantowane, materiał z wielu względów do naukowego opracowania mało przydatny. Do znakomitego wzbogacenia, bardzo uposledzonego do ostatnich czasów działu statystyki chorobności, dostarczają natomiast głównie, znakomitego materiału dane, zdobywane drogą jednolicie w całych krajach uorganizowanej i obowiązkowo prowadzonej statystyki szpitalnej. Wspomniemy tu tylko o licznych pracach na tym materiale opartych, a wciąż ogłaszanych w wydawnictwach niemieckiego urzędu zdrowia (jak np. zestawienie Würzburga. *Arbeiten aus d. K. G. I.* oparte na materiale z lat 1877—1881 i dotyczące 2024 zakładów szpitalnych ogólnych, 233 szpitali obłąkanych, 85 szpitali oftalmicznych i 179 domów położniczych), o systematycznie co miesiąc drukowanej statystyce szpitalnej obejmującej materiał z 55 szpitali w miastach Westfalii, prowincyi nadreńskiej, księstw Hessyi i Nassau (w *Centralblatt für öffentliche Gesundheitspflege*) wreszcie o również bogatych w dane, urzędowych sprawozdaniach włoskich, których ogłaszanie rozpoczęło się od 1886 (materiał od 1884, z 1002 zakładów szpitalnych, w których w roku sprawozdawczym leczono 340782 chorych; streszczenie w Uffelmanna *Jahresbericht etc.* za r. 1887 i następnę). O wielkim postępie samej formy prowadzenia statystyki szpitalnej, obliczonej na spożytkowanie zarówno w celach klinicznych jak i w celach sanitarnych, daje wyobrażenie np. sprawozdanie o wiedeńskiej Rudolph-Stiftung za rok 1888 (28 arkuszy druku—statystyka—historye chorób—sprawozdanie gospodarze instytucyi—tablice)¹⁾.

Czem może się stać materiał statyczno-szpitalny tak dla nauki o chorobach jak i dla statystyki sanitarnej, o tem wszyscy lekarze dobrze wiedzą,

¹⁾ W ogóle zwracamy uwagę na dział *Gesundheitsstatistik* w pracowitych rocznikach Uffelmanna.

a gruntownie wartość rzeczonoego materiału, celem naukowego, wielorakiego spożytkowania, uwydatniona, została między innymi, w gruntownej pracy ZUELZERA: (w *Beiträge zur Medizinal-Statistik. Heft. I, II, III.* 1876—1878). U nas na polu statystyki szpitalnej spotykamy tylko prace urywkowe, niesystematyczne, co bynajmniej niedowodzi iżby nasi lekarze nierozumieli doniosłości tego działu prac statystycznych. Że lekarze nasi, a w szczególności dzisiejsza generacja lekarzy szpitalnych, należną wagę do statystyki szpitalnej przywiązuje, że żywo pragnie dobrej statystyki szpitalnej i że potrafi wskazać jaką ta statystyka być by powinna, o tem świadczy obszerny elaborat kolegów CHEŁMIŃSKIEGO Romualda i DUNINA drukowany w r. 1880 (O statystyce szpitalnej. Zadania statystyki szpitalnej, jej znaczenie dla statystyki lekarskiej w ogólności, sposób prowadzenia. Statystyka szpitalna Dzieciątka Jezus za rok 1879. Osobne odbicie z Kroniki Lekarskiej. Stronnic 25. Tablic 10). Pamiętamy wszyscy, że praca powyższa została przyjętą przez nasz ogół lekarski z wielkiem uznaniem i zajęciem a jeżeli nie przyniosła bezpośrednio rezultatów, to dlatego że nie od lekarzy spełnienie naukowych i formalnych postulatów w niej wyluszczonego zależało.

Od roku 1880 sprawa statystyki szpitalnej u nas wielokrotnie była urzędowo traktowaną, jednakże do istotnej organizacyi, obejmującej cały kraj a choćby całą Warszawę, do obmyślenia jednolitej metody postępowania i uczynienia jej obowiązującą, do znalezienia środków finansowych na wyadgrodzenia dla pracowników i na wydawnictwo sprawozdań, do rozdzielenia pracy i określenia ścisłego gdzie, kto i jak ma ostatecznie surowy materiał opracowywać—do tego wszystkiego niedoszło i dlatego, te nieliczne objawy jakichś administracyjnych zachceń, z któremiśmy się spotykali w ciągu ubiegłych lat 10, w zakresie statystyki szpitalnej krajowej czy warszawskiej, żadnej prawie wartości nieposiadają.

Wszelka statystyczna robota wymaga skończonego, pełnego mechanizmu. Jak zegarek, któremu brak choćby jednej śrubki lub kółka źle idzie i w błąd nas w p r o w a d z a, tak samo rzecz się ma z niedokształconym, niedostatecznym mechanizmem statystycznym. Gdzie mechanizm ten dostatecznym być niemoże, tam do roboty brać się nie trzeba, chyba że chodzi nie o bezpośredni pożytek naukowy i społeczny ale o spełnienie wyższego nakazu. W tem ostatniem motywie mają źródło owe trzygroszowe roboty statystyczne, które nigdy w zestawieniach świata naukowego uwzględnianemi niebywają i niebędą, nigdy nie zajmą zaszczytnego miejsca cząstki w „wielkiej cyfrze“, która się do wyjaśnienia prawdy naukowej ma przyczynić. O! szkoda papieru!

W niebogatym i niejednolitym szeregu owych urywkowych robót w dziedzinie naszej statystyki szpitalnej, ostatnich lat dziesięciu, wyjątkowe z wielu względów miejsce zajmują roczne sprawozdania o ruchu chorych leczonych w szpitalu Dzieciątka Jezus (*Medicinsko-statisticeskij otczet po bolnice Mładienca Iisusa*). Za lat pięć odznaczają się one, na pozór przynajmniej, jednakową formą (1883, 84, 85, 86, 87). Ostatnie trzy z rzeczonych pięciu rocznych sprawozdań opracowane są przez D-ra POLAKA.

Te to ostatnie trzy sprawozdania rozejrzeliśmy bliżej.

O ile nam wiadomo, dalsze wydawnictwo pomienionych sprawozdań zostało wstrzymane. Ostatnie z nich za rok 1887 wyszło w Lipsu 1888 r. a więc przed 2½ laty.

Sprawozdania które mamy przed sobą, obejmują w czwórce 12, 13 i 18 arkuszy druku. W każdym z nich jest kilkanaście kolorowych diagramów, w jednym (za 1886) nadto cztery kartogramy, wskazujące mające rozkład i różne natężenie chorób zakaźnych w pojedynczych dzielnicach Warszawy, na zasadzie spostrzeżeń szpitalnych.

Przy ocenianiu każdej roboty statystycznej, takiej o jaką tu chodzi, wy-

pada odróżnić dwa składające się na nią czynniki, w znacznej mierze od siebie niezależne, mianowicie organizację przygotowywania materiału surowego i umiejętność w pewnym kierunku opracowanie rzezczonego materiału. Każdy z tych dwóch czynników z osobna stanowi o dodatniej lub ujemnej stronie roboty.

Otóż co się tyczy owej organizacji (jak wiadomo z inicjatywy D-ra WALTERA w szpitalu Dzieciątka Jezus wprowadzony został system kartkowy), to przynajmniej w praktyce, okazuje się ona wysoce niedołączną, czy to wskutek samych form obowiązujących, czy też wskutek niedbalstwa pojedynczych osób (lekarzy ordynujących i t. d.) i niedozoru zwierzchności kontrolującej. Dowody rzezczonego niedołęstwa nie są trudne do znalezienia w sprawozdaniach o których tu mowa. Autor mówi o nich zresztą w przedmowach do sprawozdań za rok 1885 i za rok 1886. Chodzi tu głównie o dwa kapitalne braki, mianowicie o to że odnośnie do bardzo znacznej liczby osób w szpitalu przebywających kartki wcale nie zostają wypełnione i o to że znaczna bardzo liczba kartek zostaje wypełniona w sposób oczywście mylny, wprowadzając do szeregów statystycznych nie fakta lecz bajki.

Co do pierwszego to okazuje się że w 1885 prawie o 5% pozostających w szpitalu, dane szczegółowe za pomocą kartek wcale nie zostały podane¹⁾; w r. 1886, odsetka ta wynosiła nawet około 10% (chorych 5630—brak kartek o 557); w r. 1887 stan rzeczy nieco się poprawił, gdyż na 5573 chorych brakowało kartek podających szczegółowe dane o 194 chorych.

Co się tyczy drugiego braku, to jest mylnego wypełniania kartek, to wszystkich jego dowodów absolutnych, naturalnie podać niemożemy. Sam jednak autor sprawozdań, na niektóre najbardziej rażące określenia kartkami objęte w roku 1886 i 87, uwagę zwraca, kładąc znak wykrzyknienia lub zapytania tam, gdzie na zasadzie kartek, wykazuje w szczegółowych zestawieniach dotyczących np. suchotników, iż w r. 1886 z 320 leczonych „wyzdrowiało“ 8 a w 1887 z 381 „wyzdrowiało“ 6. W zestawieniu za rok 1885 bez wszelkiego ostrzegającego znaku spotykamy się z 19 przypadkami wyzdrowienia z suchot płucnych (na 541 leczonych).

Takie „fakta“ wprawdzie muszą zachwiać bardzo zaufanie co do aktualności materiału sprawozdawczego w ogólności, są one jednak tak w oczy bijące, że, odnośnie do tych szeregów w których je spotykamy, nikt chyba w błąd nie wprowadzą. Nieuwierzy nikt oczywiście iż w Warszawskim szpitalu Dzieciątka Jezus w r. 1885 z pomiędzy leczonych tam suchotników 3,5% „wyzdrowiało“. Ale *cui bono* takie „fakta“ ogłaszają się drukiem?

O wiele częściej jednak spotykamy mniej bajecznych a za to niejasnych określeń, których interpretacja staje się całkiem niemożliwą i które czynią najważniejsze nawet szeregi w sprawozdaniach bezużytecznymi.

Dla przykładu, zobaczymy jak wygląda statystyka zapalenia płuc (*pneumonia*) pod względem zejścia tej choroby. Czytamy w sprawozdaniu

za rok 1885 (str. 20) że było chorych 237, wyzdrowiało 135, wypisało się „z rozmaitych innych przyczyn“ 50 (=21%), zmarło 52 (=21,9%);

¹⁾ Wiadomość zresztą o istotnej wysokości pomienionego tu braku, dzięki niedbalstwu opracowania nie jest bynajmniej pewną. I tak na str. 6, sprawozdania za r. 1885 podane są „oficyalne“ cyfry ruchu chorych dotyczące, według których „ogólna liczba chorych w r. 1885“ wynosiła 6367 (=liczbie wyzdrowiałych: 5012, wypisanych z innych przyczyn: 460, zmarłych: 895). Tymczasem na str. 95 powiedziano że „wszystkich wypisanych i zmarłych chorych w r. 1885 było 5907“. Różnica wynosi 460. Na te same 95 stroniczki czytamy że „brakuje kartek lub takowe zostały niewypełnione przeszło w 300 przypadkach“. Są to — zresztą niestety niejedynie — zagadki arytmetyczne i logiczne których niepróbujemy rozwiązywać.

w roku 1886 (str. 23) było 281, wyzdrow. 122, wypisało się „z rozmaitych innych przyczyn“ 103 (=40%), zmarło 56 (=19,9%); w roku 1887 (str. 25) było 208, wyzdrowiało 101 (=48,5%), wypisało się „z rozmaitych innych przyczyn“ 70 (=33,7%), zmarło 37 (=17,8%)¹⁾.

Tak więc, w sprawozdawczym zestawieniu mającym nam dać wyobrażenie o sposobach zejścia w przypadkach zapalenia płuc w szpitalu (i do pewnego stopnia w mieście) spotykamy na ogólną liczbę 726 leczonych aż 223 (=30,7%) których zejście jest nieokreślone; jakież wobec tego posiadają znaczenie wykazane tak w tem zestawieniu jak i we wszystkich innych szeregach cyfry wyzdrowień i zgonów?

Dla porównania pozwalamy sobie przytoczyć tu szereg sprawozdawczy dotyczący zejścia w przypadkach zapalenia płuc leczonych w r. 1888 w Rudolph-Stiftung (str. 174, 175)²⁾. Ubyło w ciągu rzezonego roku po zapaleniu płuc 170, z tych wyszło 112 wyzdr., 9 z polepszeniem; zmarło 49.

Zdaje nam się że powyższe przykłady dostatecznie przekonywają jak materiał surowy do sprawozdań dostarczany jest bez wartości.

(dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

Krajowe. W końcu Lutego r. b. rozpocznie się opis wszystkich domów oraz mieszkań pod względem sanitarnym. Opisem zajmować się będą podług wydrukowanych kwestyonaryuszów studenci medycyny kursów wyższych, pod kierunkiem członków komitetu sanitarnego oraz zaproszonych lekarzy.

— Sprawa zabójstwa Wisnowskiej przez Barteniewa, budząca żywy interes tak ze stanowiska sądowo-lekarskiego jak i psychiatrycznego wprowadzoną była przed kratki sądowe we Czwartek 19 b. m. i rozpoczęła się od odczytania aktu oskarżenia i badania świadków.

Zagraniczne. Czytamy w Przeglądzie lekarskim:

J.E. p. Namiestnik zwołał w sprawie urzędzenia Wydziału lek. we Lwowie ponowną ankietę, która ma obradować we Lwowie dnia 14 b. m. W skład tej ankiety wchodzi: oprócz delegatów Wydziału lek. krakowskiego delegat Uniwersytetu lwowskiego, reprezentant Wydziału krajowego i miasta Lwowa, referent spraw lekarskich przy Namiestnictwie, radca budowniczy Braunseis i prof. Czyżewicz. Z członków Wydziału lek. krakowskiego zaproszeni zostali: prof. Browicz i prof. Korczyński.

— Wielu lekarzy zebranych na uroczystość jubileuszową wydziału lekarskiego Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu podpisało adres napisany przez D-ra ZIELEWICZA dla prof. Roberta KOCHA w Berlinie. W odpowiedzi na to prof. K. nadesłał do D-ra ZIELEWICZA odpowiedź następującej treści:

„Wielce szanowny kolego! Wielką przyjemność sprawił mi adres sekcji lekarskiej Towarzystwa Przyjaciół nauk. Uznanie tej sekcji uważam sobie za wielki zaszczyt, o tyle więcej że pochodzi z tej prowincyi, w której mi było danem rozpocząć prace, będące podstawą moich późniejszych badań, a tym sposobem prowincya stała się niejako moją drugą ojczyzną. Szanownemu Towarzystwu, niechaj mi wolno będzie za ten zaszczyt serdecznie podziękować z wysokim szacunkiem R. Koch”.

¹⁾ Odsetki wyzdrowiałych i wypisanych „z rozmaitych innych przyczyn“ są przez nas obliczone—autor w ogóle obliczeń takich bardzo skąpi.

²⁾ W pomienionym zakładzie w roku sprawozdawczym leczono 8509 chorych.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

V
APTEKA
WENDY I WIOROGÓRSKIEGO

Krakowskie-Przedmieście Nr. 45 w Warszawie,
posiada na składzie następujące przetwory oryginalne z
Apteki A. v. WALDHEIMA w Wiedniu:

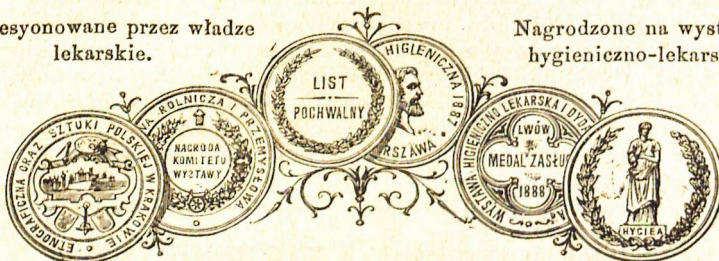
Oleum Rusci Hebra
Oleum Rusci spissum
Tinctura Rusci Hebra

Sapo kalinus Hebra
Spiritus saponis kalini Hebra
0—7

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyonowane przez władze
lekarskie.

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich.



EKSTRAKT i KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. Flaszka Ekstraktu miodowo-ziółowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1, paczka karmelków kop. 15. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. (19)—0—2

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna
w Warszawie, ul. Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155.

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne. — Nowe środki lekarskie. — Czyste przetwory chemiczne do celów naukowych. — Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory i przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych. (18)—13—5

Termometry maksymalne sprawdzone przez W. profesora Boguskiego poleca optyk i mechanik

J. MILLER, Nowy Świat 7. (11)—6—4

P. A. KRZYMIŃSKI

Skład Win od roku 1829 egzystujący w Warszawie
ulica Wierzbowa Nr. 3 dom Hr. Krasńskiego
Wina lecznicze i koniaki poleca. (456)—26—19

VI

SKŁAD NACZYŃ**Szklanych, Porcelanowych, Metalowych**

specyalnie dla:

pp. Doktorów, Szpitali, Aptek i Pracowni Chemiczno-Technicznych

F. CHWASTKIEWICZA

w Warszawie, Senatorska 24, w podwórzu

Poleca: Termometry maksymalne, Podstawy do instrumentów chirurgicznych, Skrzyńeczki i Rolki do przechowywania nici karbolowych, Spekula, Baseny, Spluwaczki, Irygatory różnych systemów, Kanki, Spryczki, Naczynia do moczu i krwi, Łyżki do lekarstw, Wanienki i Pipetki do oczów, Kropłomierze, Klosze i Szkiełka do mikroskopu, Naczynia do rozmazania bakteryj; Kieliszki do prób, Urometry, Szkło i Porcelana apteczna, Szkło chemiczne, oraz wiele innych przedmiotów tu niewymienionych, po cenach możliwie niskich i stałych Cenniki illustrowane. (467)—12—9

WINA KRYMSKIE I ZAGRANICZNE

uznanej dobroci jak również analizowany jako prawdziwy wyrób z wina i przez powagi lekarskie zalecany



lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodu wyniszczenia winnie przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

TANŹSZY gdyż nie ciąży na takowych wysokie cło i transport, około 2 rs. z butelki, otrzymać można wyłącznie w Składzie Win

BRACI KEMPNERÓW, Długa Nr. 5.

Cena: $\frac{1}{1}$ butelki rs. 1,50, $\frac{1}{2}$ butelki kop. 80, $\frac{1}{4}$ butelki kop. 40. Gatunek wyższy: $\frac{1}{1}$ but. rs 2,50, $\frac{1}{2}$ but. rs. 1,25, $\frac{1}{4}$ but. kop. 65.

Skrzynki po 6 butelek wysyłają się do wszystkich stacyi dróg żel. franco w Królestwie i Gub. zachodnich po rs. 9. (457)—10—9

MAGAZYN UBIORÓW MĘZKICH**Stefana Rychlińskiego**

Białańska Nr. 1, w Warszawie.

(455) — 10—7

Dr. E. BRÜHL

ordynuje od 16-go Września do 10 Maja w Meranie, Marktgasse 5;
od 15 Maja do 15 Września w Gleichenbergu, Villa Max.
(328) — 12—12

Wyszedł z druku:

PODRĘCZNIK

Farmakologii Klinicznej

dla użytku lekarzy i studentów

napisał **Dr. Franciszek Penzoldt** Professor zwyczajny i Dyrektor polikliniki w Erlangen,
spolszczył **ALEKSANDER FABIAN**.Cena w Warszawie 3 ruble z przesyłką pocztową 3 rs.
50 kop.

ZAKŁAD PRYWATNY LECZNICZY

DLA CHORYCH UMYSŁOWYCH I NERWOWYCH

SS-rów D-ra Stanisława Chomentowskiego

Warszawa, Marszałkowska 27.

Przyjmuje chorych umysłowych i nerwowych za opłatą od 3 do 5 rubli
dziennie łącznie z utrzymaniem i poradą lekarską.

Stały ordynator

Dr. **Bronisław Taczanowski**.

Lekarz miejscowy

Dr. **Bronisław Sawicki**.

Wrazie ządania konsultacya najpierwszych powag psychiatrycznych.

(295)—12—12

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 ej rano do 5-ej po południu. (25)—26—1

DENTYSTA

J. BAUMGART

Marszałkowska Nr. 148 Zielony Plac Nr. 13. (24)—3—1

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH

i Farb Malarskich

Leonarda Ziemińskiego

Magistra Farmacyi

w Warszawie, róg ulicy Marszałkowskiej i Królewskiej Nr. 37

zawiadamia, że otrzymał transport świeżej Oliwy i Tranu lekarskiego; a nadto,
że zaopatrzony jest we wszystkie Artykuły do użytku domowego, technicznego
i lekarskiego potrzebne oraz chemikalja, specyfikki zagraniczne i perfumy z Gras-
se (południowej Francyi). (27)—4—1



SÓL BOROWINOWA

ŁUG BOROWINOWY

Wygodny sposób przygotowania
Kąpieli borowinowych i żelaznych w domu.

Przez długie lata wyprobowane przeciw:

Zapaleniu macicy, jajników, otrzewny, białacze, skrofułom, krzywicy, białym upławom, usposobieniu do poronień, bezwładom, porażeniom, bezkrwistości, reumatyzmom, rwie kulszowej i krwawnicom:

HENRYK MATTONI

FRANZENSBAD,
KARLSBAD,
WIEDEN,
BUDAPESZT.

Do nabycia w Warszawie i na prowincyi we
wszystkich znaczniejszych aptekach.