



GAZETA LEKARSKA

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

Ogólnego zbioru Nr 2798.

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.

LABORA ORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la OUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Magistrat m. Włocławka

poszukuje

lekarza higienisty, jako kierownika miejskiego wydziału zdrowia.

Bliższe szczegóły, dotyczące obowiązków i wynagrodzenia udzieli Magistrat. Oferty z curriculum vitae nadsyłać pod adresem Magistratu m. Włocławka.

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

„MOTOFER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem 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: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Algorhin Spiess

(Antiseptic. ad. tract respirator.).

Skład: Chloreton, kamfora, mentol, olej cynamonowy i płynna parafina.

Sposób użycia: Smarować lub wkraplać, a najlepiej zapomocą rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i w krtań kilka razy dziennie.

Pojemność flakonu 50 gram.

Ferrosan Spiess. Ferrosan-Arsen Spiess

Złożona nalewka żelaza.

Złożona nalewka żelaza z arsenem

Łatwo strawny preparat żelaza, o smaku przyjemnym, bez wpływów ubocznych, zalecany w blednicy, niedokrwistości i t. p.

Sposób użycia: przed lub po jedzeniu dla dorosłych 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej i dla dzieci odpowiednio do wieku od 1/2 łyżeczki tyleż razy dziennie.

Pojemność flakonu około 250 gr.

Remedium Sedativum Spiess

(Extract. viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącym bez objawów ubocznych. (tańszy od Extr. hydrastis canad. fluid).

Skład: Hydrastinin. hydrochloric. synthetic., Extract. viburni prunifol. fluid., Extr. piscid. erythr. fluid.

Sposób użycia: zadaje się do wewnątrz w dawkach po 10 — 20 — 40 kropel 3 — 4 razy dziennie.

Pojemność flakonu 20 gram.

Cystosan Spiess

(Species diureticae).

Skład: Fol. uvae ursi, Rad. ononidis, Lignum sassafras, Herba herniariae, Fruct. petroselin, Fol. menthae pip., Fruct. cubebae.

Sposób użycia: łyżkę na szklankę wody gorącej do zaparzenia po 2—3 razy dziennie.

Pojemność pudełka 50 gram.

Ferrum carbonicum Spiess Tabulettae

in massa sacchar. obduct.

Każda tabletka zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr.

Ferrum carbonicum cum acid. arsenicos. Spiess Tabulettae

in massa cacaotin obduct.

Każda tabletka zawiera: Ferri sulfurici 0,10 gr., Kali carbonici 0,05 gr., Natri bicarbonici 0,05 gr., Acid. arsenicosi 0,001 g.

W tabletkach naszych węglan żelaza wytwarza się dopiero po wprowadzeniu tabletki do organizmu; tym sposobem więc mamy w preparacie naszym ferrum carbonicum in statu nascendi, do czego jak wiadomo przy leczeniu węglanem żelaza dążyć należy.

Flakon zawiera 100 tabletek.

Prurigol Spiess

(Unguentum contra scabiem).

Maść od świerzby, nie plamiąca bielizny, nie posiadająca przykrego zapachu i łatwo odmywająca się wodą.

Pojemność słoika 100 gramów. Opakowanie szpitalne 1 kilogram.

Mesolament Spiess

(Ungt. mesotani cum mentholo).

Maść stosowana w cierpieniach artretycznych i reumatycznych wzamian wewnętrznych preparatów salicylowych.

Skład: mezotan, lanolina, mentol. Sposób użycia: w miejsca bolące wcierać ilości odpowiadające 1—2 łyżeczek od herbaty, co odpowiada 1—2 gr. kwasu salicylowego.

Pojemność tuby około 40 gr.

Digitol Spiess

(Essentia digitalis titrata).

Standardyzowana esencja naparstnicy, posiadająca pewne działanie.

Sposób użycia: dla dorosłych po 15—30 kropli 3 razy dziennie.

Pojemność flakonu—15 gr.

Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom gośca stawowego.

Sposób użycia: 4—6 tabletek dziennie.

Pojemność rurki 20 tabletek 0,5 gramowych.



WZGLĘD LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC
· TNOŚCI · LECARSKICH ·

Dzieńdziesięć
Dzień dziesięć

Warszawa, d. 26 lipca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2798

O ranach postrzałowych pęcherza moczowego i organów moczowopłciowych.

Podał

Dr med. H. Datyner¹⁾.

Rany postrzałowe dróg moczowych wogóle, a pęcherza moczowego i organów moczowopłciowych w szczególności znacznie ustępują miejsca co do częstości poranieniom innych organów ciała ludzkiego. Naprzykład podczas ostatniej wojny bałkańskiej w latach 1912 i 13 Vollbrecht i Wieting spostrzegali na 1584 przypadki poranień 23 przypadki ran postrzałowych organów moczowych i moczowopłciowych, a wśród 3120 rannych, którzy pozostawali w okresie pewnego czasu w mojej obserwacji szpitalnej podczas wojny teraźniejszej, było naogół 20 przypadków ran postrzałowych pęcherza moczowego i organów moczowopłciowych, co stanowi 0,64% ogólnej liczby rannych. Przyczyny takiej stosunkowo nieznacznej liczby ran postrzałowych organów tych, w porównaniu z liczebnością ran pozostałych organów ciała ludzkiego, szukać należy po pierwsze: w położeniu walczących w okopach, ochraniających w pewnym stopniu organy moczowopłciowe od poranienia; po drugie w możliwości przykrycia i przyciśnięcia ich w okolicy kroczonej i po trzecie w ruchomości organów płciowych, dzięki której jakoby od nadlatującej kuli lub odłamów granatu uchyla się organ. Rany postrzałowe pęcherza moczowego wśród poranień organów moczowych — podczas wojny teraźniejszej — nie należały do zbyt częstych. Naprzykład wśród 20-tu przypadków ran postrzałowych organów moczowych i mo-

czowopłciowych, które spostrzegali Lichtenstern, było naogół 8 ran pęcherza moczowego, a wśród 13 przypadków, opisanych przez Albrechta, znajdujemy 4 rany pęcherza. Między rannymi mego szpitala było 4-ch, którzy mieli rany postrzałowe pęcherza moczowego co stanowi 20% ogólnej liczby. Zasługuje na zaznaczenie, że podług obserwacji rozmaitych autorów (Frantzke, Körte, Pietrow i w. in.) rany pęcherza moczowego należą do ran stosunkowo rzadkich w porównaniu do ran innych organów jamy brzusznej. Między ranami postrzałowymi pęcherza moczowego spotyka się stopniowanie, mianowicie mogą one być co do przebiegu i charakteru swego bardzo lekkie, albo też bardzo ciężkie, względnie śmiertelne. Ciężki przebieg daje się zauważyć w tych przypadkach, gdzie oprócz pęcherza zostały uszkodzone inne organa brzucha, jako to: kiszki, kości miednicy (statystyka Bruns) lub otrzewna. W ostatnim przypadku procent śmiertelności jest szczególnie wysoki i podług statystyki dra Tikanadze dochodzi do 71,4%. Na szczęście przypadki ran postrzałowych pęcherza z jednoczesnym poranieniem otrzewnej spotykają się — podług spostrzeżeń rozmaitych autorów — niezbyt

¹⁾ W streszczeniu wypowiedziane na ogólnym zebraniu naukowym lekarzy wojskowych armii frontu Zachodniego.

często; na przykład podług ostatniej statystyki dra Timofiejewa między 26-ma przypadkami ran postrzałowych pęcherza moczowego, które spostrzegał on podczas wojny teraźniejszej, były tylko 4 powikłane poranieniem otrzewnej.

Chciałbym wreszcie wskazać tę okoliczność, że rany pęcherza od odłamów granatu mają przebieg daleko cięższy i poważniejszy, niż rany od kuli.

Co się tyczy obserwowanych przezemnie 4-ch przypadków ran pęcherza, to muszę zaznaczyć, że w żadnym nie było poranienia otrzewnej i we wszystkich kula przeszła przez pęcherz nawskroś. Trzy przypadki obserwowałem zaraz po otrzymaniu rany, czwarty zaś ranny przybył do szpitala dopiero po upływie $3\frac{1}{2}$ tygodnia od chwili zranienia. W dwóch przypadkach z powodu otrzymanej rany pęcherza utworzyła się przetoka moczowa w okolicy linii środkowej brzucha na 3 palce ponad spojeniem kości łonowej i większa część moczu wychodziła przez przetokę. Przebieg w obydwóch przypadkach był pomyślny. Leczenie polegało na włożeniu na stałe cewnika, na codziennem przemycaniu pęcherza i częstej zmianie opatrunku, przyczem obie przetoki zaczęły stopniowo zmniejszać się. Stan rannych poprawił się o tyle, że mogli w krótkim czasie być ewakuowani. W trzecim moim przypadku rana postrzałowa pęcherza moczowego była przyczyną utworzenia się w nim kamieni. Mianowicie ranny ten przybył do szpitala po upływie $3\frac{1}{2}$ tygodni po otrzymaniu rany. Kula weszła przez lewe udo, przeszła nawskroś przez pęcherz i wyszła przez prawe udo na tylnej jego powierzchni, i tu utworzyła się przetoka moczowa, która już to zamykała się, już to nieustannie wypływał z niej mocz. Ranny przedtem nigdy nie miał dolegliwości ze strony organów moczowych i dopiero po otrzymaniu rany postrzałowej pęcherza zaczął odczuwać silny ból w okolicach pęcherza. Cewnik wprowadzony na stałe i częste płukania pęcherza nie doprowadzały do celu, przetoka moczowa nie zamykała się i objawy zapalne ze strony pęcherza moczowego silnie oddziaływały na ogólny stan chorego. Dopiero dzięki wykonanej przezemnie cystoskopii udało się stwierdzić obecność w pęcherzu 12 kamieni, które — bez wątpienia — utworzyły się na tle skrzepów i anormalnego wydzielania moczu. Nazaproponowaną operację usunięcia kamieni ranny nie zgodził się i został ewakuowany.

Czwarty przypadek rany pęcherza, który udało mi się obserwować, miał daleko cięższy przebieg niż 3 poprzednie, gdyż jednocześnie zraniona była i kiszka, tak że wytworzyła się na miejscu wyjścia kuli, mianowicie na prawem udzie z tyłu zatoka moczowokłowa. Gottstein na zasadzie swoich obserwacji radzi w podobnych przypadkach zwracać uwagę na zastosowanie ścisłej diety, dzięki której kał ze względu na swą twardą konsystencję przechodzi normalną drogą przez kiskę, a nie przez mały otwór komunikacyjny; poatem leczenie polega na wprowadzeniu sączka do odbytnicy dla odprowadzenia gazów i cewnika na stałe do pęcherza. Wszystkie te metody zastosowałem w moim przypadku bardzo starannie, lecz z powodu uszkodzenia nerwów odbytnicy nastąpiło nietrzymanie stolca, tak iż wynik lokalny leczenia był niepomyślny i chory po upływie trzech tygodni był ewakuowany w poprzednim stanie.

A zatem, jak widzimy, przebieg w moich przypadkach był naogół pomyślny i objawów, zagrażających życiu, jakoto ciężkiej hematuryi nie było, i dlatego też zabieg operacyjny dla uratowania życia nigdzie nie był potrzebny. W każdym przypadku zachowawczy, wyczekujący sposób leczenia okazał się dostatecznym. Wogóle w sprawie wyboru metod leczenia ran postrzałowych pęcherza zdania autorów na zasadzie ich obserwacji podczas wojny różnią się w pewnym stopniu między sobą. Gdy jedni, jak np.: Braman, Borchardt i w. in., nalegają na natychmiastowe wykonanie cięcia nadłonowego, inni, jak Dent, Makinz, Körte, Rothe i t. d. radzą ograniczać się na cewniku na stałe i na innych sposobach zachowawczych, a operację (*sectio alta*) wykonywać tylko w przypadkach, zagrażających życiu. Naturalnie, granicę konserwatyzmu trudno jest wskazać, gdyż w każdym poszczególnym przypadku trzeba kierować się ogólnym stanem zdrowia pacjenta i każdy przypadek należy ściśle indywidualizować. Operacyi na froncie podlegają — podług mnie — przypadki z jednoczesnym poranieniem otrzewnej i z objawami otrucia moczem (mały, częsty puls, wymioty, język suchy i t. d.) lub z zatrzymaniem krwawego moczu i nacieczeniem moczowem i, o ile to jest możliwe, to w przeciągu pierwszych 12-u godzin od chwili otrzymania rany, gdyż operacye, wykonane później, nie osiągają celu wskutek rozwiniętego już septycznego zapalenia otrzewnej; w przypadkach zaś bez uszkodzenia otrzewnej, na zasadzie statystyki, podanej przez różnych autorów, w większości

przypadków można śmiało ograniczyć się na froncie do zachowawczych metod leczenia i wstrzymać się od zabiegu operacyjnego w pierwszym okresie po otrzymaniu rany.

Przechodząc teraz do opisu ran postrzałowych cewki moczowej, muszę zaznaczyć, że przypadki takie zarówno jak rany organów płciowych zdarzają się częściej, aniżeli rany pęcherza. Naprzykład—podług statystyki Otisa—zarejestrowano podczas wojny północno-amerykańskiej w 1861—65 r. 105 przypadków ran cewki i 586 ran moszny. Prócz tego podług obserwacji Wietinga, Vollbrechta, Taubera i in. rany postrzałowe organów moczowopłciowych spotykają się jednocześnie z ranami innych organów, szczególnie bioder. Naprzykład między 20-ma moimi rannymi, w 12-tu przypadkach była zraniona moszna, przyczem w 7-iu były także mniej więcej lżejsze lub cięższe poranienia bioder. W przypadkach moich poranienie cewki moczowej nie sięgało dalej, niż do części jamiastej i błoniastej cewki. Naogół obserwowałem 6 przypadków, z których połowa wywołana została kulą, połowa zaś odłamem granatu. W dwóch przypadkach była uszkodzona tylko cewka, w czterech — jednocześnie uszkodzona była moszna. W wyżej wspomnianych dwóch przypadkach wytworzyła się skutek rany ściany cewki przetoka na tylnej ścianie, w jednym przypadku — w *pars cavernosa*, a w drugim w *pars membranacea urethrae*. W obydwóch przypadkach zapomocą cewnika wprowadzonego na stałe stan rannych o tyle poprawił się, że ranni po czterech tygodniach mogli być ewakuowani dalej, przyczem u jednego rannego przetoka zupełnie się zamknęła, a u drugiego zmniejszyła się znacznie. Wogóle rany postrzałowe cewki, z poranieniem tylko jednej ściany jej, mają przebieg dość pomyślny i oprócz cewnika na stałe innej terapii nie wymagają. Inny przebieg natomiast mają przypadki z poranieniem całego obwodu kanału cewki, gdyż wtedy cewnika wcale wprowadzić nie można i szczególnie przy jednoczesnem poranieniu moszny, w której dzięki obfitości tkanki łącznej zakażenie bardzo prędko się rozpowszechnia i ściekający z poranionej cewki mocznapotyka wtedy bardzo podatny grunt, wywołuje nacieczenie moczowe, wskutek czego bez operacyjnego zabiegu obejść się trudno. Między 4-ma spostrzeganymi przeze mnie przypadkami jednoczesnego poranienia moszny i cewki tylko w jednym przypadku pomogło leczenie zachowawcze, w pozostałych — wytworzyły się ropnie na mosznie, które wy-

padło operować, w jednym zaś wypadku w przeciągu 5-ciu tygodni dwukrotnie.

Co się tyczy ran cewki, to tylko w jednym przypadku przetoka tylnej ściany za-goiła się, w dwóch zaś przypadkach brak był za duży, tak iż rany bardzo wolno goiły się. Jedyną prawdziwą terapią byłaby operacya plastyczna, a mianowicie wycięcie przetok cewki i miejsca zwężonego, które zdążyło już otworzyć się wskutek poranienia w jednym przypadku, i zeszyć końców cewki, oraz jednoczesna cystotomia wykonana dla lepszego gojenia rany cewkowej podług metody Rochet i Mariona, która daje w podobnych przypadkach z czasów pokojowych podług obserwacji d-rów Heitz-Boyer, Cochier i Oudard'a, a także podług moich osobistych obserwacji w klinice Mariona doskonałe rezultaty. Lecz myśleć o operacjach plastycznych, wymagających ścisłej aseptyki w warunkach wojennych blisko frontu jest rzeczą bardzo trudną i dlatego też jest się zmuszonym takich chorych ewakuować w celu dalszej kuracji; to też i z moimi rannymi uczyniłem. Wogóle poranienia cewki moczowej nie należą — w porównaniu do ran pęcherza moczowego — do uszkodzeń zbyt ciężkich. Nawet podczas kampanii Tureckiej w Bułgarii, gdy warunki okazania pierwszej pomocy zupełnie nie dorównywały obecnym, nie było — podług wielu obserwacji Taubera — ani jednego śmiertelnego przypadku od rany cewki. W moich przypadkach poranienia nie szły dalej niż do *pars membranacea urethrae*, lecz z opisanych w piśmiennictwie przypadków poranienia części kroczonej cewki (Wwiedenski, Sander, Kolb), widać, że i te rany mają przebieg pomyślny; w większości przypadków nawet wobec dużych defektów cewki, jak naprzykład w przypadku Gottsteina, gdzie brak cewki wynosił 6 cm., zwyczajny cewnik na stałe stanowi jedyny środek leczniczy, dzięki któremu rana i przetoka cewki powoli zagaja się. Zjawiająca się niekiedy skutek rany cewki hematuria rzadko zagraża życiu i zwykle zwyczajny cewnik wystarcza do zatrzymania krwawienia i tylko w rzadkich przypadkach zachodzi potrzeba nałożenia szwu na cewkę szczególnie w krwawieniach z *pars bulbaris urethrae*, który to szew podług obserwacji Payra pomaga momentalnie. Włożony cewnik na stałe w ranach cewki trzeba naturalnie co kilka dni zmieniać, a usunąć go zupełnie można tylko wtedy — podług zdania von Oettingena — gdy ranny przycisnąwszy przetokę jest w stanie cały mocznypuścić przez cewkę. Po usunięciu

cewnika stopniowe rozszerzanie cewki, jak również środki antyseptyczne wewnętrzne, jak codzienne płukanie pęcherza w razie mętnego moczu, stanowią niezbędny atrybut w leczeniu tych ran. Lecz nie zawsze środki zachowawcze wystarczają, szczególnie, gdy z powodu wielkich braków nie można wprowadzić do rozerwanej cewki nie tylko cewnika Nelaton'a, ale nawet metalowego, a wtedy wobec zatrzymania moczu, zabieg operacyjny w postaci zewnętrznego cięcia cewki albo przekłucie pęcherza moczowego (Rehn, Garré) stanowi jedyny leczniczy środek dla uratowania życia rannego.

Kilka słów chciałbym jeszcze powiedzieć o ranach postrzałowych organów płciowych, między którymi pierwsze miejsce zajmują rany jąder i moszny. Należy atoli zaznaczyć, że — zdaniem różnych autorów — pomimo poranienia moszny, jądro może zostać nieuszkodzone. I rzeczywiście — między 12-ma spostrzeganymi przezemnie przypadkami porażeń moszny, tylko w 6-iu było jednocześnie zranione jądro. Przyczyny tego zjawiska szukać należy w sprężystości moszny i w obecności gładkich i poprzecznych mięśni, skutkiem czego jądro otoczone mocną *tunica albuginea* podciąga się do góry i dzięki swej ruchomości w worku mosznowym przy przejściu kuli od niej odskakuje. Bywa atoli dość dużo ciężkich przypadków porażeń jądra z objawami nawet ciężkiego szoku; w niektórych przypadkach tworzą się podług obserwacji Wietinga duże ropnie, czasami zaś wskutek dużej rany moszny, jądro jest obnażone i jakby wypada z rany.

Obserwowane przezemnie przypadki w stosunku do stopnia poranienia poniekąd znajdowały się na granicy tych grup. W dwóch przypadkach naprzykład wytworzyło się zapalenie najądrzy i przebieg był dość pomyślny. W następnym przypadku wytworzył się duży ropień jądra, który też był operowany, ale chory ze względu na ciężki stan ogólny wskutek mnóstwa ciężkich ran na całym ciele i ogólnego zakażenia wkrótce zmarł. W czwartym przypadku rana w mosznie była tak duża, że całe lewe jądro, pokryte *tunica albuginea*, wypadło na zewnątrz i leżało na powierzchni rany, ale pomimo to chory poprawił się dość szybko i pod wpływem zwyczajnych aseptycznych opatrunków zjawiała się żywa ziarnina i jądro potrochu zaczęło wchodzić w swoje stare łóżko, tak że nałożenie szwu, jak to zaleca Seydel, Oettingen i inni, w moim przypadku było zbędne. Wreszcie obserwowałem jeszcze dwa

przypadki porażeń jądra, w których kula przeszła nawskroś, przyczem w jednym z nich z powodu ogromnego ropienia prawego jądra musiałem jądro usunąć, w drugim zaś odciąć głowę najądrza. Obaj ranni po dokonanej operacji prędko poprawili się i mogli być ewakuowani.

Jak widać z opisanych przypadków — przebieg ran moszny i jądra jest na ogół pomyślny i zależy od stopnia poranienia. Wyczekujący sposób leczenia jest najlepszy i daje pomyślne wyniki z wyjątkiem tych wypadków, gdzie wytworzyły się ropnie, i wtedy zabieg operacyjny jest jedynym środkiem leczniczym.

Parę słów chciałbym wreszcie powiedzieć o ranach prącia. Zajmują one — co do liczebności — pośredkowe miejsce między ranami organów moczowopłciowych. Podczas wojny Północno-Amerykańskiej w roku 1861 — 65 było — podług statystyki Otisa — zarejestrowanych 309 przypadków ran postrzałowych prącia, a podczas ostatniej wojny Rosyjsko-Japońskiej, podług statystyki Krasina w Kazańskim szpitalu, między 205 rannymi był jeden przypadek poranienia prącia. Procent śmiertelności, dochodzący podług Otisa w czasie ostatnich wojen do 20,9%, teraz zmniejszył się znacznie. Obserwowane przezemnie 8 przypadków należały do względnie lekkich i przebieg ich był pomyślny. W większości wypadków defekt był powierzchowny i tylko w jednym przypadku, kiedy ranny przybył do szpitala po 3-ch tygodniach po otrzymaniu rany, naruszone były ciała jamiste prącia, mianowicie część ich była oderwana i na miejscu ich wytworzyła się tylko ogromna blizna, przyciągnięta do *arcus pubis*, przyczem wskutek wytworzonych zrostów i blizn żołądek prącia i napletek były skręcone na 180 stopni, przyczem pozostałe części napletka i wędzidelko były zwrócone ku górze. Cewka była nieuszkodzona, cewnik Nelatona wchodził swobodnie. W następstwie poranienia nastąpiło skrócenie i zniekształcenie prącia, lecz pomimo to chory czuł się względnie dobrze i był wkrótce ewakuowany.

A teraz na zakończenie mej pracy na zasadzie materiału innych autorów, a także własnych obserwacji, chciałbym wypowiedzieć kilka zdań. Mianowicie co się tyczy ran pęcherza moczowego powiedziałbym co następuje:

1) Rany postrzałowe pęcherza moczowego spotyka się stosunkowo rzadziej, niż ra-

ny innych organów. W stosunku do mego materiału szpitalnego liczba ta wynosi 0,12⁰o.

2) Między ranami pęcherza spotyka się różne postacie, najczęściej — rany na wylot i ślepe, przytem rany od kuli mają przebieg pomyślniejszy, aniżeli od granatu.

3) Ranni w pęcherz bez poranienia otrzewnej, którzy stanowią główny kontyngens szpitali tyłu głębokiego i blizkiego, spotyka się częściej aniżeli z jednoczesnem poranieniem otrzewnej i przebieg ich jest dość pomyślny.

Ranni w pęcherz z jednoczesnem poranieniem otrzewnej podlegają natychmiastowej operacji, a w reszcie wypadków metody wyczekujące również dają dobre rezultaty.

Co się nareszcie tyczy ran postrzałowych organów moczowopłciowych i cewki pogląd mój jest następujący:

1) Rany te spotyka się daleko częściej, aniżeli rany pęcherza i często jednocześnie z poranieniem innych organów, szczególnie kończyn dolnych.

2) Rany od granatu mają przebieg cięższy, aniżeli od kuli.

3) Rany postrzałowe jednej ściany cewki mają przebieg pomyślny, specjalnej terapii nie wymagają.

4) Doskonałym środkiem leczniczym w ranach cewki jest zwyczajny cewnik wprowadzony na stałe.

5) W ranach prącia należy na froncie zwracać baczną uwagę na ranę ze względu na możliwość krwawienia, tak iż czasem amputacja prącia może być dla uratowania życia niezbędną, ale w większości wypadków cewnik na stałe lub szwy i odpowiedni opatrunek wystarczają dla zatamowania krwotoku.

6) Operacje plastyczne cewki i przetok kanału moczowego powinny być wykonywane dopiero po zagojeniu ran.

7) Rany jądra i moszny też nadają się doskonale do leczenia sposobem wyczekującym i zachowawczym, i tylko w przypadkach specjalnych, jak wytworzenie się ropnia, lub w razie dużych braków zabieg operacyjny jest konieczny.

Neuropathia acustica.

(O roli porażonych narządów błoniastych błędnika w ogólnym obrazie klinicznym nerwicy kontuzyjnej).

Przez

Bronisława Karbowskiego.

Odczyt, wygłoszony w Sekcji Neurologicznej, Warsz. Tow. Lek. 19 października 1918 r.

(Ciąg dalszy — patrz № 29).

Upośledzenie lub utrata słuchu, jako też zaburzenia równowagi statycznej i kinetycznej są swoistymi objawami błędnikowymi i nie wymagają omówień. Należy się natomiast zastanowić nad całym szeregiem objawów w sferze ruchowej i czuciowej, które są nam nieznane z kliniki schorzeń błędnika, lub też nie były dotychczas dostatecznie uwzględnione. Mam na myśli osłabienie siły mięśniowej w połączeniu ze zmniejszonym napięciem prądkowanego układu mięśniowego. Do objawów w sferze ruchowej odnosi się również niemota. Osłabienie siły mięśniowej i zmniejszenie siły napięcia (atonia) bywa u wielu kontuzjonowanych w pierwszym okresie bardzo wyraźne. Klinicznie objawia się astenia i atonia niemożnością stania, ani siedzenia; o ile chorego stawiamy na nogi, ciało jego opada własnym ciężarem, żadnego napięcia mięśniowego nie widzimy. Siła mięśniowa górnych kończyn jest minimalna. Przy dotyku wyczu-

wa się miękkość i zwiotczenie mięśni. Porażone są również mięśnie twarzy. Twarz ma wygląd maskowaty, fałdy i kontury są wygładzone, ruchy warg i języka ograniczone, niekiedy dochodzi do przejściowego zupełnego bezwładu całego układu mięśniowego. W jednostronnych porażeniach objawy astenii i atonii są jednostronne i równoboczne w stosunku do porażonego błędnika. Objawy nie są wówczas tak bardzo wyrażone; osłabienie siły mięśniowej objawia się w ruchach, dokonanych samorzutnie, jak również w czynnościach, które chory wykonywa z polecenia badającego. Na dolnej kończynie porażonej strony chory nie może podnieść kończyny do tej wysokości, do jakiej podnosi kończynę drugiej strony; chód nie jest pewny i ruchy kończyną porażoną mniej zgrabne i elastyczne; chory zlekka wlecze nogę. W górnej kończynie stwierdzamy wybitną różnicę w sile mięśniowej — kończynę porażonej strony

pomimo oporu badanego, z łatwością zginamy i rozginamy. Na twarzy łatwo dostrzegamy zwężenie szpary ocznej, wygładzenie fałdy nosowowargowej i opuszczenie kąta ust, również po stronie porażonej. W pojedynczych przypadkach ciężkich w dalszym przebiegu atonia lub hypotonia czasowo znika i w krótkim czasie możemy zauważyć zmniejszenie i zwiększenie napięcia; *hyperkinesis* występuje przeważnie przy dowolnych i biernych ruchach. Przypadki te są jakgdyby łącznikiem między formą akinetyczną a hyperkinetyczną, dla której to charakterystycznymi są objawy spastyczne całego prążkowanego układu mięśniowego, występujące bezpośrednio po wybuchu (*Crampusneurose* Oppenheima). Skurcze te mają swoje osobliwości: nie są one stale występują przeważnie przy ruchach zamierzonych i biernych: kończyna zgięta w słabym stopniu zgina się jeszcze bardziej, gdy usiłujemy ją wyprostować. Podczas snu skurcze znikają, wystarczy jednak zdjąć koldrę z chorego, aby się całe ciało wyprężyło i aby kończyny zostały unieruchomione. Skurcze znikają w uspieniu chloroformowem, słabną po zastosowaniu chloralhydratu i w ciągu kilku dni udaje się niekiedy zupełnie je usunąć; pozostaje potem mimowolne drżenie.

U dotkniętych t. zw. nerwicą kontuzyjną spotykamy cały szereg zboczeń w ruchach dowolnych. Przedewszystkiem występuje bardzo wybitnie objaw omijania w pionowej i poziomej płaszczyznach; widoczne to jest przy próbie palcososowej, jak również sposobem Baraniego. Przy próbie palcososowej ruch nie tylko że nie zachowuje dokładnie swego kierunku, lecz jest niemiarowy; palec dotyka policzka lub galki ocznej zamiast zamierzonego końca nosa, nie zatrzymuje się na tym punkcie lecz zsuwa się jeszcze w bok. Zdarza się, że palec wywiera nadmierny ucisk na dotknięte miejsce. W całym szeregu przypadków obserwować mogłem, że palec, podążając we wskazanym kierunku zatrzymuje się i po wielkim wysiłku dopiero choremu udaje się dojść do zamierzonego celu; niekiedy nie udaje mu się to, gdyż ciało przechyla się w tył i jak gdyby odsuwało się od zbliżającego się palca. Bywa też, że w miarę zbliżania się do celu przedramię zgina się i rozgina wielokrotnie — jest to coś w rodzaju intencyjnego drżenia. We wszystkich przypadkach obserwowałem również objaw *adiadochokinesis*. Wszystkie wyżej wymienione objawy występują wyraźniej niekiedy wyłącznie przy zamkniętych oczach.

Z obserwacji tych wynika, że prócz ob-

jawu omijania, typowego dla zaburzeń błędniowych, jest przy t. zw. nerwicy kontuzyjnej dysmetrya ruchowa, ataksya i asynergia.

Charakterystycznym objawem w sferze ruchowej przy interesującym nas zespole jest drżenie czyli *Ny* głowy. Wahadłowe ruchy w okresie pierwotnym bywają dość często. Ruchy są rytmiczne od 60—70-ciu wahań na minutę. Gdy chory odzyskuje przytomność, wahadłowe ruchy przeważnie znikają. Częściej występują ruchy wahadłowe głowy lub w dalszym przebiegu *Ny* głowy. Może to być objawem przejściowym, krótkotrwałym — niekiedy jednak bywa bardzo uporczywym. Arnstein opisał cały szereg przypadków, traktując objaw ten jako objaw histeryi bojowej. Miałem okazję obserwować przypadek, w którym do *Ny* głowy przyłączyły się stopniowo choreatyczne ruchy ramienia i górnej kończyny; później w tych mimowolnych ruchach brała udział i dolna kończyna. Ciekawe jest, że *Ny* głowy i ruchy choreatyczne trwały zaledwie dwa dni i ustąpiły bez leczenia. Wahadłowe ruchy głowy wywołałem doświadczalnie dwa razy zapomocą oziębienia błędnika. W jednym z tych przypadków ciało obracało się także wokół swojej osi podłużnej. Samoistnie w tym przypadku nie było *Ny* głowy.

Czy wszystkie te objawy wywołane mogą być zaburzeniami w czynności błoniastych błędników? Odpowiedź na to pytanie dają nam badania doświadczalne nad zwierzętami i ptakami, u których drażniono lub niszczone narządy ucha wewnętrznego. Doświadczenia, przeprowadzone przez Flourensa¹⁾ i wielu innych badaczy, jak Harlessa²⁾, Brown Séquarda³⁾, Cyona⁴⁾, Curschmana⁵⁾, Bornhardta⁶⁾, Vulpiana⁷⁾ dały następujące wyniki: 1) Przecięcie kanału półkolistego wywołuje ruchy głowy w płaszczyźnie w której leży przecięty kanał, 2) Nasilenie objawów jest proporcjonalne do stopnia uszkodzenia kanałów, 3) Kierunek ruchów głowy odpowiada kierunkowi drżenia gałek ocznych. To ostatnie występuje u królików w stopniu silniejszym niż u gołębi, 4) Uszkodzenie kanałów wywołuje zaburzenia w ruchach górnych i dolnych kończyn. Przy uszkodzeniu jednostronnem spostrzegamy zaburzenia po stronie równobocznej. Przy uszkodzeniu obydwóch błędników obserwuje się zaburzenia w ruchach górnych i dolnych kończyn.

¹⁾ ²⁾ ³⁾ ⁴⁾ ⁵⁾ ⁶⁾ ⁷⁾ Cyt. podług Steina: Die Function des Ohrlabyrinths.

Zjawisko to obserwował po raz pierwszy Böttcher u gołębi i demonstrował je na posiedzeniu towarzystwa przyrodników w Dorpacie 3-go lipca 1873-go roku. Zaburzenia polegały na tem, że kończyna mimowolnie się zginała i gołąb po tej stronie utykał. Obserwację Böttchera potwierdził Curschman w 1874-ym r. Opisuje on zbyt silne zgięcia i rozgięcia kończyn; kończyna bywa z nadto wystawiona naprzód; obserwował on nadmierną abdukcję lub addukcję; niekiedy gołąb ciągnął kończynę za sobą. Przy obustronnem porażeniu kanałów objawy te są obustronne i nie miarowe ruchy powodują zataczanie się — gołąb chodzi chwiejąc się. Bornhard w roku 1875-ym potwierdził spostrzeżenia Curschmana i podkreślił jeszcze następujące osobliwości funkcji porażonej kończyny: podniesiona kończyna opuszcza się stopniowo; przy rozginaniu następuje zgięcie, następnie znowu rozgięcie i t. d., dopóki kończyna nie dotknie ziemi. Wówczas jeszcze kończyna ustanawia się niepewnie. Po usunięciu tylnych pionowych kanałów Bornhard opisuje następujące zaburzenia w ruchach główki: podczas jedzenia opisuje główkę za małe koło i dziobem nie trafia na ziarenko. O ile się główkę zgina i następnie ją puszcza, to dopiero po pewnej liczbie wahań główka powraca do położenia normalnego; 5) Usunięcia wszystkich kanałów półkolistych wraz z banieczkami przez małe otwory bez utraty krwi dokonał Cyon w roku 1878-ym „Opisać trudno“ podaje Cyon „wszystkie te ruchy, jakie obserwuje się po usunięciu wszystkich kanałów. Gołąb nie może ani stać, ani leżeć, nie w stanie wykonać mniej więcej złożonego ruchu; pozostawanie w jakiegokolwiek bądź pozycji jest niemożliwe, gdyż cały układ mięśniowy bezładnie i konwulsyjnie się kurczy. Na trzeci, czwarty dzień drgawki konwulsyjne słabną i po tygodniu gołąb może pozostać w raz obranej pozycji, o ile ma trzy punkty oparcia. Każda zmiana pozycji związana jest z mimowolnymi ruchami, które gołąb w stanie już jest opanować. Gołąb robi wrażenie istoty, która zaczyna się uczyć stać i chodzić. Konieczny jest współudział wzroku; bez współudziału wzroku próby zawodzą. O ile się narzuca na głowę woreczek — czem wykluczamy wzrok — gołąb zapada w stan, jaki obserwuje się bezpośrednio po operacji. Dopiero po kilku miesiącach możliwe jest stanie i chodzenie; zdolności do fruwania gołąb nigdy nie odzyskuje. Przy silnem porażeniu występują i w późniejszym okresie mimowolne ruchy“. 6) Po usunięciu obydwóch

błądników błoniastych z następczem plombowaniem za pomocą cementu jamy błędnikowej, Ewald obserwował u gołębi objawy, które wskazywały osłabienie wszystkich mięśni prążkowatych, włącznie mięśni języka, krtani i mięśni szczękowych. Wszystkie gołębie zdychały przy objawach zaniku mięśni. W pracach swoich: „*Zur Physiologie der Bogengänge (Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln 18 — 23 September 1888)*“ i „*Ueber motorische Störungen nach Verletzung der Bogengänge (Centralblatt für med. Wiss. 1890)*“. Ewald podkreśla, że ptaki śpiewające po operacji wydobywały słabe ochryple dźwięki. 7) U różnych ptaków lub zwierząt zaburzenia w sferze ruchowej są różne; najwybitniejsze są zaburzenia w czynnościach, które wymagają największej sprawności. (Lot u jaskółki w silnym stopniu, u kury — w słabym).

Widzimy, że uszkodzenie narządów błoniastych ucha wewnętrznego wywołuje przymusowe ruchy głowy i tułowia, zaburzenia w koordynacji całego układu mięśniowego, nie wyłączając mięśni gałek ocznych. Usunięcie wszystkich kanałów wywołuje oprócz tylko co wspomnianych bezładne konwulsyjne skurcze w prążkowatym układzie mięśniowym. Zniszczenie wszystkich narządów błoniastych (kanałów półkolistych i narządów otolitowych) daje osłabienie wszystkich mięśni prążkowatych, nie wyłączając mięśni szczękowych języka i krtani przy objawach zaniku mięśni.

Jeżeli porównamy wyżej opisane objawy w sferze motorycznej przy t. zw. nerwicy kontuzyjnej z tymi, jakie spostrzegali badacze u zwierząt i ptaków po drażnieniu lub niszczeniu narządów błoniastych ucha wewnętrznego, to znajdziemy zupełną tożsamość objawów. Zastanowić się należy nad objawami spastycznymi, jakie bywają w nerwicy kontuzyjnej. U ptaków co prawda obserwuje się po zniszczeniu wszystkich kanałów półkolistych skurcze w prążkowatym układzie mięśniowym. Dziwnem się jednak wydaje, że jeden i ten sam narząd spowodować może *hyperkinesis* i hipertonię — i *akinesis* hypotonię. Zjawisko to objaśnia nam do pewnego stopnia fakt, że podrażnienie jednego i tego samego błędnika może dać zupełnie odmienne unerwienie układu mięśniowego. Oziębienie błędnika powoduje przechylenie się tułowia w stronę przepłukiwanego ucha, objaw omijania w tę samą stronę, drżenie gałek w stronę przeciwną.

Nagrzewanie błędnika daje zupełnie odmienne unerwienie: zahamowanie w unerwie-

niu grup mięśniowych czynnych przy oziębieniu, wzmożenie unerwienia grup mięśniowych antagonistycznych. Proces, który powoduje zmiany w unerwieniu, odbywa się niezawodnie w korze mózdkowej. Kora mózdkowa znajduje się pod wpływem fizjologicznego napięcia błędnika i w normalnych warunkach udziela mięśniom pewnego napięcia w czasie ruchów dowolnych. Każdy niefizjologiczny impuls wywołuje zaburzenia w napięciu i ruchy przestają być koordynowane.

Łatwo się o tem przekonać na objawie omijania. Podrażnienie błędnika drogą mechaniczną lub też przez sprawę chorobną powoduje objaw omijania t. j. przewagę unerwienia mięśnia promieniowego. Możliwą jest przewaga w unerwieniu i innych grup mię-

śniowych, wywołana stanem podrażnienia narządów kanałów półkolistych. Przewaga w unerwieniu występuje wyłącznie przy ruchach zamierzonych — przy równoczesnej dowolnej innerwacji kory mózgowej. Ciekawem jest, że objawy spastyczne w nerwicy kontuzyjnej występują również przy dowolnem unerwieniu; jeżeli niema dowolnego unerwienia wówczas niema napięcia mięśniowego. Wyżej wspomniałem o tem, że u kontuzjonowanych objawy spastyczne znikają we śnie. Stein podkreśla również, że błędnik może być przyczyną akinezyi lub hypokinezyi, jak również *hyperkinesis*. Ciekawe jest, że w pierwszej obserwacji Meniera podane są kurcze twarzy i wykrzywienie lewej połowy ciała, która potem była paretyczna (Frankl Hochwart s. 4). (D. c. n.).

ODCINEK.

GRUŹLICA I ARMIA.

Podał

Dr Mieczysław Gantz.

(Dokończenie—patrz № 29).

Że nawet niewielkie zmiany w płucach mogą być niekiedy przyczyną zupełnej niezdolności do służby wojskowej, o ile nie pomija się ważnych badań pomocniczych, o tem świadczyć może praktyka niemal codzienna. Przed laty kilku spostrzegałem podobny przypadek, który dla ilustracji przytaczam. Chory z objawami ogólnego niedomagania i niewielkimi podniesieniami wieczornemi ciepłoty, które można było odnieść na karb sprawy gardzielowej (małutka torbiel na migdałku) wykazywał zmiany w prawym szczycie, które dla niektórych lekarzy, badających chorego, były pod znakiem zapytania. Badanie płwociny dało wynik o tyle nieoczekiwany, że stwierdziło w preparatach ogromną liczebną masę prątków Kocha. Przypadki podobne, choć nie zbyt częste, znane są zresztą powszechnie. Że chorzy tacy powinni być zupełnie zwalniani, względnie wcale nie przyjmowani do wojska, nie ulega chyba żadnej wątpliwości. Ponieważ jednak, jak wiemy, obecność prątków Kocha w płwocinie zależy, przy obecności zmian nie zbyt wielkich, od przypadkowego otwarcia się ogniska gruźliczego do oskrzela, zrozumiałem więc jest, że zmiany podobne mogą nie raz istnieć przez czas dłuższy, czyniąc wrażenie sprawy nieczynnej lub też wzbudzając niekiedy wogóle wątpliwość co do istnienia zmian istotnych, aż wreszcie badanie płwociny rozstrzygnie wątpliwości. Jasne jest też, że jednorazowe badanie płwociny w tych

przypadkach, zwłaszcza zaś najzwyklejsze, bez pomocy metod, wzbogacających preparaty w laseczniki (homogenizacja i t. p.) nie może być decydującem, na co chcę zwrócić uwagę przede wszystkim. Płwocina w szpitalach wojskowych powinna być, zdaniem mem, badana na obecność laseczników nadzwyczaj dokładnie, przy zastosowaniu metod nowoczesnych i tym najmniej nie tylko raz jeden. Naturalnie wynik ujemny nawet kilkakrotnego badania płwociny nie wyklucza, jak wiadomo, bezapelacyjnie sprawy obecności gruźlicy płuc, zmniejsza jednak wraz z danymi dodatkowemi (brak ciepłoty i t. p.) ewentualną omyłkę rozpoznawczą, przynajmniej co do czynnego stanu procesu chorobnego.

Sprawa ewentualnego odroczenia czasowego, czy też zużytkowania z ograniczeniami lub bez nich przypadku z obecnością zmian w płucach stoi w ścisłym związku z zagadnieniem niezmiernie trudnem i w życiu prywatnem, bo z określeniem, czy mamy do czynienia z procesem czynnym, czy nieczynnym, a w tym ostatnim razie z czasowo czy stale nieczynnym.

Proponowane niejednokrotnie przez rozmaitych autorów, zwłaszcza w Niemczech, stosowanie w tym celu tuberkuliny nie znalazło poza wnioskodawcami uznania ogólnego. Mowa tu zresztą wyłącznie o zastrzykiwaniach podskórnych, odczyn bowiem skórny, doskórny lub oczny, jak zresztą ogólnie wiadomo,

nie jest w stanie rozwiązać tego zagadnienia, mimo że Wolff-Eisner w pewnych warunkach gotów wyprowadzać wnioski z odczynu spo-
jówkowego o czynności procesu. Miarodajnym mógłby z tego powodu być jedynie odczyn ogniskowy, odczyn bowiem ogólny często bardzo jest tylko przejawem zakażenia gruźliczego, lecz niekoniecznie cierpienia gruźliczego (Römer, Much). Cóż, kiedy cały szereg autorów (Schröder, Goldscheider, Bochalli¹⁾) twierdzi; że odczyn ogniskowy bynajmniej niezawsze jest przejawem gruźlicy czynnej, skoro np. na 48 przypadków Bochalli'ego wystąpił jedynie w dwunastu, a prawdopodobnie, nieraz proces nieczynny staje się dopiero pod wpływem zastrzykiwania tuberkuliny czynnym, nie mówiąc już o niewątpliwych przypadkach ujemnego wpływu nawet zupełnie *lege artis* dokonanych zastrzykiwań na sam proces w płucach.

To też sposób wspomniany nie może być uważany za pewny w rozpoznawaniu gruźlicy czynnej, nie może więc znaleźć zastosowania w medycynie wojskowej.

Pozostaje uciec się jedynie do metod badania fizykalno-pracownianych i do pomocy, w niektórych przypadkach, promieni Roentgena.

Rzecz zrozumiała, że alfą i omegą musi być dokładne wypukanie i wysłuchanie pacjenta przy jednoczesnym zwracaniu uwagi na zachowanie się mięśni barkowych i szyjnych (Pottenger), na stan gruczołów chłonnych na szyi, na rozszszalność dolnych części płuc i ich wierzchołków i t. p., objawy, tak nieraz wyraźnie pomagające nam w określaniu istoty zachorzenia płuc. Stan ciepłoty, mierzonej najlepiej w odbytnicy i w szpitalu wojskowym, naturalnie pod osobistą kontrolą osób zaufanych, dać nam może pierwszy znak orientacyjny w sensie czynności czy nieczynności sprawy w płucu. Ewentualnie krwiopłucie (stwierdzone w szpitalu i po wykluczeniu pochodzenia z górnych dróg oddechowych) lub poty ułatwiają nam w tym samym kierunku orientację.

Nie należy przytem zapominać o krytycznym ocenianiu wyłącznie tylko danych fizykalnych, np. tylko stłumienia niewielkiego w szczycie lub wydłużenia wydechu. Są to objawy, które winny zwrócić naszą uwagę na siebie, lecz same przez się jeszcze nie wystarczają, by na ich zasadzie uznać danego osobnika za chorego. Poza zupełnie możliwą w tym wypadku nieczynnością procesu, — objawy powyższe razem lub oddzielnie mogą zależeć od skrzywienia kręgosłupa, większego rozwoju mięśni barkowych, krótkości oskrzela, zgęszczenia skutkiem niedodmy Kröniga i t. p. zmian, o których istnieniu zapominać nie należy. Jeśli w warunkach życia spokojnego mogą mieć miejsce tego rodzaju pomyłki rozpoznawcze, kiedy do uzdrowisk dla gruźliczych skierowywani zostają ludzie z zupełnie zdrowymi płucami, to

zdarzyć się to z łatwością może podczas badania poborowych, gdy odpowiedzialność lekarza badającego jest większa i obawa zaszkodzenia zdrowiu jest ważnym czynnikiem.

Goldscheider kładzie nacisk na obecność rzeżeń wilgotnych. Istotnie te ostatnie, zwłaszcza, o ile są stałe lub też prawie stale występują po kaszlu, są objawem wprost decydującym o czynnym procesie w wierzchołku. Spotykane niekiedy w grypie lub po jej przebiegu nieżyty nieswoiste w szczycie lub szczytach płucnych u osobników w wieku poborowym należą na ogół do rzeczy dość rzadkich, by móżdżek zaważyć na szali dopiero co przytoczonych uwag. Mimo to nie wadzi i o tem pamiętać.

Bardzo pomocnem w kierunku określenia czynności procesu w płucach może być badanie drobnowidzowe i chemiczne płwociny. Wyraźnie limfocytowy wzór cytologiczny w płwocinie²⁾ i obecność białka wspólnie lub jeden z tych objawów, zwłaszcza ostatni — przemawiają, jakem się niemal stale przekonywałem, w znacznym stopniu, jeśli już wyrażać się ostrożnie, za tem, że proces w płucach jest czynny. Są to przytem tak łatwe i nieskomplikowane metody badania płwociny³⁾, że żadną miarą nie powinny być pominięte przy badaniu poborowych. Uznawanie za gruźlicę otwartą tych tylko przypadków, które wykazują w płwocinie laseczniczki jest w obecnych czasach błędem i to dość wielkim. Już powyżej wspominałem o możliwych omyłkach w tym kierunku. Goerdeler⁴⁾ potwierdza to między innymi na zasadzie spostrzeżeń podczas wojny przy kilkakrotnym badaniu płwociny żołnierzy, uznawanych za przypadki gruźlicy zamkniętej, a w których następnie badania wykrywały obecność prątków Kocha. Każda płwocina bezwzględnie winna być badana w kierunku limfocytozy, — co z łatwością może być uskutecznione na tych samych nawet preparatach, — limfocytoza bowiem jest niemal stałym objawem sprawy czynnej gruźliczej w płucach. Zdaniem Efflera⁴⁾ daleko ważniejsze znaczenie, niż przypadkowe znalezienie laseczniczek Kocha w płwocinie, posiada wydzielanie przez danego osobnika płwociny, napewno lub prawie napewno pochodzącej z głębszych chorych części tkanki płucnej, t. zw. „płwociny płucnej“, której główną cechą charakterystyczną jest limfocytoza.

Do tego objawu pozwałam sobie dodać obecność białka w płwocinie, która, zdaniem mem, o ile występuje mniej lub więcej stale, jest również objawem zapalenia tkanki płucnej, a po wykluczeniu obrzęku, zapalenia płuc lub zawału krwotocznego, przemawiać może tylko za czynną sprawą gruźliczą w płucu.

¹⁾ Wolff — Eisner. Frühdiagn. u Tub.-Imm 1909.

²⁾ Gantz i Hertz Med. i Kron. lek. 1910. № 31 i 32.

³⁾ Beit. z. Kl. der. Tub. 1918. № 38.

⁴⁾ Z. f. Tub. t. 26 — wedł. Goerdelera.

Dwie te właściwości plwociny prawie napewno przemawiają za tem, że mamy do czynienia z gruźlicą czynną, choć nieraz ukrytą, i wystarczają, by danego osobnika conajmniej na czas pewien wykluczyć z szeregow armii.

Pozostaje do omówienia pomoc, jaką nam mogą okazać promienie Roentgena.

Nie chcąc zbyt rozprzestrzeniać się o znaczeniu rozpoznawczem promieni Roentgena w gruźlicy, chcę tylko wspomnieć, że mało nadają się one do odróżnienia procesu czynnego od nieczynnego, gdyż przypadki, w których bardzo wyraźne kontury cieniów wskazują zwapnienie ognisk, są zbyt rzadkie, by na nich swój sąd opierać. Przytem z badań Rabinowicza wiemy, że i ogniska zwapniałe bardzo często są tylko czasowo nieczynne. Natomiast niezbyt rzadko może nam Röntgen, jak to wykazuje niemal codzienna praktyka, rzucić światło na rozległość procesu w płucach. Jakżeż często bowiem na kliszy widać rozsiane małe ogniska w płucach tam, gdzie badanie fizykalne stwierdza niewielkie tylko zmiany w szczytach! W przypadkach, gdzie zmiany te same przez się nie wskazują czynnego procesu w szczycie, przeświecenie przez wykrycie ognisk dodatkowych w miąższu płucnym może ostatecznie rozstrzygnąć wątpliwości, zwłaszcza jeśli po-
zatem mamy, jak to najczęściej bywa, limfocytozę i obecność białka w plwocinie. Trzeba tylko być bardzo ostrożnym w przecenianiu, szczególnie z punktu widzenia militarne-
go, zmian t. zw. węzkowych na rentgenogramach. Niezupelnie jeszcze dotąd ustalony po-
gląd na tłumaczenie obrazu węzkowego w ze-
stawieniu z obecnym pojęciem o powstawaniu gruźlicy zmuszać nas powinien wogóle do pewnej w tym kierunku rezerwy.

Uwagi powyższe mogą być zaledwie wy-
tycznymi, których żadną miarą pomijać nie
należy, pozostawiając jednak szerokie pole od-
powiednio wyszkolonemu lekarzowi do po-
wzięcia tego lub innego postanowienia na za-
sadzie całego zespołu objawów: czy danego
poborowego uwolnić zupełnie, czy dać mu
odroczenie, czy wreszcie użyć go w ten lub
inny sposób w armii.

Trzeba jednak sobie odrazu powiedzieć,
że nawet przy najdbalszem badaniu nie uda
się uniknąć przypadków gruźlicy płuc w ar-
mii, zwłaszcza w czasie działań wojennych.
Cały szereg autorów francuskich (Landou-
zy i inni) i niemieckich wskazuje przera-
żające wprost wzrastanie przypadków gru-
żlicy w armii w czasie wojny ubiegłej, co
przeważnie objaśniają rozognieniem się spra-
wy dawno zagasłej. Much w 62,4% przypad-
ków gruźlicy, stwierdzonej w armii mógł od-
notować objawy cierpienia w latach ubiegłych,
37,6% przypadków było bez jakichkolwiek
danych w wywiadach. Ciekawe, że z pośród
przypadków śmierci na skutek gruźlicy 50%
było z obarczeniem pewnem w wywiadach i
tyleż bez tego obarczenia. Zdaniem Mucha w
armii—w czasie wojny—można znaleźć sporo

ludzi, którzy uprzednio nigdy nie byli cho-
rzy, pod wpływem niewygód i ciężkich wa-
runków służby wojskowej doszli do stopnia
takiego osłabienia, że niewinne uprzednio o-
gniska nabrały znacznej złośliwości i prowa-
dziły do śmierci.

Jeżeli w przeważnej części przypadków
gruźlicy, stwierdzonej w wojsku (zwłaszcza w
czasach wojennych) mamy do czynienia z obo-
strzeniem sprawy dawno wygasłej, to jednak
nie możemy zupełnie wykluczyć momentu za-
każenia z zewnątrz, czy to przez masowe za-
każenie od kolegów z gruźlicą otwartą, jak
twierdzą np. Cemach, Ast, Hayck, czy też
przez powtórne zakażenie (*exogene Reinfection*)
drogą wdychania, jak sądzi Röpke.

Nie można lekceważyć możliwości sze-
rzenia gruźlicy w wojsku (w koszarach, szpi-
talach, na noclegach) przez żołnierzy z gru-
żlicą otwartą, nie od rzeczy będzie zwrócenie
uwagi na niebezpieczeństwo, jakie chorzy ta-
cy zostawiają w miejscach chwilowego odpoc-
zynku, czy noclegu, w chatach włościańskich,
czy w mieszkaniach w miastach. Jasne więc,
że przypadki tego rodzaju muszą być jaknaj-
szybciej wyeliminowane z armii i skierowy-
wane do specjalnych oddziałów w szpitalach
czy też do specjalnych stacji leczniczych.
Dlaczego takich chorych nie należy umieszczać
na salach ogólnych—nie mam chyba potrzeby
mówić, jest to bowiem obecnie już żądaniem
ogólnem ¹⁾.

Chcę jeszcze zwrócić tu uwagę na spo-
strzeżenia Grossbergera, Graua, Schrödera ²⁾,
według których szczepienia ochronne przeciw-
tyfusowe zdolne są uruchomić ogniska skryte.
Schröder podaje np., że z pośród 62 żołnier-
zy, którym szczepiono ochronnie tyfus, za-
chorowało 46 z objawami gruźlicy czynnej
i w tem 29 w ciągu 4 tygodni po szczepieniu.
Schröder widzi przyczynę zachorowania w leu-
kopenii, wywołanej przez szczepienie i osła-
biającej odporność ustroju przeciwko gruźli-
cy. Inni autorowie (Leschke, Goldscheider)
nie spostrzegali nic podobnego. Podobnież
i mnie nie udało się spostrzec tego rodzaju
skutków szczepienia, choć w oddziale wojsko-
wym, którego byłem lekarzem, dokonano ich
bardzo dużo, może jednak nie widziałem ich
dlatego, że żołnierze przebywali naogół nie-
zbyt długo po szczepieniu w oddziale mym
rezerwowym i rychło byli skierowywani na
front, przez co traciłem z nimi wszelki kon-
takt.

Ale i chorych z mniejszymi zmianami
w płucach, a nawet podejrzanym o stan płuc
należy co szybciej usuwać z szeregow armii.
Już wspominałem, że w czasie wojny ubiegłej
zwróciłem uwagę na nadzwyczajną częstość
przypadków ciężkich o przebiegu wprost ga-
lopującym u chorych, którzy, jak mówili,
przed wojną byli zdrowi zupełnie. Dostawszy

¹⁾ Gantz. O znac. sanatoryjów i szpitali w wal-
ce z gruźlicą. 1919.

²⁾ Int. Centr. f. Tub. 1917. № 12.

po powrocie z wojny do rąk swych literaturę niemiecką, przekonałem się, że to samo widywali de la Camp, Fränkel, Hochhaus, Leschke i wielu, wielu innych. Hochhaus¹⁾ tłumaczy to sobie zbyt długim pobytem w wojsku już po zachorowaniu. Jest to możliwe istotnie, ile że rozmaici autorowie notują skądinąd dość rychłą poprawę w przypadkach ze zmianami początkowymi, o ile je umieścić w warunkach odpowiednich. W interesie więc tych właśnie chorych i armii należy takie przypadki usuwać i skierowywać do zakładów leczniczych. Ponieważ jednak zorientowanie się mniej więcej pewne w rozpoznaniu przypadków nieco wątpliwych wymaga zastosowania, jak już wspominałem, badania szczegółowego, fachowego niemal w kierunku gruźlicy, wysyłanie zaś do zakładów leczniczych odległych żołnierzy, którzy po zbadaniu mogą się okazać zdrowymi, może praktycznie okazać się niewygodnym, zwłaszcza w warunkach wojennych, pożądanem więc byłoby urządzenie stacji obserwacyjnych. Żołnierze skierowywani z szeregów lub załóg do najbliższej stacji obserwacyjnej, przebywają w nich pewną liczbę dni, nie przewyższającą 10 — 14, w czasie których podlegają badaniu według określonego szematu i, zależnie od wyniku badania, albo zostają zwracani z powrotem, albo skierowuje się ich do zakładów leczniczych lub oddziałów, przeznaczonych specjalnie dla żołnierzy chorych na płuca.

Przy okazji chciałbym pokrótce dotknąć sprawy, czy wogóle w zakładach wojskowych, zwłaszcza zaś u nas w czasie obecnym potrzebne są specjalne oddziały dla chorych gruźliczych, skoro żołnierzy takich natychmiast po rozpoznaniu uwalnia się ze służby zupełnie lub też na czas pewien. Sądzę, że niema dwóch zdań co do tego, że odpowiedź może być jedynie twierdząca, i że oddziały takie winny być otwierane natychmiast. Obowiązek władz wojskowych względem żołnierzy gruźliczych winien być taki sam, jak względem wszelkich innych ostrych lub chronicznych chorych wojskowych. Żołnierz, który pod mniej lub więcej bezpośrednim wpływem służby wojskowej zachorował na gruźlicę, ma prawo tak samo żądać od państwa odpowiedniej pomocy lekarskiej, jak przeciętny robotnik, który zachorował, pracując w jakimkolwiek przedsiębiorstwie. Co więcej, badanie przed przyjęciem na służbę wojskową i przyjmowanie jedynie ludzi zdrowych (przynajmniej pozornie) nakłada na państwo tem większe obowiązki, że przyczyną często nieuleczalnej, czy też szybko do zgonu prowadzącej choroby, była właśnie służba wojskowa lub ewentualnie niedopatrzenie organów władzy wojskowej. Nieraz zadawałem sobie podczas mej ubiegłej służby wojskowej pytanie, co ma robić nieszczęsny tuber-

kulik — robotnik lub włościanin—bez środków do życia, którego w celu nieobarczenia skarbu rosyjskiego komisja dopiero co właśnie zwolniła z wojska zupełnie? Czyż istotnie ma on o tyle mniej praw do opieki państwowej, niż inwalida, który na połu walki utracił zdolność do pracy?

To też opieka nad żołnierzem, u którego w czasie pełnienia służby wojskowej wystąpiły objawy cierpienia płuc, winna być możliwie wszechstronna i służyć za wzór tego, co władze państwowe w stosunku do swych pracowników, oddających swe zdrowie i życie na usługi krajowi czynić powinny. Leczenie w szpitalu i uzdrowisku w czasie choroby, wyszukanie odpowiedniego zajęcia po wyzdrowieniu lub odzyskaniu sprawności, opieka nad rodziną w czasie choroby jej opiekuna i renta w razie jego śmierci — oto wytyczne, jakie nasze władze sanitarno-wojskowe napewno mają na widoku i które wszelkimi siłami starać się będą w czyn wprowadzić. Nie wszystko da się urzeczywistnić odrazu, rozpocząć jednak należałoby, sądząc, od rzeczy najważniejszej i łatwej do wprowadzenia t. j. od możliwie rychłego usuwania chorych podejrzanych z szeregów armii. Zauważeni przez odpowiednich lekarzy pułkowych czy wogóle oddziałowych, nie mogących przeprowadzić z wielu powodów badań pomocniczych, chorzy tacy, jak wspominałem winni być skierowywani do specjalnie w tym celu urządzonych stacji obserwacyjnych, otwieranych w miejscu większych skupień wojskowych (na razie przynajmniej po jednej na okręg wojskowy) przy zakładach leczniczych lub niezależnie od nich. Na stacjach tych żołnierz nie powinien przebywać ponad dni 10 do 14, t. j. termin, w czasie którego badania wzmiankowane wyżej, z łatwością mogą być wykonywane. Jasne, że stacja taka musi znajdować się w stałym kontakcie z oddziałami wojskowymi, przesyłającymi żołnierzy do zbadania, i z władzami sanitarnymi-centralnymi, które musi informować o ruchu chorych i o wyniku badań, wreszcie z zakładami leczniczymi, o ile przy nich się nie znajduje. Następne bowiem zadanie stacji obserwacyjnej polega na skierowywaniu tych żołnierzy, u których stwierdzono te lub inne objawy zajęcia płuc, do zakładów leczniczych, by te bądź to w komisjach udzieliły urlopu bądź też zajęły się bezpośrednio samem leczeniem i wogóle opieką pod względem leczniczym. W dalszym rozwoju opieki nad gruźliczymi żołnierzami musi wytworzyć się organ centralny, podporządkowany głównym władzom wojskowo-sanitarnym, skupiający w swych rękach zarówno stronę informacyjno-statystyczną jak i lekarsko-społeczną w sensie umieszczania chorych urlopowanych lub zwolnionych żołnierzy w sanatoriach prywatnych lub wojskowych, otwierania specjalnych uzdrowisk, wyszukiwania odpowiednich zajęć i t. p.

Wszystko powiedziane wyżej dotyczy gruźlicy chirurgicznej.

¹⁾ D. m. Woch. 1916. № 38.

O ile mi wiadomo, ustawodawstwo sanitarno-wojskowe niemieckie zwróciło, zwłaszcza w czasie wojny ostatniej, baczną uwa-

gę na opiekę nad gruźlicą w armii i normuje ją pod pewnymi względami dość wyczerpująco.

Wiadomości bieżące.

— № 2-gi Nowin Lekarskich, wydany w czerwcu r. b., rozpoczyna się od radosnego powitania nowej wszechnicy polskiej: „*Salve Alma Mater!* Jak w kalejdoskopie przesuwają się od kilku miesięcy przed oczyma naszymi przepiękne obrazy, które do niedawna jeszcze zdawały się być tylko wizjami. Poznańskie wolne, nasze wojska paradują na placu Wolności, Polska cała zmartwychwstała! Ale duch polski nie pozwala się nimi olśnić, nie pozwala się też opętać przez moce wsteczne, które mu zagrażają, siejąc truciznę od wschodu, lecz kroczy dalej i buduje bez wytchnienia. A jako taki wspaniały twór Ducha wielkopolskiego, który przetrwał prześladowanie wiekowe i nie zamarł, powstaje dziś Wszechnica Piastowska, której otwarcia w dniu 7 maja byliśmy świadkami“.

W numerze tym znajdujemy prace oryginalne: K. Dziembowskiego (sen.) Patogeneza znużenia. W. Janowskiego Przyczyny powstawania zaburzeń w czynności serca w świetle współczesnych poglądów fizjologicznych. Z. Dziembowskiego. Badania sprawności nerek przy zachorzeniach jednostronnych P. Pręgoskiego. Przypadek wyleczenia przed 10 laty z postaci urogenowej otępienia wczesnego. K. Dziembowskiego (sen.) *Folliculitis streptococcica faucium*.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 13. VII. do 19. VII. 1919 było zachorowań: na ospę 1 (w 7 okręgu, przywieziony z prowincji), odrę 10, szkarlatynę 4, dur plamisty 70 (w tem 30 mężczyzn i 40 kobiet, 61

chrześcian i 9 żydów), dur brzuszny 13, dyzenterię 6, dyfteryt 6, dżętwicę karku 5. Najwięcej przypadków duru plamistego było: 10 — w 14 okręgu, w 18 i 25 — 6, w 4 i 5 po 5, w 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 23 i 26 — po 3, w innych cyfry pomniejsze.

NEKROLOGIA.

Dr Edward Oziembo, lekarz epidemiczny i kierownik szpitala dla zakaźnych w Żarkach, ziemi Piotrkowskiej, zmarł tamże na tyfus plamisty, przeżywszy lat 37.

Dr Stefan Budziński lekarz wolno-praktykujący w Żychlinie (pow. Kutnowski) zmarł w Warszawie 20 lipca 1919, w wieku lat 52.

NADESŁANE.

1) Dr med. Józef Jaworski doc. położn. i ginekologii. O zapobieganiu chorobom kobiecym ze stanowiska sanitarnego. Warszawa. 1919. Kursy przygotowawcze dla lek. pow. Król. Polsk. 2) Dr med. i fil. W. Szumowski doc. uniw. Lwow. Dzieje organizacji medycznej w rosyjskim Samorządzie Ziemskim czyli t. zw. medycyny ziemskiej. 1864 — 1919. Wydawnictwo Ministerstwa Zdrowia. 3) Dr Ludwik Dydyński. Nasze zdrojowiska i uzdrowiska, jako źródło bogactwa krajowego.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
H. Datyner. O ranach postrzałowych pęcherza moczowego i organów moczowopłciowych	351	Odcinek. Mieczysław Gantz. Gruźlica i armia (dokończenie).	358
Bronisław Karbowski. Neuropathia acustica (ciąg dalszy)	355	Wiadomości bieżące	362
		Nekrologia	362

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

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

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 prowincji i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnym pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

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. Fallek — 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. Więctawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.



**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, cubabarum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor“
Marszałkowska 23.

Duży dom

z urządzoną kliniką, graniczący z dużym ogrodem, odpowiedni też na pensjonat w najlepszej okolicy Poznania z powodu choroby właściciela zaraz do sprzedania.

Matern, Poznań, Nowo-Ogrodnia 66.

Nałęczów

Zakład leczniczy cały rok otwarty.
Źródło szczawiej żelazistej
radioaktywne.

Kąpiele kwasowęglowe, ciechocińskie, igliwowe, żelaziste, błotne, słoneczne i elektryzacja. Choroby wewnętrzne i nerwowe. Kuchnia dyetetyczna. Pociąg z Warszawy o g. 10.45 rano. Informacje w biurze architekta S. Grochowicza, Mokotowska 45, od 3 — 5 po poł.

Dyrektor Dr Gliński.

APARAT ROENTGENA **Dr DESSANERA**

kompletny I-a wykonanie
wraz z dokładnym sposobem użycia

dla prądu stałego 110 Volt!!

tanio do nabycia!

POSTAWCA KLINIK U. J., SZPITALI KRAJ., WOJSK POLSKICH i t. p.

STANISŁAW BARAN i S-ka

FABRYKA INSTRUMENTÓW CHIRURGICZNYCH I WETERYNARYJNYCH

Kraków, Sławkowska 6.

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.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Administracja Gazety Lekarskiej posiada jeszcze na składzie niewielką liczbę egzemplarzy dzieł, wydanych dawniej, i odstępować je będzie wyłącznie tylko swym prenumeratom. Są to:

NOTHNAGELA i ROSENBACHA.

FARMAKOLOGIA

(przekład z niemieckiego). Cena m. 15.

GILLES DE LA TOURETTE.

HISTERYA

w opracowaniu A. PUŁAWSKIEGO. Cena m. 8.

Do nabycia wyłącznie w Administracji Gazety Lekarskiej — Marszałkowska 73.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

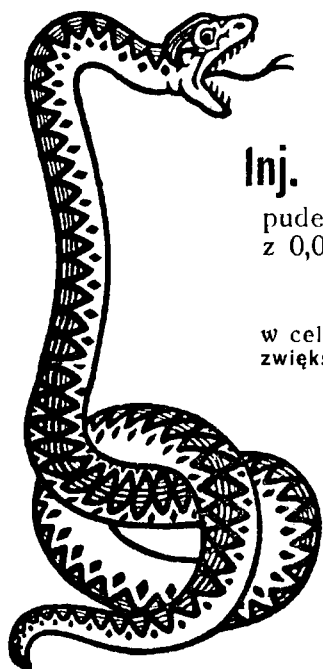
ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe) przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem



AMPULAE STERELIS. VITR.

Inj. **KAKODYLOPHAG** GESSNER

pudełko zawiera 36 iniekcji w dawkach po 3 ampulki
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 wprowadzenia do organizmu 4 gramów Natr. kakodylicum

POLECA

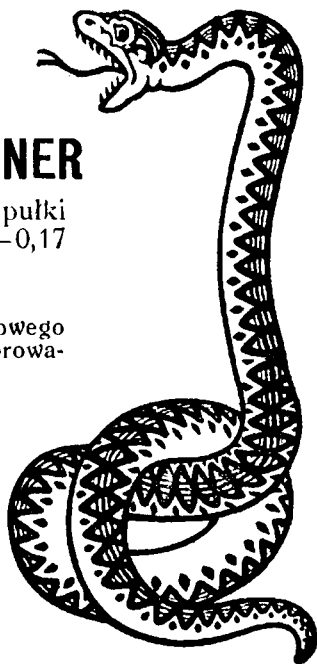
Mag. Farm. JAN GESSNER

dawniej E. GESSNER

APTEKA I LABORATORYUM FARMACEUT. CHEMICZNE

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.



OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji

Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES - PARIS.

Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13

Cena Pigulki Rb 1.75. Ziarnka Rb 1.75; 12 Ampulek Rb. 1.75