

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 51.

Warszawa d. 23 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

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „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. Kilka słów w sprawie zбочeń w budowie organów moczowych. Powiedział Antoni Leśniowski na posiedz. Warsz. Tow. Lek. (Dokończenie). — Podstawy leczenia dyetetycznego t zw skazy moczowej (dny, kamicy nerkowej moczowej). Podał K. Rzętkowski. (Dokończenie). — Streszczenia i Wyciągi. 105. O zapaleniu łącznicy z przeważnym udziałem elementów limfatycznych (Lymphom-Conjunctivitis). 106. O działaniu ołowiu na macię 107. Nowa i łatwa próba odkrycia barwników żółciowych. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 27 czerwca r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) A. Leśniowski — Quelques mots sur la question des anomalies des organes génito urinaires. 2) K. Rzętkowski — La diathèse dans la diathèse arthritique (la goutte, la gravelle urinaire).

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) A. Leśniowski — Einige Worte über die Anomalien im Baue der Harnorgane. 2) K. Rzętkowski — Zur Frage von der Diäbetik der Gicht.

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

PRACE ORYGINALNE.

Kilka słów w sprawie zбочeń w budowie organów moczowych.

Powiedział

ANTONI LEŚNIEWSKI

na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. d. 21 listopada 1905 r.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 50).

Istnieją rozmaite teorye, objaśniające powstawanie rozdwojonych i pod-

wójnych moczowodów. Najbardziej trafia do przekonania embryologiczna. Moczowody, rozwijają się u zarodka w sposób następujący. Od prąncerza (Urnier), pełniącego początkowo u zarodka czynności rozwijającej się później nieco nerki ostatecznej, zdąża ku kloace, zaś w następstwie ku kanałowi moczopłciowemu (*canalis urogenitalis*) przewód WOLFF'a. U płodu, mającego długości 7—7,5 ctm. zaznacza się ślepe wypuklenie ściany przewodu WOLFF'a przed wejściem tegoż do kloaki. Wypuklenie

owo powoli wydłuża się ku górze i ku dołowi, oddziela się zupełnie od przewodu WOLFF'a, zamienia się w kanał, i u płodów, mających długości 12—13 mm., wraz z przewodem WOLFF'a otwiera się u dołu do przewodu omoczny, ewentualnie w następstwie do rozwijającego się z niej pęcherza moczowego. Biegąc ku tyłowi i ku górze, moczowód dociera do zawiązku nerki ostatecznej, który leży pomiędzy kręgosłupem i dolną częścią pranercza. Otóż w przypadku rozdwojenia moczowodu ma się do czynienia, podług WEIGERT'a, z wczesnem rozgałęzieniem się pierwotnie pojedynczego owego wypuklenia ściany przewodu WOLFF'a, w przypadku moczowodów podwójnych — z pierwotnie podwójnem wypukleniem ściany przewodu WOLFF'a.

Dla ścisłości dodać muszę, że w przypadkach wrodzonego przemieszczenia nerek ku dołowi stwierdzono mniej lub bardziej znaczne skrócenie moczowodów. Spostrzegano następnie wrodzoną niedrożność pojedynczych kielichów, całej miedniczki lub moczowodu. Oczywiście, powyżej miejsca zwężenia mocz ulega zatrzymaniu, i ostatecznie powstaje wodonercze. Miejscowa wrodzona niedrożność moczowodu spotyka się w miejscach, w których prawidłowy moczowód jest najwęższy, a zatem w miejscu wyjścia z miedniczki, nieco poniżej tego miejsca, na przebiegu w ścianie pęcherza moczowego i nieco powyżej tegoż. Wrodzone zwężenia moczowodu są następstwem obecności w świetle tegoż tworów klapkowatych, mieszczących się zazwyczaj w górnym odcinku moczowodu, nieco poniżej miejsca wejścia moczowodu do miedniczki, oraz następstwem przegięcia się i skręcenia moczowodu dokoła osi. Zwężenie takie z jednej strony może prowadzić do powstania wodonercza, z drugiej stawia przeszkodę zglębnikowi moczowodowemu, zdążającemu do miedniczki. Wreszcie muszę wskazać na nieprawidłowości w osadzeniu moczowodu na miednicze, mianowicie, dzięki temu, że moczowód otwiera się do

górnego odcinka miedniczki, a więc pod kątem zanadto ostrym, pomiędzy jamą miedniczki i moczowodu powstaje kłapa, która może prowadzić do zatrzymywania się moczu w miednicze, a nawet do wodonercza. Dolny koniec moczowodu pojedynczego, tak samo jak dodatkowego, bywa bardzo wąski lub zgola ślepo zakończony. Wówczas, powodując z jednej strony wodonercze, z drugiej daje w końcu swym pęcherzowym guz torbielowaty, sterczący do jamy pęcherza moczowego.

W większości napotykanych w piśmiennictwie przypadków nieprawidłowego rozwoju moczowodów znajdowano owe nieprawidłowości przypadkowo u trupów, za życia nie powodowały one poważniejszych zaburzeń. Wszakże spostrzegano i przypadki, w których za życia zachodziła potrzeba zabiegów leczniczych. ORTHMANN⁵⁾ opisuje pewną chorą, u której znalazł guz wielkości jaja kurzego, sprężysty, chęlboczący, umiejscowiony na przedniej ścianie pochwy, na szerokość palca ku tyłowi od wylotu cewki moczowej. Podczas operacji, wyosabniając guz, zauważono, że od górnej ściany guza zdąża ku górze gruby twór rurkowaty. Twór ten również wyosobniono wysoko i wówczas dopiero zorientowano się, że ma się do czynienia z zakończonym ślepo moczowodem dodatkowym.

Badanie histologiczne torby i postronka rurkowatego stwierdziło, że w samej rzeczy miano do czynienia z moczowodem.

W przypadku M. BAUMM'a⁶⁾ 18-letnia dziewczyna cierpiała na wrodzone nietrzymanie moczu. Staranne badanie wykryło na prawo od wylotu cewkowego cienki otworek, z którego bez przerwy sączył się mocz. Z pomocą cewnikowania przekonano się, że był to otwór, pro-

⁵⁾ Orthmann. Zur Kasuistik der überzähligen Harnleiter. (Centralblatt f. Gynäk. 1893, N. 7. s. 137).

⁶⁾ M. Baumm. Medical Record 7 Janv. 1893., cytuję podług referatu w „Annales des maladies des organes génito-urinaires 1896.

wadzący do moczowodu; z moczowodu tego nie przedostawano się do pęcherza moczowego; w ciągu doby wypływało zeń 200 c. s. moczu, gdy tymczasem z pęcherza moczowego — 1100 c. s., zatem nie był to zwykły prawy moczowód. Zamykając czasowo ujście dodatkowego moczowodu, wywoływano zjawiające się wkrótce mocne bóle w prawej nerce. Otworzono pęcherz moczowy cięciem nadłonowym i przekonano się, że otwierają się doń w sposób prawidłowy 2 moczowody, zaś ów trzeci był przyrośnięty do zewnętrznej ściany pęcherza. Zespolono pęcherz z tym ostatnim moczowodem, wylot tegoż obok ujścia cewki zaszyto. Wynik zupełnie pomysłny.

Istnienie podwójnych lub rozdwojonych moczowodów może przyczynić się do nader poważnych błędów w rozpoznawaniu chorób nerkowych, a co zatem idzie — do błędów w leczeniu. Jest rzeczą oczywistą i zrozumiałą, że każdy z podwójnych moczowodów odprowadza moc z tej części nerki, która odpowiada zawartym w jego kielichach brodawkom nerkowym. O ile pewna sprawa chorobowa dotyczy ograniczonej części miąższu nerkowego lub jednej tylko miedniczki, o tyle moc, wypływający z każdego z podwójnych moczowodów, może posiadać zupełnie odmienne własności: podczas gdy ze zdrowej części nerki przez odpowiedni moczowód lub odpowiednią gałąź rozdwojonego moczowodu spływa moc zupełnie prawidłowy, to moc z moczowodu lub z gałęzi tegoż, odpowiadającej chorej części nerki, może zawierać rozmaite domieszki, jako to: ropę, walki, krew, drobnoustroje i t. d. Będzie rzeczą przypadku, czy w czasie podjętego przez nas badania cewnik moczowy trafi do moczowodu lub gałęzi jego, odpowiadającej zdrowej części nerki, czy też chorobowo zmienionej. Poza tem moczowód, idący od tej ostatniej części nerki, jak to widać z powyższego, może mieć swój wylot w miejscu zgoła niedostępnem dla oka, oglądającego z pomocą cystoskopu wewnątrz pę-

cherza moczowego. Powyższe stosuje się i do badania sprawności nerek z pomocą florydzy, metylenblau i t. p.

Tak tedy kilkakrotnie przedsiębrane cewnikowanie moczowodów w omawianych tu przypadkach może doprowadzić nas do wniosków, bardzo dalekich od istotnego stanu rzeczy. Dla lepszego zobrazowania przytoczę przypadek Young'a⁷⁾. 52-letni mężczyzna od kilku lat cierpiał na zapalenie pęcherza moczowego. Przed 2 lata dostał napadu lewostronnej kolki nerkowej, trwającego kilka godzin, w trakcie tego wyszedł z moczowodu kamień, wielkości ziarnka grochu. Dolegliwości ustały, atoli moc pozostał mętnym. Z pomocą cewnika, wprowadzonego do moczowodu prawego, otrzymano moc ropiasty, zaś z moczowodu lewego — moc prawidłowy. Röntgenogram wykazywał duży kamień w nerce prawej. Wywnioskowano, że lewa nerka jest zupełnie zdrowa, i że jest wskazane zoperowanie nerki prawej. Wydobyto z niej kamień. Po upływie dwóch dni choroby zmarł; oględziny zwłok wykryły, że lewa nerka była bardzo duża, miała dwie zupełnie odosobnione miedniczki i 2 moczowody, które to moczowody łączyły się w okolicy naczyń biodrowych. Miedniczka dolna była prawidłowa, w górnej tkwił duży kamień. Cewnik moczowodowy w czasie badania trafiał oczywiście do dolnej gałęzi moczowodu, dając moc prawidłowy — ztąd wywnioskowano mylnie o prawidłowym stanie nerki. Do równie wadliwego rozpoznania możemy dojść w przypadkach częściowego wodo- lub ropo-nercza, powstałego skutkiem niedrożności jednego z podwójnych moczowodów, ewentualnie jednej gałęzi rozdwojonego moczowodu.

Co się tyczy nieprawidłowości w czyniach nerkowych, to przedstawiają

⁷⁾ Young. Ueber einen Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter bifidus. (Monatsberichte f. Urologie. 1903. H. 10).

one mniej rozmaitości i zdarzają się zazwyczaj jednocześnie z innymi zboczeniami w budowie narządu moczowego. Nadliczbowe tętnice w większości przypadków wychodziły samoistnie z aorty, zaś żyły wpadały do żyły głównej. Czasami atoli zaczynały się tętnice nadliczbowe i z innych naczyń, np. Tonkow⁸⁾ opisuje prawostronną nerkę pewnego trupa, która była zaoopatrzona w 2 tętnice, wychodzące z tętnicy biodrowej wspólnej prawostronnej. Żyły również wpadały nie tylko do żyły głównej, lecz także do żył biodrowych. Liczba samoistnych tętnic nerkowych waha się od 2 do 4, żył od 2 do 6. Zboczenie, w mowie będące, bywało i jedno i dwustronne. Do nerki wdrażały naczynia w rozmaitych odcinkach tejże.

Wiadomości o nadliczbowych naczyniach nerkowych potrzebne są przedewszystkiem chirurgowi. Każda operacja na nerce rozpoczyna się od tego, że chirurg wydobywa nerkę nazewnątrz, orientuje się co do sprawy chorobowej, odbywającej się w nerce, i wówczas decyduje się na ten lub ów zabieg ostateczny. W celu wydobycia nerki nazewnątrz, już to na tępo, już to z pomocą noża wyosabnia ją z pośród tkanki otaczającej i wówczas z łatwością może uszkodzić dodatkowe naczynia nerkowe. Jeżeli chirurg ma na uwadze tylko ową typową tętnicę, wdrażającą w pośrodku wnęki nerkowej, natenczas z łatwością może przeoczyć inne, dodatkowe, a to tembardziej, że wobec ciężkiego zazwyczaj ogólnego stanu chorego nie krwawią one na razie. Dopiero, gdy chory powraca do sił, gdy serce poczyną działać energicznie, może zjawić się z niepodwiązanych naczyń dodatkowych krwotok wtórny, niekiedy jaknajbardziej dla chorego groźny. Należy zatem mieć zawsze w pamięci możliwość istnienia dodatkowych naczyń nerkowych, tembardziej, że nieprawidłowość ta napotyka się bardzo często.

W pewnych przypadkach obecność naczyń nadliczbowych, mianowicie naczyń, wchodzących do dolnego odcinka nerki, a zatem krzyżujących moczowód, tłumaczy nam występowanie wodonercza (*hydronephrosis*). W przypadkach tych, skoro nerka dzięki pewnym okolicznościom staje się ruchomą i zmienia swoje położenie, przesuując się ku dołowi i skręcając dookoła swej poprzecznej osi, wówczas moczowód załamuje się na krzyżującym go naczyniu zdążającym ku dolnemu odcinkowi nerki, i w ten sposób stwarzają się warunki do powstania wodonercza.

LEGUEU⁹⁾ przytacza 2 własne spostrzeżenia i kilka cudzych, w których moczowód był przegięty na nieprawidłowej tętnicy. Na dowód, że owo przegięcie było tu powodem wodonercza, przytacza on, że rozszerzenie moczowodu dochodziło od miedniczki do miejsca przegięcia na tętnicy, zaś poniżej moczowody wyglądały prawidłowo; powtóre, nie istniała żadna inna przyczyna, wystarczająco tłumacząca powstanie wodonercza. W wielu przypadkach po usunięciu owej nadliczbowej tętnicy drożność moczowodu zostawała przywrócona i wodonercze usunięte. Tylko tam, gdzie przegięcie trwało długo, i dołączało się zakażenie, zmiana w świetle moczowodu na miejscu przegięcia na naczyniu stawała się stałą, i po usunięciu naczyń wodonercze nie znikało.

⁹⁾ Leguen. Le rôle des vaisseaux anomaux dans la pathogenie de l'hydronephrose (Annal. des mal. des org. gén. urin., 1904. N. 18).

⁸⁾ Tonkow. Zwej Fälle von Anomalie der Nieren. Cytuję podług referatu w Monatsber. f. Urologie. 1904. II. 4.

**Podstawy leczenia dyetetycznego
t. zw. skazy moczanowej
(dny, kamicy nerkowej moczanowej).**

Podał

KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI

ordynator szpitala Wolskiego.

(Dokończenie. — Zob. N. 50).

Dane powyższe pouczają nader wymownie: że w użyciu powszednim najpospolitszym i nieledwie jedynym źródłem kwasu moczowego „exogen“ w moczu jest spożywane mięso i jego przetwory. Ztąd ważny z punktu widzenia dyetetyki wniosek, że, chcąc obniżyć ilość kwasu moczowego w moczu do wysokości tylko „endogen“, należy przedewszystkiem zabronić spożywania wspomnianych pokarmów. Fakt ten, empirycznie stosowany oddawna, w ostatnich czasach dopiero zyskał ściśle naukowe uzasadnienie.

Idzie następnie o to, czy można obniżyć w moczu ilość kwasu moczowego „endogen“, t. j. czy można — *sit venia verbo* — zmusić ustrój do zmniejszenia wytwarzania kwasu moczowego. Zdaje się, że tak. Przynajmniej za tem, zdaje się, przemawiają niektóre doświadczenia KAUFMANN'a i MOHR'a. Znaleźli oni, że dodatek do diety bezpurynowej większych ilości tłuszczów i węglowodanów obniża nieco ilość kwasu moczowego „endogen“, a to prawdopodobnie drogą zaoszczędzania wogóle rozpadu białka ustrojowego, ściślej mówiąc — białka jądrowego. Być może, że w ten sam sposób możnaby objaśnić wyniki niektórych autorów co do wysoku, którego spożywanie jakoby zmniejsza ilość wydzielanego kwasu moczowego (v. JAKSCH, RIESS), chociaż nie brak w tym kierunku dosyć ścisłych danych, brzmiących wprost przeciwnie (ROSENFELD i CHOTZEN).

Oto wszystko, co stanowić może dziś naukową podstawę do dyetetyki w t. zw. skazie moczanowej. Da się to streścić, jak następuje: 1) najpospolitszym źródłem znacznej części kwasu moczowego moczu jest mięso i jego przetwory oraz bogate w komórki zwierzęce pokarmy, jak np. grasica, wątroba, nerki, płuca i t. p. 2) ilość kwasu moczowego „endogen“ w moczu da się, zdaje się, zmniejszyć przez czynniki, zmniejszające wogóle rozpad białka ustrojowego, ewentualnie zaoszczędzające białko jąder komórkowych.

Zasadniczym wnioskiem praktycznym, jaki z powyższych przesłanek mamy prawo wyprowadzić, jest ten, że, chcąc ograniczyć w ustroju wytwarzanie się kwasu moczowego, należy podawać odnośnym chorym dietę bardzo pożywną i obfitą (zaoszczędzanie rozpadu białka), lecz zupełnie pozbawioną mięsa i jego przetworów: będzie to „dyeta bezpurynowa“.

Na dietę taką składać się będą w pierwszej linii pokarmy roślinnego pochodzenia, a zatem jarzyny, owoce, potrawy mączne (pieczywo, kluski) kasza, ryż i t. p. Stanowczo zabraniać winniśmy chorym tej kategorii pokarmów pochodzenia zwierzęcego, a zatem mięsa rozmaitego pochodzenia i pod każdą postacią, wszelkich wątróbek, grasicy, mózdków, cynader i t. p., dalej — przetworów mięsnych, jak ekstrakty mięsne, buliony, zupy mięsne. Wyjątek z pokarmów wogóle pochodzenia zwierzęcego stanowi tu mleko i jego przetwory, jak np. ser, oraz — jaja. Mięso ryb, o ile się zdaje, nie różni się pod względem szkodliwości dla omawianych chorych od mięsa wogóle. Kawior, a zwłaszcza t. zw. „mleczko“ rybne — jako produkty par excellence nukleinowe, powinny być stanowczo wzbronione. Co się tyczy kawy, herbaty, kakao i czekolady — które zawierają kofeinę i teobrominę — związki pokrewne zasadom purynowym — to w tym kierunku zdania są podzielone. Nie sądzę jednak, aby umiarkowane ich użycie mogło szkodzić omawianym cho-

rym na tyle, iżby tej szkodliwości nie wynagradzały ich strony dodatnie, zwłaszcza zaś lekkie działanie podniecające i moczopędne.

W myśl uwag powyższych schemat diety dla chorych na t. zw. skazę moczową będzie następujący. Dieta ta będzie na miejscu zarówno dla chorych na dnę, jak i na kamicę nerkową moczową.

Nr. I (dieta dla chorych szczupłych):

Śniadanie 1: Mleko, lekka kawa lub herbata ze śmietanką i z cukrem, kakao lub czekolada. Pieczywo. Masło. Miód.

Śniadanie 2: Jajecznica, jaja na miękko z dużą ilością masła, mleko, ser, pieczywo.

Obiad: Zupy roślinne (bez dodatku rosołu, bulionu), mleczne, owocowe. Jarzyny z dużą ilością masła, jako to: groch, kartofle, ryż i t. p., kasza, kluski. Jaja, ser, sałaty, kompoty, owoce, pieczywo, masło, oliwa.

Podwieczorek. Kefir, mleko kwaśne i słodkie, lekka kawa, pieczywo, masło.

Kolacja. Jaja, jarzyna, mleko, ser, pieczywo z masłem, owoce.

Dieta powyższa, jak widzimy, zawiera dużą ilość ciał białkowych (ser, jaja, mleko), tłuszczów (masło, oliwa, śmietanka) oraz wodorotlenków. Wyjątkowo osłabionym chorym można zezwalać na obiad nieco mięsa, lecz w formie t. zw. sztuki mięsa lub potrawek — bez mięsnych soków, a zatem mięsa (lub ryb) wygotowanego, t. j. pozbawionego bardzo znacznej części ciał purynowych.

Daleko częściej zdarza się w praktyce, że chorzy na t. zw. skazę moczową są jednocześnie otyli. Dla takich odpowiedniejsza będzie dieta następująca:

Nr. II (dieta dla chorych otyłych).

Śniadanie I. Herbata z małą ilością cukru pół na pół z mlekiem lub kakao na wodzie. Sucharki.

Śniadanie II. Szklanka kefiru, chleb razowy.

Obiad. Filiżanka kleiku, barszczu czystego, zacierka na wodzie. Jaja. Jarzyna, owoce, ser, kawa czarna lekka z bardzo małą ilością cukru. Wszystko z minimalną ilością soli i masła.

Podwieczorek. Mleko kwaśne, ser, chleb razowy.

Kolacja. Jaja, jarzyna. Herbata czysta, sucharki. W łóżku przed snem szklanka kefiru lub rozbełtanego mleka kwaśnego.

W ostatnich czasach ważną rolę zaczyna odgrywać w dyetetyce sól kuchenna, a to zwłaszcza dzięki powinowactwu jej w ustroju do wody oraz dzięki trudnemu wydzielaniu się jej przez nerki, zwłaczca chore. Zdaje się, że sól kuchenna nie tylko poważnie obciąża pracę nerek co do wydzielania wody, ale i substancji azotowych. Czy utrudnia ona również i wydzielanie kwasu moczowego — nie wiadomo jeszcze, ale jest to bardzo możliwe. Ze względu na to a także ze względu na okoliczność, że bardzo wielu chorych na dnę choruje jednocześnie na miażdżycę tętnic oraz na nerki, sól kuchenna w większej ilości stanowi dla nich przeciwwskazanie. Zwłaszcza dotyczy to chorych otyłych, dla których za najodpowiedniejszą uważam dietę mało — a nawet bezsolną.

Ilość wody, jaką mogą wypijać chorzy na t. zw. skazę moczową, powinna być spora. Zwłaszcza dotyczy to chorych na kamicę nerkową, u których duża ilość moczu jest jednym z podstawowych warunków rozpuszczania się kwasu moczowego. Zachodzi pytanie, jaka to ma być woda, mineralna, czy zwykła. Co do mnie, to przemawiałbym za wodą zwykłą, jaknajmniej pod względem punktu zamarzania zbliżoną do soków ustrojowych. Tylko taka woda bowiem najskuteczniej obniży koncentrację tych soków, zwłaszcza jeżeli dotyczy to chorych, trzymanych na diecie bezsolnej.

Ważne jest zdawanie sobie sprawy każdorazowo, o ile dany chory posiada i

jak wysoką tolerancję w kierunku mięsa, t. j. jaki przyrost dana ilość mięsa powoduje w wydzielanym kw. moczowym. W tym kierunku w cytowanej już wyżej pracy mojej zaproponowałem oznaczanie tej tolerancji nie przy pomocy mięsa, co do którego w praktyce zawsze możemy mieć pewne wątpliwości (wpływ przygotowania, zasymilowania się niedokładnego i t. p.), lecz przy pomocy ekstraktu mięsnego (łatwość dawkowania, stałość składu i t. p.). Należałoby więc postępować w taki sposób. Trzymając chorego — *ceteris paribus* — na dyecie bezpurynowej, należy zorientować się przez 2—3-krotne oznaczenie w jego moczu odnośnie do dobowej ilości wydzielanego kwasu moczowego. W ten sposób zdamy sobie sprawę, jaka jest właściwa temu choremu wysokość kwasu moczowego „endogen”. Następnie zaś należy do diety bezpurynowej dodać 25—50 grm. ekstraktu mięsnego i oznaczyć wysokość przyrostu kwasu moczowego w moczu, t. j. kwas moczowy „exogen”. Jak wyżej zaznaczyłem, 100 grm. ekstraktu mięsnego, dodane do diety bezpurynowej, daje kwasu moczowego „exogen” około 1,3 grm. Jeżeli do oznaczenia „tolerancji” użyjemy jednorazowo 50 grm. (*pro die in dosi refracta*), to przyrost ten powinien wynosić około 0,65 grm. Może on być albo większy, albo normalny, albo też mniejszy. Jeżeli przyrost będzie większy, to znaczy, że dane indywiduum z trudnością spala kwas moczowy, jaki się z ciał purynowych ekstraktu w jego ustroju wytwarza, ponieważ zaś wydziela go przez nerki należycie, przeto narażone jest łatwiej na powstawanie zlogów kamicy nerkowej moczowej. Jeżeli zaś przyrost będzie normalny lub nawet mniejszy —, ciągle przy zupełnie zdrowych nerkach — to znaczy, że dane indywiduum normalnie lub nawet sprawniej spala kwas moczowy, ewentualnie czynniki purynowe ekstraktu mięsnego. Być może, że pod wpływem odpowiedniego dłuższego leczenia pokazuje się, że dany osobnik wzmógł swą tolerancję odnośnie

do składników purynowych ekstraktu mięsnego, ewentualnie mięsa, tak jak to mamy odnośnie do tolerancji węglowodanowej u chorych na cukrzycę, leczonych odpowiednio... Stosowanie podobnych badań u chorych, zwłaszcza na kamice nerkową moczową, a nawet może i na dnę, da nam szereg bardzo ciekawych danych cyfrowych, które nie tylko będą mogły stanowić podstawę do racjonalnej dyetetyki w tych sprawach, ale nawet pozwolą oceniać postęp leczenia. Z drugiej zaś strony badania takie pozwolą nam może orientować się każdorazowo co do ilości mięsa, jaką danemu choremu dać możemy bezkarnie, tak, jak oznaczanie tolerancji węglowodanowej u dyabetyków pozwala nam zdawać sobie sprawę, ile danemu choremu bez szkody dlań dać możemy bezkarnie węglowodanów.

Zarzucić mi ktoś może, że badania takie są trudne i kłopotliwe, a przez to prawie niemożliwe w praktyce prywatnej. Przyznam chętnie, że nie tylko takie badania, ale i leczenie takich chorych najlepiej przeprowadzać w specjalnych zakładach leczniczo - dyetycznych, których brak w naszym kraju coraz dotkliwiej uczuwać się daje. Sądzę jednak, że oznaczanie kwasu moczowego w moczu metodą choćby np. HOPKINS'a jest rzeczą tak prostą, że bez najmniejszego kłopotu da się w praktyce prywatnej zastosować.

Wszakże i dziś mocze naszych chorych bardzo często na kwas moczowy analizujemy. Dotychczas jednak robimy to wciąż bez zwracania najmniejszej uwagi na dietę, zwłaszcza na to, ile też dany chory spożył mięsa bezpośrednio przed daniem moczu do rozbioru. I wciąż na podstawie chwiejnych danych takich rozbiorów nie tylko robimy rozpoznania (co dla chorego nie jest jeszcze szkodliwe), ale i budujemy kunsztowny gmach terapii... Dziś już nie wolno nam całego kwasu moczowego moczu traktować *in toto* jako coś jednolitego. Przeciwnie, zamierzając oznaczać w moczu kwas mo

czowy, powinniśmy zdawać sobie dokładnie sprawę, o jaki właściwie kwas moczowy nam chodzi — o ten, który się wytworzył z mięsa — „exogen“, czy też o kwas moczowy „endogen“? Danie choremu diety bezpurynowej od razu pozwoli nam rozstrzygnąć tę ważną okoliczność. Powinniśmy też znać ilość mięsa, jaką dany chory spożył: wówczas objaśnimy sobie łatwo znaczenie tych „dużych“ ilości kwasu moczowego w moczu, które dziś tak mylnie i bezkrytycznie za coś wysoce patologicznego uważamy.

* * *

Oto wszystko, co w sprawie podstaw naukowych dyetetycznego leczenia t. zw. skazy moczowej mogłem Szan. Panom dziś zakomunikować. Z konieczności musiałem być zwięzły, być może, nawet ze szkodą dla przedmiotu. Szło mi wszakże tylko o uwydatnienie znaczenia mięsa, jako najpospolitszego źródła kwasu moczowego „exogen“ w moczu. Mówilem tylko o kwasie moczowym, nie dotykając zgoła pokre-

wnych mu zasad ksantynowych, co do których i dziś jeszcze tak dobrze jak nie wiemy. Mówilem także wyłącznie o dyetetyce omawianych spraw, nie dotykając innych metod leczenia ich, jak np. leczenie fizyczne, leczenie wodami mineralnymi, lekarstwami... Nie znać to wszakże, abym przez to chciał stawiać dyetetykę po nad inne sposoby leczenia t. zw. skazy moczowej. Pragnąłem tylko dać Szan. Panom uzasadnienie naukowo-teoretyczne dyetetyki w zakresie spraw, z kwasem moczowym w patologii związanych, tak, jak się ono przedstawia w świetle badań najnowszych. A z tego, co tu powiedział, widzą Szan. Panowie, że jednak i w tej tak niesłychanie zawiśniętej dziedzinie zwolna, acz mozolnie zbliżamy się nie tylko do poznawania istoty omawianych spraw i stosunku kwasu moczowego do nich, ale i do racjonalnego ich leczenia.

Warszawa, we wrześniu 1905 r.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

105. W GOLDZIEHER. (Budapeszt). O zapaleniu łącnicy z przeważnym udziałem elementów limfatycznych. (Lymphom-Conjunctivitis).

W żadnym podręczniku nie znajdujemy opisu tej choroby pomimo że znana jest już od dwudziestu kilku lat. Zdarza się względnie rzadko, i tem się tłumaczy, że jest tak mało znana. Im jednak bliżej poznaj ją okulisci, tem więcej przypadków zaczyna się pojawiać w literaturze. W każdym razie choroba ta zasługuje na dokładne sprawozdanie już choćby z tego powodu, że pod względem morfologicznym jest bardzo podobna do jaglicy, a przedewszystkiem

do tej postaci, która występuje w ostrej formie dlatego łatwo może dać powód do mylnego rozpoznania. Rozpoznanie zaś szczególnie jest ważne tym razem, bo rokowanie i leczenie tych dwóch postaci chorobowych są zupełnie różne.

Znana jest choroba pod dwiema nazwami. W literaturze niemieckiej nosi nazwę: Lymphom Conjunctivitis. Francuzi nazywają ją: Conjunctivite infectieuse de Parinaud. Główną cechą charakterystyczną tej choroby jest to, że jednocześnie ze zmianami na łącnicy, a przypominającymi bardzo *krachomą acutą*, pojawiają się na szyi duże limfomaty. Na tę koincydencję objawów na szyi z objawami na łącnicy głównej

nacisk kładzie autor, który zarazem przypuszcza, że ten sam proces limfatyczny odbywa się jednocześnie w gruczołach szyjowych i w łącznicy.

We wszystkich przypadkach, jakie autor spostrzegał, a które opisał był w 1893 roku, chorowało zawsze jedno tylko oko. W oku tem łącznica na obu powiekach była zmieniona. Na początku choroby łącznica bywa znacznie przekrwiona, fałdy przejściowe, ogromnie powiększone, przy odwróceniu powieki występują w postaci znacznych zgrubień, które łatwo przy dotyku krwawią.

Następnie tworzą się w ogromnej liczbie follikuly i przerosty brodawek, które dochodzą do wielkości, jakiej w jaglicy nigdy nie znajdujemy. Już sama wielkość tych tworów zwraca uwagę lekarza i pozwala w takich przypadkach z wszelką pewnością wyłączyć jaglicę. Do owrzodzeń nigdy nie dochodzi. Jeżeli do tego dodamy, że przebieg choroby bywa zawsze pomyślny, że w rezultacie mamy zawsze *restitutio ad integrum*, to pozwala nam to wraz z brakiem wszelkich śladów owrzodzeń wyłączyć także miejscową gruźlicę spojówki.

Co się literatury przedmiotu tyczy, to pierwsze trzy przypadki opisał w 1889 roku PARINAUD, który odrazu zwrócił uwagę na wielkie podobieństwo tej choroby do jaglicy. Przypadek, który w 1892 roku opisał GREEFF pod nazwą *Conjunctivitis pseudo-trachomatosa*, należy zdaniem autora, zaliczyć do rodzaju *Lymphom-Conjunctivitis*. Wprawdzie brak było głównego objawu ze strony gruczołów szyjowych, zmiany jednak na łącznicy i pomyślny przebieg każą przypuszczać pewne podobieństwo do tej nowej postaci chorobowej. W 1893 roku opisał swoje trzy przypadki autor, który wtedy pracy PARINAUD'a nie znał. W następnych latach pojawiały się wciąż nowe prace w tym kierunku. Ostatnia pod tytułem: „Ein Fall von Parinaud's Conjunctivitis” wyszła w 1904 roku w *Zeitschrift für Augi*. Autorem jest von W. MATTHEI.

Co się klinicznego przebiegu i patogenety tyczy, to przedewszystkiem zaznaczyć trzeba, że należy ta choroba do rzędu infekcyjnych. Zarazek niewiadomy. Zaraźliwa nie jest. Przebieg zawsze dobry, śladów żadnych nie pozostawia. Na rogówce żadnych zmian nie widziano. Gruczoły na szyi najczęściej ulegają wes-

saniu, czasami ropieniu. Głównym środkiem leczniczym jest arszenik i żelazo. Duże przerosty na łącznicy można usuwać na drodze operacyjnej, co skraca przebieg choroby. Używanie środków drażniących w rodzaju *cuprum sulphuricum* albo *arg. nitricum* jedynie szkodę przynosi. Wyczekujący sposób leczenia daje również dobre wyniki. Badania anatomo-patologiczne nie zupełnie jeszcze kwestyę wyświełili. W postaciach lekkich w nabłonku żadnych zmian nie znajdowano, w cięższych przypadkach nabłonek okazuje nadzwyczajną skłonność do zwyrodnienia śluzowego. Zmiany te różnią się od tych, jakie zwykle znajdujemy w jaglicy. Również nie znajdowano, jak to w jaglicy bywa, rozległych ognisk z nacieczeniem drobnokomórkowem. Komórki które widywano w tkance adenoidalnej, różnią się od zwykłych leukocytów.

(Centralblatt für prak. Aug. N. 1 — 1905)

F.

106 L. LEWIN. O działaniu ołowiu na macię.

Już w czasach starożytnych znano ten fakt, że ołów jest w stanie wywierać paralizujące działanie na narząd płciowy. Zalecano nawet nosić blaszki ołowiane tym, którzy cierpieli na stany pobudzenia tego narządu. Później stosowano ołów do wewnątrz i przypuszczano możliwość prostego zabijania ciałek nasiennych u mężczyzny przez sól ołowiu, podaną naprz. w winie.

O niepłodności kobiet wskutek wpływu ołowiu, o ile autorowi wiadomo, niema wzmianek, ale przemysł ołowiany nowszych czasów i udział w nim kobiet wysunął tę kwestyę na jaw, i okazało się, że wpływ ołowiu na kobietę jest jeszcze szkodliwszy, niż na mężczyznę, z kobiet bowiem, mających do czynienia z ołowiem, choruje na saturnizm 40%, z mężczyzn 7%, jak to widać ze statystyki, zebranej w Wiedniu. Tamże przy wyrabianiu kapsulek staniolowych, gdzie pracują same kobiety, 80% choruje na zatrucie ołowiem. Dalsze obserwacje lekarzy wykazały, że zatrucie ołowiem wywołuje zaburzenia przy porodach i w czasie ciąży, np. poronienia, które nawet umyślnie wywoływano ołowiem.

Dalej zauważono, że zwierzęta, jak krowy, owce, kozy, które żywiły się w bliskości hut, miały urynę ze krwią, ronili płód przed czasem

i stawały się nieplodnymi. Nawet ptak w takich miejscowościach znosił tylko próżne jaja.

To samo miało miejsce w górnictwie ołowianem w Szkocyi. Kobiety stale roniły, urodzone zaś dzieci krótko bardzo wlokły swój nędzny żywot. Ta kwestya, ważna ze stanowiska socjalno-politycznego, zwróciła na siebie baczniejszą uwagę. Zajęli się nią wybitni lekarze, jak TARDIEU, PAUL, i dowiedli że — zaburzenia ciąży mają miejsce, jeżeli sama matka ma do czynienia z ołowiem, jak również i wtedy, gdy ojciec chorował na zatrucie ołowiem. Zaburzenia te objawiały się:

- 1) w krwotokach macicznych;
- 2) w poronieniach w 3 — 6 miesiącach;
- 3) w porodach przedwczesnych martwych lub wkrótce umierających dzieci;
- 4) w śmiertelności dzieci w ciągu pierwszych 3 lat, przewyższającej normalną.

Te same zaburzenia spotykano u kobiet, skoro rury wodociągowe były ołowiane; po zastąpieniu tych ostatnich przez żelazne objawy powyższe ustępowały.

Stale poronienia spotykamy również u pracownic w giserniach czcionek, częstokroć u zecerów i żon malarzy.

Wojna pochłania tysiące istot żyjących, zatrucia hamują rozwój również tysięcy istot. Prawodawstwo francuskie, stojące pod tym względem najwyżej, zabrania kobietom zajęć, przy których się ma do czynienia z fosforem, kwasami, arsenikiem, chromem i t. p.

(Berliner Klinische Woch. 41—1904).

D-r Pyrż.

107 PRESSLICH. Nowa i łatwa próba odkrycia barwników żółciowych.

PRESSLICH zaleca nie nową w zasadzie, lecz w wykonaniu b. prostą próbę, polegającą na tem, że do badanej uryny dodajemy kilka kropel dymiącego kwasu saletrzanego; w razie obecności barwników żółciowych płyn zabarwi się na zielono.

PRESSLICH porównywał wyniki swej próby z wynikami próby ROSIN'a (na urynę nalewamy rozcieńczonej do koloru mahoniowego drzewa nalewki jodowej — na granicy warstw zielony pierścień) i przekonał się, że po 10-krotnem rozcieńczeniu uryny przy próbie ROSIN'a trudno było zauważyć zielony pierścień, a po 20-krotnem rozcieńczeniu próba ROSIN'a nie wykazywała barwników żółci, tymczasem próba z kwasem saletrzanym dawała zielone zabarwienie całej ilości moczu. Próbę GMELIN'a trudno jest wykonać już po 5-krotnem rozcieńczeniu moczu.

Mocz chorych, przyjmujących rabarbar, salol, aspirynę, salicyl, po dodaniu kwasu saletrzanego zabarwia się w dolnych warstwach na lekko brunatny kolor.

Po zażyciu dużych dawek antypiryny mocz niektórych osób daje przy próbie GMELIN'a wyraźny zielony pierścień, po dodaniu zaś kwasu saletrzanego nie zabarwia się wcale.

(Münch. med. Woch. N. 5. 1905).

Maryan Wilczyński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 czerwca 1905 r.

TREŚĆ: 1) KARWACKI LEON. — Pokaz objawu PFEIFFER'a. 2) DUNIN Teodor. — O wczesnem operowaniu w chorobach wewnętrznych.

1) LEON KARWACKI przedstawił 3 preparaty drobnowidzowe: typową hodowlę przecinków cholerycznych, starą hodowlę z mnóstwem

tworów kulistych, które powstały skutkiem obumierania przecinków (samoistny objaw PFEIFFER'a) i wypocinę otrzewnową świnki morskiej, która miała zastrzykniętą żywą hodowlę przecinków wraz z surowicą przeciwocholeryczną. Wszystkie przecinki zmieniły swą postać na kuleczki i leżały aglutynowane w gromadkach na

podobienstwo gronkowców (typowy objaw PFEIFFER'a.)

2) Prezes DUNIN porusza sprawę wczesnego operowania w niektórych chorobach wewnętrznych. I tak, najpierw w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Dzisiaj przyjęto niemal jako aksjomat, że w ostrym okresie operować należy jedynie wtedy, kiedy utworzy się większe zbiorowisko ropy, to, co w klinice nazywamy ropniem. Operować należy dopiero po przejściu okresu ostrego t. j. à froid. W ostatnich jednak czasach operatorowie angielscy oraz niemieccy (KAREWSKI, ROTTER) posunęli się o krok dalej i radzą operację t. zw. wczesną, t. j. w samym początku choroby, kiedy zmiany ograniczają się niemal do samego wyrostka, a infiltrat naokoło jeszcze nie miał czasu się wytworzyć. Ma to miejsce w pierwszych 24, 48 a nawet 60 godzinach. Po przejściu tego okresu minęła już chwila odpowiednia do operacji. Wyniki tego sposobu operowania są oczywiste. Najpierw śmiertelność jest bardzo mała, taka sama, jak w operacjach, robionych à froid. Potwórze uratować można i tych chorych, u których wyrostek pęka wprost do jamy brzusznej.

Wreszcie skraca się czas trwania całej choroby. Rezultaty są tem lepsze, im wcześniej się operuje.

Drugą chorobą, w której reforma w kierunku wczesniejszego operowania jest niezbędna — są kamienie żółciowe. Pratyka, obejmująca wiele lat przebiegu choroby u jednych i tych samych chorych, wskazuje, że środki wewnętrzne są bezsilne wobec tej choroby, a mianowicie, że leczenie doszczętne należy do wyjątków. Osiągamy więc zazwyczaj chwilowe uspokojenie objawów, które po pewnym czasie napowrót wybuchają. Chorzy tacy latami się leczą i ciągle są chorzy.

LEŚNIEWSKI chciałby temat, poruszony przez prelegenta, potraktować szerzej; wszak prócz chorych, wymienionych przez tegoż, i wielu innych, szczególnie na nowotwory złośliwe, częstokroć zgłaszają się do chirurga zapóźno. Skutecznie zapobiedz temu dałoby się dzięki wprowadzeniu w życie stałych lekarzy domowych. Następnie, za mało wśród lekarzy nieoperatorów są znane nowoczesne wskazania do wielu nowopowstałych operacji, wyniki owych zabiegów, okresy chorób, kiedy owe zabiegi są

wskazane i t. d. Temu dałoby się znów zaradzić z pomocą częstego komunikowania się chirurgów z terapeutami, głównie zaś dzięki poruszaniu na posiedzeniach ogólnych tematów z tak zwanego „Grenzgebiet'u.

LEŚNIEWSKI nie sądzi, by utrzymał się przytoczony przez prelegenta pogląd na natychmiastowe operowanie sprawy przywrostkowej w najwcześniejszym okresie tejże. Sprawa przywrostkowa, tak samo jak i każda inna sprawa chorobowa, ma przebieg bardzo rozmaity. Miarodajne mogą tu być głównie wyniki badań anatomo-patologicznych. Praca pewnego Niemca, oparta na bardzo licznych materiałach zarówno operacyjnym, jak i sekcyjnym, wykazała, że duży procent zapaleń przywrostkowych powstaje bez uprzedniego przedziurawienia wyrostka do otrzewny dzięki obfitemu komunikującemu się naczyniom chłonnym. Po przedostaniu się drobnoustrojów, już to dzięki rozmaitej złośliwości ich, rozmaitej liczbie, rozmaitej wrażliwości otrzewny, powstaje bądź to od razu obejmujące całą otrzewną posokowe zapalenie tejże, bądź też od początku sprawa jest bardziej ograniczona do okolicy wyrostka. W tym ostatnim przypadku już po upływie doby od początku choroby pomiędzy pozlepieniami ze sobą pętlami kiszek znajdują się obok wysięku włóknikowego rozmaitej wielkości wysepki ropy.

W dalszym przebiegu ropa ta i włóknik ulegają wchłonięciu, pozostawiając po sobie zrosty, już też wśród pętlic kiszek, szczególnie w pobliżu chorego wyrostka, wytwarza się jeden lub więcej ropni. Oczywiście, w przypadku ogólnego zapalenia otrzewny natychmiastowy zabieg jest jaknajbardziej wskazany. Przeciwnie ma się rzecz ze sprawą ograniczoną.

HEWELKE jest zdania, że dziedzina pogranicza chirurgii i medycyny wewnętrznej jest bardzo obszerna. Prelegent poruszył sprawy najczęstsze.

Jeżeli u nas w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego nie ucieka się tak wcześnie do operacji, jak tego żądają chirurdzy amerykańscy, a ostatnio i niemieccy, to przyczyna ta leży zapewne w różnicy materiału operacyjnego, t. j. że chorzy nie zjawiają się dość wcześnie do lekarza, a powtóre, iż często bar-

dzo trudno jest zrobić rozpoznanie w samym początku sprawy, w 1-ej jej dobie.

Stawianie tych samych wymagań dla kamicy żółciowej t. j. żądanie operowania w pierwszym jej napadzie nie daje się usprawiedliwić. Mamy tu chorobę ogólną, której objawem miejscowym jest kamica: usunięcie kamienia nie zabezpiecza od tworzenia się nowych w przyszłości.

Rzętkowski zaznacza, że sprawa, poruszona przez prelegenta, praktycznie biorąc, jest sprawą pierwszorzędną wagi. Idzie tu bowiem o wczesne i radykalne leczenie chorób wewnętrznych na drodze chirurgicznej, oczywiście — tych chorób wewnętrznych, które na innej drodze wyleczyć się nie dadzą, i w ostateczności prowadzą albo do wysoce uciążliwych stanów chorobowych przewlekłych, albo też do bardzo groźnych dla życia stanów ostrych.

Za postulat dowiedziony — zgodnie z prelegentem — przyjąć musimy wogóle, że wczesne usunięcie doszczętne podstawowego źródła sprawy chorobowej radykalnie leczy chorobę lub poprawia znakomicie stan chorego. Należy więc operować wcześnie. I pod tym względem sprawa wogóle dyskusji ulegać nie może. Dlaczegoż więc nie operujemy wcześnie. Tu współdziała sporo przyczyn, z których za ważniejsze R. uważa: 1) niepewność w rozpoznaniu; 2) trudności operacyjne techniczne; 3) nieuzasadniona ufność chorego w środki wewnętrzne; 4) opór ze strony chorego. Punktu 4-go, chociaż jest on bardzo ważny — tu w dyskusji brać pod uwagę nie można. Punkt 3-ci, mianowicie — nieuzasadniona ufność w leczenie wewnętrzne, zwłaszcza ze strony lekarza — zasługuje bardziej na podkreślenie.

Prelegent wspominał tu o 3 stanach chorobowych, wkraczających w dziedzinę terapii chirurgicznej, a mianowicie o zapaleniu wyrostka, o kamicy żółciowej i o kamicy nerkowej. Tu, niesłusznie zdaniem R., pominięto tak ważne sprawy, jak przewlekłe cierpienia żołądka — a mianowicie wrzód żołądka i rak. W leczeniu doszczętnym tych cierpień, zwłaszcza zaś wrzodu, chirurgia odgrywa zasadniczą rolę.

Wł. Janowski nie sądzi, aby operowanie chorych na *appendicitis* w ciągu pierwszych 48 godzin od zachorowania dało się przeprowadzić

gdziekolwiek ze względów praktycznej niemożliwości wprowadzenia w życie tej idei.

Jest zdecydowanym zwolennikiem operowania podobnych chorych à la froid, o ile mieli oni więcej, niż jeden napad chorobowy ostry. Zwraca uwagę, że operacja wyrostka robaczkowego, wykonana nawet wzorowo i z najlepszym przebiegiem pooperacyjnym, naraża jednak niebyleżko chorych na ból w brzuchu, występujący nieraz w dłuższy dopiero czas po jej wykonaniu, wracający dość często i trwający czasem po kilka do kilkunastu dni.

Co do operacji w kamicy żółciowej, J. jest stanowczo zdania, że należy ją stosować dopiero przy wystąpieniu objawów, dowodzących niewątpliwie, że kamienie powodują stałe miejscowe zatrzymanie żółci lub jej zakażenie.

Co do możliwie wczesnego operowania kamieni nerkowych, to J. jest za niem, o ile napady są b. ciężkie lub powtarzają się często i zwłaszcza, gdy przebiegają z objawami zakażenia. Zachodzi tu bowiem ta okoliczność zasadnicza, o której w kamicy żółciowej niema mowy, że każdy napad ciężki już sam przez się grozi śmiercią z mocznicy wskutek odruchowej bezczynności drugiej nerki. I tu jednak cewnikowanie i prześwietlanie powinno chirurga uprzednio zupełnie upewnić, że chory ma drugą nerkę i to zupełnie zdrową. Zdarzają się bowiem przy pominięciu tego fatalne pomyłki. Dla pamięci J. podkreśla fakt, że brak drugiej nerki zdarza się w stosunku 1 : 5000 ludzi, co nie jest znów odsetką szczególnie małą.

Krauze zaznacza, że, jeżeli przed kilku jeszcze laty dość trudno było chorego namówić do operacji przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, to obecnie przychodzi to z łatwością, i każdy chory mniej więcej wie, że zapalenie wyrostka robaczkowego wymaga operacji, i często nawet sam o nią prosi. Nie trudno więc byłoby, jak w Ameryce i Niemczech, i u nas zaprowadzić sposób wczesnego operowania przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, t. j. w 24 lub 48 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów zapalenia.

Technika operacyjna nie stoi na przeszkodzie, przeciwnie, jest ona daleko łatwiejsza na samym początku choroby, gdyż zrostów wtedy

właściwie nie ma, lecz tylko zlepy, które bardzo łatwo oddzielić się dają, na co zwracają szczególną uwagę wszyscy zwolennicy wczesnego operowania. Idzie tylko o to, że rozpoznanie właśnie w samym początku choroby nie jest tak łatwe: w pierwszych dwóch dobach za mało mamy objawów dla stanowczego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. K. jest zwolennikiem wczesnej operacji przy pewnym rozpoznaniu: i operacja jest łatwiejsza, i uwalniamy chorego od cierpienia, o którym z początku nie wiemy, jaki będzie miało dalszy przebieg.

Co się tyczy wczesnej operacji w kamicy żółciowej, to K. sądzi, że z operacją spieszyć się nie należy. Chory, raz operowany, nie jest jeszcze zabezpieczony od nawrotu choroby. Chory taki uleść musi powtórnej operacji, gdyż choroba kamieni żółciowych nie jest chorobą miejscową, lecz ogólną, i po usunięciu kamieni nowe tworzyć się mogą.

Chorych na kamienie nerkowe należy operować jaknajwcześniej; im prędzej chory zostaje operowany, tem mniejsze jest zniszczenie nerki, i z tego powodu wynik operacji bywa lepszy.

KARCZEWSKI uznaje zasadę wczesnego operowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego teoretycznie za zupełnie słuszną, lecz w praktyce nie zawsze możliwą do urzeczywistnienia z powodu trudności rozpoznawczych. Czasem trudno bywa odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego w początkowym okresie choroby od kolki żółciowej i nerkowej, u kobiet zaś od zapalenia przydatków macicznych.

Co się tyczy przypadków kamicy żółciowej, to pewna powściągliwość w operowaniu tych przypadków jest poniekąd uzasadniona wobec zdarzających się od czasu do czasu recydyw po operacji. Wprawdzie możnaby uczynić zarzut, iż recydywy zdarzają się tylko wtedy, kiedy podczas operacji nie wszystkie kamienie zostały usunięte. Jeżeli jednak pomimo wszelkich usiłowań ze strony chirurga nie zawsze daje się usunąć wszystkie kamienie, to jest to dowodem, że nasze t. zw. radykalne zabiegi lecznicze w kamicy żółciowej w istocie nie są deś radykalne, Nieliczne choćby niepowodzenia po operacji sprawiają, że nie możemy z należytem przekonaniem namawiać do operacji bezzwłocznej każdego chorego, który prze-

był jeden lub kilka napadów kolki żółciowej.

KRAJEWSKI zaznacza przede wszystkim wielkie zasługi, jakie w Warszawie położył prelegent dla stosowania chirurgii w chorobach wewnętrznych. KR., dzięki bliskiemu sąsiedztwu z oddziałem DUNINA i ciągłej inicjatywie jego oraz obficie dostarczaniem materiałowemu, miał sposobność wykonać całe szeregi operacji w chorobach wewnętrznych (brzucha i klatki piersiowej), a pomyślnymi wynikami wlać w siebie i otoczenie (tak chirurgów jak i internistów) przeświadczenie o niewątpliwych korzyściach, tą drogą osiągniętych. Nie dziwi go też wcale, że i dzisiejsze nowe posunięcie na drodze postępu w tym kierunku, mianowicie żądanie wczesnego operowania, nie przetrzymywanie chorych całymi miesiącami na bezowocnej, a często niebezpiecznej obserwacji wyszło znów od najbardziej zasłużonego na tem polu kol. DUNINA.

Cheć należycie ocenić wskazanie do wczesnego operowania wyliczonych przez DUNINA chorób wewnętrznych, nie można ich rozpatrywać *en bloc*, gdyż każda ma swe właściwości, wpływające na wskazania do operacji.

Co się tyczy zapalenia wyrostka robaczkowego, to KR. na zasadzie własnych przeszło 700 operacji oraz obserwacji licznych chorych, którzy się nie poddali operacji po pierwszym napadzie, doszedł do przekonania, iż każdy chory, u którego lekarz stwierdził niewątpliwą napad zapalenia wyrostka robaczkowego (gorączka, ból i nacieczenie), chociażby wyzdrowiał, powinien się obowiązkowo poddać radykalnej operacji.

Co się tyczy wczesnego operowania podczas ostrego napadu, to niewątpliwie teoretycznie uzasadnione jest dążenie do tego ideału, ażeby wszyscy chorzy, zapadający na zapalenie wyrostka, byli zoperowani w przeciągu pierwszych 24 h, a co najwyżej 48 godzin od początku choroby. Na przeszkodzie w praktycznym wykonaniu tego postulatu stawać jednak będą: 1) trudności rozpoznawcze nie raz nie do przewyciężenia przed wytworzeniem się nacieczenia; 2) konserwatyzm ze strony samych chorych, którzy, szczególnie w lekkich przypadkach, zawsze zwlekać będą, jak to niestety do dziś

dnia ma miejsce z zaciśniętą przepukliną pomimo tyloletniej kampanii chirurgów.

Jeśli od początku choroby przeszło więcej niż 48 godzin, i wytworzyło się już obszerne nacieczenie, to na ten czas, o ile nie ma wyraźnego ogniska ropnego, o którego otwarcie chodzi, operacja może przedstawiać wielkie trudności techniczne, prowadzące nieraz do porażenia kiszki i konieczności drenowania jamy brzusznej, i dlatego K.R. powstrzymuje się od operacji, ściśle obserwując chorego. Gdy ta obserwacja (ciepłota, tętno, leukocytoza, wygląd chorego, umiejscowienie nacieczenia winny być uwzględnione w równej mierze) doprowadzi do przeświadczenia, że ropień istnieje, wtedy zwlekać nie można; powstać może tylko pytanie, czy otwierać jedynie ropień, czyli też od razu starać się usunąć wyrostek. Dotychczasowe doświadczenie skłania K.R. do otwierania ropnia jedynie. Następnie dopiero po wygojeniu robi radykalną operację, ale robi ją zawsze u każdego chorego i zaznacza, że chorzy stosunkowo bardzo łatwo dają się nakłonić do tej drugiej operacji.

Co się tyczy *cholelithiasis*, to K.R. zaznacza, że właściwie nie kamica żółciowa jako taka jest przedmiotem naszych obaw i skłania do operacji. Niejednokrotnie przygodnie u chorych lub na sekcji znajdujemy cały pęcherzyk wypełniony kamieniami, które jednak żadnych dolegliwości nie sprawiały. Dopiero, jeśli się przyłączy zakażenie, i powstaje *cholecystitis*, dopiero wtedy kamica żółciowa daje objawy pod postacią kolki. Jeśli zważymy anatomiczne stosunki, w jakich się znajduje pęcherzyk i drogi żółciowe, to musimy dojść do przekonania, iż bardzo jest wątpliwem, aby raz zakażony pęcherzyk mógł się sam od tego zakażenia uwolnić.

To też dla K.R. nie ulega wątpliwości, że, kto raz uległ napadom kolki wątrobowej, ten będzie miewał stałe nawroty, dopóki się nie podda operacji, w której równoznaczną z usunięciem kamieni rolę odgrywa drenowanie pęcherzyka. JANOWSKI zaznacza niechęć terapeutów do kwalifikowania chorych do tej operacji wskutek fatalnych nieraz skutków oraz nawrotów cierpienia po operacji. K.R. twierdzi, że jedno i drugie powstaje właśnie dlatego, że do operacji dostają się chorzy, wyczerpani długiem

zatruciem, z wielkimi zmianami nie tylko w drogach żółciowych, lecz i w otoczeniu.

Co się tyczy recydyw, to K.R. twierdzi, że prawdziwe recydywy zdarzają się bardzo rzadko, po większej zaś części mamy w takich razach do czynienia z pozostawieniem jednego lub kilku kamieni skutkiem nie dość radykalnego zabiegu. K.R. miewał daleko częściej tak zwane recydywy, gdy wykonywał cholecystotomię i ograniczał się do obmacywania tylko od zewnątrz pozostałych dróg żółciowych. Obecnie w każdym przypadku, który, chociażby na krótko był powikłany żółtaczką, K.R. rozcina pęcherzyk i kanał pęcherzykowy (*ductus cysticus*) aż do złania się z *d. hepaticus* i bada sondą *d. choledochus*. Od tej pory te quasi-recydywy stały się znacznie rzadsze. A więc wczesne operowanie i radykalizm w operowaniu są to dwa niezbędne warunki powodzenia w chirurgicznym leczeniu kolki wątrobowej.

Nakoniec w kolce nerkowej K.R. jest zwolennikiem wczesnego operowania przy zachowaniu ostrożności następujących: 1) w każdym przypadku należy sprawdzić stan drugiej nerki; K.R. przytacza przypadek w którym zaniedbał tej ostrożności u młodego człowieka, który nigdy nie chorował jakoby na nerki, a od paru lat doznawał tylko bólu w prawej nerce. Gdy po nefrotomii i usunięciu kamienia zaczęły się powtarzać wielkie krwotoki, K.R. był zmuszony usunąć nerkę, a chory zmarł z anuryi, i na sekcji okazało się, że lewa nerka była zupełnie zanikła. 2) Należy być pewnym rozpoznania, co nie zawsze jest łatwe. Fotografie Roentgenowskie są nieraz zwodnicze, a inne dowody mogą podlegać kwestjonowaniu, konieczne więc należy kateteryzować moczowody, chociaż i ta metoda wskutek częstego krwawienia, wywołanego samą kateteryzacją moczowodu, nie zawsze daje dobre rezultaty. Odnalezienie małego kamienia w rozciętej nerce nie raz napotyka wielkie trudności.

SAWICKI zwraca uwagę, że w dyskusji, która się odbyła przed paru laty w Tow. Lek. na skutek odczytu KRAJEWSKIEGO, zgodzono się na to, by w ciągu pierwszych 24 względnie 48 godzin po wystąpieniu objawów gwałtownych *appendicitis* nie operować. Jeżeli stan chorego po tym terminie ulega pogorszeniu, należy wy-

konać operację; w razie natomiast poprawy należy z operacją czekać do wystąpienia objawów ropienia. Takie postawienie wskazań wpływało z obawy przed laparatomią, której się obawiano wobec ciężkiego stanu pacjenta w pierwszym okresie choroby. Miało ono jednakże tę ujemną stronę, że, o ile po 48 godzinach stan chorego pogarszał się, operacja w większości przypadków jest już spóźniona i uratować chorego nie może. To też doświadczenie chirurgów niemieckich, w znacznym stopniu usuwające obawę przed niebezpieczeństwem laparotomii w początkowym okresie choroby, mocno przemawia na korzyść takiego postępowania. Trudność stanowi tu w wielu przypadkach dokładne rozpoznanie choroby w ciągu pierwszych 24 godzin. O ile jednakże rozpoznanie nie nastrocza wątpliwości, S. radzi operować wcześniej.

PRUSZYŃSKI zaznacza, że sprawa wskazań do zabiegów chirurgicznych w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego i kamicy żółciowej była przedmiotem wyczerpującej dyskusji na dwóch ostatnich zjazdach chirurgów polskich w Krakowie.

Co do zapalenia wyrostka robaczkowego, to dążyć należy do zabiegów chirurgicznych a froid, w okresie ostrym do operacji przystępuje się tylko z konieczności. Operowanie w ciągu pierwszych 24 godzin po napadzie w praktyce przeprowadzić się nie da tembardziej, że wiele przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego przechodzi szczęśliwie, z drugiej zaś strony liczne są spostrzeżenia, dowodzące, że nawet przy najpomyślniejszych warunkach powstają zrosty lub przepukliny.

Mniej jeszcze ma racji bytu przystępowanie do operacji w ciągu pierwszych 24 godzin od chwili wystąpienia kolki żółciowej, gdyż wiadomo, że przy leczeniu wewnętrznym ustają napady kolki, choć przy tem nie zawsze opróżniają się od kamieni drogi żółciowe.

Ale i operacja sama nie leczy radykalnie kamicy żółciowej, której wbrew twierdzeniu NAUNYN'a nie można uważać tylko za następstwo zakażenia miejscowego; w tej sprawie chorobowej pierwotnie cierpi sama komórka wątrobowa, a zmiany w niej zmieniają stosunki składników żółci.

Badanie ilościowe żółci daje pod tym względem bardzo cenne wskazówki. ROBIN

stwierdził t. zw. acholię barwaikową w przypadku kamicy żółciowej przy zwyrodnieniu skrobiowatym wątroby, RITTER brak kwasów żółciowych w żółci, pochodzącej z fistuły u chorego, dotkniętego zwyrodnieniem tłuszczowym wątroby. Pomiędzy temi skrajnemi zboczeniami istnieją szeregi faz przejściowych. Ciekawy jest pod tym względem rozbiór żółci, dokonany przez ŻEBROWSKIEGO w pracowni PRUSZYŃSKIEGO, w której to żółci ilość składników nieorganicznych stanowiła prawie połowę części stałych, a ilość kwasów żółciowych wynosiła 3,4‰. Przypadek, z którego żółć pochodziła, zakończył się śmiercią. Badanie mikroskopowe wątroby wykazało w wysokim stopniu rozwinięte zwyrodnienie tłuszczowe komórek i nagromadzenie gronkowców w drogach żółciowych.

W tej samej pracowni SIEMIŃSKI stwierdził w żółci z fistuły u człowieka tylko 2‰ kwasów żółciowych. Żółć pochodziła od człowieka, dotkniętego kamicią żółciową i ciężkim zakażeniem dróg żółciowych, połączonym z wysoką gorączką i żółtaczką.

1) W przypadkach zapalenia otrzewny w następstwie chorób dróg żółciowych, czy wystąpiło ono bez obrażenia ścian pęcherzyka *resp.* przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej.

2) Operacja również winna być wykonana bez zwłoki w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z objawami żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitymi potami bez względu na siedlisko kamienia. Rozumie się, że mowa jest tutaj o t. zw. *fièvre hépatique*, która kolce nie towarzyszy. Gdy poprzednia gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, operacja stanowi *ultimum refugium*, bo stan zakażenia jest ciężki.

3) Operować należy w przypadkach stałej nierodożności przewodu żółciowego wspólnego nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywiania i na możliwość zakażenia, jako też bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby (*cirrrhoiss bilialis* DIEULAFOY).

4) Operować należy w razie zrostów, wywołujących stałe bóle lub nierodożność ze strony narządów otaczających, żołądka, dwunastnicy lub poprzecznicy.

5) Z operacją długo nie należy zwlekać w razie otoku surowiczego lub ropnego pęcherzyka żółciowego, nawet wtedy, gdy sprawa chorobowa na razie ma przebieg łagodny. Liczyć się tutaj trzeba z tem, że przy przewlekłym zapaleniu pęcherzyka może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej operować na pęcherzyku wolnym lub względnie wolnym, aniżeli na skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, *resp.* cystektomia bez poważnego uszkodzenia wątroby lub kiszki obyć się nie może; z jednej strony grozi choremu krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej.

6) W razie raka pęcherzyka, rozumie się, operacja stanowi jedyny zabieg, dający względną nadzieję uratowania chorego.

7) Jeżeli napady kolki powtarzają się często, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to również uciec się trzeba do operacji nie tylko ze względu na dolegliwości, zatrzymujące życie choremu, ale i na to, że sprawa zapalna jest silnego natężenia i nie ma skłonności do złagodnienia; tutaj najczęściej mamy do czynienia z zakażeniem miejscowym ciężkiem.

Można czekać z operacją:

1) Przy napadach, które powtarzają się w długich odstępach czasu nawet wtedy, gdy występuje żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca krótkotrwałą.

2) Przy ostrem zatkaniu przewodu żółciowego, które może być czasowe, już z powodu przejścia kamienia, już też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku może tkwić kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń.

KORYBUT-DASZKIEWICZ kładzie duży nacisk na trudności rozpoznawcze zapalenia okołokątniczego, szczególnie u małych dzieci w ciągu pierwszych 24 — 48 godzin choroby.

Określenie dokładne miejsca bólu u małych dzieci przedstawia znaczne trudności; zresztą nieraz w zapaleniu płuc krupowym dzieci skarżą się na ból w prawym dole biodrowym, jak to już przypominał KRAUZE.

Po za trudnościami rozpoznawczymi u dorosłych trzeba pamiętać o niezbyt rzadkiem *pelvio-peritonitis gonorrhoeica* u małych dziewczynek, która również może symulować zapalenie okołokątnicze, a zupełnie nie nadaje się do interwen-

cyi chirurgicznej. Jednem słowem, sprawie wczesnego (w ciągu pierwszych 24 — 48 godzin cierpienia) operowania zapalenia okołokątniczego u dzieci przedewszystkiem stają na zawadzie trudności rozpoznawcze, a operować bez pewnego rozpoznania wszak nie wolno.

Dalej zwraca mówca uwagę na to, że zgodnie z jego własnem doświadczeniem kamica nerkowa wcale nie rzadko zdarza się u dzieci, nawet bardzo małych; sądząc z wielkości znajdowanych przez KORYBUT-DASZKIEWICZA na sekcyach kamieni, leczenie operacyjne tej choroby i to możliwie wczesne u dzieci, oczywiście przy pewnem rozpoznaniu, winno być uwzględniane częściej, niż się to dzieje dotychczas. Mówca sądzi, że niejedyną przypadkiem ciężkiej *colicae flatulentae* jest właśnie napadem kamicy, a o tem pamiętać warto.

BRONOWSKI zaznacza, że wskazaniem do zabiegów chirurgicznych w zapaleniu nerek może być uporczywe i obfite krwawienie nerkowe w przypadkach *nephritid. haemorrhagicae chronicae*.

Na dowód przytacza dwa obserwowane przez siebie przypadki chorobowe.

Na poparcie twierdzenia DUNINA, że przy napadach *appendicitidis* należy operować w ciągu pierwszej doby trwania choroby BRONOWSKI zaznacza, że spotykał przypadki, gdzie pierwsze objawy chorobowe omawianego cierpienia w życiu chorego były wywołane nagłe powstałym przedziurawieniem wyrostka, poprzednie zaś przygotowawcze zmiany patologiczne najwidoczniej przebiegały skrycie.

ZABOROWSKI zwraca uwagę, że u kobiet podczas ciąży i porodu, t. j. w okresie, w którym często stosunkowo występują pierwotne objawy kamicy żółciowej i nerkowej oraz powikłanie ze strony przydatków i wyrostka, ściśle rozpoznawanie, a tem samem postawienie wskazań do wczesnego zabiegu przedstawiać może wielkie trudności.

W przypadkach, w których wspomniane wyżej choroby występują w ciąży lub w porodu po raz pierwszy, t. j. tam, gdzie nie wyjaśniają sprawy wywiady, fizjologiczne skurcze, bolesność macicy i przydatków, zaparcie stolca zwykle u położnic, a szczególnie podniesienie ciepłoty dać mogą obraz nie jasny, w którym

ściśle określić istotę złego można tylko po dłuższej obserwacji. Nie przesadzając bynajmniej kwestyi wczesnego operowania kamieni żółciowych i nerkowych oraz wyrostka robaczkowego nawet przy istniejącej ciąży i podczas porodu, których za przeciwwskazania do zabiegu uważać nie należy, ZABOROWSKI sądzi jednak, że wyjątek robić należy dla tych przypadków, w których po raz pierwszy w czasie ciąży wy-

stąpiły objawy ze strony pęcherzyka żółciowego. Przypadki takie przebiegają zwykle bardzo łagodnie, po ukończeniu okresu porodowego ustępują łatwo i wracają najczęściej tylko w razie powtórnej ciąży. W tych przypadkach osiągnąć można dostateczny wynik odpowiednim leczeniem i dietą, a nawet w razie ponownej ciąży uprzedzić nawroty.

T. Korzon.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BROCK opisuje zmiany skórne wskutek zatrucia salolem i ortoformem. Salol wywołuje niekiedy podrażnienie skóry w okolicy odbytu, nosa i uszu; na wargach i kątach ich powstające zmiany zależą od środków do płukania ust lub proszków do czyszczenia zębów. Ortoform w maści wywołał u pewnej chorej rozległą wysypkę na rękach i piersi; u innej, chorej na szczelinę odbytu, utworzyła się naprzód wysypka miejscowa, a potem ogólna, nawet na twarzy. (*Jour. de med. et chir.* 10/9. 1904).

= CATTO opisuje nowego pasorzyta, przezwanego „Schistosoma” i zbliżonego do Distoma. Zwierzę dorosłe gnieździ się w naczyńiach, głównie w drobnych tętniczkach ja-

my brzusznej. Jajka wydalają się przez kiszkę, których błona śluzowa pęcznieje i ulega owrzodzeniu. Egzemplarze męskie są 9 mm. długie i 0.5 mm. szerokie, żółto-brunatne, mają 2 brodawki ssące oraz przewód dla pomieszczenia samiczki. Te ostatnie są dłuższe, cieńsze i ciemniejsze od męskich osobników. Macica zajmuje przednią część ciała i otwiera się nazewnątrz w pobliżu tylnej brodawki. Jajka są owalne, brunatne, mają grubą, twardą powłokę. Pasożyta odkryto przypadkowo przy badaniu trupa chińczyka zmarłego na cholera w Singapurze.

(*Brit. med. Journ.* 7/1. 1905).

P

Od Redakcyi.

Posiedzenie ogólne członków-współwłaścicieli wydawnictwa „Medycyna” odbędzie się dnia 8 stycznia r. p. o godzinie 8-iej wieczorem w lokalu posiedzeń redakcyjnych (Zakład leczniczy d-ra Guranowskiego Nowy-Świat 41).

PORZĄDEK DZIENNY.

- 1) Odczytanie protokołu ostatniego posiedzenia.
- 2) Projekt budżetu na rok 1906.
- 3) Wybór przewodniczącego na posiedzeniach redakcyjnych.
- 4) Sprawozdanie skarbnika i sprawa wkładów zaległych.

ROK XL

MEDYCYN A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW

będące dalszym ciągiem „Kliniki”, w r. 1866 założonej, a pod nazwą „Medycyny” od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1906 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna”, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie

wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie” opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny”, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej stron 24 dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny” w Warszawie rb. 6, półrocznie rb. 3.

Na prowincyi rocznie rb. 7 — lub półrocznie rb. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie” jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d., zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny” w Warszawie Krakowskie-Przedmieście 7;** z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty,

odbiorom wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny”, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy nie do Redakcyi, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie Jasna 6.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMĄ

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Tannigen Trional Saolphén	Maretin Nowe Antipyreticum w gorączkach wszelkiego rodzaju, w gorączce suchotników I i II okresu. Powolny spadek ciepłoty. Nie wpływa na apetyt. Dawka: 0.25 g. 1—2 razy dziennie.	Helmitol Creosotal Duotal.
Aspirin Najlepiej zastępuje salicylaty, smak przyjemny—kwaśny, prawie wolny od działania ubocznego. Dawka: 0,5—1 g. 3—5 razy dziennie. Antirheumatica: MEZOTAN zewnątrznie. ASPIRIN wewnątrznie.		Veronal Nowe Hypnoticum. Odznacza się siłą i pewnością działania, wolne od ubocznych szkodliwych działań. Bezwonne i prawie bez smaku. Średnia dawka: 0,5 — 0,75 — 1 g. przyjmować w gorących płynach.
Aristochin Heroin hydrochlor. Theocin	Citarin Derywat Formldeahydu, rozpuszczający kwas moczowy Nowy środek przeciw podagrze. Dawka: 2 g. 3 — 4 razy dziennie (pierwszego dnia 5 razy). Tabletki citariny a 1 i 2 g. Nr. X „Originalne opakowanie Bayer“.	Hedonal Żelazo-Somatoza. Agurin

Prace ku uczczeniu

25-letniej działalności naukowo-lekarskiej

D-ra Władysława Biegańskiego

wydane przez lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego

(„Czasopisma lekarskiego“ zeszyt 7 do 10-go)

Cena Rb. 1 kop. 50.

Skład główny w Księgarni E. WENDE i S-ka, w Warszawie

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność państwowa francuska*Należy dobrze oznaczyć nazwę przysługującą tylko Wód.***VICHY CÉLESTINS**Słabości żołądka,
pęcherza,
delikatności wkrzyśców, podagra, cukrzyca.**VICHY GRANDE-GRILLE**

Słabości wątroby i organów które wydzielających.

VICHY HOPITALSłabości żołądka i
kiszkiWytwory ze soli naturalnej otrzymanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Można trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydająca w jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do natwieszenia trawienia.**SKŁAD**
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPIŃSKIEGO

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 REPREZENTACJA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.**DRAGÉES BLAUDII** minor. aa 10,0 — 000 pigulek

" " " c. acid. arsenicos. 0,001

" " major. aa 15,0 — 100 pigulek

" " " acid. arsenicos. 0,001

" " ferri albuminati 0,05

" " dialisati peptonat 0,05

" " lactic. 0,05

" " " c. liq. Fovleri aa 0,05

Drag. ferri carbon. Valetti

STALE GOTOWE POSIADA

Apteka E. GESSNERA
w Warszawie.**ALFONS MANN****Fabryka Narzędzi Chirurgicznych**

Tłomackie 3.—Telefon 1025.

Egzystuje od roku 1819.

Poleca w największym wyborze: Narzędzia chirurgiczne, akuszeryjne, ginekologiczne, denty-
styczne. Sterylizatory ulepszone; stoły opera-
cyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szpryki
Pravaza nowego systemu „Record“. Wyroby gu-
mowe fabryki Porgès. Bandaże rupturowe.

Cennik ilustrowany franko.

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
redakcja: 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.