

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz je dnoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag o przebiegu i wynikach leczenia surowicą krupu i błonicy w roku 1896, podał A. Koral. — W sprawie leczenia kolki wątrobowej, podał A. Chojko. — Prof. H. Buchner. O znaczeniu czynnych, rozpuszczalnych wytworów komórek w chemizmie komórki, spolszczył D-r L. G. — **Streszczenia i wyciągi.** 53. Przyczynek do rozpoznawania klinicznego błonicy i dyfteroidalnych zapaleń gardzieli. 54. Wyleczenie tylozgięcia macicy zapomocą skrócenia więzadeł krzyżowo-macicznych (*lig. sacro-uterina*) przez pochwę. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Posiedzenie z dnia 14 stycznia r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Koral—Les résultats du traitement du croup et de la diphtérie par le sérum en 1896 à l'hôpital des enfants juifs à Varsovie. 2) D-r A. Chojko — Sur le traitement de la colique hépatique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Koral— Einige Bemerkungen über den Verlauf und die Ausgänge der Serumtherapie bei Croup und Diphtherie für das Jahr 1896 im jüdischen Kinderhospital in Warschau. 2) D-r A. Chojko — Ein Beitrag zur Behandlung der Leberkolik.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

ZE SZPITALA DLA DZIECI STAROZAKONNYCH FUNDACYI BERSOHNÓW I BAUMANÓW.

KILKA UWAG

O PRZEBIEGU I WYNIKACH LECZENIA SUROWICĄ KRUPU I BŁONICY

w roku 1896.

podał **ADOLF KORAL** ord. oddz. chorób zakaźnych.

Nie ulega wątpliwości, że żaden nowy środek leczniczy nie wywołał w krótkim stosunkowo czasie tak obfitej produkcji w literaturze medycznej, jak stosowanie surowicy przy błonicy. W ciągu niespełna trzech lat ilość rozmaitej wartości prac poświęconych temu przedmiotowi liczyć można już jeżeli nie na tysiące, to przynajmniej na setki, niema bowiem prawie tygodnia, ażeby w prasie lekarskiej nie ukazała się mniejsza lub większa na ten temat praca, poczynając od szczegółowego sprawozdania z większej ilości spostrzeżeń w połączeniu z pewnym krytycznym poglądem na otrzymane wyniki, a kończąc na szablonowym w przeważnej liczbie opisie kilku lub kilkunastu przypadków. Otóż, o ile pierwsza kategoria prac, o jakich mowa, stanowić może ważny przyczynek do niezupełnie jeszcze ustalonej nauki seroterapii, o tyle druga nie ma bynajmniej tego znaczenia.

Samo przez się rozumie się, że wkrótce po wprowadzeniu surowicy przy leczeniu błonicy, gdy środek rzeczony począł zyskiwać sobie dopiero prawo

obywatelstwa w większych miastach, na prowincyi zaś nie był jeszcze prawie znany, opis każdego poszczególnego przypadku, względnie obszerniejszy opis przebiegu choroby po zastosowaniu surowicy mógł zainteresować czytelnika, zaznajamiając go ze szczegółami nowej metody leczniczej, a tem samem zachęcając do wypróbowania w jego własnej praktyce. W chwili obecnej jednak, gdy, jak się zdaje, niema prawie zakątka w kraju, gdzieby lekarze nie stosowali surowicy przeciwbłoniczej, ogłaszanie oderwanych „siedmiu“ lub „dwunastu przypadków leczonych surowicą“ z oznaczeniem odsetki śmiertelności, nauce korzyści nie przynosi.

Natomiast statystyki szpitalne, oparte na wielkiej liczbie spostrzeżeń, zebranych w ciągu dłuższego czasu np. jednego roku mogą jedynie istotną korzyść w obecnym czasie przynieść.

W ten bowiem sposób, mając na uwadze z jednej strony przebieg epidemii w rozmaitych porach roku, nierównomierną ciężkość poszczególnych przypadków, różnice w wieku chorych i t. d., z drugiej zaś porównyując wyniki z wynikami, otrzymanymi w latach poprzednich, można już dojść do niektórych poglądów osobistych.

W ciągu roku 1896 leczyło się w szpitalu na błonicę i krup ogółem dzieci 125, a mianowicie:

jednorocznych	5	od 4 lat do 5 lat	11
od 1 roku do 2 lat	30	„ 5 „ „ 6 „	9
„ 2 lat „ 3 „	41	„ 6 „ „ 8 „	4
„ 3 „ „ 4 „	21	„ 8 „ „ 12 „	4

Razem 125

Z tabliczki powyższej widać, co zresztą wykazały i dane z lat poprzednich ¹⁾, że największa ilość chorych przypada na dzieci od 1 — 4 roku życia. W r. sprawozdawczym stanowiły one 75% ogólnej liczby.

Na 125 chorych zmarło ogółem 23, czyli 18,4% ²⁾. W r. 1895, w którym również stosowano surowicę w naszym szpitalu, odsetka wynosiła 19,4%. Jeżeli porównamy teraz wyniki otrzymane u nas przy stosowaniu surowicy z wynikiem w latach poprzednich, otrzymamy, co następuje: odr. 1879 do r. 1894 przeciętna odsetka śmiertelności wynosiła 47,5%, w ostatnich zaś dwóch latach przeciętnie 18,9% czyli, że śmiertelność zmniejszyła się przeszło o połowę. Też same niemal dane otrzymywali i inni badacze.

Spostrzeżenia dokonywane od wielu lat w Warszawie wykazały, że największa ilość chorych na krup i błonicę przypada na miesiące jesienne i początek zimy; liczby dotyczące naszych chorych można rozdzielić według miesięcy w sposób następujący.

w miesiącu	styczniu	leczyło się chorych . . .	10
„	lutym	„ „ . . .	5
„	marcu	„ „ . . .	9
„	kwietniu	„ „ . . .	11
„	maju	„ „ . . .	10
„	czerwcu	„ „ . . .	5
„	lipcu	„ „ . . .	5

¹⁾ Porów. A. KORAL. Przyczynek do kwestyi śmiertelności przy błonicy i krupie. Kronika Lekarska 1895.

²⁾ Od 1-go do 3-go roku życia włącznie na 76 dzieci zmarło 21.

„ 3 „ „ 12 „ „ „ „ „ 49 „ „ 2.

miesiącu sierpniu	leczyło się chorych	. . .	8
" wrześniu	" "	. . .	13
" październiku	" "	. . .	15
" listopadzie	" "	. . .	18
" grudniu	" "	. . .	12

czyli, że ilość chorych poczynając od września podwajała się mniej więcej w porównaniu z miesiącami poprzednimi.

Przechodząc obecnie do przebiegu naszych przypadków, uważam za niezupełnie ścisły pod względem naukowym podział, wprowadzony przez wielu autorów na przypadki: lekkie, średniego natężenia i ciężkie. Znacznie większą wartość naukową posiada podział MONTI'ego ³⁾, oparty na podstawie anatomo-patologicznej i bakteryologicznej, odróżnia on bowiem trzy postacie błonicy: włóknikową, mieszaną i septyczną. Co do mnie za najpraktyczniejszy i klinicznie uzasadniony uważam podział na dwie większe grupy, mianowicie: 1) obejmującą przypadki bez zajęcia krtani (*angina, pharyngitis, rhinitis diphtheritica*) i 2) do której zaliczyć należy przypadki z zajęciem krtani (*croup, laryngitis diphtheritica*).

Do grupy pierwszej należało 34 przypadki nierównomierne pod względem nasilenia i przebiegu, poczynając od lekkich postaci z nieznanymi nalotami błoniczymi umiejscowionymi przeważnie na migdałach, a kończąc na ciężkich ze znacznym zajęciem migdałów, łuków, języka i wreszcie nosa.

Nader rzadkie są przypadki, aby dziecko dotknięte błonicą oddane było do szpitala natychmiast po wystąpieniu objawów chorobowych; wskutek tego leczenie surowicą można było zastosować najwcześniej 2-go lub 3-go dnia choroby. Wogóle z rzeczonyj liczby 34 przypadków zastrzyknięto surowicę:

2 dnia choroby w 10 przypadkach					
2 i 3	"	"	2	"	
3	"	"	13	"	
4	"	"	4	"	
4 i 6	"	"	1	"	
5	"	"	1	"	
7	"	"	1	"	
3 i 10	"	"	1	"	

w tym ostatnim przypadku zastrzyknięcia dokonano wskutek nawrotu sprawy błoniczej.

Jak widać z powyższego, we wszystkich prawie przypadkach z wyjątkiem trzech wystarczyło jedno zastrzyknięcie, odpowiadające 1000 jednostkom ochronnym. Zazwyczaj już nazajutrz po zastrzyknięciu sprawa błonicza przedstawiała obraz określony już przezemnie przy opisie pierwszej seryi chorych leczonych surowicą ⁴⁾, mianowicie nalot w lżejszych przypadkach znikł prawie w zupełności, w cięższych zaś, nie zmniejszając się, grubiał niejako, przybierał zabarwienie żółtawe, oddzielając się nader wyraźnie od zaczerwienionej błony śluzowej. Trzeciego dnia po zastrzyknięciu w lekkich posta-

³⁾ Prof. MONTI. Weitere Beiträge zur Anwendung des Heilserums gegen Diphtherie. Arch. f. Kinderheilk. T. 21. z. I—III. 1896.

⁴⁾ „Medycyna“ 1895. Nr. 26 i 20.

ciach chory mógł być już uważany za zdrowiejącego, w cięższych— naloty zmniejszały się widocznie niekiedy nawet o połowę i wreszcie w przeciągu kilku dni znikwały w zupełności.

Następująca tabliczka wykazuje, wiele dni chorzy z powyższej grupy przebyli w szpitalu aż do zupełnego wyleczenia (oprócz 2 zmarłych).

2 dni	2 chorych	7 dni	3 chorych
4 „	9 „	8 „	3 „
5 „	7 „	10 „	1 „
6 „	6 „	21 „	1 „

Niektórzy badacze przywiązują znaczną wagę do zachowania się ciepłoty przy stosowaniu surowicy. Jak wiadomo, błonica gardzieli rozpoczyna się przy objawach większej lub mniejszej gorączki, przyczem najwyższa ciepłota daje się spostrzegać pierwszego lub drugiego dnia choroby t. j. wtedy, gdy nalot poczyną się dopiero wytwarzać. Otóż, jak już wspomniałem, chorzy z błonicą oddawani byli zazwyczaj do szpitala po największej części trzeciego lub czwartego dnia, gdy ciepłota poczyną się stopniowo zmniejszać. Stąd więc wytłomaczyć można sobie tę okoliczność, że najwyższa ciepłota, jaka notowana była u chorych, należących do rzeczzonej grupy, w dwu tylko przypadkach dochodziła do 40,0°, w trzynastu trzymała się w granicach od 38,0°—39,0°, w pozostałych wreszcie w dniu przybycia do szpitala była normalna. Czy zastrzyknięcie surowicy, jak utrzymują niektórzy autorzy, wpływa bezwarunkowo na obniżenie ciepłoty, jest według mnie rzeczą wątpliwą. Prawda, że u niektórych chorych, przybyłych z podwyższoną ciepłotą, spadała ona do normy już nazajutrz po zastrzyknięciu, lecz z pewnem prawdopodobieństwem można również przypuszczać, że mogło to nastąpić i przy innych sposobach leczenia. Natomiast u niektórych gorączka nie ustępowała jeszcze przez czas pewien po zastrzyknięciu (od 3—7 dni) pomimo braku jakichkolwiek powikłań ubocznych.

Ważniejszych powikłań u chorych należących do tej grupy zauważono niewiele, w szczególności zaś: 1) powiększenie gruczołów szyjowych (bez zejścia w ropienie) 10 razy; w miarę polepszenia się sprawy miejscowej gruczoły również ulegały zmniejszeniu. W uporczywszych przypadkach stosowano z dobrym skutkiem *ungt. ichthyoli*; 2) białkomocz przejściowy w nieznacznym stopniu spostrzegano u 6 chorych; 3) zapalenie nerek miało miejsce u jednego chorego; odsetka białka w moczu dochodziła w powyższym przypadku do 0.1%; chory przebył w szpitalu 3 tygodnie; 4) z wysypek notowano raz jeden pokrzywkę, która wystąpiła w sześć dni po zastrzyknięciu, a po trzech dniach znikła; ciepłota dochodziła do 38,4°; 5) wreszcie nieżytowe zapalenie płuc wystąpiło u dwóch chorych. Co się tyczy dwóch zmarłych z powyższej grupy, to przyczyną śmierci u jednego z nich było wyżej wspomniane zapalenie płuc, drugi zaś zmarł wskutek ogólnego wycieńczenia (*inanitio*), w którym to stanie przybył już do szpitala.

Do grupy drugiej, obejmującej chorych z zajęciem krtani należało ogółem 91 t. j. prawie 75% wszystkich przypadków, które podzielić można na dwie podgrupy, mianowicie.

- 1) przypadki krupu czystego (*laryngitis crouposa s. diphtheritica* . . . 68
 2) „ z równoczesnem zajęciem gardzieli (lub nosa) i krtani . . 23
 I u chorych z tej grupy podobnie jak i z pierwszej niezawsze udawało się zastrzyknąć surowicę w początkach choroby, w szczególności zaś środek rze-
 czony zastosowano:

2 dnia choroby w 12 przypadkach			
2 i 3 „	„	6	„
3 „	„	35	„
3 i 4 „	„	8	„
4 „	„	11	„
3 i 6 „	„	1	„
3 i 7 „	„	1	„
3 i 5 „	„	4	„
5 „	„	2	„
4 i 11 „	„	1	„
6 „	„	5	„
7 „	„	3	„
7 i 9 „	„	1	„
9 „	„	1	„

Jak się okazuje z powyższych danych przeważna ilość zastrzyknięć przy-
 pada na drugi i trzeci dzień choroby ⁵⁾.

Przy stosowaniu surowicy u chorych z powyższej grupy trzymaliśmy się zasady następującej: przy objawach krupu z posuniętymi objawami zwężenia krtani i przy niezajętej sprawą błoniczą gardzieli zastrzykiwano jedno-
 razowo 1000 jednostek ochronnych; nazajutrz t. j. w 12—24 godzin później, skorośmy zauważyli, że objawy zwężenia krtani nie ustępują lub nawet wzmagają się, stosowano jeszcze 1000—2000 jednostek; chorzy zaś, którzy przybyli do szpitala z objawami znacznie już posuniętego zwężenia krtani przy jednoczesnem zajęciu gardzieli (lub nosa) otrzymywali naraz dawkę podwójną czyli 2000 jednostek ochronnych. Wreszcie przywożono do szpi-
 tała i takich chorych, u których z powodu zagrażających objawów zadusze-
 nia nie było już czasu na zastrzyknięcie surowicy. W podobnych przypadkach u chorego bezwzględnie dokonywano tracheotomii, poczem dopiero zastrzyki-
 wano 1000—2000 jednostek surowicy. Więcej nad 3000 jednostek u je-
 dnego chorego nie stosowano.

Z ogólnej liczby 91 chorych z powyższej grupy wyzdrowiało (bez tra-
 cheotomii) 51, zmarło (bez tracheotomii) 3, wykonano tracheotomię u 37 chorych.

Przebieg choroby u chorych nieoperowanych był następujący: po naj-
 większej części już w kilka lub kilkanaście godzin po zastrzyknięciu objawy
 zwężenia krtani poczynają się powoli wyrównywać, oddech stawał się lżejszy
 i chory, zachowujący się przedtem niespokojnie, zasypiał na czas krótszy lub
 dłuższy. W przeciągu kilku dni następnych oddech, jakkolwiek niezupełnie
 jeszcze swobodny, nie przeszkadzał choremu sypiać spokojnie, przyczem ró-
 wnocześnie poprawiał się wygląd ogólny i łaknienie. Jedynie kaszel przez

⁵⁾ Na ogólną ilość naszych przypadków (125) w 88 udało się dokonać zastrzyknięcia surowicy w cią-
 gu pierwszych trzech dni. Stanowi to bądź co bądź około 70% wszystkich chorych, a nawet przewyższa ta-
 ką odsetkę w niektórych szpitalach zagranicznych, wynosi ona bowiem np. na oddziale HEUBNER'a w ber-
 lińskim szpitalu Charité 64%, w klinice zaś pedyatrycznej prof. SOLTSMANN'a w Lipsku zaledwie 34%.

czas pewien jeszcze zachowywał ów charakterystyczny dźwięk krupowy poczem stawał się wilgotniejszy i chory poprawiał się w zupełności. W cięższych przypadkach objawy zwężenia krtani utrzymywały się na jednym poziomie przez dni kilka, nie dochodząc jednak do stanu, wymagającego tracheotomii, poczem i tu wreszcie następowało wyzdrowienie. Wogóle zupełna poprawa nastąpiła:

po 5 dniach u 10 chorych				po 9 dniach u 2 chorych			
„ 6	„	9	„	„ 10	„	5	„
„ 7	„	8	„	„ 11	„	2	„
„ 8	„	10	„	„ 12-22	„	5	„

Co się tyczy chorych zmarłych bez tracheotomii, to u jednego śmierć nastąpiła 13-go dnia choroby wskutek powikłania zapaleniem płuc (*pneumonia lobaris sin.*), u drugiego wystąpił silny niezbyt kiszek z zejściem śmiertelnem, trzeci wreszcie zmarł nazajutrz po przybyciu do szpitala wskutek charłactwa ogólnego.

Tr a c h e o t o m i i, jak już wspomniałem powyżej, dokonano ogółem 37 ⁶⁾ w przypadkach następujących: 1) jeżeli u chorego pomimo jednorazowo lub dwukrotnie zastrzykniętej surowicy (2000—3000 jednostek) wystąpiły objawy zaduszenia tak, iż na dalsze działanie środka rzeczonego niepodobieństwem już było liczyć (29 przypadków) i 2) jeżeli chory przybywał do szpitala z objawami groźnymi, wymagającymi operacji natychmiastowej (8 przypadków). W niektórych przypadkach pierwszej kategorii oraz we wszystkich drugiej chorzy otrzymywali jeszcze po operacji 1000—2000 jednostek ochronnych surowicy ze względu na okoliczność, iż środek powyższy nie był jeszcze u nich przed przybyciem do szpitala zastosowany.

Z liczby 37 chorych operowanych zastrzyknięto surowicę:

2 dnia choroby w 2 przypadkach (zmarło o)			
2 i 3	„	2	„
3	„	10	„
3 i 4	„	2	„
3 i 6	„	2	„
4	„	7	„
4 i 5	„	3	„
5	„	3	„
6	„	2	„
7	„	4	„

Przy bliższem rozpatrywaniu liczb powyższych nasuwają się dwie uwagi: 1) że w większości przypadków operowanych surowica zbyt późno była stosowana (pomiędzy 4 a 7 dniem choroby) i 2) im później nastąpiło zastrzyknięcie, tem bardziej wzrasta ilość przypadków z zejściem śmiertelnem.

Wspomnieliśmy powyżej, że u 29 chorych, zanim zaszła potrzeba dokonania tracheotomii, próbowano zastrzyknięcia surowicy. Przeciąg czasu, przedzielający zabieg powyższy od operacji był następujący:

⁶⁾ Operacja powyższa dokonywana była przez kolegów: A. POZNAŃSKIEGO ord. oddz. chl.r. oraz SPIELREINA i F. SACHSA, lekarzy miejscowych szpitala.

Tracheotomia w 2 godziny po surowicy w 2 przypadkach

„	3	„	„	2	„
„	4	„	„	2	„
„	6	„	„	6	„
„	8	„	„	2	„
„	12	„	„	8	„
„	16-24	„	„	7	„

Jak widać z powyższego, *maximum* czasu niezbędnego do wywołania skutku wynosiło jedną dobę; skoro po upływie tego czasu objawy zwężenia krtani stopniowo się wzmagają, nie należy nazbyt liczyć na działanie surowicy a bezwzględnie przystąpić do tracheotomii.

Na ogólną liczbę 37 chorych operowanych zmarło 18, czyli prawie połowa (49,0%). Bezpośrednią przyczyną śmierci po tracheotomii było: w 10 przypadkach zakażenie ogólne

- „ 2 „ zapalenie płuc (*pneumonia lobularis*)
- „ 2 „ śmierć nastąpiła w czasie operacyi (zatrucie kw. węglanym)
- „ 1 „ zapalenie nerek
- „ 1 „ powikłanie płonicą i wreszcie
- „ 2 „ przyczyna śmierci była niewiadoma (*myocarditis?*).

Porównyując odsetkę śmiertelności po tracheotomii w roku sprawozdawczym z przeciętną odsetką w naszym szpitalu w okresie przedsurowicznym (od r. 1889—1894) wynoszącą około 60,0%, widzimy nieznaczną różnicę na korzyść surowicy. Bywały jednak lata np. w r. 1893, że śmiertelność po tracheotomii wynosiła zaledwie 50,0% t. j. tyle, ile w r. 1896.

Co się tyczy powikłań w przebiegu przypadków zaliczonych do grupy drugiej, to i tu spostrzegano ich względnie niewiele, w szczególności zaś:

1) W y s y p k i: a) *urticaria* w 7 przypadkach; wystąpiła ona u trzech chorych 3-go dnia po zastrzyknięciu surowicy, u jednego 6-go dnia, u jednego 8-go dnia i u dwóch 9-go dnia; trzymała się od 2—3 dni, przyczem ciepłota nie przekraczała *maximum* 39,0%; b) *erythema* (*scarlatinosum*) w 2 przypadkach; wystąpiła ona 3-go i 4-go dnia po zastrzyknięciu, przebiegała z nieznacznym podwyższeniem ciepłoty i wreszcie znikła po 3—4 dniach bez łuszczenia naskórka.

2) Z a p a l e n i e p ł u c bądź to pod postacią płatowego (*pneumonia lobularis*) bądź zrazikowego (*pn. lobularis*) w 5 przypadkach, z których trzy z zejściem śmiertelnem.

3) Z a p a l e n i e n e r e k z przebiegiem niezbyt długotrwałym i bez znacznych obrzęków w 2 przypadkach.

4) B i a ł k o m o c z przemijający spostrzegano w 5 przypadkach; odsetka białka dochodziła w jednym przypadku do 0,5%.

Wreszcie w 2 przypadkach wystąpił nieżyty kiszek, a w jednym z zejściem śmiertelnem *paralysis palati mollis*.

Na jeden ważny fakt jeszcze chcielibyśmy zwrócić uwagę, mianowicie na pewien związek, zachodzący w r. s p r a w o z d a w c z y m pomiędzy epidemią błonicy (i krupu) a odry. Jak wykazują dane wywiadowcze u naszych chorych, z ogólnej liczby 125 przypadków odra poprzedzała błonicę (w odstępie czasu od kilku dni do 3-ch tygodni) 15 razy, w czterech zaś obydwie choroby przebiegały jednocześnie, czyli mieliśmy t. zw. zakażenie mieszane (*Mischinfection*).

O związku zachodzącym pomiędzy odrą a krupem i wzajemnem ich oddziaływaniu na siebie wspominają już rozmaici pedyatrycy jak HENOCH, GUERSANT, RAYER, WEST, BARTHER i RILLIET, FLEISCHMANN, MÖLLER i inni. W ostatnich czasach LÖHR, asystent HEUBNER'a w Berlińskim Charité ⁷⁾, wychodząc z tejże zasady, postanowił od października 1894 r. poddać leczeniu zapobiegawczemu surowicą przeciwbłoniczą wszystkich chorych przybyłych na oddział odrowy, lecz jakkolwiek sam przyznaje, iż liczby przezeń zebrane zbyt są jeszcze nieliczne, by można było wyciągnąć z nich wnioski pozytywniejsze, mimo to jednak zresztą zupełnie słusznie zachęca i innych lekarzy, rozporządzających większym materiałem klinicznym, do dalszych w tym kierunku badań.

Dodać winienem, że w większości przypadków, a w każdym razie we wszystkich przypadkach wątpliwych, przeprowadzane było badanie bakteriologiczne.

Na zakończenie parę słów, dotyczących surowicy. Otóż we wszystkich prawie przypadkach (z wyjątkiem pięciu) stosowaliśmy surowicę warszawską. Nie mamy zamiaru porównywać jej z takimiż środkami zagranicznymi (Roux, BEHRING i inni), chcielibyśmy jedynie zwrócić uwagę na dwie nader dodatnie jej strony, a mianowicie: 1) na znaczną jej siłę flaszeczka bowiem zawierająca 4—5 ctm. sz. zawiera 1000 jednostek ochronnych, tym więc sposobem można było zapomocą jednorazowego zabiegu zwykle używaną strzykawką ARONSON'a zastrzyknąć od razu 2000 jednostek ochronnych i 2) nader małą względnie ilość w y s y p e k po zastrzyknięciu. Jak widzieliśmy z powyższych naszych danych, na 125 przypadków mieliśmy wysypek ogółem 15 czyli 8%. Dla porównania przytoczymy niektóre liczby, zaczerpnięte z literatury obcej. I tak np.

HEUBNER ⁸⁾	na 375 przyp.	spozstrzegał wysypki 73 razy czyli	18%
BAGINSKY ⁹⁾	„ 525 „	„ „ 43 „ „	9,4%
RANKE ¹⁰⁾	„ 118 „	„ „ 5 „ „	4,2%
SEITZ ¹¹⁾	„ 140 „	„ „ 20 „ „	14,3%
MOIZARD (Paryż) ¹²⁾	„ 231 „	„ „ 33 „ „	14%
MONTI ¹³⁾	„ 104 „	„ „ 24 „ „	23%

Otóż, jak się z powyższych danych okazuje, jeden tylko RANKE może się pochwalić odsetką mniejszą od naszej; cokolwiek większą od naszej miał BAGINSKY, u pozostałych odsetka wysypek dwu lub trzykrotnie przewyższała naszą.

Stosując już od lat 2 surowicę u większej ilości chorych na błonicę i krup, wyprowadziłbym następujące praktyczne wnioski, wpływające bezpośrednio ze ścisłego spostrzegania materiału szpitalnego.

1) Przy lekkich i średniego natężenia postaciach błonicy bez objawów zająęcia krtani wystarcza niezależnie od wieku dziecka jedno zastrzyknięcie su-

⁷⁾ LÖHR. Ueber Immunisierungsversuch gegen Diphtherie. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLIII. H. 1.

⁸⁾ HEUBNER. Klinische Studien über die Behandlung der Diphtherie mit dem Behring'schen Heilserum. Leipzig. 1895.

⁹⁾ BAGINSKY. Die Serumtherapie der Diphtherie. Berlin. 1895.

¹⁰⁾ RANKE. Münchener med. Woch. 1895. Nr. 14.

¹¹⁾ SEITZ. 13 Congress f. Innere Medicin. 1895.

¹²⁾ MOIZARD. Das Diphtherie-Heilserum in den pariser Hospitälern. Deutsche med. Woch. 1895.

¹³⁾ MONTI. L. c.

rowicy, odpowiadające 1000 jednostkom ochronnym; przy cięższych należy dawkę podwoić.

2) W przypadkach należących do tej kategorii należy uważać surowicę za lek swoisty.

3) Przy objawach krupu (*laryngitis crouposa s. diphtheritica*) rozpocząć należy od zastrzyknięcia od razu 2000 jednostek ochronnych, ewentualnie zaś następnego dnia zastrzyknąć dodatkowo jeszcze 1000 jedności. Dalsze zastrzykiwania uważam za zbyteczne.

4) Surowicę należy zastrzykiwać możliwie najwcześniej t. j. pomiędzy 1—3 dniem choroby, jakkolwiek i późniejsze zastrzykiwania mogą częstokroć wyrzucić skutek pożądany.

5) Zastrzyknięcie surowicy, o ile się zdaje, nie wpływa ani dodatnio ani też ujemnie na przebieg choroby po dokonanej już tracheotomii.

6) Powikłania wpływające bezpośrednio z zastrzyknięcia są wogóle mało znaczące i nie wpływają ujemnie na przebieg choroby głównej.

W sprawie leczenia kolki wątrobowej,

podał d-r **ADAM CHOJKO** z Kazimierza nad Wisłą.

Każdy z lekarzy praktyków czytał, a niejednen może osobiście przekonał się, jak często kamica żółciowa przebiega skrycie i niczem prawie nie zdradza swego istnienia. Z drugiej znów strony niejednen z nas spostrzegał przypadki kamicy żółciowej ciężkie, nie ustępujące zwykłym zabiegom leczniczym tak, iż zdawałoby się, że tylko chirurg może przerwać sprawę i uratować życie chorego. W tym jednak razie rozporządzamy jednym jeszcze środkiem, który wskazany został między innymi przez prof. ZACHARJIN'a, a który, o ile wiem, dość rzadko bywa u nas uwzględniany. Mam tu na myśli kalomel w małych, a częstych dawkach.

W roku 1885 prof. ZACHARJIN ogłosił swoje spostrzeżenia nad działaniem kalomelu w początkowym okresie niektórych chorób zakaźnych ostrych, oraz w chorobach dróg żółciowych. Wyniki, jakie otrzymał, były ze wszech miar zachęcające, szczególnie w marskości przerostowej i w kamicy żółciowej. W tym ostatnim razie spostrzeżenia dotyczyły tylko przypadków ciężkich, zastarzałych, ze stałym bólem w prawem podżebrzu, silną kolką wątrobową i gorączką, gdzie leczenie wodami mineralnemi nie dawało pożądanego skutku. Kalomel podawany był przez czas dłuższy, w okresie silniejszych bólów, lub podniesionej ciepłoty, w dawkach 0,06 co godzinę; aż do wystąpienia obfitych wypróżnień, co zazwyczaj następowało po 6—10 proszkach. Słaby rozczyń *kalii chlorici* do płukania jamy ustnej zawsze zapobiegał zapaleniu dziąseł.

Spostrzeżenia ZACHARJIN'a zwróciły uwagę klinicystów niemieckich, wogóle niechętnie usposobionych do kalomelu, a wyniki, otrzymane w ciężkich przypadkach kamicy żółciowej przez NOTHNAGEL'a, PEL'a, LEYDEN'a i innych, potwierdziły zdanie ZACHARJIN'a.

W dostępnem mi piśmiennictwie polskiem z ostatnich lat 10 nie znalazłem żadnej pracy, poświęconej stosowaniu kalomelu w omawianem cierpieniu.

W odczycie kol. REJCHMANA: „Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej“, pomieszczonym w N. 34 „Odczytów klinicznych“, znajdujemy wzmiankę o tym środku, autor jednak nie wyróżnia go z pośród innych środków czyszczących, o systematycznym zaś leczeniu wcale nie wspomina. Z tych więc względów, a również zachęcony słowami autora wspomnianego odczytu: „lekarzy zaś praktyków do szczególnego badania tej choroby zniewolić powinna nie tylko niezwykła jej częstość, lecz nadto wielka nieraz trudność w rozpoznawaniu, a jeszcze większa w leczeniu“ — pozwalam sobie podać dwa własne spostrzeżenia dla tych kolegów - praktyków, którzy nie mieli sposobności przekonać się, jak cennym środkiem rozporządzamy w leczeniu kamicy żółciowej w tych razach, gdy inne leki nas zawiodły.

Spostrzeżenie I. Pani Łucz. z Godowa, gubernii lubelskiej, lat 34, dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie chowała się zdrowo, a oprócz zimnicy w 7 roku życia innych chorób nie przechodziła. Mając lat 16, wyszła za mąż; rodziła 12 razy w okresie prawidłowym. Od czasu zamążpójścia czuła się niezdrową: chorej dokuczały częste zaparcia stolca, nieznaczne bóle w dołku podsercowym i ogólne osłabienie, a stan ten po przebytych ostatnimi laty moralnych cierpieniach znacznie się pogorszył.

W kwietniu 1895 r. chora zaczęła doznawać napadu silnych bólów w prawem podżebrzu, a jednocześnie wystąpiły częste odbijania i brak łaknienia. Kiedy zalecone przez lekarza codzienne użycie soli karlsbadzkiej, a także makowca w czasie napadu bólów nie przyniosły ulgi, chora, zaniepokojona, udała się na leczenie do Lublina. Tutaj chorą badało kilku lekarzy i wszyscy znaleźli cierpienie zależne od kamieni żółciowych, wskutek czego zalecono chorej odpowiednią dyetę, wodę karlsbadzką i makowiec, oprócz tego w pewnych odstępach czasu salicylan sodu i podofillinę. W przeciągu dwóch miesięcy chora wypila 40 butelek wody karlsbadzkiej, ulga jednak, jakiej w początku doznała, była krótkotrwała. Co więcej, chora coraz bardziej czuła się osłabioną; żółtaczką z początku nieznaczna, zwiększyła się, ból w dołku i prawem podżebrzu utrzymywał się stale, a silne napady kolki wątrobowej z dreszczami i gorączką, (która zwykle dłużej trwała od samej kolki), występowały co tydzień, a nawet częściej.

W końcu września chora wróciła do Kazimierza. Wezwany wkrótce potem do chorej, znalazłem przy badaniu co następuje: stan bezgorączkowy; okolica dołka i prawego podżebrza wypukłona, na dotyk czuła; dolny brzeg wątroby na 3 palce poniżej łuku żebrowego, gładki; pęcherzyk żółciowy, wskutek bólów, nie daje się zbadać, w innych narządach żadnych zbroczeń widocznych. Wypróżnienia co parę dni, w niewielkiej ilości, twarde, po większej części odbarwione; mocz ciemnej barwy, przy wstrząsaniu daje żółtą pianę. Chora skarży się na zupełny brak łaknienia i ogólne osłabienie. Opierając się więcej na danych wywiadowczych, niż na wynikach badania, rozpoznałem kamice żółciową, mając zaś na względzie bezskuteczność poprzednich zabiegów leczniczych, zaleciłem kalomel przed każdym spodziewanym napadem kolki wątrobowej, lub na początku tegoż według wskazówek ZACHARJIN'a po 0,06 co godzinę, aż do wystąpienia obfitych wypróżnień, oprócz tego płynne pokarmy i wino, a do płókania jamy ustnej *kalium chloricum*. Pierwszy

napad kolki nie różnił się w niczem od poprzednich; po użyciu 8 proszków kalomelu nastąpiło obfite wypróżnienie z kawałkami gęstej ciemno-zielonej żółci i śluzem. Dwa następne napady w odstępach tygodniowych trwały znacznie krócej, bóle były nie tak silne, gorączka mniejsza, wypróżnienia podobne. Czwarty napad, po przerwie dwutygodniowej był jeszcze słabszy od poprzednich, z bardzo nieznaczną gorączką. Zaleciłem dalsze użycie kalomelu raz na tydzień niezależnie od napadów kolki, a oprócz tego podofilinę w pigułkach po 0,03 w razie zaparcia stolca. Po tym napadzie chora widocznie zaczęła się poprawiać, odzyskała łaknienie, a z niem i siły; żółte zabarwienie skóry stopniowo ustępowało, wypróżnienia były częstsze, papkowate, zabarwione. Ostatni, piąty napad, po sześciu tygodniach, (wskutek widocznego błędu w dycie), prędko ustąpił po użyciu kalomelu. Chora wkrótce wróciła do zdrowia. Przy badaniu w tym czasie znalazłem: dolny brzeg wątroby wyczuwa się pod samym łukiem żebrowym, w pęcherzyku żółciowym parę kamieni wielkości orzecha laskowego; ból przy ucisku na okolice pęcherzyka był bardzo nieznaczny. Przez cały czas leczenia chora przyjęła 6 porcyi kalomelu po 12 proszków. Chorą obecnie często widuję; czuje się ona zdrową.

S p o s t r z e ż e n i e II. Pani Łub. z Warszawy, lat 40, wdowa, wieloródka, z ojca, zdaje się, artrytykã. Oprócz duru brzuszego w 16 roku życia i powtórnie przed trzema laty innych chorób nie przechodziła. Po ostatniej chorobie zaczęła doznawać w okolicy wątroby lekkich i krótkotrwałych bólów, pomimo tego czuła się względnie zdrową. W grudniu 1895 r. nastąpił silny napad bólów w podżebrzu prawem z gorączką i żółtaczką, trwający 4 dni. W styczniu i lutym roku następnego napady takie powtarzały się mniej więcej w odstępach tygodniowych, trwały tylko krócej; w marcu zaś występowały 2 lub 3 razy tygodniowo, zawsze z gorączką, która zazwyczaj trwała dłużej od napadu, sam zaś napad ustępował stopniowo. Na odbytej w tym czasie naradzie rozpoznano kamicę żółciową, zalecono więc leczenie wodą karlsbadzką, a oprócz tego oliwę i glicerynę w dość dużych dawkach. Przez kwiecień chora czuła się lepiej, a napady kolki powtarzały się co 2 tygodnie. W maju za to napady wystąpiły z dawną siłą, dwa razy tygodniowo, a kiedy zalecone w tym czasie 24 butelki wody Vichy i jednorazowe użycie litra oliwy nie przyniosły żadnego skutku, przepisano leczenie w Karlsbadzie, w ostatecznym zaś razie operację. W początkach czerwca chora przybyła do Kazimierza, gdzie zwykle spędza miesiące letnie. Tutaj stan chorej nie zmienił się w niczem: napady kolki występowały co 3—4 dni, z dawnym charakterem, a wskutek znacznego wyczerpania sił, chora pierwszy miesiąc przeważnie spędzała w łóżku. Wezwany w połowie lipca podczas napadu kolki dla zastrzyknięcia morfiny, co na pewien czas ulgę sprawiało, znalazłem stan następujący: ciepłota 40°, tętno 100, słabe, nieprawidłowe; na twarzy lekko spotniałej wyraz ciężkiego cierpienia; kończyny chłodne, sinawe; skóra ciemno-żółtej barwy z bardzo niewielkim podkładem tkanki tłuszczowej; język wilgotny, obłożony; chora skarży się na silne bóle w okolicy pęcherzyka żółciowego, rozprzestrzeniające się na dołek i nieco ku górze. Po zastrzyknięciu morfiny i ustąpieniu bólów mogłem przystąpić do dalszego badania. Okolica podżebrza prawego i dołka mocno wypukłona, bardzo czuła na dotyk; dolny brzeg wątroby równy, gładki wyczuwa się na 3¹/₂, palca poniżej łuku żebrowego; pęcherzyka żółciowego wyma-

cać nie można, ma się jednak wrażenie, jakby był znacznie powiększony i naprężony; u wierzchołka serca szmer skurczowy; w innych narządach żadnych zmian godnych uwagi. Chora uskarża się na zupełną utratę łaknienia od dłuższego już czasu, odbijania i stały ból w dołku, zaparcie stolca, wychudnięcie i brak sił. Mając przed sobą podobny do poprzedniego przypadek kolki wątrobowej, tem śmielej zaleciłem leczenie kalomelem, na co się chora zgodziła. Zaleciłem taki sam sposób użycia kalomelu, tylko częściej, zależnie od częstszych napadów kolki. Skutek tym razem był jeszcze widoczniejszy i prędszy. Już pierwszy napad po obfitem ciemno-zielonem wypróżnieniu trwał krócej, następny zaś przy znacznie słabszych objawach wystąpił po tygodniu. Dalsze użycie kalomelu zaleciłem w przerwach tygodniowych, w razie zaś zaparcia stolca podofillinę w pigułkach po 0,03. O ile pamiętam, więcej napadów kolki już nie było; chora doznawała jedynie lekkiego bólu w dołku. Od tego czasu poprawa szybko postępowała tak, że w połowie września chora w zupełnie dobrym stanie zdrowia opuściła Kazimierz. Badanie w tym czasie wykazało: wątroba — pod łukiem żebrowym, w pęcherzyku zaś żółciowym — parę kamyków wielkości orzecha tureckiego. Ogółem chora przyjęła 6 porcyi kalomelu po osiem proszków.

W tym miejscu nadmienię jeszcze, że w obydwóch przypadkach pomimo starannych i ciągłych poszukiwań kamieni w stolcach nie znaleziono.

W obydwóch, jak widzimy, przypadkach, zawdzięczając kalomelowi, zdołaliśmy usunąć jeden z najcięższych objawów kamicy żółciowej, kolkę wątrobową. Biorąc teraz pod uwagę brak kamieni w stolcach, powolne zakończenie samego napadu kolki, nieznaczne rozprzestrzenienie się bólu po za okolicę pęcherzyka żółciowego, sądzę, że w danych przypadkach kolka nie była wywoływana przejściem kamienia przez przewód żółciowy, jak to zazwyczaj bywa. Przeciwnie wobec stałego bólu w podżebrzu prawem, stanu gorączkowego, trwającego dłużej od samej kolki, wreszcie złogów żółciowych i śluzu w stolcach po użyciu kalomelu, przypuszczam, że kolka zależała od zapalnego stanu pęcherzyka i przewodu żółciowego, od zatkania tego ostatniego złogami żółciowymi i śluzem i prawdopodobnie od obrzmienia błony śluzowej przewodu.

Że podobny stan pęcherzyka żółciowego może wywołać napady kolki wątrobowej, świadczą o tem spostrzeżenia prof. RIEDEL'a *) na operowanych przez niego przypadkach kamicy żółciowej. Dodatni więc wpływ kalomelu polegał w danych przypadkach na przywróceniu drożności przewodu żółciowego z jednej strony, z drugiej zaś — na usunięciu stanu zapalnego. O ile wiemy z farmakologii, kalomel odpowiada obydwóm tym wymaganiom. Wszyscy farmakolodzy zgadzają się na żółciopędne własności kalomelu zależne od wzmożonego ruchu ścian przewodu żółciowego, doświadczenia zaś kol. ZAWADZKIEGO wykazały silne własności bakteryobójcze tego środka.

*) „O kamley żółciowej w połączeniu z żółtaczką lub bez niej“. Streścił d-r GRUNDZACH. Medycyna r. 1893.

Prof. H. BUCHNER.

O znaczeniu czynnych, rozpuszczalnych wytworów komórek w chemizmie komórki.

Spolszczył **D-r L. G.**

Pojęcie „komórki“ powstało nieodrazu i nieodrazu wprowadzone zostało do nauki. Już w roku 1665 odkryte przez angielskiego przyrodnika Roberta HOOKE'a małe przestrzenie w tkankach roślinnych, które nazwał „komórkami“, były według jego pojęcia właśnie niczem innym jak przestrzeniami i dopiero anatomiczny włoski MALPIGHI zwrócił uwagę, że mamy tu do czynienia z małymi ciałkami o ściannach własnych i dających się wyosobnić. Później w r. 1781 FONTANA pierwszy spostrzegł płyn komórkowy, jądro i jąderko, które dopiero dzięki pracom MEYER'a (1828) i BROWN'a (1831) przedstawione zostały w bardziej określonej postaci. DUFARDIN dowiódł w 1835 r. że istota, wypełniająca komórkę, nie jest właściwie płynem, lecz musi być uważana za coś zorganizowanego i dla tego zaproponował dla niej nazwę „sarkody“, która później przez wprowadzoną przez Hugona MOHL'a nazwę „protoplazmy“ zastąpiona została. Prace wreszcie DUTROCHER'a (1837) i SCHWANN'a (1839) wiadomości nasze o tyle rozszerzyły, iż wykazały, że wszystkie tkanki i wszystkie ustroje powstają z komórek i że komórki ustroju powstają również z komórek, a w końcu z jajka.

Tym sposobem powstała teoria komórkowa i panuje dotąd, i słusznie, we wszystkich dziedzinach organicznego badania przyrody; wobec tego, że komórka przedstawia ustrój elementarny i wobec tego, iż nie znamy przejawów życiowych bez organizacyi i wogóle bez tej ostatniej przedstawić ich sobie nie możemy, zbyteczne byłoby dowodzenie, że przejawy życiowe ostatecznie muszą brać swój początek w komórkach. Twierdzenie fizyologów, że w komórce ukryte są zagadki przejawów życiowych, przyczyna tych lub owych spraw życiowych, że musimy studyować komórkę i przemiany w niej się odbywające i t. p., jest w gruncie rzeczy zupełnie zrozumiałe i znaczy to samo, co możliwość badania przejawów życiowych wyłącznie na częściach żywych.

Gdyby w twierdzeniu tem fizyologów zawarty był pogląd, że możemy badać komórkę tylko jako całość, jako jednostkę, to byłoby to wprost błędem wstrzymującym postęp, gdyż bez rozcłunkowania nie postąpimy naprzód w kierunku fizyologicznym tak samo, jak morfolog nie czyniłby postępów, gdyby zawsze rozpatrywał komórkę jako całość i nie badał oddzielnych jej części, co, jak wiemy, przez całe szeregi lat w morfologii komórki, i to z doskonałym wynikiem uskutecznione zostało.

W podobny sposób musi się udać i zbadanie fizyologiczne oddzielnych części składowych komórki i to nie tylko tych części, które możemy rozróżnić jako morfologicznie różne i charakterystyczne części składowe, co już poczęści uskutecznione zostało dla chloroplastów komórek roślinnych, lecz i tych części składowych komórki, których nie możemy morfologicznie wyróżnić, a mianowicie rozpuszczonych płynnych części składowych wnętrza komórek.

I tu musi badanie komórki wybrać drogę rozczłonkowania; właściwie droga ta pójdzie w odwrótnym kierunku, aniżeli powstało pojęcie o komórce w rozwoju historycznym. Gdy przed 100 laty najważniejsza była synteza, to obecnie jest najważniejsza analiza. Zamiast wracać do komórki musi obecnie i w przyszłości fizjologia iść dalej po za pojęcie komórki.

Pierwszem pytaniem następczącym się w tej sprawie będzie wynalezienie metody otrzymania niezmiennych soków komórek. Jako postępowanie w tym względzie zaznaczyć wypada sposób otrzymania tych soków, niedawno opisany w sprawozdaniach Towarzystwa Chemicznego Niemieckiego przez brata autora, Edwarda BUCHNER'a. E. BUCHNER starał się otrzymać sok komórek z grzybków drożdżowych zapomocą mechanicznego rozcierania tychże z dodatkiem piasku. Metoda ta została ulepszona w ostatnich czasach w ten sposób, iż roztarte komórki grzybków wyciskane były następnie przy ciśnieniu 400—500 atmosfer.

W ten sposób otrzymano z komórek drożdżowych piwnych przezroczysty, a często cokolwiek opalizujący, żółty płyn z zapachem drożdży oddziaływający zasadowo, zawierający 10% części stałych, wśród których znajdowało się bardzo wiele albuminów przez zwykłe ogrzewanie łatwo strącać się dających. Wytwarzanie się skrzepów nierozpuszczalnych rozpoczyna się już przy ogrzewaniu do 40°C. Przy ogrzewaniu do punktu wrzenia wydzielanie się ich jest tak silne, iż płyn prawie całkowicie krzepnie (demonstracja). Z 1 kg najlepszych drożdży prasowanych otrzymać można przy dodaniu 200 ctm. sz. wody 500 ctm. sz. powyższego soku komórkowego.

Ponieważ badania te wykonane zostały w instytucie higieny autora, przeto nie omieszkał on zastosować wyciskania takich do komórek bakterii, t. j. do masowych hodowli tychże. Doświadczenia te wykonane przez Martina HAHN'a wykazały, że z laseczników gruźlicy i ropy zielonej jak również i z wibryonów cholery można przez rozcieranie i wyciskanie przy ciśnieniu 400—500 atmosfer w podobny sposób otrzymać przezroczyste żółte płyny, o oddziaływaniu słabo zasadowem lub obojętnem, które przez ogrzewanie wydzielają również skrzepy albuminowe. Istnienie zatem krzepnącej albuminy w sokach najniższych istot roślinnych, w ten sposób pierwszy raz stwierdzone zostało. Otrzymanie tych soków wyciśniętych z masowych hodowli laseczników cholery i laseczników gruźlicy musiało naturalnie naprowadzić na myśl, że te niezmiennione soki komórek bakterii chorobotwórczych muszą być najodpowiedniejsze w celach uodparniania ustroju zwierzęcego. HAHN rozpoczął badania w tym kierunku i rzeczywiście przekonał się, że można tym sposobem uodpornić bardzo szybko przeciwko cholery świnki morskie.

Odnosnie do gruźlicy HAHN i BULLING rozpoczęli również doświadczenia, które wobec wolno przebiegającego zakażenia wymagają jednak dłuższego czasu.

Edward BUCHNER prócz tego spostrzegał i inne ciekawe zjawisko odnośnie do soku komórkowego wyciśniętego z komórek drożdżowych, a mianowicie, że absolutnie przezroczysty sok komórkowy, pozbawiony żywych komórek wywołuje fermentację w wysokim stopniu, t. j. może rozszczepić cukier na wyskok i bezwodnik węglany. Fermentacja ta, zdradzająca się unoszeniem się obfitych pęcherzyków bezwodnika węglanego, występuje prawie natychmiastowo, jeżeli zmieszamy sok komórkowy z roztworami cukru i ogrzewać będziemy mniej więcej do 30°C. Przy cieplecie niższej trwa to odpowiednio dłużej (demonstracja).

Zaznaczyć wypada, że zupełnie przezroczysty sok komórek drożdżowych i wtedy wywołuje fermentację, jeżeli go przefiltrujemy przez filtr BERKEFELD'a, a więc gdy na pewno zostanie on pozbawiony żywych komórek drożdżowych,

E. i H. BUCHNER badaniem mikroskopowem i bakteryologicznem wykazali, iż w soku tym niema komórek a wobec dokładnego działania filtru BERKEFELD'a nie można przypuszczać, że większe nierozpuszczone cząsteczki istoty komórek drożdżowych wywołują fermentację.

Działaniu fermentacyjnemu soku komórkowego podlega cukier trzcinowy, gronowy, owocowy i słodowy, natomiast cukier mleczny i mannit opiera się temu działaniu tak samo, jak działaniu żywych drożdży piwnych.

Mamy więc do zanotowania nowy i ważny fakt fizyologiczny t. j., że nie (jak dotąd przyjmowano wraz z HELMHOLTZ'em, PASTEUR'em i NAEGLI'm) żywa komórka drożdżowa jako taka, że nie jej budowa organizowana jest koniecznym czynnikiem i bodźcem wywołującym fermentację, lecz że działanie fermentacyjne wywołuje rozpuszczona istota, znajdująca się w soku komórkowym plazmy, wypełniającym szczeliny siatkowato ułożonej protoplazmy. Działanie istoty tej, która powstaje bezwątpienia z organizowanej protoplazmy komórek, jest w dalszym ciągu od protoplazmy niezależne. Dalej, jasną jest rzeczą, że istota ta, którą nazywamy „zymaza“, nie może być utożsamiona z inwertyną drożdży, wywołującą tylko hidrolizę, t. j. zamieniającą cukier trzcinowy na gatunek cukru zdolny do fermentacji przez przyciąganie wody, lecz nie wywołującą fermentacji i nie rozszczepiającą cukru na wyskok i bezwodnik węglany.

Bądź co bądź mówić można o pewnej analogii, a to na tej zasadzie, że nasycenie chloroformem mieszaniny soku komórkowego i roztworu cukru nie wstrzymuje fermentacji zapomocą zymazy, tak samo, jak chloroform nie wpływa ujemnie na działanie inwertyny, gdy tymczasem żywe komórki drożdżowe tak samo jak wszystkie ustroje bardzo są wrażliwe na chloroform. Autor starał się zbadać w tym kierunku i inne środki przeciwnie i znalazł tylko jeden, który dodany do soku wyciśniętego z drożdży nie wywoływał krzepnięcia tych bardzo czułych ciał białkowych, a tym jest arsenian sodu.

Dodanie 10% roztworu tej soli nie wpływa zupełnie na przezroczystość soku komórkowego i okazuje się, że pomimo tak znacznej zawartości arsenionu sodu, który wstrzymuje zupełnie działanie fermentacyjne żywych komórek drożdżowych, zymaza bardzo niewiele traci na swem działaniu.

W każdym razie nie możemy sprawy tej w tak prosty sposób pojmować, jakoby zymaza była właściwie tylko rozpuszczoną żywą istotą komórki drożdżowej. O tem naturalnie nie może być mowy wobec tego faktu, że istota ta, jest znacznie mniej wrażliwa na trucizny aniżeli żywe, ukształtowane części komórki. Najwyżej mogliśmy ją zaliczyć według nomenklatury wprowadzonej przez v. KUPFFER'a do istot paraplasytycznych. Lecz i to staje się wątpliwe.

W każdym razie zymaza jest to czynny, rozpuszczony wytwór komórki, przyrody białkowej, zaś działanie czynne (*Activität*) polega na tem, że istota ta sama przez się, li tylko przy przechowywaniu soku komórkowego, bez widocznych zmian chemicznych i fizycznych, przechodzi w stan niedziałania, w stan nieczynny. W przeciwstawieniu do tego stanu nazywa autor stan świeżego wytworu, wytworu działającego, stanem czynnym. Rozpuszczoną nazywa autor istotę tę nie dla tego, iż chce mianem tem oznaczyć zwykły roztwór cząsteczkowy, lecz prawie jest pewny, iż właśnie stan taki nie istnieje i że natomiast jest to roztwór micellarny w myśl NAEGLI'ego, w którym atomy białka nie przylegają do siebie pojedynczo, lecz w dużych grupach w postaci kryształów.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

53. O. VIERORDT. **Przyczynek do rozpoznawania klinicznego błonicy i dyfteroidalnych zapaleń gardzieli.** Zastosowanie badania bakteriologicznego do rozpoznawania rozmaitych postaci zapalenia gardzieli spowodowało potrzebę nowego klinicznego ugrupowania tychże postaci. Należało oczekiwać nowej klasyfikacji zapaleń gardzieli odpowiednio do wywołujących je drobnoustrojów. Na pierwszym planie zarówno ze względów naukowych jak i praktycznych, stoi sprawa możliwości rozpoznania klinicznego błonicy i odróżnienia jej od zapaleń wywołanych nie przez laseczniki LÖFFLER'a, bez uciekania się przytem do złożonych metod badania bakteriologicznego. Rozpoznanie choroby przy pomocy środków najprostszych, dokonane na samym chorym jest celem, do którego klinika zawsze dążyć powinna. Im mniej lekarz posługuje się mikroskopem i próbówką, im dłużej za to pozostaje przy łóżku chorego, tem łatwiej będzie w stanie osądzić wszystkie wpływy szkodliwe, którym chory ulega, tem łatwiej będzie mógł indywidualizować. Uwolnienie klinicysty od potrzeby badania bakteriologicznego zapaleń gardzieli miałoby doniosłe znaczenie, gdyż chodzi tu o choroby przebiegające ostro i bardzo zaraźliwe, których rozpoznanie nie powinno być opóźnione przez złożone metody badania. W nieznaczej mniejszości przypadków bezpośrednie badanie mikroskopowe daje wyniki pewne, w ogromnej zaś większości konieczne jest otrzymanie hodowli, co jest rzeczą trudną po za szpitalami i wielkimi miastami. Potrzeba wydoskonalenia badania klinicznego jest tu zatem nagląca.

Jak wiadomo, laseczniki LÖFFLER'a spotykamy i przy takich zapaleniach gardzieli, które przebiegają bez tworzenia się błon rzekomych. Należałoby oznaczyć częstość tych postaci i sposób odróżnienia ich od postaci niewinnych. Z drugiej strony prócz błonicy płoniczej istnieją inne jeszcze zapalenia gardzieli z błonami rzekomymi, w których jednak laseczników LÖFFLER'a nie znajdujemy. O tych ostatnich postaciach tylko tyle wiemy, że istnieją. W celu wyjaśnienia sprawy w obu powyższych kierunkach VIERORDT zbadał przeszło 300 przypadków zapaleń gardzieli. Wszystkie przypadki badane kontrolowano przy pomocy hodowli na agarze alkaliczno-białkowym DEYCKE'go.

I. Zapalenia wywołane przez laseczniki LÖFFLER'a. Pominie my tu przypadki, w których błony rzekome przekraczały granice migdałów. W tych przypadkach, w których sprawa ograniczała się li tylko do migdałów spotykano albo jeden nalot białawy, mocno przyczepiony i pokrywający całą powierzchnię migdału, albo też naloty małe, szarawe, wysepkowate, znajdujące się przeważnie na wyniosłościach i w mniej lub więcej mocnym związku z tkanką migdału. Po zdjęciu lub odpadnięciu takiego nalotu wysepkowatego często ukazywał się w torebce (*lacuna*) czopek. Toż samo spostrzegano niekiedy i po odpadnięciu nalotu, pokrywającego całą powierzchnię migdału. Po zdjęciu mocniej siedzących nalotów błona śluzowa lekko krwawiła, nie było na niej jednak owrzodzeń.

Typowe zapalenie torebkowate przebiegało dość często z lasecznikami LÖFFLER'a. Po wyłączeniu tych przypadków, w których czopki grały rolę drugorzędną, towarzysząc tylko wyraźnym nalotom błoniczym, oraz tych, w których hodowle niedość bujnie się rozrastały (w tych razach prawdopodobnie mamy do czynienia z lasecznikiem wrzekomo-błoniczym), pozostaje 8 przypadków typowej *anginae*

lacunaris, których pochodzenie rozstrzygnęły powikłania ze strony krtani lub porażenia następce.

Pominiemy szczegółowy opis tych przypadków. Zaznaczymy tylko, iż w 6-iu z nich typowa *angina lacunaris* trwała 1—3 dni, poczem dopiero pojawiły się wyraźne naloty błonnicze. Po odpadnięciu ich ukazały się niekiedy w torebkach czopki. W 2 przypadkach *angina lacunaris* pozostała typową aż do samego końca choroby. Prawdopodobnie postać ta spotyka się bardzo często, że zaś nie bywa rozpoznawana, pochodzi to stąd, iż do szpitala przybywają chorzy już w tym okresie, kiedy sprawa rozszerzyła się na całą powierzchnię migdału; lekarze widzących chorych w okresach początkowych w praktyce prywatnej nie są w stanie rozpoznać sprawy bez badania bakteriologicznego tem bardziej, iż, jak wiadomo, i przy typowym zapaleniu torebkowatym mogą niekiedy naloty rozszerzyć się po powierzchni migdału. Z innych postaci pochodzenia lasecznikowego zasługuje na uwagę ogólnie znane zresztą zapalenie gardzieli nieżytowe, wikłające dławiec, przyczem migdały bywają niekiedy pokryte jakby białą, ledwie dostrzegalną zasłoną. Wreszcie laseczniki LÖFFLER'a mogą wywoływać zapalenie migdałów zgorzelinowe.

II. Dyfteroid bez laseczników. Zapaleń gardzieli o charakterze błonniczym bez laseczników spostrzegano 15 (zapalenia płonicze nie są tu wliczone). W większej części przypadków błony rzekome rozszerzały się po za granice migdałów, nigdy jednak nie przechodziły na błonę śluzową nosa lub krtani. Porażenia następce nie były spostrzegane. Po za badaniem bakteriologicznem nie dawało punktu oparcia dla odróżnienia tych postaci od błonicy. W niektórych przypadkach można było podejrzewać płonicę, gdyż choroba zaczynała się od wymiotów, podniebienie było mocno zaczerwienione, a na agarze wyrastały paciorkowce. Widzimy więc, że ani na zasadzie objawów miejscowych, ani na zasadzie ogólnych nie jesteśmy w stanie postaci tych odróżnić ani od błonicy lasecznikowej, ani od płonicy. Szczególnie ciekawą pod względem rozpoznawczym postać przedstawia zapalenie dyfteroidalne z nawrotami. Wygląd nalotów przypomina do złudzenia błonicę lasecznikową, w żadnym jednak przypadku nie znajdowano laseczników LÖFFLER'a. Objawów płonicy również nie można było wykryć. Wszystkie te przypadki kończyły się wyzdrowieniem. Być może, iż pod względem anatomicznym mamy tu do czynienia nie z błonicą, lecz z dławcem (*diphtheritis superficialis*). Prawdopodobnie u niektórych osobników pod wpływem często powtarzających się zapaleń istnieje skłonność do zgorzeli skrzeplinowej nabłonka i wytwarzania błon rzekomych.

III. Zapalenie zgorzelinowe z gronkowcami. Gronkowce były znajdowane często w nieznacznej ilości wraz z paciorkowcami lub lasecznikami LÖFFLER'a. W dwóch jednak bardzo podobnych do siebie przypadkach znalezione zostały wyłącznie gronkowce. Przypadki te są tak charakterystyczne, iż zatrzymamy się na nich nieco dłużej. W pierwszym przypadku u 3-letniego chorego w przebiegu tyfusu brzuszego pojawił się na podniebieniu miękkim z boku od języczka żółty nalot. W przeciągu kilku dni w miejscu tem błona śluzowa uległa zgorzeli na przestrzeni 1 cm. Po opadnięciu ciepłoty brak ten zagoił się, pozostawiając bliznę poprzeczną. W drugim przypadku sprawa rozwijała się w tem samym miejscu, rozpad jednak był tak znaczny, iż języczek wisiał na wąskim mostku. I tu również nastąpiło zabliznienie. Czy gronkowce były przyczyną rozpadu, trudno orzec, gdyż jadowitość ich nie była badana. Dodać należy, iż podobnych postaci dotychczas nikt nie opisał.

Z powyższego wynika konieczność zmiany terminologii. Nazwę błonicy (*diphtheria*) należy stosować tylko do postaci wywołanych przez laseczники LÖFFLER'a, opisane zaś powyżej postaci *anginae lacunaris*, które powstają pod wpływem tychże laseczników nazywać należy *diphtheria lacunaris* w celu odróżnienia od *angina (resp. tonsillitis) lacunaris simplex*. Dla oznaczenia wszystkich innych zapaleń, zarówno płoniczych, jak i niepłoniczych, przebiegających z błonami rzekomymi, należałoby używać nazwy „*diphtheroid*“.

Co do rozpoznania, najważniejszą jest rzeczą odróżnienie zapalenia torebkowego zwyczajnego (*angina lacunaris*) od błonicy torebkowej (*diphtheria lacunaris*) i wysepkowatej oraz odróżnienie błonicy lasecznikowej od dyfteroidów.

Rozpoczynająca się błonica migdałów przedstawia się pod postacią białawych lub szarych wysepek na wyniosłych punktach migdałów. Niekiedy jednak w podobny sposób zaczyna się: dyfteroid płonicy (rozpoznawany na zasadzie innych objawów płonicy) oraz dyfteroidy niewinne, pomiędzy którymi zasługują na uwagę wzmiankowane już zapalenia z nawrotami. Jeżeli naloty przekraczają granice migdałów, przenosząc się językowato na podniebienie miękkie, bądź przeskakują w postaci rąbka na sąsiedni brzeg języczka, możemy z zupełną prawie pewnością rozpoznać błonicę. Niekiedy rozpoczyna się błonica pod postacią zapalenia torebkowego z żółtawymi czopkami, tkwiącymi głęboko w torebkach, lecz dającymi się z łatwością wycisnąć. Prawie zawsze po upływie 1—3 dni sprawa rozszerza się po powierzchni migdału. W innych przypadkach naodwrot po odpadnięciu nalotu błoniczego ukazują się znajdujące się pod nim czopki. Bywa jednak i tak, że i przy zapaleniu torebkowym zwyczajnym naloty rozchodzą się po powierzchni migdału: łatwo je wtedy rozpoznać po żółtawem zabarwieniu oraz konsystencji kruchej, serowatej. W przypadkach wątpliwych przejście sprawy na krtań lub błonę śluzową nosa przemawia za błonicą. Po za tymi objawami ani zachowanie się gruczołów, ani moczu, ani ciepłoty nie daje nam żadnego punktu oparcia. Wynika stąd, iż należy być bardzo oględnym przy rozpoznawaniu zapalenia torebkowego zwyczajnego w pierwszych dniach choroby, zwłaszcza tam, gdzie można przypuszczać możliwość zarażenia się błonicą. Wogóle nie zaszkodzi, jeżeli błonicę nawet zbyt często rozpoznawać będziemy, gdyż odwrotny błąd pociągnąć może za sobą następstwa szkodliwe. Natomiast gdy sądzić zechcemy o leczniczej wartości surowicy, opierać się musimy jedynie na przypadkach zbadanych bakteryologicznie.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1897, N. 8).

F. Sachs.

54. S. GOTTSCHALK (Berlin). **Wyleczenie tyłozgięcia macicy zapomocą skrócenia więzadeł krzyżowo-macicznych (lig. sacro-uterina) przez pochwę.** Wobec tego, że *vaginofixura* macicy sposobem DUEHRSSEN'a i MACKENRODT'a w następstwach dała wyniki niepomyślne co do przebiegu ciąży u kobiet, u których tę operację wykonano, WERTHEIM skracał więzadła obłe macicy od strony pochwy, GOTTSCHALK zaś wykonał dwa razy skrócenie więzadeł krzyżowomacicznych też od strony pochwy, twierdząc, że główną przyczyną tyłozgięcia macicy jest osłabienie *lig. sacro-uterinorum* i ich nadmierne rozciągnięcie; żeby więc usunąć tyłozgięcie macicy, trzeba umocować szyję macicy od tyłu.

Rękoczyn ten można wykonać przez pochwę, odprowadzając uprzednio macicę, jeżeli jest zupełnie ruchoma. Następnie przecinamy cięciem podłużnem długości 5 ctm. tylne sklepienie pochwy, począwszy od miejsca, gdzie błona śluzowa szyi macicznej przechodzi na błonę śluzową pochwy, następnie takimże podłużnem cięciem otwieramy jamę brzuszną, przyszywamy otrzewną do błony śluzowej

pochwy i zostawiamy długie końce dwóch bocznych szwów w celu rozszerzenia otworu przez naciąganie tych końców. Jeżeli są jakiegokolwiek zrosty, utrzymujące macicę w tyłozgięciu, to je rozrywamy i odprowadzamy macicę zwykłym sposobem. Następnie bierzemy mocną nitkę jedwabną i nawlekamy dwie igły, z których jedna tępa, t. zw. DESCHAMPS'a, druga o małej krzywiźnie, ostra. Asystenci pociągając za nitki łączące błonę śluzową pochwy z otrzewną, rozciągają ranę w sklepieniu pochwy, operator zaś wskazicielem lewej ręki wymacuje więzadło maciczno-krzyżowe, przekłówa pod kontrolą palca tępą igłą DESCHAMPS'a więz w odstępie 3—4—5 ctm. od przyczepu jego do szyi macicznej w kierunku z góry na dół i zawiązuje węzeł; następnie ostrą igłę wkłówa w tylną ścianę miększu szyi macicznej na wysokości wewnętrznego otworu macicy i wyklówa ją na granicy części pochwowej szyi i dwa te końce nitki mocno zawiązuje; supeł będzie leżał nazewnątrż w głębi sklepienia tylnego.

Toż samo wykonywa z drugiej strony. Do worka DOUGLAS'a wprowadza wąski pasek gazy jodoformowej. Jeżeli macica po tym rękoczynie jeszcze przechyla się ku tyłowi, wtedy mocno tamponujemy sklepienie przednie i pochwę, aby tampon zastąpił *pessarium*. Chora po operacji przez kilka dni powinna przeważnie leżeć na boku lub na brzuchu. 7—10-go dnia po operacji zmienia się tampon, 14-go dnia usuwamy tampon zupełnie. W następstwie zalecamy chorej przez kilka tygodni spokój.

Autor wykonał wyżej opisany rękoczyn dwa razy z doskonałym wynikiem. W obydwóch razach autor nie okrwawiał więzadeł, lecz po prostu przekłówał tępą igłą i przewiązywał. Przewiązki pozostawia autor na czas dłuższy, licząc na to, że się same wydziela.

(Centralbl. f. Gynaek. Nr. 16. 1896).

Kazimierz Kraków.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 14 stycznia 1897 r.

Kol. J. STRZEMIŃSKI: „O objawach ocznych przy chorobach wątroby“. Zmiany histologiczne według badań WEISS'a, BAAS'a i HORI'ego są podobne do zmian przy marskości wątroby. Zaczynają się one od zmian w naczyniach krwionośnych i przechodzą na tkanki sąsiednie, wywołując w nich zapalenie, zwyrodnienie, rozrost tkanki łącznej, która następnie ulega zbliznowaceniu. W końcu następuje zanik tkanek oka. Sprawa chorobowa sprowadza największe zmiany w naczyniówce, ciałku rzęskowym i siatkówce. Z pomiędzy objawów stale pojawia się żółte zabarwienie łącznicy, towarzyszące żółtacze; z pomiędzy innych niestałych, najczęstsza jest ślepotą kurza (*haemeralopia*), przypisywana niedostatecznemu wytwarzaniu się lub też zwiększonemu zanikaniu czerwieni wzrokowej. Mniej częste jest osłabienie siły wzrokowej i poczucia barw i dośrodkowe zwięźnienie pola widzenia, rzadko spostrzegane samodzielnie, zwykle zaś łącznie z kurzą ślepotą i zboczeniami wziernikowemi (objaw obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, odcień białawy dna oka, zależny od drobnoziarnistego zmętnienia siatkówki, wybroczyny krwawe w tej ostatniej, głównie na obwodzie, szarawe plamki w naczyniówce w okolicy plamy żółtej i liczne punkciki na obwodzie). W soczewce spostrzegane były drobne zmętnienia, na łącznicy *xerosis*. Rzadkim objawem bywa żółte widzenie, które

z powodu swej rzadkości i krótkotrwałości prawdopodobnie zależy od własności osobniczych.

Objawy oczne występują najczęściej przy marskości wątroby, rzadziej przy innych chorobach tego narządu, prawie wyłącznie tylko jednocześnie z żółtaczką.

Zważywszy, że wątroba w stanie prawidłowym zatrzymuje i następnie albo wydziela wraz z żółcią wiele związków trujących, albo przerabia je na ciała nieszkodliwe, trzeba przypuścić, że ciała te, krążąc we krwi wraz z żółcią, muszą szkodliwy wpływ na tkanki wywierać. Wobec tego objawy oczne przypisywać należy głównie żółtaczce.

Po tych uwagach ogólnych, opisał kol. STRZEMIŃSKI trzy przypadki, które w ostatnich latach spostrzegał: 1) ślepotą kurza, osłabienie siły wzrokowej i pola widzenia, drobnopłatkowe zmętnienie siatkówki i kilka wybroczyn krwawych w siatkówce przy marskości wątroby; 2) ślepotą kurza i lekki obrzęk tarczy nerwu wzrokowego przy żółtaczce pochodzenia nieżyłowego; 3) wylew krwi do przedniej komory oka lewego przy marskości wątroby.

W dyskusyi, która się z tego powodu wywiązała, zabierali głos:

Kol. ZAHORSKI: zaznaczywszy, że sprawa objawów ocznych przy chorobach narządów wewnętrznych bardzo jest i dla lekarzy-internistów ciekawa, kol. ZAHORSKI żałuje, że mówca nie zestawiał chorób wątroby ze spostrzeganymi odnośnymi objawami ocznymi, nie powiedział również nic o *xanthelasma palpebrarum*, która, jak świadczy HEBRA, nieraz mieści się przy cierpieniach wątroby, i nie wspominał, że ślepotą kurza i niektóre inne objawy oczne przy chorobach wątroby zależą bezpośrednio od *retinitis pigmentosa* (LANDOLT, LITTEN). Pozostała również bez wyjaśnienia sprawa, czy spostrzegane objawy oczne są następstwem choroby wątroby, czy też zależą one od jednej wspólnej przyczyny np. przymiotu, alkoholizmu i t. d.

Kol. CZARKOWSKI: obraz zmian anatomicznych w naczyniówce, nakreślony przez mówcę, napotyka się nie tylko przy chorobach wątroby. Co się tyczy ślepoty kurzej, to oprócz chorób wątroby zależy ona najczęściej od osłabienia ogólnego i wyniszczenia ustroju. Dla tego też u włościan bardzo często napotykamy ślepotę kurzą podczas drugiej połowy postu wielkiego.

Kol. ZAHORSKI zaznacza, że spostrzegał również ślepotę kurzą u więźniów; cierpienie to szybko ustępowało pod wpływem posilniejszego pokarmu, który chorym podawano.

Kol. STEMBO widział jednocześnie około 100 przypadków ślepoty kurzej u żołnierzy, którzy odbyli marsz w zimie w czasie, gdy pola pokryte były osłepiająco białym śniegiem.

Kol. STRZEMIŃSKI odpowiada na czynione mu zarzuty, że w krótkim odczycie nie był w stanie wyczerpać przedmiotu, lecz uczyni to w pracy przeznaczonej do druku. O *xanthelasma palpebrarum* nie wspominał, gdyż to nader rzadko daje się spostrzegać i niektórzy (LESSER) twierdzą, że nie ma ono nic wspólnego z cierpieniem wątroby. Nie można bynajmniej zaprzeczać, że nie tylko choroby wątroby są przyczyną ślepoty kurzej, chociaż niektórzy radzą w każdym takim przypadku szukać cierpienia wątroby. Mówca nie zaznaczył innych przyczyn ślepoty kurzej, gdyż mówił wyłącznie o objawach ocznych zależnych od chorób wątroby. Podany obraz zmian anatomicznych w naczyniówce jest właściwy tylko dla chorób wątroby, zgrubienia zaś naczyń spotyka się i przy przymiocie.

Kol. LACHOWICZ nie zgadza się z ostatnim zdaniem mówcy. Zachodzi również pytanie, czy w przypadkach kol. STRZEMIŃSKIEGO objawy oczne zależały od

zmian w krążeniu krwi w wątrobie, czy też od tych przyczyn, które te ostatnie wywołały.

Posiedzenie zakończył prezes, proponując utworzenie w Wilnie komitetu dla spotykania i zaopiekowania się lekarzami zagranicznymi, którzy, udając się na XII kongres międzynarodowy lekarski do Moskwy, zechcą się w Wilnie zatrzymać i zwiedzić miasto i jego okolice. Obecni uchwalili komitet taki utworzyć i opracować program jego działalności.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== LUTAUD zachwala kwas chromny jako środek do usunięcia uporczywych łepieży płaskich. (La province médicale. 1896. Nr. 1).

== RICHTER, używając 3 razy dziennie po 10—30 kropli *tinct. jodi*, nigdy nie zauważył objawów zatrucia jodem. (Festschrift f. Lewin).

== ARNOZAN leczy szankry fagedeniczne 4—6 razy dziennie powtarzaniami miejscowymi kąpielami o ciepłocie 40° C. (Journal des maladies cut. et syph. 1894. str. 158).

== CHEINISSE podaje przypadek szankra miękkiego, przeniesionego na palec. W owrzodzeniach palca znaleziono lasecznika DUCREY-UNNA'y. (Journ. des mal. cut. et syph. 1894. str. 12).

== NEISSER przyżega wrzody miękkie czystym kwasem karbolowym. Niebodesny ten zabieg często po jednorazowym zastosowaniu przemienia wrzód z jadowitego, przeszczepialnego na powierzchni szybko gojącego się. (Berl. klin. Wochenschr. 1895 N. 36).

== ANDRY znalazł liczne laseczniki DUCREY-UNNA'y w wyciętym nieropiejącym jeszcze pachwinowym gruczole chłonnym. Na prąciu było 5 miękkich szankrów. (Monatsh. f. prakt. Derm. XX. N. 5).

== CAMPANA uważa za przyczynę tworzących się pomimo czystości powierzchownych owrzodzeń żółędzi w niektórych przypadkach rzeżączki liczne gronkowce, które znajdują się w cewce. (Gazetta degli ospedali 1895 N. 72).

== W Tow. lek. Monachijskiem przedstawił LAHUSEN chorego dotkniętego bezwładem obydwóch kończyn lewych wskutek porażenia piorunem. Po trzymiesięcznem galwanizowaniu rdzenia pacierzowego oraz silnych miejscowych kąpielach faradycznych chory zupełnie wyzdrowiał. Autor przypuszcza, że zabie-

gi te mogą być ze skutkiem stosowane u dotkniętych udarem mózgowym.

(Posiedz. 3. II. 1897).

== WEBSTER opisuje niezwykle ciężki przypadek otrucia antypiryną w dawce 0,3. W 10 minut po zażyciu wystąpiły zimne poty, duszność, obrzęk twarzy, wysypka na całym ciele, podobna do płonniczej; ciepłota 36,1°, tętno 50, przestankowe. Stan taki trwał ośm godzin, pomimo stosowania ciepła, alkoholu, strychniny i digitaliny. Objawy niepokojące zaczęły znikać dopiero po 12-tu godzinach, znikły zaś zupełnie po trzydziestu. (The Lancet. 30. I. 1897).

== WERNER ostrzega przed jednoczesnem stosowaniem kalomelu i antypiryny, wytwarza się bowiem wówczas sublimat, co powodować może otrucie. (Pharmac. Ztg. Nr. 47. 1896).

== PILCZ w klinice dla chorób umysłowych WAGNER'a robił doświadczenia nad działaniem różnych środków nasennych w bezsenności pochodzenia nerwowego i doszedł do wniosków następujących. *Chloralhydrat* działa bardzo dobrze w dawce 1,0—2,0!, przeciwwskazany jest przy chorobach serca. *Amylenhydrat* i *paraldehyd* 5,0—10,0 mogą być stosowane przez czas dłuższy. *Sulfonal* działa dopiero po upływie dwóch godzin i chory pozostaje pod jego wpływem cały dzień następny; podobnież działa *trional* w dawce 1,0—1,5!, lecz oba te środki nie mogą być stosowane dłużej nad 2—3 tygodnie, gdyż wywołują objawy otrucia przewlekłego (zaparcie stolca, krwawy mocz, wymioty, zawroty głowy). *Cannabinon*, *cannabinum tannicum*, *chloraloza*, *cholorformamid* wywierają różne poboczne szkodliwe działanie. *Uretan* powoduje brak łaknienia, *chloralmetan* działa szkodliwie w chorobach serca. *Hyoscinum muriat.* działa natychmiast po zażyciu, dawka 0,0001—0,0005 pod-

skórnice. (Wien. klin. Wochenschrift Nr. 5. 1897).

== MELDON uważa nakłócie osierdzia przy zapaleniu wysiękowem za zabieg zupełnie nieszkodliwy, a nader skuteczny. Najlepiej jest robić je w piątym międzyżebżu lewym, w oddaleniu jednego cala od mostka. Nakłócie winno być stosowane nawet w wysiękach w worku osierdzia, zależnych od ogólnej choroby ustroju. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 13. 1897).

== WRIGHT i SEMPLE dokonali u 18-tu osób szczepień ochronnych przeciw durowi brzuszному. Do szczepień służą hodowle lasecznika tyfusowego na agarze, rozcieńczone w bulionie i wyjałowione następnie przy 60°C. Po zastrzyknięciu szczepionki występuje nieznaczna bolesność na miejscu ukłócia, a po 2—3 godzinach dreszcze, nieznaczna gorączka i niepokój w nocy; po 24-ch godzinach objawy te znikają. Jeżeli zastrzyknąć większą dawkę hodowli, bolesność na miejscu ukłócia jest znaczna, występuje też obrzęk miejscowy, ogólny upadek sił, nudności, wymioty i omdlenia i odczyn ten trwa kilka dni. Krew osób szczepionych daje wynik dodatni przy próbie aglutynacyjnej GRUBER-DURHAM'a, jak długo jednak i czy istnieje odporność przeciwko durowi brzuszному, dotychczas powiedzieć nie można. Autorzy w celu wypróbowania szczepionek ofiarują je zgłaszającym się lekarzom bezpłatnie. (The british med. Journ. 30. I. 1897).

== MERKEL stosował zachwalaną przez SCHAEFFER'a przeciw krwotokom ferrypirynę lecz nie otrzymał wyników zadawalających. W dwóch przypadkach raka szyjmacicznej ferrypiryna działała również skutecznie jak i inne środki, w jednym zaś zawiodła zupełnie; z pięciu przypadków mięśniaka macicy środek ten okazał się skuteczny tylko w dwóch; z czterech przypadków znacznych krwotoków miesięcznych ferrypiryna raz jeden tylko pomogła. Środki opatrunkowe z ferrypiryną z powodu własności silnie barwiących nie mogą być również zalecane. (Münch. med. Woch. Nr. 45. 1896).

== CROCKER spostrzegał ciężkie zapalenie skóry po zastosowaniu w przeciągu jednej godziny promieni X. Nazajutrz skóra, na którą działały promienie, była bolesna i barwy ciemno-czerwonej, dzie-

wiątego dnia wystąpiły na niej pęcherzyki, które goiły się bardzo trudno, gdyż ślady pozostawały jeszcze dwa miesiące później. Podobnie trudno gojące się obnażenia tworzą się również wskutek ciężkich oparzelin spowodowanych przez promienie słońca (British med. Journ. 2. I. 97).

== SCHOTTELIUS zwraca uwagę, że laseczniki LÖFFLER'a hodują się na świeżem mleku świetnie, mleko zaś wyjaławiane przez gotowanie w przeciągu 1/2 godziny w kotle SOXHLE'a stanowi dla nich gorszą pożywkę, niż bulion zasadowy. Mleko surowe zatem, jako sprzyjające rozprzestrzenianiu choroby nie powinno być używane. (Centrbl. für Bacteriologie 19. XII. 1896).

== Monsonia, roślina jednoroczna jest stosowana w Afryce południowej przeciwko biegunce krwawej. MABERLY przekonał się o skuteczności tego środka w postaci *tincturae spirit. Monsoniae* zarówno w ostrej jak i przewlekłej postaci tej choroby. Dawka 8,0—15,0 co cztery godziny wystarczała zazwyczaj, by otrzymać uleczenie w ostrej biegunce krwawej w przeciągu 2—3 dni, w przewlekłej zaś—w 8—10 dni. Autor przypuszcza, że środek ten działa bezpośrednio na zarazek krwawej biegunki. (Semaine méd. N. 8. 1897).

== KAEMPFFER, stosując bardzo często trional, przekonał się, że środek ten działa ujemnie u chorych na raka w okresie charłactwa, zamiast bowiem działania nasennego wywiera wpływ pobudzający. Dawka zwykła 1,0 powoduje osłabienie, upadek sił, bicie serca, niepokój a wreszcie stan pobudzenia z bredzeniem, które trwa noc całą. W innych przypadkach trional działa skutecznie. (Semaine méd. N. 8. 1897).

== BAZY sądzi, że ogólne mniemanie, jakoby zwężenia urazowe cewki moczowej tworzyły się w krótkim czasie po urazie, jest niesłuszne. Autor spostrzegał wytworzenie się zwężenia w 35 lat po urazie, LEGUEN opisał podobny przypadek w 15 lat później, ROUTIER spostrzegał zwężenie w 6 lat po złamaniu miednicy. W przypadku autora uraz powodował podwójne klasyczne złamanie miednicy. (Gaz. méd. de Paris 16. 1. 97).

== SEOGNAMILIO stosował tannalbinę przy nieżycie jelit ostrym, przewlekłym oraz gruźliczym i doszedł do wnio-

sku, że środek ten przewyższa wszystkie inne, nie wyłączając nawet bizmutu. Tannalbina okazała się skuteczna również i przy zapaleniu nerek: białkomocz zniknął zupełnie lub też znacznie się zmniejszył po 30 — 45 dniowym zażywaniu tego środka w dawce 0,5 — 2,0 *pro die*. (Wiener med. Blätter 14. II. 1897).

= FLOËL twierdzi, że jazda na rowerze wpływa dodatnio na prawidłowość miesiączkowania oraz nadmierną utratę krwi podczas tegoż. THEILHABER zaleca jazdę przy braku miesiączki, spowodowanym przez blednicę lub niedostateczny rozwój macicy przy bolesności miesiączkowania i pochodzenia nerwowego; przeciwwskazana jest jazda podczas miesiączki, ciąży, w pierwszych miesiącach po porodzie, przy nowotworach narządów płciowych; pochylenia i zgięcia macicy nie są przeciwwskazaniem do jazdy. (Therap. Monatsch. N. 2. 1897).

= BLONDEL sądzi, że występujące często po wstrzyknięciu jodyny do macicy wymioty, bóle oraz wzdęcie brzucha są powodowane przez znajdujący się w jodynie kwas jodowodorny. Kwas ten wytwarza się jedynie w starych preparatach, a obecność jego może być poznawana po tem, że za dodaniem wody do jodyny nie otrzymuje się osadu. (Gaz. des hopit. N. 14. 1897).

= GOENNER podaje spostrzeżenie, przeczące mniemaniu, że surowica przeciwbłonicza chroni kilka tygodni od zarażenia błonicą. Po zastrzyknięciu 500 jednostek surowicy choremu na błonicę dwuletniemu chłopcu nastąpiło zupełne wyzdrowienie, zarówno przedmiotowo jak i podmiotowo. We dwanaście dni później dziecko zapadło na błonicę, zarażony się prawdopodobnie od matki. (Correspondenz - Blatt f. Schw. Aerzte. I. II. 1897).

Wiadomości bieżące.

— „Krytyka Lekarska“ w ostatnim (5-ym) N-rze w artykule p. t. „Opotrzebie zreformowania Rady Miejskiej Warszawskiej Dobroczyńności Publicznej“ zwraca uwagę na to, że do składu tejże Rady wchodzi tylko dwóch lekarzy, co zarówno w sprawach rozstrzyganych przez głosowanie, jak ze względu na reprezentowanie interesów szpitalnych lekarskich jest stanowczo za mało.

Na to zdanie piszemy się w zupełności, przypominając, że o tym samym przedmiocie, tylko w nieco odmiennie formie, pisaliśmy przed trzema miesiącami (w N-rze 5-ym „Medycyny“). Wiadomo, iż za b. Rady Główniej Zakł. Dobr. w Królestwie, t. j. przed r. 1870-ym, każdy lekarz naczelny był członkiem Rady Główniej (władzy z tem iż co dzisiejsza Rada Miejska atrybucjami) z urzędu. Tym sposobem zasiadało w Radzie tytułu członków lekarzy, ile było szpitali w Warszawie. I dziś każdy lekarz naczelny powinien jako przedstawiciel interesów lekarskich swego szpitala zasiadać w Radzie. Niepodobna bowiem spraw lekarskich traktować jako czegoś drugorzędnego, czegoś dodatkowego do części

administracyjnej. Trzeba zupełnego równouprawnienia tych obu części, a warunkiem tego koniecznym jest przywrócenie stanu dawniejszego, który już przeszedł krytykę doświadczenia i okazał się dobry. Pośrednictwem osoby trzeciej w postaci inspektora szpitali nie rozwiązuje tego pytania w sposób dla instytucji pożądanym, a nadto, jest połączone ze znacznym wydatkiem, który na inne cele mógłby być przeznaczony. Zwracaliśmy także uwagę, że jeżeli już się nie może obyć bez inspektora, to powinien być nim specjalista w rzeczach szpitalnych, klinicysta, a już co najmniej wieloletni lekarz szpitala.

Artykuł swój „Kryt. Lek.“ kończy temi słowy: „W obszernej, gruntownej i zasadnej krytyce naszych urządzeń szpitalnych, jakie od kilku tygodni pomieszcza „Głos“, wytyka autor pod pseudonimem Nosocomialisa pomiędzy innymi sprawami i ten wadliwy skład Rady Miejskiej. Nie sądzę, aby wobec tego niniejsza wzmianka była już zbyt uczciwa; wszak o sprawach ważnych, a wymagających zmiany, można pisać i nieraz“. Dodamy od siebie, że nie tylko można, lecz trzeba.

WYKAZ CHORÓB,

leczonych w letnim szpitalu S-go Mikołaja i zakładzie wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowej 1896 r.

przez

J. MAJKOWSKIEGO

lekarza tegoż szpitala i zakładu zdrojowego w Busku.

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
I. Przymiot (<i>syphil.</i>) i inne choroby weneryczne: *)							
1. Wykwity skór, plamisto, guziczko- we i krostowo wczesno (s. cutan. maculosa, papulosa, pustulosa recens).	—	2	2	2	—	—	—
2. Wykwity skór. plamiste, guziczko- we, krostowe, powrotne (s. cut. macul., papul., pust. recidiva.) . .	2	6	8	7	1	—	—
3. Wykwity skórno barwnikowe (leu- coderma s.)	1	—	1	1	—	—	—
4. Wykwity błon śluz. ust i języka 2-rzędne (Syph. mucos. oris et ling. II-a s. leucoplakia oris) . .	1	8	9	7	1	—	1
5. Wykw. bł. śluz. nosa 2-rzęd. (Rhi- nit. eryth., papul. et ulcerosa II-ria.	1	1	2	2	—	—	—
6. Wykw. bł. śluz. gardła 2-rzęd. (Pha- ryngit. eryth., papul. et ulcer. secund.)	6	23	29	25	3	—	1
7. Wykw. bł. śluz. krtani 2-rzędne (Laryngitis eryth., papul., ulcer. secund.	3	3	6	4	2	—	—

*) Nomenklatura przymiotu i chorób wenerycznych została wprowadzona do niniejszego wykazu podług „Postanowień zjazdu syfilidologów w Petersburgu 1897 r.“ patrz „Medycyna“ Nr. 13 r. 1897. „Zjazd syfilidologów w Petersb.“ z urzędowych sprawozdań ułożył J. MAJKOWSKI.

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
8. Zapalenie rogówki (keratitis parench. sec.)	—	1	1	—	1	—	—
9. Zapalenie tęczów. surow. i guziczek. (Iritis serosa et papul. secundar.)	—	2	2	2	—	—	—
10. Zapalenie ucha średn. (Otitis media sec.)	—	1	1	—	—	1	—
11. Zapal. okostnej i kości pojedynczych 2-rzęd. (periostitis et ost. simpl. s. irritativa secund.)	2	10	12	10	1	—	1
12. Zapalenie stawów 2-rzędne (Arthritis irritativa secundar.)	—	1	1	1	—	—	—
13. Obrzmienie grucz. chłonn. i okres utajenia (Polyadenitis et stad. latentiae secund.)	8	24	32	31	—	—	1
14. Wykw. skór. mięczakowe i mięczakowo-wrzdziejące (Syph. out. gum. et gum.-ulcer.)	4	15	19	16	3	—	—
15. Mięczaki jamy nosowej i zgorzel kości nosow. (rhinitis gummosa. necrosis oss. nas.)	3	5	8	4	3	1	—
16. Zapalenie tęczówki późne mięczakowe (iritis gumm.)	—	1	1	—	—	—	1
17. Zapalenie mięśni mięczak. (myositis gum.)	—	2	2	1	1	—	—
18. Zapal. okostn. i kości mięcz. (periostitis et ostitis gumm.)	3	15	18	16	2	—	—
19. Zapal. stawów późne mięczak. (arthritis gum.)	1	5	4	1	3	—	—
20. Przymiot mózgowy (syph. cerebr.)	6	37	43	16	18	9	—
21. Przymiot mózgo-rdzeniowy (s. cereb.-spin.)	—	7	7	1	5	—	1
22. Przymiot rdzenia kręgowego (syph. spinal.)	4	8	12	1	8	2	1
23. Zapal. nerwów i nerwobóle (neuritides et neuralgiae luetic.)	—	5	5	1	3	1	—
24. Syfilofobia i neurastenia przym. (syphilophobia et neurasthen. luetica)	—	2	2	—	1	1	—
25. Wiąd rdzenia poprzymiotowy (tab. dorsal. parasyphilit.)	4	22	26	—	18	7	1
26. Porażenie postępujące poprzymiotowe (paralis progress. parasyphilit.)	1	3	4	—	3	1	—
27. Zapalenie około-żyln. (paraphlebitis luet)	—	1	1	—	1	—	—
28. Zapal. mięczak. ciał jamist. (Cavernit. gum.)	—	1	1	—	1	—	—
29. Obrzmien. grucz. chłonn. i okres utajenia przymiotu 3-rzęd. (Polyadenit. et stad. lat. III)	—	7	7	6	—	—	1

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
30. Przymiot ubiegły (syph. abacta) . .	—	5	5	5	—	—	—
31. Rzeżączka przewlekła i zapal. stawów rzeżączkowe (Urethrit. chron. et arthrit. gonor.)	—	1	1	—	1	—	—
Razem . .	50	222	227	160	80	23	9
II. Gościec przewlekły stawów i mięśni:							
1. Bóle stawów i mięśni przechodzące i stałe (arthralgiae et myalg. vagae et fixae.)	40	39	79	46	31	—	2
2. Zapalenie gość. stawów wysiękowe przewlekłe (artrit. rheumat. exsudat. chr.)	56	72	128	54	68	3	3
3. Zapal. mięśni gość. wysięk. przewł. (myositis rheum. exudat. chron.)	2	6	8	4	4	—	—
Razem . .	98	117	215	104	103	3	5
III. Zapalenie stawów zniepodabniające (arth. deform.)							
	6	3	9	—	3	6	—
IV. Dna (Arthritis urica).							
	3	13	16	6	9	—	1
V. Choroby układu nerwowego:							
1. Porażenia połow. niezadawnione (hemipl. recentior.)	6	4	10	—	9	1	—
2. Poraż. połow. zadawnione (hemipl. inveterat.)	10	3	13	—	8	4	1
3. Zapalenie rdzenia kręg. (myelitis chr.)	6	2	8	—	6	2	—
4. Wiąd rdzenia (tabes dorsalis).	8	6	14	—	6	7	1
5. Zanik mięśni postępow. pochodzenia rdzeniow. (atroph. muscul. progress. spinal.)	1	1	2	—	—	2	—
6. Ból głowy nawykowy i migrena (cephalalg. habitual. et hemicrania)	1	1	2	—	1	—	1
7. Zapal. nerw. wieloognisk. przewł. (neuritis multipl. chron.)	1	1	2	—	2	—	—
8. Nerwoból kulszowy (ischias post.)	8	12	20	9	8	2	1
9. Nerwoból międzyżebrowy (neuralg. intercost.)	1	2	3	1	2	—	—
10. Neurastenja mózgu i mózgo-rdzenia (Neurasth. cerebr. et spinal.)	1	2	3	1	2	—	—

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
11. Histerya	1	3	4	1	3	—	—
12. Padaczka (epilepsia)	—	1	1	—	1	—	—
Razem . .	44	38	82	12	48	18	4
VI. Żołądy (<i>scrophulos.</i>) i gruźlica miejsc. (<i>tubero. loc.</i>)							
jako: limfatyzm	10	32	42	20	18	2	2
żołądy odrętwiałe (<i>scroph. torpida</i>)	18	15	33	13	16	3	1
żołądy kwitnące (<i>scroph. florida</i>)	1	2	3	—	3	—	—
Razem . .	29	49	78	33	37	5	3
VII. Choroby skóry:							
1. Pryszczycza (<i>eczema</i>)	4	5	9	4	4	—	1
2. Świerzbiączka (<i>prurigo</i>)	2	6	8	3	4	1	—
3. Łuszczyca (<i>psoriasis</i>)	3	4	7	2	5	—	—
4. Trądzik (<i>acne vulgar.</i>)	1	2	3	2	1	—	—
5. Figówka (<i>sycosis</i>)	—	2	2	—	1	1	—
6. Grzybica paznokci (<i>onychomycosis</i>)	—	1	1	—	1	—	—
7. Czyraki (<i>furunculosis</i>)	—	2	2	2	—	—	—
Razem . .	10	22	32	13	16	2	1
VIII. Zapalenia przewlekłe stawów i kości pochodzenia urazowego lub niewiadomego i ich następstwa (<i>Athrophlog., peri- et osit. traumat., caries, necros. os.</i>)	17	4	21	3	14	4	—
IX. Zapalenia przewlekłe i sprawy pozapalne różnych narządów i tkanek: (<i>Rhino-pharyngit catarrh. chr. 3. Tracheo-bronhit. chr. 3. Endometrit. 1. Perimetr. 2. periooph. 1. Otitis med. 1. Conjunctivit. chr. 1.</i>)	8	4	12	4	5	2	1
X. Stany zastoinowe w jamie brzusznej i hemoroidy (<i>plethora abdom. haemorrhoid.</i>)	2	2	4	1	2	—	1
XI. Zatrucie rtęcią przewlekłe (<i>Mercurialismus</i>)	—	1	1	1	—	—	—
XII. Inne różne choroby i nowotwory . . (<i>Chlorosis 5, Obesitas 3, Arteriosclerosis et vitia organ. cord. 6, Varices 2, neoplasmata 3.</i>)	6	13	19	5	8	3	3
Razem . .	273*	488	761	342	325	66	28

*) Z ogólnej liczby 273 chorych szpitalnych 134 leczyl kol. SULIMIRSKI.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

APTEKA

E. GESSNERAAleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c balsam. tolutan
" acid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " "	muriatici 0,05
" " "	sulfurici 0,05
" extr. cascarr. sagrad. fluid.	0,5
" " "	hydrast. canadens. fluid. 0,5
" " "	rhei comp. 0,05
" " "	rhei simpl. 0,05
" " "	Valerianae spir. 0,10
1) Dragées ferri albuminati	0,05
" " "	carbonici-Blauidii minor
	aa 10,00=
	100
" " "	Blauidii major
	aa 15,00=
	100
" " "	Valleti
" " "	dialisati peptonati 0,05
" " "	lactici 0,05
" " "	oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Blauidii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

PASTYLKI VICHY-ETAT

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy
Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli
naturalnych z wód **VICHY**

Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

**CIEPLICE
TRENCZYŃSKIE.**

Kąpiele siarczane od 27°—31° R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut drogi od stacji Tepla-Trencsin-Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski wzorowo urządzone.

Do masażu personel wywieszony. Mieszkania od 50 cent. do 3 złr. za dobę. Lecznica, teatr, koncerty. Kuchnia wykwinna. Woda do picia z górskich źródeł.

Sezon od 1-go maja do końca września.

W maju i wrześniu za 3 złr. mieszkanie i stół. Dyrekcja Kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie. Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w cenniejszych księgarniach.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

D-r med. Czesław Stiche

ordynuje w Karlsbadzie

Kreuzgasse Insel Rügen.

D-r KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI

ordynuje jak lat poprzednich

od 20 Maja w SzczaŃnicy.

D-r Stanisław Błociszewski

ordynuje w Bad Elster (Saksonia) od 15 Maja do Września. Od 15 Września do Maja w Wieszbudzie.