



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· 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 № 2809.

SANTALOL
SALOL
UROTOPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

MOCZOPĘDNY

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY

KOJĄCY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

ROPOMOCZ



LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

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 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: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

HEMATOGEN

organiczny związek żelaza, łatwo asymilujący się

poleca
wyrobu własnego

Apteka Mag. Farm. J. GESSNERA

Jerozolimska 25
w Warszawie.



Najmniej trujący ze wszystkich równie skutecznych środków miejscowo znieczulających

STOWAINA

NIE POWODUJE BÓLÓW GŁOWY, MÓGŁOŚCI, ZAWROTÓW GŁOWY CZY OBDEŁA

Sposób użycia taki sam jak kokainy

UŻYWANIE JEJ NIE ZAGRAŻA PRZEJŚCIEM W MAŁOĆ

KILKA PRZEPISÓW UŻYWANIA STOWAINY

Przeciwnie gastrolgii	Środek przeciw migracjom	Środek przeciw hemoroidom i fissurze ani (pęknięciom kciaki)
Rp. Stovaini..... 0,02	Rp. Stovaini..... 0,05	Rp. Stovaini..... 0,25
Magnes. sulfate..... 0,60	Acid. borici..... 0,20	Adrenalinu 1/1000
Croton. praep..... 0,40	Bism. subgall..... 5,00	3 kropli
Natrii bicarb..... 0,40	Bals. paruv. 11 kropli	Lanolinu
M. f. p. d. t. d. n° 12	Lanolinu	Vaselinu an 5 gr
S. — 1 raz dziennie po jedzeniu proszku po każdej języczce. (Eukonin-4)	Vaselinu an 10,0	(Huchard)

Les Établissements FOULENC Frères, PARIS

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY

NEUROSINE PRUNIER

(Czyste fosfogliceraty wapna)

PARYŻ, 6, Rue de la Tacherie, 1 W APTERACH.



ZIARNISTA

KOLA ASTIER

ROZPUSTCZALNA

REGULUJE SERCE POBUDZA UKŁAD MIĘŚNIOWY
ŚRODEK PRZECIWNENURASTENICZNY

DWIE ŁYŻECZKI OD HERBATY NA DOBĘ.

RIODINE

$(C^{18} H^{33} O^3 IH)^3 C^3 H^5$

JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY

NAWET W DUŻYCH DAWKACH NIE WZBUDZAJĄCY OBAWY POWIKŁAŃ.

STWARDNIENIE TĘTNIC, DNA, GOŚCIEC, OTYŁOŚĆ, CHOROBY SKÓRNE.

2 do 6 PERELEK DZIENNIE POD KONIEC JEDZENIA.

SPRZEDAŻ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

LABORATOIRES P. ASTIER 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS.

PRÓBY I LITERATURĘ DOSTARCZA FILIA ASTIER, WARSZAWA ŻŁOTA 27.





DZIENNIK LEKARSKI

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Pięćdziesiąt
Lecie drugie

Warszawa, d. 18 października 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2809

O wskazaniach do podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej w zakrzepowym zapaleniu poprzecznej zatoki mózgowej.

Podał

Ludwik Batawia (z Częstochowy).

Zaproponowane przez Zaufala w r. 1880 i w kilka lat później przez niego wykonane otworzenie poprzecznej zatoki mózgowej w zakrzepowym jej zapaleniu zyskało w krótkim czasie prawo obywatelstwa w chirurgii, jako zabieg niezbędny i jedynie wskazany w tem ciężkiem powikłaniu ropnego zapalenia ucha środkowego, natomiast zabieg pomocniczy podczas tej operacji — podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej, przyjęty początkowo z wielkim zapalem i stosowany *larga manu*, spotyka się obecnie coraz częściej z ostrą krytyką, albowiem nie tylko nie ziścił pokładanych w nim nadziei, lecz w wielu wypadkach okazał się szkodliwym.

Lane, Ballance, Parker, Forselles, Schmigelow, Leuter, Grunert, Hansberg, Bergmann, Körner, Török, Fleischmann i inni, wychodząc z założenia, że przez podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej przerywamy główne koryto, przez które przedostać się mogą zarazki chorobotwórcze do serca, a tem samem i do ogólnego krwioobiegu, zalecają, aby w każdym przypadku zakrzepowego zapalenia zatoki poprzecznej operację na zatoce poprzedzić podwiązaniem żyły szyjnej wewnętrznej. Niektórzy z nich, uważając zabieg ten za nieszkodliwy, posuwają się nawet tak daleko, że podwiązują żyłę i w tych wypadkach, gdzie obecność skrzepu jest wątpliwa. Grunert i Hansberg podwiązują żyłę w każdym przypadku, w którym podejrzewają skrzep w zatoce, ze względów profilaktycznych, aby uniknąć oderwania się cząsteczki

skrzepu podczas trepanacji i manipulacji na zatoce.

Tego krańcowego zdania nie podziela wielka liczba niemniej wybitnych otyatrów, którzy, opierając się na danych statystycznych, anatomicznych, anatomopatologicznych, fizjologicznych i klinicznych, bądź uważają podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej za zupełnie zbyteczną, bądź też stawiają szersze lub węższe dla tego zabiegu wskazania. Ta różnorodność zdań o omawianym zabiegu najwyraźniej uwydatniła się na międzynarodowym zjeździe otologów w Peszcie, gdzie wśród licznych referentów w tej sprawie ujawniła się sprzeczność zdań przedewszystkiem co do wartości samego zabiegu i 2-o co do wskazań.

Zapoznamy się ze wskazaniem, stawianem dla podwiązki żyły jarzmowej przez rozmaitych otyatrów.

Heine podwiązuje żyłę jarzmową 1-o w pierwotnych lub wtórnych skrzepach w opuszczeniu lub też w samej żyły jarzmowej i 2-o gdy skrzep w zatoce jest rozmiękły i nie może być całkowicie usunięty z powodu silnego krwotoku z zatoki. Poza tem Heine podwiązuje żyłę wtórnie i przy skrzepach przyściennych, gdy sama operacja na zatoce nie dała pomyślnego wyniku.

Victor Urbantschitsch radzi wszelkie większe zabiegi na zatoce i operacje na opuszczeniu poprzedzać podwiązaniem żyły jarzmowej. Prócz tego podwiązuje on żyłę w zakrzepowym zapaleniu samej żyły i w przerzutach

bez względu na obecność skrzepów w zatoce poprzecznej.

Bezold występuje przeciw bezkrytycznemu podwiązywaniu żyły, wychodząc z założenia, że rezultaty operacji na zatoce bez podwiązania żyły są niemniej pomyślne od wyników, jakie mają zwolennicy tego dodatkowego zabiegu. Wobec tego Bezold podwiązuje żyłę tylko w tych przypadkach, gdy rozmiękły, sposokowaciały skrzep dochodzi do opuszki lub też ciągnie się jeszcze niżej—do samej żyły.

Macewen radzi podwiązywać żyłę w przypadkach rozległego skrzepu i zajęcia zatoki na przestrzeni większej, niż $\frac{2}{3}$.

Jansen, Schlatter i inni utrzymują, że w skrzepach, umiejscowionych jedynie w zatoce, wystarcza operacja na tej ostatniej; podwiązanie żyły, zdaniem ich, wskazane jest tylko w braku twardego odgradzającego skrzepu lub też gdy ten ostatni znajduje się w stanie rozpadu.

Alexander nie uważa twardego odgradzającego skrzepu za przeciwskazanie do podwiązki żyły, albowiem spostrzeżenia jego wykazały, że zakończenia tych twardych skrzepów ze strony opuszki bardzo często są źródłem zakażenia.

Podług Toptasa, jeżeli skrzep nie dochodzi do opuszki, nie należy ani otwierać opuszki, ani podwiązywać żyły; jeżeli jednakże skrzep sięga głębiej i przez otwór w czaszce wydobyty cały być nie może, wówczas należy podwiązać żyłę i otworzyć opuszkę. Gdy żyła wypełniona jest skrzepami, otwiera on i tę ostatnią.

Uchermann podwiązuje żyłę tylko wówczas, gdy żyła jest chorobnie zmieniona, gdy jest pusta, gdy ściany jej są zlepione, lub gdy jest wypełniona skrzepami. Bada on żyłę dopiero wówczas, gdy po wykonanej na zatoce operacji trwają nadal objawy zakażenia i gdy występują objawy stanu zapalnego żyły (twardego sznurek wzdłuż żyły, bolesność okolicy żyły, gruczoły). Gdy po obnażeniu żyła okazuje się zdrowa, napełniona krwią, Uchermann nie podwiązuje jej na razie, lecz oczekuje, dopóki nie powstaną przerzuty. Gdy wyraźnie występują objawy zajęcia sprawą chorobną opuszki, jak np. ropień w okolicy opuszki lub ropień pozagardłowy, paraliż nerwów, sąsiadujących z opuszką (n. błędny, n. językowogardłowy), należy, zdaniem tego autora, podwiązać żyłę szyjną, otworzyć opuszkę, przeciąć samą żyłę i utworzyć w ten sposób jedną otwartą rynnę z zatoki, opuszki żyły.

Wspomnimy jeszcze, że Horsley podwiązuje żyłę jedynie w razie przerzutów.

John D. Richards radzi nie ograniczać się jedynie podwiązką żyły, lecz zaleca wyciąć część jej w trzech następujących wypadkach: 1-o gdy skonstatowano zapalenie zakrzepowe żyły szyjnej, 2-o gdy stwierdzono przerzuty i 3-o gdy stan chorego jest tak ciężki, że trepanacja jest niemożliwa.

Przekonaliśmy się, jaka różnorodność zdań panuje dotychczas w nauce co do omawianego przez nas zabiegu. Rozpatrzmy krytycznie te podstawy, na których opierają się wymienieni przez nas autorzy przy stawianiu wskazań do podwiązania żyły.

Przedewszystkiem ma tu rozstrzygać statystyka.

Pozwolę sobie przytoczyć kilka cyfr. Podług Heinego w klinice berlińskiej do roku 1902-go operowanych było 74 chorych z powodu zakrzepowego zapalenia poprzecznej zatoki mózgowej. Z tej liczby wyzdrowiało 36 chorych, zmarło 38; u pierwszej kategorii podwiązano żyłę 6 razy, u drugiej 8 razy. W klinice w Halli na 68 chorych wyzdrowiało 32, przyczem 3-em tylko podwiązano żyłę, zmarło zaś 36-u, a wśród nich u 9-u zastosowano podwiązkę żyły jarzmowej. Botey na kongresie w Peszcie podaje 8 swoich przypadków, z których 4 wyzdrowiały bez podwiązania żyły, a 4 zmarły, i u wszystkich tych chorych żyła była podwiązana. Moure wcale nie podwiązywał żyły. Na 15-tu jego chorych wyzdrowiało 8-iu, zmarło 7-iu. Ja miałem 6 przypadków skrzepów septycznych w zatokach mózgowych, nie powikłanych innymi chorobami i 3 przypadki, które operowałem z powodu zakrzepowego zapalenia zatoki mózgowej i innych powikłań wewnątrzczaszkowych (zapalenie błędniaka i zapalenie opon mózgowych). U chorych pierwszej kategorii w trzech przypadkach podwiązałem żyłę i wszyscy ci chorzy zmarli, u 3 pozostałych chorych nie podwiązywałem żyły i wszyscy ci wyzdrowieli. Chorzy drugiej kategorii zmarli, podwiązałem zaś żyłę w jednym tylko przypadku.

Cyfry, podane tu, przemawiają przeciw podwiązywaniu żyły, jednakże nie są one zupełnie przekonujące. Przedewszystkiem wiemy, że rokowanie w omawianej chorobie zależy od siły zakażenia, od wielkości, rozległości i charakteru zakrzepu i od umiejscowienia samej choroby. Stosunkowo najgorsze rokowanie dają 1-o umiejscowienie sprawy chorobnej w opuszcze lub w żyłce jarzmowej i 2-o skrzepy septyczne rozmiękłe, nie

odgraniczone od krwiobiegu skrzepem twardym. Otóż w statystyce najczęściej nie podawana jest ani siła zakażenia, ani rozległość samej sprawy chorobnej; nie wspomina się również, czy żyła była przewiązana podczas operacji na zatoce, czy też po pewnym dopiero czasie, gdy pierwsza operacja nie dała pomyślnego wyniku i ropnica w dalszym ciągu zagrażała życiu chorego. Te przypadki są najcięższe, dają najgorsze rokowanie i, jeżeli kończą się niepomyślnie po wtórnem podwiązaniu żyły i tem psują statystykę rzecznikom tego zabiegu, to ten sam rezultat, należy przypuszczać, w większości przypadków miałyby miejsce i bez drugiej operacji. Z liczby czterech chorych, u których podwazywałem żyłę szyjną, u jednego tylko wykonany był ten zabieg jednocześnie z operacją na zatoce, u trzech innych dopiero po dniach kilku, gdy objawy zakażenia nie ustępowały, gdy rokowanie i po operacji było złe. Większość autorów w statystyce swej nie podaje również, czy w przypadkach ich, prócz zajęcia zatoki mózgowej, nie było innych powikłań wewnątrzczaszkowych, jak ropień mózdzku, zapalenie opon mózgowych i t. p., które, jak wiadomo, pogarszają rokowanie.

Widzimy więc, że dane statystyczne, które rzekomo mają przemawiać przeciw podwazyce żyły jarzmowej, same nie mogą decydować o wartości omawianego zabiegu.

Podwazywanie i przecięcie żyły jarzmowej wewnętrznej, aczkolwiek nie zabezpiecza organizmu od przedostawania się tych samych zarazków do serca przez tę żyłę, jednakże nie zabezpiecza organizmu od przedostawania się tych samych zarazków do ogólnego krwiobiegu inną okólną drogą. Słusznie powołuje się Brieger na doświadczenia Genzmera, który dowiódł, że przy ucisku na żyłę jarzmową wewnętrzną powietrze z otwartej zatoki poprzecznej może przedostać się do żyły głównej górnej przez zatokę potyliczną, żyły kręgowe i żyłę samotną (*v. azygos*).

Głównymi drogami, przez które krew z mózgu spływa do serca, są obie symetrycznie położone zatoki poprzeczne i żyły jarzmowe wewnętrzne. Gdy jednakże jedna z tych żył z jakiegokolwiek powodu staje się niedrożna, wówczas rozwija się krążenie poboczne następującymi drogami:

1-o przez zatoki skalowe górną i dolną do zatoki jamistej, a stąd przez żyłę nadoczołową i oczne, górną i dolną do żyły jarzmowej poniżej przeszkody,

2-o z zatoki jamistej przez zatokę okólną

przechodzi krew do zatoki jamistej strony drugiej,

3-o liczne żyły wypustkowe i zatoka klinowociemieniowa przeprowadzają krew do żył czaszki, któremi dalej toruje sobie krew drogę na drugą stronę szyi,

4-o z zatoki potylicznej spływa krew do żyły szyjnej zewnętrznej przez żyły wypustkowe i splot żył kręgowych.

Widzimy więc, że zatoki mózgowe i żyły głowy powiązane są ze sobą licznymi połączeniami, że wobec tego wszelka niedrożność bardzo łatwo i szybko daje się wyrównać. Bardzo ciekawe pod tym względem są doświadczenia Becka. Słusznie utrzymuje ten autor, że, gdyby krążenie krwi po podwiązaniu żyły szyjnej wewnętrznej szybko nie wyrównało się, mielibyśmy po stronie operowanej objawy zastoiny, co uwydatniłoby się między innymi na żyłach siatkówki odpowiedniego oka. Jednakże Ruttin na 30 zbadanych chorych, u których żyła jarzmowa była podwiązana, mógł u 8-iu zaledwie chorych stwierdzić rozszerzenie żył siatkówki, u pozostałych 22 chorych nie anormalnego na dnie oka nie znalazł. Doświadczenia Becka na zdrowych wykazały, że gdy uciśnięto obie żyły jarzmowe wewnętrzne, żyły na dnie oczu były rozszerzone, gdy jednakże jedna z uciśniętych żył była zwolniona od ucisku, żyły oczne powracały szybko do normy. Dowodzi to, że krążenie w czaszce szybko się wyrównywa, że krew spływa z czaszki przez drugą wolną od ucisku żyłę jarzmową.

Podane tu dane anatomiczne i doświadczalne dowodzą, że przez podwazywanie żyły szyjnej nie da się powstrzymać zakażenia, że zarazki chorobotwórcze mają prócz głównej liczne drogi boczne, któremi dostać się mogą do ogólnego krwiobiegu. To samo potwierdza i klinika. W przypadkach ciężkich, gdy otworzenie zatoki mózgowej, usunięcie skrzepów i ewentualne wycięcie zmienionej zewnętrznej ściany zatoki nie wystarcza, gdy objawy septyczne trwają i po operacji, przystępujemy po dniach kilku do podwiązania żyły szyjnej i żyły twarzowej wspólnej. Leczenie i po tym zabiegu często stan choroby się nie zmienia. Te same dreszcze, te same wysokie wzniesienia ciepłoty z temi samymi zwolnieniami wskazują, że zarazki przedostają się w tych przypadkach do ogólnego krwiobiegu nie drogą główną, lecz boczną. Te nowoutworzone zespolenia żyłne często uwydatniają się pod skórą. U operowanego przezemnie chłopczyka 7-letniego z powodu zakrzepowego zapalenia zatoki mózgowej poprzecznej rozwi-

nęły się tak silnie żyły na czaszce, na czole i żyła jarzmowa zewnętrzna, że niektóre z nich dochodziły do grubości ołówka. Zdawałem sobie sprawę, że podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej w tym przypadku jest bezcelowe i podwiązałem ją dopiero po tygodniu, aby uczynić dla chorego wszystko, co możliwe. I ten zabieg oczywiście chorego nie uratował.

Pouczający pod tym względem jest też przypadek Warnecka z kliniki berlińskiej. Od strony serca zatoka była odgraniczona blizną, skrzep w zatoce mimo to wywoływał objawy septyczne, oczywiście przez przedostawanie się zarazków do krwi drogą boczną.

Chcę zwrócić uwagę na jedną okoliczność, mało uwzględnianą przy omawianiu interesującego nas tematu. Zakażenie wywołać mogą nie tylko skrzepy w zatoce, lecz i proces zapalny samych ścian zatoki i wpadających do nich żył. Wprawdzie podczas operacji wycinamy ze ściany zewnętrznej zatoki poprzecznej wszystko, co jest zmienione chorobnie, jednakże nie możemy tego uczynić zawsze z żyłami wypustkowymi, jest rzeczą niemożliwą usunąć ściany zatok skalowych i wewnętrznej ściany zatoki poprzecznej, która wprawdzie rzadko, lecz może też być zajęta sprawą chorobną. Mamy więc w takich przypadkach do czynienia z szerzeniem się choroby *per continuitatem*, czego podwiązanie żyły jarzmowej nie jest w stanie powstrzymać.

Zwolennicy podwiązania żyły jarzmowej w każdym stwierdzonym przypadku septycznego zakrzepu w zatoce poprzecznej opierają swe zdanie i na tem, że podczas wydobywania z zatoki skrzepów cząsteczki tych ostatnich lub też powietrze dostać się mogą do serca i spowodować niepożądane zatory w płucach i w innych narządach. Aczkolwiek kilka przypadków zatoru powietrznego notowanych jest w literaturze (przypadki Kuhna, Macewena, Meiera), spotykają się one jednakże tak wyjątkowo rzadko, że nie mogą być brane w rachubę. Już samo poziome położenie chorego podczas operacji z nieco skróconą na bok głową (a w takim położeniu wszak operujemy) do pewnego stopnia zabezpiecza chorego od przedostania się powietrza do serca. Zator powietrzny jest raczej możliwy w pozycji siedzącej chorego przy opatunku (przypadek Taptasa). Przeciw przedostawianiu się do ogólnego krwioobiegu powietrza i cząsteczek skrzepów po otworzeniu zatoki przemawia i ta okoliczność, że wskutek silnego ciśnienia, pod jakim znajduje się krew żylna w czaszce, wytryska ona z zatoki po wydo-

byciu skrzepu z taką siłą, że wymywa i wyrzuca nazewnątrz całą pozostałą zawartość zatoki. Krew płynie narazie nie w stronę serca, lecz w stronę przeciwną (*retrograder Blutstrom*).

Gdy jednakże sprawa chorobna przesuwą się niżej, gdy zajęta jest opuszka lub żyła szyjna, możliwość zatorów wzrasta i wówczas podwiązka jest wskazana.

Zastanowimy się obecnie nad tem, czy omawiany zabieg jest zupełnie niewinny, jak to przedstawiają jego bezwzględni zwolennicy.

Badania Linsera nad czaszkami wykazały, że w 3% czaszek jedna dziura jarzmowa jest znacznie węższa od drugiej, że ma ona zaledwie w takim wypadku 3—4 milim. średnicy. Odpowiednio jest też zwężona wychodząca z niej żyła jarzmowa. Anomalia ta ma miejsce po stronie lewej 5 razy częściej, niż po stronie prawej. Jest rzeczą zrozumiałą, że podwiązanie żyły szerszej przy takiej anomalii może nie przejść dla chorego zupełnie bezkarnie. Nagła zmiana warunków cyrkulacyjnych w mózgu wywoła silne przekrwienie, obrzęk mózgu lub wylewy krwawe, mogące nawet doprowadzić do śmierci. Znane są z literatury podobne przypadki Grunerta, Rohrbacha i Nürnberga. Wspomnę jeszcze o przypadku E. Urbantschitscha, który jeszcze nie wszedł do literatury, a który przedstawiony został w roku zeszłym na posiedzeniu Towarzystwa Otologicznego w Wiedniu. Po podwiązaniu żyły jarzmowej prawej u chorego wystąpiły objawy paralizu nerwu odwodowego (*n. abducens*) lewego oka. Badanie dna oka w tym przypadku wykazało obustronne przekrwienie i obrzęk nerwu wzrokowego, liczne wylewy krwawe i pasma wysiękowe. Niewątpliwie miał tu miejsce wylew krwi do substancji jądra nerwu obwodowego lewego z powodu silnego przekrwienia mózgu, wywołanego prawdopodobnie zwężeniem drugiej, t. j. lewej żyły szyjnej. Również Berggren opisał na posiedzeniu otologów duńskich w r. 1917 przypadek zaburzeń cyrkulacyjnych w mózgu po podwiązaniu żyły szyjnej wewnętrznej.

Drugie niebezpieczeństwo, jakie grozi choremu po podwiązaniu żyły jarzmowej, to przedostanie się skrzepów z zatoki poprzecznej do zatoki skalowej dolnej i następnie dalej do zatoki jamistej z najfatalniejszymi dla chorego następstwami. Aczkolwiek wielu autorów nie zgadza się ze zdaniem, że dalsze rozszerzanie się skrzepów na sąsiednie zatoki zależne jest od podwiązania żyły jarzmowej, tem niemniej w literaturze opisane są przypadki,

które przemawiają za tą możliwością. Przekonywującymi są zwłaszcza przypadki Heinego i Briegera, mniej przekonującym jest przypadek z kliniki Schwartzego, podany przez Grunerta i Szulzego. Więcej podobnych przypadków w literaturze nie znalazłem. Ponieważ i ja wspólnie z kol. Okuszką obserwowałem chorego, u którego przedostanie się skrzepów do zatoki jamistej nastąpiło po i niewątpliwie wskutek podwiązania żyły jarzmowej, uważam za właściwe przypadek ten w tym miejscu szczegółowiej nieco opisać.

Chory, lat 47, robotnik fabryczny zachorował na 3 dni przed operacją. T, 39, tętno 115, chroniczne ropne zapalenie ucha środkowego lewego, wyrostek niebolesny, obrzęku niema; ból w lewej połowie głowy. Dreszczu nie było, chód chwiejny, chory pada na stronę prawą, oczopląs na stronę prawą. Operacja wykazała prócz przetoki kanału łukowatego poziomego zgorzel zewnętrznego ściany poprzecznej zatoki, a w niej cuchnące sposokowaciełe skrzepy krwi i cuchnąca ropa. Skrzepy wydobyto, dopóki nie natrafiono na twardą przeszkodę w kierunku opuszki i w górnej części. Żyła jarzmowa i twarzowa wspólna podwiązane. Na drugi dzień po operacji obrzęk lewej połowy twarzy i spojówek lewego oka; na trzeci dzień obrzęk spojówek obu oczu, lewego większy. Czwartego dnia obrzęk obu spojówek tak wielki, iż dla uniknięcia uwięźnięcia ich między powiekami musiano dokonać skaryfikacji; wytrzeszcz oka prawego, zaczerwienienie i obrzęk powieki górnej prawej. Piątego dnia spojówki jeszcze bardziej obrzękłe, również wzmógł się wytrzeszcz prawego oka. Następnego dnia—śmierć.

Oczywiście, że z historii choroby podałem to tylko, co nas w tej chwili interesuje. Aczkolwiek chory czuł się zupełnie dobrze i mógł pracować, jako robotnik fabryczny, sprawa chorobna musiała tu trwać czas dłuższy, skoro zdążył on wywołać martwicę zewnętrznego ściany zatoki i rozkład skrzepów krwi. Przy operacji usunięto wszystkie skrzepy miękkie, dopóki nie natrafiono na opór twardy w kierunku opuszki. Opuszka była wolna od skrzepów, gdyż żyła jarzmowa wewnętrzna napełniona była krwią, a to niema miejsca, gdy nie dochodzi do niej krew z zatoki skalowej dolnej i żyły kłykciowej przedniej. Należy więc przypuszczać, że do skrzepu, który uformował się w opuszcze po podwiązaniu żyły, przedostały się zarazki z otwartej zatoki poprzecznej, a następnie z opuszki przez zatokę skalową dolną przedostał się skrzep do zatoki jamistej. Że mieliśmy tu do czynienia z zajęciem zatoki jamistej, a nie z obrzękiem, jaki niekiedy widujemy po podwiązaniu żyły twarzowej wspólnej, świadczą wytrzeszcz i większy obrzęk po stronie prawej, niż po lewej, gdzie żyły były podwiązane.

Należy tu przytoczyć też zdanie Briegera, który utrzymuje, że podwiązanie żyły jarzmowej niebezpieczne nie jest i z tego względu, że formujący się po podwiązaniu żyły skrzep o wiele łatwiej podlega zakażeniu, niż krew płynna w opuszcze lub w żyłę, krew bowiem płynna jest bakteryobójcza.

Przypadek mój i dowodzenia Briegera przeczą do pewnego stopnia twierdzeniu Töröka, który podwiązuje żyłę i w tych przypadkach, gdzie po oczyszczeniu zatoki ze skrzepów daje się stwierdzić w kierunku opuszki twardy skrzep, odgraniczający źródło zakażenia od krwi w żyłę jarzmowej. Török dowodzi, że przez podwiązanie żyły on wzmacnia jedynie i powiększa pierwotny wał ochronny.

Przedstawiliśmy krytycznie z jednej strony te przypuszczalne korzyści, jakie dać nam może podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej, z drugiej strony to niebezpieczeństwo, na jakie narażamy chorego przez ten zabieg operacyjny. Przekonaliśmy się, że od przedostania się zarazków drogą boczną podwiązka żyły nie chroni organizmu, że w celu zabezpieczenia od przerzutów jest ona wskazana przedewszystkiem przy operacjach na opuszcze i przy zajęciu sprawą chorobną samej żyły; przekonaliśmy się również, że zabieg ten przedstawia bardzo małe niebezpieczeństwo dla chorego, że wyniki niepomyślne, zależne od podwiązania żyły, należą do bardzo rzadkich. Stąd wynika, że można mówić raczej o zbędności omawianego zabiegu, jak chcą Moure, Rolland, Delseux, lecz nie, jak chcą inni, nap. Botey, o jego szkodliwości.

Atoli w bardzo wielu wypadkach podwiązanie żyły jarzmowej oddaje nam ogromne usługi i staje się niezbędne. Ma to miejsce wówczas, gdy obraz chorobny, stwierdzony podczas lub po operacji pozwala nam przypuszczać, że zarazki chorobotwórcze mają otwartą drogę do serca przez żyłę szyjną wewnętrzną, i gdy stwierdzić się daje zajęcie opuszki lub samej żyły jarzmowej. Wobec powyższego uważam za rzecz ważną podać dla interesującego nas zabiegu, o ile to możliwe, ściśle wskazania.

Na podstawie krytycznej podanej wyżej oceny zdań rozmaitych autorów, na podstawie materiału własnego i obserwowanego w klinikach otologicznych uważam, że podwiązywać żyły nie należy 1-o w przypadkach, gdzie zatoka jest napełniona krwią i możliwe są jedynie skrzepy przyścienne i 2-o gdy po wydobyciu skrzepów znajdujemy w kierunku opuszki twardy opór—skrzep twardy lub zro-

śnięte ściany zatoki. Również nie należy podwiązywać żyły, gdy skrzep miękki udało się wydobyć łyżeczką i krew wytrysnęła z opuszki silnym strumieniem. Gdy jednakże objawy septyczne po kilku dniach nie ustępują, gdy po usunięciu tamponu z zatoki krew z niej silnym strumieniem nie wytryska ponownie, należy skrzep powtórnie usunąć, a żyłę podwiązać.

Bezwzględnie podwiązać należy żyłę 1-o gdy rozmiękle, sposokowaciałe skrzepy ciągną się w kierunku opuszki tak daleko, że przez otwór trepanacyjny wydobyć się nie dają w całości, 2-o gdy skrzepy znajdują się w opuszcze, 3-o gdy sprawą chorobną zajęta jest opuszka, względnie sama żyła jarzmowa i 4-o gdy występują przerzuty.

Nie poruszając bliżej sprawy techniki interesującego nas zabiegu, wspomnę tylko, że w celu zabezpieczenia żyły twarzowej wspólnej od przedostania się do niej zakażonych skrzepów, podwiązujemy zazwyczaj i tę ostatnią; żyłę jarzmową przecinamy między dwiema podwiazkami. Gdy w żyłę szyjnej znajdują się skrzepy, podwiązać należy poniżej skrzepów, a górną część żyły można pozostawić bez podwiązki, przyczem w razie przejścia sprawy zapalnej na ten górny odcinek żyły, należy odpowiednią część żyły wyciąć.

Bardzo często, mimo podwiązania żyły, groźne objawy zakażenia ogólnego trwają nadal, a z opuszki wydziela się cuchnąca ropa; wskazane jest wówczas następujące postępowanie, zaproponowane jeszcze przez Zaufala, a wprowadzone w życie przez Ballance'a, Pritscharda, Grunerta, Chipaulta i innych.

Już poprzednio podwiązany górny odcinek żyły obnaża się na większej przestrzeni, zdejmując się z niej podwiazkę, ostrożnie wydobywa się łyżeczką skrzepy z zatoki i z żyły i następnie przez otwartą żyłę przepuszcza się pod słabym ciśnieniem roztwór płynu aseptycznego lub fizyologiczny roztwór soli. O ile przepuszczony przez żyłę płyn nie jest w stanie wymyć wszystkich skrzepów i nie wystaje się on nazewnątrz przez otwór w zatoce, staramy się usunąć przeszkodę przez ostrożne wprowadzenie do opuszki ze strony żyły i ze strony zatoki miękkiego zgłębnika lub cienkiego drenu.

Alexander wszywa żyłę do górnego brzegu rany skórnej, przez co tworzy z żyły przetokę, przez którą wydobywa się z opuszki ropa. Jeżeli żyła jest naplniona płynną krwią, Alexander wszywa ją podwiązaną i dopiero po 2—3 dniach, gdy wypełnia się ona skrzepami, zdejmując podwiazkę; gdy natomiast żyła wypełniona jest skrzepami lub jest pusta, wszywa ją bez podwiązki. Dalsze postępowanie Alexandra nie różni się wiele od postępowania wspomnianych wyżej autorów. Po przemyciu utworzonego w ten sposób jednego kanału z żyły, opuszki i z zatoki Alexander zakłada sącdek jeden do żyły, drugi przez otwór w zatoce do opuszki. Zazwyczaj po 12-tu mniej więcej dniach ściany żyły i zatoki zlepiają się, i chory szybko powraca do zdrowia.

Tak jednakże bywa nie zawsze. W ciężkich przypadkach, gdy opuszka sama zajęta jest sprawą chorobną, zabieg ten nie wystarcza: ropa nadal sączy się z żyły i z zatoki, ciepłota nie opada, siły chorego słabną. Wskazany jest wówczas, o ile stan chorego jeszcze na to pozwala, inny poważniejszy zabieg — otworzenie opuszki i utworzenie z żyły, opuszki i zatoki jednej otwartej ryny. Niekiedy otworzenie opuszki winno być wykonane jednocześnie z operacją na zatoce, a mianowicie wówczas, gdy zapalenie zakrzepowe opuszki nie ulega wątpliwości i gdy skonstatowaliśmy ropnie w okolicy opuszki, ropień pozagardzielowy, ucisk na nerwy, sąsiadujące z opuszką i t. d.

W końcu powinniśmy jeszcze zastanowić się nad kwestią, kiedy należy podwiązać żyłę szyjną: przed trepanacją wyrostka i utworzeniem zatoki, czy też po operacji na wyrostku. Oczywiście ze względów aseptyki podwiazka żyły powinna poprzedzić trepanację wyrostka, jednakże dla zabiegu na żyłę postawiliśmy dosyć ściśle wskazania i dla tego nie zawsze przed obnażeniem, a nawet utworzeniem zatoki będziemy mogli stwierdzić konieczność podwiązki.

Stosownie do podanych przez nas wskazań powinniśmy rozpocząć operację od podwiązania żyły, 1-o gdy sama żyła jest zajęta sprawą chorobną, 2-o gdy wskazane jest utworzenie opuszki i 3-o gdy przed operacją stwierdzono przerzuty.

O białym odczynie skóry, jako rzekomym objawie niedomogi nadnerczy.

Podał

Karol Rozenfeld (Częstochowa).

(Dokończenie—patrz № 40).

Po nakreśleniu na skórze znaku trzeba przeczekać kilkanaście sekund, ponieważ wystąpienie odczynu poprzedza okres utajony. Dopiero po upływie 10-20, najczęściej 15 sekund, następuje zbienie skóry, początkowo zarysowane słabo, które po 20-30 sekundach osiąga maximum swego natężenia. Trwa ono przez pewien czas bez zmiany i w końcu, tracąc powoli barwę białą, rozplywa się w otoczeniu. Sądzę, że te dwie okoliczności, a mianowicie kilkunastosekundowy okres utajenia i brak odczynu po podrażnieniach mocniejszych, stosowanych zwykle w badaniach dermatograficznych, tłumaczą nam przyczynę, dla której biały odczyn skóry uchodził w piśmiennictwie do czasów ostatnich za zjawisko wyjątkowo rzadkie.

Po tych uwagach wstępnych, czerpanych z własnego doświadczenia, przechodzę do właściwego tematu. Pierwszą serję badań wykonałem na 100 chorych gruźliczych. W tem było 70 mężczyzn i 30 kobiet. Wiek badanych — od 16 do 48, najczęściej od 20 do 35. W pierwszym okresie gruźlicy (Turban-Gerhardt) było 46 osób, w drugim—30, w trzecim—24. Z gorączką, włączając stan podgorączkowy, było 52, bez gorączki—48.

Wyniki badania ująłem w formę tablic, w

T A B L. I.

	Ogólna liczba osób	Przypadki z odczynem dodatnim	Przypadki z odczynem ujemnym	% odczynu dodatniego	% odczynu ujemnego
Mężczyźni	70	48	22	68%	32%
Kobiety	30	13	17	43%	57%

TABLICA II.

Czas trwania odczynu	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Liczba osób
Mężczyźni	15	17	9	5	2	48
Kobiety	6	4	2	1	—	13

których pod nazwą odczynu dodatniego rozumiem wyraźne zbienie skóry, trwające nie mniej, niż minutę, pod nazwą odczynu ujemnego zupełny brak pręgi białej lub zbienie, wy-

rażone słabo i trwające krótko - kilkanaście sekund. Czas trwania odczynu podany w minutach.

Jak widać z powyższego, biały odczyn skóry jest objawem bardzo częstym w przebiegu gruźlicy, spostrzegałem go bowiem w 61 przypadkach (61%). Prócz tego stwierdziłem, że występuje on częściej u mężczyzn (68%), niż u kobiet (43%). Ponieważ przystępując do tej pracy, byłem pod wrażeniem utartej w piśmiennictwie opinii o rzadkości białego odczynu, nie spodziewałem się wcale takiego wyniku. Mimowoli rodziło się pytanie, czy te wszystkie przypadki z odczynem dodatnim traktować mamy w oświeceniu teorii Sergenta i białą pręgę uważać za objaw skrytej i współistniejącej niedomogi nadnerczy? Bliższa analiza przypadków zarówno z odczynem dodatnim, jak ujemnym, daje odpowiedź przeczącą. Nie uważam za stosowne rozstrzygać, czy zasadniczo słuszne jest zmniejszenie ciśnienia krwi i osłabienie ogólne w gruźlicy płuc traktować, jako objawy niedomogi nadnerczy, tem więcej, że do sprawy tej chciałbym powrócić w najbliższej przyszłości. Ale gdybyśmy nawet zgodzili się, że tak jest istotnie, to przez zestawienie białej pręgi z innymi domniemanymi objawami niedomogi nadnerczy, dojdziemy do wniosków najzupełniej sprzecznych. Nie chcąc przeładowywać tego artykułu opisem poszczególnych przypadków oraz niepotrzebnymi liczbami, zaznaczę ogólnie, że odżywienie, stan choroby, gorączka nie wywierają widocznego wpływu na częstość białego odczynu. Pozwolę sobie przytoczyć tylko jedną tablicę, w której zestawilem ciśnienie krwi skurczowe, mierzone oscylometrem Pachana, i czas trwania odczynu.

TABLICA III.

Czas trwania odczynu		1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Liczba osób
Ciśnienie krwi	niskie	9—10	2	2	—	1	5
		11	5	3	2	—	10
		12	7	8	5	2	22
	wysokie	13—17	7	7	4	2	22
		18	—	1	—	1	2

Już powierzchowny rzut oka na powyższą tablicę przekonywa, że nie może być mowy o ścisłej zależności białej pręgi od niskiego ciśnienia krwi, ani też o odpowiedniości między jego poziomem i czasem trwania odczynu. Na ogólną liczbę 61 przypadków odczynu dodatniego u 22 chorych ciśnienie krwi było prawidłowe (13-17), a u 2 nawet lekko zwiększone (18). Silny odczyn czterominutowy spostrzegany był raz jeden przy ciśnieniu b. niskim (10), 2 razy przy lekko zmniejszonym, 2 razy przy prawidłowym i raz - przy zwiększonym. To samo z pewnemi zmianami możemy powiedzieć o odczynie jedno, dwu i trzuminutowym. Odczyn zaś pięciominutowy notowany był tylko u dwóch chorych z ciśnieniem krwi zupełnie prawidłowym. W dodatku w kilku przypadkach ostatniej kategorii stan ogólny i samopoczucie chorych były względnie dobre, nie było bezsilności ani jakichkolwiek zaburzeń przewodu pokarmowego, tak właściwych niedomodzi nadnerczy. To też wyłączając na podstawie klinicznej schorzenie nadnerczy i spostrzegając równocześnie pręgę białą, zwątpiłem po raz pierwszy o znaczeniu jej, jako objawu niedomogi tego narządu i powziąłem podejrzenie, że jest ona objawem, przypadkowo współtowarzyszącym gruźlicy, i zależnym od jakichś nieznanych mi bliżej osobniczych właściwości skóry. Przypadki z odczynem ujemnym jeszcze więcej utwierdziły mnie w tem przekonaniu. U kilkunastu chorych z rozpadem płuc, gorączką, przyspieszonym tętnem, niskim ciśnieniem krwi (9-11), osłabieniem i zaburzeniami przewodu pokarmowego, pręgi białej odnaleźć nie mogłem. Takich przypadków naliczyłem 12, w tem 2 z ciśnieniem krwi tak niskim, że przy pomocy oscylometru nie można było go wcale określić. A przecież w tych właśnie przypadkach można było raczej spodziewać się uogólnienia sprawy gruźliczej i wtórnego schorzenia nadnerczy.

Słuszność nakazuje przyznać, że w moim materiale nie brak spostrzeżeń przeciwnych, które na pierwszy rzut oka mogłyby przemawiać na korzyść poglądów Sergenta. Należy tutaj kilka przypadków ciężkiej gruźlicy, w których pręga biała współistniała z niskim ciśnieniem krwi i silnem osłabieniem ogólnem, prócz tego fakt, uwydatniony w ostatniej tablicy, że bądź jak bądź na 61 chorych z odczynem dodatnim w większości przypadków (37) ciśnienie krwi było zmniejszone. Sądzę jednak że wobec omówionych przed chwilą sprzeczności, wysnuwanie stąd wniosków o szczególniejszem powinowactwie tych zja-

wisk powinno być wyłączone. Biały odczyn czterominutowy mógł być tak samo przypadkowy przy ciśnieniu 10, jak był przypadkowy przy ciśnieniu 18. Fakt zaś pozornej przewagi białego odczynu przy ciśnieniu niskim tłumaczy się tem, że u większości chorych gruźliczych ciśnienie krwi ulega zmniejszeniu.

Wspomnę wreszcie, że ciemniejsze bronzowawe zabarwienie skóry, dosyć często spostrzegane w gruźlicy płuc i zaliczane przez niektórych autorów do objawów lekkiej niedomogi nadnerczy, nie jest wcale czynnikiem, któryby sprzyjał występowaniu pręgi białej. Chociaż szczegółu tego nie notowałem, miałem wrażenie, że skóra ciemna lub śniada częściej oddziaływa ujemnie.

Przychodzimy zatem do wniosku, że pogląd Sergenta niema ścisłej podstawy faktycznej, że dwa zjawiska, niezaprzeczenie dosyć często współistniejące ze sobą: pręga biała i niskie ciśnienie krwi, zostały niesłusznie połączone związkiem przyczynowym. Ale badania te nie rozstrzygnęły sprawy ostatecznie, nie wyjaśniły, czem się tłumaczy niezwykła częstość odczynu białego w gruźlicy płuc i jakie jest jego istotne znaczenie. Chcąc sobie na to pytanie odpowiedzieć, postanowiłem obrać drogę pośrednią i sprawdzić, jakie jest oddziaływanie skóry w warunkach prawidłowych, u ludzi zupełnie zdrowych. W tym celu wykonałem dwie serye badań: jedną w lazarecie rosyjskim w Tambowie na 150 żołnierzach, drugą po powrocie do Częstochowy—na 100 kobietach. W pierwszym przypadku miałem do czynienia z osobnikami między 21 i 44 r. życia, zdrowymi, albo ozdrowieńcami po drobnych ranach postrzałowych i krótkotrwałych, mniej ważnych cierpieniach wewnętrznych. W drugim przypadku korzystałem z materiału ambulatoryjnego, wyłączając skrzętnie gruźlicę oraz wszelkie choroby, które tak czy owak mogłyby zaważyć na szali odczynu. Wiek kobiet wahał się od 1. 18 do 46. Wyniki badania zestawilem wspólnie w dwóch następujących tablicach:

TABLICA IV.

	Ogólna liczba osób	Przypadki z odczynem dodatnim	Przypadki z odczynem ujemnym	% odczynu dodatniego	% odczynu ujemnego
Mężczyźni	150	101	49	67%	33%
Kobiety	100	48	52	48%	52%

TABLICA V.

Czas trwania odczynu	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	6 m.	7 m.	8 m.	10 m.	Liczba osób
Mężczyźni	34	25	19	9	8	3	1	1	1	101
Kobiety	21	16	6	2	1	1	1	—	—	48

Porównując tablicę I i IV, widzimy, że częstość odczynu białego u mężczyzn zdrowych i gruźliczych jest prawie jednakowa, u pierwszych 67⁰/₀, u ostatnich — 68⁰/₀. U kobiet, będąc wogóle niższą, różni się niewiele: u zdrowych — 48⁰/₀, u gruźliczych — 43⁰/₀. Różnice w natężeniu i czasie trwania odczynu są tak nieznaczne, że nie warto na nich zatrzymywać się dłużej. Ponieważ masowe określenie ciśnienia krwi wydawało mi się bezcelowe, przestałem na zbadaniu przypadków z odczynem mocnym, trwającym 4 minuty i więcej. We wszystkich tych przypadkach ciśnienie krwi było prawidłowe, czasami lekko zwiększone (13 — 20). Odczyn najdłuższy 10 minutowy spostrzegałem u osobnika lat 21, zdrowego z ciśnieniem 15. Odczyn 7 minutowy notowany był u 35 letniej kobiety z ciśnieniem 16 ¹⁾.

Badania te oczywiście prowadzą do wniosku, że ani niskie ciśnienie krwi, właściwe gruźlicy, ani prawdopodobieństwo częstego schorzenia nadnerczy nie wywierają jakiegosc wpływu szczególnego na oddziaływanie skóry. Częstość białego odczynu w gruźlicy, która początkowo wydawała mi się tak dziwną i niezrozumiałą, jest tylko pozorną, odpowiada bowiem stosunkom, spostrzeganym u ludzi zdrowych. Odkrycie Sergent'a było wynikiem nieporozumienia, a przede wszystkim niezajomość tego faktu, że u większości ludzi w warunkach prawidłowych skóra pod wpływem lekkich podrażnień bieleje. Sądze nawet, że to oddziaływanie skóry w rzeczywistości zdarza się częściej, niż podałem wyżej. Po pierwsze, u kobiet badałem częściej skórę pleców, niż brzucha, co zapewne zmniejszyło odsetek wyników dodatnich. Powtóre, zbienie skóry słabiej zaznaczone, trwające kilka lub kilkanaście sekund, zaliczyłem do odczynu ujemnego. A przecież, skoro mówi się ogólnie o oddziały-

waniu skóry, należałoby i te przypadki uwzględnić. To też na podstawie wrażeń osobistych skłonny jestem przypuszczać, że biały odczyn skóry jest nieznanym dotychczas bliżej objawem fizjologicznym o bardzo szerokiej skali natężenia. Istnieje cały szereg przejść stopniowych od zbielenia bardzo słabo zarysowanego do odczynów mocnych, trwających 10 minut i więcej ¹⁾.

Ponieważ w wielu zjawiskach ustrojowych niezawsze możemy przeprowadzić ostrą granicę między stanem zdrowia i choroby, więc i tutaj trudno wyłączyć z góry przypuszczenie, że odczynu długotrwałe kilkominutowe, spostrzegane rzadziej, mogłyby być wyrazem jakiegoś stanu patologicznego. Osobiście wolę się powstrzymać się od przedwczesnych i jałowych hipotez. Początkowo dermatografia biała sama przez się nie stanowiła bezpośredniego celu moich badań, zainteresowała mnie tylko z powodu objawu Sergent'a. Badania późniejsze, podjęte przeze mnie w lazaretach rosyjskich w rozmaitych stanach chorobnych, w cierpieniach nerwowych organicznych i czynnościowych, w chorobach gorączkowych, w obrzękach skóry na tle zapalenia nerek, w niektórych sprawach wago-tonicznych i sympatykotonicznych, kilka prób z wstrzykiwaniem

¹⁾ W naszym piśmiennictwie sprawą naczynioruchowego oddziaływania skóry zajmował się między innymi Biegański. Jego zdaniem, prawidłowy i zwykły odczyn skóry przedstawia się w następujący sposób. Po nakreśleniu znaku występuje nasamprzód zbienie, trwające b. krótko, zaledwie parę sekund, czasem niecałą sekundę, poczem ukazuje się środkowa pręga czerwona, otoczona z obu stron białymi pasami. Całe zjawisko trwa od 2 do 6 minut. Oczywiście Biegański za odczyn prawidłowy uważał ten rodzaj oddziaływania skóry, jaki spostrzegamy u wielu ludzi po zastosowaniu mocniejszych podrażnień. Wspomniałem o nim pobieżnie, opisując przypadek odczynu białego czterominutowego. Uważam jednak za konieczne dodać, że u tych samych ludzi podrażnienia słabe będą wywoływać często tylko zbienie skóry bez zaczerwienienia i naodwrot podrażnienia mocne — wyraźną pręgę czerwoną ze słabą lub ledwie zaznaczoną białą obwódką. Nie mniej jednak i te ostatnie odmiany oddziaływania skóry będą dla danego osobnika zupełnie prawidłowe. To też mówiąc o prawidłowości odczynu, musimy uwzględnić nie tylko wielkie wahania i różnice osobnicze między ludźmi, ale nadto musimy pamiętać o całej skali możliwych odmian i odcieni u poszczególnej jednostki — zależnie od siły zastosowanego podrażnienia. Dopóki w badaniach dermatograficznych, ta ostatnia okoliczność nie będzie należycie uwzględniona, dopóty nie będzie zgodności w opisach prawidłowego oddziaływania skóry, podawanych przez różnych autorów.

¹⁾ W ostatnich dniach spostrzegałem przypadek, w którym u 48 letniej kobiety z przewlekłym zapaleniem mięśnia sercowego i nerek na tle stwardnienia tętnic biały odczyn trwał 3 minuty przy ciśnieniu skurczowym 28, rozkurczowym 16.

podskórnem atropiny, pilokarpiny i adrenaliny — nie stanowią całości zaokrąglonej na tyle, żebym mógł wysnuwać szersze uogólnienia na ściśle naukowej podstawie. Odniosłem jednak to wrażenie, że białą pręgę trudno powiązać z jakimkolwiek określonym stanem chorobnym i że przynajmniej na razie dermatografia biała nie może być wyzyskana dla celów klinicznych.

W zakończeniu nie mogę pominąć milczeniem jednego przypadku, który zdaje się rzucać nieco światła na mechanizm interesującego nas zjawiska. Rzecz dotyczy 29 letniego żołnierza z przestrzelonym w części piersiowej kręgosłupem i rdzeniem kręgowym. Były objawy obustronnego porażenia kończyn dolnych, zupełnej bezczułości, porażenia pęcherza i odbytnicy. A jednak mimo przerwanoego przewodnictwa rdzenia, białe odczyny na skórze dolnej części brzucha i obu ud były wcale wyraźne i trwały 3 minuty. Odruch dokonąć się musiał na obwodzie bez udziału ośrodka naczynioruchowego, znajdującego się w rdzeniu przedłużonym. Nadmieniam na wstępie, że podług Muellera dermatografia wiąże się ściśle z funkcją komórek kurczliwych

Mayera w naczyniach włosowatych skóry. Otóż zbieżenie skóry miałoby być bezpośredni następstwem skurczu tych komórek i zwężenia naczyń, zaczerwienienie zaś, zjawiające się pod wpływem silniejszych podrażnień — następstwem porażenia naczyń i przekrwienia skóry. Przypadek nasz mógłby przemawiać za obwodowym pochodzeniem odczynu białego w myśl poglądów Mueller'a. Oczywiście pozostaje do wytłumaczenia wiele kwestyi, związanych z tem oddziaływaniem skóry. Między innemi nie znamy przyczyny okresu utajenia, znacznych wahań osobniczych w czasie trwania odczynu, stosunku dermatografii białej do czerwonej. Ogłaszając niniejszy przyczynek, chciałem z jednej strony zapobiedz błędom rozpoznawczym, jakie mogą wynikać z przyjmowania na wiarę poglądu Sergent'a, z drugiej zaś strony pragnąłem podać do wiadomości ogólnej fakt nowy, w naszym piśmiennictwie bliżej nieznany. Chciałbym, żeby uwagi moje stały się punktem wyjścia nowych prac i badań, któreby pozwoliły lepiej zrozumieć i wnikać w istotę tego ciekawego zjawiska.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) Barthelémy: Du dermatographisme Dermatol Kongress. Wien. 1892. 2) Dr H. Stursberg: Ueber die Bedeutung der Dermatographie für die Diagnose funktioneller Neurosen. D. Arch. f. Kl. Med. 1905 138 83 str. 586. 3) Rudniew: Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière 1910 cyt. podług Aswadurowa. 4) L. Mueller: Neural. Centralblatt 1913 podług Aswadurowa. 5) Predteczenski: Prakt. Wracz 1911 podług Aswadurowa. 6) Aswadurow: O dermatografizmie. Wraczbn. Gaz. 1916 № 35. 7) E. Sergent: Le Diagnostic du syndrome d'insuffisance surrénale pure. Soc. d. hôpit. 1904. 8) Lautier et Gregoire: La ligne blanche dite sur-

renale, recherches cliniques C. r. S. B. 1910 9) M. Lucien et J. Varisat: Glandes surrenales et organes chromaffines. Paris 1913 str. 337. 10) Loeper: Odczyn nadnerczowy i szczepienia przeciwdurkowe. Presse med. X. 1916. Ref. w Pol. Miesięczniku Lek. № 2 XI 1916. 11) A. Biedl: Innere Sekretion 1913. I str. 401. 12) Sézary: Les glandes surrenales des tuberculeux C. r. S. B. XII 1908. 13) A. Poncet et R. Leriche: Le tuberculose inflammatoire. Parls 1912 str. 314. 14) W. Biegański: O naczynioruchowym oddziaływaniu skóry i o sztucznej pokrzywce. Medycyna t. XII r. 1885.

O D C I N E K.

Choroby weneryczne u prostytutek we Lwowie w czasie wojny 1914—1918.

W ustawie karnej austr. odnosi się do nierządu § 512, który powiada, że „przekroczenia stręczenia do nierządu stają się winnymi ci: a). którzy nierządnicom do wykonania zabronionego zatrudnienia dają u siebie zwycajne mieszkanie lub przytułek: b). którzy doprowadzeniem takich osób się trudnią, c). którzy są pośrednikami w tego rodzaju zatrudnieniach“. W miejsce zniesionego w roku 1885 §. 509 ust. karn. obowiązuje §. 5 ustawy o włóczęgostwie, który powiada: „karanie kobiet, żyjących z nierządu cielesnego należy

zostawić władzom bezpieczeństwa. Jeżeli kobiety takie 1). żyją ciągle z nierządu pomimo policyjnego karania, lub 2). gdyby istniały zarządzenia policyjne, a one się do nich nie stosują, albo 3). żyją z nierządu, chociaż wiedzą, że są dotknięte chorobą weneryczną lub 4). wywołują przez jawność uderzającą zgorzelenie lub 5). uwodzą młodzieńców, karane będą aresztem śledczym od dni 8-miu do 3-ch miesięcy, — względnie 1. do 6. miesięcy“.

Z brzmienia ustawy karnej wynika zatem, że trudnienie się nierządem jest niedo-

zwolone, zaś z ustawy o włóczęgostwie, że nierząd winien być karany policyjnie, a jeśli mimo kary policyjnej nie ustaje, podlega karze sądowej.

W pewnej sprzeczności zatem do ustawy, sprzeczności niezaprzeczanej przez wybitnych prawników (:Rosenblatt:) stoją przepisy wydane przez władze administracyjne co do wykonywania nadzoru, jakkolwiek orzeczenie Senatu apelacyjnego Sądu krajowego we Wiedniu z r. 1882 powiada: „że ze względu na wprowadzone przez władze administracyjne książeczki zdrowia, zawód prostytutki jako niedozwolony uważanym być nie może — wobec czego ani prostytutki ani dających im mieszkanie do odpowiedzialności karno-sądowej pociągać nie można.“

Wydanie przepisów w drodze administracyjnej jednakże było konieczne, ze względu na stosunki faktycznego życia, a co ważniejsze ze względu na niebezpieczeństwo, grożące ze strony prostytutki zdrowiu społeczeństwa i publicznej moralności; w końcu zaś i z tego powodu, że ściśle trzymanie się tak jednej, jak i drugiej ustawy jest w życiu codziennym wprost niewykonalne.

Stworzyło się zatem stan t. zw. tolerowania prostytutki, który został unormowany przepisami wydanymi w drodze rozporządzeń administracyjnych, a opiekę nad prostytutką tak pod względem zdrowotnym, ja i obyczajowym oddano w ręce policyi.

Wykonanie nadzoru lekarskiego we Lwowie, jak niemniej w całej b. Galicyi, oparte jest na przepisach, wydanych przez Namiestnictwo galicyjskie a identycznych z przepisami, obowiązującymi w całym b. państwie austr. Z powodu nadmiernego szerzenia się chorób wenerycznych, na podstawie opinii Kraj. Rady Zdrowia w r. 1876 wydano instrukcję względem wykonania nadzoru nad publicznymi nierządnicami, instrukcję dla lekarza i regulamin zachowania się prostytutek i zalezwano dyrekcję policyi we Lwowie i Krakowie, magistraty miast drugiego rzędu (Brody, Brzeżany, Drohobycz, Jarosław, Kołomyja, Przemyśl, Stanisławów, Stryj, Tarnopol i Tarnów) do wprowadzenia jej w życie. W r. 1888 rozszerzono ten sposób wykonywania nadzoru na wszystkie miasta z ludnością powyżej 10.000 mieszkańców, a z mniejszych na posiadające załogę wojskową.

Na mocy wydanej przez Namiestnictwo instrukcji utworzono biura sanitarno-policyjne, składające się z urzędnika, jako referenta, lekarza i jednego lub więcej agentów, których głównem zadaniem jest śledzić ukrywające się w obrębie miasta nierządnice, ich stosunki towarzyskie, przytuliska nierządu i t. d. Biuro ma pozostawać w ciągłej ewidencji a) przebywających w obrębie miasta prostytutek, b) kobiet o nierząd podejrzanych: obie kategorie mają być w osobnych księgach utrzymywane w rejestrze: jako jawne te, które według własnego zeznania lub na podstawie osiągniętych dowodów albo jako powszechnie znane nierządnice żyją z nierządu; kobiety zaś, co do których nasuwa się podejrzenie, że się tru-

dnia nierządem, mają być uznane za podejrzane i wpisane do drugiej książki. Instrukcja określa kiedy podejrzenie jest usprawiedliwione, czyniąc je zależnem od napotkania z obcym mężczyzną „in flagranti“ przez urzędnika władzy bezpieczeństwa w miejscu publicznym, hotelu, łazienkach lub własnym mieszkaniu. Podejrzenie to jest również uzasadnionem, jeśli kobieta dostrzeżoną będzie o różnych porach i z różnymi mężczyznami na ulicy lub w miejscach publicznych, a zachowanie się jej jest tego rodzaju, iż wzbudza podejrzenie trudnienia się nierządem.

W celu dokonania wpisu prostytutka winna się jawnie w biurze osobiście, a po spisaniu z nią protokołu zostaje jej wydana książeczka zdrowia, do której ma być przyklejona fotografia. Osoby, o nierząd podejrzane, należy zawiadomić do biura, zbadać ich stosunki i stan zdrowia, zażądać usprawiedliwienia postępowania, a po upomieniu zalezwwać do zmiany trybu życia pod zagrożeniem zaliczenia w poczet prostytutek jawnych.

W końcu zawiera instrukcja przepisy co do wpisania kobiet małoletnich i zamężnych, zabrania wpisu dziewcząt niżej lat 14 i normuje postępowanie o wypisaniu kobiet, które tryb życia zmieniły lub pragną zmienić.

Oględziny lekarskie mają się odbywać dwa razy tygodniowo bezpłatnie, zwykle w biurze sanitarnym, w lokalu na ten cel przeznaczonym, z wyjątkiem prostytutek, którym dyrektor policyi pozwoli poddawać się perjodycznym oględzinom w mieszkaniu lekarza za osobnem wynagrodzeniem.

Instrukcja dla lekarza przepisuje sposób odbywania oględzin, a więc: jama ustna, powłoki skórne, części płciowe, wziernik.

Prostytutki uznane jako chore muszą być bezpośrednio odesłane do szpitala, dozwala się im wstąpić do mieszkania w celu poczynienia stosownych zarządzeń. Rejestrowanych prostytutek lekarzowi policyjnemu nie wolno leczyć.

W ramach tych przepisów odbywają się oględziny lekarskie we Lwowie; niezależnie od przepisów wprowadzili lekarze w r. 1916 z własnej inicjatywy badania mikroskopowe, które są stale najmniej raz w tygodniu u wszystkich prostytutek, jakoteż kobiet o nierząd podejrzanych bez wyjątku przeprowadzane; założono historye chorób prostytutek, odsyłanych do szpitala, przez co uzyskuje się przegląd stanu zdrowia; osobno prowadzi się księgę badań mikroskopowych, w której uwidacznia się każdorazowy wynik badania.

Urządzenie biura, które dr r. 1916 ze względów oszczędnościowych składało się tylko z jednego stolika do badania bardzo starego typu, zostało odpowiednio zmódnizowane: sprawiono mianowicie dwa mikroskopy, krzesło do badania, stoły do mikroskopowania, sterylizator, szafę na narzędzia i środki dezynfekcyjne i urządzenia, potrzebne do badań bakteriologicznych.

Na podstawie i w ramach ustanowionej instrukcji odbywały się w czasie przedwojen-

nym oględziny lekarskie prostytutek, oprócz Lwowa i Krakowa, w 20 miastach; we Lwowie i Krakowie biura sanitarne pozostawały pod zarządem magistratów.

Według urzędowych sprawozdań z r. 1912 było z końcem roku 1911 zarejestrowanych dziewcząt publicznych:

we Lwowie	319
w Krakowie	97
w Kołomyi	74
w Rzeszowie	54
w Stanisławowie	52
w Brzeżanach	27
w Białej	22
w Tarnopolu	14

W 14-tu innych miastach liczba rejestrowanych kobiet wynosiła 63; oprócz tego w Jaśle, gdzie nie było stale rejestrowanych dziewcząt, zbadano 42 slug i kasyerek, w Krośnie 41 kobiet podejrzanych.

W 15 miastach powiatowych oględziny wcale się nie odbywały, gdyż według otrzymanych relacji nie było tam ani prostytutek, ani domów publicznych.

Ogólna zatem liczba dziewcząt poddawanych stałym oglądzinom lekarskim wynosiła razem ze Lwowem 722 osób, razem zaś z podejzranymi o nierząd w Krośnie i Jaśle 805.

Co do chorób wenerycznych, stwierdzono w tej liczbie i odesłano w ciągu roku do leczenia szpitalnego 464 kobiety, a mianowicie:

z powodu rzeżączki	155	przypadków
" wrzodu miękkiego	134	"
" kiły ogólnej	175	"

Razem: 464 przypadki, czyli procentowo odesłano około 60% całej liczby badanych.

Według sprawozdań oględziny odbywały się z reguły dwa razy tygodniowo; przyjmując ze względu na opieszałość prostytutek, że oględziny odbywały się nie 104 razy w roku, ale że na każdą z nich przypadło 60 oględzin rocznie, to w stosunku do całej liczby oględzin wszystkich dziewcząt (okrągło 24.000 na rok), ilość wykrytych i odesłanych do leczenia przypadków chorób wenerycznych wynosiła około 2%.

Ta ilość wykrytych urzędownie przypadków chorób wenerycznych wśród prostytutek, porównana z liczbą ogólną chorych wenerycznych, wykazywanych w sprawozdaniach szpitalach, cywilnych i wojskowych, jest bardzo niska. W sprawozdaniach szpitalnych cywilnych choroby weneryczne w Galicji stanowiły przed wojną 15%-20% wszystkich leczonych w szpitalach, zajmując pierwsze miejsce w szeregu chorób; wykazy co do ilości chorób wenerycznych w armii podawały stosunek chorych wenerycznych na 60-64% siły zbrojnej, a większe miasta garnizonowe w Galicji utrzymywały się w niektórych latach powyżej tej granicy.

Pewne wyobrażenie o liczbie chorych wenerycznych może dać ambulatoryum, istniejące dla tej kategorii chorych przy kasie chorych miasta Lwowa, a założone w roku 1910. Liczby te, pochodzące od jednolitego pod względem wieku i zajęcia materiału, na który

złożyli się ludzie przeważnie młodszy w wieku od lat 16-30, ze sfery handlowej, rzemieślniczej i wyrobniczej, mogą być ilustracją rozszerzenia się chorób wenerycznych w pewnej grupie społecznej; nie daleko zaś odbiegniemy od prawdy, twierdząc, że te same stosunki cyfrowe z niewielkimi zmianami można przyjąć i dla reszty ludności.

Liczba leczonych w tem ambulatoryum chorych wenerycznych dziennie wynosiła przeciętnie 40-50 osób; ogólna liczba roczna stale od r. 1910 wzrastała, a mianowicie wynosiła: w r. leczono chorych przy liczbie a zatem członków

1910	1427	16.096	8.80%
1911	1660	18.134	90%
1912	1752	20.148	80%
1913	1847	18.678	90%

1914 do 1/9. 1197.

Te ogólne dane co do ilości chorób wenerycznych w kraju przed wojną, przytaczam tylko dla porównania ich z ilością chorób, stwierdzonych u rejestrowanych prostytutek.

Jeżeli zatem, jak było powiedziane w motywach do urządzenia nadzoru sanitarnego, miał on spełnić rolę czynnika przeciw szerzeniu się chorób wenerycznych, to w śledzeniu i usunięciu źródeł chorób wenerycznych działalność ta w okresie przedwojennym była w stosunku do ilości chorób wenerycznych w kraju dość ograniczona.

Nadszedł czas wojny, a z nim i groza zwiększenia się chorób wenerycznych wśród ludności. Równolegle do działań wojennych i ich powodzenia zmieniały się i warunki walki z chorobami wenerycznymi. Przedewszystkiem okres inwazyi rosyjskiej i zajęcia większej części kraju przez nowe władze. Nie mogę tu mówić o stosunkach w całym kraju, bo trudno było zebrać co do tego materiały w owym czasie, a jeszcze trudniej dzisiaj. Mogę tylko mówić o Lwowie. Mimo rozluźnienia aparatu administracyjnego, biuro sanitarne pełniło czynności pod zmienioną postacią, a mianowicie jako organ władzy miejskiej. Egzekutywa jego jednak ograniczona, działalność skrzępowana brakiem ludzi, organów nadzorczych i wykonawczych; czynność, podjęta więcej z dobrej woli i poczucia obowiązku, narażona na niemiłe styczności, niespodzianki, brak poparcia władzy.

Stosunki ekonomiczne w mieście, wpływ obcej armii, rozporządzającej prócz dużej masy pieniędzy wszystkimi środkami życia codziennego z jednej strony, świadomość bezkarności, braku władzy i egzekutywy z drugiej strony, sprawia, że prostytutcy się szerzy; ustaje podział na jawną i krytą, na powierzchni życia miejskiego wypływa już tylko jawna. Służba żeńska, pozostawiona na straży mieszkań przez uszłych z miasta chleboławców, rozmaite kategorie dziewcząt, oddających się poprzednio tylko okolicznościowej prostytutce, z utratą zarobku przechodzi całkowicie na nowe, łatwiejsze pole zarabkowania: stąd szeregi prostytutek się wzmagają. Należy tu jednak z całą stanow-

nością sprostować rozszerzone pogłoski jakoby większość kobiet, dotąd nieposzlakowanych, rzuciła się w objęcie prostytucji, i w ramiona nowych gospodarzy miasta. Sprostowanie to jest tem bardziej publicznie konieczne, że tak twierdził komenderujący we Lwowie generał Riml w tajnym raporcie do władz austriackich napisanym w r. 1915 po zajęciu przez Austriaków Lwowa. Na podstawie protokołów i zapisków urzędowych z lat poprzednich, ewidencji i zapisków w czasie inwazyi rosyjskiej, stwierdzić należy, że oprócz rejestrowanej poprzednio prostytucji lwowskiej i naniesionej przez falę wojenną z całego kraju, element ten składał się przeważnie z jednostek, które już przed wojną oddawały się okolicznościowej prostytucji, w protokołach policyjnych i rejestrach szpitalnych były notowane, a w czasie inwazyi wypłynęły swobodnie na falę życia, niekrepowane w swobodzie ruchów z powodu nieobecności władz. Opuszczone sługi, pozbawione zajęcia krawczyń, służba kawiarniana, utrzymanki i t. d. przedstawiały się przybyszom rosyjskim jako opuszczone żony inżynierów, urzędników, lekarzy i t. d.

Po tych uwagach ogólnych, przystępując do przedstawienia stanu rzeczy we Lwowie w okresie bezpośrednio przed wojną i w czasie wojny, podać mogę następujące daty urzędowe:

W roku	Ilość og. rejestr.	Wrzód p.	Kiła og.	Wrzód m.	Tryper	Razem:
1912	305	2	27=9,5%	11=3,6%	28=9,2%	68 chor. 22%
	Ilość ogólna krytych nieznaną	2	71	16	39	126 kryt.
1913	319	1	34+1 10,9%	20=6,2%	29=8,1%	85 ch. 26%
	Kryte	46+3	9	66	124	kryt.
1914 do 31 lipca	312	—	33=10,5%	18=5,7%	16=5%	67 ch. 21%
	Kryte	4	38	22	139	203

W czasie inwazyi rosyjskiej

t. j. od 11. IX. 1914 do 1. VII. 1915.

Ilość prostytutek: Rejestrowanych	Wrzód p.	Kiła og.	Wrzód m.	Tryper	Razem
405	4	64	39	34	141 około 35% chorych (34,8)
Zbadano krytych	8	62	46	107	223

Porównując te dwa zestawienia, widzimy, że mimo wielkich braków w działalności biura, pozbawionego egzekutywy i agentów (czynny był tylko jeden) liczba osób przeznaczonych do leczenia szpitalnego jest wyższa od liczby z lat poprzednich. Co do rodzaju chorób powiększa się stosunek wrzo-

dów miękkich do ogólnej liczby badanych; w latach 1912 — 1914 wynosił on 3 — 6%, w roku inwazyi podwyższa się na 10%.

Powrót władz austriackich, stwierdzenie przez wszystkie czynniki wzrostu chorób wenerycznych i chęć uchronienia od nich wojska spowodowały energiczne stosowanie środków zapobiegawczych przeciw szerzeniu się chorób.

Władze cywilne, zdając sobie sprawę ze stanu rzeczy t. j. konieczności opanowania prostytucji i płynących stąd źródeł infekcji, zastosowały wszystkie środki dla pilnowania jednej i zwalczania drugiej. Zastosowano je samorzutnie, z własnej inicjatywy już w lipcu r. 1915 kładąc główny nacisk na opanowanie krytej prostytucji. Mimo tego nie podobna pominąć milczeniem, że austriackie władze wojskolekarskie odniosły się odrazu (już w lipcu) z pewnem uprzedzeniem do stosunków w mieście i kraju, a występując odrazu z twierdzeniem, że jedynym źródłem chorób jest Lwów i Galicya, próbowały wywierać nacisk na władze cywilne graniczący często z bezwzględnością i żądaniami, niemożliwymi w praktyce do przeprowadzenia. Z czasem dopiero się przekonały, że do zarządzeń wydanych w mieście, nie podobna dodać nic nowego, co też przyznawali lekarze niemieccy, później we Lwowie stacyonowani, wyrażając się z całym uznaniem o działalności lwowskiego biura sanitarnego.

Tutaj wspomnieć muszę o doniesieniach wojskowych, których celem jest wskazywanie źródeł zakażeń. Doniesienia te, wprowadzone i praktykowane jeszcze przed wojną, w czasie wojny powinny były spełniać ważny czynnik w wyszukiwaniu infekcji. Szablonowy jednak sposób ich wykonywania mało się w praktyce do tego przyczyniał; najczęściej konstruowano je stereotypowo podając imię osoby (bez nazwiska i miejsca zamieszkania), albo nic nie mówiący opis osoby, w dokładniejszych już doniesieniach podano fałszywe adresy, skierowane przeciw osobom niewinnym lub żonom donoszących. Podawano nieistniejące domy publiczne; inne doniesienia podawały stale jeden i ten sam dom publiczny, którego nazwa i ulica łatwiejsza była widocznie żołnierzom do zapamiętania, gdyż inne domy publiczne w doniesieniach się nie pojawiały. Z konstrukcyi tych doniesieńabrać było można po pewnym czasie przekonania, że układający protokół zadawał się pierwszym lepszym zeznaniem chorego i nie zdając sobie sprawy z należytego znaczenia i celu tych doniesień, nie zadawał sobie wcale trudu celem spisania zeznań zgodnych z prawdą i mogących się przyczynić do wyjaśnienia źródła infekcji.

Stąd też i rezultat ich praktyczny był bardzo niewielki.

Uporządkowanie stosunków sanitarnych w mieście w danych warunkach, było bardzo utrudnione; zwłaszcza, że trudność warunków, pochodzących z natury samej rzeczy i z powyżej opisanych powodów, komplikowały jeszcze stosunki wojenne, ciągle niepe-

wna sytuacja wojenna miasta, położonego w ośrodku działań, będącego stacją przechodową masy wojsk państw centralnych i służącego tym wojskom nadto jako miejsce wypoczynku, komunikacji z bliskim frontem i t.d.

Oprócz zarejestrowania i utrzymania w ewidencji prostytutek przed wojną i w czasie inwazyi na liście utrzymywanych, trzeba było rozciągnąć nadzór na osoby, które podczas inwazyi zaczęły nierząd uprawiać, a nadto celem należytego opanowania źródeł infekcyi, zająć się zwalczaniem prostytucyi krytej, po ustaniu inwazyi w r. 1915 szeroko rozwiniętej.

Dla wykazania, co w tym ostatnim kierunku w okresie wojny działośano, podaję niżej liczby osób, podejrzanych o nierząd i w kierunku chorób wenerycznych zbadanych. Różnica między temi cyframi a okresem przedwojennym jest bardzo znaczna, a wytłumaczyć się ona da tylko po części zwiększoną ilością osób w mieście, oddających się krytemu nierządowi, o wiele zaś w większej mierze zdwojoną energią odnośnych organów w wyszukiwaniu krytej prostytucyi.

Wskutek przedsięwziętych przez odpowiednie organa obław, rewizyi podejrzanych lokali i t. d. poddano oględzinom od 1/VII do 31/12 1915, 1450 osób, podejrzanych o uprawianie nierządu, w czem znaleziono chorych i oddano do szpitalu 314 osób, a mianowicie z powodu: rzeżączki 140, wrzodu m. 60, wrzodu pierw. 13, kiły II. i III. 101; % chorobny wynosił 21%.

W r. 1916 — 1356 osób, w tem oddano do szpitala 460 osób, a mianowicie: rzeżączki 262, wrzodu m. 14, wrz. pierw. 4, kiły 175, % chorobny wynosił 33%.

W r. 1917 poddano oględzinom 1313 osób, w czem znaleziono chorych 332, a mianowicie: rzeżączki 218, wrz. m. 16, wrz. pierw. 6, kiły II — 87; % chorobny wynosił 25%.

W r. 1918 do 31/10 poddano oględzinom 706 osób, w tem było chorych 200, a to: rzeżączki 145, wrz. m. 8, wrz. pierw. 3, kiły 44; % chorobowy wynosił 28.

(Dok. n.).

Wiadomości bieżące.

— Wyszło z druku 37 sprawozdanie z działalności Kasy Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. D-ra Józefa Mianowskiego. W roku sprawozdawczym działalność Kasy zapomogowo wydawniczej spadła do *minimum*: nowych wydawnictw nie podejmowano wcale; starano się tylko doprowadzić do końca te, które były już daleko posunięte. Wspierano wreszcie te, które były ośrodkiem pracy umysłowej znaczniejszego grona uczonych jak np. czasopisma naukowe, których zniesienie byłoby równoznaczne z rozwiązaniem zorganizowanej już placówki naukowej. Działając nawet w tak ograniczonym zakresie, Komitet kasy, jak czytamy w sprawozdaniu, gospodarzył w roku sprawozdawczym do pewnego stopnia „ponad stan“ w każdym razie ponad swe dochody. Z kapitału zasobowego zmuszony był zaczerpnąć z górą 150 tys. rubli. Na szczęście należności, przypadające kasie za czas przerwy w komunikacji z Kaukazem, na zasadzie otrzymanych stamtąd wiadomości, spodziewane są tak znaczne, że kilkakrotnie pokryją niedobór roku sprawozdawczego. Komitet ma nadzieję, że nadzwyczajne wydatki r. 1918 nie odbiją się ujemnie na dalszym rozwoju kasy. W roku sprawozdawczym wydano na cele i badania naukowe rb. 71684, na wydawnictwa naukowe rb. 96851, na pomoce osobiste, nagrody i stypendya szkolne 10671 — ogółem 179310 rub. (w r. 1917—205095, w 1916—228752, w 1915—183801, w r. 1914—160681). Komitet rozpoczął pracę przygotowawczą, aby wszechstronnie wyjaśnić istotne najbliższe potrzeby, nauki polskiej we wszystkich dziedzinach umiejętności. Pierwszym konkretnym wzorem tych zabiegów jest rocznik kasy pod nazwą „Nauka polska, jej potrzeby, organizacja i rozwój“, prowadzony

pod redakcją p. Stanisława Michalskiego. Tom I wydawnictwa ukazał się w roku sprawozdawczym (Warszawa, str. XVI 558). Koszt tego wydawnictwa wyniósł 8033 marki (3719 rb.). Z działu lekarskiego udzielono zapomogi na wydanie Przeglądu piśmienictwa lekarskiego z r. 1914 — 1916, 810 rb. na embryologię Bonnetta w przekładzie H. Zagrodzińskiego (3266 rb.), na Szymonowicza podręcznik histologii (627 rb.), Bronowskiego — choroby wewnętrzne część II (463 rb. pożyczki), Kafera, o geograficznem rozmieszczeniu i hodowli roślin lekarskich w Polsce (567 rb.) — ogółem 8059 rub.

Interesującą jest wiadomość o dochodach z zapisu W. Zaglennickiego (teren naftowy na Kaukazie).

Wartość tego zapisu figuruje w sprawozdaniach kasy jako 2800 rub. Teren naftowy, dzierżawiony przez Towarzystwo Kaspijsko-Czarnomorskie w roku 1906 dał dochodu Kasie 2367 rub., dochód ten w r. 1910 wzrósł do 5535 rb. W roku zaś następnym podniósł się do 173250 rub., w 1912—472657, w 1913 — 383497, w 1914 — 213503, w 1915 — 108718, w 1916—122643 r. Zarządowi Kasy w lecie 1918 udało się zdobyć wiadomość od Banku Handlowego w Piotrogradzie, że wpłynęła tam suma 271584 r. za maj i listopad 1916/17 r. Fundusz, jaki narósł z dochodów w Piotrogradzkim Oddziale Banku Handlowego w Warszawie, wyniósł z końcem roku 1917 — 414501 rub., ale nie mógł, niestety, być zrealizowany z powodu zamknięcia tego Banku przez rząd republiki ludowej rosyjskiej. Zarząd Tow. Kaspijsko-Czarnomorskiego podał goły fakt bicia nowej fontanny naftowej, która do końca kwietnia 1918 r. wydała powyżej 15 milionów pudów ropy, ale uchyla się od bliższych wiadomości i rachunków z powodu swego odcięcia od bakuńskich

zakładów. Zarząd Kasy zwrócił się do Polskiej Rady Okręgowej na Kaukazie w Tyflisie z prośbą o pośrednictwo i otrzymał przyrzeczenie, że Rada zdobędzie bliższe wiadomości o stanie eksploatacji na koncesyi nowej w czasie wojny i o możliwości otrzymania należnego dochodu lub zaliczki na poczet dochodu z okresu wytrysku nowej fontanny ropy. Przedsiębrane są starania o dotarcie do Baku na innej jeszcze drodze. Jest może nadzieja, że to złotodajne źródło dla popierania nauki polskiej nie wyschnie w fali wojny i rewolucyi.

W roku ubiegłym Komitet kasy poniósł bolesną stratę przez zgon dwóch swoich członków: ś.p. Bronisława Chlebowskiego i Dominika Anca; na ich miejsce powołano Zenona Przesmyckiego i Jana Rutkowskiego. Komitet kasy składają obecnie: Feliks Kucharzewski (prezes), Józef Natanson (skarbnik), Karol Lustański (sekretarz) oraz członkowie: Maksymilian Flaum, Witold Kamieniecki, Władysław Mazurkiewicz, Zenon Przesmycki, Antoni Pułjanowski, Jan Rutkowski, Ludwik Szperl, Władysław Tatar-kiewicz. Członków założycieli jest 88, członków honorowych 164, członków rzeczywistych 182. Członkowie rzeczywisti za r. 1917 i 1918 wnieśli składkę rb. 203 i marek 2732. W roku ubiegłym kasa otrzymała zapisy Waleryi Klinowskiej (7000 rub.) i Wojciecha Sawickiego (stypendya). Zapisy te nie zostały jednak dotąd zrealizowane.

— Otrzymaliśmy № 1 nowego pisma „Czerwony Krzyż”, organ polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża.

Program pisma, którego redaktorem jest kol. Józef Zawadzki, obejmuje następujące działy:

1. Prace oryginalne i wyciągi z pism krajowych i zagranicznych z zakresu: a) medycyny, chirurgii i higieny ogólnej i wojskowej, b) szpitalnictwa cywilnego i wojskowego, c) ratownictwa.
2. Sprawozdania z działalności instytucji sanitarno-wojskowych, instytucji i oddziałów Pol. Czerw. Krzyża oraz T-w Czerwonego Krzyża za granicą.
3. Przegląd działalności zagranicznych T-w Czerwonego Krzyża, działających w Polsce.
4. Okólniki, rozporządzenia władz T-wa (Komitetu Głównego, Komitetów okręgowych i miejscowych).
5. Korespondencja i sprawy bieżące.
6. Kronika.

O ile organ Towarzystwa Czerwonego Krzyża będzie, jako taki, omawiał i w następnych zeszytach sprawy związane ściśle z zadaniami i celami Towarzystwa, odda on pod umiejętnem i doświadczo-nem kierownictwem kol. Zawadzkiego niezaprzecz-
ne usługi instytucji i będzie popierany i czytany przez liczne grono tych, którzy się sprawami jej interesują.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 28. IX. do 4. X. 1919 r. było zachorowań: na ospę 3, na odrę 33 (w tem 12 mężcz. i 21 kobiet, 31 chrz. i 2 żydów), szkarlatynę 17 (w tem 6 mężcz. i 11 kobiet, 12 chrz. i 5 żydów), dur plamisty 37 (w tem 21 mężczyzn i 16 kobiet, 24 chrześcian i 13 żydów), dur brzuszny 26 (w tem 9 mężczyzn i 17 kobiet, 18 chrześcian i 8 żydów), gorączkę powrotną 5, dyzenterję 30 (w tem 13 mężczyzn i 17 kobiet, 25 chrześcian i 5 żydów), dyfteryt 7, drętwicę karku 2 żydów, gorączkę połogową 3 (w tem 1 chrześcianka i 2 żydówki). Najwięcej przypadków duru plamistego było

w IV i XVI+XX+XXI (— jeden okrag) — po 6. W innych okręgach cyfry pomniejsze.

Od dn. 5. X. do 11. X 1919 r. było zachorowań: na ospę 2 (w II i V okręgu po 1 — wyłącznie żydzi), na odrę 41 (w tem 25 mężczyzn i 16 kobiet, 38 chrześcian i 3 żydów), szkarlatynę 33 (w tem 13 mężczyzn i 20 kobiet, 23 chrześcian i 10 żydów), dur plamisty 38 (w tem 19 mężczyzn i 19 kobiet, 30 chrześcian i 8 żydów), dur brzuszny 33 (w tem 7 mężczyzn i 26 kobiet, 30 chrześcian i 3 żydów), dur powrotny 5 (w tem 4 mężczyzn i 1 kobieta, 5 chrześcian), dyzenterję 20 (w tem 11 mężczyzn i 9 kobiet, 17 chrześcian i 3 żydów), dyfteryt 3 (sami chrześcianie), drętwicę karku 4 (w tem 1 mężczyzna i 3 kobiety, 3 chrześcian i 1 żyd), gorączkę połogową 5, nosaciznę 1 (w IX okręgu). Najwięcej przypadków było: duru plamistego w IX okręgu — 8, w VII okręgu — 5, w XVI, XX i XXI (jeden okręg) — 9, duru brzuszno w XVI, XX i XXI (jeden okręg) — 8, w II okręgu — 6, szkarlatyny w III okręgu — 9, odry w XIII okręgu — 10, dyzenterji w XIII okręgu — 4; w innych cyfry pomniejsze.

Od dn. 12. X. do 18. X. 1919 r. było zachorowań: na ospę 3 (w tem 2 mężczyzn i 1 kobieta, 3 chrześcian — w V okręgu), odrę 52 (w tem 29 mężczyzn i 23 kobiety, 30 chrześcian i 22 żydów), na szkarlatynę 38 w tem 18 mężczyzn i 20 kobiet, 29 chrześcian i 9 żydów), dur plamisty 39 (w tem 23 mężczyzn i 16 kobiet, 31 chrześcian i 8 żydów), dur brzuszny 41 (w tem 11 mężczyzn i 30 kobiet, 30 chrześcian i 11 żydów), gorączkę powrotną 21 (w tem 16 mężczyzn i 5 kobiet, 16 chrześcian i 5 żydów), dyzenterję 22 (w tem 15 mężczyzn i 7 kobiet, 15 chrześcian i 7 żydów), dyfteryt 8 (w tem 3 mężczyzn i 5 kobiet, 7 chrześcian i 1 żyd), drętwicę karku 1 (mężczyzna żyd), gorączkę połogową 1. Najwięcej przypadków było: duru plamistego w XXVI okręgu (baraki, z dworca Kowelskiego) — 11, w X — 6, duru brzuszno w XI i XIII — po 6, w VII — 5, gorączki powrotnej w XXVI okręgu — 13, dyzenterji w XXVI okręgu — 8, w innych cyfry pomniejsze.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od dn. 28. IX. do 4. X. 1919 r. było zachorowań: na ospę —, na odrę 16 (zm. 5), na szkarlatynę 27 (zm. 3) męż. 18, kob. 9, chrześc. 16, żyd. 11; dur plamisty 20 (zm. 2), męż. 11, kob. 9, chrz. 12, żyd. 8; dur brzuszny 28 (zm. 2) męż. 13, kob. 15, ch. 20, żyd. 8; gorączkę powrotną 1 męż. żyd; dyzenterję 44 (zm. 15) męż. 25, kob. 19, ch. 37, ż. 7; dyfteryt —, gorączkę połogową —. Na gruźlicę zmarły 33 osoby.

Od 5 do 11 X 1919 było zachorowań: na ospę —, na odrę —, na szkarlatynę 27 (zm. 10) męż. 11, kob. 16, ch. 13, ż. 14; dur plamisty 7, m. 4, k. 3, ch. 3, ż. 4; dur brzuszny 27 (zm. 2), męż. 11, k. 16, ch. 15, ż. 12; gorączkę powrotną 1 męż. chrz.; dyzenterję 24 (zm. 4) m. 14, k. 10, ch. 21, żyd. 3; dyfteryt 2 (zm. 1) m —, k. 2, ch. 1, ż. 1; gorączkę połogową 2 (zm. 1) ch. 2, ż. —; nagm. zapalenie opon mózgowych 2 (zm. 1) męż. chrz.; różę 2 kob. chrz. Na gruźlicę zmarło 19 osób.

Od 12 do 18 X 1919 r. było zachorowań: na ospę —, na odrę —, na szkarlatynę 31 (zm. 3) m. 17, k. 14, ch. 30, ż. 1; dur plamisty 10, m. 5, k. 5, chrz. 8, ż. 2; dur brzuszny 38 (zm. 5) m. 20, k. 18, ch. 22, ż. 16; gorączkę powrotną 2 kob. żyd.; dyzenterję 22 (zm. 7) m. 15, k. 7, ch. 19, ż. 3; dy-

fteryt 2 męż. żyd.; gorączkę połogową—; różę 3
m. 2, k. 1. ch. 2, ż. 1. Na gruźlicę zmarło osób 15.
— Ze względu na zbliżający się koniec roku
Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskie-

go prosi pp. członków, zalegających ze zwrotem
wypożyczanych książek, o odesłanie ich do Biblio-
teki w czasie jak najkrótszym.

Od Administracji.

Po przerwie blisko dwumiesięcznej, spowodowanej bezrobociem pracowników drukarni warszawskich, wznawiamy dzisiaj wydawnictwo. Pragnąc wyrównać zaległości i chociaż częściowo powetować czytelnikom straty, jakie nie z naszej winy ponieśli, wydawać będziemy do końca roku numery podwójne, tak że zamiast 12-tu, wydamy sześć o objętości nieco mniejszej od normalnych numerów podwójnych.

Wynik bezrobocia jest znów ten, że wynagrodzenie pracowników, a co za tem idzie i koszta wydawnicze wzrosły niepomniernie i wynoszą obecnie znacznie więcej niż wynosiły przed 1 października.

Pomimo to na razie warunków przedpłaty nie zmieniamy i do Nowego Roku będziemy wydawali pismo na warunkach dotychczasowych. Doświadczenie kilku najbliższych tygodni przekona o tem, jak się stosunki ułożą i co będziemy musieli uczynić, aby nie narażając ani prenumeratorów swych na nadmierne wydatki, ani siebie na straty, wydawać pismo nadal i pomimo ciężkich warunków wytrwać na stanowisku. Pragniemy uczynić, co tylko będzie w naszej mocy, by nie przerywać wydawnictwa, które w ciągu z górą 50-u lat istnienia przetrwało różne ciężkie chwile i wyszło zwycięsko z walki stokroć groźniejszej niż walka o sprawy materialne, z walki z wrogiem który przez długi szereg lat starał się tłumić wszelkie przejawy polskości i utrudniać wszelką pracę, nawet mającą cele wyłącznie naukowe.

Ufni, że w razie ostatecznym znajdziemy poparcie ze strony Kolegów, którzy dotychczas szli razem z nami, przystępujemy na nowo do pracy.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Ludwik Batawia (Częstochowa). O wskazaniach do podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej w zakrzepowym zapaleniu po-przecznej zatoki mózgowej	489	lym odczynie skóry, jako rzekomym obja-wie niedomogi nadnerczy (dokończenie) .	495
Karol Rozenfeld (Częstochowa). O bia-		<i>Odcinek. Choroby weneryczne u prostytutek we Lwowie w czasie wojny 1914—1918.</i>	498
		<i>Wiadomości bieżące</i>	502

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 prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60 (kor. 120), półrocznie M. 30 (kor. 60). Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.75, na ostatniej M. 2.50 na stronach wewnętrznych okładki M. 2.25.

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 Krrówkiej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70.

PRACOWNIA ANALITYCZNA D-ra R. SZERYPY

w WARSZAWIE,

PIĘKNA 25 (róg Marszałk.). Telef. 68-84.

Analizy lekarskie: bakteriologiczne, chemiczne i mikroskopowe. Serodyagnostyka kły. Szczepionki 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 (przyrządy motorowe) przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

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.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

**Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23**

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły
do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reparacja i odnawianie tychże.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artyku-
łów dla celów med. R. Graf & Co. Norymberga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek, w mo-
tkach i kłębkach.

Na wody lecznicze „JÓZEFINĘ“, „MAGDALENĘ“ i „WANDĘ“

znakomite w chorobach dróg odde-
chowych, żołądka, pęcherza i nerek
i na wodę

„STEFANA“ zamówienia
stołową w pakach

po 50 flaszek przyjmuje

Zarząd Zdrojowiska w Szczawnicy.

MEBLE LEKARSKIE

stoły, umywalnie, krzesła ginekologiczne, szafki na instrumenta, stoliki i t. p.

w wielkim wyborze

po cenach konkurencyjnych polecają

STANISŁAW BARAN i S-ka

Kraków.

Ślaskowska 6.

Kraków.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA specjalisty chorób nerwowych. Kraków, Szujskiego 1. 9. Tel. 1295.

ZAKŁAD LECZNICZY GRODZISK

cały rok otwarty

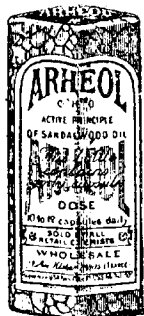
godzina jazdy od Warszawy, 30 pociągów dziennie, poczta, telegraf, telefon między miastem w zakładzie.

Hydroterapia, kąpiele świetlne sinusoidalne 4 komorowe, gazowe.

Kuchnia dyetetyczna.

Kierownik Dr B. Malewski.

W Warszawie udziela się informacji tel. 118-42 lub 78-24.



ARHÉOL

C15 H26 O

**JEDYNY CZYNNY PIERWIASTEK WYCIĄGU SANTALOWEGO
RZEŻĄCZKA, KATAR PĘCHERZA MOCZOWEGO**

10 — 12 KAPSULEK DZIENNIE.

NIE WYWOŁUJE BÓLÓW NERKOWYCH.

LABORATOIRES: P. ASTIER 45. Rue du Docteur Blanche — PARIS.

Próby i literaturę dostarcza filia Astier, Warszawa, Żłota 27.



Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na
ukłócia i z tego powodu nie mogących przejść
kuracyi iniekcjami „Triplex I, II, III Gessner”
proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFOR—STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działają-
cych całemu cyklowi kuracyi Inj. Triplex I, II, III Gessner*.

Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających sub-
stancji, jakie znajdują się w ampulce „Inj. Triplex I”

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.

Drukarnia Krajowa (W. Krawczyński i E. Egert), Żelazna 89. Telefon 188-70.

