

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy 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: Żłota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Atrichia universalis acquisita. Podał d-r B. K.-Daszkiewicz. (Dokończenie). — Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciała obcych używanych przy operacjach. Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 48. Kokainizowanie rdzenia jako sposób znieczulania dużych przestrzeni ciała. 49. Gorączka podczas zdrowienia po durze brzuszny. 50. Leczenie białych upławów za pomocą drożdży, — miejscowe antagonistyczno-bakteryologiczne leczenie. — Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie od dnia 5 do 8 kwietnia r. b. — Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie (11 — 14 kwietnia r. b.). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc maj r. b. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r B. Korybut-Daszkiewicz** — Atrichia universalis acquisita. 2) **D-r Fr. Neugebauer** — 100 cas de corps étrangers laissés accidentellement dans la cavité abdominale pendant l'opération.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r B. Korybut-Daszkiewicz** — Atrichia universalis acquisita. 2) **D-r Fr. Neugebauer** — 100 Fälle unbeabsichtigter Hinterlassung in der Bauchhöhle von Gegenständen, die bei der Operation gebraucht werden.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Atrichia universalis acquisita.

Podał

D-r BOHDAN KORYBUT-DASZKIEWICZ.

Rzecz, czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 25 Kwietnia 1899 r.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 24).

POKROFFSKI z kliniki prof. **BOTKIN'a** podaje przypadek, gdzie po nieudanym zamachu samobójczym wystrzałami w lewą skroń i okolicę serca (wskutek choroby umysłowej), w kilka tygodni zaczęły wychodzić włosy z brody, okolicy łonowej (*regio pubis*) i na przebiegu obu nerwów uszno-skroniowych (*nn. auriculo-temporales*) symetrycznie na głowie; w innych miejscach — pozostały. I tu choroba dałaby się objaśnić trofoneurozą i mogłaby być nazwana *alopecia neurotica traumatica*.

Wyżej wspomniany przypadek d-ra **MANASSEIN'a** dotyczył tylko połowicznego wyłysienia lewostronnego na głowie, brodzie, brwiach i udzie; u bra-

ta stryjecznego chorego i rodzonej siostry tegoż było spostrzegane podobne zjawisko. Chory był wyleczony za pomocą faradyzacji i przedstawiony na posiedzeniu rosyjskiego Towarzystwa syfilidologiczno - dermatologicznego w dniu 28 marca 1892 roku; prócz tego wykład był poparty okazaniem fotografii chorego przed i po leczeniu. Autor uważa cierpienie za trofoneurozę.

BERLINER opisuje zupełne wyłysienie w przypadku *morbus Basedowi* i zwraca uwagę na to, że wszystkie niemal dotąd opisywane (rok 1897) przypadki ogólnego wyłysienia były w związku ze stanem nerwowym chorych; o tem również wspomina MÖBIUS w podręczniku NOTHNAGEL'a (tom XXII str. 44), DUBREUITH, LABLÉ i t. d.

ZBANKOW podaje przypadek ogólnego wyłysienia u 14-letniego chłopca i tłumaczy cierpienie trofoneurozą.

W naszej literaturze mamy opisane tylko trzy przypadki ogólnego wyłysienia, a mianowicie przez LE-BRUNA, PEŁCZYŃSKIEGO i STEVENSONA.

Przypadek LE-BRUNA dotyczył 56-letniego mężczyzny, który „po silnych bólach artrytycznych, połączonych ze swędzeniem i rozpaleniem (?) ciała“ w ciągu dwóch tygodni stracił wszystkie włosy na głowie i ciele; paznogie doznały wyraźnych zmian, pokrzywiły się i zmiękły, po obcięciu ich wszakże, wyrosły nowe, cokolwiek tylko miększe od uprzednich. Bóle artrytyczne przeszły po leczeniu karlsbadzkim, brak uwłosienia pozostał nadal.

PEŁCZYŃSKI opisał chorego, lat 28 mającego, który po uderzeniu w głowę bez widocznych po wypadku zmian miejscowych czuł przez miesiąc szum w uszach i ból w głowie, poczem w ciągu trzech tygodni wyszły mu prawie wszystkie włosy na głowie i ciele. Przypiot autor wyłącza i stawia chorobę w zależności od urazu.

STEVENSON podał przypadek, dotyczący 46-letniego chorego na suchoty płucne i mającego prócz tego wole (*struma*). Prócz drobnego miejsca na głowie nigdzie włosów nie było. Badanie, dokonane przez kol. KOZERSKIEGO, wykryło zupełny zanik cebulek włosowych.

Nigdzie natomiast opisany nie był przypadek kol. KOZERSKIEGO, który mi łaskawie dla użytkowania notatkę odpowiednią ofiarował, za co mu serdecznie wdzięczny jestem.

Opis ten, bardzo interesujący, bez żadnej zmiany podług słów kol. KOZERSKIEGO pozwalam sobie na tem miejscu przytoczyć.

„W zimie roku 1895, kiedy zastępowałem d-ra WATRASZEWSKIEGO w oddziale szpitala św. Łazarza, spostrzegałem dwudziestokilkuletniego mężczyznę, doskonale zbudowanego i odżywianego. Był to czeladnik młynarski. Kilka miesięcy temu, zbliżywszy się nieostrożnie do będącej w ruchu śmigły wiatraka, został przez nią wyrzucony w górę.

Po upadku na zbitą ziemię, stracił przytomność, przyczem miał podobno wymioty i drgawki. Objawy te minęły po kilku dniach.

W dwa tygodnie później zaczęły wychodzić włosy z głowy, brwi, wąsów, brody bez towarzyszącego swędzenia, łuszczenia lub zaczerwienienia skóry.

Czy włosy wychodziły kępami, jak w *alopecia areata*, chory nie umiał powiedzieć. W chwili przyjęcia do szpitala stwierdziłem obecność zaledwie kilku włosów pod prawą pachą.

Zresztą ani jednego meszku nawet na całym ciele nie było. Skóra miała pozór najzupełniej prawidłowy. W sferze nerwowej żadnych zmian nie znalazłem wykryć. Po 10 dniach codziennie powtarzanej faradyzacji skóry głó-

wy, chory, któremu się zdawało, że za długo czeka na widoczny wynik leczenia, opuścił szpital. Włosy z pod pachy, badane pod drobnowidzem, nic nieprawidłowego nie zdradzały“.

I w tym przypadku, jak w wielu innych, jako moment etiologiczny należy uważać — uraz, a więc i cierpienie — za trofoneurozę.

Jaka jest geneza omawianego cierpienia w moim przypadku?

Sądzę, że zważywszy na długi okres czasu, dzielący wyłysienie głowy i innych części ciała, nie należałoby identyfikować obydwóch tych spraw, t. j. uważać, że jedna (choćby bardzo być może, że i... jednakowa) przyczyna je wywołała.

Pierwszą bowiem utratę włosów na głowie możnaby postawić w pewnym związku z chorobą, opisywaną przez chorego, jaką przeżył, mając 10 lat wieku.

Czy to był tyfus brzuszny, czy też jaka zapalna sprawa w oponach mózgowych, trudno rozstrzygnąć; bądź co bądź, mogła ona wywołać owe zmiany troficzne, których następstwem było wyłysienie głowy; może, zresztą, owe „wrzody“, o których chory wspominał (przy badaniu żadnych blizn na skórze głowy nie znalazłem), miały coś wspólnego z omawianym cierpieniem. Nie sądzę jednak, by powodem cierpienia był zwykły parch, a tak zwane „wrzody“ — strupami (*scutulae*), bo temu wyraźnie chory mój przeczył.

Jak wszakże objaśnić ponowną utratę włosów na innych częściach ciała, jeśli się ona zaczęła w dwadzieścia lat z górą po zupełnym wyłysieniu głowy?

Czy była ona pasorzytniczego pochodzenia, trudno rozstrzygnąć, choćby dla niemożności przeprowadzenia odpowiedniego badania, tembardziej, że, jak największy zwolennik parazytarnej teorii — SABOURAUD — zauważył, drobnoustroje można wykryć tylko w samym początku cierpienia, a nawet w czasie jego rozwoju już są niedostrzegalne. W każdym razie chory mój nie wskazywał, by włosy wychodziły mu kępkami (*area*), co jest dość charakterystyczne dla form zakaźnych.

Czy nie wolnoby tłumaczyć sobie tego ponownego zjawiska następstwem tak zwanego urazu psychicznego (uraz, wstrząs ideowy), znanego, jako jeden z momentów etiologicznych, w neurozie traumatycznej, gdzie już sam przestrach przed wypadkiem, jak o tem wspomina kol. Adam CIĄGLIŃSKI, spowoduje szybkie łysienie, siwienie i t. d.

Bardzo być może, że chory nasz, wyłysiał już na głowie, a może mający pewne, nabyte lub dziedziczne (szkoda, że odpowiednich danych anamnestycznych nie mógł mi dostarczyć) usposobienie, przechodził jakąś chwilę ciężkiego strachu, co zresztą bez bardzo wielkich powodów mogło mieć miejsce, choćby ze względu na jego rasowo-społeczne stanowisko, i ta wystąpiła jako moment etiologiczny?

Tem mniej prawdopodobnem wydałoby mi się objaśnienie powstania choroby u 12-letniej córki chorego zwykłym, t. j. drogą infekcyi przeniesieniem cierpienia na dziecko, ponieważ, jak to widać z wywiadów w okresie zachorowania tegoż, ojciec był łysy zupełnie, ale miał jeszcze brodę, wąsy i t. d. w należyтым porządku. Zapewne, że i tu należy mieć na względzie możliwość parazytarnej pochodzenia cierpienia, ale jak tę sprawę rozstrzygnąć? Zdaje się, że na to absolutnie nie mamy sposobu.

Bądź co bądź, przekazanie dziecku usposobienia dziedzicznego wydaje mi się możliwszem, co, zresztą, potwierdzają i przytoczone wyżej spostrzeżenia innych autorów, a jeśli koniecznie dla powstania choroby trzeba jeszcze

innego momentu, to może takż sam wstrząs psychiczny dokonał reszty? Nie uważając, bynajmniej, takiego objaśnienia za bezwzględnie wyczerpujące, sądzę jednak, że ma ono pewne cechy prawdopodobieństwa.

Streszczając wszystko, cośmy dotąd w omawianej sprawie, a dotyczącej ogólnego wyłysienia na całym ciele, rzekli, przychodzimy do wniosków, że: 1) w ogólności zdarza się ono w tej formie bardzo rzadko, 2) terminologia jego nie jest dotąd ustalona, 3) etiologia w zupełności nie została wyjaśniona; 4) w większości przypadków znajdujemy powody do uważania go za wynik zaburzeń w nerwach odżywczych, spowodowanych najczęściej urazem, 5) niemałą zapewne rolę w etiologii grają choroby ogólne ustroju, np. artrytyzm, przymiot, 6) teoria parazytarna dotychczas nie jest oparta na zupełnie trwałych podstawach i bezwarunkowo wszystkich przypadków wyłysienia miejscowego, a tembardziej ogólnego objaśnić nie jest w stanie; 7) jest wszelkie prawdopodobieństwo, że usposobienie do choroby może być przekazywane drogą dziedziczności, 8) w niektórych przypadkach prawie niepodobna wyszukać odpowiedniego i właściwego etiologicznego momentu, 9) odróżnienie postaci pasorzytniczych od nerwowych jest wogóle trudne i możliwe chyba w samych początkach cierpienia, jeśli się uda odszukać bodaj odkryte przez SABOURAUD'a drobnoustroje (czy i przy dalszych badaniach okażą się one swoistymi, dziś rozstrzygnąć niepodobna). Bądź co bądź, za nerwowem pochodzeniem cierpienia przemawia współistnienie objawów nerwowych u chorego, a szczególnie wystąpienie choroby wślad za insultem nerwowym lub na nerwy działającym (uraz, ataki epileptyczne, histeryczne i t. d.).

Co się tyczy leczenia, to chociaż na to specjalnej uwagi przy przeglądaniu literatury nie zwracałem, przyszedłem do wniosku jednakże, że w przypadkach ogólnego wyłysienia całego ciała jest ono przeważnie bezsilne. Jedna faradyzacja skóry jakoby miała w niektórych przypadkach pożytek przynosić.

LITERATURA.

1) *Traitement des Maladies de la Peau* par le d-r L. Brocq. 1890. 2) *Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde*, prof. d-r Albert Eulenburg. 1894. 3) *Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Alopecia areata*. JOSEPH (Berlin). *Archiv für Dermat. und Syphilis* 87. XIX. 197. 4) *Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata* Virchow's *Archiv*. 1889 von JOSEPH. 5) SEHLEN. *Zur Frage nach den Ursachen der Alopecia areata*. *Arch. für Derm. und Syph.* 90. XXII. 209. 6) SAMUEL. *Ueber Max Joseph's „Atrophischen Haarausfall“*. Virchow's *Arch. B.* 114. 1888. 7) FOURNIER. *De l'Alopecie*. *Gaz. des Hôp.* 134. 1879. 8) D-r Felix von NIEMEYER's *Lehrbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*. 1874. 9) *Ueber Alopecie* — WILSON. *Arch. für Dermat. und Syphilis* 70. II. 286. 10) KOHN i EHRMANN — z ref. posiedzeń towarzystwa dermatologicznego w *Arch. für Derm. und Syphilis* z r. 1891. Str. 157. 11) TYSON. *Bemerkungen über drei Fälle von universeller Alopecia* z *Lancet'u* ref. w *Arch. für Derm. und Syphilis*. 12) ASKANAZY. *Zur Frage der Alopecia neurotica* *Arch. für Dermat. und Syphilis* 523. 1890. 13) PAGE. *Brit. med. Journ.* 1884. 26. 14) RAEUBER. *Virchow's Arch. Bd. XCVII. Heft 1.* 15) SCHÜTZ. *Monatsh. f. praktische Dermatologie VI. Bd. 1887. Nr. 7 i Münch. med. Wochenschrift Dr. 8. 1889.* 16) PALM. *Archiv für Derm. und Syph. XXXVI. 241.* 17) GIAROCCHI. *Ibidem.* 18) MICHELSON. *Ueber Herpes tonsurans und area Celsi. Sammlung Klinischer Vorträge von Volkmann Nr. 120* 19) MANASSEIN. *Wracz* 1892. 356. *Z posiedzeń rosyjskiego Towarzystwa syfilidologiczno-dermatologicznego z 28 marca 1892 r.* 20) GAMBORG. *Drei Fälle von Alopecia areata in derselben Familie* z ref. *Arch. f. Derm. und Syphilis*. 1883. 622. 21) SCHUDE. *Fälle von totaler angeborener Alopecie*. *Archiv für Derm. und Syphilis*. 73. V. 589. 22) COOPER TODD. ref. *Arch. f. Derm. und Syphi-*

lis 70. II. 286. „Alopecie durch Gehirnerschütterung“. 23) POKROFFSKY. Ziemssen Handbuch d. Hautkrankheiten 2 Hälfte. 279. 1884. 24) BERLINER. Arch. für Derm. und Syphilis. Bd. 37. 266. 25) ZBANKOW. Medicinskoje obozrenie. 1895 r. T. 43. Nr. 12. str. 1151. 26) LE-BRUN. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1859. T. XLII. Str. 194. 27) PEŁCZYŃSKI. Gaz. Lek. 1891. str. 722. 28) STEVENSON. Zupełne wyłysienie u dotkniętego wolem. Gaz. Lek. str. 950. 1897. 29) KOZERSKI — nieopublikowany. 30) EINHORST. Podręcznik Patologii i Terapii szczegółowej w tłum. rossyjsk. T. 3. str. 656. 31) SCHUETZ. 6 Fälle von Alopecia neurotica. Münchner Med. Wochen. Nr. 8. 1888. 32) PONTOPPIDAN. Ein Fall von Alopecia areata nach Operation im Halse. Monatsh. für practische Derm. Nr. 2. 1889. 33) UCHERMANN. Ein Fall von Alopecia traumatica completa z ref. Arch. f. Derm. und Syph. 1883. 626. 34) SABOURAUD. Z ref. Arch. für Derm. und Syph. T. XXXVII. 257. 35) WALDO Henry. Z ref. Arch. für Derm. und Syph. T. XXXVIII. 117. 36) Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Alopecia areata von J. SCHUETZ. 87. XIX. 1027. 37) Alopecie nach Läsion trophischer Nervencentren gebessert durch Electrification. von OVERAL. 86. XVIII. 884. 38) Maladies de la peau KAPOSÍ w tłum. franc. 1891 r. 39) Histopathologie der Hautkrankheiten von UNNA. 1894 r. 40) D-r med. A. CIĄGLIŃSKI. Kilka uwag o tak zwanej neurozie traumatycznej i symulacji. Gaz. Lek. Nr. 46. 1898. 41) KIVULT. Defluvium capillorum universale. (Arch. f. Derm. und. Syph. 1895. T. XXIV. str. 173). 42) LADAME. Revue neurologique 15. I. 96. 43) SABOURAUD. Etude clinique et experimentale sur les origines de la Pelade. Annales de Derm. et Syphil. z r. 1896 (w kilku tomach). 44) BROCC. La séborrhée grasse et la pelade. Ann. de Derm. et Syph. Nr. 6. 1897. 45) JACQUET. Séborrhée, pelade et calvitie. Annal. de Derm. et Syph. Nr. 6. 1897. 46) BARTHÉLEMY. Note sur les relations de la séborrhée, de la pelade et des alopecies. 47) SABOURAUD Note concernant les alopecies et les séborrhées. Ann. de Derm. et Syph. Nr. 5. 1897.

Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 24).

Lecz przystąpmy teraz do zestawienia kazuistyki, dotychczas przezemnie zebranej. Kazuistyka ta obejmuje 100 spostrzeżeń. Materiał ten, przeze mnie zebrany dla ekspertyzy sądowo-lekarskiej w sprawie, dotyczącej chorej, przez prof. KOŚCIŃSKIEGO i d-ra SOLMANA operowanej, swego czasu podałem do wiadomości koledze KIJEWSKIEMU, który zakomunikował mnie 4 przypadki: Nr. 92, 97, 98 i 99.

Nr. 1) Lekarz pewien, podpisany *Anonymus*, (Revue des maladies de, femmes. 1892) jako dowód ogromnej tolerancji jamy brzusznej dla ciał obcych opisuje następujące spostrzeżenie: 8 miesięcy po myomotomii, połączonej z otwarciem jamy brzusznej, że stolcem wyszła drogą odbytu serweta muślinowa 26 ctm. długości poczwórnie złożona. Serweta ta dopiero od czterech miesięcy zaczęła wywoływać pewne dolegliwości. Perforacja serwety do kiszki odbyła się bez jakichkolwiek symptomatów alarmujących.

Nr. 2. Tenże lekarz (*ibidem*) opisuje spostrzeżenie, które opisał także MICHAX (Société de Chirurgie. 13 Avril 1892) — Repertoire Universel d'Obstétri-

que et de Gynécologie 1892. pg. 345). „Pénétration dans l'intestin d'une mèche de gaze jodoformée provenant d'une hystérectomie vaginale antérieure, laparotomie, resection de l'intestin“. We wrześniu 1891 r. wskutek choroby jajowodów u pewnej panny dokonano operacji cięcia brzuszego. W jakiś czas po tej operacji wyciągnięto z odbytu pasek gazy jodoformowej długości 35 ctm. Ponieważ bóle pomimo to nie ustawały, dokonano następnie pochwowego wycięcia samej macicy. Bóle pozostały jednak i teraz nie zmniejszone. Otworzono więc po raz trzeci jamę brzuszną. Przy staraniach oddzielenia zapalnego zlepu kiszki, kiszki naderwano i z rany w kiszce wyciągnięto długi pasek gazy jodoformowej. Wyrezekowano kawał pętli kiszki cienkiej 10 ctm. długości; pozostała przez jakiś czas przetoka kałowa w bliźnie brzusznej, lecz powoli i ta się szczęśliwie zamknęła.

Nr. 3. Tenże lekarz opowiada jeszcze o innym spostrzeżeniu, gdzie natychmiast na nowo zdjęto szwy brzuszne, aby odszukać brakującą pincetę.

Nr. 4. W innym przypadku otworzono ponownie jamę brzuszną zaraz po operacji dla odszukania brakującej gąbki (*ibidem*).

Nr. 5. John ATLEE (Sen.) stracił operowaną 5-go dnia po owaryotomii. Przy sekcji zwłok znaleziono kawał gąbki w jamie brzusznej. Jeden z asystentów w trakcie operacji przedał gąbkę jedną na dwie części, ponieważ operator żądał mniejszej gąbki.

Nr. 6. BODE (Centralblatt für Gynaekologie 1898 Nr. 18. pg. 477) po dokonaniu cięcia brzuszego wskutek gruźlicy otrzewny zapomniał szwem przyszyć do ściany brzusznej dren, do jamy brzusznej założony. Po kilku dniach sączek ten zginął, albowiem wpadł do jamy brzusznej. BODE ponownie jamę brzuszną otworzył, aby wydobyć z niej dren.

Nr. 7. HERMAN J. BOLDT („Foreign bodies accidentally left in the abdominal cavity during course of coeliotomy“) — (The American and Gynaecological Journal. 1898). BOLDT dokonał ekstyrpacji zrakowaciałej macicy drogą cięcia brzuszego. Od strony jamy brzusznej założył dren z gazy do pochwy, poleciwszy jednemu z lekarzy, aby go ztąd po trzech dniach wyciągnął. Lekarz ten zrobił co prawda, co mu kazano, lecz bez wiedzy BOLDT'a założył nowy sączek tym razem od strony pochwy do jamy brzusznej i zapomniał w następstwie usunąć go. Przypadek chciał, że rana pochwowa poniżej sączka zamknęła się. Po kilku tygodniach operowana przez dłuższy czas męczona była ustawiczną obstrukcją i bólami w dolnej części brzucha, dopóki nareszcie nie wydzielili się razem ze stolcem ów sączek z gazy, mianowicie po upływie dwóch miesięcy; teraz dopiero nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Nr. 8. BOLDT (*ibidem*) dokonał w początku 1897 hysterektomii drogą cięcia brzuszego. Po operacji przez długi czas stan chorej nie poprawiał się, wytworzyło się zapalenie żył i ropień. Po wygojeniu się ropnia chora opuściła szpital, lecz ciągle cierpiała, dręczona bólami pomiędzy pępkiem a wyrostkiem miedzykowatym. W październiku 1897 BOLDT widział ją ponownie i stwierdził obecność guza w jamie brzusznej, który przyjął za zapalny zlepek kiszki. Dnia 3 listopada 1897 r. przystąpił więc do wtórnej koeliotomii, lecz wskutek zapaści chorej w czasie chloroformowania operacji doszczętnie dokonać nie mógł, tak że powstała przetoka kałowa w bliźnie. W styczniu 1898 r. po raz trzeci otworzył jamę brzuszną, przy tej operacji w 5 miejscach skaleczył kiszki cienkie. Szczególnie jedna pętla kiszki okazała się bardzo wzdętą, lecz o zawartości jakby kałowej; zawartością tą był kompres z gazy, użytej przy pierwszej operacji i zapomnianej wtenczas w jamie brzusznej. Wyrezekowano uszkodzoną część kiszki, lecz chora po

kilku godzinach zmarła. Bez operacji z czasem kompres ów byłby może sam wydzielił się przez odbytnicę, jak tego mamy dużo przykładów.

Nr. 9—13. BOLDT (*ibidem*) zna jeszcze 5 przypadków z praktyki swoich kolegów w Nowym Jorku, nigdzie nie ogłoszonych, gdzie przy sekcji znaleziono w jamie brzusznej pozostawione tam przy operacji ciało obce tego lub owego gatunku.

Nr. 14—15. Pewien anatomo-patolog zakomunikował BOLDT'owi, że osobiście przy sekcji po koeliotomii wydobył z jamy brzusznej raz pincetę, raz gąbkę.

Nr. 16—17. BOLDT dodaje dalej dwa spostrzeżenia, gdzie z powodu zauważenia braku raz pincety, raz gąbki, w tej chwili ponownie otworzono jamę brzuszną.

Nr. 18. Jeden z kolegów warszawskich 6 lat temu operował chorą z powodu włókniaka podsurowiczego tylnej ściany macicy i silnych krwotoków, operując drogą górną, używał przy operacji serwet muślinowych. W tydzień po operacji wystąpiły bóle w brzuchu, gorączka i wymioty. W lewym podżebrzu wyczuwano guz wielkości pięści, bolesny na dotyk. Postanowiono wyczekać, aż nastąpią zrosty ze ścianą brzuszną, aby potem dokonać ewentualnie operacji wycięcia. Stan gorączkowy trwał dwa tygodnie, i już operator myślał o zabiegu chirurgicznym, gdy nagle ze stolcem wyszła serweta z gazy. Odtąd operowana szybko odzyskała zdrowie. Chora uszczęśliwiona z pozbycia się bólów, guza i krwotoków, podziękowała lekarzowi, dała mu 100 rubli i fotografię swoją i wyjechała z Warszawy. Wszystko byłoby dobrze, gdyby nie to, że dziś po upływie 6 lat mąż operowanej, widocznie dowiedziawszy się o głośnym dziś w Warszawie procesie, zaczął grozić koledze skargą sądową, procesem, jeśli nie zapłaci mu pewnej sumy, którą to groźbę już w drugim liście nikczemnym powtórzył — list ten czytałem osobiście. Dziś sprawa jest już w sądzie okręgowym, dajmy na to będzie ona umorzona, ale cóż zaszkodzi spróbować, może się szantaż uda pod groźbą ogłoszenia tego przypadku chirurgicznego.

Nr. 19. Gustaw BRAUN pozostawił przy koeliotomii pincetę, znaną przy sekcji.

Nr. 20. Karol v. BRAUN pozostawił przy koeliotomii gąbkę w jamie brzusznej, którą przy sekcji znaleziono. Operatora zwolniono od odpowiedzialności.

Nr. 21. BROSN (*Centralblatt für Gynaekologie*. 1898 Nr. 18) amputował macicę z powodu *haematometrae* w jednym rogu macicy dwurogiej i kikut z powodu trudnego do zatamowania krwotoku wszył do rany brzusznej. Rana zagoiła się ostatecznie dopiero po upływie 6 miesięcy, gdy z niej wyropiał kompres z gazy, pozostały w jamie brzusznej poza kikutem.

Nr. 22. T. BULL („Report on operative Surgery in New York Hospital pg. 8). Przy sekcji po koeliotomii znaleziono gąbkę w jamie brzusznej.

Nr. 23—27. HENRY COE (*The New York Polyclinic* 1897) zestawił 5 sekcji, gdzie po cięciu brzuszem znaleziono gąbkę w jamie brzusznej. Przypadki te nigdzie nie były ogłoszone. Przyczyną śmierci była *sepsis*.

Nr. 28. Henry C. COE (*ibidem*) przy pochwowej ekstyrpacji macicy zgubił tampon z gazy, który ześlizgnął się z imadła tamponowego. Otworzono po 36 godzinach jamę brzuszną górnem cięciem i po długiem szukaniu znaleziono tampon pod samą wątrobą, dokąd dostał się dzięki peristaltyce kiszek.

Nr. 29. CUSHING przy cięciu brzuszem zgubił swój własny pierścionelek i odzyskał zgubę swoją dopiero po kilku latach po otworzeniu *cavi Douglasii* od strony pochwy.

Nr. 30. Kolega DMOCHOWSKI przy sekcji znalazł w jamie brzusznej serwetę z gazy, przy cięciu brzuszem w jamie brzusznej zapomnianą.

Nr. 31. ELSNER (Syracuse) (State Medical Society of Now York American Gynecolog. and Obstetrical Journal. 1895). Jeden z najbardziej znanych chirurgów dokonał hysterektomii drogą koeliotomii. Dolegliwości chorej nie zmniejszały się po operacji, szczególnie męczyła ją uparta obstrukcja, tak że już posądzano ją o niedrożność kiszek i szykowano się do wtórnego cięcia brzusznego — lecz wtedy nagle *flatus* powstrzymał operatora od wtórnej koeliotomii i w 6 miesięcy po operacji nareszcie ze stolcem wyszedł tampon z gazy — wtedy dopiero operowana odzyskała zupełne zdrowie.

Nr. 32. Georges J. ENGELMANN w Saint Louis przy sekcji po koeliotomii znalazł gąbkę w jamie brzusznej.

Nr. 33. HEGAR (HEGAR und KALTENBACH: Operative Gynaekologie. III Auflage 1886 pg. 283) przy owaryotomii musiał szukać przez cały kwadrans zaginionej w jamie brzusznej gąbki, dopóki nareszcie nie znalazł jej pod *mesenterium flexurae sigmoideae*.

Nr. 34. HERCZEL (28 Kongres Niemieckich chirurgów — patrz: La Semaine médicale. 1898. Nr. 17. pg. 132) przytacza przypadek, gdzie pinceta hemostatyczna, pozostawiona przypadkiem w jamie brzusznej, dopiero po upływie półtora roku zaczęła dokuczać chorej, tak że ją wyjęto.

Nr. 35. Willam T. HOWARD (Baltimore) przy sekcji znaleziono gąbkę w jamie brzusznej.

Nr. 36. HOWITZ przy sekcji po koeliotomii znalazł w jamie brzusznej gąbkę.

Nr. 37. KADER (La Semaine médicale. 1898. Nr. 17. pg. 132)—chora po koeliotomii nie mogła odzyskać zupełnego zdrowia i stale dręczona była zaparciem stolca i atakami niedrożności kiszek. Nareszcie *per anum* wyszedł tampon z gazy. Pomimo to wskutek *ilei* jeszcze *in extremis* trzeba było przystąpić do wtórnego cięcia brzusznego, przy którym znaleziono na kiszce jednej rozległą bliznę, która powstała w miejscu, gdzie ongi tampon przedziurawił kiszkę.

Nr. 38. W przypadku prof. KOSIŃSKIEGO oraz d-ra SOLMANA pozostawiono przypadkiem przy obustronnej owariotomii, operacji bardzo trudnej wskutek mnogich zrostów i wymiotów *sub operatione*, dwie pincety PÉAN'a w jamie brzusznej. Blisko w 6 miesięcy po operacji chora dostała nagle krwotoku arteryjnego przez kiszkę, po 40 kilku godzinach dokonano wtórnego cięcia brzusznego, podczas którego chora zmarła. Badanie pośmiertne ujawniło przedziurawienie dawniejszego pochodzenia ściany *intestini coeci* oraz ranę drążącą *arteriae iliacaе externae sinistrae*. Przedziurawienie to arteryi tak wielkiej wraz z opóźnieniem właściwego zabiegu cbirurgicznego spowodowało krwotok śmiertelny. Przypadek ten rozpatrywany był szczegółowo w sądzie, tak że pominąć go możemy dziś.

Nr. 39—40. MAC LAREN: „Contribution to the Statistics of foreign bodies in the peritoneal cavity“ Gynecological Transactions. 1896. Vol. XXI pg. 394. patrz referat: Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale. Tome I. 1897. pg. 333). A. MAC LAREN dokonał owaryotomii połączonej *cum hysteropexi abdominali*; operowana dręczona była w następstwie upartą obstrukcją. MAC LAREN już zdecydowany był na wtórne cięcie brzuszne, gdy niespodzianie 10 dnia po operacji ze stolcem wyszedł tampon z gazy, czyli serweta, która wdążyła do kiszek wśród objawów grożącej niedrożności kiszek. W innym przypadku MAC LAREN dokonał amputacji macicy przy pomocy cięcia brzusznego. Od czasu do czasu chora narzekała po operacji na bóle i gorączkę. Nareszcie po dwóch latach MAC LAREN skonstatował jakiś guz ruchomy kiszkowy, który wziął za zapalny zlepek kiszek.

Dokonał więc wtórnego cięcia brzuszego z otworzeniem *intestini coeci*, z którego wydobył pincetę PÉAN'a, której górny koniec tkwił *in processu vermiformi*. Wyrostek wyrezekowano, ranę кишки ślepej zaszyto, chora wyzdrowiała. MAC LAREN dodaje, że zna jeszcze 7 innych przypadków wydzielenia się ciała obcego, w jamie brzusznej zapomnianego, *sponte per anum*, lecz ponieważ żadnego nazwiska nie wymienia, nie uwzględniam tych przypadków, które mogłyby być identyczne z innymi, już przeze mnie uwzględnionymi.

Nr. 41—43. LEOPOLD posiada trzy spostrzeżenia własne: W jednym przypadku zabrakło mu jednej pincety PÉAN'a; jeszcze przed zamknięciem jamy brzusznej znalazł poszukiwaną pincetę *in cavo Douglasii*. W drugim przypadku musiał powtórnie otworzyć zaszytą już ranę brzuszną, aby odszukać zaginiony kompres, w trzecim przypadku z rany po symfyziotomii 21 dnia po operacji wyszedł tampon, który w trakcie operacji zaginął w przestrzeni przedpęcherzowej.

Nr. 44. LINDQUIST (Hygiea. 1897. II. pg. 51): dwa miesiące po cięciu brzuszem wydzielił się *per anum* kompres z gazy, który żadnych symptomatów podejrzanych ani razu nie wywoływał (Schleichende Porforation des Darmes).

Nr. 45. MORESTIN: Martyrolog jednej operowanej (La Médecine moderne 1898. Nr. 49, pg. 388 — patrz referat: Centr. f. Gynaek. 1898 Nr. 49, pg. 1351 oraz Medycyna). W sierpniu 1894 r. u dziewczyny 29-letniej dokonano cięcia brzuszego dla wycięcia zropiałych jajowodów i kastracyi. Już w kilka dni po operacji wytworzył się ropień ściany brzusznej, który przypisywano zropieniu szwu brzuszego. Pozostała mała przetoka, lecz chora po 6 tygodniach pojechała do domu. W grudniu 1894 chora zapisała się do oddziału chirurgicznego doktora LE DENTU wskutek flegmony *in fossa iliaca sinistra*. Otworzono ropień i założono dren. Wszystko szło teraz dobrze, jak się zdawało. Lecz powstał nowy ropień, który samowolnie pękł, powstała przetoka kałowa w ścianie brzusznej. Ponieważ ropień nie miało końca, LE DENTU przedrenował ropień ten ku pochwie. Chorą potem wysłano na wieś dla poprawienia stanu ogólnego, lecz już po kilku dniach powróciła ona do szpitala, ponieważ zauważyła, że mocz wypływa przez pochwę. Po jakimś czasie moczotok pochwowy ustał sam przez się. Chora w sierpniu 1896 r. opuściła szpital. W marcu 1897 r. ponownie chora wróciła do szpitala z powodu ponownego moczotoku pochwowego. W kwietniu otworzono nowy ropień *in fossa iliaca dextra*. Nareszcie niedawno chora przyszła po raz ostatni do szpitala, tym razem, aby oświadczyć, że teraz jest zupełnie zdrowa, i że wszystkie przetoki się pozamykały, gdy 6 tygodni temu *per anum* wydzieliła się ze stolcem pinceta PÉAN'a długości 12 ctm. Ciało to obce wyszło *per anum* w cztery lata po pierwszej operacji cięcia brzuszego, przy którym pincetę zapomniano w jamie brzusznej.

Nr. 46. NUSSBAUM zapomniał w jamie brzusznej drenu, po jakimś czasie dren ten wypadł z pochwy podczas tańca.

Nr. 47. NUSSBAUM przy cięciu brzuszem przypadkowo zostawił w jamie brzusznej pincetę PÉAN'a; pinceta wyszła wraz ze stolcem *per anum* po 9 miesiącach.

Nr. 48. OLSHAUSEN (Patrz HEGAR - KALTENBACH l. c. pg. 283) zauważył raz po owaryotomii brak jednej pincety. Pinceta ta wydzieliła się wraz ze stolcem *per anum* po 10 miesiącach.

Nr. 49. OLSHAUSEN przy sekcji czwartego dnia po cesarskiem cięciu, dokonaniem w jego klinice, nie wiem, przez kogo, znalazł w jamie brzusznej serwetę z gazy.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

48. BIER. **Kokainizowanie rdzenia jako sposób znieczulania dużych przestrzeni ciała.** Autor zastrzykiwał chlorek kokainy do kanału kręgowego u 6 chorych i mógł następnie bez najmniejszego bólu wykonywać na dolnych kończynach wycięcia kości, jak również opróżnienia ognisk kostno-gruźliczych i kostno-szpikowych.

Sposób postępowania był następujący. Za pomocą wstrzykiwań podskórnych kokainy znieczulano najpierw części miękkie na powierzchni lędźwi i robiono następnie nakłucie lędźwiowe według sposobu QUINCKE'go za pomocą bardzo cienkiej rurki. Po wbiciu rurki do kanału kręgowego wyjmowano obturator, zatykano otwór rurki palcem, aby przeszkodzić wyciekaniu płynu mózgo-rdzeniowego, następnie za pomocą szprycy PRAVAZ'a, dokładnie przystosowanej do rurki, wstrzykiwano od 0,5 do 3,0 roztworu (0,5—1%) chlorku kokainy czyli od 0,005 do 0,03 samej kokainy. Ze względu na to, że pewna ilość płynu pozostaje w rurce, wstrzykiwano każdorazowo o jedną lub pół podziałki więcej, niż należało. Po upływie dwóch minut wyjmowano rurkę i zalewano otwór nakłucia kleiną (*collodium*).

W 5—8 minut po zastrzyknięciu występowała zupełna bezbolesność na powierzchni dolnych kończyn, która powoli dosięgała kadłuba. W trzech przypadkach znieczulenie rozprzestrzeniło się do brodawek piersiowych, a u jednego 11-letniego chłopca (0,005 kokainy) zajęło nawet całe ciało, oprócz głowy. Zupełne znieczulenie bólowe trwało około 45 minut, następnie nikło powoli. Zmysł dotyku i wrażliwość na ciepłość były zachowane; jednakże dotknięcie ciał bardzo gorących nie wywoływało bólów. Wrażenie dotykowe było wyraźnie osłabione tylko u jednego chorego, któremu zastrzyknięto stosunkowo dużą dawkę 0,01 kokainy.

Bezpośrednio po zastrzyknięciu nie występowały żadne niepokojące objawy; jednak później stwierdzono u trzech chorych wymioty i silny, długotrwały ból głowy. Tylko u jednego chorego wystąpiło po zastrzyknięciu lekkie pobudzenie.

Autor poddał doświadczeniu i samego siebie i jednego ze swych asystentów (HILDEBRANDT). Doświadczenie z autorem nie udało się, ponieważ igła szprycy PRAVAZ'a nie była ściśle dopasowana do rurki przyrządu nakłuwającego. Autor stracił dużo płynu mózgo-rdzeniowego, co wywołało zawroty głowy, które powstawały stale przy pionowym położeniu ciała; zawroty te znikły dopiero po 9-dniowym leżeniu w łóżku.

(*La semaine médicale* Nr. 20. 1899).

D-r Stanisław Rostań.

49. POTAIN. **Gorączka podczas zdrowienia po durze brzuszny.** Istnieje pewna liczba przyczyn, mogących przeszkodzić klasycznemu biegowi ciepłoty podczas zdrowienia po durze brzuszny.

Przedewszystkiem zjawia się niekiedy 2—5 dniowe wzniesienie ciepłoty zależne od powrotu do pokarmów stałych. Jestto tak zwana, „gorączka pokarmowa“ — *febris carnis*, która jest przejściowa i nie przedstawia niebezpieczeństwa. Wzniesienie ciepłoty może również nastąpić wskutek zmęczenia lub silnego wzruszenia.

W pewnych przypadkach ciepłota wznosi się stopniowo, podobnie jak podczas samego duru; zjawia się przytem niekiedy i wysypka różyczkowa. Autor nazywa to terminem powtórzenie (*réitération*) dla odróżnienia od powrotu choro-

by (recydywa). Powroty zależą od nowego zakażenia, zdarzają się rzadko i występują po wielu latach. Powtórzenie zaś jest sprawą pierwszego zakażenia, które przedłuża swe działanie. Można spostrzegać dwa lub trzy powtórzenia, po sobie następujące. Należy również odróżniać powtórzenie od nawrotu (*rechute*), w którym gorączka zależy od mniej lub więcej groźnego powikłania.

Rozróżnianie to ma znaczenie z punktu widzenia rokowania, gdyż powtórzenia w durze brzuszny są najczęściej sprawą łagodną, nawroty zaś są zawsze groźne i bardzo często śmiertelne.

Są osobniki, u których gorączka występuje pod postacią napadów. Ta późna gorączka napadowa była nazwana gorączką wtórną (*Nachfieber*) i zdarza się dosyć rzadko.

Pomiędzy późnemi powikłaniami, tworzącemi nawroty po spadku ciepłoty, takie, jak zapalenie płuc zastoinowe, przedziurawienie kiszek, są łatwe do rozpoznania, gdyż oprócz gorączki mamy tu i swoiste objawy. Trudności występują dopiero wtedy, gdy jedynym objawem ukrytego powikłania jest gorączka.

Pomiędzy temi ukrytymi przypadłościami, mogącemi wywołać gorączkę, należy na czele postawić zastój kału (*coprostasis*). Rozpoznanie tej przyczyny może być niekiedy trudne, gdyż może nie być wzdęcia brzucha, i biegunka może istnieć wraz z zaparciem. Należy przeto zawsze dobrze zbadać grubą kışkę, nadewszystko ślepą i okrężnicę wstępującą; wykryjemy wtedy lekkie rozciągnięcie kışki, pewną jej bolesność przy ucisku, miejscami stępienie, a miejscami bębnić, niekiedy przelewanie w prawym dole biodrowym w okresie, w którym go tam już być nie powinno.

Niekiedy gorączka zależy od prawdziwego przewlekłego nieżyty kiszek. Jestto nieżyt następczy, umiejscowiony zwykle w kışkach cienkich i wywołany najczęściej przez zawczesne lub źle zastosowane użycie pokarmów. Gorączka bywa tu umiarkowana.

Rzadziej przyczyną gorączki podczas zdrowienia bywa zapalenie przewodu i pęcherzyka żółciowego lub naczyń żółciowych. Zakażenie przez laseczniki EBERTH'a następuje tu zwykle już podczas samego duru; ale przedłuża się ono i może nawet zaostriąć się dopiero podczas zdrowienia lub nawet jeszcze później.

Przyczyną powrotu gorączki może jeszcze być zapalenie nerek lub nerek i miedniczek. Zresztą niema narządu, któryby nie mógł być dotknięty w czasie zdrowienia.

Otóż i płuca mogą się stać siedliskiem rozmaitych obrażeń. Może się więc rozwinąć *bronchopneumonia*, ostre zapalenie oskrzeli lub jeszcze zapalenie płuc przyływowe (*pneum. congestiva*), a niekiedy i gruźlica. Co do ostatniej, to występuje ona często pod postacią ostrej gruźlicy prosówkowej i zdarza się u osobników, dotkniętych już przedtem jakimś skrytem cierpieniem gruźliczem.

Z zaburzeń krwiobiegu stosunkowo często przyczyną gorączki podczas zdrowienia może być zapalenie aorty, niekiedy z następczym tętniakiem; zapalenia tętnic w kończynach zdarzają się jeszcze częściej, ale nie towarzyszy im znaczna gorączka.

Bardzo częstemi następstwami duru brzusznego są ropienia, wywołujące gorączkę. Ropienia te mogą się wytwarzać w najrozmaitszych miejscach, mogą zajmować mięśnie, krtan, gruczoł tarczowy, układ kostny.

Bywają wreszcie przypadki, gdzie gorączka, do pewnego stopnia idiopatyczna, zdaje się zjawiać bez żadnej przyczyny.

(*La semaine médicale* Nr. 18. — 1899).

D-r Stanisław Roslan.

50. Theodor LANDAU. **Leczenie białych upławów za pomocą drożdży,—miejscowe antagonistyczne - bakteriologiczne leczenie.** Wszystkie środki, dotychczas w niezbytach śluzówki macicznej stosowane, działają na przeciąg krótkiego tylko czasu i na powierzchnię tkanki, nie skierowane wprost na źródło choroby, które na istnieniu drobnoustrojów zazwyczaj polega, nie stanowią racjonalnego leczenia, a tylko objawowo-wyczekujące. Nie chcąc uciekać się do operacyjnego usunięcia całej zajętej tkanki wraz z drobnoustrojami i ich podłożem, należało szukać środka, który, sam będąc nieszkodliwym, mógłby działać stale na same drobnoustroje, ich podłoże i ich wytwory.

Te warunki może posiadać tylko środek żyjący. W tym celu autor spróbował użyć drożdży—w leczeniu katarów śluzówki macicznej, głównie rzerzączkowego pochodzenia, i wyniki otrzymał tak zadziwiające, iż czuje się w obowiązku niezwłocznie je ogłosić. Z 40 przypadków takich niezbytów, leczonych ambulatoryjnie, w większej części autor otrzymał zupełne wyleczenie, już po jednokrotnym lub dwukrotnym zastosowaniu swojego środka. W niektórych przypadkach nastąpiło po dłuższym czasie wznowienie cierpienia, w kilku autor otrzymał tylko polepszenie i nareszcie w kilku nie otrzymał żadnego wyniku obiektywnego, choć same chore w tych ostatnich przypadkach zapewniały o znacznej subiektywnej poprawie.

Leczenie wykonywano w ten sposób. Brano świeżych drożdży z miejscowego browaru i, po dodaniu odpowiedniej ilości piwa *resp.* fermentacyjnej zaprawy, za pomocą zwyczajnej męskiej szpryki wstrzykiwano głęboko do pochwy około 10—20 ctm. sz. płynu, poczem do pochwy zakładano tampon, opatrzone nitką. Tampon wyjmowano po 24 godzinach. Po 2—3 dniach wstrzykiwanie się powtarza. Żadnych ubocznych działań przy tem leczeniu nie zauważono.

(*Deutsche Medicin. Woch. Nr. 11. 1899*).

St. Antecki.

Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie

od dnia 5 do 8 kwietnia 1899 r.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 24).

Posiedzenie z dnia 6 kwietnia.

1) SCHLOFFER — Praga: „O rękawiczkach operacyjnych“. S. przytacza doświadczenia z t. zw. rękawiczkami wojskowemi, odkażanemi podług własnego pomysłu w 1% lizolu lub w 1‰ sublimacie. Próby z zabiegami na zwierzętach wypadły pomyślnie; wobec tego mówca zachęca do odpowiednich doświadczeń klinicznych.

2) HOFFA — Würzburg: „Współczesny stan leczenia wrodzonych zwichnięć stawu biodrowego“. H. rozpatruje w porządku historycznym różne sposoby leczenia. PACI pierwszy zastosował nastawianie bezkrwawe zwichnięcia wrodzonego. Mówca mniema, że sposób LORENZ'a nie doprowadza do wyników trwałych i z tego właśnie względu przekłada sposób PACI'ego z następczem jednak postępowaniem podług LORENZ'a. H. stosuje również zabieg własnego pomysłu. H. ostrzega dalej przed stosowaniem zabiegu bezkrwawego u dzieci młodszych, niż lat 10, a to ze względu na poważne uszkodzenia tkanek podczas wyciągania i nastawiania kończyny. H. otrzymał następujące wyniki leczenia: z 42 przypadków zwichnięć jednostronnych u dzieci, nie mających lat 6-10, w 4-ch

przypadkach nastąpiło długotrwale, zupełne wyleczenie, w 25 — wyleczenie z przemieszczeniem główki ku kolcowi przedniemu górnemu kości podłędźwiowej, w 1 przypadku — nawrót, wreszcie w jednym przypadku zejście śmiertelne po zabiegu wśród objawów drgawek ogólnych. W przypadkach nawet względnie pomyślnie wyleczonych dzieci chodziły nie źle przy pewnem skróceniu kończyny, lecz bez objawu TRENDELENBURG'a. Znacznie gorzej przedstawiają się wyniki leczenia w przypadkach zwichnięć obu stronnych. Właściwie udało się osiągnąć nastawienie w 4 przypadkach i to tylko po jednej stronie, ani razu zaś po obu stronach. H. wypróbował również zabieg SCHEDE'go (wyciąganie przy ucisku, wywieranym na krętarz wielki) w 14 przypadkach jednostronnego — i w 6-ciu dwustronnego zwichnięcia kości udowej, jednakże w większości otrzymał wyleczenie z przemieszczeniem główki. Niezbyt pomyślne wyniki zabiegu mówca przypisuje kształtowi panewki w postaci trójkąta, co z biegiem czasu staje się jeszcze wybitniejsze. Sposobem MIKULICZA H. posiłkował się w 7 przypadkach: po nastawieniu układano kończynę w gips w rotacyi na wewnątrz, nie zaś na zewnątrz, jak to proponuje LORENZ. Wyniki w 4 przypadkach otrzymano zupełnie pożądane, w 3 — nastąpiło przemieszczenie ku przodowi i ku górze. Niezupełnie pomyślne wyniki w przypadkach powyższych mówca przypisuje bądź zbyt rozwiniętemu więzowi włkowatemu (*lig. teres*), bądź też nierównej powierzchni panewki. Zabieg MIKULICZA wskazany jest u dzieci w pierwszych latach życia. Gdy zabiegi bezkrwawe do celu nie doprowadzają, wówczas dopiero uciec się należy do zabiegów krwawych (osteotomia skośna poniżej krętarzy, a w przypadkach długotrwałych zwichnięć dwustronnych — zabiegi, mające na celu wytworzenie stawu rzekomego).

3) LORENZ — Wiedeń. „O dotychczasowych wynikach nastawiania bezkrwawego wrodzonych zwichnięć kości udowej“. L. poleca prawie jedynie leczenie sposobem bezkrwawym. Co się tyczy wieku osobników, to nastawianie jednostronne stosować należy u dzieci poniżej lat 10, a dwustronne — u nie mających lat 8-ku. L. zastosował w jednym przypadku forsowne nastawienie u 13-letniej dziewczynki: w nocy tegoż dnia wystąpiły objawy zgorzeli kończyny! W 360 przypadkach zdarzyło się mówcy 10 razy złamanie szyi kości udowej podczas wykonywania zabiegu; 2 razy nastąpiło złamanie kości miednicy. Wogóle złamania takie nie pociągały za sobą zbyt wielkich powikłań, jednakże u dzieci starszych występowały objawy porażenia nerwu kulszowego, trwające około 2—3 lat. Zejścia śmiertelne miały miejsce w 3 przypadkach: w jednym podczas uśpienia, w dwóch innych w przeciągu godz. 18—24 po zabiegu przy objawach wstrząsu. W przypadkach, nie poddających się zabiegom bezkrwawym, dozwolony jest zabieg krwawy: ostatni L. wykonał dotąd 260 razy. W 4 tylko przypadkach zejście było śmiertelne wskutek posocznicy. Wogóle mówca nie jest zwolennikiem operacyi krwawej, ponieważ nazbyt często, szczególnie u dzieci starszych, występuje zeszytwnienie stawu; jest to wynik bardzo niepożądany, mianowicie w zwichnieniach dwustronnych. Po drugie zabieg krwawy posiada i tę wadę, że utworzenie nowej panewki wypada w nasadach kości w pobliżu pierścienia miednicy. Skutkiem tego bywają zaburzenia we wzroście, jak to widać z przypadków KIRKISSON'a. Ażeby uniknąć omawianych powikłań, L. radzi wytwarzać sztuczną panewkę sposobem HOFFA'y. L. w postępowaniu swem otrzymywał wyniki zadawające pod względem kosmetycznym, jako też pod względem trwałości nastawiań, co się zaś tyczy sprawy chodu miarowego, to ten ostatni wiele jeszcze pozostawia do życzenia, zależy tu bowiem dużo od sprawności mięśni.

4) PETERSEN — Bonn. „O bezkrwawem nastawianiu zwichnień wrodzonych stawu biodrowego“. P. w zupełności podziela zapatrywania LORENZ'a i powstaje przeciw forsownemu stosowaniu zabiegu u dzieci starszych. W celu utrzymania kończyny po zabiegu w rotacji nawewnątrz, P. wbija przez krętarz wielki do szyi kości udowej gwóźdź złożony, za pomocą którego główce podczas gipsowania odpowiednie ułożenie nadać możemy.

W dyskusji MIKULICZ zaznacza, że osobiste swe doświadczenie opiera na 100 przypadkach. Podług M. bywają zwichnienia, łatwo nastawiać się dające: do takich należą zwichnienia powstałe np. podczas porodu. W tych zaś przypadkach, w których główka kości udowej nie może się utrzymać w panewce pomimo dokonanego nastawienia, wadliwie zmieniona jest torebka stawowa. Mianowicie, torebka w takich razach, będąc zbyt obszerna, układa się w fałdy, które wciskają się pomiędzy główkę i dno panewki, stanowiąc przeszkodę w osiągnięciu trwałości w nastawieniu. W postępowaniu krwawem nie należy usuwać chrząstki, a to w celu uniknięcia zeszytnienia stawu. Mówca w przypadkach skrzywienia boczego kręgosłupa proponuje noszenie mocnego gorsetu.

HEUSNER wyraża zdanie, że niepowodzenia częste w leczeniu bezkrwawem zwichnień zależą jedynie od wadliwego postępowania następczego. Mówca przedstawia przyrządy własnego pomysłu do nastawiania zwichnień i do utrzymywania w położeniu właściwem kończyn po dokonanym zabiegu. Po 1—2 latach dzieci otrzymują gorsety ze sztuczną panewką.

LANGE utrzymuje, że niezmiernie jest trudno osiągnąć zupełne, długotrwałe wyleczenie sposobem bezkrwawym, a to z tego względu, że torebka stawowa ulega z czasem nadmiernemu rozciąganiu. Wobec tego niezbędne są przyrządy, zapobiegające przemieszczeniu główki biodrowej nie tylko ku przodowi, lecz także ku tyłowi.

NARRATH stosował zabieg w 6 przypadkach zwichnień i otrzymał we wszystkich w następstwie przepuklinę udową, odznaczającą się tem, że tętnica nadbrzuszną dolną znajdowała się zwykle nawewnątrz od przepukliny. Przyczyna — nadmierne rozluźnienie tkanek.

KUEMMELL przytacza przypadki, w których przy pomocy promieni ROENTGEN'a stwierdzono, że pomimo zadawalającej sprawności stawu po dokonaniu nastawienia bezkrwawem, w rzeczywistości jednak nastawienia dokładnego nie osiągnięto. Wogóle jednak częściowemu wyleczeniu z zupełnem nawet zwiotczeniem nie należy odmawiać pewnej wartości leczniczej.

5) BENDA — Berlin: „O gruźlicy kości i o prosówce ostrej“. Wiadomo, że po operacjach kostnych z powodu gruźlicy niejednokrotnie wybuchła gruźlica prosówkowa. Jedni autorowie (jak KOENIG, VOLKMAN) powstawanie prosówki przypisują przedostawaniu się drobnoustrojów do krwiobiegu drogą żył kostnych, inni, jak np. WEIGERT zaprzeczają temu. Mówca wykrył podczas badania pośmiertnego w 3 przypadkach gruźlicę prosówkową: w dwóch — stwierdzono zapalenie stawu biodrowego, w jednym zaś — próchnienie kręgow. B. przekonał się prztem, że zakażenie powstało przez żyły *resp.* przez serce i osobiście przyznaje słusność dowodzeniom KOENIG'a i VOLKMAN'a.

6) KUETNER — Tubinga: „O zapaleniu szpiku kostnego pochodzenia gruźliczego w trzonach kości długich“. W klinice BRUNS'a na 2100 przypadków zapalenia szpiku kostnego spostrzegano 6 razy zapalenie gruźliczego pochodzenia. Sprawa występuje pierwotnie (1 przypadek) lub częściej wtórnie (5 przypadków) i wówczas przechodzi ze stawu do szpiku kostnego. Mówca przedstawia

okazy, na których widoczne są drogi, któremi sprawa torowała sobie przejście ze stawu do szpiku kostnego.

7) v. BUENGNER — Hanau: „O gruźlicy spojenia łonowego“. Sprawa powyższa należy do nader rzadkich. B. opisuje przypadek, osobiście spostrzegany u kobiety 57-letniej. Mianowicie, w części dolnej brzucha guz początkowo niewielki, po pewnym czasie dosięgnął rozmiarów głowy dziecka bez objawów zapalnych. W guzie stwierdzono chełbotanie rzekome, a po środku szerokie wgłębienie. W następstwie potworzyły się na powierzchni guza owrzodzenia gruźlicze i przetoki, a kości uległy obnażeniu. Po otwarciu szerokiem całego ogniska znaleziono zupełne zniszczenie spojenia łonowego, jako też gałęzi górnych kości łonowych. Po dokonanej rezekcji, nastąpiło wyleczenie bez upośledzenia sprawy chodzenia. B. twierdzi, że gruźlica spojenia łonowego spotyka się u osobników płci obojga w wieku średnim. Sprawa rozpoczyna się od zapalenia okostny i szerzy się na kości, chrząstki, ochrzęstną, wytwarzając w następstwie typowe siedłowate wgłębienie. Rokowanie jest pomyślne tak co do życia, jako też co do sprawności. Cięcie prowadzić należy powyżej spojenia łonowego.

8) SUDECK — Hamburg: „Przyczynek do anatomii i powstawania uda szpotawego u wyrostków“. Mówca zwraca głównie uwagę słuchaczy na obecność w udach szpotawych, mianowicie w szyi kości udowej, pewnego wzniesienia ostrego w miejscu zgięcia. Wzniesienie to zauważył HORMEISTER, opisał zaś dokładniej LAUENSTEIN. Stosunki podobne pod względem budowy anatomicznej odnaleźć można i w prawidłowych kościach udowych. Mianowicie, daje się w nich zauważyć pewne ugrupowanie przegród kostnych, które z krętarza przechodzą do główki, odgrywając rolę jak gdyby podpory. Listewki owe stanowią podług S. część nasady kości. Co się tyczy pochodzenia uda szpotawego, to mówca przychylił się do zdania SPRENGEL'a, który dowodzi, że powstaje ono drogą urazową, jak to spostrzegać można u wyrostków (do lat 17), nie posiadających jeszcze owej listwy kostnej, a nazbyt pracą zawodową obciążonych.

9) HEUSNER — Barmen: „O pochodzeniu i leczeniu wrodzonej stopy szpotawej“. H. powstaje przeciw dowodzeniom o powstawaniu stopy szpotawej przez ucisk wewnątrz-maciczny. Stopa szpotawa powstaje w 6 tygodniu rozwoju płodu. Trudno pojąć, dlaczego udo szpotawe częściej spostrzegane bywa u osobników płci męskiej, gdy np. zwichnienie wrodzone stawu biodrowego w większości przypadków dotyczy płci żeńskiej.

10) KROENLEIN — Zurich: „O wrzodzie żołądka urazowego pochodzenia“. K. przytacza opis choroby pewnego pacjenta, który otrzymał uderzenie widłami w okolicę żołądka. Po 3 tygodniach nastąpiły wymioty z wszelkimi objawami zwężenia odźwiernika. Podczas operacji stwierdzono prócz zwężenia odźwiernika rozległe owrzodzenie. Rezekcja części odźwiernikowej żołądka. Wyzdrowienie. Mówca ostrzega przed zbyt pośpiesznym rokowaniem pomyślnym w przypadkach urazu brzucha.

W dyskusyi EISELSBERG zaznacza, że spostrzegł osobiście 5 razy owrzodzenia w żołądku i 2 razy w dwunastnicy po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej. Zauważono przytem, że wymiotowanie krwią powstało w przypadkach, w których poprzednio nigdy objawu tego choroby nie doznawali. E. dopatruje się przyczyny powyższego zjawiska nie w narkozie i nie w sprawie następczego wymiotowania, lecz w podwiązywaniu, miażdżeniu i pociąganiu sieci. WAGNER spostrzegł również przypadek wrzodu żołądka pochodzenia urazowego.

11) GERSUNY — Wiedeń: „O typowym przyroście otrzewnowym“. G. spostrzegł w przypadkach zagięcia i skręcenia kiszki esowatej typowy przyrost otrze-

wnowy w postaci pasma, ciągnącego się od okrężnicy esowatej do kreski (*mesocolon*). Godnem jest uwagi, że w niektórych przypadkach okolica wyrostka robaczkowego odznaczała się również wrażliwością na dotyk. Wobec tego można by było przypuszczać stan zapalny samego wyrostka. W $\frac{1}{3}$ ilości spostrzeżeń przyczyną sprawy były najprawdopodobniej przewlekłe zapalenia otrzewny. Przyrost ów znajdowano częściej u kobiet, niż u mężczyzn, co mówca stawia w zależności od wzmożonych przyływów krwi do miednicy podczas okresów miesiączkowania. W zabiegach chirurgicznych z powodu spraw zapalnych wyrostka robaczkowego należy przez cięcie odpowiednie uprzystępnąć dla badania i stronę przeciwległą jamy brzusznej w razie bolesności w okolicy okrężnicy esowatej.

12) GRASER — Erlangen: „O wrodzonym uchyłku jelitowym“. Odczyt będzie wydrukowany w czasopiśmie „München. Medic. Wochenschr.“.

13) REHN — Frankfurt: „Przedziurawienie jelita przez kamienie żółciowe i uwagi, dotyczące zatkania światła jelit kamieniami żółciowymi“. Mówca przedstawia kamień żółciowy, znaleziony w przepuklinie pępkowej u 57-letniego mężczyzny. Z powodu uwięźnięcia przepukliny z objawami przedziurawienia jelita wykonano herniotomię z rezekcją odpowiedniej pętli, w której znaleziono kamień żółciowy. Co się tyczy zamknięcia światła kiszek przez kamienie żółciowe, to jest to możliwe w razach następujących: 1) gdy kamień objętością swą przewyższa rozmiary światła jelita, 2) gdy w miejscach węższych odgrywa rolę wentyla kulistego, 3) gdy kamień wgłobia błonę śluzową. Prócz tego, kamień spowodować może zamknięcie światła jelit na drodze odruchowej, dalej jest w stanie podrażniać błonę śluzową jelit i wywołać owrzodzenia w nich, być przyczyną zakażenia drobnoustrojami i t. d. Kamień wędruje przez przewód pokarmowy nie tylko miesiące, lecz i lata całe. Zdarza się też, że kamień żółciowy, uwięźnięty w uchyłku jelita, wywołuje wzmożony ruch robaczkowy, który przejść może w skurcz tężcowy, do tego stopnia silny, że zdolny jest nawet skruszyć kamień, jak to spostrzegali JONNESCU. Kamień przez długie leżenie w jelicie powoduje w nim zmiany zapalne, nie ustępujące nawet po usunięciu kamienia. W przypadku podobnym szew kiszkowy sposobem MURPHY'ego nie powiódł się z powodu łatwego przedziurawienia ściany jelita, będącej w stanie zapalnym, przez guzik. Nader pożądanym rozpoznanie wczesne zamknięcia światła kiszek przez kamień żółciowy jest niezmiernie trudne: jedyną wskazówką bywają objawy kolki.

Na zakończenie odczytu przytacza REHN „Przypadek zamknięcia światła jelit przez kompres muślinowy“. Chora, służąca, operowana była z powodu zapalenia ropnego jajowodu (*pyosalpinx*). Rana, z początku powikłana przetoką kałową, w następstwie zagoiła się zupełnie. Po miesiącach 4 wystąpiły bóle kłujące w okolicy żołądka. Wówczas stwierdzono guz w brzuchu po stronie prawej pępka; gdy wystąpiły objawy zamknięcia światła jelit, przystąpiono do otworzenia jamy brzusznej. Wyrezekowano 40 ctm. jelita, uległego zgorzeli, i stwierdzono przytem, że miejsce po przebytej poprzednio operacji znajdowało się w stanie zupełnie zadawalającym. Wewnątrz wyrezekowanego odcinka jelit znaleziono olbrzymi kawał muślinu.

14) KOERTE—Berlin, opisuje przypadek „skręcenia jelita wzdłuż osi podłużnej u małego dziecka“. Kreska jelita cienkiego odznaczała się długością niezwykłą bez przyrostów. K. przypisuje sprawie pochodzenie wrodzone.

15) RIESE — Britz-Berlin. „O przepuklinie uwięźniętej zachyłka krętnicokątnicowego otrzewny¹⁾ (*foss. ileo-coecalis*), przez cięcie brzuszne wyleczonej“.

¹⁾ Według słownictwa KRYSIŃSKIEGO.

Mówca zaznacza trudności rozpoznawcze w sprawie powyższej. Powstanie przepukliny R. objaśnia nadmiernem przepelnieniem treścią jelita ślepego, wskutek czego następuje odsłonięcie zachyłka, w który wgłabia się jelito cienkie. R. nie radzi zaszywać wrót przepuklinowych, natomiast uważa za stosowną w niektórych przypadkach rezekcyę wyrostka robaczkowego. Dotąd spostrzegano 9 przypadków przepukliny omawianej; z tych zaś 2 wyleczono na drodze operacyjnej.

16) PRUTZ — Królewiec: „Przyczynek do sprawy zamknięcia światła jelit“. P. mówi o wrzodach jelit, przez KOCHER'a pod nazwą „Dehnungsgeschwüre“ szczegółowo opisanych. Mówca w 3 przypadkach zamknięcia światła jelit spostrzegał owrzodzenia podobne 2 razy na sekcji i raz jeden podczas operacji. 2 razy miało miejsce zejście śmiertelne. Odszukanie owrzodzeń jest nieraz bardzo trudne ze względu na odległość ich od miejsca zamknięcia światła jelit. Poszukiwania anatomo-patologiczne wykazały w części jelita, owrzodzeniu podległej, zmiany następujące: przekrwienie, zakrzepy żyłne, wynaczynienia i nacieczenia krwawe, w obrębie zaś ostatnich zgorzel tkanek. Zamknięciu światła kiszek towarzyszyć mogą również owrzodzenia, powstałe na tle gruźlicy, przymiotu, wreszcie po zatruciu preparatami rtęci.

17) KUEMMELE — Hamburg: „Rezekcyja okrężnicy zstępującej i przysycie poprzecznicy do zwieracza odbytu“. K. opisuje dwa przypadki, w których cała prawie okrężnica zstępująca uległa zwężeniu. W jednym przypadku powodem był przymiot, w drugim zwężenie wystąpiło po utworzonej poprzednio rzyci sztucznej wskutek raka.

18) LUDOLFF — Królewiec: „O powstawaniu i leczeniu wypadnięcia odbytnicy“. Mówca wykonał 7 amputacji odbytnicy, przytem nawrót wystąpił w 1 przypadku. Przyczynę cierpienia stanowi zbyt luźny przyczep tylnej ściany odbytnicy.

(C. d. n.).

Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie

(II — 14 kwietnia r. b.).

W sprawie niedomogi mięśnia sercowego zabierał głos d-r v. SCHROETTER z Wiednia i d-r MARTIUS z Rostoku. Pierwszy z mówców zaznaczył we wstępie różnicę w rodzaju pracy, którą spełniają mięśnie kośćca i serca, a określiwszy mechanizm tej pracy, przychylił się stanowczo do prawie powszechnie przyjętego dziś poglądu o automatycznej działalności serca. Mówca twierdzi, że serce posiada zawsze pewną ilość sił zapasowych, dzięki którym może pokonywać znaczne nawet wysiłki. Ilość tych sił u rozmaitych osobników jest rozmaita, a czasami już od urodzenia bardzo nieznaczna. Brak ten udaje się niekiedy powetować za pomocą odpowiednich ćwiczeń, ale tylko częściowo, bywa jednak i tak, że serce nie jest w stanie podołać swej pracy, nawet przy użyciu sił zapasowych. W taki tylko sposób można sobie objaśnić napewno spotykane od czasu do czasu naderwanie mięśni brodawkowatych (*m. papillares*) lub zastawek serca. Prócz tej są i inne przyczyny niedomogi czynnościowej serca. Tak — prócz wrodzonej słabości serca spotykano również w pewnych rodzinach dziedziczne upośledzenie sił mięśnia sercowego, które prowadzi do samoistnego przerostu tego narządu bez żadnej innej przyczyny. Tu należy dalej niedomoga mięśnia sercowego, powstała wskutek zmian w naczyniach, spraw patologicznych w samym mięśniu sercowym,

w sprawności układu nerwowego i t. d., co zresztą jest rzeczą powszechnie znaną, dla tego lepiej przyjrzeć się bliżej czynności samego narządu. Jeżeli na działalność serca będziemy zapatrywali się, jako na czynność automatyczną, to jednakże zależność jej od układu nerwowego musi się wydać niewątpliwą. Znakomicie rozwinięty układ nerwowy serca, jak obecnie przypuszczają, nie należy do działu nerwów czuciowych jedynie, czego najlepszy przykład daje nam serce człowieka zdrowego, który nie odczuwa czynności swego serca, w przypadkach zaś zaburzeń krążenia serce oddziaływa zwykle wyraźnemi zjawiskami natury ruchowej (przyspieszenie, niemiarowość tętna); tak też należy pojmować działanie naparstnicy. Zarówno i osłabienie czynności serca, po ciężkich chorobach u ludzi poprzednio zdrowych, zwłaszcza jeżeli brak objawów zastoinowych, można objaśnić tylko wpływami nerwowymi, ponieważ nie zawsze można znaleźć dowody, przemawiające za zwyrodnieniem mięśnia, a i sam wpływ toksyn nie zupełnie wystarcza. W końcu stwierdzają tę zależność chociażby nawet i przypadki śmierci, składowane konwencjonalnie na szumne: „pękło mu serce“, gdy tymczasem badanie zwłok nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych w mięśniu. Bez wątpienia tedy układ nerwowy w sprawności mięśnia sercowego gra rolę ważną. Z kolei mówca przechodzi do spraw patologicznych, które stanowią tło anatomiczne dla rozwoju niewydolności mięśnia sercowego. Wspomina o zmianach, zależnych od zwapnienia tętnic wieńcowych i od rozmaitych spraw pochodzenia zapalnego, i kładzie nacisk na to, że częstokroć zapalenie mięśniste lub śródmiąższowe mięśnia sercowego istnieje tam, gdzie nie można go wykazać ani za pomocą spostrzegania klinicznego, ani za pomocą badania anatomo-patologicznego. To też tak samo rodzaj spraw patologicznych, jak i umiejscowienie ich powoduje pewne różnice w przebiegu cierpienia, które wymagają nieco dokładniejszego ich poznania. Zdaje się tylko, że pod względem rokowania najniewdzięczniejsze są te przypadki, w których sprawa chorobowa rozwija się u wierzchołka serca. Być bardzo może, iż te różnice umiejscowienia odbijają się na rytmie i napięciu mięśnia sercowego.

Załatwiwszy się krótko z cierpieniami serca pochodzenia urazowego, mówca przechodzi do przeciążenia serca, zależnego od przyczyn wewnętrznych, które prowadzą do rozszerzenia komór serca. W takich razach w początkach siły zapasowe serca wystarczają zupełnie do wyrównania chwilowych zaburzeń krążenia. Jeżeli jednak stany takie powtarzają się często, to zwykle dochodzi do rozszerzenia trwałego, zwłaszcza, jeżeli serce nie było poprzednio zupełnie zdrowe. Najczęściej widzimy to podczas zbyt szybkiego wchodzenia na góry bez należytego przygotowania się. Zasługuje na uwagę fakt, że serce nie zna uczucia zmęczenia, a dopiero duszność i osłabienie ogólne stanowi wskazówkę przeciążenia serca. Skarżą się często na to zwolennicy wszystkich możliwych sportów, którzy sądzą, że pracują tylko mięśniami, a zażywając nierozumnie uciech sportowych, wyrządzają sobie krzywdy niepowetowane. Np. atleci umierają wskutek niedomogi serca. W końcu SCHROETTER potrąca o pytanie: w jaki sposób powstają zaburzenia wyrównania czynności serca wobec wad zastawkowych i mniema, że i tu własności mięśnia sercowego nie są bez znaczenia, tembardziej że nawet jego przerost nie na długo wystarcza. Na zasadzie wyluszczonych wyżej poglądów, autor wyraża główną zasadę leczenia cierpień mięśnia sercowego: wszystkich chorych, których choroba znajduje się w związku z jakimkolwiek cierpieniem mięśnia sercowego, oszczędzać jak można najdłużej, a nawet i wtedy, kiedy będą się uważali za zupełnie zdrowych.

D-r MARTIUS rozwinął nieco szerzej poglądy SCHROETTER'a. Twierdzi on, że od stanu mięśnia sercowego zależy zejście nie tylko wszystkich bez wyjątku chorób serca, lecz i wielu chorób ostrych i przewlekłych, np. zapalenia płuc i nerek. Z wyrazem „niedomoga serca“ spotykamy się po raz pierwszy u BAMBERGER'a (1857 r.), a dopiero O. ROSENBACH wyrobił prawo obywatelstwa dla tego wyrażenia. Poglądy jego znajdują się w rażącej sprzeczności z panującym podówczas jednostronnym prądem anatomo-patologicznym w rozwoju nauki o cierpieniach serca, głosił więc, że lekarz powinien rozpoznawać nie rodzaj zmian anatomicznych, lecz zaburzenia czynnościowe, t. j. zwracać uwagę na to, czy dana niedomoga serca jest przejściowa, względna, czy też trwała, istotna. Poglądy te przyjęły się w lecznictwie, należałoby jednak dokładniej, niż obecnie się dzieje, odróżniać niedomogę serca od niedomogi mięśnia sercowego. Co się tyczy przyczyny tych stanów patologicznych, to szkoła lipska po raz pierwszy podniosła fakt, że niedomoga serca w przebiegu chorób zakaźnych zależy od niewydolności mięśnia sercowego, powstałej na tle ostrego cierpienia. Następnie doświadczenia ROMBERG'a i PAESSLER'a zdawały się dowodzić, że chodzi tu mniej o sprawy zapalne, główną zaś przyczynę stanowi porażenie nerwów naczynioruchowych pochodzenia ośrodkowego, spowodowane przez toksyny. Możliwe jest jednak, że zarzek chorobotwórczy wpływa szkodliwie i na mięsień sercowy i na ośrodek naczynioruchowy jednocześnie, zwłaszcza że teoria ROMBERG'a nie wystarcza do wytłumaczenia wszystkich przypadków śmierci sercowej w ostrych cierpieniach zakaźnych.

Wyniki dodatnie badań nad zmianami mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych dały pohop do podjęcia poszukiwań, czy klinicznie stwierdzone zaburzenia czynności serca w jego cierpieniach przewlekłych (wady zastawkowe, tak zwane samoistne cierpienia mięśnia sercowego) nie posiadają tła anatomicznego. Badania odnośne prowadzili w Lipsku KREHL i ROMBERG, a w Juriewie DEHIO i jego uczniowie. Badacze lipscy odpowiedzieli pierwotnie twierdząco na powyższe pytanie. W przypadkach wspomnianych znajdowali oni tak często i tak rozległe zmiany w mięśniu serca, że niedomogę ostateczną rozszerzonego lub przerosłego mięśnia sercowego kładli na karb tych właśnie zmian. Niestety, przypuszczenie to nie sprawdziło się. BOLLINGER i jego uczniowie dostarczyli dowodów na to, że w przypadkach przerostu samoistnego (*idiopathicus*) mięśnia sercowego brak stale znaczniejszych zmian patologicznych. Wobec tego nie możemy zaprzeczyć zależności zmian czynnościowych od spraw patologicznych, wyznać jednak należy, że istnieją czysto czynnościowe zaburzenia, spowodowane przez zmęczenie lub wyczerpanie. DEHIO uznaje istnienie *myocarditis infectiosae* z zejściem w wyzdrowienie, wyczerpanie lub względne wyzdrowienie połączone z tworzeniem się tkanki modzelowatej, lecz jednocześnie opisuje inne rodzaje cierpień mięśnia sercowego. Do tych należy tak często spotykany u starców rozlany rozrost tkanki śródmiąższowej (*hyperplasia diffusa interstitialis*), które D. nazywa *myofibrosis senilis*, i które stanowi istotną przyczynę osłabienia serca w wieku podeszłym. Te same zmiany spotykamy również i u ludzi młodszych, którzy byli dotknięci jakimkolwiek cierpieniem przewlekłym serca. Otóż mniemany przerost serca, spotykany w tych przypadkach, powstaje przeważnie kosztem tej tkanki łącznej, a zmiany same dosięgają wysokiego stopnia tylko w tych przypadkach, w których przerost jest połączony z rozszerzeniem. Ostatecznie DEHIO sądzi, że *myocarditis fibrosa* stanowi zjawisko pożyteczne, ponieważ kurczliwa i elastyczna tkanka łączna zastępuje do pewnego stopnia czynność włókien mięśniowych. Lecz DEHIO myli się, gdyż w końcu serce takie wyczerpuje się właśnie

wskutek, a nie pomimo obecności tej kompensującej *myocarditis fibrosa*. I znów znajdujemy się wobec pytania: „Czy istnieje czysto czynnościowe wyczerpanie serca, t. j. nie oparte na grubszych zmianach anatomicznych, lecz zależne jedynie tylko od nadmiaru pracy (Ueberfunktion)”? Otóż stan taki niewątpliwie istnieje. Opisywali go dawniej SEITZ i O. FRENTZEL, obecnie ALBU i ALTSCHUL u cyklistów-zawodowców, a Mosso u nieostrożnych amatorów wycieczek górskich. Chodzi tu o niedomogę serca ostrą, która mniej lub więcej szybko wyrównywa się, a wskutek tego nie pozostawia żadnych zmian anatomicznych. Prócz objawów, powszechnie znanych, jak duszność, zwiększenie tępości serca, przemieszczenie uderzenia wierzchołkowego, przyspieszenie, względnie niemiarowość tętna, spotykamy jeszcze jeden, mianowicie sprzeczność pomiędzy silnymi skurczami serca i drobnem, małym tętnem. Objaw ten mówca poczytuje za bardzo ważny w rozpoznawaniu ostrej niedomogi serca.

W celu zrozumienia należytego, w jaki sposób powstaje osłabienie serca, zależne od jego rozszerzenia, jest rzeczą bardzo ważną zastanowić się nieco nad problematem uderzenia wierzchołkowego. Wszystkie dawniejsze przypuszczenia kliniczne, odnoszące się do powstawania i wartości rozpoznawczej tego zjawiska fizyologicznego, oparte są na tem pojęciu, że siła uderzenia wierzchołkowego jest równoległa do napięcia pracy serca, a zatem stanowi jej miarę. Na nieszczęście nie posiadamy wyobrażenia o przyczynie, która sprawia to rytmiczne wypuklanie się międzyżebra. Mówca za pomocą swej nowej metody, którą nazywa „akustische Markirmethode“ stwierdził, że uderzenie wierzchołkowe stanowi akt ucisku skurczowego w chwili zamknięcia zastawek (Verschlusszeit). Okazało się, że u ludzi zdrowych, silnych, z dobrze rozwiniętą klatką piersiową w większości przypadków nie spostrzegamy uderzenia wierzchołkowego, wprost przeciwnie do tego, co spotykamy u osobników osłabionych z przerostem serca. Otóż serce jest tak dobrze ułożone w klatce piersiowej, że pracę swą może i powinno wykonywać swobodnie z jak najmniejszym tarciem, które przenosi się zwykle na klatkę piersiową.

Takie tarcie jednak wzmacnia się, kiedy objętość serca jest zbyt wielka w stosunku do pojemności klatki piersiowej, co odpowiada najlepiej przerostowi serca. Wynik więc tych uwag klinicznych jest ten, że warunki dla powstawania uderzenia wierzchołkowego są tem bardziej sprzyjające, im stosunki pomiędzy rozmiarami serca i pojemnością klatki piersiowej są gorsze; ztąd też widoczne przesunięcie, rozszerzenie i wzmocnienie uderzenia wierzchołkowego wskazuje powiększenie się serca; tymczasem w klinice wobec tych zjawisk mówi się zwykle tylko o przerostie bez względu na to, że powiększenie się patologiczne objętości serca zależy może nie tylko od zgrubienia jego mięśnia, lecz od rozszerzenia się jam i od połączenia obydwóch tych czynników. Zgrubienie ścian serca łatwo stwierdzić anatomicznie, trudno zaś klinicznie, rozszerzenie zaś jam serca łatwo rozpoznać klinicznie, natomiast jest ono prawie niemożliwe anatomicznie, dla tego też poczytywanie wszystkich przypadków powiększenia serca, stwierdzonego klinicznie, bez wystarczających przyczyn anatomicznych (*nephritis*, *arteriosclerosis*), za czysto samoistny przerost serca, nazwać trzeba niekrytycznym i błędnym, gdyż powiększenie objętości tego narządu bez rozszerzenia jam nie istnieje; ostatnie znów nigdy nie powstaje samo przez się, lecz zawsze posiada wystarczające przyczyny mechaniczne. Jeden i drugi stan serca odbija się na tętnie: jeżeli spotykamy jednocześnie wzmocnienie i rozszerzenie uderzenia wierzchołkowego i znaczne napięcie tętna, to prócz t. zw. przerostu odśrodkowego (rozszerzenie komór) istnieje niewątpliwie i wyrównywający je przerost mięśnia,

lecz niedomogi mięśnia sercowego jeszcze niema. Gdy natomiast wobec powiększenia wymiarów serca znajdziemy u chorego obniżenie ciśnienia tętniczego, duszność, przyspieszenie lub zmienność rytmu tętna, wtedy na pewno mamy do czynienia z osłabieniem serca wskutek rozszerzenia, z prawdziwą, pierwotną niedomogą serca. Tu rozróżnić można 3 postaci: 1) Niedomoga mięśnia względna ostra powstaje wskutek przepracowania przy wykonywaniu szybkim, gwałtownym jakiejś pracy lub ćwiczeń sportowych. Stan ten wobec serca zdrowego przemija po zastosowaniu spokoju i oszczędzania serca, jeżeli zaś powtarza się często, to prowadzi do trwałego osłabienia serca. Tu mamy zwykle sprzeczność pomiędzy siłą uderzeń serca i tętnem. 2) Rozciągnięcie ostre mięśnia sercowego należy poczytywać za cierpienie odrębne, ponieważ stanowi ono istotny i pierwotny czynnik chorobowy w t. zw. *tachycardia paroxysmalis s. essentialis*, której towarzyszy znikanie uderzenia wierzchołkowego z wybitnym zwolnieniem i wzmocnieniem tętna. Charakterystyczne dla tego stanu jest znikanie sprzeczności pomiędzy uderzeniem wierzchołkowym i tętnem razem z napadem. 3) Nadmierne rozciągnięcie mięśnia, spotykane u dziewcząt młodych, małokrwistych, jest podobne do pierwszej postaci; powstaje ono również wskutek nadmiernych wysiłków przy pracy, lecz rozwija się wolniej, za to trwa dłużej; za czynnik usposabiający do tego cierpienia należy uważać małokrwistość. 4) Osłabienie serca wskutek rozszerzenia u dzieci, opisane przez G. SÉE pod nazwą: „*Hypertrophie cardiaque résultant de la croissance*“. Powstaje ono u dzieci zółtawatych, osłabionych, bez żadnej wyraźnej przyczyny, wśród licznych przykrości życiowych, zwłaszcza związanych z życiem szkolnym. Dzieci stają się osłabionymi, bledną, tracą apetyt, skarżą się na ból głowy i uczą się źle. Badanie wykazuje obrzmienie nieznaczne gruczołów szyjowych, nieco małokrwistości, czasami białkomocz i objawy ze strony serca. Przebycie chorób zakaźnych stanowi czynnik usposabiający. Dla względów praktycznych rozróżniają pewne stopnie tego cierpienia: stopień pierwszy jest to poniekąd stan przejściowy od warunków fizyologicznych do patologicznych. Widzimy tu, że uderzenie wierzchołkowe przekracza za linię sutkową i jest wydatne, gdy tymczasem tętno jest napięte słabo. Charakterystyczną cechą tego stanu stanowi łatwa pobudliwość czynności serca. Wystarczy, żeby dziecko wykonało trochę żywszych ruchów, a częstość tętna wzrasta gwałtownie (z 80—96 na 120—140) bez jednoczesnego podwyższenia jego napięcia, serce zaś bije bardzo mocno i zjawia się duszność. Stan taki po kilku minutach przechodzi. Na stopniu drugim, który należy zaliczyć do stanów patologicznych, już nawet w zupełnym spokoju widzimy *tachy et embryocardia*, a uderzenie wierzchołkowe jest umiejscowione prawie przed linią pachową przednią. 5) Wśród czynników, które wywołują u dorosłych niedomogę mięśnia sercowego, rolę wybitną gra nadużywanie wyskoku. W opisach klasycznych BOLLINGER'a i BAUER'a przypadków powiększenia niezmiernego i rozszerzenia jam serca, połączonego z przerostem ścian, („*Münchener Bierherzen*“) widzimy okres końcowy sprawy chorobowej, na którą złożyły się czynniki toksyczne i mechaniczne, a w którym przerost został poprzedzony przez rozszerzenie.

Na zakończenie mówca rozpatruje pytanie: czy i jak można ustrzedz się niedomogi czynnościowej mięśnia sercowego, i wygłasza wniosek następujący: siła odporna serca waha się u rozmaitych osobników w granicach szerokich, a stan ogólny sił i zdrowia stanowi okoliczność bardzo ważną w tym względzie. Nie mniej jednak ćwiczenia i rozrywki sportowe wymagają wielkiej ostrożności. Wpływ najniekorzystniejszy na sprawność czynnościową mięśnia sercowego wywiera zatrucie wyskokiem ostre i przewlekłe, aczkolwiek u wielu osobników nie pozostawia ono wyraźnych śladów.

K. Z.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Maj r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 125 (m. 86, k. 39); przybyło w maju 146 (m. 90, k. 56.); wypisało się 155 (m. 101, k. 54); zmarło 13 (m. 12, k. 1); pozostało na miesiąc następny chorych 103 (m. 63, k. 40).

Ogólna liczba chorych, jakkolwiek bardzo duża, mniejsza była jednak niż w kwietniu, dzięki znacznemu względnie zmniejszeniu się tyfusu wysypkowego, którego dwa razy mniej mieliśmy, niż w miesiącu poprzednim. Stoi ono w związku z zupełnem prawie stłumieniem zarazy w przytułkach noclegowych, które największej liczby chorych dostarczyły. Obecnie zaraza przeważnie rozrzucona jest na krańcach miasta i w bliskości Wisły. Przebieg choroby jest nieco cięższy, niż w ubiegłym miesiącu, a śmiertelność większa. Zaznaczyć należy, że i w tym miesiącu przeważnie chorują mężczyźni. Wszystkich nowych przypadków tyfusu w maju mieliśmy 60 (m. 41, k. 19), śmiercią zaś zakończonych — 10 (m. 9, k. 1). Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: przytułek na ulicy Bonifratskiej chorych 9 (m. 5, k. 4); z przytułku na Pradze 2; z przytułku na placu Wojennym — 2; ze szpitala Dz. Jezus 3, z ulic: Waliców 3, Krucza 15, Plac Warecki 3; ze szpitala Św. Ducha 4, z ulic: Tłomackie 13, Chłodna 30, Twarda 56, Gęsia 23; ze szpitala Św. Rocha 2, z ulic: Królewska 27, Dobra 41. Z mieszkań prywatnych wprost do szpitala Zapasowego przybyli z następujących ulic: Freta 43, Solec 48 (2 przypadki), 62, 43, 140; Brzozowa 22, Moskiewska 11; Stawki 59; Bugaj 5 (2 przypadki), 4, 13; Wilcza 42; Burakowska 15 i 27; Garbarska 3; Dzika 73; Chłodna 58; Ogrodowa 52; Bednarska 10; Muranowska 11; Miła 36; Zakroczymska 11 (2 przypadki), Prosta 10; Rybaki 18; Pańska 65; Dzielna 86 (2 przypadki); Wolska 35; Koszary Mirowskie oraz Wola, Koło, Zaborów, Powąski, Gołkowo i Nowe Miasto.

Drugą rubrykę zajęła róża, której mieliśmy znacznie więcej, niż w miesiącu ubiegłym; przypadków 20 (m. 8, k. 12) pomyślnie zakończonych. Chorzy pochodzili z ulic: Złota 44, Krucza 31, Rybaki 6, Wiślana 11, Wronia, 51, Smolna 10, Dzielna 78, Wilcza 51, Pawia 66, Grzybowska 29, Plac Warecki 3, Wspólna 13, Sienna 33, Muranowska 12, oraz wsie: Łopki, Szeniawa, Grochów, Pruszków i Korzeniówka.

Częściej również występować zaczyna i oспа, której zanotowaliśmy przypadków 10 (m. 5, k. 5). Zejść śmiertelnych nie było. Chorzy przeważnie nieszczeni przybyli z ulic: Wileńska 41, Leszno 34, Żelazna 95, Rozbrat 48, Graniczna 14, Podwałe 26, Dobra 9, Nowy-Świat 8, oraz ze wsi—Niewiarowo i m. Brześć Litewski.

W jednej mierze trzymała się odra, której było przypadków 9 (m. 4, k. 5) u dorosłych z ulic: Dzielna 39, Miodowa 12, Pawia 100, Krochmalna 53, Wilcza 16, Włodzimierska 11, Mazowiecka 8, Jerozolimska 58, Chłodna 56.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 6 przypadków zimnicy, 4 — tyfusu brzuszego (Stolarska 11, Solec 37, Długa 10, Złota 24); 3 — z zapalenia gardła; po 2 przypadki: płonicy (Ząbkowska 4, Podwał 18); biegunki krwawej, zapalenia płuc krupowego, oraz po jednym — gruźlicy płuc i karbunkułu.

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 17 (m. 10, k. 7).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 12 (m. 8, k. 4).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 72 (m. 52, k. 20).

J. Szwaјceer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ROSSBACH przeprowadził badania nad thiocolem (potasem kwasu o-guajakol-siarkowego) i stawia preparat ten o wiele wyżej od innych dotychczas znanych preparatów kreozotu i guajakolu; thiocol bowiem łatwo rozpuszcza się w wodzie, bardzo łatwo bywa wchłaniany, jest środkiem nietrującym i w roztworach nawet bardzo stężonych na błony śluzowe nie działa żrąco. (Th. Man. Nr. 2).

= MICHAELIS opisuje następującego rodzaju powikłanie influenzy. Chłopiec 13-letni, dziedzicznie niczem nie obciążony, nagle po influenzy zaprzestał cho-

dzić: nogi zesztyniały, wkrótce potem zjawily się drgawki w dolnych kończynach. Rozpoznano rdzeniowy paraliż spastyczny. Po 4-tygodniowym leczeniu w szpitalu (jodek potasu, ciepłe kąpiele, galwanizacja) w stanie zdrowia chorego zaszło znaczne polepszenie. Po 3 miesiącach wszystkie objawy paraliżu zginęły, chłopiec mógł swobodnie chodzić i biegać. Autor przytacza 5 przypadków, znanych w literaturze, mniej więcej tego rodzaju powikłań influenzy. (D. Med. Woch. Nr. 7).

M. D.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 20 b. m. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem z powodu ustąpienia kol. ŚLIWICKIEGO ze stanowiska zarządzającego Kasą wsparcia wdów i sierot, po lekarzach pozostałych, odbyły się wybory na to opróżnione stanowisko. Przed rozpoczęciem wyborów Prezes Towarzystwa w wymownych wyrazach przedstawił bardzo smutny stan Kasy, już to z powodu małego bardzo zainteresowania się ogółu lekarskiego tą instytucją, już to z powodu małej liczby członków uczestników Kasy, zarówno pomiędzy kolegami, zamieszkałymi w Warszawie, jak i pomiędzy kolegami, zamieszkałymi na prowincyi. Do smutnego stanu Kasy przyczynia się również bardzo mała składka, jaką zwykle koledzy rocznie płacą. Podobny stan rzeczy wymaga naglących reform wobec wzmagającej się liczby wdów i sierot, po lekarzach zmarłych pozostałych, bardzo często zupełnie bez za-

dnych środków do życia. Jakkolwiek sam przewodniczący bez szczerego poparcia ogółu lekarzy nie będzie w stanie uczynić wszystkiego, co by należało, w celu zreformowania i poprawienia stanu Kasy, to jednak jego gorliwe zajęcie się tą sprawą i jego inicjatywa bardzo dodatnio wpłynąć winna na dalsze losy i rozwój naszej Kasy. Przystępującym więc do wyboru kolegom nowego zarządzającego Kasą gorąco Szanowny Prezes polecał mieć te uwagi na względzie. Po obliczeniu kartek znaczną większością zebranych kolegów wyszedł z urny wyborczej kol. Arkadiusz PUŁAWSKI.

— We Fryburgu zaczął wychodzić od dnia 1 maja r. b. nowy tygodnik p.t. „Psychiatrische Wochenschrift“, redagowany przez d-ra BRESLER'a.

— W Liwerpoolu nastąpiło otwarcie szkoły dla chorób podzwrotnikowych.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi
chorobami (oprócz umysłowych). Cena
w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzy-
maniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb.
50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiado-
mość w kancelaryi Zakładu.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy D-rów K. Benni i L. Guranowskiego Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszcze-
nie za opłatą od Rb. 3—5. *Ambulato-
ryum* codziennie od 9—10 i od 11—12.
Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.
Pobyt z leczeniem od rb. 1.50 do rb. 5 dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Miejsce kąpielowe
i klimatyczna.

w Górach Górnej Bawarii 670 M. n.
p. m. z Monachium 2 godziny jazdy
koleją.

SEZON

15 Maj — 1 Października.

TÖLZ KRANKENHEIL

Środki lecznicze: źródła jodowe do picia i kąpiei, ług-
soli źródlanej, mydła, spirytus mydła-
ny, inhalacje, kąpiele elektryczne.

Wskazania: Skrofuloza, lues, metritis i endometritis chron-
peri i parametritis, myoma, cystitis i prosta-
titis chron. eczema, psoriasis, acne, furuncu-
losis struma, lymfomata, przewł. nieżyty
nosa, gardzieli i krtani.

—> Prospekty przez dyrekcję kąpielową. —>

ZAKŁAD CHIRURGICZNY D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-
bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słabości, za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

List pochwalny
Wyst. Hygien.
r. 1898.

A p t e k a

List pochwalny
Wyst. Hygien.
r. 1898.

WŁADYSŁAWA KLICKIEGO

Złota 29.

Skład wód mineralnych, naturalnych
WINA LEKARSKIE

Środki opatrunkowe.

Najnowsze środki wprowadzone w użycie.

KEFIR

Wody mineralne sztuczne wyrobu Zjednoczo-
nych Aptekarzy Warszawskich.

Niniejszem mam zaszczyt zakomunikować W. P., że

Skład Towaru Chirurgicznego i Opatrunków EMILA SKOMOROWSKIEGO

DOSTAWCY SZPITALI WARSZAWSKICH,

mieszczący się dotychczas przy ulicy Nowy Świat Nr. 36, przeniesiony zostanie z dniem 1 Lipca b. r.
do znacznie większego lokalu po firmie „UNITAS“

ulica Długa № 29 (Hotel Polski). Telefon.

BUSKO D-r Grabowski
ordynuje od lat dwunastu.

BUSKO DR. A. SULIMIERSKI
lekarz szpitala Ś-go Mikołaja ordynuje jak lat p.p. ze łnich