

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nº 29.

Warszawa d. 20 Lipca 1907 r.

T. XXXV.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Precypitacja i odchylenie aleksyny. Względna wartość dwóch metod rozpoznawania gatunku krwi. Podał B. Żebrowski.—Przepuklina dziury zastawowej Hernia obturatoria. Podał A. Marcinkowski.—Przyczynę do psychiatrii porównawczej. Podał M. Urstein (Monachium)—(Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 38. Hochenegg. W sprawie leczenia następczego po rezeceji odbytnicy na drodze krzyżowej.—39.—I. Boas. O leczeniu nadkwaśności.—Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Protokół posiedzenia sekcji neurologicznej z dnia 16 maja 1907 r. (c. d.). —Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) B. Żebrowski. — La précipitation. 2) A. Marcinkowski. — Hernie obturatoire. 3) M. Urstein. — Contribution à la psychiatrie comparative.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) B. Żebrowski.—Die Praecipitierung und Komplement ablenkung. 1) A. Marcinkowski. — Hernia obturatoria. 3) M. Urstein. — Ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie.

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

X-u Zjazdowi

Lekarzy i Przyrodników Polskich

numer niniejszy poświęca Redakcja,

załączając zarazem życzenia jaknajpomyślniejszych
wyników dla nauki polskiej.

PRACE ORYGINALNE.

Precypitacja i odchylenie aleksyny.

WZGLĘDNA WARTOŚĆ DWÓCH METOD
ROZPOZNAWANIA GATUNKU KRWI.

Podał

B. Żebrowski.

(Liège. Instytut bakteryologiczny prof. Malvoz).

Medycyna sądowa rozporządza w chwili obecnej dwiema metodami, za pomocą których można odpowiedzieć na pytanie, od jakiego gatunku zwierzęcia pochodzi krew badana. Są to: metoda precypitacji i metoda „odchylenia aleksyny“.

Pierwsza z tych metod polega na własności surowic swoistych precypitujących dawania osadu, strątu, względnie zmętnienia w roztworach odpowiednich surowic normalnych.

Metoda „odchylenia aleksyny“ oparta jest na zjawisku zahamowania hemolizy przez kompleks: surowica precypitująca + odpowiednia surowica normalna.

GENGOU ¹⁾ pierwszy spostrzegł, że w mieszaninie surowicy precypitującej z odpowiednią surowicą normalną aleksyna hemolityczna staje się nieczynną.

MORESCHI ²⁾ potwierdził to spostrzeżenie i dowiódł, że od czynności cechy swoistego.

Z tych obserwacji NEISSER i SACHS ³⁾ wyprowadzili praktyczną metodę rozpoznawania

¹⁾ Gengou. Sur les sensibilisatrices des serums actifs contre les substances albuminoïdes. Annales Pasteur 1902 p. 734.

²⁾ Moreschi. Zur Lehre von den Anticomplementen. Berl. kl. Wochenschr. 1905. N. 37.

³⁾ Neisser et Sachs. Ein Verfahren zum forensischen Nachweis der Herkunft des Blutes. Ibidem 1905. N. 44.

krwi. Twierdzą oni, że metoda „odchylenia aleksyny“ jest o wiele czulsza, niż zwykła metoda precypitacyjna.

Do tegoż wniosku dochodzi FRIEDBERGER ⁴⁾: taż sama surowica precypitująca nie daje już strątu w rozcieńczeniu $\frac{1}{1000}$ odpowiedniej surowicy normalnej, podczas gdy zahamowanie hemolizy występuje jeszcze w rozcieńczeniu 1:1000000000 surowicy normalnej.

I SACHS ⁵⁾ również znajduje, że za pomocą metody „odchylenia aleksyny“ można rozpoznać surowicę normalną w takich rozcieńczeniach, w których metoda precypitacyjna daje wyniki ujemne.

UHLENHUTH ⁶⁾ nie mógł się przekonać o wyższości metody odchylenia aleksyny nad metodą precypitacyjną. Ta ostatnia według U. daje równie dobre wyniki i jest równie czuła, jak i pierwsza, pod warunkiem, że do rozpoznawania stosować będziemy surowice wysokowartościowe i że weźmiemy pod uwagę nawet najlżejsze zmętnienia, tworzące się w silnych rozcieńczeniach surowicy normalnej. Zdanie UHLENHUTH'a co do względnej wartości obydwu metod dzielają GANGHOFNER i LANGER ⁷⁾.

Tenze. Die forensische Blutdifferenzierung durch antihämolytische Wirkung. Ibidem 1906 N. 3.

⁴⁾ Friedberger. Zur forensischen Eiweissdifferenzierung auf Grund der hämolytischen Methode mittels Komplementablenkung. Deutsche med. Woch. 1906. N. 15.

⁵⁾ Schütze. Ueber den forensischen Wert des Neisser-Sach'schen Verfahrens der Komplementablenkung. Berliner klinische Wochenschrift. 1906. N. 52.

⁶⁾ Uhlenhuth. Komplementablenkung und Blut-eiweissdifferenzierung. Deutsche med. Wochenschr. 1906. N. 31.

⁷⁾ Ganghofner und Langer. Ueber die Verwertbarkeit des Phänomens der Komplementablenkung zum Nachweise von artfremden Eiweiss im Blute. Deutsche med. Wochenschr. 1906. N. 47.

Ponieważ metoda odchylenia aleksyny, jak to przyznają wszyscy autorowie, wymaga jeszcze dalszego sprawdzenia na możliwie większej liczbie przypadków, postanowiliśmy tedy porównać ją z metodą precypitacyjną pod względem czułości, wybierając systemy hemolityczne, dotychczas przez innych autorów przy tej metodzie nie stosowane.

Rozporządzaliśmy mianowicie dwoma systemami hemolitycznymi, których ciała uczulające reprezentowane były przez surowice królika i psa, uodparniane podskórnie dokładnie mytymi czerwonymi krążkami krwi krowy. Jako ciało dopełniające służyła nam czynna surowica normalnej świnki morskiej; jako „krew”—pięcioprocentowa zawiesina dokładnie mytych czerwonych krążków krwi krowy w 0,9% rozczyźnie soli kuchennej; krew, używana do doświadczeń, nigdy nie stała dłużej nad 48 godzin na lodzie.

Nim przystąpiliśmy do doświadczeń, określiliśmy siłę naszych surowic hemolitycznych: królik krowa i pies krowa, ogrzanych do 56° przez pół godziny: różne ilości tych surowic mieszaliśmy w próbkach z 0,1 aleksyny świnki morskiej, dopełnialiśmy zawartość próbek do 1 c. c. i dodawaliśmy 1 c. c. „krwi” krowy. Po 2 godzinach stania prób w cieplarni notowaliśmy ilość surowicy swoistej, wystarczającą do zupełnej hemolizy.

Ilość ta wynosiła: dla surowicy król-krowa 0,0025, a dla surowicy pies-krowa 0,005.

Są to „jednostki uczulające” (Amboceptoreinheit) naszych surowic⁹⁾.

W doświadczeniach, o których będzie mo-

wa później, stale używaliśmy krwi uczulonej dwiema jednostkami surowicy hemolitycznej. Naprzykład 10 c. c. zawiesiny 5% czerwonych krążków krwi krowy mieszaliśmy z 0,1 surowicy pies-krowa; ta uczulona krew używana była po godzinie przetrzymaniu w cieplarni.

Surowice precypitujące otrzymaliśmy od królików, którym wstrzykiwano do żył inaktywowane surowice normalne: konia, kury i psa.

Metodyka naszych doświadczeń była następująca:

I. Do szeregu próbek wlewaliśmy różne ilości badanej surowicy normalnej, dopełnialiśmy zawartość do 0,9 c. c. i dodawaliśmy wszędzie po 0,1 c. c. surowicy precypitującej. Wyniki notowano po 10 minutach, poczem stawiano próbki do lodowni; na drugi dzień znowu notowano wyniki po 18 godzinach.

II. W drugim szeregu próbek odmierzałyśmy te same ilości surowicy normalnej, dopełnialiśmy zawartość do 0,8 c. c. i dodawaliśmy wszędzie po 0,1 c. c. aleksyny świnki morskiej. Zawartość próbek dokładnie mieszało i dodawano wszędzie po 0,1 surowicy precypitującej, poczem stawiano próbki na godzinę do cieplarki (w ciągu tego czasu reakcja pomiędzy aleksyną a kompleksami: precypityna+precypitynogen zostaje uskuteczniła). Po tym przeciągu czasu dodawano do każdej rurki po jednym c. c. „krwi uczulonej”. Próbkę znowu stawiano do cieplarki—na 2 godziny, a później zostawiano w lodowni. Wyniki hemolizy notowano po 18 godzinach.

Oto przykład doświadczenia z surowicą precypitującą królik-koń⁹⁾.

Tablice patrz str. 491 i 492.

⁹⁾ Młomochem zauważymy, że surowica pies — krowa, jak to wynika z naszych protokołów, bardzo jest odpowiednia do dokładnych ilościowych doświadczeń, również odpowiednia, jak używana obecnie prawie wyłącznie surowica król—baran. Substancja uczulająca naszej surowicy przechowywała się bardzo dobrze i dawała stale przez pięć tygodni zupełnie prawidłowe szeregi doświadczeń.

⁹⁾ Znaczenie skrótów: NS — surowica normalna. PS—surowica precypitująca. HS—surowica hemolityczna.

T A B L I C A I.

NS konia	PS król-koń	NS króla	Precypitacja po			Aleksyna	Hemoliza krwi uczulonej przez	
			10'	30'	18 h		HS pies-kro-wa	HS król-kro-wa
0,1	0,1	0	0	+	+	0,1	Zupełna	Umiarkow.
0,001	"	0	+	+	+	"	0	0
0,00025	"	0	+	+	+	"	0	0
0,0001	"	0	0	0	+	"	Ślad	0
0,00005	"	0	0	0	+	"	Umiarkow.	Ślad
0,000025	"	0	0	0	0	"	Znaczna	Umiarkow.
0,00001	"	0	0	0	0	"	Zupełna	Znaczna
0,001	0	0,1	0	0	0	"	"	Zupełna
0	0,2	0	0	0	0	"	"	"

T A B L I C A II,

Inny przykład z surowicą precypitującą król-pies.

NS psa	PS król-pies	NS król	Precypitacja po			Aleksyna	Hemoliza krwi uczulonej przez HS Król—krowa
			10'	30'	18 h		
0,1	0,1	0	0	0	0	0,1	Umiarkowana
0,01	"	0	+	+	+	"	0
0,005	"	0	+	+	+	"	0
0,0025	"	0	+	+	+	"	0
0,001	"	0	0	0	+	"	0
0,0005	"	0	0	0	+	"	Ślad
0,00025	"	0	0	0	0	"	Umiarkowana
0,0001	"	0	0	0	0	"	Prawie zupełna
0,00005	"	0	0	0	0	"	Zupełna
0	0,2	0	0	0	0	"	"
0,1	0	0,1	0	0	0	"	"

Analogiczne wyniki otrzymaliśmy w kombinacji: surowica precypitująca król-kura+surowica normalna kury, uczulając krew surowicą hemolityczną król-krowa lub też surowicą pies-krowa; naprzykład:

punkt 0, przy którym zahamowanie hemolizy jest zupełne—przesuwa się znacznie mniej.

Nie sposób jednak opierać rozpoznania na odczynie częściowego zahamowania hemolizy, bowiem, jak wiadomo, bardzo dużo najróż-

T A B L I C A III.

NS kury	PS król-krowa	NS krola	Precypitacja po			Aleksyna	Hemoliza krwi uczulonej przez HS król-krowa
			10'	30'	18 h		
0,01	0,1	0	+	+	+	0,1	0
0,001	"	0	+	+	+	"	0
0,0005	"	0	+	+	+	"	0
0,00025	"	0	0	+	+	"	0
0,0001	"	0	0	0	0	"	0
0,00005	"	0	0	0	0	"	Ślad
0,000025	"	0	0	0	0	"	Znaczna
0,00001	"	0	0	0	0	"	Pr. zupełna
0,000005	"	0	0	0	0	"	Zupełna
0	0,2	0	0	0	0	"	"
0,01	0	0,1	0	0	0	"	"

Przeglądając nasze protokoły, których część podaliśmy w tych trzech tablicach, dochodzimy do wniosku, że zahamowanie częściowe hemolizy występuje jeszcze w takich rozcieńczeniach surowic normalnych, które już nie dają strątu z surowicą precypitującą nawet po 18 godzinach. Zjawisko to występuje szczególnie wyraźnie, jeżeli zniżyć dawkę aleksyny, naprzykład zamiast 0,1 wziąć 0,04. W tych warunkach punkt: hemoliza zupełna" przesuwa się jeszcze o kilka rozcieńczeń surowicy normalnej, zaś

norodniejszych substancji posiada słabe własności antyhemolityczne. W metodzie, o której mowa, możemy uwzględnić jedynie wyraźne odczyny. To też jako graniczne rozcieńczenie surowicy normalnej, dające odczyn, przyjąć musimy to, przy którym występuje zupełne zniesienie hemolitycznego działania aleksyny. Jeżeli teraz weźmiemy w rachubę osady, tworzące się pod wpływem surowicy precypitującej po upływie 18 godzin, to będziemy musieli przyznać, że metoda precypitacji pod względem

czułości odczynu nie ustępuje bynajmniej metodzie odchylenia aleksyny.

Przynajmniej — co się tyczy kombinacji surowic, użytych przez nas.

W jednym przypadku znaleźliśmy nawet, że metoda precypitacji stoi wyżej od metody odchylenia aleksyny. Mianowicie, surowica król-koń, użyta w ilości 0,03, dawała po 15 minutach wyraźne zmętnienie, a po 18 godzinach osad w surowicy normalnej konia, rozcieńczonej 0,005—0,00025, gdy tymczasem zahamowanie hemolizy w tych samych rozcieńczeniach było niezupełne.

Nielatwą jest rzeczą wytłumaczyć, dlaczego metoda odchylenia aleksyny daje tak różne — co do czułości odczynu — wyniki w rękach różnych autorów. Metodyka jest obecnie ściśle ustalona, i jeżeli znajdujemy różnice, to dotyczą one jedynie ilości aleksyny. Różnice te jednak z natury rzeczy nie mogą być nadto wielkie; ilość aleksyny w doświadczeniach waha się pomiędzy dwiema (doświadczenia FRIEDBERGER'a) a trzema, najwyżej czterema (moje doświadczenia) dawkami minimalnymi. Zmienne wyniki zależą prawdopodobnie od zmiennej a bardzo skomplikowanej struktury substancji, zawartych w surowicach swoistych.

GENGOU, NEISSER i SACHS, WASSERMANN przypuszczają, że odchylenie aleksyny spowodowane zostaje nie przez kompleks: precypityna+precypitynogen, lecz przez pewne substancje uczulające dla ciał białkowych surowic normalnych. W ustroju zwierzęcia, któremu iniekujemy obcą surowicę, mają powstawać — obok precypityn — ciała uczulające dla substancji białkowych, analogicznie do powstawania ciał uczulających dla czerwonych krążków krwi, na przykład. Te to ciała uczulające, po połączeniu z odpowiednim receptorem, tworzą kompleks, obdarzony własnością pochłaniania aleksyny.

Opierając się na tej hipotezie, możnaby

przypuścić, że surowica precypitująca, otrzymana przez FRIEDBERGER'a, zawierała stosunkowo mało precypityny, zaś znaczne ilości „amboceptora białkowego“.

Hipoteza NEISSER'a i WASSERMANN'a ściśle uzasadniona nie jest. Jeżeli przyjąć, że w odchyleniu aleksyny gra rolę jedynie hipotetyczna substancja uczulająca dla białka, w takim razie należałoby spodziewać się, że sam precypitat, tworzący się w mieszaninie surowicy czynnej z surowicą normalną, powinien zachowywać się obojętnie. Tymczasem, jak wiadomo, jest on zawsze obdarzony własnością pochłaniania aleksyny. Częstokroć, jak to wynika z naszych doświadczeń, precypitat pochłania aleksynę z równą siłą, jak i całkowita mieszanina surowicy precypitującej z surowicą normalną. Na przykład:

Zmieszano 1,0 c. c. surowicy precypitującej król-koń+0,01 surowicy normalnej konia+rozczyzn fizyologiczny *ad* 10,0. Po 18 godzinach stania w lodowni mieszanina zostaje odwirowana. Klarowny płyn zdejmujemy pipetą, zaś precypitat myjemy dokładnie fizyologicznym rozczyntem i zawieszamy znowu w 10,0 rozczyntu. W ten sposób otrzymujemy trzy płyny, które nazwiemy: A — zasadnicza mieszanina surowicy swoistej z normalną — po 18 godzinach stania, B — precypitat, wymyty i zawieszony w rozczyntie fizyologicznym, C — płyn klarowny, otrzymany po odwirowaniu płynu A. Wreszcie jako kontrolę bierzemy rozczynt 1,0 surowicy precypitującej + 9,0 fizyologicznego rozczyntu soli; oznaczymy go literą D. Wszystkie cztery płyny probujemy w kierunku własności antyhemolitycznych w ten sposób, że różne ilości tych płynów mieszamy z 0,1 aleksyny świnki morskiej, a po godzinie dodajemy krew krowy, uczuloną dwiema dawkami surowicy król-krowa. Wyniki hemolizy po 2 godzinach w cieplarni i 16 godzinach w lodowni pokazuje następująca tablica (patrz tablica str. 494).

T A B L I C A IV.

Ilość płynu bada- nego (A, B, C, D.)	Hemoliza w płynie			
	A	B	C	D
1,0	śląd niez.	śląd	umiarkowana	zupełna
0,8	idem	idem	znaczna	idem
0,6	śląd	idem	idem	idem
0,4	słaba	słaba	zupełna	idem
0,2	bardzo wyr.	bardzo wyr.	idem	idem
0,1	zupełna	zupełna	idem	idem

Jak wynika z porównania kolumn A i B, precypitat wiąże aleksynę równie dobrze, jak i mieszanina całkowita. Jednak i płyn nad precypitatem obdarzony jest własnością antyhemolityczną, co prawda, w stopniu bardzo umiarkowanym; być może, że przyczyną tego są minimalne ilości precypitatu, pozostające w płynie pomimo cyntryfugowania (wirówka, którą posługiwaliśmy się, dawała około 2000 obrotów na minutę). W każdym razie doświadczenie przemawia za przeważnym, jeżeli nie wyłącznym udziałem precypitatu w zjawisku odchylenia aleksyny.

Przemawia za tem również fakt, zaobserwowany przez LIEFMANN'a, że przy nadmiarze surowicy normalnej zahamowanie hemolizy nie występuje. Tem objaśniają się nieprawidłowe na pierwszy rzut oka szeregi doświadczeń, podane w tablicy I i II.

Inaczej przebiega odczyn, jeżeli aleksynę świnki morskiej zmieszamy z precypitatem już gotowym i po pewnym czasie rozpuścimy osad w nadmiarze surowicy normalnej.

W tych warunkach nie udawało nam się „regenerować” pochłoniętej aleksyny, co potwierdza odnośnie doświadczenia LIEFMANN'a.

Spełniając miły obowiązek, składam na tem miejscu podziękowanie Szanownemu Doktorowi PALMIRSKIEMU za to, że dał mi możliwość wykonania tej pracy.

¹⁰⁾ Liefmann. Ueber die Komplementfärbung durch Präcipitationsvorgänge. Berliner klinische Wochenschrift, 1906 N. 15.

Przepuklina dziury zasłonowej

(*Hernia obturatoria*).

Rzecz odczytana na posiedzeniu sekcji Chirurgicznej
w Warszawie d. 14-go maja 1907 r.

Podał

A. Marcinkowski.

lekarz szp. Ś-ej Trójcy i Żydowskiego
w Piotrkowie.

Pierwsza ważniejsza publikacja o przepuklinie dziury zasłonowej sięga r. 1743, kiedy lekarz francuski LE CROISSANT DE GARENGEOT opisał dwa własne i zebrał wszystkie znane naonczas przypadki. Pierwsze spostrzeżenie ogłoszone było, podług LE CROISSANT'a w r. 1713 przez Arnoulda DE ROUSIL. Dla piśmiennictwa niemieckiego największe w tym kierunku zasługi położyli FISCHER i ENGLISCH; ostatni zebrał całą dostępną mu literaturę, poczynając od LE CROISSANT'a, i uwzględnił nawet niektóre nieznane sobie języki. W piśmiennictwie swoim odnalazłem jedno tylko spostrzeżenie, podane przez SOKOŁOWSKIEGO w r. 1882.

Dziura zasłonowa mieści się między kośćmi łonową i kulszową; jej wymiary dyametralne wynoszą: w cięciu pionowym 5,25—5,50 cm., a w poziomym 3,50—3,75 cm. przeciętnie (ENGLISCH); cyfry te dotyczą płci żeńskiej, u mężczyzn są nieco niższe dla wymiaru poziomego.

Miedzy kostnymi brzegami tej owalnej dziury rozpinają się włókienka dość mocne tkanki łącznej, o kierunku przeważnie poziomym, z których powstaje błona jednolita, zasłaniająca dziurę całą prócz jednego miejsca, leżącego w jej górnym obwodzie; w miejscu tem istnieje normalna luka błony zasłonowej.

Na wewnętrznej powierzchni kości łonowej, zaczynając się pod krawędzią, stanowiącą

przedłużenie linii bezmiennej, i nieco powyżej i ku zewnątrz od luki wspomnianej, istnieje żłobowate zagłębienie, znane w anatomii pod nazwą brózdki zasłonowej, które biegnie od góry, tyłu i zewnątrz ku dołowi, przodowi i wewnątrz; w tem miejscu, gdzie brózdka zachodzi na dolną powierzchnię kości, znajduje się i brzeg wolny błony zasłonowej, który stanowi krawędź dolną luki normalnej, gdy górną i poczęści do — i odśrodkową wytwarza sklepienie brózdki. Przez tę właśnie lukę przechodzą naczynia zasłonowe i nerw z miednicy na udo i tutaj wytwarza się kanał zasłonowy w sposób następujący: Na wewnętrznej powierzchni błony leży miesień, zwany zasłaniającym biodra wewnętrznym, który pokrywa całą dziurę owalną z wyjątkiem tej części jej górnego obwodu, gdzie w błonie pozostaje luka; tutaj w mięśniu, a właściwie w przestrzeni między dwiema jego główkami, pozostaje szpara; brzeg dośrodkowy tej szpary składa się z tylnych pęczków główki mniejszej (przedniej), a odśrodkowy z pęczków przednich główki większej (tylnej). Pęczki te mocno są przychepione do wolnego brzegu błony zasłonowej i do pokrywającej miesień powięzi miednicy, zgrubiałej u brzegów szpary, przyczem obie te błony, to jest zasłonowa i powięź, splatają swe włókna, tworząc w ten sposób nad krawędzią mięśniową mostek z tęgiej tkanki łącznej. Mostek ten od dołu, a kość łonowa od góry składają się na wytworzenie kostno-powięziowego pierścienia, który stanowi początek kanału. Pierścień ten, wypełniony przez tkankę tłuszczową, przykryty przez otrzewną, posiada w dolnej, t. j. powięziowej, ścianie szparkę, przepuszczającą małą tętniczkę, pochodną od tętnicy zasłonowej i dążącą wgłąb mięśnia; szparka ta wyjątkowo bywa spora — 0,5—0,6 cm. (ENGLISCH) i wtedy może się dalej rozszerzać przy sprzyjających okolicznościach.

Otwór zewnętrzny czyli przedni kanału zasłonowego znajduje się na przedniej powierzchni miednicy w miejscu, odpowiadającym rów-

niez normalnej luce błony zasłonowej; lecz tu nie wytwarza pierścienia jednolitego, a tylko dwa oddzielne półpierścienie — dolny i górny; pierwszy leży na poziomie górnej, wolnej krawędzi mięśnia, zwanego zasłaniającym biodra zewnętrznym, ostatni zaś, t. j. górny półpierścień wytwarza kość łonowa (brózdka zasłonowa).

Stosunki anatomiczne okolicy otworu zewnętrznego, jako mające wielki wpływ na zachowanie się wychodzącego z kanału jelita, zasługują na omówienie więcej szczegółowe.

Między kątem łonowym a narządem więzadłowym stawu biodrowego rozpościera się dosyć mocne więzadło, zawieszone w kształcie daszka nad górnym obwodem dziury owalnej, szersze w połowie odśrodkowej, węższe w dośrodkowej. Bliższe od kości pasemka przyczepiają się do brzegu panewki, a te, które stanowią brzeg wolny, łączą się z więzłem BERTINI'ego; RAUBER opisuje to więzadło pod mianem łonowo-udowego (lig. pubo-femorale). Pod tem więzadłem, bliżej ku błonie zasłonowej, leży pasemko łączno-tkankowe, rozpięte między przednim obwodem dziury owalnej i samej błony a brzegiem panewki; niekiedy ma ono postać wyraźnej blaszki powięziowej i było opisane przez FISCHER'a jako „*Membrana obturatoria externa*,” przez niektórych anatomów uważane znowu jako trzecie pasemko pomocnicze dla więzu podłędźwiowo-udowego.

Stosunek tego pasemka do błony zasłonowej jest podług ENGLISCH'a następujący: zaczynając się od guziczka zasłonowego dolnego i kostnego brzegu dziury zasłonowej, obok guziczka, pasemko spaja się z błoną, a brzeg jego górny leży albo poniżej, albo na poziomie wolnego brzegu błony; dalej ku zewnątrz brzeg górny tego pasemka odchyła się ku przodowi i podnosi ponad poziom dolnej krawędzi łuki zasłonowej, zwężając kanał zasłonowy od dołu w stopniu większym lub mniejszym. Dzięki odchyleniu ku przodowi między błoną zasłono-

wą i więzadłem (czyli, podług FISCHER'a, błoną zewnętrzną), powstaje przestrzeń trójkątna, otwarta ku górze i wypełniona tłuszczem, który łączy się z tłuszczem kanału oraz tłuszczem, leżącym we wcięciu panewki. Ta blaszka zewnętrzna ma wpływ niezawodny na wychodzące z kanału jelito, kierując je albo ku zewnątrz, t. j. ku panewce biodrowej, albo ku wewnątrz i dołowi — pod *obturator externus*. GLADSTONE, wychodząc z założenia, że ta „błona” FISCHER'a rzadko przybiera postać sformowanej blaszki, a często składa się z kilku tylko pasemek tkanki łącznej, uważa, że właściwiej nadać jej inne miano, i proponuje nazwę „*ligam. pubo-cotyloideum*”.

Obturator externus, czyli m. zasłaniający biodra zewnętrzny, przykrywa błonę zasłonową od przodu (zewnątrz), zaczynając się dwiema główkami na kości łonowej, a trzecią na błonie zewnętrznej FISCHER'a (lig. pubo-cotyloideum GLADSTONE'a); ta trzecia główka leży najgłębiej i między dwiema większemi, rozróżnianemi jako dolna i górna. Cały ten mięsień oddzielony jest od błony zasłonowej przez warstwę tłuszczu, a między górną jego krawędzią i kością łonową pozostaje szpara (otwór przedni kanału zasłonowego), przepuszczająca nerw i naczynia zasłonowe na przednią jego powierzchnię, gdzie wraz z samym mięśniem i szparą przykryte są przez powięź uda głęboką. Powięź ta, spojona z więzłem łonowo-udowym, powstaje ze zlania się powięzi podłędźwiowej z grzebykową i wyściela całe dno jamy podłonowej, leżącej ku przodowi od mięśnia zasłaniającego zewnętrznego i przywodzącego wielkiego.

Kanał zasłonowy ma kierunek skośny od zewnątrz i góry ku zewnątrz i dołowi; otwór jego tylny leży w równej linii z naczyniami uda wielkiemi, a przedni nieco ku wewnątrz od żyły, albo też wprost pod nią. Najwięcej ukośnie leży tylna czyli głębsza część kanału; położenie przedniej połowy jest prawie poziome. Rozpatrywany jako całość, kanał zasłonowy przedsta-

wia się w postaci sklepionego tunelu, którego ścianę górną, a poczęści zewnętrzną i wewnętrzną, wytwarza kość łonowa (*sulcus obturatorius*), ściana zaś dolna jest miękka i tem słabsza, im dalej ku przodowi, bowiem począwszy od powierzchni przedniej blouy zasłonowej składa się tylko z siatki łączno-tkankowej z tkwiącemi w jej oczkach kuleczkami tłuszczu. Siatka powstaje z wypustek powięzi miednicy i, służąc ku wytworzeniu pochewek dla mniejszych naczyń kanału, zaczyna się tam właśnie, gdzie następuje podział tętnicy zasłonowej na drobniejsze rozgałęzienia. Tylny otwór kanału przysłania, jak wspomniano już wyżej, otrzewna, przedni powięź uda głęboka, które w ten sposób podwójną przegrodą oddzielają jamę podłonową od narządów, leżących w miednicy.

Kanał ten służy jako przejście dla nerwu i naczyń zasłonowych.

Nerw wychodzi ze splotu kuprowego, biegnie na dół przy brzegu wewnętrznym m. przyłędźwiowego, pod naczynia podłędźwiowe wspólne i do kanału zasłonowego, w którym trzyma się nieodmiennie ściany górnej; dzieli się na dwie gałązki końcowe, górną i dolną, które zawiadują mięśniami przywodzącemi uda i smukłym; nadto przed wejściem do kanału oddziela się od nerwu gałązka, służąca dla mięśnia zasłaniającego zewnętrznego. Jedna z odzóg końcowych przebija powięź uda szeroką, idąc do skóry i komunikując się z nerwami skórnymi, pochodnymi od nerwu udowego.

Tętnica zasłonowa leży w miednicy między otrzewną i powięzią. Początek bierze swój najczęściej od T. podbrzusznej, rzadziej od T. nadbrzusznej. W pierwszym przypadku już w miednicy leży poniżej nerwu, a w kanale trzyma się ściany dolnej, w drugim mieści się w górnej połowie kanału (AUERBACH). Anastomoza między t. zasłonową i nadbrzuszną jest rzeczą dośyć zwykłą. Według JASZCZYŃSKIEGO t. zasłonowa wypływa z nadbrzusznej w 28,5%, z podłędźwiowej zewnętrznej w 1,2%, z udowej

w 0,4%. Niekiedy obie tętnice — podbrzuszna i nadbrzuszna — oddają po gałązce do dziury zasłonowej i te leżą albo razem albo oddzielnie, o ile nie zlewają się jeszcze przed wejściem do kanału. Podział tętnicy na dwie główne odnogi ma miejsce, podług RAUBER'a, w bliskości tylnej powierzchni m. zasłaniającego zewnętrznego, zatem przy samem wyjściu z kanału; jedna z nich biegnie ku zewnątrz, druga ku wewnątrz.

Podług ENGLISCH'a podział tętnicy na drobniejsze rozgałęzienia nie jest typowy, lecz w każdym przypadku odmienny. Najważniejszą z punktu chirurgicznego jest ta gałązka, która oddziela się od t. macierzystej zaraz po wejściu ostatniej do kanału (zrzadka nawet przedtem), gdyż okrąża szyjkę worka przepuklinowego i łatwo może być uszkodzona. W kanale t. zasłonowa oddaje tylko drobne gałązki, kierujące się przeważnie ku dolnej jego ścianie niezależnie od położenia tętnicy macierzystej; gdy ostatnia leży w górnej połowie kanału, gałązki te biegną tylko więcej prostopadle ku jego ścianie dolnej.

Na wzmiankę oddzielną zasługuje i ta gałązka, która przebija dolną ścianę pierścienia wewnętrznego, gdyż w jej kierunku może powstawać przepuklina między m. zasłaniającym biodra wewnętrznym i błoną zasłonową.

Żyły, wchodzące do kanału zasłonowego, dążą przeważnie do ż. podbrzusznej; podług ENGLISCH'a otrzymują i one niezbyt rzadko otoczki od powięzi miednicy.

Podług SCHMIDT'a naczynia krwionośne i nerw wchodzą do kanału we wspólnej pochewce, pochodnej od powięzi miednicy i otoczone tłuszczem; w tę właśnie pochewkę ma najpierw wchodzić przepuklina. Zdanie to wydaje się zgodnem z twierdzeniem TREVES'a, że worek przepuklinowy składa się przy H. obturatoria zawsze z otrzewny, tłuszczu przedotrzewnowego i powięzi miednicy.

Podług ENGLISCH'a naczynia i nerw są

otoczone przez wielkie tłuszczowe komórki, które w pierścieniu wewnętrznym gromadzą się najobficiej dookoła nerwu i zupełnie go izolują, w dalszym ciągu kanału tworzą pokłady bogatsze w sąsiedztwie ścian tętnicy i łączą się, z jednej strony, z tłuszczem przedotrzewnowym, z drugiej z warstwą tłuszczową, leżącą na zewnętrznej powierzchni błony zasłonowej.

MAYDL przedstawia stosunki anatomiczne naczyń w sposób następujący: w najgłębszej części kanału leżą naczynia w towarzystwie dosyć ruchomego tłuszczowego zrazika, który łączy się z tłuszczem przedotrzewnowym, lecz nie sięga w przednią połowę kanału; w otworze zewnętrznym kanału (przednim), mającym kształt wrzecionowaty, zajmuje część zewnętrzną nerw i żyła większa, wewnętrzną zaś tętnica i żyła mniejsza. Tętnica leży normalnie poniżej i ku wewnątrz od nerwu, lecz gdy wychodzi z t. nadbrzuszej, zajmuje górną połowę kanału.

Długość całego kanału podaje MAYDL na 3 cm., SCHMIDT i GRASER zgadzają się w cyfrze $1\frac{1}{2}$ cm.; wymiary otworu wewnętrznego oznacza pierwszy na 15—20 mm. przez 8—10 mm., SCHMIDT znowu na jeden cm., mniej więcej, przyznając tylko możliwość wtórnego rozszerzenia.

Szerokość kanału jest, wogóle, jednostką niestałą; im szerszy kanał, tem łatwiej powstaje przepuklina. Ilość komórek tłuszczowych w kanale, mniejsza lub większa zwartość tego tłuszczu, podatność dolnej ściany kanału, szerokość luk w tej ścianie, służących do przejścia drobnych naczyń mają wpływ niezawodny na powstawanie przepuklin.

ENGLISH podkreśla znaczenie przesuwalności otrzewny dla tych przepuklin, która już fizyologicznie znaczna jest w okolicy kanału zasłonowego, zwłaszcza u kobiet po ciążach; macica ciężarna, pociągając otrzewną ku górze, pozbawia ją elastyczności i rozluźnia jej umocowanie na swem już luźnem tłuszczowem podłożu.

Badając przed niedawnym czasem pośmiertnie zmarłego śmiercią gwałtowną młodego, dobrze odżywianego osobnika, mogłem się przekonać, że otrzewna, pokrywająca otwór wewnętrzny kanału, nie poddaje się nawet silnemu uciskowi; natomiast po zdjęciu jej palec bez oporu przenikał przez kanały, opierając się dopiero na mięśniu grzebykowym.

AUERBACH zwraca uwagę na pochylenie miednicy, które jest większe u kobiet i zwiększa się z wiekiem. Tym faktem tłumaczy on względną czystość przepuklin dziury zasłonowej u płci żeńskiej i zwiększanie się skłonności do nich równoległe z wiekiem.

Tylko wyjątkowo spotykano przepuklinę przed 20 m rokiem; TREVES podaje rok 60-ty, jako wiek przeciętny. Pomiędzy 26-u przypadkami THILE'go 2 tylko dotyczyły mężczyzn (SCHMIDT); GLADSTONE znajduje 4-ry męskie między 63-ma spostrzeżeniami, zestawionymi przez MACREADY'ego.

Następująca tablica ENGLISH'a przedstawia stosunek częstości przepuklin dziury zasłonowej do płci i wieku:

Wiek	M	Ż.	S.
16—20	2	—	2
21—25	—	1	1
26—30	—	4	4
31—35	—	3	3
36—40	—	6	6
41—45	1	3	4
46—50	—	6	6
51—55	1	2	3
56—60	1	9	10
61—65	—	14	14
66—70	1	15	16
71—75	1	9	10
76—80	—	6	6
81—85	—	4	4
86—90	—	1	1
Całość:	7	83	90

Niektórzy autorowie przyjmują zależność przyczynową od tłuszczaków; podług SCHMIDT'a w połowie, mniej więcej, przypadków worek przepuklinowy bywa połączony z tłuszczakiem.

Znajdywanie worków pustych, nieraz obustronnie, skłania pewną liczbę autorów do wniosku, że zanik tłuszczu przedotrzewnowego, prowadząc do wypuklenia otrzewny, stanowi moment przyczynowy; w myśl tego twierdzenia choroby ogólnie wycieńczające graćby musiały dużą rolę w powstawaniu przepuklin. Mała liczba autorów przemawia za powstawaniem nagłym; teorię tę kwestyonuje ENGLISCH, twierdząc, że w chwilach zwiększonego parcia pierścień wewnętrzny kanału zamyka się lub zwęża, gdyż wtłaczają się weń krawędzie wolne m. zasłaniającego wewnętrznego. Z drugiej jednak strony uderza częstosć przepuklin ściennych: między 110-ciu stwierdzonymi przypadkami tegoż autora znajdujemy ich aż 24; niekiedy ściana jelita uwięziona nie przechodziła wielkością ziarna grochu; fakt taki dozwala przypuszczać, że nagły początek przepukliny dziury zasłonowej do wyjątków nie należy; że jednak pewne rozluźnienie otrzewny koniecznym jest warunkiem, zdaje się także nie podlegać wątpliwości.

ENGLISCH zaznacza jeszcze, że rozrost tkanki tłuszczowej w kanale uspasabia do przepukliny nie gorzej, niż zanik tłuszczu, prowadząc do powstawania tłuszczaków, które pociągają za otrzewną i powodują tworzenie się zagłębień nad *fossa ovalis*, powiększających się z czasem przy napieraniu jelit.

Złepne zapalenia otrzewny mają również uspasabiać do przepuklin dziury zasłonowej, jak do przepuklin wogóle, trzymając jelito przez czas długi w apozycyi do naturalnych otworów ściany brzusznej (AUERBACH).

Co do istoty worka przepuklinowego, autorowie nie są w zgodzie. TREVES twierdzi, że jelito, zstępując do kanału, spycha przed so-

bą zawsze otrzewną, tłuszcz przedotrzewnowy i powięź miednicy; MAYDL utrzymuje, że worek składa się z samej tylko otrzewny; ENGLISCH dowodzi, że mały i świeży worek jest zawsze cienki i od reszty otrzewny niczem się nie różni; gdy przepuklina jest większa, worek wypycha przed sobą część powięzi uda głębokiej, niekiedy zaś gładka błona zewnętrzna z przeświecającą przez nią warstwą tłuszczową pochodzi od luźnej tkanki przedotrzewnowej. U innego autora czytałem, że zewnętrzna warstwa worka składa się z włókien m. zasłaniającego zewnętrznego (KÖNIG).

Stosunek naczyń krwionośnych do worka zależy przeważnie od pochodzenia tętnicy zasłonowej, ta leży pod workiem częściej, niż na worku, zależnie od tego, że częściej jest pochodną tętnicy podbrzuszej. TREVES wyraża się ogólnie, że tętnica leży z reguły na zewnętrznej i tylnej powierzchni worka, a tylko wyjątkowo przed workiem, zaś nerw najczęściej spotykano na zewnętrznej stronie, rzadziej z przodu worka.

ENGLISCH zwraca uwagę na to, że stosunek naczyń do worka może być inny wewnątrz, inny zewnątrz kanału, zwłaszcza przy większych przepuklinach, a nadto, że, uwzględniając rzadkie przypadki nienormalnego początku tętnicy od *A. Iliaca externa*, *cruralis*, *A. femoris profunda*, nie stałego o jej stosunku do guza przepuklinowego powiedzieć nie możemy. Dlatego, gdy zachodzi potrzeba krwawego rozszerzenia zaciskającej jelito obrączki, radzą autorowie wielokrotne i płytkie nacięcia zamiast jednego głębszego. RIEDL jako postępowanie normalne uważa odsłonięcie szyjki przepuklinowej od góry przez rezekeję kości łonowej.

Szczegóły, jakie dają o tej przepuklinie podręczniki chirurgiczne, są bardzo nieściśle: normalnie czytamy, że leży ona w trójkącie podłonowym, pokryta przez m. grzebykowy, nawewnątrz od naczyń, nazewnątrz od m. przy-

wodzącego długiego i poniżej kości łonowej. KÖNIG twierdzi, że jelito mija *obturator externus* od góry, co znowu inni podają w wątpliwość; przyznaje on sam zresztą, że przejście może mieć miejsce i między główkami tego mięśnia.

W istocie rzeczy przepuklina, zależnie od wielkości, bywa pokryta przez grubszą albo cieńszą warstwę mięśni, a zależnie od spotkanego oporu ze strony więzadła łonowo-panewkowego (*membr. obturat. ext. Fischer'a*) kieruje się albo ku zewnątrz i leżeć może przy samej główce udowej, albo ku wewnątrz, i wtedy albo mija m. zasłaniający biodra zewnętrzny, albo przedziera się między jego główkami; znalazłszy się zewnątrz tego mięśnia, napotyka nową przeszkodę w powięzi uda głębokiej, którą przewyciężywszy, kieruje się ku przodowi, wymijając m. przywodzący krótki. Gdy przeszkoda ze strony powięzi głębokiej nie jest do przewyciężenia jelito uchyla się ku wewnątrz, wchodzi pod m' przywodzący krótki, gdzie powięź staje się słabszą, i ztąd dopiero skręca ku przodowi, albo, gdy i to się mu nie udaje, wchodzi pomiędzy oddzielne adduktory i może wtedy wypłynąć na wierzch na powierzchni uda wewnętrznej; dlatego guz przepuklinowy, niewyczuwalny od przodu, może być odnaleziony od wewnętrznej strony. W rzadkich przypadkach przepuklina leży bezpośrednio pod powięzią powierzchowną albo nawet pod skórą, bądź to na przedniej, bądź na wewnętrznej powierzchni uda; to ostatnie może zajść tylko wtedy, jeżeli w powięzi powierzchownej są luki nienormalne, zdolne przepuścić jelito; przypadki takie były jednak stwierdzane.

Przepuklina może być:

A. kompletna, B. niekompletna, t. j. tkwić wewnątrz kanału, nie mijając przedniego pierścienia.

Dla A. przyznaje ENGLISH następujące główne odmiany:

1) P. między błoną zasłonową i m. zasłaniającym b. zewnętrznym.

2) P. zewnątrz m. zasłaniającego zewn., który albo mija od góry, albo przedziera się między jego główkami.

3) P. w kierunku panewki biodrowej.

4) P. między m. grzebykowym i trójgłowym uda.

5) P. podskórna na przedniej albo na wewnętrznej powierzchni uda.

Dla B. przepuklina może tkwić:

1) między błoną zasłonową i *obturator internus*,

2) między błoną zasłonową wewnętrzną (właściwą) i zewnętrzną FISCHER'a.

Przeszło w 90% przypadków ENGLISH'a znaleziono w przepuklinie jelito lub ścianę tegoż. Jelito niezawsze bywa samo: na 60 przepuklin pętlcowych w 9-u przypadkach była sieć, a w 2 trąbka obok jelita. Według SCHMIDT'a sieć miała towarzyszyć jelitu w 25% spostrzeżeń.

Niekiedy jelito i worek przepuklinowy bywają mocno zrośnięte; w tych przypadkach łatwo dochodzi do zgorzeli, gdyż, podług badań ENGLISH'a, warstwa surowicza jest źle odżywiana, a mięśniowa w stanie zaniku.

Worek także może być spojony z mięśniami, przy których leży.

Rozpoznanie przepukliny dziury zasłonowej rzadko tylko tworzącej guz namacalny, zwykle ukrytej w głębokich warstwach uda, niekiedy nawet wewnątrz kanału zasłonowego, należy, wogóle, do zadań najtrudniejszych. TREVES stwierdza, że nie daje ona ani jednego objawu, którego nie spotykamy i którego objaśnić nie możemy niezależnie od przepukliny.

ENGLISH wylicza 25 dyagnóz pewnych i 12 przypuszczalnych na 107 przepuklin uwięzionych; AUERBACH znajduje 20 rozpoznanych na 35 zebranych spostrzeżeń.

GRASER, podając z pracy THIELE'go 17 rozpoznanych na 26 cytowanych przypadków, podnosi fakt, że niewięzione przepukliny dają wogóle mało objawów; to samo zaznacza ENGLISH.

W literaturze są cytowane przypadki przepuklin wolnych, rozpoznawanych za życia, lecz przy sekcjach nieznanymi. Ciekawe jest spostrzeżenie WOOD'a, przytoczone u TREVES'a, gdzie przepuklinę mięśniową poprzez szparę w powięzi m. przywodzącego długiego przyjęto za przepuklinę dz. zasłonowej.

Z objawów najważniejsze omówimy po szczegóły:

A) Guz przepuklinowy.

Ten bywa tylko wtedy, gdy przepuklina leży zewnątrz m. zasłaniającego zewnętrznego; znane są przecie przypadki, że odkryć guza nie zdołano, aczkolwiek szukano go świadomie, a po śmierci znajdowano sporą przepuklinę pod mięśniem grzebykowym. Zwykle guz staje się zupełnie wyraźnym dopiero z chwilą wystąpienia stanu zapalnego.

ENGLISH zwraca specjalną uwagę na tę część badania, omawia ją drobniutko i daje następujące wskazówki: 1) gdy guza brak na przedniej, szukać go na wewnętrznej powierzchni uda; 2) gdy i tutaj odkryć się nie da, zwrócić uwagę na wymiary i konfigurację uda: niekiedy będzie ono pełniejsze, mniej płaskie lub mniej wgłębione w okolicy jamy podłonowej, albo też fałda między udem i sromem mniej wyraźna, 3) niekiedy guz daje się zauważyć na kończynie zgiętej, na rozprostowanej znika, niekiedy widać go tylko wtedy, gdy chory stoi, albo też gdy kończyna skierowana jest w tę lub inną stronę, 4) wypukliwania nie zaniedbać, gdyż ono rozstrzyga sprawę przy odgłosie wyraźnie bębnowym; wypuk ten otrzymano we własnym spostrzeżeniu ENGLISH'a.

Badać radzi w pozycji poziomej i pionowej, tułowiu zgiętym i rozprostowanym, kończynie do — i odprowadzonej, zgiętej i rozgiętej, gdy trzeba — pod narkozą, gdyż nieraz ona tylko sprowadza dostateczne rozluźnienie mięśni. Mięsień grzebykowy może, przy badaniu, napinać się odruchowo na podob. m. prostych brzucha i wymacanie guza, nawet wyraźnego, udaremniać.

B) Objawy okluzyjne.

Te nieraz bywały już poprzednio: chory miewał ataki bólu brzucha, nudności, zaparcia, rozwolnienia, kolki lub inne podobne objawy, świadczące o przeszkodach dla krążenia kiszkiowego, zwłaszcza, gdy występowały nagle, by równie nagle ustępować. Zresztą objawy ostrej niedrożności przy uwięzieniu jelita w kanale zasłonowym nie specjalnie charakterystyczne go nie przedstawiają. ENGLISH zwraca tylko uwagę, że w przypadkach tej właśnie przepukliny mogą być objawy ostrej niedrożności bez inkarceracji właściwej, spowodowane przez unieruchomienie jelita w wąskim kanale zasłonowym.

C) Nerwoból zasłonowy.

Objawem klasycznym, najważniejszym dla rozpoznawania przepuklin omawianych, jest objaw, opisany przez HOWSHIP'a i, niezależnie, przez ROMBERG'a. Stanowi go ból w okolicy nerwu zasłonowego, t. j. w górnej części uda na powierzchni wewnętrznej i przedniej; z tego właściwego siedliska ból może promieniować ku górze i dołowi, obejmując nawet cały brzuch i całą dolną kończynę, dochodząc do palucha. Często ból zaczyna się w bliskości przepukliny, by ztąd promieniować na okolice odleglejsze, niekiedy jednak wychodzi z miejsc odległych, np. kolana, i później dopiero zjawia się w okolicy kanału zasłonowego. Nasilenie tego nerwobólu bywa bardzo różne, czasem nieznaczne, o charakterze parestezyi, to znowu nosi charakter wybitnie neuralgiczny. Nerwoból ten, zdaniem niektórych chirurgów, wystarcza zupełnie jako wskazanie do operacji.

W wielu jednak przypadkach objawu rzeczowego wcale niema, w wielu innych bywa niezależnie od przepukliny: spotykano go w histeryi, gościecu, ostrem zapaleniu kości łonowej (LANDERER), może też występować jako nerwoból samorzutny. Przerzutowo zdarza się cierpieniom otrzewnym, przydatków macicznych lub samej macicy.

Z 26-u przypadków THIELE'go objaw H. ROMBERG'a zanotowano 11 razy. TREVES, ko-

rzystając ze statystyki MACREADYE'go, określa częstość tego objawu na 42%

TREVES podaje sposób wzniesienia i nasilania bólu przez napinanie m. zasłaniającego biodra zewnętrznego, gdy kończynę nieco odwiedzioną skręcamy silnie ku wewnątrz.

Niekiedy ból nasila się wyraźnie przy każdym poruszeniu kończyny bez względu na kierunek ruchu (przypadek autora).

Badanie przez pochwę lub prostnicę może być pomocne w przypadkach wątpliwych; uwagę skierować należy ku wykryciu powrózka w okolicy kanału zasłonowego lub ku nasilaniu się bólu w zależności od naciskania palcem na okolicę tylnego pierścienia tego kanału. Ten sam efekt bólowy sprawiać może naciskanie na pierścień przedni.

Niektórzy autorowie (np. MAYDL) radzą badać tą drogą każdy przypadek ostrej niedrożności jelit, by przed przystąpieniem do laparotomii wyłączyć przepuklinę dziury zasłonowej. W piśmiennictwie istnieje nawet spostrzeżenie, w którym manipulacja od strony pochwy wystarczyła do odprowadzenia uwięzionej pętli (WERNER).

(D. u.)

Przyczynek do psychiatrii porównawczej

podał

Maurycy Urstein (Monachium).

Odczytano na zebraniu kliniki psychiatrycznej w Monachium d. 12. VII. 1906.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28).

Nie tak niebezpieczną dla życia, lecz w każdym razie szpecącą chorobą jest trąd, który i tutaj wstępuje w znanych nam formach klinicznych.

Trąd grasuje przeważnie w okręgu Krasnowodskim, w Bucharze, Samarkandzie i Tasz-

kencie; często wstępuje u jednej i tej samej osoby jako sękaty, a potem, skoro zewnętrzne erupcje przeszły, w formie anestetyczno-atroficznej. W Bucharze widziałem pewnego Sarta, który wskutek zaniku mięśni twarzy nie mógł zamknąć ani ust, ani oczu. Kiedy miał przełknąć kawałek chleba, kładł go z początku na koniec języka, potem popychał do przetyku kawałkiem drzewa, ociosanym w formie szponu. Bezradny ten i zupełnie niezdolny do zarobku kaleka przedstawiał tak straszny widok, jaki sobie ledwie można wyobrazić. Co się tyczy przenoszenia trądu, to Tekińczycy uważają go już oddawna za zaraźliwy, i ciekawy jest sposób izolacji chorego. Bogaci umieszczają trędowatego w oddzielnej jurcie, biedniejsi oddają mu określony kącik we wspólnym namiocie, ogradzając go prowizorycznym murem. Wprawdzie nie jest to izolacja idealna, nie jest ona jednak zupełnie bezcelowa, tembardziej, że trędowaty posiada swoje sprzęty, i nikt się z nim bliżej nie styka. Ze względu na kiepskie warunki higieniczne i żywnościowe wśród biednych, które się też przyczyniają do rozpowszechniania choroby, w pobliżu Taszkientu został otworzony zakład, gdzie każdy trędowaty znajduje przytułek.

Z chorób przenośnych wspomnę tu tylko o syfilisie, gdyż szczegółowo mam zamiar omówić go przy paraliżu postępującym.

Odrę, szkarlatynę i dyfteryt spotykamy u tubylców bardzo rzadko. Choroby gruźlicze należą do wyjątków. Dalej zauważyłem, że złośliwe nowotwory, szczególnie rak lub mięsak, stanowiły bardzo niewielki procent przypadków.

Z chorób skórnych przedewszystkiem należy wspomnieć o t. zw. *Ulcus pendae* (sarciański wrzód, aschabadka). Wrzód ten, jak wskazuje sama nazwa, spotykamy w oazie Pendeńskiej i w Aschabadzie; najczęstsze przypadki zachodzą w lipcu, najrzadsze zaś w październiku. Gdy wrzody te występują w miejscach, narażo-

nych na tarcie przez obuwie lub ubranie, lub gdy znajdują się na fałdach skórnych, wywiązują się łatwo stany zapalne sąsiednich tkanek, pryszczyca, ropnie lub bolesne flegmony.

Liczba wrzodów waha się między 1—100 i ponadto. W Aschabadzie pokazywał mi kolega u swego syna aż 121 blizn. Wrzody występują najczęściej w miejscach, wystawionych na działanie światła, a więc na twarzy i rękach. Natomiast nie znajdujemy ich nigdy na owłosionej części głowy, na *Vola manus*, *Planta pedis* oraz błonach śluzowych. Ostatnie twierdzenie nie zgadza się jednak z rzeczywistością, ponieważ widziałem typową aschabadkę na błonie śluzowej wargi dolnej. Czas trwania wynosi kilka miesięcy, rok, a niekiedy i więcej. Opowiadano mi o pewnym generale, który się ztąd pszeniósł do Petersburga i tam dopiero po paru miesiącach dostał typowych wrzodów.

Kto je raz przechodził, jest prawie zawsze zabezpieczony od recydywy. Choroba kończy się zawsze wyzdrowieniem, chociażby się jej wcale nie leczyło, pozostawia jednak po sobie szpecące blizny.

Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe. Nowicyusz popełniają często błędy, uważając wrzody za syfalistyczne, tembardziej że są one rzeczywiście bardzo do nich podobne. Szczególne trudności nasuwają się wtedy, gdy, jak się niekiedy zdarza, wrzód występuje jedynie na członku.

Przyczyną choroby są, zdaje się, specyficzne twory (wykryte przez BOROWSKIEGO), należące do grupy protozoów. Droga atoli, którędy one dostają się do organizmu, nie jest jeszcze ściśle określona. Jedni twierdzą, że drobnoustroje te przenikają przez skórę, inni zaś przypuszczają pośrednictwo dróg oddechowych, względnie narządów trawienia. Dziwnem mi się wydało, że niezwykła temperatura, ściślej mówiąc, promienie słońca nie wywierają żadnego wpływu w kierunku leczniczym. Metoda FINSSEN'a pozostaje podobno bez skutku, czy zaś sposób RÖNTGEN'a da dobre wyniki, nie zdołano dotychczas wyjaśnić.

Zdaniem mojem, najlepsze rezultaty dadzą się osiągnąć metodą BIER'a.

Zresztą dotychczasowe skutki terapeutycznych zabiegów pozostawiają wiele do życzenia. Nie bacząc na tajemnicze środki, stosowane przez krajowców, wypróbowano niemal wszystko, czego używamy przy leczeniu ran, poważniejszych jednak rezultatów nie osiągnięto. Najlepiej działa, jak mi się wydaje, *emplastrum cantharidum*; plaster ten zmienia się codziennie, na czwarty zaś dzień robi się okłady z *Liq. alumin. acetici*. Mniej więcej po 3 tygodniach wrzody znikają, pozostawiając blizny. Rozumie się, że środek ten może być stosowany tylko tam, gdzie się ma do czynienia z jednym lub kilkoma wrzodami. Dobrze działa też codziennie wznowiany spray z eteru.

W okręgu Syr-Daria i w Bucharze rozpowszechniona jest jeszcze inna choroba skórna, wywołana przez t. zw. *Filaria medinensis*. Zarażenie następuje przez wodę do picia, chociaż nie jest wyłączone, że zarazek przenika do organizmu przez skórę. Pasorzyt dostaje się do wnętrza ciała, potem w sposób jeszcze nie określony pod skórę i kryje się miesiącami w tkance łącznej. Po upływie roku wyrasta on na długość 2 łokci, zamieniając się w cienkiego robaka. Wówczas tworzy się furunkuł, względnie wrzód, w głębi zaś jego siedzi pasorzyt. Wogóle choroba ta, która nawet cudzoziemców nie oszczędza, nie jest wprawdzie niebezpieczna, sprawia jednak wiele cierpień. Gdy natomiast, jak się to zdarza, robak wychodzi z jamy ocznej, powstają niebezpieczne powikłania. Najczęściej występuje on na kończynach dolnych, szczególnie zaś w okolicy kostki. Ekstrakcja pasorzyta jest mozolna, wymaga też pewnej wprawy i zręczności. Mówiono mi, że niektórzy z tamtejszych golarzy posiadają w tym kierunku podziwu godną wprawę. W Bucharze miałem okazję być przy jednej takiej operacji i byłem zdumiony ostrożnością oraz zręcznością golarza aż do samego końca. Punkt ciężkości

polega na tem, że trzeba robaka wyciągnąć w całości. Gdy się go przerwie i zostawi kawałek, powstają rozlane zapalenia i ropnie. Lekarze postępują t. zw. sposobem etapowym, nawijając pasorzyta na drut, wykonywając dziennie coraz większą liczbę obrotów; golarz jednak załatwia się na jednym posiedzeniu i, masując ciągle miejsce zaognione, ostrożnie wyciąga robaka.

Cały kraj Zakaspijski i Turkiestan obfituje w węże jadowite, skorpiony, falangi, tarantele i ogromną liczbę owadów. W Ferganie znajduje się ledwie dający się zauważyć mały czarny jadowity pajak (Karakaur), którego ukłucie powoduje śmierć zarówno człowieka, jak i zwierzęcia. Ciekawy jest fakt, że tubylecy stosują metodę leczenia, przypominającą naszą nowoczesną terapię specyficzną. Jako odtrutki używają oni stare olejowego lub alkoholowego wyciągu albo nalewki z jadów samych zwierząt i przykładają w formie maści. Takie nacierania okazały się dobrze, to też znalazły zastosowanie i u Europejczyków.

Na tem kończę krótki opis ważniejszych chorób, przechodząc do streszczenia moich badań psychiatrycznych.

Przedewszystkiem zaznaczyć wypada, że rozstrzygnięcie kwestyi rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród krajowców jest o wiele trudniejsze, niż się na pierwszy rzut oka zdaje. O dziedziczności niełatwo się czegoś pewnego dowiedzieć; wogóle anamnestyczne dane nie prowadzą do niczego. W dodatku jest się zależnym od tłumaczy, którzy w większości przypadków stoją na tak niskim szczeblu rozwoju umysłowego, że trudno im wytłumaczyć, czego właściwie chciałoby się dowiedzieć od badanego osobnika. Jeżeli wziąć pod uwagę, że w całym Zakaspijskim kraju i Turkiestanie, a więc na 4—5 milionów ludności, istnieje jeden jedyny zakład dla obłąkanych w Taszkencie, który mieści najwyżej 100 chorych, przeważnie Rosyan, i dalej, że w Bucharze znajduje się 30—50 pacjentów, wreszcie, że w Aschabadzie, jak

również w innych większych miastach, w szpitalach wojskowych przebywa mała liczba chorych umysłowo, przeważnie przestępców, wolno wyprowadzić wniosek, że obłąkani zwłaszcza niebezpieczni i wymagający dozoru w zakładach, należą tam do zjawisk rzadkich. Można byłoby przypuszczać, że chorzy znajdują się w aulach; to też po przybyciu do jakiejś wsi przedewszystkiem informowałem się pod tym względem. Znalazłem wprawdzie parę tuzinów inwalidów umysłowych, którzy mi ogromnie przypominali ostatni kres otępienia przedwczesnego. Atoli przy ocenie tych przypadków należy być ostrożnym, tembardziej, że od ludzi, stojących na bardzo niskim stopniu rozwoju, nie można pod względem umysłowym zbyt wiele wymagać, i ponieważ mnie zapewniano, że napotykanii przezemnie zachowywali się wciąż jednakowo, nie okazując nigdy podniecenia, ani katatonicznych objawów. Natomiast przekonałem się, że pewna liczba umysłowo chorych znajduje się w więzieniach. W Bucharze widziałem 7 więźniów z ideami nedorzecznymi, urojeniami zmysłowymi oraz innymi objawami hebefrenicznymi.

Stwierdziłem, że objawy degeneracyi nie mają wielkiego znaczenia. Częstość ich u umysłowo chorych, wtedy gdy dawały się zauważyć u osób zdrowych.

Symulację spotykałem w pojedynczych przypadkach u żołnierzy, chcących się uwolnić od służby, lub u podsądnych. Jest ona jednak o tyle widoczna, że rozpoznanie nie przedstawia trudności. Dokładniej zbadałem 137 przypadków: 59 sartów, 31 tekińczyków, 17 persów, 14 armeńczyków, 9 kirgizów i 7 tatarzynów. Między nimi było jednak tylko 11 kobiet, mianowicie 4 tatarki, 3 kirgizki, 2 sarcianki i 2 tekinki.

Z 98-iu przypadków zdawałem sobie sprawę zupełnie jasno, w 21 musiałem poprzestać na dygnozie, która wydała mi się prawdopodobną, u 18 zaś pacjentów nie otrzymałem po jednorazowym badaniu określonego rezultatu.

Z rozpoznanych przypadków 11 dotyczyło

obłądu cyrkularnego, 7 starczego, 4 padaczki, 3 paralizu postępującego, 3 histeryi, 2 nowotworów, prawdopodobnie ropni, 2 obłądu haszyszowego, 1 amencji w znaczeniu KRAEPELIN'a, 1 organicznej psychozy po apopleksyi, a pozostałe 64 przedstawiały znany obraz otępienia przedwczesnego. Z 11 cyrkularnych pacjentów u 7 zjawiała się choroba po raz wtóry, 8 znajdowało się w stanie maniakalnego podniecenia, 3 w stanie depresyi.

Przypadek amencji dotyczył chorego, który wskutek niezliczonej liczby ran, zadanych nożem, stracił ogromną ilość krwi i nazajutrz zmarł.

Nieznanych mi objawów chorobowych nie spotykałem. Niema prawie objawu, którego bym nie był stwierdził u tubyleców. Natomiast istnieją niewątpliwie różnice pod względem obfitości symptomatów, siły i natężenia choroby, jakoteż i częstości grup objawowych. Całokształt choroby wogóle ubogi w treści; w poszczególnych postaciach choroby można znaleźć najwyżej kilka objawów, całych kompleksów zaś prawie nigdy. Manie przebiegają nieprodukcyjnie, zdarza się wielomówność, brak jednak prawie zawsze ucieczki myśli (*Ideenflucht*). Depresye bywają mniej głębokie, bez wielkiego afektu i wogóle rzadsze. Nastrój nie jest nigdy smutny, przygnębiony, beznadziejny. Na zahamowanie nikt się nie skarżył, ani nie mogłem go wykryć obiektywnie. Uczucie niedołęstwa, samobójcze skłonności, mikromaniczne lub nihilistyczne bredzenia, wyrzuty sumienia zdarzają się rzadko lub nie występują wcale. Jeszcze rzadziej spostrzega się grupy objawów katatonicznych w przedwczesnem otępieniu. I w tym przypadku choroba nigdy nie daje tak bogatego obrazu, jakiśmy zwykli widzieć u naszych pacjentów. Treść tego, na co się chorzy skarżyli, była płytka, pusta, czeza. Nie zauważyłem bredzeń na tle fizycznym, chorzy nie uskarżali się, że słyszą swe myśli, że nie mogą działać stosownie do swej woli. Stupor, nega-

tywizm, stereotypie, impulsywność obserwowałem wielokrotnie. Halucynacje i idee prześladowcze zdarzały się często, chociaż chorzy zachowywali się w stosunku do nich zupełnie obojętnie. Końcowe stadya odznaczały się charakterystycznem osłupieniem i niedołęstwem. Zdarza się również padaczka psychiczna. Ciekawy jest następujący przypadek:

Kirgizka, oskarżona o morderstwo, przesłana została przez sąd na obserwacyę 18 lutego 1905 r. Oryentuje się łatwo w otoczeniu, boi się pozostałych chorych, jest zdziwiona, że ją oddano do szpitala, zapewnia, iż jest zdrowa. Na pytanie, co wie o przestępstwie, odpowiada w swem wzruszeniu, że pytano ją o to już 70 razy. Wyjaśnienia daje dobre, lecz gubi się w szczegółach. Przed zabójstwem dziecka miała przez 4 lata halucynacje. Nocą dusiły ją wielbłądy, psy rzucały się na nią, by ją zagryźć, co ją przejmowało strachem. Zdarzało się to tylko w nocy, w dzień spokojnie pracowała. 24 lutego. Dużo płacze, tęskni za dziećmi i gospodarstwem, mówi, że jej najstarsza córka ma wyjść za mąż, a ona nie może wziąć udziału w tej uroczystości. Prosi o robotę; dziękuje za starania, któremi się ją otacza. Gdy 4-go marca chciała wstać z łóżka, upadła i zemdlała, przytem silny krwotok z nosa, słaby, powolny puls. Nie reaguje ani na ukłucia, ani na pytania, potem zasypia. 10 marca zachowanie się spokojne; mówi, że się ją „zaczarowało“ i zgubiło. Przy pierwszym napadzie miała podobno drgawki.

W końcu marca udało mi się samemu obserwować atak. Straciła świadomość, i padając, rozbiła sobie twarz; dostała silnego krwotoku z nosa. Żadnych drgawek, brak sinicy, moczu nie oddała, źrenice nie oddziaływają; chora nie reaguje ani na ukłucia, ani na wołania. Kilka dni później stwierdziłem stan następujący: chora rozumie, co się do niej mówi, zachowuje się bez zarzutu, jest naturalna, orientuje się dobrze, jest bardzo grzeczna, wstaje i kłania się, skoro tylko le-

karz wchodzi do pokoju. Ma 47 lat, w 12 roku wyszła za mąż; ma 13 dzieci, najstarsze liczy sobie przeszło 30, najmłodsze zaś 10 lat. Mąż jej jest wędrownym grajkiem i 'ma tylko ją za żonę. Żyją ze sobą dobrze. W szpitalu przebywa przeszło 2 miesiące a przed rokiem z czemś zdarzyło się to nieszczęście. Nie wie czy zamordowała dziecko: „Kogoż mogę kochać prócz dzieci. Z ich powodu tyle płaczę“. Na zapytanie, czy żał jej chłopca, odpowiada: „Nie mogę powstrzymać łez, jakżebym własnego dziecka nie miała żałować. Skoro karmilam je w przeciągu 5 lat, któż uwierzy, że mogłam je zabić“. Wpada w podniecenie, bije się w piersi i płacze: „przyniescie nóż, skoro jestem winna, pokrajcie mnie, a będę zadowolona“. Chora była nabożna, modliła się też wiele w szpitalu. Już przed 20 laty cierpiała na zawroty głowy, dwanaście lat temu zaś zemdląła przy tem. Nie wie, co się działo tego wieczora, kiedy zostało popełnione morderstwo. Dopiero rano zauważyła, że dziecko jest martwe, a nóż krwią powalany. Chłopak miał głęboką ranę na szyi. Nie wie, czy to ona go zamordowała, czy też jej wrogowie. Boi się strasznie Syberyi i pyta, czy ją tam ześlą. Gdym powiedział, że tak, ponieważ jest morderczynią, zaczęła jęczeć: „cała wina spada na pana; pan będzie przed Bogiem odpowiadał. Ja go urodziłam i dawałam mu piersi, jakżebym mogła go zamordować“. Zauważywszy, że robię sobie notatki, spytała: „pocóż pan to wszystko zapisuje“? Stęskniła się bardzo za mężem i dziećmi, pogłaskała mnie po ramieniu i podziękowała, gdy jej kazałem powiedzieć, iż będzie wolna.

Tłomacz—wyjątkowo dość inteligentny — dał do zrozumienia, nie będąc o to pytany, że chora w opowiadaniu nie posuwa się naprzód, kręcąc się ciągle koło tego samego punktu. Trudno się było dowiedzieć czegoś pewnego co do peryodycznego rozstroju, braku wspomnień o dokonanych czynnościach, co do mimowolnego oddawania moczu lub innych równoważników. Przed każdym napadem dostawała zawroty głowy i przed oczyma robiło jej się ciemno. Oryentuje się w gospodarstwie, zna cenę produktów spożywczych. Alkoholu nie używała. Somatycznych zmian nie znalazłem.

U pewnej młodej tatarce, do której zostałem wezwany z powodu ataku „*grande hysterie*“, miałem możność obserwować później typowy stan przyćmienia świadomości.

Psychozy cholerycznej nie widziałem.

Pomimo tego, iż zdarzały się przypadki najeźszej malaryi, nie spotkałem specyficznej psychozy. Według zdania kolegów zdarzały się one, lecz rzadko.

Co się tyczy etiologii, to alkohol nie odgrywa żadnej roli u tubyleców, którzy są mahometanami. Ciągłe interesowałem się tą kwestyą, dzięki czemu dowiedziałem się, że tekińscy warzą napój, mogący zastąpić rosyjską wódkę. Przygotowują go z wielbłądziego mleka; napój ten ma smak słodko-kwaśny, zdaje się, że zawiera obfitą ilość alkoholu. Inny trunek narodowy („tescho“) otrzymuje się przez gotowanie i destylację soku z winogron; ma smak obrzydliwy, jest jednak bardzo mocny. W każdym razie napoje te są używane tylko w święta i to w niewielkiej ilości.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

38. HOCHENEGG. W sprawie leczenia następczego po rezekcji odbytnicy na drodze krzyżowej.

Na podstawie doświadczenia, zdobytego na 257 operowanych przez siebie przypadkach, autor dochodzi do wniosku, że dalsze losy chorych zależą przede wszystkim od leczenia następczego. Chcąc uwydatnić najważniejsze braki w leczeniu pooperacyjnym tej kategorii chorych, H. przytacza kilka przypadków, zasługujących na szczególną uwagę. W jednym z nich, gdzie wskutek nieznacznego krwawienia wtórnego, chory przez dwa dni leżał nawznak, wystąpiła rozległa odma podskórna, począwszy od moszny, powiększonej do rozmiarów głowy dziecka, kończąc na przedniej ścianie brzusznej i tułowiu powyżej łuku żebrowego. Podczas zmiany opatrunku, trzeciego dnia po operacji, przekonano się, że na tylnym obwodzie puścił szew kiszkowy, dzięki czemu do rany wylało się sporo kału. Nadto brzuch, wzdęty dnia poprzedniego, okazał się zupełnie miękkim. Widocznie położenie chorego nawznak i zatkanie rany przez opatrunek wilgotny i przepojony krwią spowodowało zaparcie wiatrów, które, nie znajdując ujścia nazewnątrz, spowodowały odmę podskórną. Wprawdzie przypadek powyższy skończył się pomyślnie, jednakże HOCHENEGG uważa, że po operacji wycięcia odbytnicy na drodze krzyżowej chorzy zasadniczo powinni leżeć na boku, a nie nawznak.

W drugim przypadku, z powodu podwyższonej temperatury, przystąpiono na ósmy dzień do zmiany opatrunku, do którego chory stanął na czworakach. Naraz chory pada wśród objawów zapaści i po upływie 26 godzin umiera skutkiem piorunującego zapalenia otrzewny z przedziurawienia. Oględziny pośmiertne wykazały, że pomiędzy kiszka a pęcherzem moczowym znajdował się wielki ropień, który pękł do wolnej jamy brzusznej. Przypadek powyż-

szy upoważnia do wniosku, że po rezekcji prostnicy sposobem KRA-SKE'go chory zawsze powinien leżeć tak, aby miednica znajdowała się niżej od brzucha i tułowia. W innym przypadku, podczas zmiany opatrunku również w ustawieniu na czworakach, dokonywanej nazajutrz po operacji, — wskutek obfitego krwotoku żylnego — chory zmarł nagle z powodu zatoru powietrznego. Jednakże niekiedy wysokie ustawienie miednicy staje się niezbędnym, mianowicie w razie następczego krwotoku żylnego lub wypadnięcia trzew do rany wskutek pęknięcia szwu otrzewnowego. Częstokroć ucho- dzi uwagi naszej z a t r z y m a n i e m o c z u po operacjach na odbytnicy, ponieważ pęcherz nie rozciąga się nad spojeniem łonowym, lecz ku tyłowi i w kierunku opróżnionego dołu kulszowo - odbytniczego. Cewnikowanie takiego rozciągniętego pęcherza, którego ściana tylna przylega do jamy, powstałej po wycięciu odbytnicy, prowadzi niekiedy do ciężkiego zapalenia błony śluzowej. Bakteryologiczne badanie moczu chorych po operacjach na drodze krzyżowej, wykonane przez H., wykazało, że bakterie przenikają do pęcherza bez pośrednio z rany operacyjnej, i dlatego powodem zejścia śmiertelnego po operacji bywa nierzadko posocznica pochodzenia pęcherzowego. Dlatego też należy zawsze cewnikować, jeżeli w ciągu pierwszych 12 godzin mocz nie odejdzie samorzutnie. Dalej szczególną uwagę zwracać należy na wypróżnienie. Makowiec po operacji wstrzymuje stolce; wogóle kał płynny H. uważa za szkodliwszy dla rany od twardego. Za czynnik b. ważny autor uważa energiczne przeczyszczanie po wyleczeniu miejscowym; tylko w ten sposób uleczyć można dawny niezbyt jelita grubego. Chory szybko odzyskuje

łaknienie, zaczyna odżywiać się lepiej i nabiera sił, które czynią go bardziej odpornym przeciwko wznowie cierpienia.

(Deutsche Zeitschrift. f. Chir. T. 85).

Aleksander Wertheim.

39. I. Boas. O leczeniu nadkwaśności.

Nadmierne wydzielanie kwasów żołądkowych często towarzyszy początkowym okresom nieżyty żołądka, to też *gastritis acida*, gdzie obok śluzu spotykamy kwasy żołądkowe w normalnej lub nadmiernej ilości, stanowi zdaniem autora początkowy okres przewlekłego nieżyty.

HAYEM uważa związek między nieżytami żołądka i obecnością kwasów za tak stały, że klasyfikuje nieżyty na podstawie zachowania się kwasu solnego.

Zmiany w wydzielaniu nie stanowią same przez się samoistnej formy chorobowej, gdyż mogą powstać pod wpływem bodźców nerwowych. Dziś wiemy napewno, że funkcją chemiczną żołądka kieruje nerw błędny; *crises gastriques* tebetyków i miejscowe zmiany funkcjonalne objaśniamy odruchem tego nerwu.

Nadkwaśność może powstać zarówno wskutek wzmocnienia wydzieliny gruczołów, jakoteż zmian ruchowych, gdyż aparat limfatyczny na wszelkie przeszkody tego rodzaju odpowiada zwiększoną działalnością. Tam gdzie zmian ruchowych niema, przyznać możemy nieżyt żołądka, o ile sok żołądkowy zawiera dużo śluzu; otóż zdaniem autora $\frac{3}{4}$ przypadków nadkwaśności są początkowym okresem nieżyty.

W leczeniu na pierwszym miejscu postawić należy zapobieganie chorobie, t. j. higienę pokarmów.

Chociaż JANOWSKI i WICZKOWSKI dowiedli, że sól karlsbadzka neutralizuje nadkwasę żołądkową, preparaty makowca wzmagają, a środki przeczyszczające zmniejszają wydzielanie kwasu solnego, jednak oddziaływanie to jest tylko czasowe.

Dokładnych przepisów dyetetycznych nie jesteśmy w stanie dziś jeszcze udzielić choremu, gdyż, choć badania PAWŁOWA wykazały, że pokarmy mięsne sprzyjają wydzielaniu kwasu solnego, węglowodany zaś i tłuszcze przeciwdziałają, w organizmie ludzkim reakcje są bardziej skomplikowane. To też dyeta jarska, która, zdawałoby się, powinna znaleźć tutaj przedewszystkiem zastosowanie, nie zawsze zdoła sprostać zadaniu. Dyeta przeważnie tłuszczowa (śmie-

tanka, masło, oliwa) często wywołuje wstręt u chorego. Najracjonalniejszą więc będzie dyeta następująca: możliwe ograniczenie mięsa (ryba jest mniej szkodliwa), obfite ilości węglowodanów i łatwo wysysające się tłuszcze, przedewszystkiem zaś mleko.

Niemniej ważną rolę gra sposób przygotowania pokarmów. Wszelkiego rodzaju przyprawy korzenne, zarówno jak kwasy należy bezwzględnie usunąć; wyjątek robimy jedynie dla kwasu mlecznego i masłowego. Cukier sam przez się sprzyja rozcieńczeniu kwasów żołądkowych dzięki obfitemu przesiąkowi, ciasto i torty jednak szkodzą choremu, co objaśnić należy, zawartością w nich tłuszczów. Wysokoci i win musujących należy zabronić, pozwalamy jednak wino czerwone, a z białych bordeaux i burgundzkie. Kawa i tytoń zwiększają wydzielinę; herbatę i kakao chorzy znoszą dobrze. Nakoniec wspomnieć musimy o wodach alkalicznych, zawierających CO₂, jak Vichy, Biliner etc, które autor zaleca w ilości 200—300 ogrzane do 45° podczas jedzenia.

Przejdziemy do środków lekarskich. Sole alkaliczne działają na razie silnie, przy stałym ich użyciu jednak zawartość kwasów żołądkowych rośnie. Soda wywołuje rozdęcie i rozstrzeżenie żołądka, to też lepiej usunąć ją zupełnie z terapii, zamieniając solami, nie wydzielającymi zupełnie CO₂ lub wydzielającymi dopiero w kiszkiach; do takich należą *Na citricum*, *tripelfosfaty*, *magnesia citrica bismut*, *calcium phosphoricum i carbonicum*. Sole należy podawać po jedzeniu, aby ich działanie wystąpiło na wysokości trawienia.

Alkaliczne wody mineralne działają nie gorzej od soli. Wogóle jednak działanie tych środków jest sympfomatyczne tylko i bez przestrzegania odpowiedniego trybu życia do żadnych rezultatów nie doprowadzi.

Wspomniemy jeszcze o trzech środkach, stosowanych w ostatnich czasach. Atropina (*Riedel*) powstrzymuje czasowo wydzielanie soku, nie wywołując następczego wzmocnienia, wskutek własności trujących nie może być stosowana jednak czas dłuższy. Skopolamina w dawce 0,003 dwa razy dziennie dała Pickardt'owi w kilku przypadkach dobre wyniki. G. HAAS proponuje eumydrinę 0,001-0,004 3—4 razy dziennie. (Therapeutische Monatshefte, 1906 Mai).

H. Goldberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia sekcji neurologicznej
z dnia 16 maja 1907 r.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 28).

KOELICHEN przedstawił chorą Z. B. l. 44 z typowymi objawami akromegalii. Przy oględzinach chorej rzuca się w oczy znaczne powiększenie dolnej szczęki, nosa, wargi duże, wywinęte, mięsiste, język nie powiększony, wybitnie zwiększone dłonie i stopy, przyczem powiększenie dotyczy zarówno kości, jak i części miękkich, zauważyć się daje również pewne powiększenie obu rzepek, wreszcie w górnej części kręgosłupa widoczna jest znaczna kifoza w obrębie dolnych kręgów szyjowych i górnych grzbietowych.

Z wywiadów chorej zasługują na uwagę następujące dane. W rodzinie chorej nikt na podobną chorobę nie cierpiał, i wogóle cięższych chorób nerwowych nie było. Chora w dzieciństwie uległa silnemu uderzeniu w głowę, poczem ciężko chorowała, miała gorączkę, ból głowy, wymioty, w późniejszym wieku również parokrotnie uderzyła się silnie w głowę, jednakże bez żadnych ztych następstw. Chorób zakaźnych nie przechodziła. W 21-m r. życia wyszła za mąż, miała 5 dzieci, z których 2 żyje, reszta pomarła w wczesnym wieku, poronień nie było. Mąż chorej zmarł na chorobę zakaźną. Obecne cierpienie rozpoczęło się 8 l. temu. W owym czasie chora w przeciągu całego roku cierpiała na nader silne bóle głowy, zwłaszcza nocami.

Bóle te były przeważnie umiejscowione w okolicy czołowej i w karku. W rok potem bóle głowy ustąpiły, natomiast chora zauważyła, że nie widzi lewem okiem przedmiotów, znajdujących się po lewej stronie. Wkrótce potem zaczęła doznawać bólów w dłoniach i w stopach, a po pewnym czasie zauważyła stopniowe powiększenie dłoni i stóp oraz dolnej szczęki i nosa, jednocześnie chora zaczęła doznawać znacznego ogólnego osłabienia. 3 l. temu chora zauważyła, że szyja jej zgrubiała,

a na środku szyi wyrósł twardy guz. W tym samym mniej więcej czasie zupełnie utraciła wzrok na lewem oku, a w prawem zauważyła, że nie widzi przedmiotów, znajdujących się po prawej stronie. 4 miesiące temu w przeciągu 6 tyg. nie widziała zupełnie na oba oczy i jednocześnie cierpiała w tym okresie czasu na silne bóle głowy. W ciągu 2 l. ostatnich nie miała wcale peryodu, po tej przerwie pierwszy peryod zjawił się w styczniu b. r., następny w początkach marca.

Obecnie cierpi od czasu do czasu na silne, lecz krótkotrwałe bóle głowy w postaci rwania i skarży się na ogólne osłabienie.

Badanie chorej oprócz wyżej wymienionych cech akromegalii wykazuje znaczne powiększenie gruczołu tarczowego, przyczem boczne płaty są miękkie, w środkowym zaś możemy wymacać twardy dość elastyczny guzik wielkości gołębiego jaja, odosobniony od reszty tkanki. Badanie układu nerwowego wykryło zboczenia od normy głównie w obrębie oczów. Znajdujemy mianowicie zupełną ślepotę na lewem oku i skroniową hemianopsję na prawem, przy badaniu oftalmoskopem stwierdzamy na dnie lewego oka zupełny zanik brodawki n. wzrokowego, na dnie prawego brodkę zastoinową. Żrenice równe, lewa zupełnie nie reaguje na światło i posiada nieco nieprawidłowe kontury, prawa żrenica na światło reaguje dobrze, hemianopiecznej reakcji stwierdzić nie zdołano. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, brak jedynie konwergencji, której chora nie wykonywa, patrząc na przedmioty bliskie. W kończynach poza ogólnem osłabieniem żadnych zaburzeń w dziedzinie ruchowej, ani czuciowej nie stwierdzono, zwraca jedynie uwagę brak odruchu ze ścięgna Achilles'a po lewej stronie przy zachowaniu pozostałych odruchów ścięgowych.

W przypadku tym wiele objawów przemawia za tem, że akromegalia rozwinęła się na tle nowotworu samej przysadki lub w naj-

bliższej okolicy tego gruczołu. Na korzyść tego przypuszczenia przemawiają uporczywe bóle głowy w początkowym okresie cierpienia, nagle przejściowa utrata wzroku, połączona z nasileniem bólów głowy, obecność brodawki zastoinowej na dnie prawego oka, a wreszcie pośrednio brak odruchu ze ścięgna Achilles'a, jako objaw wzmożonego ciśnienia w cieczy mózgo-rdzeniowej. Wobec tego na tem baczniejszą uwagę zasługuje twardy ograniczony nowotwór, który znajdujemy w obrębie gruczołu tarczowego. Wiadomo bowiem z badań COHNEIM'a, a następnie HONSELL'a i DE GRAAG'a, PATEL'a i GIERKE'go, że łagodne nowotwory gruczołu tarczowego częstokroć dają przerzuty, zwłaszcza zaś w kościach, a przytem najczęściej w kościach czaszki. Przerzuty te zachowują zwykle budowę gruczołu tarczowego, czasem nabierają charakteru złośliwego, jak to miało miejsce w przypadkach, u nas ogłoszonych przez ODERFELDA i STEINHAUSA oraz przez FLATAUA i KOELICHENA.

Opierając się na tych spostrzeżeniach mamy prawo przypuszczać, że i w danym przypadku pierwotny nowotwór gruczołu tarczowego dał przerzuty w okolicy przysadki lub w samej przysadce, które następnie w miarę wzrostu wywołały kliniczny obraz akromegalii.

BREGMAN przypomina, że w akromegalii bardzo często spotykano zmiany w gruczole tarczowym (*struma fibrosa cystoides*); w danym przypadku jednak guz przysadki nie jest przerzutowego charakteru, ponieważ wtedy cierpienie ma szybki przebieg, a guz złośliwy charakter.

HIGIER spotykał komplikacje z cukrzycą, rozszerzeniem naczyń, bardzo często trudno powiedzieć w danym cierpieniu, co było przyczyną, a co skutkiem.

Podług FLATAUA, istniejący guz często może nie dawać żadnych objawów, bywają guzy niewątpliwie przerzutowego charakteru o łagodnym przebiegu.

KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił przypadek tężyczki. Chory lat 18, uczeń siodlarski, od 6 tygodni doznaje napadów skurczów w palcach rąk, nóg, w łydkach i w karku. Skurcze są bolesne, i towarzyszy im uczucie drętwienia w wymienionych okolicach ciała. Badanie przedmiotowe wykazało wszystkie typowe objawy tężyczki (objawy TRAUSSEAU, CHVOSTEK'a, ERB'a, HOFFMANN'a). Mówca podkreślił różnorodność nasilenia występujących okresowo skurczów, nierównomiernego nawet w różnych częściach ciała dalej zaznacza rodzaj zajęcia chorego i widzi w tem do pewnego stopnia potwierdzenie przypuszczenia OPPENHEIM'a, że tężyczkę należy uważać za chorobę zakaźną, występującą zwłaszcza u osób, mających do czynienia ze skórą (szewców, garbarzy). K. mówił też wogóle o etiologii i patogenezie tężyczki (tężyczka u dzieci, u kobiet ciężarnych, w chorobach zakaźnych i t. p.).

STERLING uważa dany przypadek za bardzo zwykły, przypomina, iż zjawiają się czasami zaburzenia umysłowe.

BYCHOWSKI widział tężyczkę u chorego na prawostronną pneumonię, wystąpiła ona natychmiast po raptownem podniesieniu ciepłoty, były również zaburzenia psychiki.

HIGIER spotykał tężyczkę przy rozszerzeniu żołądka, sprawach zakaźnych, wraz ze STERLINGIEM nadaje pewne znaczenie *glandulae parathyreoideae*.

Podług SKŁODOWSKIEGO tężyczka, powstała na tle spraw fermentacyjnych, charakteryzuje się lekkim przebiegiem, naodwrot, spowodowana wycięciem gruczołu tarczowego—ciężkim.

(D. n.).

Wiadomości bieżące.

— Dziekanem fakultetu medycznego we Lwowie na rok 1907/8 wybrany został prof. S. BĄDZYŃSKI.

— Z inicjatywy prof. GLUZIŃSKIEGO kol. JAKOWSKI zwołał posiedzenie kolegów internistów, aby dowiedzieć się, o ile pożądaneby były stałe zjazdy specjalnie internistów polskich. Zjazdy takie odbywałyby się co 2 lata, raz samodzielnie, a drugi raz podczas ogólnych zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.

Wszyscy zebrani koledzy uznali za rzecz bardzo pożądaną wykonanie myśli prof. GLUZIŃSKIEGO i wybrali kol. JAKOWSKIEGO jako rzeczownika tej sprawy podczas tegorocznego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

— Dr Adam WIZEL, dotychczasowy ordynator oddziału chorób umysłowych w szpitalu na Czystem, mianowany został starszym ordynatorem oraz zarządzającym oddziałem psychiatrycznym w tymże szpitalu.

— Komisya rewizyjna Rady miejskiej w Petersburgu uważała za właściwe podnieść sprawę wprowadzenia do szpitali miejskich autonomii. — Tytułem próby jest zamiar oddać zarząd szpitalami miejskimi organom zbiorowym, do składu których weszliby lekarze szpitalni w charakterze członków zarządu z lekarzem naczelnym jako przewodniczącym. W ten sposób utworzony zarząd wybiera specjalny komitet gospodarczy, któremu znów przewodniczy kurator szpitala, wybrany przez Radę miejską. Zarząd ma prawo, w razie potrzeby, zapraszać na swoje posiedzenia i członków niższego personelu, aptekarza szpitalnego, ekonoma lub intendenta.

— Projekt organizacji „Komitetów zjazdowych miejscowych“.

Wobec tego, że czynności, mające na celu organizowanie prac przedzjazdowych, przygotowawczych, w większych środowiskach naszych, nie są ujęte w regulamin, co ujemnie nieraz odbijało się na pracach w oddzielnych sekcjach naukowych Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, kol. Józef JAWORSKI za-

projektował i opracował następujący regulamin przesłany Delegacyi stałej Zjazdów Lekarskich.

Projekt organizacji miejscowych Komitetów zjazdowych Lekarsko-Przyrodniczych, opracowany przez dra Józefa Jaworskiego z Warszawy, a przyjęty przez Warszawski Komitet przedstawicieli X Zjazdu..

I. Cele. II. Skład. III. Czynności.

I. Cele.

Miejscowe Komitety zjazdowe mają na celu: a) Propagowanie co do szerszego uczestnictwa w Zjeździe. b) Organizację oddzielnych wydziałów naukowych, według specjalności. c) Udział w przygotowaniu prac naukowych dla obesłania niemi Zjazdu.

Komitety powstają po ogłoszeniu miejsca i terminu Zjazdu w miastach polskich, posiadających Towarzystwa Lekarskie.

II. Skład.

Każdy komitet składa się z przedstawicieli oddzielnych specjalności, po jednym dla każdej specjalności, z wyjątkiem medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej i chirurgii, które posiadają po 2-ch przedstawicieli.

Przedstawiciele powoływani bywają każdorazowo na dany Zjazd, drogą wyboru, przez Towarzystwa Lekarskie, na wniosek Zarządów Towarzystw. Zarząd Towarzystwa zawiadamia o wyborze osób przedstawicieli Wydział Gospodarczy Zjazdu.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne mają prawo korzystania z usług przedstawicieli, powołanych przez Towarzystwa Lekarskie w miastach stołecznych: w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Lwowie, Wilnie.

Uwaga. Komitety miejscowe przy Towarzystwach Lekarskich prowincjonalnych, o ile zechcą, wybierają do Komitetów w miastach stołecznych delegata.

III. Czynności Komitetów.

a) Komitety odbywają peryodycznie, od

chwili oznaczenia terminu i miejsca Zjazdu, posiedzenia organizacyjne, zwoływane przez swego gospodarza, lub jego zastępcę, powołanych z wyboru.

Wyniki narad tych komunikowane są Członkowi stałej delegacji Zjazdowej, o ile on nie uczestniczy w naradach.

b) Komitety znoszą się w sprawach naukowych i z temi związanych natury ogólnej z Wydziałem Gospodarczym, czynnym w miejscu mającego się odbyć Zjazdu—przez swego gospodarza.

c) Przez oddzielnych przedstawicieli z gospodarzami poszczególnych wydziałów.

d) Przez swoich oddzielnych przedstawicieli zwołują posiedzenia specjalistów.

I-o W celu wyboru tematów dla wykładów zbiorowych; wyboru tematów dla wykładów samodzielnych.

2-o W celu omówienia w gronie specjalistów organizacji pracy dla należytego obsłużenia danego wydziału.

3-o W celu wzajemnego informowania się o postępie prac, przygotowywanych na Zjazd.

4-o W celu informowania o czynnościach:

a) Wydziału gospodarczego;

b) Oddzielnych wydziałów naukowych w miejscu mającego się odbyć Zjazdu.

Uwaga. Wszystkie czynności te przedstawiciele załatwiają i z kolegami na prowincyi.

Miejscowy Komitet Zjazdowy w Warszawie znosi się w sprawach naukowych Zjazdu z lekarzami-rodakami, zamieszkałymi w miastach Cesarstwa Rosyjskiego.

Czynności miejscowych Komitetów Zjazdowych kończą się z chwilą rozpoczęcia się Zjazdu.

Projekt ten przyjęła w d. 5 i 6 lipca r. b. na posiedzeniu swem w Krakowie Delegacja Stała i ma go przedstawić X Zjazdowi do zatwierdzenia i włączenia do Ustawy Zjazdów. Delegacja Stała rozszerza zakres działania Komitetów także na działy przyrodnicze. Do

uwagi ostatniej zaproponowano dodatek: „Prócz tych miast, w których istnieją osobne polskie Towarzystwa Lekarskie lub Przyrodnicze”. Nadto do Komitetów miejscowych należeć ma także przedstawiciel Wystawy.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1907/8 zawakuje sześć stypendyów, każde po rub. 300 rocznie, z legatu ś. p. d-ra Walentego KOCZOROWSKIGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin, uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Salit

Płynny związek salicylowy. Tani i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach. Nawet rozcieńczony dobrze przez skórę znoszony. Bez ubocznego działania na narządy wewnętrzne.

Duotal

Duotal „Heyden'a, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym nieżytom dróg oddechowych.

Omorol

Zupełnie niedrażniący proteinat srebra do leczenia zapalnych i zakażonych błon śluzowych gardzieli (angina, dyfteryt).

Blenal

Ester kwasu węglowego olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Bismutum bitannicum

Najtańszy adstringens dla kiszek o wybitnem działaniu w przypadkach ostrych i najuporczywszych chronicznych; przyjmuje się łatwo.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Dreźnie;

lub przedstawiciel Ludwik Freider, Leszno 60.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogalloi

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działanie w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzyczorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreofdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości puls i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiącok., krwot., przy zatrzymanej mies., obfite

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

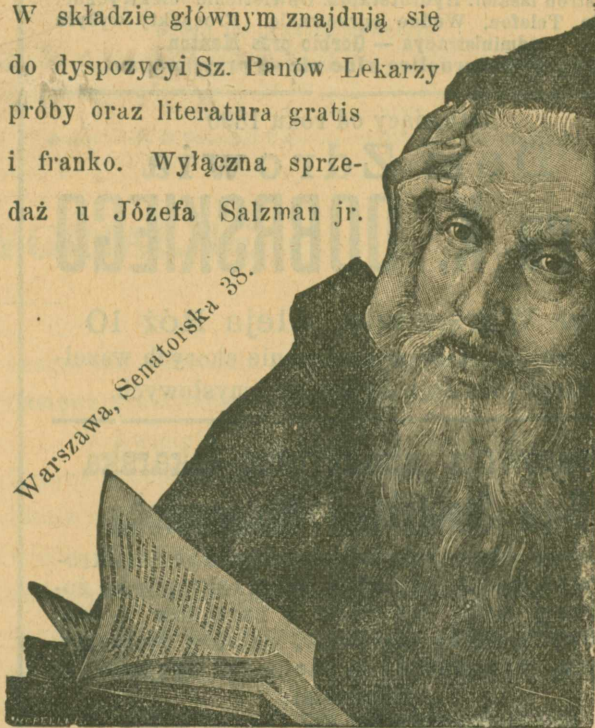
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas” względem naszego preparatu „Purgen” stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani

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

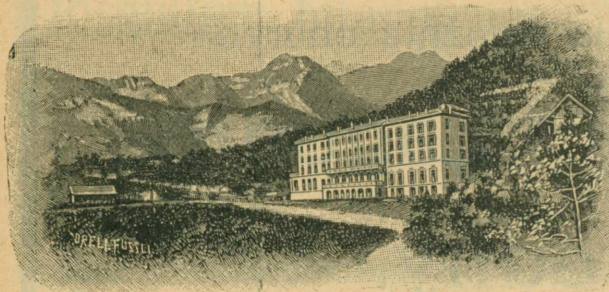
Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

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

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO” pod Mentoną.

dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdrowieńców



Zakład położony w najpiękniejszej i najzdrowszej części południowej Francji (Alpy morskie), otoczony ze wszystkich stron lasami. Hydroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Wodne ogrzewanie. Prospekty wysyła administracya — Gorbio près Menton.

Chorzy na gruźlicę płuc nie są przyjmowani.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).
telefon 73-46 albo 8344.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab, za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie it. d.

Warszawski Zakład

DLA ZBOCZEŃ MOWY

oraz cierpień jamy noso-gardzielowej dla stałych i przychodzących chorych

D-ra Ołtuszewskiego

Piękna 13.

Zakład przyjmuje również na stałe pomieszczenie dzieci upośledzone umysłowo ze zбочeniami mowy.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe ilustrowane katalogi franko

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Pastyłki Kefirowe

DO PRZYGOTOWANIA KEFIRU W DOMU WYRABIA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

Budetka zawiera 40 sztuk i kosztuje Pb 1