



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘT-
NOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru N° 2794.

ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$
ŚRODEK



LEPRINCE

$C^{12} H^{10} O^5$
PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

„Zadanie racjonalnego leczenia fosforem rozstrzygnięte zostało dopiero z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.

PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, zawierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswajalnego, nieszkodliwego fosforu w związku organicznym. Główny materiał rezerwowy roślin. Pobudza łaknienie, polepsza stan krwiobiegu, zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materji,



Znak ochronny.

WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, żółty, krzywica, gruźlica, biednica, niedokrwistość. Choroby nerwów. Bezsennosc nerwowa neurastenja (m. i. neurastenja piciowa). Rekonwalescencye, karmienie piersią. Upośledzony lub nadmierny rozwój dzieci.

Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud. oryg. zawiera 40 kaps.).



Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się

PHYTINUM LIQUIDUM Rp. Phytini liquidi lag. orig.

Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.

Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franko.



ASTHMIN-MOTOR
*w formie papierosów albo tyturu
 Usuwa szybko napady dusznic
 i wszelkie objawy astmy*
SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Żądać w aptekach i składach aptecznych



GONOREIN-MOTOR
 Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
 Marszałkowska 25.

W szpitalu miejskim w Poznaniu wakuje od 1 lipca 1919 posada,
Lekarza-Asystenta

przy oddziale dermatologicznym. Obok wolnego stołowania płaci się pensji rocznie 1800 mk. z progresją co-
 roczną o 100 mk. aż do 2000 mk. i bieżące dodatki drożyniane. Kandydaci, władający językiem polskim w sło-
 wie i piśmie, zechcą nadesłać zgłoszenia swe wraz z życiorysem i świadectwami do Magistratu, oddział I.

Magistrat miasta Poznania.

PRACOWNIA ANALITYCZNA
D-ra R. SZERYPY

w WARSZAWIE,

PIĘKNA 25 (róg Marszałk.).

Analizy lekarskie: bakteryologiczne, chemiczne
 i mikroskopowe. Serodyagnostyka kily. Szczep-
 ionki Wrighta.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany
 materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe),
 przrządy do leczenia elektrycznoświatlnego i gorą-
 cem powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
 poleca jako nowość na czasie:

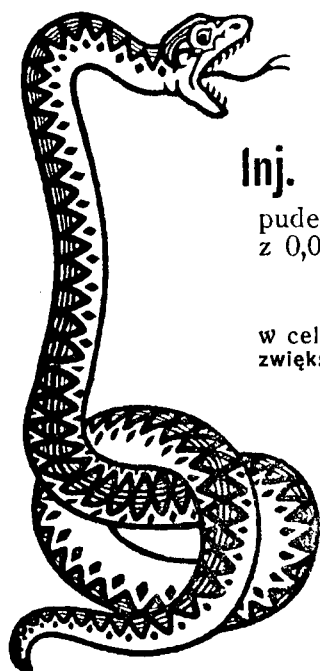
Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.



AMPULAE STERELIS VITR.

Inj. **KAKODYLOPHAG** GESSNER

pudełko zawiera 36 iniekcji w dawkach po 3 ampułki
 z 0,03—0,05—0,06—0,075—0,09—0,10—0,11—0,125—0,17
 —0,18—0,20

NATR. KAKODYLICUM GALLICUM

w celu racjonalnego przeprowadzenia kuracji drogą stopniowego
 zwiększania, a następnie zmniejszania dawek arsenu dla wprowa-
 dzenia do organizmu 4 gramów Natr. kakodylicum

POLECA

Mag. Farm. JAN GESSNER

dawniej E. GESSNER

APTEKA I LABORATORIUM FARMACEUT.-CHEMICZNE

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.





AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · VMIEJĘ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Diećdziesiąt
lecie drugie

Warszawa, d. 28 czerwca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2794

Z ZAKŁADU ANATOMII UNIwersYTETU W WARSZAWIE (KIEROWNIK PROF. E. LOTH).

Modyfikacya metody Spalteholza prześwietlania jam i kanałów kostnych.

Podał

B. K r z y p o w.

Ubiegłej zimy w zakładzie Anatomii Uniwersytetu Warszawskiego miałem możność wykonania metodą, podaną przez Spalteholza (r. 1914), szeregu przezroczystych preparatów kostnych. Preparaty takie u nas w Polsce dotychczas przez nikogo robione nie były.

Zasada prześwietlania tkanek zwierzęcych i preparatów polega na następującem prawie optyki: „Ciało (zwierzęce lub roślinne) najmniej odbija światła i osiąga możliwie większą przezroczystość, gdy jest przepojone (i otoczone) substancją, której wskaźnik załamania światła jest równy średniemu wskaźnikowi światła danego ciała” (Spalteholz str. 33). Chodzi tylko o określenie wskaźnika załamania światła danego ciała i o dobranie płynu o identycznym wskaźniku, a któryby jednocześnie nie okazywał chemicznego działania na samo ciało. Celem, jaki sobie stawia chwilowo prześwietlanie, jest sporządzenie przezroczystego preparatu topograficznego, np. dłoni, na której widziane byłyby kości, naczynia i nerwy. Prześwietlony preparat ma wygląd przezroczystej galarety; jeżeli kości takiego preparatu zostaną odpowiednio zabarwione, naczynia zaś nastrzyknięte barwną nieprzezroczystą masą (nerwów dotychczas dla celów prześwietlania zabarwić się nie udało), to taki preparat wykazuje wprost idealnie stosunki topograficzne. Preparaty, wykonane w zakładzie Anatomii U. W., nie dają jeszcze

obrazów idealnych, co objaśnia się albo zupełnym brakiem wielu niezbędnych odczynników, albo też ich szaloną drożyzną. Należało więc korzystać z metod najprymitywniejszych.

Metoda prześwietlania polega na utrwalaniu, bieleniu, odwadnianiu i prześwietlaniu (benzolem C_6H_6 i dwusiarczkiem węgla CS_2), zamiast których należy właściwie używać olejków eterycznych, np. olejku goździkowego, *oleum Gaultheriae procumbens*, safrołu, izosafrołu i t. p. Stosownie do różnicy tkanek metody nieco się modyfikują. Jeżeli chodzi o uwidocznienie naczyń, to się je nastrzykuje, kości ulegają odwapnieniu i, ewentualnie, zabarwieniu (str. 84).

Preparaty najlepiej udane są to przeważnie kości, z których szczególną uwagę zwróciłem na kość skroniową. Preparat ten jest nadzwyczaj pedagogiczny, ponieważ wykazuje wyraźnie położenie topograficzne i wygląd ślimaka wraz z kanałami półkolistymi wewnątrz kości.

Spalteholtz (str. 70) podaje następujący sposób wykonania takiego preparatu: do otworu ślimaka (*foramen cochleae*) wymacerowanej kości skroniowej wstawia się wązki lejek blaszany. Następnie zapycha się watą szczelinę, powstałą między ścianami otworu a lejkiem; watą także zamyka się ujścia innych kanalików tej kości. Następnie całą kość za wyjątkiem szerszego końca lejka

oblepia się gipsem i wysusza. Przez lejek nalewa się teraz stopu Wooda, a po jego zastygnięciu oczyszcza się preparat z gipsu. Kość, według ogólnego przepisu, jest gotowa do prześwietlania. Zabieg ten wymaga wielkiej zręczności i jest dość kłopotliwy. W celu zastąpienia go innym próbowałem nastrzykiwać kanały półkoliste kości skroniowej masą żelatynową, używaną do nastrzykiwania naczyń według Spalteholza (str. 68). Modyfikacja ta, znacznie upraszczająca sprawę, dała już na naszych preparatach bardzo dobre wyniki i niewątpliwie przy stosowaniu olejków eterycznych okaże się bez porównania prostszą od sposobu Spalteholza.

Kość skroniowa, odwapniona i prześwietlona, według planu ogólnego, wykazuje w ciągu kilku tygodni wyraźnie widoczne kanały półkoliste i ślimaka, które, zawierając jeszcze powietrze, czynią wrażenie, jakgdyby były napełnione rtęcią. Do jednego z wyżej wymienionych kanalików wkłuwamy cienką igłę strzykawki Pravaza w ten sposób, żeby ostry koniec igły otwierał się do światła, o czym przekonać się łatwo, przepuszczając przez igłę powietrze. Następnie napełniamy strzykawkę masą, używaną do nastrzykiwania

naczyń. Masa ta musi być gorąca i ciemno zabarwiona, najlepiej czarna lub granatowa. Jeżeli pierwsze nakłucie nie wystarczało, to robimy drugie, ewentualnie trzecie. Przy operowaniu olejkami, a nie bardzo łatwo palnym benzolem i dwusiarczkiem węgla, łatwo, rzecz jasna, unikniemy drugiego nakłuwania, ogrzewając naczynie, zawierające olejek wraz z preparatem. Masa, nie ochładzając się zbyt szybko i będąc powoli nastrzykiwana, np. do komory (*vestibulum*), zamkniętej od strony ucha środkowego tamponikiem z waty, rozejdzie się po kanalikach i ślimaku. Jeżeli po nastrzyknięciu preparat zmętnieje, to należy go przełożyć do wysokości 96%, a następnie do bezwzględного. Później znów do benzolu. W ten sposób przygotowany preparat daje bardzo dobry obraz budowy anatomicznej ucha wewnętrznego. Rzecz jasna, że tak samo można postępować z wypełnianiem wszystkich jam i kanałów kostnych, otrzymując niezwykle wyraźne i obrazowe preparaty anatomiczne.

L I T E R A T U R A.

Spalteholz. Ueber das Durchsichtigmachen von menschlichen und tierischen Präparaten. Wyd. 2-gie. Lipsk. 1914.

Przyczynek do kazuistyki śluzaka wrzekomego otrzewnej (pseudomyxoma peritonei), pochodzącego z wyrostka robaczkowego.

Podał

A. C i e c h o m s k i

ordynator oddziału chir. w szpitalu Dz. Jezus.

(Dokończenie—patrz № 25)

Jako wielce ciekawy przykład omawianej tu sprawy pozwolę sobie przytoczyć przypadek, spostrzegany przeze mnie w r. 1910, mylnie wówczas rozpoznany jako nowotwór złośliwy; tymczasem zarówno przebieg pooperacyjny, jak nadewszystko późniejszy i obecny stan operowanej przemawiał i przemawia przeciwko przypuszczeniu temu; zresztą błąd podobny zrobił przedemną i o 3 lata wcześniej inny kolega na mocy badania usuniętego podczas operacji schorzonego wyrostka.

Szczegóły przypadku tego są następujące:

Spostrzeżenie II. P. S. W., lat 48, żona kupca, była operowana przez kol. A. Winawera w r. 1907 z powodu włókniaka macicy; podczas operacji stwierdzono również mocno zmieniony wyrostek i postanowiono usunąć go niezwłocznie;

czynność tę wykonał kol. Oderfeld, który pomagał przy 1-ej operacji. Usunięty wyrostek znacznie powiększony, ściana jego zgrubiała, a badanie drobnovidowe wykazało jakoby raka galaretowatego. Przez następne 3 lata operowana czuła się dobrze, chociaż w obrębie blizny w smudze białej wytworzył się szereg przepuklin różnej wielkości. Dopiero w ciągu ostatnich 4 miesięcy zauważyła wyraźne powiększanie się brzucha, niekiedy odczuwała w nim bóle i miała ciepotę, nie przekraczającą 37,5°.

Podczas badania 1-go w listopadzie 1910 r. stwierdziłem duże powiększenie objętości brzucha u osoby dość szczupłej z odżywianiem upośledzonym, nadto wyczułem w dolnej części brzucha guz wielkości głowy dorosłego człowieka o powierzchni nierównej, na dotyk niezbyt twardy, elastyczny; zresztą guz ten nie mógł na tyle wypełniać jamy brzusznej, należało więc przypuszczać obecność płynu wolnego w otrzewnej, co potwierdzało do pewnego stopnia opukiwanie brzucha.

Rozpoznano zatem guz torbielowaty jajnika prawego nowotworowo zwyrodniały. Prawdopodobne rozszanie się nowotworu w jamie brzusznej, stąd obecność płynu, wreszcie stwierdzono szereg mniejszych lub większych przepuklin na przebiegu blizny w smudze białej.

Podczas operacji w d. 15 listopada 1910 r. znalazłem w jamie brzusznej olbrzymi guz śluzakowatego charakteru, miękki, łatwo rozdzierający się, o powierzchni nierównej i pochodzący z jajnika prawego; podobny guz, lecz znacznie mniejszy stwierdzono w jajniku lewym; naostatek zauważono ogromną ilość galaretowatej wolnej masy, wypełniającej jamę otrzewnej we wszystkich jej zakątkach i oblepiającej powierzchnię trzew i reszty narządów jamy brzusznej, nie wyłączając wyżej wspomnianych przepuklin w smudze białej, które również były wypełnione ową masą.

Usunięcie guzów obu jajników nie nastąpiło żadnych trudności, natomiast usunięcie galaretowatej masy z jamy otrzewnej było niesłychanie męczące, należało ją bowiem wygarniać rękami z zagłębienia jamy brzusznej o zastosowaniu jakichś narzędzi nie było tu mowy, ścieranie zaś z powierzchni trzew zapomocą gazy było bezskutecznie z powodu stopienia się masy galaretowatej z surowicówką.

Mimo to jednak usuniętą masą tą napełniono kubetek 10-litrowy i pozostawiono jej jeszcze dość dużo w jamie brzusznej.

Skoro już jako tako wybrano z otrzewnej galaretowatą masę, pozostawiając jedynie w zagłębieniach ową galaretę mocno stopioną z błoną brzuszną, rozpoczęto wyłuszczenie szeregu torbieli usadowionych w smudze białej na przebiegu całej pierwotnej blizny. Niektóre z torbieli tych miały wylot swój zwrócony ku jamie brzusznej i stanowiły siedlisko dla wypuklających się trzew; inne natomiast były próżne, t. j. wolne od jelit, wewnętrzna zaś powierzchnia tych jakby worków przepuklinowych była pokryta niezbyt grubą warstwą galaretowatej masy.

Przebieg pooperacyjny był nader pomyślny, jakkolwiek w ciągu pierwszych dni widoczne były skutki zlepiania się trzew zapomocą tych resztek galarety pozostawionej w otrzewnej.

Narazie już po zupełnym zagojeniu się rany brzuch był wciąż duży i pozostał takim przez szereg miesięcy; po kilkunastu naświetleniach (Roentgen) wyraźnie zaczął zmniejszać się.

Po 2 latach badanie szczegółowe wykazało stan brzucha zupełnie prawidłowy, a stan ogólny doskonały.

W roku bieżącym zatem w 8 lat po 2-ej operacji brzusznej badałem p. W. ponownie i stwierdziłem stan ogólny dobry, brak wszelkich dolegliwości ze strony trzew, a objętość brzucha prawidłową.

Badanie drobnovidowe kawałków guza jajnika oraz tworów torbielowatych, wyciętych z dawnej blizny w smudze białej, wykonane przez kol. M. Zielonkę, wykazało przedewszystkiem bezpostaciową, szklaną masę, wypełniającą całkowicie lub częściowo jamy różnej wielkości i różnego kształtu, poprzedzielane zapomocą przegród niejednokrotnej grubości, bliżej powierzchni guza przegrody są rzadsze. Utkanie wielce rozciągniętej i ścięńczej ściany guza jajnika, jak również znacznie grubszej ściany torbielowatych tworów przypomina budowę gru-

czolaka; zatem rozpoznanie anatomopatologiczne powinno brzmieć tu jako gruczolak torbielowaty klejowaty (*adenocystoma colloideale*) jajnika, któremu towarzyszyły przerzuty pod postacią odosobnionych torbieli większych lub mniejszych tej samej budowy.

Zestawiając przypadek powyższy z opisanym na początku, musimy stwierdzić wielkie ich do siebie podobieństwo a nadewszystko jednakowy początek; nie mam bowiem najmniejszej wątpliwości, że rozpoznanie w 2-m przypadku schorzonego wyrostka jako raka galaretowatego było mylne, natomiast zmiany w wyrostku tym, o których dowiedziałem się później w zupełności świadczyły o śluzaku wrzekomym (*pseudomyxoma*) pierwotnie tu poczętym. Podczas usuwania włókniaka i zarazem schorzonego wyrostka w 2-m z pomienionych przypadków nie stwierdzono gołym okiem zmian w jajnikach; wszakże w prawym mógł być już wówczas gruczolak torbielowaty w okresie początkowym z zawartością galaretowatą, jak to ma miejsce w śluzaku wrzekomym; z guza jajnika prawego poczęły się przerzuty zarówno do jajnika lewego jako też i do blizny w smudze białej. Czy śluzak wrzekomy pierwotny wyrostka miał bezpośredni wpływ na powstanie gruczolaka torbielowatego w jajniku z zawartością galaretowatą — jest wielce prawdopodobne, że tak podczas operacji wyrostka jako też i podczas jego schorzenia.

Na sprawę, poruszoną w niniejszej pracy, zapytywano się przez czas dłuższy jako na zakażenie otrzewnej, wywołane przez zawartość guza, galaretowatą zaś masę, wypełniającą jamę brzuszną, jako na wytwór zapalny błony brzusznej. Zapaleniu temu przypisywano cechy szczególne; mianowicie, że nie jest ono źródłem zwykłego jakiegoś wysięku, lecz właśnie śluzowego. Skoro zetknięcie się galaretowatej zawartości torbieli z otrzewną wywołuje śluzowe jej zwyrodnienie, to sądzono, że i guzy te należy odróżniać od zwykłych torbieli, a uważać je jako śluzaki. Schröder zwraca uwagę na siłę zakaźną torbieli śluzowatej (*cystoma myxomatosum*), wobec której zakażona otrzewna wydziela wielką ilość tkanek śluzowej.

Virchow na sprawę powyższą zapytywał się jako na śluzowate zwyrodnienie otrzewnej i nazywał ją *peritonitis myxomatosa chronica*, w innym zaś podobnym również przypadku określił jako *peritonitis gelatinosa*.

Autorzy francuscy pierwsi nadali to ostatnie miano omawianemu cierpieniu (*mala-die gélatineuse du péritoine*). Péan wszakże

sądził, że może powstać ono samoistnie bez udziału torbieli jajnika, która ulega pęknięciu, albo też w obecności torbieli. Zresztą w niektórych przypadkach upatruje wielkie podobieństwo sprawy tej do raka klejowatego (*carc. colloideum*) rozsianego w otrzewnej, a opisanego nader dokładnie przez Cruveilhiera. Pierwsze spostrzeżenia Péana miały miejsce około 1871 r.

Beinlich pierwszy w Niemczech ogłosił 2 przypadki, spostrzegane przezeń w r. 1874 i nazwane śluzakiem otrzewnej i jajnika (*myxoma peritonei et ovarii*). W obu przypadkach podczas operacji stwierdzono torbiel jajnika o nader cienkich ścianach i z zawartością galaretowatą, nadto otrzewna i trzewa oblepione taką samą masą. Podczas oględzin pośmiertnych w obu przypadkach tych przekonano się, że prawie wszystkie narządy w jamie brzusznej są pokryte galaretowatą masą, która odrywa się z trudnością, jest bowiem jakby stopiona z powierzchnią owych narządów.

Menning w r. 1880 ogłosił podobny przypadek, operowany przez Esmarcha. Wynik oględzin pośmiertnych i w tym razie był podobny do wyżej przytoczonych; autor na zasadzie badania drobnowidowego przyszedł do przekonania, że ma do czynienia ze śluzowatym zwyrodnieniem otrzewnej, które powstało wtórnie wskutek podrażnienia przez zawartość pękniętej torbieli.

Obszerniejszą pracę w tej sprawie napisał Werth na zasadzie przypadku, który spostrzegał w 1882 r. W pracy swej roztrząsa również przypadki obu dopiero co przytoczonych autorów i cierpieniu temu nadaje miano śluzaka wrzekomego otrzewnej (*pseudomyxoma peritonei*). Oprócz podobnych wyników co do badania drobnowidowego zwraca uwagę, że we wszystkich przypadkach zachowanie się galaretowatej masy jest prawie jednakowe, mianowicie znacznie większa jej część jako wolna zawartość wypełnia jamę brzuszną, mniejsza zaś oblepia trzewa, tworząc miejscami grube uwarstwienia lub kuliste twory, usadowione na surowicówce. Badanie drobnowidowe nawarstwień tych i tworów wykazuje nowoutworzone w nich naczynia krwionośne oraz drobne wybroczyny krwawe. Część otrzewnej, nie pokrytej owymi złoгами, nosi na sobie cechy przewlekłego stanu zapalnego. Zarówno podczas operacji jako też i podczas oględzin pośmiertnych zauważono we wszystkich omawianych przypadkach największe nagromadzenie galaretowatej masy w górnych częściach jamy brzusznej oraz

najgrubsze nawarstwienia na wątrobie, śledzionie i na dolnej powierzchni przepony, co należy tłumaczyć sobie w ten sposób, że wolna galaretowata masa posuwa się w jamie brzusznej ku górze ku przeponie; skoro dosięgnie już licznych i głębokich tutaj zakątków, łatwo może tworzyć nawarstwienia, nie zaznając ku temu przeszkody ze strony ruchu robaczkowego.

Słowem Werth na cierpienie powyższe zapatruje się jako na plastyczne zapalenie otrzewnej zależne od ciała obcego mianowicie od galaretowatej zawartości pewnej odmiany torbieli jajnika, nie uznaje zatem twierdzenia innych autorów, którzy, jak to zaznaczyliśmy wyżej, upatrywali tu szczególne zakażenie otrzewnej, zależne od zawartości guza i pociągające za sobą śluzowate zwyrodnienie błony brzusznej.

Wszakże w zapatrywaniach na tę sprawę i późniejszych autorów widać wielką różnicę zdań Wendeler np. z kliniki Martina określa ją jako przewlekłe wytwórcze zapalenie otrzewnej wraz ze śluzowem jej zwyrodnieniem.

Olshausen, a po nim Pfannenstiel wbrew zdaniu Wertha i jego zwolenników utrzymywali, że śluzak wrzekomy otrzewnej należy uważać jako przeszczepione przerzuty, pochodzące z torbieli jajnika, wysłanych na swej powierzchni wewnętrznej nabłonkiem walcowatym, który jest źródłem owej galaretowatej masy.

Peters twierdził znowu, że te przeszczepione przerzuty są sprawą przypadkową i nie mają nic wspólnego ze śluzakiem wrzekomym i dlatego należy odróżniać przypadki śluzaka z przerzutami i bez przerzutów.

Obszerniejsze światło rzucił na sprawę tę Fraenkel; dzieląc poglądy Wertha uważa że owe przeszczepione przerzuty nie są powikłaniem, lecz nieodzownym zjawiskiem i nieodłącznym objawem omawianego cierpienia, wreszcie że otrzewna nie ma żadnego wpływu na powstawanie owej galaretowatej masy. Wszakże najważniejsze, na co zwrócił uwagę Fraenkel, jest to mianowicie, że śluzak wrzekomy otrzewnej może zawdzięczać swe pochodzenie nie tylko wyłącznie torbieli jajnika, lecz i wyrostkowi robaczkowemu. Do przypadków Fraenkla i jego pracy powrócimy później, tu zaznaczyć musimy, że po nim do r. 1909 t. j. w ciągu 8 lat ogłoszono 8 podobnych spostrzeżeń oraz że przypadki śluzaka wrzekomego otrzewnej pochodzenia wyrostkowego w zupełności są podobne do tych, które pochodzą z torbieli jajnikowych. Tu

również z jednej lub licznych torbieli w ścianie wyrostka ustawicznie wydziela się galaretowata zawartość i zapelnia jamę brzuszna; pozatem wielkość torbieli nie stanowi zupełnie o ilości gromadzącej się galaretowatej masy.

W rozpoznawaniu śluzaka wrzekomego czystego, zatem pochodzenia zapalnego, czerpiącego swe źródło w wyrostku, należy mieć na względzie dwa nader ważne szczegóły, mianowicie torbiel o zawartości klejowatej w wyrostku ogarniętym przez raka albo też rak pierwotny galaretowaty wyrostka robaczkowego.

Co do pierwszego z tych cierpień, to wiadomą jest rzeczą, że przy nowotworze wyrostka, usadowionym w jego części dośrodkowej, powstaje zwężenie lub całkowite zamknięcie światła wyrostka, wówczas w części obwodowej tworzy się torbielowate rozszerzenie, wypełnione śluzem, który z czasem może wydostać się do otrzewnej, albo też w owym rozszerzeniu powstaje sprawa zapalna ze zropieniem, ropień z czasem może otworzyć się do otorbionej przestrzeni przy wyrostku, albo też może pociągnąć za sobą rozlane ropne zapalenie otrzewnej. W przypadku, opisanym przez C. Huetera, podczas oględzin pośmiertnych znaleziono b. zgrubiały wyrostek, zrosnięty mocno z k. ślepą, w końcu jego obwodowym widać rozszerzenie torbielowate o ścianach bardzo ścięczałych, dokoła wyrostka usadowiły się małe torbiele ze szklistą zawartością, taką samą zawartość stwierdzono w rozszerzonym miejscu wyrostka, zresztą w ścianie jego nie widać śladu pęknięcia, w końcu dośrodkowym wyrostka niewątpliwy nowotwór złośliwy, zamykający całkowicie światło narządu; dodać należy, że w przypadku tym, operowanym z powodu obustronnej przepukliny pachwinowej w sieci, stanowiącej zawartość worka przepuklinowego, wykryto szereg szklistych ziarenek wielkości grochu.

Co się tyczy raka galaretowatego wyrostka, to i tu należy być wielce oględnym w rozpoznawaniu cierpienia tego, a zarazem odróżnianiu jego od śluzaka wrzekomego.

Simon w wyczerpującej swej pracy odnośnie nowotworów wyrostka, zwraca uwagę na szczególną i wielką trudność w rozpoznaniu różniczkowym obu tych spraw i ostrzega zarazem, że wiele przypadków ogłoszonych jako raki galaretowate nasuwają poważne wątpliwości co do swej istoty. Jako przypadki pewne przytacza następujące: White u 75 letniej kobiety, zmarłej wskutek przepukliny udowej uwięźniętej, podczas oględzin pośmier-

tnych znalazł wyrostek w łożysku mocnych zrostów, jego koniec obwodowy ogarnięty przez guz, który sięgał prawie podstawy wyrostka. Przy badaniu drobnowidowem widać nieprawidłowy rozrost nabłonka, wyściełającego gruczoły, miejscami zaś rozrost samych gruczołów; większość komórek uległa klejowatemu zwyrodnieniu; podobne zwyrodnienie wykryto w jednym z gruczołów chłonnych, ogarniętym przez raka i usadowionym w kącie między k. ślepą a biodrową. Dodać należy, że osoba ta przed 35 laty raz jeden zapadła na zapalenie wyrostka.

Maresch podczas operacji u 72-letniego mężczyzny znalazł wyrostek w kształcie stożkowatego czopa, którego wymiar poprzeczny ra przekroju u podstawy wynosił 6 : 4 cm.; badanie drobnowidowe szarej tkanki guza wykazało raka galaretowatego, powstałego na tle gruczolaka. Podobne zmiany stwierdzono w przerzutach nowotworu tego do okolicznych gruczołów chłonnych.

Z przypadków dopiero co przytoczonych wynika, że tylko wyraźna budowa raka, powstałego pierwotnie w ścianie wyrostka, dalej zwyrodnienie klejowate jego komórek, wreszcie przerzuty podobne w sąsiednich gruczołach chłonnych upoważniają nas do rozpoznania właściwego raka galaretowatego.

Taką postać raka należy odróżniać od innych również typu nabłonkowego, które zdarzają się w wyrostku jak np. gruczolowaty (*adenocarcinoma*), włóknisty (*scirrhous*), prosty (*simplex*), walcowatokomórkowy (*cylindricocellulare*), wszystkie zaś wymienione postaci nie należy utożsamiać z t. zw. „karcinoidem wyrostka“, który ma utkanie szczególne, niepodobne do pierwszych, o czem zresztą świadczą inne dodatkowe jego nazwiska jak np. *lymphangoitis hyperplastica*, *endothelioma*, *pseudocarcinoma*, *le carcinome à cellules petites* i t. p. Na tem miejscu nawiasem dodać można, że pierwszy opis prawdziwego raka wyrostka robaczkowego przez Merlinga dotyczy roku 1838.

Powracając do karcinoidów, na początku nadmienić należy, że w nich kształt wyrostka i wielkość jego nie ulega zazwyczaj wyraźnej zmianie, że ulubionem siedliskiem ich jest część obwodowa wyrostka, a guzik najczęściej występuje pod postacią jednego, rzadziej 2 ognisk. Głównem siedliskiem a zarazem punktem wyjścia tych guzów jest warstwa podśluzowa wyrostka, utkanie ich przypomina poczęści budowę raka prostego (*carc. alveolare simpl.*) zatem w większych lub mniejszych oczkach sieci łącznotkankowe

widać skupienia komórek guza podzielone na drobniejsze ogniska zapomocą pasemek z tkanki łącznej.

Z biegiem czasu w miarę rozrastania się guza, nabłonek i gruczoły śluzówki ulegają zwyrodnieniu, wreszcie cała śluzówka zanika, a na guzie pozostaje otoczka łącznotkankowa z warstwy podśluzówkowej, natomiast gruczoły Lieberkühna niedaleko granic guza wyraźnie pogłębiają się i rozszerzają.

Oberndorfer zwraca uwagę na cechę znamioną tych guzów, mianowicie na wielki udział warstwy mięsnej w budowie ich rusztowania; Sałtykow zaś utrzymuje, że ta tkanka mięsna przybiera nawet szczególny układ dookoła tworów nabłonkowych, zupełnie niezwykły dla zwyczajnych nowotworów, natomiast wielce charakterystyczny dla karcinoidów kiszek cienkich i wyrostka, dla gruczolakomiesniaków w trzustce dodatkowej albo też dla większych gruczolaków wewnątrz trzustki.

Neumann ogłosił przypadek następujący: u 69-letniego człowieka, który spadł ze znacznej wysokości, oprócz złamania kilku żeber z lewej strony stwierdzono guz w prawej połowie brzucha, sięgający ku górze do łuku żebrowego, ku dołowi zaś na 2 poprzeczne palce od kolca biodrowego górnego, wypuklający się ku przodowi, na dotyk elastyczny i mało ruchomy. Z początku nie upatrywano żadnego związku pomiędzy guzem a wypadkiem, skoro jednak 4-go dnia wystąpiły objawy ze strony otrzewnej pod postacią napięcia powłok brzusznych, wymiotów, wzdęcia, podwyższenia się ciepłoty i przyspieszenia tętna, rozpoznano zropienie wewnątrz- lub pozao-trzewnowego wylewu krwawego. Po umocowaniu do otrzewnej ściennej przedniej ściany guza, stopionej z siecią oraz po nacięciu z guza zaczęła wydobywać się gęsta, galaretowata zawartość; badanie jej chemiczne wykazało zupełne podobieństwo do mucyny wrzekomej znajdującej się zwykle w torbielach jajnika.

Podczas oględzin pośmiertnych stwierdzono, że ów guz był jakby torbielowatym rozszerzeniem wyrostka robaczkowego zakończonego w swej części dośrodkowej. Podczas badania drobnovidowego przekonano się, że ścianę worka stanowią włóknisto zgrubiałe warstwy ściany wyrostka.

Należy więc w przypadku tym przypuszczać zastarzałą sprawę zapalną, która doprowadziła do zamknięcia światła wyrostka blisko połączenia się jego z kątnicą ślepą, oraz do rozszerzenia wyrostka przez nagromadzającą się wydzielinę gruczołów Lieberkühna.

Jakkolwiek dość często większe lub

mniejsze odcinki wyrostka lub cały on ulega zamknięciu, mimo to jednak powstawanie torbieli z zawartością galaretowatą zdarza się nader rzadko.

Wobec zamknięcia światła wyrostka, jak to wykazał Ribbert, nie jest również nieodzowne torbielowate rozszerzenie całej wolnej części wyrostka; jeżeli ono ma miejsce tylko w pewnym jego odcinku, to częstokroć rychło powstające zrosty z sąsiednimi narządami stawiają tamę tworzeniu się torbieli.

W razie niedrożności wyrostka w końcu dośrodkowym, śluz może gromadzić się nie tylko w drożnym odcinku obwodowym, lecz w oddzielnych nawet gruczołach przy zatkaniu ich wylotów; wówczas powstaną torbiele wtórne w samej ścianie wyrostka; z biegiem czasu mnożące się torbiele takie wypełnione galaretowatą zawartością mogą całkowicie zastąpić ścianę wyrostka. W miarę rozszerzania się tych torbieli zaczynają one pękać jedna za drugą, a zawartość ich gromadzi się coraz więcej w otrzewnej; wtedy powstaje śluzak wrzekomy.

Zamknięcie światła wyrostka oraz zbieranie się wydzieliny gruczołów w wolnym jego odcinku może być również źródłem powstawania uchyłków. Zarówno wrodzone jak i nabyte uchyłki wyrostka są niezmierną rzadkością; co do pierwszych bowiem, to Neumann przytacza jedyny przypadek Hedingera, opisany w 1894 r., co do drugich zaś powołuje się na statystykę Mertensa, który w 1460 ogłoszonych do r. 1902 przypadkach nie znalazł ani jednej wzmianki o nabytym uchyłku wyrostka. Tymczasem rzecz szczególna, że wśród 9 przypadków śluzaka wrzekomego otrzewnej, pochodzenia wyrostkowego, ogłoszonych do r. 1909 w pięciu stwierdzono uchyłek nabyty w wyrostku.

Co do przyczyny powstawania uchyłków, to one prawdopodobnie są te same co i w jelitach z tą wszakże różnicą, że w wyrostku wzmoczenie ciśnienia wewnętrznego musi mieć pierwszorzędne znaczenie, zatem te miejsca ściany wyrostka ulegają rozszerzeniu, gdzie śluzówka została zniszczona lub osłabiona czy to przez owrzodzenie na niej czy też przez otworzenie się do światła wyrostka ropnia lub torbieli powstałej w jego ścianie.

Z drugiej znowu strony przy wzmocnieniu ciśnienia, a osłabieniu warstwy mięśniowej ocalała śluzówka może wypuklić się na zewnątrz i dać początek t. zw. przepuklinie śluzówkowej wyrostka; przepuklina taka ma szczególne znaczenie wówczas, gdy powstaje śluzak wrzekomy otrzewnej z wyrostka, do-

tkniętego już tą sprawą i wielce usposobionego do pęknięcia. Przypadek taki spostrzegł Neumann i przytoczył w pracy swej wyżej wymienionej.

Jak zaznaczono wyżej Fraenkel zwrócił szczególną uwagę na przerzuty w jamie otrzewnej pod postacią większych lub mniejszych torbieli.

Oдноśne przypadki w obu swych pracach poddał nader drobiazgowemu badaniu histologicznemu. W przypadku 1-ym podczas 3 laparotomii wycięto tylko część torbieli jajnika z zawartością galaretowatą, pozatem niepodobna było usunąć bez uszkodzenia ściany кишки twardych galaretowatych guzików, wielkości orzecha laskowego, rozsianych gęsto na ścianie jelit. Pośmiertne drobnovidowe badanie guzików tych, wykazało pośród twardej włóknistej tkanki łącznej małeńkie torebki wypełnione galaretowatą masą; na ścianie wewnętrznej torebek tych widać było jednowarstwowy nabłonek walcowaty, miejscami nabłonek ten uległ zanikowi, prawdopodobnie wskutek ciśnienia galaretowatej zawartości. Zatem przypadek ten, rozpoznany jako śluzak wrzekomy otrzewnej, zawdzięczał swe pochodzenie torbieli śluzakowej jajnika, która uległa pęknięciu wskutek zwyrodnienia śluzokowatego ściany, stąd powstały wszczepienia przerzutowe na otrzewnej, która pod ich wpływem uległa zwyrodnieniu śluzowatemu i zarazem straciła swe pierwiastki sprężyste.

W przypadku 2-m u 79-letniego starca, zmarłego wskutek rozmiękczenia mózgu, podczas oględzin pośmiertnych stwierdzono wypełnienie miednicy małej galaretowatą masą, która stąd przeszła do obu dołów biodrowych, wyrostek robaczkowy potwornie rozszerzony w obwodowej swej części, a na przedniej jego ścianie wyraźne pęknięcie; po wygarnięciu owej galaretowatej masy na otrzewnej, wyścielającej oba doły biodrowe, zauważono gęsto rozsiane narosty o przeróżnych kształtach. Badanie drobnovidowe narostów tych wykazało, że łącznotkankowe podścielisko ich obfituje w komórki wrzecionowate, miejscami uległo ono szklistemu zwyrodnieniu, a włoskowate naczynia krwionośne, gdzieindziej otoczone włóknami sprężystymi, drażą w tem podścielisku.

W późniejszej swej pracy Fraenkel, opierając się na 2 nowych przypadkach, ogłosił dalsze swe w sprawie tej poszukiwania. Źródłem śluzaka wrzekomego otrzewnej w obu przypadkach tych była torbiel oczywiście pęknięta.

W pierwszym z nich, po usunięciu tor-

bieli wypełnionej galaretowatą masą, a pochodzącej z krezki, podczas powtórnej laparotomii stwierdzono nowy torbielowaty guz stopiony z kiszka, zwłaszcza z poprzecznicą i wypełniony sposoczałym i cuchnącym, galaretowatym gąszczem. Badanie ściany poprzecznicy, wyciętej z miejsca wrośnięcia w nią guza, wykazało: niewielkie nacieczenia w warstwie podsurowiczej i podśluzowej, pewne zgrubienia mięśniówki, wyraźny zanik pierwiastków sprężystych w obrębie warstwy surowiczej i podsurowiczej, nadewszystko zaś rozrastanie się jednowarstwowego nabłonka walcowatego na powierzchni surowicówki pokrytej śródbłonkiem. Właśnie taki sam nabłonek, jak to zaznaczono wyżej, był stwierdzony wewnątrz małych torbieli we wszczepionych w ścianę kiszek przerzutach oraz zupełnie podobny do nabłonka wyścielającego wewnątrz wrzekomo śluzowatych torbieli jajnika.

W przypadku 2-im podczas oględzin pośmiertnych oprócz wielkiej pierwotnej torbieli jajnika z zawartością galaretowatą stwierdzono w ścianie brzusznej pomiędzy surowicówką a warstwą mięsną 2 torbiele duże, wypełnione żółtą, galaretowatą masą, wielokomorowe i wysłane nabłonkiem walcowatym, dobrze zachowanym. Pochodzenie torbieli tych należy uważać jako skutek wędrówki nabłonka guza macierzystego, wędrówka ta, jak widzimy, nie ogranicza się tylko jamą otrzewnej, lecz sięga głębiej, mianowicie w warstwę podsurowiczą. Przypadek ten przypomina 2 opisane na początku spostrzeżenia moje z tą wszakże różnicą, że tu w bliżnie na przebiegu smugi białej stwierdzono szereg mniejszych i większych torbieli.

Co się tyczy śluzaka wrzekomego otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, to wskutek pęknięcia wyrostka zbytnio rozciągniętego gromadzącą się zawartością, galaretowata masa, a wraz z nią i komórki nabłonkowe wydostają się nazewnątrz; zdaniem Oberndorfera w masie tej już nazewnątrz wyrostka można odszukać szeregi dobrze zachowanych komórek nabłonkowych często o kształcie kubkowatym; komórki te nawet przy dłuższym trwaniu przedziurawienia, a więc pomimo gromadzenia się galaretowatej zawartości nazewnątrz wyrostka, wszczepiają się dobrze na obcym podłożu i nie rozrastają się więcej.

Fraenkel upatruje wyraźną różnicę w zachowaniu się komórek nabłonkowych, pochodzących z torbieli jajnika, a takichże komórek z wyrostka dotkniętego puchliną; pierwsze mianowicie nie zatrzymują się blisko

miejsca pęknięcia, lecz wędrują dalej i wszczepiając się w odległe tkanki i narządy, dają początek torbielom o budowie zupełnie podobnej do guza macierzystego, tymczasem drugie sadowią się blisko narządu, z którego pochodzą, nie giną przez dłuższy przeciąg czasu, ale i nie rozmnażają się, jak to zaznaczono przed chwilą.

Spostrzeżenie III. Jak dalece ważne jest wczesne rozpoznanie i, co zatem idzie, wczesne operowanie wyrostka, dotkniętego śluzakiem wrzekomym, poucza przypadek, spostrzegany przeze mnie przed 10 laty. E. P., lat 36, w czerwcu 1906 r. po raz 1-szy dostała typowego napadu zapalenia wyrostka, któremu towarzyszyły wymioty, ból we właściwym miejscu i podniesienie się ciepłoty; gorączkowała około 3-ch tygodni i leżała 4—5 tygodni. Przez $\frac{1}{2}$ roku czuła się dobrze, poczem nastąpił 2-gi napad znacznie lżejszy niż 1-szy. Po roku przyszedł 3-ci napad b. ciężki z mocnym bólem, wymiotami i gorączką; kilku kolegów stwierdziło wówczas olbrzymie twarde nacieczenie w prawym dole biodrowym, nie przekraczające linii środkowej, ze strony narządów płciowych żadnych zmian nie wykryto.

W ciągu 8-tygodniowego śledzenia chorej kilkakrotnie wykonano przekłucia próbne w poszukiwaniu ropy w obrębie nacieczenia, wszakże wynik był ujemny; przypuszczano nowotwór, gruźlicę, wreszcie promienicę; wobec ciągle trwającej gorączki wysłano chorą do Otwocka na dłuższy pobyt, poprawa jednak nie nastąpiła. W d. 17. VIII. 1908. zatem po 2 przeszło latach od początku choroby badałem pacjentkę po raz pierwszy i stwierdziłem olbrzymi ropień na zewnętrznej powierzchni uda prawego, rozległe nacieczenie dołu biodrowego prawego z wyraźnym przesuwaniem się guzów pod powłokami brzuszными, ciepłotą, przekraczającą 40^0 i trwającą już od tygodnia, wreszcie ogólne wycieńczenie. Zapomocą dużego cięcia na udzie i po części na pośladku wypuszczono ogromną ilość ropy gęstej, ciemnożółtej, cuchnącej z gazami; z jamy ropnia tego prowadził dość szeroki kanał pod powłoki brzuszne do 2-jej jamy, sięgającej granic wspomnianego wyżej nacieczenia w dole biodrowym; już w ciągu pierwszych dni oprócz ropy zaczęła wydzielać się galaretowata masa, zwłaszcza podczas uciskania dołu biodrowego. Wraz ze spadkiem ciepłoty stan ogólny nieco się poprawił, wszakże twarde nacieczenia i ból w dole brzucha trwały dalej; zgłębnik drażył głęboko do ogromnej jamy, która nie zmniejszała się zupełnie. Wówczas rozpoznaliśmy śluzaka złośliwego.

Z przetoką wyjechała do Berlina; co tam było robione, nie wiem, wróciła po kilku miesiącach z blizną w prawym dole biodrowym i z dwiema nowymi na niej przetokami, które wydzielały skąpy gąszcz śluzowaty. Wkrótce wystąpiło obrzmienie całej nogi prawej wskutek zakrzepu żylnego, potem nogi lewej, stan ogólny z każdym dniem pogarszał się, po kilku miesiącach zmarła wskutek wycieńczenia. Oględzin pośmiertnych niepodobna było wykonać.

Przypadek ten niewątpliwie rozpoznać należy jako śluzaka wrzekomego pochodzenia wyrostkowego; sam początek sprawy, przebiegającej pod postacią typowego zapalenia wyrostka nie zapowiadał oczywiście dalszych tak ciężkich następstw; operacja doszczętna wówczas podjęta napewno ocaliłaby chorą, nawet we wczesnym okresie nacieczenia, gdy już powstał śluzak wrzekomy, rozpoznanie i leczenie operacyjne prawdopodobnie położyłoby kres dalszemu szerzeniu się sprawy, jak to widzieliśmy w 1-szym spostrzeganym przeze mnie przypadku. Tymczasem w ciągu niespełna 2 lat gromadząca się wydzielina wyrostka oraz możliwość wszczepiających się przerzutów nie mogły pozostać obojętne dla otaczających narządów. Pomimo że część jej uległa sposoczeniu, wszakże pozostałe nacieczenie było jeszcze b. rozległe nie tylko przed, ale i po operacji dokonanej w Berlinie.

Wszystko, co powiedziano wyżej, upoważnia do następujących wniosków:

1-o śluzak wrzekomy otrzewnej, pochodzący z wyrostka robaczkowego, jest cierpieniem nader rzadkiem.

2-o Wczesne rozpoznanie i, co za tem idzie, wczesny zabieg operacyjny mogą zapewnić wyleczenie doszczętne.

3-o Badanie przez odbytnicę lub przez pochwę jest nieodzowne dla wczesnego rozpoznania.

4-o Podczas usuwania torbieli jajnika z zawartością galaretowatą jest konieczne obejrzenie wyrostka robaczkowego, wreszcie wycięcie przy najmniejszej choćby zmianie w jego kształcie.

5-o Jeżeli podczas operacji niepodobna usunąć z otrzewnej całej galaretowatej masy, to pozostawienie jej może być obojętne dla błony brzusznej, zwłaszcza jeżeli wydzielina ta pochodzi z wyrostka, zatem jest uboga w komórki nabłonkowe.

6-o pozostawienie w otrzewnej nawet znacznej ilości galaretowatej masy, pochodzącej z torbieli jajnika i zasobniejszej w komórki nabłonkowe, skłonne do wszczepiania się na powierzchni surowicówki, może przejść bezkarnie, jak to widzieliśmy w 2-m spostrzeżeniu naszym.

7-o Przerzuty wszczepione nie wracają, o ile mogą być usunięte doszczętnie; rozległe i głębokie wszczepienia w ścianę kiszek zazwyczaj nie nadają się do wycięcia.

L I T E R A T U R A.

1. Dmochowski. Dyagnostyka anatomicopatologiczna. Część II, str. 962. 2. Kaufmann. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1904. str. 498. 3. Simon. Das Karzinom und das Karzinoid der Appendix. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. T. IX. str. 291. 4. Werth. Pseudomyxoma peritonei. Arch. f. Gynaekologie. T. 24. Z. I. 1884. str. 100. 5. Neumann. Pseudomyxoma

peritonei ex processu vermiformi. Berl. klin. Woch. 1909. № 1 i 15. 6. Fraenkel. Ueber das sogenannte Pseudomyxoma Peritonei. Münch. med. Woch. 1901. № 24. str. 965. Münch. med. Woch. 1912. № 21, 22. s. 1142, 1222. 7. Lejars. La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. (Journ. de Clin. T. V. str. 229). 8. Watts Eden. The Lancet. t. 183. № 4657. 1912. (l. c. Jour. de Chir. T. X. str. 231).

O D C I N E K.

O obecnych stosunkach i sprawach lekarskich w Wielkopolsce

WIADOMOŚCI I UWAG KILKA.

Podał

Doc. Dr Józef Jaworski.

(Dokończenie—patrz № 25).

Lekarze powiatowi oprócz swych obowiązków, związanych z urzędem, mają prawo praktykowania, a nawet zajmować mogą jeszcze i inne posady płatne. Tak liczne nieraz zajęcia lekarze powiatowi tamtejsi godzić mogą bez szkody dla interesów państwowych, ponieważ wogóle powiaty tamtejsze zajmują znacznie mniejszy obszar, niż powiaty u nas; powtóre, ponieważ wyjątkowe środki komunikacji i lokomocji ułatwiają im spełnianie obowiązków służbowych, a dalej, brak właściwie epidemii chorób zakaźnych w tej części ziem polskich sprawia, że odpada lekarzom powiatowym tamtejszym pod tym względem ten ogrom pracy, jaki wykonywać zmuszeni są lekarze powiatowi w b. Królestwie Polskiem i Galicyi.

Wreszcie sama organizacya pracy, istnienie odpowiednich zakładów oraz instytucji pomocniczych, sprawne ich funkcjonowanie, wszystko to ułatwia w sposób znakomity zadania lekarza tamtejszego. Każdy lekarz powiatowy osobiście referuje sprawy, wchodzące w zakres jego działania i kompetencji, wypełnia odpowiednie formularze, na mapce powiatu, dołączonej do nich, kreśli pewnymi znakami zaszłe w danym czasie fakty i zjawiska i formularze te przesyła, jak dziś do Decernatu Zdrowia Publicznego, w którym urzęduje delegat Naczelnej Rady Ludowej, mający przy sobie do załatwiania spraw lekarskich dwóch urzędników.

Instytutów higienicznych w Poznańskim jest 2, mianowicie w Poznaniu i Bydgoszczy, w Prusach Zachodnich 1, w Toruniu 1; na Górnym Śląsku 2, mianowicie w Katowicach i Opolu. Każdy instytut posiada oddziały bakteriologiczny i chemiczny—do badania produktów spożywczych.

Anatomopatologiczne zakłady istnieją głównie przy wielkich szpitalach miejskich. Kierownicy ich posiadają tytuły profesorów.

Zakłady dla rodzących i położnic wraz ze szkołami dla akuserek, bardzo dobrze urządzone, istnieją 2 w Poznańskim, 2 w Pru-

sach Zachodnich i 2 na Górnym Śląsku. Istnieją także miejskie szkoły pielęgniarek, stacye macierzyństwa, między innymi w Toruniu i Opolu, stacye opiekuńcze dla osesków i t. p.

Przechodząc obecnie do zakładów leczniczych, do szpitali, okazuje się, że według danych liczbowych ogółem szpitali w Poznaniu jest obecnie 156. Z tego w obwodzie poznańskim 104, w obwodzie bydgoskim 52.

Szpitala te, co do swego charakteru, podzielić można na następujące kategorie: państwowe, miejskie, powiatowe, gminne, fundacyjne, prywatne, czasowe i fabryczne.

Naturalnie, iż niektóre ze szpitali tych mogły powstać wogóle na drodze fundacji, z drugiej strony pewne z nich, zwłaszcza obecnie, wprawdzie bardzo nieliczne, posiadają charakter czasowy i prywatny. Do państwowych właściwie zaliczyć wypada tylko jeden, mianowicie lecznicę (*Volksheilstätte*), zwaną inaczej przytuliskiem dla nieuleczalnych chorych, noszącą nazwę urzędową *Siechenheim* na 120 łóżek. Lecznica ta o systemie pawilonowym w Obornikach składa się z kilku części, z których jedna w Puszczykowie, jako stacya leśna, nadaje się ze wszech miar dla chorych gruźliczych.

Szpitali państwowych w obydwóch obwodach w Poznańskim i Bydgoskiem w wykazach, jakie mi udzielono, naliczyłem 11. Największe z nich co do liczby łóżek znajdują się: w Mogilnie na 80 łóżek, w Strzelnie na 60 łóżek, w Wągrowcu stary szpital powiatowy na 50 łóżek i nowocześnie urządzone na 129 łóżek, w Wyrzysku na 80 łóżek, w Ostrowiu, w Nowymyśle, we Wrześni po 50 łóżek, w Olsztynie, w Śremie, w Czarnkowie po czterdzieści parę łóżek, w Inowrocławiu na 120 łóżek.

Zakładów leczniczych oraz przytułków dla nieuleczalnych i starców, pod zarządem katolickich kongregacji religijnych, znajduje się około 20. Największy szpital, w którym

pełnią obowiązki Siostry Miłosierdzia jest w Poznaniu na 220 łóżek.

Szpital dyakonisek w Poznaniu jest na 300 łóżek.

Szpital żydowski w tem samym mieście na 200 łóżek.

Do największych szpitali w obwodzie Poznańskim należą: w m. Poznaniu szpital miejski 544; szpital Dyakonisek na 300 łóżek szpital Sióstr Miłosierdzia na 220 łóżek; szpital żydowski na 200 łóżek; Instytut położniczy na 120 łóżek; szpital dziecięcy na 120 łóżek. Klinika oczna (prowincjonalna) na 85 łóżek.

W mieście Bojanowie szpital na 86 łóżek; w m. Środzie nowozbudowany na 60 łóżek. W obwodzie Bydgoskim: w m. Bydgoszczy Zakład dyakonisek na 110 łóżek. Zakład miejski na 80 łóżek; szpital dla dzieci św. Floryana na 80 łóżek. W mieście Gnieźnie zakład leczniczy (Bethesda) na 200 łóżek; tamże zakład św. Jana na 100 łóżek.

Zakładów leczniczych dla umysłowo chorych w obwodzie Poznańskim jest—6. Z tych największy t. zw. prowincjonalny zakład dla idiotów i umysłowo chorych w Kwiecianiu na 780 osób, zaś w Osieczynie w powiecie Leszczyńskim istnieje przytulisko dla dzieci umysłowo upośledzonych. W obwodzie Bydgoskim jest tylko jeden zakład dla umysłowo chorych, mianowicie w Dziekance, powiatu Gnieźnieńskiego. Oprócz tego w Poznańskim, w powiecie Obornickim, w miejscowości Gościejowskiej Olędry (Gastfelde) jest prywatna lecznica dla alkoholików (Trinkerheilstätte) założona przez towarzystwo protestanckie (*Verein für innere Mission*)

Zakład dla głuchoniemych prowincjonalny znajduje się w Poznaniu na 201 osób i zakład miejski na 40 osób.

Szpital dla zakaźnych na—25 łóżek znajduje się w Bydgoszczy, a baraki dla chorych zakaźnych w Witkowie w mieście powiatowem, w obwodzie Bydgoskim. W różnych miastach obydwóch obwodów znajdują się ochrony i żłobki dla dzieci, schroniska dla starców, kalek i nieuleczalnych,

Sanatoria dla gruźliczych chorych, znajdują się w Opatkowcach, obwód Bydgoski i w Gniewkowie, powiat Inowrocławski.

O bardzo niezwykłym, a swoistym charakterze są załady, których sama nazwa określa zadania i cel. Są to tak zwane Wywczasalnie, jedna w obwodzie Poznańskim, w powiecie Obornickim, w m. Bąblinie — wywczasalnia dla kolejarzy, a druga wywczasalnia w m. Bydgoszczy.

Powołanie do życia takiego typu zakładów w ogóle, a zwłaszcza w czasach tak napiętej i wyczerpującej działalności, dobrze świadczy o zrozumieniu tej zasady, że sprawność w pracy odzyskać ludzie mogą przez wywczasy.

W taki sposób przedstawiają się stosunki lekarskie i lecznicze w Wielkopolsce, skreślone na prędce podczas chwilowego po-

bytu mego jako delegata Ministerjum Zdrowia Publicznego.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń i wrażeń nie czuję się uprawnionym do wyprowadzania więcej szczegółowych wniosków i uwag. Z danych liczbowych, jakimi rozporządzać mogłem, a które powyżej podałem, okazuje się, że liczba 292 lekarzy w byłym zaborze pruskim jest na ogół bardzo mała, że prawie wszystkie stanowiska rządowe, a specyalnie powiatowe, miejskie, gminne, a także przy różnych instytucjach dobroczynnych, fabrycznych i t. p. dotychczas zajmowali i przeważnie jeszcze zajmują lekarze Niemcy. Jako szczegół charakterystyczny podać mogę, iż w żadnym z kilkunastu szpitali, nawet dla umysłowo chorych, a także w instytucjach dla rodzących i położnic nie było podczas rządów pruskich lekarza Polaka. Wszystkie stanowiska w instytucjach higienicznych oraz ich oddziałach również tylko Niemcy zajmowali i dotychczas zajmują.

Naczelna Rada Ludowa, o ile mi wiadomo, stoi na tem stanowisku, że lekarzy urzędników państwowych, czyli tak zw. królewskich, uważa ze stanowiska prawnego za dopuszczalne z takich posad w razie danym usuwać. Natomiast lekarzy, którzy posiadają kontrakty z instytucjami gminnymi, miejskimi, a także t. zw. prowincjonalnymi, gotowa jest pozbawiać posad tylko w razie z ich strony wykroczeń lub przewinień.

W każdym razie już dzisiaj stwierdzić się daje zjawisko pocieszające, że część lekarzy Niemców, licząc się z faktem powrotu byłego pruskiego zaboru do nowopowstałego Państwa Polskiego, opuszcza swoje stanowiska i przenosi się do prowincyi niemieckich. Wobec tego wkrótce okaże się tam brak lekarzy, albowiem młodzież polska dotychczas w tej dzielnicy nie znajdowała zachęty do poświęcania się zawodowi lekarskiemu. Stydyowali medycynę wyłącznie tylko ci, którzy mieli istotne do tego powołanie i posiadali jednocześnie pomimo wszystko nieprzepartą chęć służenia swemu społeczeństwu i narodowi.

Lekarzom Polakom bowiem rząd niemiecki odmawiał wszelkich stanowisk i posad, jakie lekarzom z natury powołania przysługiwać mogą. Nie dawał, nie dopuszczał ich do zajęć, do posad, aby odjąć im możliwość zetknięcia z ludnością rodzinną, a tem samem pozbawienia na nią ich wpływów.

Jednej rzeczy odebrać im nie był zdolny, t. j. praktyki prywatnej.

Wiemy dobrze, że lekarze Polacy, jako praktycy, posiadający zaufanie swych współziomków, nie tylko w rzeczach zdrowia, potrafili zdobyć wpływ, nieraz wprost potężny, na swych współbraci i wpływu tego nie zaniechali używać do podtrzymania ducha narodowego, do wytworzenia oporu biernego ze strony ciemniejszego przez zaborców narodu polskiego.

Nadejdzie czas niezadługo, gdy imiona, znane nam zresztą, czcigodnych kolegów naszych, Wielkopolan, wysoce zasłużonych w tej walce o prawa nasze, złotemi głó-

skami wyryte zostaną na kartach historii zawodu lekarskiego polskiego.

W tej chwili w Wielkopolsce, jak wiemy, wre praca organizacyjna i tak ważne sprawy, jakimi są lekarskie i lecznicze, zajmują żywo myśl ludzi, którzy stanęli u steru budowy państwowości polskiej. W kwestiach, jakie nas specjalnie obchodzą, mogą, sprawa organizacyjnej, a w każdym razie reorganizacji służby zdrowia publicznego, sprawy szpitalne, a w ogóle lecznicze, sprawy zdrowotne, a w pierwszej linii pod tym względem przejęcie instytutów higienicznych, a także bardzo ważna, chociażby ze stanowiska ekonomicznego sprawa aptek, t.zw. uprzywilejowanych i koncesyjnych — bo nawet wydawanie pozwoleń na otwieranie aptek było środkiem niemczenia ludności i zubożenia stanu aptekarskiego polskiego — słowem, wiele, bardzo dużo spraw tych wymaga ze strony Rządu centralnego dokładnego i rozważnego ich rozpatrzenia, a następnie w porozumieniu z tamtejszymi czynnikami fachowymi i miarodajnymi uregulowania.

To też myśl Ministerium Zdrowia Publicznego wytworzenia już obecnie łączności i związku z Ministerium przez ustanowienie oso-

bnego delegata Ministerium dla rzeczonych spraw, ponieważ na wzór tego, jak to się stało dla Galicyi, myśl ta, jak powiadam, znalazła u miarodajnych w tych rzeczach sfer tamtejszych życzliwy posłuch i przyjęcie.

W pewnej mierze, jakby zapoczątkowaniem takiej łączności jest powołanie przez P. Ministra Zdrowia Publicznego niektórych z najwybitniejszych lekarzy z Wielkopolski do Najwyższej Rady Zdrowia Państwa Polskiego.

Już dawniej, bo przed rokiem, zaproszony został czcigodny prof. Heliodor Święcicki, wielce zasłużony dla nauki polskiej i sprawy narodowej obywatel, prezes Towarzystwa Przyjaciół Nauk, a obecnie J. M. Rektor Uniwersytetu w Poznaniu.

Prawie równocześnie Członkiem Rady tej został dr Paweł Gantkowski, niezrównany działacz społeczny, organizator i gorący patriota.

Ostatnio, Członkami Najwyższej Rady Zdrowia Państwa Polskiego zostali: Radca dr Franciszek Chłapowski, dr Stanisław Łazarewicz, prezes wydziału lekarskiego, Radca dr Walenty Paniński, były fizyk m. Poznania.

Wszyscy trzej, każdy, w zakresie swojej działalności, zasłużeńi lekarze i obywatele.

Dział sprawozdawczy.

15. Dr. Golicyn. Pomoc chirurgiczna w armii sojuszniczej. Leczenie ropiejących ran sposobem Carrela.

Na jednym z posiedzeń naukowych lekarzy miejskich organizacji wojennych Moskwy zdawał sprawę z podróży swej wiosną r. 1916 do armii czynnej sojuszników dr. Golicyn, jeden z delegatów, wysłanych przez instytucje społeczno-wojenne w celach informacyjno-naukowych.

Jako jedną z głównych osobliwości ratownictwa wojennego w armii koalicyjnej wskazał on sposób ewakuacji rannych, polegający na tem, że ciężko rannych pozostawia się na froncie w ruchomych lazaretach, zaopatrzonych i wyposażonych w kompletne urządzenia chirurgiczne, dokąd ranni są dostarczani już w ciągu pierwszych 2 — 6 godzin po postrzale. Na froncie też pozostają i lżej ranni oraz zapadający na zakaźne choroby.

Drugą osobliwością było to, że rannych dzieliło się na kategorie już w lazaretach pułkowych, częścią też na czołowych punktach ewakuacyjnych; również następował tu podział według specjalności, tak że ranni, wymagający specjalnego leczenia, niezwłocznie skierowywani byli do instytucji leczniczych, znajdujących się w najbliższym tyle, lub też, stosownie już do okoliczności, — wgląd kraju.

Taka tedy bezwzględnie, na szeroką miarę pomyślana akcja w kierunku segregowania i skierowywania rannych do szpitali tuż na froncie, następnie umożliwienia operowania choćby najciężej rannych w warunkach

szpitalnych, w zupełności do potrzeb chirurgicznych przystosowanych. Wnet po otrzymaniu postrzału, wpłynęła znakomicie na gojenie ran i ułatwiła skutecznianie na miejscu największych chirurgicznych zabiegów, interwenicyj w najszerszym okresie w wypadkach rozległych zniszczeń tkanek, bądź zgruchotania kości, jak również uszkodzeń narządów wewnętrznych, szczęk i t. p.

W dziedzinie leczenia ran zauważyć się również dawał daleko dość posunięty aktywizm: do ran wprowadzano niektóre rozczyzny celem wzmożenia fagocytozy, podniesienia wydzieliny i zmniejszenia rozrostu drobno-ustrojów. Tym tedy sposobem suchy opatrunek ustąpił miejsca wilgotnemu, przepojonemu roztworami antyseptycznymi, hipertonicznymi rozczynami soli.

Najwięcej zainteresowania wzbudziła wszędzie szeroko rozpowszechniona w szpitalach wojennych sojuszników metoda leczenia ran sposobem Carrela, polegająca na ciągłym wlewaniu do rany rozczyну chlorku wapnia. Przyrządza go się w sposób następujący: 20.0 chlorku wapnia zawierającego 25 — 30 % chlorku, trzeba rozpuścić w 500.0 chłodnej wody źródlanej, skłócić i zostawić na kilka godzin; w innych 500.0 wody rozpuścić 10.0 Natri carbon. sicci (lub natri carb. crist. puri) wraz z 8.0 dwuwęglanu sodu. Drugi rozczyzn wlać do pierwszego, skłócić i dać mu się odstać, następnie po odlaniu strąconego osadu przefiltrować. W ten sposób otrzymany płyn ma być przezroczysty, odczyn jego obojętny lub słaboalkaliczny.

Gdyby znalazło się w nim nieco wol-

nych alkali, co rozpoznaje się zapomocą *phenolphtaleiny*, należy dodać nieco kwasu borowego lub octowego. Przechowywać należy w ciemnym miejscu, nie nagrzewać; co 7—10 dni wypada przygotować świeży roztwór, albowiem ma on tendencję rozkładać się. Ranę należy szeroko otwierać, luźno wypełniać umoczoną w płynie gazą, a w jej zwoje powkładać po 2—3 cienkie sączki z niewielkimi z boku otworami. Przez końce ostatnich, sterzące nazewnątrż wlewa się co 2—3 godziny 5—10.0 płynu, tak że gaza pozostaje ciągle wilgotną (lecz nie mokrą). Skórę wokoło pokrywa się warstwą wazeliny, a opatrunek zmienia się codziennie. Wyniki metody tej, zwłaszcza w przebiegu leczenia ran świeżych, są wspaniałe. Przy ranach ropiejących wyniki są niemniej pomyślne, należy jeno dbać o dobry odpływ wydzieliny z rany, a więc szerzej jeszcze otwierać i robić przeciwotwory dla uniknięcia zatok (w świeżych nie ma oczywiście tej obawy). Wobec przedłużania się niekiedy w tych wy-

padkach gojenia, by nie drażnić zbyt rany, robi się po 10—15 dniach krótkotrwałą przerwę.

Referent gorąco polecał na mocy również własnych przypadków i spostrzeżeń rzeczoną metodę, aczkolwiek nie ukrywał, że jest ona nader zmuśna i kłopotliwa, zarówno dla chirurga jak personelu, wymaga też nadzwyczajnej skrupulatności w wykonaniu opatrunku, jak również przyrządzaniu płynu.

W dyskusji, jaka się wywiązała zaznaczano, iż nie ujmując samej metody, acz dość skomplikowanej, główną zapewne zaletę jej stanowi pilne i baczne dogłębne oglądanie rany przez samego lekarza, niepoleganie zaś na sanitaryuszkach, co zazwyczaj miewa miejsce, chemioterapeutyczne natomiast własności metody wymagają specjalnych obserwacji i studyów.

(*Więstnik wojennoy wraczebno-sanitar-noy organizacyi Moskwy*).

St. Elwicz-Leyzerowicz.

Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie z przedmieściami. Od dn. 14 VI. do 21. VI. 1919 r. było zachorowań: na ospę 1, na odrę 2, na szkarlatynę 4, dur plamisty 89 (w tem 47 mężczyzn i 42 kobiety, 58 chrześcian i 31 żydów), dur brzuszny 2, dyzenterję 3, dyfteryt 6, dżętwicę karku 5. Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 5 okręgu — 14, w 7 — 13, w 26 — 10, w 14 i 24 po 8, w 6—5, w innych cyfry pomniejsze.

NADESŁANE.

1) Prof. Dr. Jan Piltz. Pilne zadania społeczne na polu neurologii i psychologii. Kraków 1919. 2) A. B. C. walki z gruźlicą nap. Dr. Tadeusz Gabryszewski. Zakopane 1919.

SPROSTOWANIE. — W № 25 w pracy Dr. Ciechomskiego w tytule, na str. 289 szpalta II wiersz ostatni, na str. 290 szp. I w. 9 i w. 43 od góry zamiast pseudomycoma winno być pseudomyxoma.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
B. Krzypow. Modyfikacja metody Spalteholza prześwietlania jam i kanałów kostnych	299	cnych stosunkach i sprawach lekarskich w Wielkopolsce wiadomości i uwag kilka (dok.)	307
A. Ciechomski. Przyczynek do kazuistyki śluzaka wrzekomego otrzewnej (pseudomyxoma peritonei), pochodzącego z wyrostka robaczkowego (dok.)	300	<i>Dział sprawozdawczy.</i> № 15. Dr. Gollicyn. Pomoc chirurgiczna w armii sojuszniczej. Leczenie ropiejących ran sposobem Carrel'a.	309
Odcinek. Doc. dr Józef Jaworski. O obe-		<i>Wiadomości bieżące</i>	310

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

Adres Redakcyi i Administracyi: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-el.

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

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 225, na ostatniej M. 2 na stronach wewnętrznych okładki M. 175.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Falck — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-79.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu **Popiela i Zweigbauma**
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1'50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracji.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

KRYNICAPensjonat Dra ZARZYCKIEGO
otwarty.**IWONICZ**

Lekarz zakładowy

Dr Józef Jasieński

ordynuje, jak lat ubiegłych.

Zakład Wód Mineralnych w Ciechocinku

jest otwarty od dnia 1-go maja do dnia 30 września włącznie.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofalicznych, reumatycznych i artretycznych, chorobach kobiecych i nerwowych, przewlekłych zapaleniach kości, okostnej i stawów, wadliwej lub zwolnionej przemianie materii, otyłości, chronicznych chorobach skórnych, przewlekłych katarach górnego odcinka dróg oddechowych, niektórych cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, chorobie angielskiej i wielu innych.

Zakład posiada 11 źródeł z różną koncentracją solanki od 6³/₄% do 1¹/₃% (artezyjskie № 8 do picia, zawierające 1.28 jednostek emanacji radioaktywnej). W Ciechocinku można brać kąpiele: solankowe, borowinowe, kwasowęglowe, elektryczne świetlne, łaźnie, tuszówki i inhalacje.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

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

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne. Tęzec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.