

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 49.

Warszawa d. 9 Grudnia 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. W sprawie leczenia suchot krtaniowych na drodze tracheotomii. Podał d-r A. Blumental. (Dokończenie). — Przypadek powikłania ciąży i porodu guzem jajnika. Podał d-r H. German. — Streszczenia i Wyciągi. 96. Rozpoznanie i leczenie nerwie żołądka i kiszek. 97. O wewnętrznym leczeniu zapalenia ślepej kiszki. 98. Siarczan cynku czy też sole srebra w leczeniu rzeżączki? 99. Zatrucie spirytusem drzewnym i ślepotą wskutek tegoż. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — Kronika. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) A. Blumental — Contribution au traitement de la phthisie laryngée par la tracheotomie. 2) H. German — Un cas de grossesse et d'accouchement compliqué par une tumeur de l'ovaire.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) A. Blumental — Zur Frage der Behandlung der Kehlkopfschwindsucht auf dem Wege der Tracheotomie. 2) H. German — Ein Fall von Complication der Schwangerschaft und der Geburt durch eine Geschwulst des Eierstocks.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie leczenia suchot krtaniowych na drodze tracheotomii.

Podał

D-r med. A. BLUMENTAL z Pińska.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 48).

Następny z przypadków, które mnie tak przychylnie usposobiły dla tracheotomii, dotyczył 35-letniego suchotnika, Glejbermana,

którego obserwowałem tylko przelotnie w szpitalnym ambulatoryum. Chory ten, obciążony dziedzicznie (rodzice i siostra zmarli na suchoty), zapadł na gruźlicę płuc i krtani lat temu cztery. W 2 lata potem, po początkowym lżejszym przebiegu, choroba zaczęła robić szybkie postępy, i przy każdej wizycie uderzał mnie wygląd chorego, coraz bardziej wyniszczonego, który wespół z danymi badania (*pneumonia tuberculosa superior extensa*) wskazywał, że nie wiele mu się jeszcze w tem życiu należy.

Przez czas jakiś potem straciłem go z oczu, sądziłem nawet, że już zmarł, niezmiernie się też zdziwiłem, gdy w 1903 r. znowu go ujrzałem z rurką tracheotomijną, zmienionego w ogólnym wyglądzie do niepoznania. Chory stał się odtąd dosyć częstym gościem szpitala, którym zarządzałem, dokąd przychodził dla dokładnego oczyszczenia rurki. Miałem naówczas możliwość skonstatowania stale postępującej poprawy w stanie chorego, szczególnie w płucach. O stanie krtani mogłem wnosić z poprawiającej się chrypki i bezbolesnego łkania, laryngoskopowanie bowiem chorego przedstawiało z powodu opuszczonej nagłośni znaczne trudności.

W pół roku po tracheotomii chory dostał tuberkulicznego zapalenia okostny w lewym ramieniu, z powodu którego ponownie na ogólnym wyglądzie podupadł, zmizerniał; po dokonanej operacji znowu się poprawił. Następnie na rok cały znikł mi z obserwacji i przed dwoma miesiącami, po długiej tułaczce po Rosji (żył cały rok w okropnej nędzy), w ciężkim stanie zdrowia do Pińska powrócił. Dałem mu przytułek w swoim szpitalu, ale już niedługo zeń korzystał i w 3 dni po przybyciu zmarł. Rurkę tracheotomijną nosił do końca życia. Od czasu tracheotomii do zgonu chorego upłynęło przeszło dwa lata, które niewątpliwie znacznie mogłyby się przedłużyć, gdyby warunki życia chorego były pomyślniejsze.

Ten i poprzednie dwa przypadki ugruntowały moją wiarę w cudowną moc tracheotomii w cierpieniach krtani, a przekonywające dowodzenia MORITZ'a SCHMIDT'a, na licznych przypadkach gruźlicy krtani oparte, jeszcze bardziej ową wiarę moją wzmocniły.

W przeciągu ostatnich lat przewinęło się przed moimi oczyma kilkunastu chorych, obarczonych suchotami krtani. Niejednemu z nich doradzałem tracheotomię, bacząc na ciężki stan ogólny i miejscowy i bezowocność wszelkich wysiłków leczniczych, za każdym razem naprožno; wobec braku wskazania życiowego trudno

było znaleźć poparcie dla tej operacji u kolegów zamiejscowych, zresztą i chorzy sami, póki, że tak powiem, „na gardle noża nie czuli“, na krwawą operację się nie zgadzali.

Wreszcie, niedawno dopiero, trafiłem na przypadek gruźlicy krtani, w którym z uwagi na ciężką, acz znośną jeszcze, duszność, udało mi się chorą nakłonić do szukania pomocy w tracheotomii.

Do żydowskiego miejscowego szpitala przybyła d. 20 kwietnia r. b. chora, Ch. Port. l. 23 ze skargami na duszność, bolesny kaszel, ciężkie odpluwanie, obfitą flegmę, chrypkę i ogólne osłabienie. Od początku choroby upłynęło podobno pół roku.

Chora, od roku zamężna, w 7 miesiącu ciąży, niskiego wzrostu, wątłej budowy, niezwykle wyniszczona. Z tkanki podskórnej widać zaledwie ślady, mięśnie wiotkie, atroficzne, skóra cienka, blada, bezkrwista, policzki i wargi sinawe, blony śluzowe widoczne silnie anemiczne. Wyras twarzy zboląły, znękały zatrwożony. Z wejrzenia chorej trudno było dać jej owe 23 lata, które liczyła, przeciwnie, sądząc z pomarszczonej twarzy, zdawało się, że się ma do czynienia z trzydziestokilkolletnią kobietą.

Już w pewnej odległości od chorej słychać było charakterystyczny stenotyczny szmer oddechowy, przeważnie podczas *inspirationum* wydawniony. Oddech wogóle utrudniony, przedłużony, z wciąganiem *epigastrii* i unoszeniem się skrzydeł nosa. Klatka piersiowa płaska, o wciągniętych okolicach nad- i podobojczykowych i znakomicie występujących przestrzeniach międzybrowowych. Zmiany w płucach, po za przytępieniem w obu szczytach, z powodu głośnego szmeru zwężenia trudne do wykazania. Serce pokryte. Tętno serca ciche, czyste. Brzuch duży, odpowiadający 7-miesięcznej ciąży, na tle ogólnego wyniszczenia karykaturalnie występujący. Tętno małe, drobne, regularne, przyspieszone. Ciepłota ciała nie podwyższona. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazuje: szpara

głosowa zwężona, przedstawia się w postaci wąskiego trójkąta, zaledwie zwiększającego się podczas ruchów oddechowych. Struny prawdziwe blado-czerwone, silnie infiltrowane, na powierzchni górnej i wolnych brzegach owrzodziały. Struny rzekome zgrubiałe, nieznacznie nacieczone. Na tylnej ścianie krtani niewielki infiltrat.

Blona śluzowa nagłośni anemiczna. Inne części krtani prawidłowe.

Głos nieczysty, bezdźwięczny. Łykanie niebolesne.

W ciągu pierwszego tygodnia pobytu chorej w szpitalu stan jej nieznacznie ulegał zmianom. Chora kaszlała wiele, wydając sporo śluzowo-ropnej wydzieliny (*sputa cocta*).

Na propozycję operacji chirurgicznej zgodziła się chętnie, i 4 maja r. b. w asystencji dr. GOLDBERGA dokonałem na chorej tracheotomii.

Z uwagi na niepokój chorej, wzrastający w pozycji leżącej, trudno było zastosować anestezyę lokalną, do jakiej tylko stan ciężki ogólny i ciąża upoważniały, i dla tego zmuszony byłem użyć narkozy chloroformowej. Chora chloroformowała się źle, po za tem trudności operacyjnych nastroczyły spory przerostowy gruczoł tarczowy, po odsunięciu którego ku górze dała się odsłonić tchawica.

Po rozcięciu tchawicy, ze światła jej chora wykrztusiła obfitą ilość ropiastej wydzieliny, poczem dopiero wprowadziłem sporą rurkę tracheotomijną. Otwór w ranie zewnętrznej zwęziłem 4-ma szwami i nałożyłem opatrunek stosowny.

5. V. Na drugi dzień po operacji chora oddycha swobodnie. Rurkę wypada czyścić często. Stan bezgorączkowy.

8. V. Szwy usunięte. *Prima intentio*.

12. V. Ogólny stan chorej znakomicie się poprawia. Odkrztuszanie znacznie skąpsze.

13. V. Rurkę zewnętrzną czyści się 3—4 razy na dobę.

22. V. Chora w stanie ogólnej poprawy wypisała się ze szpitala z rurką.

Gdy w 3 miesiące potem, d. 11 sierpnia r. b., chora zjawiała się znowu w szpitalu, oczom wierzyć nie było można, że jest to ta sama pacjentka. Każdy, znający ją przedtem, przy pierwszym wejrzeniu nie mógł powstrzymać okrzyku przyjemnego zdziwienia: ciało jej nabrało wagi, form, jędrności, twarz zaokrągliła się, wypiękniała, nabrała cery, oczy zyskały wyraz przyjemny, łagodny. Słowem, nastąpiła metamorfoza, o jakich się czytało u Owidiusza. Chora przywiozła ze sobą zdrowo wyglądające, doskonale odżywiane 1 miesięczne dziecko, jeszcze jeden dowód wymowny powrotu swojego do zdrowia i sprawności w roli karmiącej.

Ze stanu swego na ogół zadowolona, chora przybyła do szpitala z prośbą o uwolnienie jej od rurki, ewentualnie o zamianę na dawną, z którą wypisała się do domu.

Idzie o to, że na krótko przed przybyciem, przy niezachowaniu niezbędnej ostrożności, wykrztusiła zewnętrzną rurkę, a lekarz miejscowy (chora mieszkała w miasteczku, w okolicy Pińska), wezwany do chorej, z powodu znacznego zwężenia rany zewnętrznej, nie mógł już wprowadzić starej rurki metalowej i zmuszony był zastąpić ją inną, kauczukową. Istotnie nowa rurka, jako znacznie węższa i krótsza od poprzedniej, okazała się niedogodną dla chorej, przysparzając jej trudów przy częstym oczyszczaniu.

Badanie płuc chorej nie wykazało żadnych zmian wypukowo-wysłuchowych. Po zatkanie palcem otworu rurki chora mogła wydobyć względnie czysty i dźwięczny głos i oddychać do pewnego stopnia swobodnie. Przy badaniu wziernikiem z dawnych zmian chorobowych nie można było już nic prawie wykryć. Infiltraty strun prawdziwych i rzekomych wessały się całkowicie, znikły owrzodzenia i ów guzik na tylnej ścianie krtani; szpara głosowa nieco węższa

niż prawidłowa, ruchy strun głosowych prawdziwych ograniczone.

Chora przebyła tydzień w szpitalu, względnie zadowolona ze zmiany rurki tracheotomijnej.

Przed samem wypisaniem jej ze szpitala, mając na względzie tak świetne zagojenie krtani, doskonały stan ogólny i ciężkie warunki bytu chorej, nie nadające się do dłuższego noszenia rurki, postanowiłem spróbować zupełnej dekaniulacji.

W pierwszej chwili, nie bacząc na szybkie zamknięcie rany skórnej i opatrunek, chora poczęła oddychać drogą naturalną dosyć swobodnie, ale już w pół godziny niespełna zmuszony byłem, z powodu wzrastającej duszności i siniicy, od moich zamiarów odstąpić. Tymczasem otwór w ranie zewnętrznej na szyi był już tak mocno zwężony, że tylko po energicznem wylężeczkowaniu ścian rany udało się, przy użyciu pewnej siły, rurkę do tchawicy wprowadzić.

Chora nazajutrz, d. 18 sierpnia, wypisała się ze szpitala, i od tego czasu do dziś nie o niej nie słyszałem. O dalszych jej losach nie omieszkam przy sposobności czytelnikom „Medycyny“ zakomunikować.

Tyle co do moich spostrzeżeń. Wywody nastręczają się same przez się z logiczną konsekwencją. Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, że tracheotomia, we wszystkich opisanych tutaj przypadkach dokonana, odegrała nie tylko rolę operacji, usuwającej bezpośrednio niebezpieczeństwo, zagrażające życiu, ale i znakomicie przyczyniła się do poprawy w stanie chorych, względnie do wygojenia podstawowego procesu chorobowego w krtani.

Przytem szybkość, z jaką następuje poprawa, wskazuje, że lecznicze działanie tracheotomii rozpoczyna się niemal natychmiast po jej wykonaniu i pod względem intensywności i pewności efektu nie da się z jakimkolwiek innemi metodami leczniczymi porównać. Wynik zaś

terapeutyczny w dwóch przypadkach (*lues* i *papilloma laryngis*) przekonywa, że działanie lecznicze tej operacji jest trwałe, w każdym razie na daleką metę dające się obliczyć,

Różnorodność stanów chorobowych, w których uwydatnił się efekt leczniczy (*papilloma*, *lues*, *tuberculosis laryngis*), upoważnia do wniosku, że operacja powyższa wywiera dodatni wpływ na wszelakie sprawy chorobowe krtani, niezależnie od ich natury i charakteru.

Jakie czynniki szczególne odgrywają tu rolę, można, naturalnie, się tylko domyślać. M. SCHMIDT, gorący zwolennik tracheotomii w sprawach gruźliczych krtani, sądzi, że działają tu dobroczynnie i lepsze utlenianie ustroju, zależne od ułatwionego przenikania powietrza do płuc, i zniesienie szkodliwych wpływów drażniących (kurz, mikroorganizmy), wreszcie unieruchomienie krtani, czyniące zadość tak ważnej potrzebie spokoju dla chorego narządu.

Niewątpliwie są to wszystko poważne przyczyny, nie wyjaśniające jednakże cudownego działania tracheotomii. Nie tłumaczą one nam, jaką to drogą następuje owo szybkie znikanie najróżnorodniejszych tworów chorobowych, jako to: narośli papillomatycznych, nacieków gruźliczych, syfilitycznych (a może i innych spraw, dotąd nie sprawdzonych)? Działanie to pozostaje jeszcze zagadką, którą rozwiązać może przyszłe kliniczne obserwacje i badania anatomicopatologiczne, specyjalnie w tym kierunku robione.

Tymczasem jednak ośmieliłbym się wypowiedzieć przypuszczenie, że, kto wie, czy siłą działającą, momentem, sprzyjającym wessaniu infiltratów i t.d., nie jest tutaj bierne przekrwienie krtani, powstające jako nieuniknione następstwo unieruchomienia krtani i zniesienia czynności chorego narządu*).

*) Twierdzenie autora nie jest dla nas dosyć jasne. (Red.).

Do poglądu tego usprawiedliwiają w każdym razie spostrzeżenia, czynione nad analitycznym działaniem biernego przekrwienia w gruźliczych cierpieniach stawów i kości, spostrzeżenia, które dały powód do wprowadzenia nowej metody leczniczej (BIER).

Oto garść luźnych uwag, które nastęczył mi mój materyał obserwacyjny. Zbyt szczupły jest on, żeby mógł rozstrzygać kwestyę, poruszoną ostatnio przez d-rów HERTZA i SOKOŁOWSKIEGO.

W każdym razie upoważniają i moje spostrzeżenia do dalszych prób w tym kierunku i rozszerzenia wskazań operacyjnych na rozmaite postaci gruźlicy krtani i inne sprawy chorobowe tegoż narządu.

Październik 1905 r.

Z kliniki akuszerystyko-ginekologicznej prof. Winckel'a
w Monachium.

Przypadek powikłania ciąży i porodu guzem jajnika.

Podał

D-r H. GERMAN.

Powikłanie ciąży (*resp.* porodu) guzami jajnika należy do względnie rzadkich.

FEHLING na 17832 porody obserwował tylko 20 guzów jajnikowych, czyli 1 guz na 891 porodów, LÖHLEIN na 13000 porodów 2 razy. O ile guzy te leżą z przodu lub obok ciężarnej macicy, rozpoznanie ich jest w większości przypadków stosunkowo nietrudne, a ujemny wpływ ich na ciążę i akcyę porodową nie osiąga zwykle znacznych rozmiarów.

Inaczej przedstawia się rzecz, gdy guz ułożył się w małej miednicy i stanowi *sub partu* nieprzewyciężoną przeszkodę dla części płodu

przodującej. Jak się okazuje, dyagnozowane były *sub partu* różnego rodzaju guzy jajnika w małej miednicy. Mc KERRON zestawil 183 przypadki, w których próżnia miednicowa zajęta była guzami jajnika, z tych w 113 przypadkach rozpoznany był rodzaj guza. W 51 przypadku chodziło o *cystae ovarii simpl. et multiloculares*, w 46 o *cystae dermoid.*, w 9 o *tumores maligni*, w 5 o *fibrom.* i w 2 o *cyst. colloid.*

Spostrzegany przeze mnie przypadek dotyczył usadowienia się guza jajnika w małej miednicy i rozpoznany został dopiero *sub partu* przy badaniu wewnątrz — tak zamaskowany był ciążą. Brak też było wszelakich subiektywnych objawów. Ciąża przeszła bez jakichkolwiek dolegliwości, i chora nie podejrzewała nawet obecności guza.

Przebieg mego przypadku był następujący:

20 lipca 1905 roku, gdy pełniłem służbę na sali porodowej, przybyła o godzinie 10 rano 34-letnia rodząca, Marya S., pierwiastka, od 2 lat zamężna. Bóle porodowe rozpoczęły się 18 lipca o godzinie 10 wieczorem, a nad ranem (19. VII) około godziny 6 wzmogły się bardzo. Zawezwana o godzinie 11 przed południem akuszerka zbadala chorą i, czy to z rozmysłem, czy przez nieostrożność, przerwała pęcherz płodowy. Koło godziny 3 popołudniu bóle nieco osłabły, stały się rzadsze, ale około 11 wieczorem znowu się wzmogły, trwały przez noc całą bez przerwy, powtarzając się co 5—10 minut, a od godziny 8 rano (20. VII) stały się jeszcze częstsze (co 3—5 minut), krótsze i bolesne. Ponieważ chora przybyła do kliniki w godzinie wykładowej, więc z polecenia prof. WINCKEL'a, przewieziona została do audytoryum i tam poddana przeze mnie oględzinom.

Badanie zewnętrzne: Wzrost więcej niż średni, silna budowa ciała. Na brzuchu, a głównie na nogach jakaś plamista wysypka, trwająca już 2 dni. Gruczoły piersiowe dobrze rozwinięte, obwódka wielkości srebrnego rubla, mocno pigmentowana, brodawki łatwo uchwyt-

tne. Brzuch nieco zwieszający się, pępek wygładzony, opony brzuszne mocno napięte, linia środkowa pigmentowana prawie do wysokości dna macicznego, *striae gravid.* bardzo liczne.

Obwód brzucha wynosi 92 ctm. Od spojenia łonowego do pępka 19 ctm. Dno macicy — na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Od spojenia łonowego do dna macicznego 35 ctm.

W wejściu do miednicy wyczuwa się główka płodu, tony serca po stronie lewej (= 148, regularne), drobne części po prawej. Wydatny szmer pępowiny. Wydziela się *meconium* (w nieznacznej ilości). Wymiary miednicy: *distantio spinar.* = 26,5, *distantio cristar.* = 28,5, *conjugat. extern.* = 20,5, prawy ukośny wymiar = 22,5. Obwód miednicy = 93 ctm. Ot i wszystko, co można było ustalić przy zewnętrznym badaniu rodzącej. Ciepłota 38,3°. Tętno 96.

Ciąża obecna trwa 10 księżycowych miesięcy i przeszła bez jakichkolwiek dolegliwości. Pierwsze ruchy płodu poczuła M. S. w połowie lutego.

Rodząca dziedzicznie snąć nie jest obciążona. Rodzice żyją, są zdrowi. 5 rodzeństwa zmarło w wieku niemowlęcym, 3 żyje, z tych brat cierpi na gruźlicę. W dzieciństwie rodząca przebyła odrę, w 24 roku życia zapadła na katar wierzchołków. Pierwsza miesiączka w 16 roku życia, następnie w przeciągu 6 lat nie miesiączkowała. W 22 roku — druga miesiączka, i od tego czasu ustalił się prawidłowy typ miesiączki (2—3 dni co 4 tygodnie), bez dolegliwości i przy umiarkowanym upływie krwi.

Ze względu na wydatny szmer pępowiny i wydzielanie się meconii przy czaszkowym położeniu płodu, polecił mi prof. WINCKEL odprowadzić rodzącą na salę porodową, zbadać wewnętrznie i w zależności od warunków przyspieszyć akcję porodową, ewentualnie w razie niedostatecznego rozwarcia wprowadzić balon Champetier de Ribes.

Badanie wewnętrzne: szyja maciczna w przedniej połowie miednicy. Ujście ma-

ciczne przedstawia zupełnie poprzeczną szparę, drożną dla 3 palców. Przednia warga maciczna obrzękła, tylna cienka. Pęcherza niema, przoduje główka ruchoma, ponad spojeniem łonowym wyczuwalna i tylko w bardzo nieznacznym obwodzie swym dostępna dla badającego palca.

Przez tylne sklepienie pochwowe a także przez tylną ścianę pochwową na przestrzeni 4 ctm. poniżej sklepienia wyczuwa się miękki, torbielowy guz, który zdaje się wypełniać całkowicie jamę DOUGLAS'a i tak ścieśnia próżnię miednicową, że nawet ruchy badającego palca są nieco utrudnione. W pierwszej chwili trudno było sobie zdać sprawę z wyniku badania, gdyż sytuacja rzeczywiście nie należała do zwykłych, po dokładniejszym jednak badaniu zorientowałem się, że mamy do czynienia z miękkim guzem w małej miednicy, i że guz ten stanowi najprawdopodobniej jedyną przeszkodę, uniemożliwiającą wstawienie się główki do miednicy. W trakcie mego badania nastąpił silny skurecz macicy i zauważyłem, że guz ów stał się bardzo napiętym, elastycznym, a gdy skurecz minął, stał się znowu miękkim i wydał mi się jak gdyby ruchomym.

W tej sytuacji posłałem po naczelnego lekarza kliniki d-ra SEITZ'a, chcąc zasięgnąć jego rady w tej kwestyi. Tymczasem bóle następowały jeden po drugim, stawały się krótsze, bolesne, nieprodukcyjne. Więc obły prawy mocno napięty. Na wysokości pępka poczyną występować wydatny pierścień skurezowy. Ciepłota, która o 10 rano wynosiła 38,3, podniosła się do 39,2°. Tony serca płodu nieregularne, ostatnio stale zwolnione (100 : 110 : 100).

Sytuacja staje się poważniejszą. O wprowadzeniu balonu Champetier de Ribes mowy nie ma wobec guza w małej miednicy — byłoby to ryzykowne i w dodatku bezcelowe. Jasne jest, że przedewszystkiem należy usunąć guz z miednicy, gdyż w przeciwnym razie mowy nie ma o urodzeniu się dziecka *per vias naturales*.

Tego samego zdania jest i d-r SEITZ, który właśnie przystąpił do wewnętrznego badania rodzącej: wprowadzenie badającego palca do ujścia macicznego połączone jest ze znacznymi trudnościami. Ale guz zdaniem d-ra SEITZ'a zdradza pewną ruchomość. Wobec tego, pozostawwszy 2 palce w pochwie, d-r SEITZ wprowadził trzeci do kieszki stolcowej i wykonał próbny ruch w kierunku wypchnięcia guza z miednicy (z jamy DOUGLAS'a), a widząc, że guz poddaje się i unosi się ku górze, stopniowo, bez forsowania, wprowadził go do jamy brzusznej. W niespełna może 5 minut po reponowaniu guza wstawia się główka do miednicy, bóle stają się regularne, trwałe, i rozpoczyna się prawidłowa akcja porodowa. Tylko tonów serca płodu wcale już nie słyhać. Prawie że raptownie ustały. Dla nałożenia kleszczy warunki niesprzajające¹⁾ (główka w wejściu do miednicy, rozwarcie na 3 palce). Tymczasem akcja porodowa energicznie się posuwa. O godzinie drugiej popołud. czyli w niespełna 2 godziny po usunięciu guza z miednicy rozpoczęły się bóle partu, a o godzinie 3 m. 45 pp. urodziło się martwe, donoszone dziecko płci żeńskiej. O godzinie 4 min. 45 odeszło łożysko (*modo* SCHULTZE²⁾). Dość znaczne krwawienie poporodowe.

Pomiary dziecka:

Długość dziecka — 52 ctm.

Waga — 2770 ctm.

Pomiary główki:

Poprzeczny duży — 8,5

„ mały — 7,5

wymiar prosty — 11,0

ukośny duży — 12,0

„ mały — 9,0

największy obwód główki — 33,5

Pępowina:

Długość 52 + 7 ctm.

Grubość -- 1 ctm.

Zwoje — bardzo liczne.

Insertio lateral.

Błony płodowe.

Całość — zupełna.

Grubość — nieznaczna („zart“).

Perforatio lateralis.

Łożysko.

Waga — 540 ctm.

Wielkość — 18 : 15 ctm.

Kształt — prawie okrągły.

Grubość — 2,5 ctm.

Tkanka — zrazy średniej wielkości.

Wapnia — niema.

Apoplexiae — niema.

Cystae — niema.

Utrata krwi (*propter atoniam uteri post partum*) = 600 grm.

Badanie sekcyjne dziecka (d-r v. PETTENKOFER³⁾): (wyciąg z protokołu). Nadzwyczajnie wydatna sinica twarzy. Przepona brzuszna na wysokości 4 żebra. W jamie opłucny kilka ctm. krwi. W środkowym zrazie prawego płuca i w dolnym zrazie lewego liczne *ecchymos*. Zawartość krwi w płucach powiększona. Błona śluzowa oskrzeli silnie krwią przesiąkła. Wycięte kawałki płuca toną w wodzie. Naczynia *coronar.* serca i *vasa vasorum* silnie krwią nalane. W wątrobie liczne wylewy krwawe. Skóra na głowie obrzękła. Okostna w wielu miejscach przesiąkła krwią, szczególnie na *os occipitale*. Naczynia opon mózgowych, a głównie naczynia *piae matris* i *telaie choroideae* wydatnie krwią nalane. Obrzęk mózgu. Na przecięciu liczne drobne wylewy krwawe. W komorach mózgowych znaczna ilość żółtawego płynu.

¹⁾ A raczej brak niezbędnych warunków.

²⁾ Zdarza się niekiedy, że guz, usunięty z miednicy (reponowany do jamy brzusznej), wtłacza się po urodzeniu dziecka powtórnie do miednicy i stawia przeszkodę odejściu łożyska, jak o tem świadczą przypadki, opisane przez Breit'a i Leopold'a.

³⁾ Sekcje dzieci dokonywane są u nas w klinice, w pracowni chemiczno-mikroskopowej.

D y a g n o z a: *Stasis venosa* w narządach wewnętrznych, *oedema cerebri*, *ecchymos. in pleura, pulmon., haemorrhagiae in hepate et cerebro*.

Po zastosowaniu odpowiednich środków macica kurczy się dobrze, krwawienie ustaje.

Godzina 7 popołudniu — macica dobrze skurczona, brzuch nie bolesny, samopoczucie bardzo dobre. Ciepłota 37,5°. Tętno 80.

Chorą poleciłem przenieść do oddziału poporodowego.

Okres połogowy przebiega prawidłowo.

Involutio uteri post partum bardzo energiczna.

Odchody połogowe regularne. Wysypka skórna znikła 4 dnia po porodzie. 5 dnia po porodzie silne bóle w brzuchu. 6 dnia bóle ustępują.

Cały okres przebiega bezgorączkowo.

Ciepłota w przeciągu pierwszych 6 dni zawsze niżej 37,0°. Od 7 dnia wieczorna ciepłota waha się pomiędzy 37,0°—37,5°.

Diastasis m. recti na znacznej przestrzeni. W lewej połowie brzucha wyczuwa się torbielowy guz wielkości głowy dziecka. Ze strony guza chora nie ma żadnych objawów, żadnych dolegliwości.

5 sierpnia, po 16 dniowym pobycie w oddziale poporodowym („Wochenbett“), chora przeniesiona zostaje do oddziału ginekologicznego w celu usunięcia guza *per laparotomiam*.

Badanie dwuręczne chorej (w oddziale ginekologicznym) wykazuje: część pochwowa macicy rozpulchniona, znajduje się nieco powyżej *lineae spinal*. Ujście zewnętrzne drożne dla 1 palca. Wewnętrzne zamknięte. Nieznaczne *laceratio sinistra*. Macica w przodozgięciu, miękka, powiększona, nieco w prawo przesunięta. Prawe *adnexa* nie wykazują zmian patologicznych. Lewe nie wyczuwalne. Natomiast przez sklepienie wyczuwa się duży ruchomy guz torbielowy, którego górna granica sięga prawie wysokości pępka. Ze strony pęcherza i kiszc

stolcowej nie ma żadnych zaburzeń czynnościowych.

D y a g n o z a (prowizoryczna) — *kystoma ovarii sinistri* — 10 sierpnia (po 5 dniowym pobycie w oddziale) dokonana została laparotomia, i stwierdzonem zostało, że mamy do czynienia z ruchomym torbielowym guzem lewego jajnika na szypule, która 2 razy skręcona była (z lewa na prawo). Ponieważ razwarcie jamy brzusznej okazało się niedostatecznem dla wydobywania guza, więc dokonane zostało przekucie tego ostatniego (*punctio*), przyczem wydzielilo się około 500 grm. żółtawej cieczy⁴⁾. W przebiegu operacyi nie wyłoniły się żadne trudności. Operacya trwała 45 minut (operował d-r EGCEL). Do narkozy zużyto 120 gr. mieszaniny BILLROTH'a.

Co się tyczy operacyi danego guza, należy zaznaczyć, że guzy te doznają często poważnych zmian *in puerperio*. Względnie obszerne nekrozy, reakcyjne zapalenia otrzewny ze zrostami, jak również zropienie nie należą wcale do wyjątkowych wydarzeń. ALBAN DORAN z 15 przypadków, w których guzy jajników usunięte zostały wkrótce po porodzie, tylko w 3 nie znalazł żadnych komplikacyi. W spostrzeganym przeze mnie przypadku nie było żadnej podobnej komplikacyi ze strony guza⁵⁾.

Okres pooperacyjny przebiegał bezgorączkowo i bez powikłań. 29 sierpnia 1905 roku chora opuściła klinikę.

W stosunku do danego przypadku pozwolę sobie zauważyć, że okoliczności złożyły się jeszcze względnie bardzo sprzyjająco. *Repositio tumoris* udało się z łatwością, poród następnie przebiegł bez interwencyi lekarskiej, w guzie

⁴⁾ Chemiczno mikroskopowe badanie płynu: ciężar gatunkowy — 1007, oddziaływanie słabo alkaliczne, białko w znacznej ilości, domieszki krwi. Osad znaczny, badany pod mikroskopem zawiera dużo czerwonych krążków krwi, pojedyncze leukocyty, detritus.

⁵⁾ Badanie mikroskopowe guza nie ujawniło żadnych charakterystycznych szczegółów.

nie zaszły groźne zmiany patologiczne. Nie zawsze jednak *repositio* udaje się. Według Mc KERRON'a z 68 przypadków, w których próbowano reponowania guza do jamy brzusznej, udało się ono w 41 przypadku, a zatem nie udało się 27 razy, co stanowi 40% przypadków. Jak się później po operacji okazało, to tylko w niezna-
cznej liczby przypadków można było te nieuda-
ne próby złożyć na karb zrostów, w większości
jednak przypadków można było stwierdzić tyl-
ko uwięźnięcie guza (*incarceratio*).

Repositionem tumoris należy uważać za rę-
koczyn poważny, nie pozbawiony poważnych
często następstw. Mc KERRON przytacza 3 przy-
padki, w których próby te zakończyły się pęk-
nięciem guza, z tych w 2 przypadkach ze
śmiertelnym wynikiem⁶⁾. Pomimo to jednak
w przypadku powikłania porodu guzem jajnika,
umieszczonego w miednicy, należy w pierwszej
linii spróbować reponowania guza (WERTHEIM).
O ile ten zabieg nie powiódłby się, a guz posia-
dałby płynną zawartość (jak w naszym przypad-
ku), należałoby uciec się do zmniejszenia jego
objętości przez przekłucie go (*punctio, incisio*).

Według Mc KERRON'a śmiertelność matek
przy stosowaniu tego zabiegu dosięga 18,6%.

Jedni kładą to na karb *peritonit. septic.*,
spowodowanego przekłuciem, drudzy widzą
przyczynę w zakaźnej zawartości guza. Zdaniem
WERTHEIM'a, sama tkanka guza, która dużo u-
cierpiała z powodu ucisku i nieodpowiednich
warunków cyrkulacji krwi (*resp.* niedostatecz-
nego odżywiania), stanowi bardzo podatne tło
dla wszelakich zarazków, których wtłoczeniu
się nie możemy zapobiedz pomimo najsurowszej
nawet aseptyki.

O ile reponowanie guza okazuje się nie-
możliwym, a przez przekłucie nie otrzymujemy
dostatecznego zmniejszenia się guza, nie pozo-

staje nic innego, jak uciec się do usunięcia gu-
za. Ovariotomia *sub partu, vaginalis et abdomi-
nalis* ma względnie bogatą literaturę.

Ovariotomia vaginalis sub partu cieszy się
zaufaniem ze względu na pomyślne rezultaty
dla dziecka i dla matki (STAUDE, RAPIN, CERE-
SOLE, HESSELBACH, NIEBERGALL, TAYLOR, GEIS-
HÖVEL). *Ovariotomia abdominalis* też niejedno-
krotnie dokonywana była w celu usunięcia gu-
za, który, usadowiwszy się w miednicy, uniemo-
żliwiał naturalne rozwiązanie.

John WILLIAMS opisał 2 przypadki *ovario-
tom. abdominal. sub partu*, z których w pier-
wszym poród zakończony został za pomocą kle-
szczy w 11 godzin po operacji, a w drugim w 6
godzin; inni ukończyli poród jeszcze w znacznie
krótszym czasie po laparotomii (SPATH, SEMON),
a GUINARD et CHAUVÉ wydobyli płód za pomo-
cą kleszczy przy otwartej jeszcze jamie brzu-
szonej w celu uratowania dziecka.

Należy jeszcze zaznaczyć, że w literaturze
akuszerskiej opisanych jest kilkadziesiąt przy-
padków, w których próbowano ukończyć poród
za wszelką cenę bez usunięcia guza z mied-
nicy, inaczej mówiąc, pomimo guza w miedni-
cy, ale próby te pozostawiły bardzo smutną sta-
tystykę (Mc KERRON):

W 14 przypadkach, w których zastosowa-
no *Forceps* zmarło 8 matek i 10 dzieci.

W 17 przypadkach, w których zastosowa-
no *Versionem et Extractionem* zmarło 6 matek
i 10 dzieci.

W 18 przypadkach z zastosowaniem e-
mbryotomii zmarło 8 matek.

(OSTERMAYER przytacza fakt, że pomimo
kraniotomii wydobyć dziecko za pomocą kra-
nioklastu okazało się niemożliwym, i musiano
się uciec następnie jeszcze do przekłucia i opró-
żnienia zawartości guza).

Monachium 5 października 1905 r.

⁶⁾ *Repositio* według Mc Kerron'a daje 8% śmiert.
Punctio „ „ 18,6% „

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

96 J. BOAS. Rozpoznanie i leczenie nerwicy żołądka i kiszek.

Nowoczesne rozpoznanie cierpień żołądka i kiszek opiera się, jak wiadomo, na badaniu czynności tych narządów. Jeśli stwierdzamy zboczenia w tych czynnościach, staramy się wyciągać ztąd wnioski o zmianach anatomicznych chorego narządu i kierujemy terapię ku usunięciu wykrytych zboczeń.

Niejednokrotnie wszakże znajdujemy prawidłowy stan czynności żołądka i kiszek współcześnie ze skargami podmiotowymi ze strony chorego. Ogólnie przyjęte obecnie prawidłło głosi, że normalnemu stanowi czynności narządów trawienia towarzyszy zazwyczaj brak jakiegokolwiek zmian anatomicznych w tych narządach i przeciwnie.

Lecz istnieją liczne wyjątki z tego prawidła. Tak np. wykryto zmiany anatomiczne (wrzód żołądka, początkowy okres raka, nieżyt żołądka i kiszek) pomimo prawidłowego zachowywania się czynności żołądka i kiszek, — z drugiej strony spostrzegano zboczenia w czynnościach (*achylia gastrica*, wymioty nerwowe, kolka śluzowa, biegunka nerwowa i t. d.) pomimo zupełnego braku zmian anatomicznych w tych narządach.

Dalej należy pamiętać, że niektóre organiczne cierpienia żołądka i kiszek częstokroć wywierają tak potężny wpływ na cały układ nerwowy chorego w ogólności, a na nerwy żołądka i kiszek w szczególności, że objawy nerwowe mogą w obrazie klinicznym występować na pierwszy plan. Wreszcie autorzy nowoczesni zgadzają się na to, że i czysto nerwowe cierpienia przewodu pokarmowego z biegiem czasu mogą sprowadzać wtórne zmiany anatomiczne w tychże organach, np. biegunka nerwowa wskutek ciągłego drażnienia kiszek może wywołać prawdziwy nieżyt kiszek.

Z powyższego jasno wynika, jak trudno bywa nieraz odróżnić czysto nerwowe cierpienie przewodu pokarmowego od cierpienia organicznego. Jedynie tylko dokładna ocena tak objawów podmiotowych, jak zachowywania się czynności narządów trawienia i stanu całego układu nerwowego u danego osobnika pozwalają rozpoznać istotną naturę cierpienia.

Wszystkie nerwice żołądka i kiszek dzielą nowsi autorzy na nerwice ruchowe, czuciowe, wydzielnicze i złożone. Podział ten jednak, zdaniem Boas'a, nie jest dogodny.

Lepiej odpowiada celom praktycznym podział wszystkich nerwic na dwie duże grupy: nerwic jednoobjawowych (*monosymptomatische*) i wielobjawowych (*polysymptomatische*).

Jedno- i wielobjawowe nerwice żołądka.

Cechę nerwic jednoobjawowych żołądka stanowi, jak to widać z samej nazwy, ta okoliczność, że jeden objaw najbardziej się wydatnia, panuje w obrazie klinicznym cierpienia. Nerwice te mogą być natury depresywnej, bądź pobudliwej. Do I grupy należą np. przypadki zupełnego braku łaknienia (*anorexia*), ucisku w okolicy żołądka i t. d. Do II grupy nerwic żołądka zalicza Boas przypadki wzmożonego łaknienia (*bulimia*, *cynorexia*), palenia w okolicy żołądka, bólów żołądkowych, zwracań i wymiotów nerwowych. Do tejże grupy Boas zalicza także nerwową postać wzmożonego wydzielania kwasu solnego i nerwową postać sokotoku żołądkowego.

W wywiadach u tego rodzaju chorych często wykrywamy obciążenie dziedziczne, inne cierpienia nerwowe i t. d. W przebiegu choroby występują tu często 2 ważne oznaki: pierwszą jest — okresowość, napadowość, przypadkowość cierpienia z przerwami zupełnego zdro-

wia, — drugą zaś — niezależność przypadłości od ilości i jakości pożywienia.

Przy badaniu przedmiotowym główny nacisk kładziemy na badanie czynności żołądka.

Rozpoznanie nerwicy żołądka nie ulega najczęściej wątpliwości, jeśli przy kilkakrotnych badaniach stwierdzamy prawidłowy stan mechanizmu i chemizmu żołądka,

Wielobjawowe nerwice żołądka przedstawiają znacznie większe trudności rozpoznawcze, mamy tu bowiem do czynienia z licznymi objawami chorobowymi, spotykającymi się zarówno w nerwicach, jak i w cierpieniach organicznych żołądka. Jako typ nerwicy wielobjawowej żołądka służyć może t. zw. niestrawność nerwowa (*dyspepsia nervosa*).

Ale już przy samem zbieraniu wywiadów spostrzegamy u tego rodzaju chorych ciekawe i ważne dla rozpoznania zjawisko: oto chorzy ci uskarżają się na niezwykle mnóstwo objawów chorobowych, czego nie spotykamy w takim natężeniu w cierpieniach organicznych. Należy tedy chorych tych jaknajważniej wysłuchać i pozwolić im szczegółowo skargi swe przedstawić.

Boas wyraża się nawet, że „taki chory najczęściej sam robi rozpoznanie, naszem zadaniem jest tylko uważnie go wysłuchać.” Jestto bardzo ważne jeszcze i z tego względu, że badanie przedmiotowe nie daje tu zazwyczaj żadnych wskazówek. Przebieg choroby również często rzuca światło na istotę cierpienia, gdyż, jak to zaznaczyliśmy wyżej, spostrzegamy w tych przypadkach nagle polepszenia, niewytłumaczone przerwy i niezależność od pożywienia, a natomiast wyraźną zależność od momentów psychicznych, zmiany miejsca i t. p. czynników.

W pewnych razach, trudniejszych pod względem rozpoznawczym, Boas poleca jeszcze systematyczne badanie wydolności żołądka przy pomocy odpowiedniej diety. W tym celu Boas zaleca choremu na 3—4 dni bardzo lekką dietę, odpowiadającą dyecie wrzodu żołądka w 3-im tygodniu.

Następnie dodaje do powyższej diety kompoty, jarzyny, potrawy mączne, a potem surowe owoce.

Jeśli objawy chorobowe po dodaniu kompotów i t. p. wzmagają się, natenczas, zdaniem Boas'a, mamy do czynienia ze sprawą organiczną żołądka, jeśli zaś nie ulegają zmianie, zmniejszają się lub znikają zupełnie, to sprawa jest pochodzenia nerwowego.

Jedno- i wielobjawowe nerwice kiszek.

W porównaniu z nerwicami żołądka rozpoznanie nerwic kiszek jest jeszcze trudniejsze, gdyż nie posiadamy dotąd łatwej metody badania czynności kiszek. Dopiero w ostatnich czasach SCHMIDT wprowadził dyetę próbną w celu badania czynności kiszek i posunął tem znacznie naprzód sprawę rozpoznawania chorób kiszek, jakkolwiek metoda ta daje tylko możliwość oceny wydolności kiszek w ogólnych zarysach i nadaje się tylko do celów klinicznych. Z drugiej strony jednak posiadamy w cierpieniach kiszek ważny materiał rozpoznawczy, mianowicie kał; badanie kału daje nam częstokroć ważne wskazówki co do sprawy chorobowej, istniejącej w kiszkiach.

Dalej przewagę w porównaniu z żołądkiem stanowi tu okoliczność, że kiszka prosta i zagięcie esowate dostępne są badaniu palcem i okiem.

Metodyka tych badań nie jest wprawdzie jeszcze udoskonalona, ale w przyszłości obiecuje oddawać ważne usługi w rozpoznawaniu cierpień dolnych odcinków kiszek.

Z pośród nerwic jednoobjawowych kiszek najważniejsze są zaparcie stolca czynnościowe (nerwowe) i biegunka nerwowa.

Co się tyczy zaparcia stolca na tle nerwowem, to może ono występować pod postacią skurczu okrężnicy w okolicy kiszki ślepej lub zagięcia esowatego i przedstawia ową charakterystyczną dla nerwic cechę zależności od czynników psychicznych.

Biegunka nerwowa nieraz niezwykle trudno daje się rozpoznać, gdyż badanie kału nie rozstrzyga tu charakteru cierpienia.

Boas zwraca uwagę na następujące oznaki biegunki nerwowej: 1) brak dodatniego wpływu na biegunkę ze strony diety i leków ściągających; godnem jest zaznaczenia, że mawkie wywiera częstokroć wpływ ujemny

2) zależność biegunki od momentów psychicznych; 3) niewytłomaczone przerwy w przebiegu choroby; nadzwyczaj mała utrata wagi ciała pomimo wieloletniego nawet trwania cierpienia i 5) objawy nerwowe ogólne.

Do rzędu nerwic kiszek autorzy zaliczają jeszcze t. zw. kolkę śluzową (NOTHNAGEL) (*myxoneurosis* EWALD'a). BOAS wszakże skłonny jest uznawać kolkę śluzową za odrębną postać nieżyty kiszek, występującą okresowo.

Prócz powyższych nerwic kiszek istnieje jeszcze postać, analogiczna z t. zw. niestrawnością nerwową żołądka, mianowicie *enteropathia nervosa*. Objawy tego cierpienia są bardzo liczne, i między nimi zasługują na uwagę: uczucie ucisku lub pełności w środkowej lub dolnej części brzucha, bóle brzucha, występujące od czasu do czasu; wypróżnienia mogą być zupełnie prawidłowe.

Leczenie nerwic żołądka i kiszek.

W nerwicach żołądka i kiszek okazuje się szluszem twierdzenie, że nie leki, lecz lekarz pomaga choremu. Wpływ osobisty lekarza odgrywa tu olbrzymią rolę, i co jednemu lekarzowi udaje się z nadzwyczajną łatwością, to dla drugiego jest często niemożliwe do osiągnięcia.

Najważniejsze zadania lekarza stanowią tu: zalecenie zmiany środowiska, w którym znajduje się chory, i stopniowe przyzwyczajanie chorego narządu do większej pracy. Najprędzej udaje się osiągnąć pomyślne wyniki w zakładzie leczniczym, urządzonym według najnowszych zasad i odpowiadającym wymaganiom chwili.

BOAS kładzie nacisk na tę okoliczność, że skuteczniejszymi okazują się w tych razach małe zakłady, w których lekarz może bliżej zapoznać się z każdym poszczególnym chorym.

Z pośród metod leczniczych niewątpliwie na pierwszym planie stoi kuracja dietetyczna, ponieważ u większości chorych tej kategorii powstaje z biegiem czasu upadek odżywiania; dawniej była w użyciu t. zw. kuracja WEIR-MITCHELL'a, obecnie jednak lekarze nie stosują się ściśle do szablonu i zmieniają dietę odpowiednio do każdego poszczególnego przypadku.

W przypadkach lżejszych zalecamy, zamiast przeprowadzenia ścisłej kuracji dietetycznej w zakładzie, pobyt w górach lub nad morzem; skuteczną może również okazać się dłuższa podróż morską, przy wyborze miejsca pobytu najlepiej kierować się prawidłem, że osobnikom małokrwistym zalecamy chętniej góry, osobom zaś silnym i dobrze odżywianym — powietrze i kąpiele morskie.

Obok powyższych czynników leczniczych usługę oddać może leczenie fizyczne (wodoleczenie, elektryczność, masaż, gimnastyka) pod warunkiem jednakże, aby było stosowane racjonalnie i odpowiednio do wskazywania.

Procedurom miejscowym, jak np. przepłukiwaniem żołądka i kiszek, BOAS nie przyznaje żadnej wartości leczniczej, z wyjątkiem jedynie faradyzacji кишки prostej, która okazuje się bardzo skuteczną w leczeniu zaparcia stolca nawykowego na tle niedowładu kiszek.

Co się tyczy picia wód mineralnych, to BOAS stanowczo powstaje przeciwko zalecaniu wód chorym z nerwicami żołądka i kiszek, zwłaszcza zaś przeciwny jest wysyłaniu tego rodzaju chorych do miejscowości większych, jak do Karlsbadu, Kissingen, które są w lecie tłumnie odwiedzane przez chorych i wskutek tego nie mogą dostarczyć tymże spokoju duchowego i fizycznego.

Leki same w większości przypadków nerwic żołądka i kiszek nie usuną, mogą jednakże w pewnych razach oddawać niewątpliwie usługi. Z pośród leków wymienić należy: brom, lżejsze przetwory makowca (kodeina i dionina) i przetwory waleryanowe (*validol* i *vallyl*).

(*Deutsche Mediz. Woch.* 1905 — Nr. 33).

W. Robin.

97. MOOSBRUGGER. O wewnętrznym leczeniu zapalenia ślepej кишки.

Wieloliczne dyskusje w ostatnich latach o leczeniu zapalenia ślepej кишки albo raczej wyrostka robaczkowego (*appendicitis*), co do wyników swoich z terapeutycznego punktu widzenia, prawie że wcale sprawy naprzód nie posunęły; to też prawie że zupełnie weszło ono w zakres chirurgii, lecz i tu nawet w wielu przypadkach poważne co do operacyjnego leczenia nasuwały się wątpliwości; po za usunięciem bo-

wiem wyrostka w czasie wolnym od napadu, brak jest stałych i ogólnie zgodnie przyjętych wskazań co do takiegoż postępowania w innych okresach choroby. Podczas więc gdy jedni chirurgowie doradzają w ostrych przypadkach operację wczesną, w ciągu pierwszych trzech dni choroby, inni na zasadzie tego, że ta w wielu przypadkach bez takiej interwencji ustępuje, i nadto, że wczesna operacja taka często sprzyjać może właśnie rozszerzeniu dotąd może ograniczonego albo dopiero lokalizującego się zapalenia otrzewny, zwlekają z operacją i nieraz decydują się przystąpić dopiero do niej z chwilą, kiedy zaznaczają się już pierwsze objawy szerzenia się zapalenia błony brzusznej. Zdaniem autora, nie można żadną miarą godzić się na operację w każdym bezwzględnie przypadku omawianej sprawy, tembardziej, że liczyć się tu też trzeba i z indywidualnością chorego i z wątpliwościami dyagnostycznymi, których dokonywany tu obrachunek leukocytowy też często właściwie nie wyjaśnia, a tem samem i nie daje pewnej podstawy do czynnego wystąpienia chirurga.

Otóż ze względu na ową chwiejność wskazań co do leczenia operacyjnego, zawodność wyników tegoż oraz zawodność innych sposobów leczenia, autor rad jest, że może podać do wiadomości nową, przezeń w ciągu ostatnich lat pięciu wypróbowaną metodę, zupełnie różniącą się od wszelkich innych dotąd stosowanych — a o której skuteczności z wielkim wypowiada się entuzjazmem. Zdaniem jego wyborne daje ona wyniki we wszelkiego rodzaju postaciach *appendicitidis* (z wyjątkiem postaci gruźliczej, o której dla braku odpowiednich danych wyrokować nie może) — czy to w ostrych — choćby najostrejszych, czy też w chronicznych. Żywi on głębokie przekonanie, że w przypadkach ostrych uczyni ona pomoc chirurgiczną zgola zbytęzną, a w przewlekłych znacznie ograniczy potrzebę usuwania wyrostka w okresie wolnym od napadu.

Metoda ta polega na wyłącznem albo prawie że wyłącznem stosowaniu *argenti colloidal*. CREDE.

W przypadkach lżejszych, w których już może w ciągu pewnego szeregu dni odczuwać się dawały chwilami bóle w dolnej prawej okolicy brzucha — gdzie stolce bywają nieregul-

larne (najczęściej zaparte, rzadziej wolne), gdzie brak jednak wzdęcia brzucha, a stwierdzić się tylko daje miejscowa bolesność przy ucisku — autor niezwłocznie każe choremu położyć się do łóżka, zaleca ciepłe kataplazmy z lnianego siemienia i przepisuje roztwór *argenti colloidal*. 1,0 na 200,0 wody co godzinę lub nawet co pół godziny łyżkę.

W przypadkach cięższych, którym towarzyszą wymioty, wzdęcie brzucha, i w których choroba zaczęła się dreszczem i zaznacza się objawami silnego ogólnego niedomagania — jak to najczęściej zdarza się u ludzi starszych, podaje on co godzinę po 10,0 grm. roztworu *argenti colloidal*. (2,0 : 200,0) i jednocześnie zaleca wcieranie dwa razy dziennie maści kolargolowej w przednie powierzchnie ramion i kończyn dolnych (po uprzednim troskliwym omyciu tychże).

W przypadkach z silnymi wymiotami — w których roztwór kolargolu albo się zwraca, albo w części tylko w żołądku utrzymuje, zaleca on stosowanie go dwa razy dziennie (rano i wieczorem) w postaci lawatyw, w ilości co najmniej 0,5 na 50,0 wody, a przy objawach groźniejszych nawet 1,0 na 100,0 na raz lub w dwóch porcjach. Dzieciom przepisuje się roztwór 0,5 — 0,75 na 100,0 — co pół godziny łyżeczkę od kawy, przy wymiotach zaś takież roztwór w lawatywie w ilości 50,0 grm.; prócz tego wcieranie 1,0 grm. maści kolargolowej 1—2 razy na dzień.

Poza tem nie należy podawać żadnych środków czyszczących lub wiatropędnych, ponieważ te, wywołując ruchy robaczkowe kiszek, stać się mogą powodem szerzenia się miejscowej dotąd sprawy zapalnej. Nawet makowiec i morfinę uważa autor tu za zbytęczne — albowiem te narkotyzującym wpływem swoim maskują tylko czasowo — właściwy stan choroby.

W świeżych przypadkach zapalenia wyrostka — przy takim leczeniu już zwykle na drugi dzień zauważyć się daje pewna poprawa i miejscowo i w ogólnym stanie chorego, gorączka się obniża, odejście na drugi, trzeci dzień gazów oraz czarno zabarwionych stolców, mające tu także pomyślne znaczenie, jak i po dokonanej laparotomii, znakomite zaznacza polepszenie w samopoczuciu chorego i zarazem przejście w okres zdrowienia. W przypadkach cięższych, w których wysięk utorował już sobie drogę do jamy brzusznej i zagraża rozlanem za-

paleniem otrzewny, pomimo pewnych co do dalszego przebiegu wątpliwości, trwających od dni 4 do 8, zazwyczaj już zmiana w wyrazie twarzy i samo już takie przeciąganie się choroby upoważnia do pomyślnego rokowania.

Wogóle jednak tak szybki zwrot choroby ku zdrowieniu spostrzegać się daje w przypadkach, które zaraz z początku poddane były takiemu leczeniu. Jeśli zaś rozwinęło się już ograniczone zapalenie otrzewny z wytworzeniem się ropni, otorbionych sklejeniami kišek lub zrostami łącznotkankowymi, a tem samem oddzielonych od pozostałej jamy brzusznej, to aczkolwiek i tu w beznadziejnych napozór przypadkach — w końcu następuje wyzdrowienie, lecz postępuje ono zwolna i przy tygodniach całemi trwającym wewnętrznym i zewnętrznym stosowaniu kollargolu.

Z liczby 80 chorych, dotkniętych omawianą sprawą chorobową rozmaitego stopnia i leczonych tą metodą, autor stracił zaledwie dwóch: dziewczynkę pięcioletnią i 40-letniego mężczyznę, u których już w chwili przystąpienia do leczenia obok rozpaczliwego stanu ogólnego stwierdzono rozlane zapalenie otrzewny.

Otóż, zestawiając wyniki, otrzymane przy stosowaniu tej metody, z wynikami, otrzymywanymi przy uprzednich sposobach leczenia (makowiec, lód i t. d.), kiedy nawet lekkie jakoby z początku przypadki kończyły się śmiercią, niepodobna — zdaniem autora — nie uznać znakomitej jej wyższości. Nie waha się on nawet twierdzić, że każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, lecz zaraz w początkach właściwie rozpoznany (a nie brauny, jak to się niekiedy zdarza, za przypadłość żołądkową, kamieć żółciową, gastryczną postać influenzy, a nawet za ischias i t. d.), choćby nawet najcięższym był w przejawach swoich, przy należytem stosowaniu metody kollargolowej bez wdania się chirurga wyleczyć się daje.

Ze wszystkich owych leczonych w ten sposób przypadków w dwóch tylko, po upływie mniej więcej roku, stwierdzić się dał nawrót, co w stosunku do ogólnej liczby stanowi bardzo drobną odsetkę. Zdaniem autora, aby w chronicznych przypadkach zap. wyr. rob. od nawrotu, który o wiele częściej zdarzał się przy uprzednich metodach leczenia i zmuszał do operacyjnego usuwania wyrostka, chorego uchro-

nić, nie wystarcza długotrwałe podawanie kollargolu, a starać się natomiast trzeba cel ten osiągnąć drogą stosowania przez dłuższy czas odpowiedniej diety, *resp.* zmiany metabolizmu, poprawienia ogólnego stanu chorego, jakości krwi i t. d.

Zarzut, jaki mógłby ktoś zrobić, że długie stosowanie kollargolu, może się w tych lub owych względów okazać dla ustroju szkodliwe, d-r M. odpiera faktem, że nigdy żadnej szkody od takiego podawania go u chorych nie spostrzegł, że nieszkodliwość tegoż stwierdził na sobie samym (po stopniowo stosowanych wciśnieniach w ogólnej ilości 200,0 grm. i przyjmowaniu roztworów 4,0 : 200,0 co 2 godz. łyżkę — nie zauważył u siebie żadnych niepożądanych następstw — co najwyżej lekkie parcie i wolne czarno zabarwione stolce — wszystko to wraz z odstawieniem środka wnet ustępowało). Także nie udało mu się nigdy zauważyć przejawów *argyriæ* — lek wydziela się głównie drogą przewodniczącego.

Gdyby wreszcie ktoś zarzucił, że przez kollargolowe leczenie pomija się może chwilę odpowiednią dla interwencji chirurgicznej, to i ten zarzut, zdaniem autora, zbić się daje tem, że wobec doskonałych wyników, otrzymywanych przy stosowaniu jedynie kollargolu we wszystkich umiejscowionych lub połączonych z ograniczonem zapaleniem błony brzusznej postaciach *appendicitidis*, i wobec tego, że w niektórych z nich (zwłaszcza przy otorbionych zrostami czy też sklejeniami ropniach), operacja przez szerzenie infekcyi po błonie brzusznej wprost nawet szkodliwie na zejście choroby wpłynęłaby mogła, uważa twierdzenie takie za nieuzasadnione. Za wskazaną natomiast uważa ją przy jednoczesnem jednak stosowaniu kollargolu — jedynie w przypadkach, w których sprawa doszła do rozlanego zapalenia otrzewny. Lecz i w ostatnim przypadku, radby raczej — jak to już nawet niektórzy chirurgowie doradzają, ograniczyć zabieg do zrobienia sztucznego odbytu, aby tędy, drogą należytego opróżnienia i dezynfekcyi usunąć źródło zakażenia i przez to, wraz z energicznym stosowaniem kollargolu, spotęgować rezorbcyjną sprawność otrzewny i zarazem uniknąć poszukiwań wśród zrostów i sklejeń — oddzielnych ognisk wysiękowych.

Kończy autor pracę swoją uwagami o sposobie działania omawianego leku. Kollargol, obok wybitnie antyseptycznych własności, jest lekiem zupełnie nieszkodliwym i zarazem — że tak powiem — ogólnie doskonale oddziaływającym, jak świadczy już o tem poprawa wyglądu ropiejących ran pod wpływem wewnętrznych dawek lub też wcierań (maści) jego w skórę. Zdaniem autora — kollargol w ustroju chorym wiąże lub zobojętnia krążące we krwi lub znajdujące się w tkankach toksyny; zaznacza się już to po pierwszych większych jego dawkach świeżym wyglądem, lepszą cerą twarzy i lepszym samopoczuciem — a tem samem i świadczy, że ustrój staje się odpowiedniejszym *resp.* zdolniejszym do samoobrony.

Na zasadzie analogii wnioskować należy, że taki właśnie wpływ wywiera kollargol i w zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Nadto pewne światło rzucają tu też badania SCHADE'go. Otóż SCHADE wykazał, że niektóre ciężkie metale mogą i w ustroju w sprawach oksydacyjnych grać rolę przenośników tlenu, czyli t. zw. oksydaz, same nie ulegając przytem zmianom chemicznym, że takie metale-oksydazy, a więc i srebro, *resp.* kollargol, na tej właśnie zasadzie — zdolne są zobojętniać jadowitość ptomain — te ostatnie bowiem, łącząc się łatwo z tlenem (co nawet ma już miejsce przy wystawieniu ich na działanie powietrza), pod wpływem tegoż tracą swe własności trujące. Takim to właśnie oddziaływaniem oksydaz objaśnia też autor doskonale wyniki, jakie otrzymuje w leczeniu duru od czasu, gdy, idąc za wskazówką prof. SCHULTZ'a (Greifswald) stosuje tu jedynie — małe dawki arsenianu miedzi, takiemże oddziaływaniem ich objaśnia dobre wyniki przy podawaniu ich w chorobach, źródło swe mających w wadliwej przemianie materii — w których substancje trujące bądź to samoistnie powstają w ustroju, bądź wytwarzają się z wprowadzanych pokarmów. Zdaniem jego, fakty te zdają się pozostawać w ścisłym związku z wewnętrzną antyseptyką i *eo ipso* otwierają nowe drogi dla traktowania chorób zakaźnych. Bądź jak bądź, w kollargolu d-r M. dopatruje się leku, dla którego w leczeniu zapalenia wyr. rob. szerokie otwiera się pole, środka, który, jeśli nie wyłączy zupełnie pomoc chirurgiczną, to przynajmniej znacznie ją ograniczy,

środką, który nie dopisuje jedynie chyba w przypadkach, powikłanych już za daleko posuniętem zapaleniem otrzewny i ogólnem zakażeniem.

(Münch. medic. Wochenschr. N. 37. 1905).

F. Gr.

98. JULIUSBERG. Siarczan cynku czy też sole srebra w leczeniu rzeżączki?

JULIUSBERG stanowczo odradza stosowanie siarczanu cynku w leczeniu rzeżączki, albowiem chociaż wstrzykiwania siarczanu cynku są prawie niebolesne i czasami dają bardzo efektowny wynik, jak ustąpienie wydzieliny już po paru dniach oraz znikanie gonokoków, jednak jest to rezultat zwodniczy, gdyż po upływie krótkiego czasu wydzielina odnawia się i gonokoki zjawiają się na nowo, a rzeżączka przechodzi w przewlekłą i zajmuje tylną część cewki i gruczoł krokowy. Tymczasem sole srebra działają wprost zabójczo na gonokoki.

Autor zaleca lekarzom praktykom leczenie za pomocą wstrzykiwań $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ roztworu protargolu z dodaniem 3% antypiryny 3—4 razy dziennie, zatrzymując za każdym razem po 10—15 minut w cewce, o ile zaś jest to możliwe, poleca jeden raz zatrzymać roztwór protargolu w cewce do 30 minut. Jeśli lekarz wykonywa wstrzykiwania sam, to poleca się raz dziennie robić wstrzykiwania 3% protargolu z dodaniem 5% antypiryny, a przy zajęciu tylnej części cewki $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ roztwór lapisu przez zgłębnik GUYON'a.

(München. med. Wochen. N. 4. 1905).

Maryan Wilczyński.

99 C. KOLLER. Zatrucie spirytusem drzewnym i ślepotą wskutek tegoż.

Jeszcze przed pięciu laty mało co wiadano o trujących właściwościach spirytusu drzewnego, zwłaszcza o ślepotcie, jakiej zatrucie nim niejednokrotnie staje się powodem. To też do owego czasu luźne jedynie (4) notowane były takie przypadki. Dopiero od roku 1899-go, jak to wykazuje monografia C. A. WOOD'a („Poisoning by Wood Alcohol”) spotykamy się w prasie lekarskiej Amerykańskiej z opisami 50-u takich przypadków, nadto ankietą między lekarzami Stanów Zjednoczonych oraz Kanady dodała do tej liczby jeszcze 181 zatruc spirytusem drzewnym, bądź to powodujących częściową lub zupełną ślepotę i zejście śmiertelne, bądź wreszcie śmierć bez uprzedniej ślepoty.

Rzadkość zatruć dawniej — które przypadkowo chyba zdarzały się wskutek wdechania jego par — objaśnienie swoje znajduje w przykrej i odstręczającej woni takiego spirytusu, który z tego względu używany był wyłącznie do celów technicznych; z chwilą jednak kiedy wskutek udoskonalonych sposobów wytwarzania tego produktu udało się uczynić go prawie bezwonnym, zatrucia stały się częstszymi, już choćby z tego względu, że wiele rozmaitych rumów, likierów, esencji, pachnidel (woda kolońska) i t. p., do fabrykacji których używano dawniej tylko alkoholu etylowego, poczęto fałszować domieszką lub zastępstwem w nich tego ostatniego spirytusem drzewnym.

Świeżo jeszcze pod wrażeniem niedawno co zaszłych, prawie że nagłych zgonów, spowodowanych użyciem podrabianej t. j. na spirytusie takim przygotowanej wódki (whiskey), autor notuje przypadek przezeń obserwowany.

Mężczyzna lat 48-u, po wypiciu w godzinach rannych kieliszka wódki whiskey (około dwóch uncji), wieczorem począł się czuć niedobrze, wymiotował; nazajutrz jednak podniósł się wychodził na miasto, nie doznając — poza pewnym brakiem apetytu — szczególnych jakich przypadłości; w nocy jednak obudziwszy się, gdy spojrzał na płomień gazowy, światło tegoż wydawało mu się jakby zamglonem, rano zaś zauważył u siebie już wyraźne osłabienie wzroku, nie mógł czytać zwykłego druku, a zaledwie rozróżniał wielkie litery, nadto doświadczał dreszczów, uczucia zimna w kończynach i czuł się bardzo osłabionym. Odtąd wzrok coraz bardziej słabł: pod wieczór chory zaledwie mógł rozpoznawać postacie ludzi, a następnego dnia wcale już światła nawet odróżniać nie był w stanie — zupełnie zaniewidział. Pomimo porad kilku wezwanych lekarzy stan jego nie uległ zmianie, i z chwilą zgłoszenia się jego do d-ra K. ślepotą trwała już od dni czterech. Nadmienię tu jeszcze należy, że chory umiarkowanie jedynie używał tytoniu oraz napojów wysokowych, przymiotu nie przechodził i wogóle, jak dotąd, cieszył się dobrem zdrowiem. Zbadano oczy: źrenice rozszerzone z zupełnym brakiem odczynu; obraz *neurorretinitidis* umiarkowanego stopnia — granice tarcz nerwów wzrokowych niewyraźnie zarysowane, wachlarzowate, włókna nerwowe — matowe i nieco obrzękłe; naczynia

krwionośne, a zwłaszcza żyły w stanie przekrwienia; w okolicy plam żółtych obydwoch oczu rozsiane, żółtawe, błyszczące punkty, dające w ogólnej sumie obraz podobny do opisywanego w *chorioiditis guttata*.

Wszystkie te dane wobec opisywanych już podobnych przypadków zaniewidzeń przy zatruciu spirytusem drzewnym wnet nasunęły myśl, że i tu z takimże przypadkiem miało się do czynienia. Analiza resztki wódki, znajdującej się jeszcze w domu chorego, wszelkie wątpliwości pod tym względem usunęła.

Najprościej, najprędzej i najpewniej alkohol metylowy wykazuje się metodą BRIEGER'a, polegającą na doświadczeniu, że jeśli uncyę kwasu salicylowego rozpuścić w dwóch uncyach absolutnego takiego alkoholu i stopniowo do roztworu tak otrzymanego dodawać uncyę kwasu siarczanego, to wydzieli się metylsalicylan.

Otóż po rozpuszczeniu w próbówce $\frac{1}{2}$ drachmy kwasu salicylowego w dwóch drachmach owej podejrzanej wódki i dodaniu jednej drachmy kwasu siarczanego ujawnił się charakterystyczny zapach olejku gaulteriewego (w skład którego wchodzi: salicylan metylowy i kamfen przyp. Spraw.), który wzmagał się jeszcze w miarę odstawiania się mieszaniny. Nadto analiza ilościowa drogą przekraplania cząstkowego (frakcyjnalnej destylacji) wykazała, że wódka ta zawierała 34% czystego alkoholu metylowego — czyli że chory wypił (w 2-ch uncyach) około 20 cent. sz. takiego alkoholu.

Pacjentowi zalecono jodek potasu, gorące kąpiele — w celu wzbudzenia potów — i pożywną dyetę. W drodze jednak powrotnej do domu, a więc jeszcze przed przystąpieniem do leczenia, przejrzał on nieco na prawe oko, t. j. o tyle, że okiem tem odbierał wrażenie światła. Odtąd stan wzroku chorego stopniowo się poprawiał, naprzód, jak wyżej nadmieniono, w prawem oku, — w dwa tygodnie zaś później wzrok zaczął powracać i w oku lewem. Siła wzroku u badanego w dwa miesiące po pierwszej wizycie wynosiła w prawem oku $\frac{15}{20}$ — w lewem $\frac{15}{30}$, — jeszcze w 4 miesiące później w prawem oku równała się ona tylko $\frac{4}{12}$, lewem zaś $\frac{6}{36}$. Pomijamy tu opis obrazu oftalmoskopowego *resp.* strukturalnych a także i czynnościowych zmian w oczach chorego, drobniawo

przez d-ra K. opisanych, — ze względu, że te, jako mniej więcej podobnie ujawniające się w takich przypadkach, streszczają się w ogólnych wywodach autora.

Czy trujące działanie alkoholu metylowego zależne jest od niego, jako takiego, czy też, jak niektórzy twierdzili, od przymieszek postronnych, zwłaszcza acetonu, — czy też wreszcie od wytworzącego się jakoby przy zatruciu nim, bądź to w kale pokarmowym, bądź to we krwi, formaldehydu, — pozostaje jednak niewątpliwem, że alkohol ten, wprowadzony do ustroju, oddziałuje zgubnie na wzrok, a często i zagraża życiu.

Zażyty w małych ilościach nie wywołuje on niekiedy niepożądanych następstw, — przy szczególnej jednak idyosynkrazji już małe jego ilości ($\frac{1}{4}$ łyżeczki od kawy) mogą spowodować jaknajcięższe skutki, a większe jego ilości wogóle bez wyjątku okazują się trującymi.

Według Wood'a trzy są stopnie zatrucia spirytusem drzewnym:

1) Zwykle, łagodniejszej postaci zatrucie ujawniające się pewnem oszołomieniem, mdłościami, niezbyt ciężkimi zaburzeniami żołądko-kiszkowymi i kończące się w ciągu kilku dni albo zupełnem wyzdrowieniem, albo też większym lub mniejszym szwankiem wzroku.

2) W zatruciu silniejszym silniej też zaznaczają się — oszołomienie, mdłości i objawy żołądko-kiszkowe, a zaburzenia ze strony oczu mogą osiągnąć stopnia zupełnej ślepoty.

3) Wreszcie przy zatruciu jeszcze silniejszym sprawa dochodzi do zapaści, spięzki i kończy się śmiercią.

Najbardziej zmiennym objawem zatrucia spirytusem drzewnym jest zupełna, t. j. obustronna ślepota, która albo odrazu ujawnia się jako taka, albo też rozwija się stopniowo. Zaburzenia wzrokowe zaznaczają się niekiedy już w kilka godzin po zatruciu, w większości jednak przypadków mija jeden lub kilka dni, zanim zamięglenie wzroku zauważyć się daje, — potęguje się ono stopniowo coraz bardziej aż do zupełnej jego utraty. Otóż ów okres czasu, jaki mija

między wypiciem alkoholu a pierwszymi objawami upadku wzroku, stanowi wybitny rys zatrucia i zarazem maskuje przed chorym istotną przyczynę upadku wzrokowego.

Ślepota trwa przez kilka dni lub tygodni, poczem z wolna zaczyna ustępować. Poprawa taka często bywa znaczną, niekiedy bywa zupełną — lecz zazwyczaj trwa to niezbyt długo; po kilku lub więcej tygodniach wzrok znów stopniowo coraz bardziej zaczyna szwankować i ostatecznie sprawa w większości przypadków kończy się zupełnem zaniewidzeniem. W niektórych tylko przypadkach, zwłaszcza przy wcześniej przedsięwziętem leczeniu, wzrok jako tako się zachowuje.

Z opisanych przez autora — odnośnych obrazów oftalmoskopowych wypada, że jakkolwiekby się afekcja oka początkowo przedstawiała, w ostatecznym wyniku sprawy zapalnej znajdujemy zanik nerwu wzrokowego i siatkówki (*postneuritic atrophy*).

Co do sposobu powstawania zmian patologicznych, zdania są tu podzielone: podczas gdy jedni utrzymują, że sprawa poczyną się jako *neuritis retrobulbaris*, inni, przeciwnie, twierdzą że poczyną się w komórkach zwojowych siatkówki. Z tego wypada, że stosownie do przyjętego punktu wyjścia zanik szerzy się wzdłuż włókien nerwu wzrokowego bądź to w kierunku wstępującym, bądź to w kierunku zstępującym. Rzecz, jak dotąd, nie jest ustalona, gdyż każdy z tych poglądów opiera się na argumentach, na korzyść jego świadczących.

Leczenie w przypadkach zatrucia polega na stosowaniu środków napotnych — gorących kąpiei, pilokarpiny — jodku potasu, środków moczopędnych *resp.* diety mlecznej.

Ze względów zapobiegawczych jest rzeczą niezmiernie wagi żeby publiczność świadoma była trującego działania spirytusu drzewnego i żeby grozą surowych kar odstraszano od domieszkiwania go do rozmaitych essencji oraz innych artykułów, któreby mogły dać powód do zatrucia.

(Medical Record. N. 1808—1905 r.)

F. Gr.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Kamienicy (Chemnitz) d-r NAUWERCK przedstawił przebieg choroby dwóch przypadków w pęknięcia wątroby na skutek uwięźnięcia kamienia żółciowych wraz z wynikiem badania zwłok. W przypadku pierwszym kobieta 49-letnia zachorowała nagle wśród objawów bólu w kureczowych brzucha, połączonych ze znacznym wzdęciem tegoż; jednocześnie stwierdzono żółtaczkę, chora zaś skarżyła się na brak apetytu, pragnienie i zaparcie. Chora gorączkuje; język suchy i obłożony. Badanie wykazało: brzuch wzdęty, nieco napięty, po stronie prawej wrażliwy na mocny ucisk; od łuku żebrowego prawego aż do grzebienia kości biodrowej znajduje się lekkie stłumienie. Na drugi dzień były wymioty kilkukrotne; chora wymiotowała płyn śluzowaty o zabarwieniu ciemnobrunatnem. Wzdęcie brzucha i żółtaczka znacznie większe; brzuch bardzo wrażliwy nawet na lekki ucisk. Następnego dnia chora zmarła po okresie silnego pobudzenia. Badanie zwłok było wykonane po upływie 14 godzin. W jamie brzusznej znaleziono około $\frac{1}{2}$ litra płynu mętnego, ciągnącego się, o wyglądzie żółci, zawierającego liczne strzępy włóknika i rozlane zapalenie otrzewny włóknikowe. Wątroba na pozór nie zmieniona; pęcherzyk żółciowy mocno napęczniały; po nadwiązem obłym wątroby ciągnie się pasmo tkanki, grubości pióra gęsiego; pasmo to ciągnie się w poprzek od płata lewego wątroby do kwadratowego; po stronie prawej ma ono wygląd prawie wrzecionowaty; tu widać w nim wąską szparę o brzegach nasiąkniętych żółcią; szpara ta przepuszcza zgłębnik na głębokość jednego ctm; przy ucisku na pęcherzyk żółciowy ze szpary sączy się żółć. Przewód żółciowy przy ujściu do dwunastnicy jest zatkany przez kamień żółciowy wielkości bobu; ku górze przewód ten jest roz-

szerzony, zarówno jak i przewód wątroby i pęcherzykowy. Woda, wstrzyknięta do przewodu żółciowego, wypływa przez otwór, wyżej opisany. Płat lewy wątroby jakgdyby skurczony; błona surowicza pokryta siatką włóknika; gałąź lewa przewodu wątrobowego mocno rozszerzona, ściany posiada zgrubiałe i otoczone pasmami szerokimi tkanki łącznej. Drobnie rozgałęzienia przewodu, w wielu miejscach kulisto rozciągnięte, pokryte cienką przezroczystą błoną, co do której trudno orzec, gdzie kończy się otrzewna, a gdzie zaczyna się ściana przewodu. Sprawa chorobowa w przypadku tym przebiegała, jak następuje: uwięźnięcie kamienia w przewodzie żółciowym wywołało zastoinę żółci, która doprowadziła do pęknięcia przewodu, którego ściany uległy zmianom znacznym na skutek dawniejszych spraw chorobowych, co widać zwłaszcza na płacie lewym. Tu również musiało istnieć kiedyś zaczipowanie przewodu, w następstwie czego powstało zapalenie włókniste ścian jego. Ciekawe, że chora nigdy nie skarżyła się na bóle w okolicy wątroby.

Przypadek drugi dotyczy kobiety 69-letniej, którą w stanie konania przywieziono do szpitala. Chora ta podobno często zapadała na bóle w okolicy wątroby, połączone z żółtaczką. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono sporo płynu mętnego ze strzępami włóknika; płyn zabarwiony na kolor zielonawo-bronзовый; zapalenie otrzewny rozlane. W przewodzie żółciowym znajduje się kamień wielkości orzecha laskowego. Pęcherzyk żółciowy mały; ściany jego mocno zgrubiałe; dno pęcherzyka zajmuje uchylek cały owrzodziały. Wątroba powiększona. Część płata lewego zanikła; ściany przewodów żółciowych zgrubiałe. Na dolnej powierzchni wątroby w pobliżu tylnego jej brzegu jeden z przewodów żółciowych uległ rozszerzeniu; w

miejsu rozszerzonym znajduje się malutki otwór, z którego wypływa żółć za uciskiem na wątrobę; woda, wstrzyknięta do przewodu żółciowego, wypływa przez wzmiankowany otwór; sąsiednie przewody żółciowe zawierają drobne kamyczki, które spowodowały niedrożność przewodów.

A więc w tym przypadku, zarówno jak i w poprzednim, kamienie żółciowe, zatykające przewody, stały się przyczyną zastoiny żółci w odnośnych częściach wątroby i wywołały rozszerzenie i zapalenie przewlekłe przewodów. W następstwie powstała marskość wątroby i pęknięcie ściany przewodu, przebiegającego pod otrzewną; to znowu wywołało wylanie się żółci do jamy brzusznej i zapalenie otrzewny.

Zasługuje na uwagę odczyt, wygłoszony na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Jenie przez d-ra NIESSEN'a (z Wiesbadenu) pod tytułem: „Wyniki moich 12-letnich badań doświadczalnych nad etiologią przymiotu”. Liczne prace, podjęte w dziesięcioleciu ostatnim, przekonały, że zarazek przymiotu może być przeniesiony na zwierzęta, aczkolwiek do chwili obecnej żaden z badaczy nie mógł pośilkować się hodowlą czystą tego zarazka. Dla tego też wszelkie próby leczenia przymiotu za pomocą odpowiedniej surowicy należy poczytywać za problematyczne, jako nie odpowiadające najważniejszemu warunkowi: *primum est rerum cognoscere causas*. Wyświetleniu tej zagadki mówca poświęcił lat 12, a wyniki swych badań, obejmujących przeszło 200 przypadków, streszcza w sposób następujący. 1) We wszystkich postaciach i okresach przymiotu można za pomocą hodowli wyosobnić ze krwi gatunek drobnoustrojów o nieznanym dokładnie właściwościach. 2) Czysta hodowla tych drobnoustrojów, zaszczerpiona niektórym zwierzętom (małpy, świnie, konie), wywołuje zbiór objawów, który pod względem klinicznym i patologicznym posiada tyle podobieństwa do przymiotu, spotykanego u ludzi, że należy poczytywać ten zbiór objawów za typowy przymiot zwierzęcy. 3) Ze krwi niektórych zwierząt udało się wyhodować swoisty zarazek chorobotwórczy. Jeżeli nie wszyscy badacze otrzymali dotąd podobne wyniki, to winno temu przekonanie powszechne o niezaraźliwości choroby w jej okresach późniejszych, jako też okoliczność, że najbar-

dziej poszukiwano toksyn swoistych tam (wydzielina wrzodu, guzki wysypkowe), gdzie ich zwykle bywa najmniej; tymczasem prelegent miał wielokrotnie sposobność przekonania się, że daleko posunięta skaza swoista, okresy późniejsze, a następnie postaci przymiotu dziedzicznego stanowią najlepszy materiał hodowlany, ponieważ tu ze krwi zawsze można wyhodować zarazek chorobotwórczy; już nieco trudniej otrzymać go w okresie wysypki lub lepiej płaskich. Jeszcze jedna przyczyna niepowodzeń dotychczasowych spoczywa w niezwykle wielopostaciowości zarazka. NIESSEN sądzi, że temu właśnie przypisać należy wielką różnorodność form i przejawów, właściwych temu cierpieniu; zmiany więc morfologiczne i biologiczne w rozwoju zarazka stanowią jedną z głównych przyczyn wielopostaciowości choroby, zarówno jak i jej przewlekłego i okresowego przebiegu. Co się tyczy wyosobnienia zarazka, to skutecznie to można łatwo w sposób następujący: krew, otrzymaną z żyły z zachowaniem ścisłej aseptyki, miesza się z buljonem i żelatyną i przeszczepia na odpowiednie podłoża. Zarazek cechuje się szybką zmianą postaci i zabarwienia, które przechodzi wszelkie odcienie, poczynając od barwy szarej aż do żółtej, i daje wydzielinę, zbliżoną wyglądem do gumy. Ta oliczność, że hodowla ze krwi udaje się w ciągu dziesiątków lat, kiedy chory przeżył bardzo energiczną kurację, dowodzi, że przymiotu nie można wyleczyć zupełnie, i że bezwzględna odporność przeciw temu cierpieniu nie istnieje. Nie posiadamy żadnego sprawdzianu, za pomocą którego moglibyśmy przekonać się o zupełnym wyleczeniu chorego. To, co my nazywamy wyleczeniem, jest właściwie okresem ukrytym choroby, a odporność odpowiada trwającemu wciąż stanowi zakaźnemu. Kto się raz zarazi, nie potrzebuje zarażać się nanowo, aczkolwiek jest to najzupełniej możebne. Powtórne tedy zakażenie, aczkolwiek względnie rzadkie, nie stanowi zgola dowodu, że chory był poprzednio wyleczony. Chory syfilityk może znowu się zarazić nawet przez swój własny zarazek od osoby, którą sam kiedyś zaraził; lecz ważną rolę gra tu okres choroby i siła zarazka. Brak swoistej odporności przeciw przymiotowi stanowi wielką przeszkodę dla przygotowania odpowiedniej surowicy leczniczej. Gdybyśmy w tym celu używali antytoksyn, to wszelkie pró-

by muszą się rozbić o bardzo słabą toksyczność zarazka. Przymiot nie jest chorobą intoksykacyjną, zarazek działa raczej mechanicznie, wypierająco, destrukcyjnie z cechami nowotworzenia. Uciekając się do środków, działających przeciwpasorzytniczo, natrafiamy na swoiste własności zarazka, mianowicie, niezmierną jego trwałość i bardzo przewlekły przebieg cierpienia, co wyłącza możliwość zupełnego jego zwalczania. A zatem, jeżeli nie można spodziewać się leczenia przymiotu za pomocą surowicy swoistej, to należy poważnie przestrzegać przed wszelkimi próbami leczenia choroby za pomocą izoterapii, a więc za pomocą szczepień, wakcyn, a tembardziej osłabionej czystej hodowli. Próby tego rodzaju prowadzą wprost do syfilizacji.

W towarzystwie lekarskiem w Lipsku d-r ROLLY wygłosił odczyt o powstawaniu węglowodanów z ciał białkowych ze szczególnem uwzględnieniem moczówki cukrowej. Prace licznych badaczy dowiodły, że w pewnych okolicznościach w ustroju zwierzęcym glikogen może wytwarzać się z białka. Zachodzi tylko pytanie, czy cukier powstaje w ustroju przez rozszczepianie, czy drogą syntezy, czy też w ten i w tamten sposób. Już pobieżne obliczenie przemawia za tem, że wytwarzanie się cukru odbywa się nie tylko przez rozszczepianie, ponieważ powstała w ten sposób ilość byłaby zbyt mała i nie odpowiadałaby tej wielkiej zawartości jego w moczu w ciężkich postaciach cukrzycy, nawet przy dyecie z wyłączeniem węglowodanów.

Dalej — przy pożywieniu białkowem, np. kazeiną, która nie odszczepia ani cząsteczki węglowodanów, ilość cukru w moczu byłaby taka sama, jak po spożyciu takiej samej ilości białka, które odszczepia cząsteczkę węglowodanów. Ostatnia okoliczność stanowi nawet poniekąd sprzeczność, ponieważ w takich przypadkach cukier, zawarty w moczu, powinien być pozytywny za wytwór bezpośredniego odszczepienia. Na podstawie nowych badań nad glikogieniem i na zasadzie surowej krytyki prac, których autorzy starali się dowieść, że białko może przechodzić w cukier, PFLÜGER odrzucił swą dawniejszą hipotezę, według której cukier w pewnych przypadkach powstaje z białka na drodze syntetycznej. W jednej z prac swoich o glikoge-

nie wspomniany autor przyszedł do wniosku, że możliwość takiej syntezy cukru *resp.* glikogenu w ustroju zwierzęcym nie została dowiedziona. Tak przynajmniej należy wnioskować z wyników tych prac, które dowodzą, że oznaczenia ilościowe glikogenu dawały zbyt niskie wartości, gdy tymczasem z białka powinno byłoby odszczepiać się znacznie więcej cukru, zwłaszcza że jest prawdopodobne, iż pewną liczbę autorów podeszli ich własni chorzy, którzy bez ich wiedzy i woli spożywali węglowodany. I hipotezie i twierdzeniom powyższym PFLÜGER'a możnaby zrobić sporo zarzutów, a wśród nich chociażby ten, że ze zbadanych dotychczas ciał białkowych pochodzenia zwierzęcego udawało się otrzymać bardzo niewielkie ilości cukru, a w każdym bądź razie nigdy tak dużo, jak przypuszczał PFLÜGER. Dowód przekonujący znajdujemy w pracach odnośnych NEUBERG'a i LANGSTEIN'a którzy karmili króliki alaniną i przekonali się, że wątroba tych zwierząt pod wpływem takiej diety zawiera znacznie więcej glikogenu, niż jak to bywa w warunkach zwykłych; innemi słowy — w wątrobie następowało nowotworzenie się glikogenu. Następnie, pewna część alaniny zjawiała się w moczu, jako kwas mleczny, traciła tedy swą grupę amidową, a to dowodzi, że zarówno komórki zwierząt o wyższej organizacyi, jak i drobnoustroje mogą pozbawić kwasy aminowe pierwiastków azotowych. MOHR podawał leucynę choremu na ciężką postać cukrzycy i zawsze spostrzegał wzmaganie się ilości cukru w moczu. Należy jeszcze nadmienić o pracach HIRSCH'a i ROLLY'ego, którzy również dowiedli, że białko ustrojowe może przechodzić w cukier, *resp.* w glikogen. W doświadczeniach swych pozbawiali oni króliki glikogenu za pomocą głodzenia i podawania strychniny, a następnie wstrzykiwali tym zwierzętom nieżywe hodowle buljonowe lasecznika okrężnicowego. Zastrzykiwania te prócz gorączki wywoływały szybki rozpad białka ustrojowego, w następstwie czego u wszystkich zwierząt udawało się wykryć znaczne ilości glikogenu nie tylko w wątrobie, lecz i w mięśniach. Prelegent przytacza cały szereg innych prac i doświadczeń i na zasadzie całego tego materiału oświadcza, że możliwość powstawania cukru z białka w ustroju żyjącym nie podlega najmniejszej wątpliwości.

K. Z.

K R O N I K A.

Z minionych dni.

Po trzytygodniowym bezrobociu drukarskim pismo nasze ukazało się w połowie listopada z małą, jak dotąd, zmianą, bo tylko z brakiem zwykłego zakończenia: „dozwoleno cenzuroju”. Państwo konstytucyjne usankcjonowało wolność słowa, ale państwo biurokratyczne potrafiło ją zdławić w samym zarodku za pomocą wprowadzenia w kraju „zbuntowanym” stanu wojennego, który oprócz dział i karabinów posiada i łagodniejsze środki unieszkodliwiania elementów „niebezpiecznych”: zawieszanie pism, opieczętowywanie drukarni, zesyłanie do mniej lub więcej oddalonych gubernii Cesarstwa tych, co nieco głośniej mówić się odważą. Godnym zanotowania faktem może będzie, że do ostatniej grupy należy spora garstka lekarzy prowincjonalnych polskich, którym po gorących dniach niesienia pomocy rozstrzeliwanej na ulicach bezbronnej ludności zaproponowano teraz odpoczynek w klimacie zimniejszym. O, bo sposobności do pracy dawano nam w ostatnim roku sporo: oprócz większych pobojoisk na placu Grzybowskim, Muranowskiej, w Alejach Jerozolimskich, na Żabiej, placu Bankowym i historycznym placu Teatralnym mieliśmy i małe potyczki na Miłej, Dzikiej, Gęsiej, Wroniej, gdzie zaledwie dwóch, trzech ludzi zabito, a jakichś tam marnych kilku lub kilkunastu rannono. Obfite żniwo oręża rosyjskiego dostarczyło nam tak różnorodnych ran kłutych, ciętych i postrzałowych, że, gdyby chirurdzy nasi zebrali w jedną całość owoc tego jednorocznego doświadczenia, to powstałby ztąd mógł wcale piękny podręcznik chirurgii polowej. Nie wiele w tym kierunku podobno skorzystali koledzy nasi na polach Mandżurii, bo tam karuść wojskowa, jak mówiono, pozwalała im tylko na opatrywanie chorych, gdy wszelkie rękożyny, przynajmniej poważniejsze, rezerwowały dla siebie wyższe organy służby lekarskiej, za to pozostałym w kraju kolegom dano możność gruntownego poznania tego działu chirurgii.

A cóż oni robią teraz tam, w zimnej Syberii, ci nieszczęśliwi, z których wielu, od lat prawie

dwóch oderwani od rodzin, z łatwo dającą się zrozumieć radością powitali dzień zawarcia pokoju w przekonaniu, że już tylko zaledwie kilka tygodni dzieli ich od ucałowania progu ziemi rodzinnej? Czy prawdziwa konieczność zatrzymuje ich w Azji? Odpowiedź na to pytanie, bardzo charakterystyczną, znajdujemy w N. 336 „Naszej Żyzni”. „W tych dniach”, powiada gazeta, „mieliśmy sposobność rozmawiania z osobą w tym kierunku dobrze poinformowaną i dowiedzieliśmy się, że sprawa nabiera cech bardziej oburzących, niż wyobrażaliśmy sobie dotychczas. „Czy pan wie, powiedziała nam owa osoba, że nie tylko lekarze, znajdujący się na Syberii, nie powracają do domu, chociaż są tam zupełnie zbytecznym ciężarem, ale że „na pomoc” im mogą być wysłane jeszcze nowe szeregi? Część lekarzy była wysłana np. we wrześniu, kiedy pokój, jak wiadomo, był już zawarty, a inni mają w perspektywie wyprawę „na wojnę” w niedalekiej przyszłości”. „Ależ dlaczego?” zapytaliśmy. Nasz interlokutor odpowiedział wzruszeniem ramion. „Komuż to jest potrzebne?” zagadnęliśmy znowu. „A, to co innego. To pytanie ma sens. Pan zapytuje, k o m u to jest potrzebne, żeby lekarze pozostawali dalej w Syberii, żeby tam siedzieli chociażby bez żadnego pożytku? Tym samym panom, którzy uważają za potrzebne, np., ażeby w lazaretach na Dalekim Wschodzie omal nie gwałtem zatrzymywać ludzi zdrowych. Niech się pan nie dziwi. Wiem napewno, że w niektórych lazaretach nie ma chorych, a miejsce ich zajmują zdrowi. Idzie bowiem tylko o to, żeby lazarety nie stały pustkami. Rozumie pan?” „Nie nie rozumiem. Ale w każdym razie po cóż tu lekarze?” „Jako po co? Lazaret jest instytucją i w tym charakterze ma swoje rachunki, etaty i t. d. Jeżeli go pan pozbawi etatów, usuwawszy z niego np. lekarzy, to racya jego bytu stanie się wątpliwą, a więc zbyteczni będą i zarządzający lazaretami, a panowie zarządzający lazaretami mogliby w tej sprawie nie zgodzić się z poglądem pańskim”. „Czy to prawda, kończy gazeta, że i w obecnej chwili zmu-

szażą lekarzy do wyjazdu do „lazaretów” dla zdrowych ludzi? I czyż lekarze ci usłuchają i... pojadą?”.

Na Dalekim Wschodzie znajduje się obecnie 4500 lekarzy, z których większość, jak okazuje się, nie ma nic do roboty. Męczennicy ci zwrócili się ze zbiorowymi protestami, żądając natychmiastowego uwolnienia od służby. Ale kto by tam zważał na protesty piśmienne! Sprawę tę wzięło w ostatnich dniach w ręce Towarzystwo Lekarskie imienia PIROGOWA i ma nadzieję uzyskania zmiany w ciężkim położeniu lekarzy.

Nie wiem, czy niezbyt świetną na ogół sytuacją kolegów naszych w kierunku jej poprawy zajmie się w tych dniach zorganizowane „Stowarzyszenie lekarzy”. Słyszałem, że ma ono w programie sprawy społeczno-zawodowe oraz towarzyskie lekarzy, czy jednak mieszczą się tu i kwestye ich bytu, z dotychczasowych wiadomości o nowym stowarzyszeniu wywnioskować nie mogłem.

O ile to zrzeszone ciało lekarskie obiecuje stać na stronie od wszelkich zagadnień polityki bieżącej, a przynajmniej nie wiązać się jakimkolwiek z góry określonym programem, o tyle wyraźne zabarwienie polityczne posiada powstały również w dniach ostatnich „Związek lekarzy polskich”. Obie te instytucje spotykać się mają jedynie na gruncie spraw społecznych i zawodowych, których w warunkach pracy dzisiejszej oddzielić od polityki chyba się nie uda, ale pomimo nieokreślonego stanowiska politycznego pierwszej, a wyraźnych haseł drugiej solidarność w działaniu byłaby nie tylko pożądana, lecz konieczna. Pokaże to zapewne w bliskiej przyszłości może już pierwsze z następujących się nam obecnie wielu zadań, o których w chwili, kiedy pozbyliśmy się czujnej opieki „patronów”, wkrótce pomówić nam wypadnie.

Zygmunt Srebrny.

Wiadomości bieżące.

— W d. 3 b. m. na zgromadzeniu lekarskim w Resursie Obywatelskiej zawiązano Stowarzyszenie, mające na celu zrzeszyć lekarzy Warszawskich w sprawach zawodowych, społeczno-zawodowych i towarzyskich. Stowarzyszenie będzie wolne od specjalnej barwy politycznej i ma stać po za stronnictwami. Komisye balotująca i organizująca zostały wybrane i zapisują kandydatów.

— W tych dniach utworzył się również Związek lekarzy polskich.

— Wyszedł z druku kalendarz lekarski d-ra Józefa POLAKA na rok 1906.

— Cholera azyatycka trwa nadal w osadzie Wyszaków.

— „Czasopismo lekarskie” w Nr. 7—10 z roku bieżącego pomieściło szereg prac, wydanych ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej

działalności naukowo-lekarskiej d-ra Władysława BIEGAŃSKIEGO. Autorami prac są lekarze prowincjonalni Królestwa Polskiego. Na wstępie kol. S. STERLING rozbiera naukową działalność kol. BIEGAŃSKIEGO, kolega M. KAUFMAN pisze o Władysławie BIEGAŃSKIM jako pisarzu w zakresie filozofii, kol. zaś G. PISARZEWSKI pomieszcza artykuł: „Władysław BIEGAŃSKI jako kolega i człowiek”.

— ZMARLI. W dniu 21 października r. b. w Genui zmarł ś.p. d-r Ludwik RABEK, ordynator oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu dla dzieci przy ul. Aleksandrya. Szereg prac ś.p. RABEK umieszczał w naszych czasopismach lekarskich. Jako zacny i uczynny kolega, pozostawił szczery żal po sobie. Żył lat 48.

VICHY PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA Własność państwowa francuska		
Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując: <i>Wód.</i>		
VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzywach, podagra, cukrzyca.	Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.	PASTILLES VICHY-ÉTAT Rozsolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.
VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów które wydzielających.		COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.
VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek		

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształ **Dr. Brackebuscha**

Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody Selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

ALFONS MANN Fabryka Narzędzi Chirurgicznych Tłomackie 3.—Telefon 1025. Egzystuje od roku 1819.	Poleca w największym wyborze: Narzędzia chirurgiczne, akuszerskie, ginekologiczne, denty- styczne. Sterylizatory ulepszone; stoły opera- cyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szprycy ki Pravaza nowego systemu, Record“. Wyroby gu- mowe fabryki Porgès. Bandaże rupturowe. Cennik ilustrowany franko.
--	---

Dr. Oskar Goldberg. Warszawa, Wielka Nr. 47. udziela chorym z zalecenia Szanownych Kolegów GORĄCYCH KĄPIELI POWIETRZNYCH <i>miejsowych i ogólnych (podług metody Prof. Bier'a)</i> WSKAZANIA: gościec, dna, nerwobóle (Ischias), lumbago, wysięki i zrosty (w miednicy, opłucnej, stawach), obrzęki, kolki, zapalenie nerek, otyłość, furunculosis, ulcera cruris. Na miejscu lub w mieszkaniu chorego. Informacje osobiście (od g. 9—10 i od 4—6) i listownie. TELEFONU Nr. 4670.
--

Pracownia analityczno-lekarska
D-ra Stanisława Mutermilcha
 Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
 skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
 łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
 pęciowych, mleka kobiecego, nalotów dyferyty-
 cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
 lekarskiej.
 Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Lecznicy dla chorych
NA USZY
D-ra Guranowskiego
 Nowy-Swiat 41.
 Pokoje dla chorych stałych. Ambulatorium co-
 dziennie od 11—1 p. p.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPİŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

Wstrzykiwania podskórne wyjałowione w I C. C.



Acid. arsenicum 0,01

Acid. arsenicos. 0,01 c. Natr. caust.

Arrhenal 0,025—0,05—0,075—0,10

Atoxyl 0,10

Ferr. kakodylicum 0,05—0,075—0,10

Liq. Fowleri c. aq. destill. aa p. aeq

Natr. arsenicum 0,01

Natr. arsenicos 0,01 c. Acid. carbol.

Natr. kakodylic 0,01—0,02—0,03—0,05—0,07—0,10

stale gotowe posiada Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD 1889.

NAGRODA
KAZAN 1890.

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY

D. Z. Saradzewa

Warszawskie Higieniczne Laboratorium Miejskie
stałymi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków

Kantor i skład w Warszawie, Moniuszki Nr. 8.
Telefonu Nr. 1360.

1 Listopada b. r. wyszedł pierwszy numer miesięcznika:

„Przegląd chorób Skórnych i Wenerycznych”

Współpracownictwo wybitniejszych specjalnych sił krajowych i zagranicznych.

Przedpłata: za 1906 r.—rocznie 6 rb. w Warszawie, 7 rb. na prowincyi i zagranicą—przyjmuje
redakcyja: Mazowiecka 4 m. 6, znaczniejsze księgarnie i biura dzienników i ogłoszeń.

Redaktor i wydawca D-r FELIKS MALINOWSKI

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 3.

www.dobra.wum.edu.pl