

# GAZETA LEKARSKA.

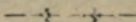
## I. ZABURZENIA INNERWACYJNE I CYRKULACYJNE W CHOROBYCH ZAKAŻNYCH

(*influenza, infectio streptococc. diplococc. etc.*)

Napisał

**Dr. Med. Józef Pawiński,**

starszy ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.



Zaburzenia cyrkulacyjne, występujące w przebiegu chorób zakaźnych oddawna zwracały uwagę lekarzy. Małe, słabo napięte, niemiarowe tętno, przy chłodnych, cjanotycznych kończynach i bladości twarzy, zjawiające się w stanach gorączkowych, zawsze zatrwajało lekarzy praktyków, nawet wówczas, kiedy nie tylko o fizykalnem badaniu, lecz nawet o rzeczywistych warunkach krwioobiegu nie miano dokładnego pojęcia. Choć stany podobne rozmaicie sobie tłumaczono, *resp.* rozmaite przedsiębrano środki lecznicze, odpowiednio do zasad tej lub innej szkoły, uważano je wszakże za wskazówkę ciężkiego rokowania.

Początek ściśle naukowego pojmowania wyczerpanego serca w chorobach zakaźnych datuje dopiero od czasu LOUIS'a. Jest on pierwszym autorem „serca tyfusowego”: podobnie, jak i późniejsi badacze: ANDRAL, GÜNZBURG, WUNDERLICH, STOKES zwracał on uwagę na makroskopowe zmiany serca u chorych, zmarłych na tyfus, a mianowicie na zmniejszenie konsystencji mięśnia serca, na jego wiotkość i na zmianę koloru („*fenille morte*“ LOUIS).

Do bliższego zapoznania się wszakże ze zmianami mikroskopowemi, zachodzącemi w mięśniu serca, pierwsze podwaliny dał VIRCHOW. Ogłoszeniem swej pracy o parenchymatycznym zapaleniu dał pobudkę do badań histologicznych nad sercem tyfusowem [BOETCHER, STENI, WELDEYER, ZENKER, HOFMAN, RENAUD, LANDOUZY, HAYEM] i dyfterytycznem [LABADIÉ-LAGRAVE, BIRCH-HIRSCHFELD, LEYDEN, OERTEL, ROMBERG, RABOT i PHILIPPI]. Badania te wykazały w powyższych dwóch chorobach istnienie nie tylko zmian mięszowych, t. j. w samych włóknach mięsnych, lecz i śródmięszowych

[drobnokomórkowe nacieczenie, rozwój tkanki łącznej i zmiany w naczyniach].

Kliniczne znów obserwacje dowiodły, że zmiany powyższe mają miejsce głównie w ciężkich tyfusach, w postaciach o wysokiej gorączce i w formach adynamicznych.

Rozwój zaś zmian tych w mięśniu serca przypada zazwyczaj na koniec drugiego i początek trzeciego tygodnia. Co się tyczy dyfterytu, to i w nim mięsień serca zostaje dotknięty sprawą chorobową nie w początku, lecz w dalszym przebiegu, najczęściej w okresie znikania błon fałszywych, lub występowania porażen. Tylko w wyjątkowych razach i to, rozumie się, w przypadkach zakażenia bardzo złośliwych, występują groźne objawy niedomogi serca w pierwszych dniach rozwoju dyfterytu lub tyfusu.

Dla dopełnienia tego krótkiego zarysu historycznego wypadu nam jeszcze wspomnieć o nowym, bardzo ważnym kierunku w pojmowaniu patogenezy słabego serca i wogóle zaburzeń cyrkulacyjnych. Wyrósł on na glebie francuskiej, dzięki badaniom znakomitego fizjologa CLAUDE BERNARD'a nad unerwieniem naczyń, rozwinął się prawie w oczach naszych—w ostatnich dwóch dziesiątkach bieżącego stulecia i przyniósł obfity plon, również dzięki talentowi klinicznemu francuskiej szkoły. Mamy tu na myśli zaburzenia w układzie wazomotoryjnym, które tak potężny wpływ w całej patologii krwioobiegu wywierają i dają powód do występowania wielu przypadłości, przypisywanych jedynie tylko samemu sercu. W chorobach zakaźnych w mowie będący pogląd znalazł szersze zastosowanie od czasu, kiedy badania bakteryologiczne, na zwierzętach przedsiębrane, wykazały, że układ wazomotoryjny nie tylko nie zostaje zaoszczędzonym od zgubnego wpływu drobnoustrojów, lecz przeciwnie nawet staje się częstym ich siedliskiem [CHARRIN i GLEY].

Do chorób właśnie, w których oddziaływanie bakterii na ośrodki naczynioruchowe występuje na pierwszy nieraz plan, [obniżenie napięcia tętniczego] należy przedewszystkiem influenza i pokrewnie jej zakażenie streptokokami, diplokokami. Niespożyta zasługą H. HUCHARD'a pozostanie na zawsze zwracanie uwagi klinicystów na ten ważny fakt od pierwszej większej influenzy w roku 1890—91. Obrazy chorobowe, jakie z takiego oddziaływania powstają, posiadają najrozmaitsze odcienia. Często, a zwłaszcza skoro się przyłączają do nich zaburzenia ze strony innych ośrodków układu nerwowego i samej kory mózgowej, są pełne grozy dla otoczenia chorego, najdoświadczeńszego zaś lekarza mogą nieraz zaniepokoić o życie pacjenta. Z tego też względu ośmielałam się kilka przypadków podobnego rodzaju z mej własnej praktyki przytoczyć, które w ostatnich tygodniach, przy zdarzającej się często influenzy, miałem sposobność obserwować.

**Spostrzeżenia I.** D., oficer, lat 45, budowy wątlej, o wyglądzie anemicznym. Pochodzi z rodziny neuropatycznej, brat jego młodszy cierpi na uporczywą nerwicę serca, matka dotknięta była ciężkim artrytyzmem. Sam chory przypisuje wrażliwość swego układu nerwowego nadmiernej pracy umysłowej, jakiej się od kilku lat oddaje. Do niego to właśnie zostałem wezwany w po-

łowie października, z powodu napadów duszności, które chorego, a zwłaszcza otoczenie jego, w najwyższym stopniu niepokoiły.

Zostałem go właśnie w takim napadzie. Skarżył się przedewszystkiem na brak powietrza i niepokój w okolicy serca. Chwilami siedział, to znowu zrywał się nagle, biegnąc do okna i usiłując je otworzyć. Na twarzy malował się wielki niepokój, przytem oddech był to przyśpieszony, lecz powierzchowny, to znowu jakby normalny.

W tym ostatnim razie, pomimo na pozór jednostajnego oddechania, chory, skarżył się, że powietrze do klatki piersiowej przedostać się nie może.

Przytem uczucie blizkiej śmierci. Źrenice rozszerzone, zwłaszcza prawa, niedostatecznie oddziałują na światło. Działalność serca przedstawiała dość znaczne wahania, wogóle była upośledzoną; tony głuche, rytm zarodkowy (*embryocardia*), tętno słabe, często ściągnięte, niekiedy zupełnie niewyczuwalne.

Kończyny, zwłaszcza górne, chłodne; twarz blada z lekkim sinicowym odcieniem. Napad taki trwał około godziny i dopiero pod wpływem silnych środków pobudzających [zastrzykiwanie olejku kamforowego, kofeiny i t. p.] zaczął zwolna ustępować. Wyznać muszę, że powyższy stan chorego zrobił na mnie poważne wrażenie: obraz chorobowy zbliżał się do obrazu, jaki przy zatkanii tętnic wieńcowych lub zatorze tętnicy płucnej widywałem. Ponieważ z wszelką ścisłością przeprowadzone badanie fizykalne chorego nie wykazało żadnych zmian organicznych, ani ze strony płuc, ani serca, lub też nerek, nie byliśmy w stanie wytłumaczyć sobie wspomnianych powyżej napadów, a było ich kilka. Dane anamnestyczne, zwłaszcza ostatnich dni, nie przyczyniały się również wiele do wyjaśnienia patogenezy cierpienia. Chory na kilka dni przed zasłabnięciem z natężeniem umysłowo pracował, przyczem stracił apetyt, jadł mało, z domu prawie nie wychodził.

Bardzo silne bóle głowy, jakich w owym czasie doznawał, tłumaczył sobie wysiłkiem umysłowym. Nie mogąc ściślejszej postawić dyagnozy, trzeba było zadowolić się zwykłym ogólnikiem i choremu powiedzieć, że mieliśmy do czynienia z ciężkim napadem nerwowym.

Następnego dnia przy badaniu chorego znalazłem lekkie stłumienie odgłosu opukowego z tyłu klatki piersiowej w okolicy, odpowiadającej prawemu wierzchołkowi, oddech zaś był w tem miejscu wydłużony. Ciepłota ciała była nieco tylko podniesioną [37,8°], tętno 80, średniej siły i napięcia, miarowe. Tony serca czyste, wymiary tępości serca prawidłowe, 2-gi ton tętnicy płucnej nieco wzmożony. Oddech spokojny, nieprzyśpieszony. Język nieco obłożony, łaknienie małe. Ze strony układu nerwowego nie byliśmy w stanie nic ważniejszego wykryć. Chory czuł się wogóle nieźle, sam nie mógł sobie zdać sprawy z poprzedniego swego stanu.

Co się tyczy dalszego przebiegu, to z dniem każdym stłumienie wspomniane rozszerzało się więcej ku dołowi, a w końcu szóstego dnia mieliśmy już do czynienia z wyraźną tępością, która zajęła i okolice łopatkową. Podobnie i wydech stawał się wyraźniejszym, aż wreszcie przyjął cechy oskrzelowego. Słowem, nie ulegało już wątpliwości, że mamy przed sobą zrazowe zapalenie

płuca prawego. Nieznaczne podwyższenie ciepłoty, która nie przekraczała 38,4° wieczór, a w rannych godzinach opadała do 36,5—37,0° C., rozejście się stopniowe *per lysin* — wyróżniało postać tę od zwykłej krupowej. Cały zresztą obraz chorobowy skłaniał nas do przypuszczenia istnienia w tym przypadku zapalenia płuc, jakie się w influenzy, lub w innych chorobach zakaźnych, do niej zbliżonych [zakażenie streptokokowe, diplokokowe i t. p.] spotyka. Kaszel był nieznaczny, płwocina śluzowa, skąpa, badanie zaś wykazało lasecznik PFEIFFER'a i diplokokki FRAENKEL'a. Śledziona dopiero szóstego dnia uległa zwiększeniu.

Przebieg wspomnianego zapalenia płuca był bardzo łagodny, tak, że musieliśmy użyć dużo energii, aby chorego w łóżku zatrzymać.

W przypadku więc tym niepodobna się było oprzeć przypuszczeniu, że pomiędzy ciężkimi napadami duszności a następnym rozwojem zapalenia płuc istnieje jakiś związek przyczynowy. Jakiego rodzaju, pomówimy później; tutaj tylko zaznaczymy, iż niezmiernie burzliwe objawy w układzie krwioobiegu i oddechaniu zniknęły zupełnie z pojawieniem się zapalenia płuc.

**Spostrzeżenie II.** Oficer, lat 50, średniej budowy i odżywiania, zgłosił się do mnie, uskarżając się na napady nerwowe, z których sobie sprawy zdać nie może. Zaczęły one występować od kilku dni 2—3 razy dziennie. Opisuje je w następujący sposób: naprzód czuje jakiś niepokój w okolicy serca, jakby tęsknotę, ciężkość w oddechu [opresyę]; później zjawia się uderzenie do głowy, lekki zawrót, przyspieszone bicie serca. Obfityp ot występuje na czole i twarzy. Jednocześnie ogarnia go trudny do opisanego niepokój: na miejscu usiedzieć nie może, biega po pokoju, pragnąc się od owego nieprzyjemnego uczucia uwolnić. Napady te występują także i w nocy, lecz z większym jeszcze, niż dzienne, natężeniem. Chory zaznacza, iż cały stan jego psychiczny zmienił się również od kilku dni. Stał się on bardzo tkliwym, skłonnym do płaczu, przygnębionym i oglupiałym, jak się sam wyraża.

Dawniej cieszył się zawsze dobrem zdrowiem, w ostatnim roku przebył dużo wzruszeń z powodu ciężkiej choroby brata i śmierci tegoż [anewryzm aorty]. Na kilka dni przed wystąpieniem wspomnianych napadów odczuwał kilka razy lekkie dreszczyki, które przeziębieniu przypisuje. Badanie fizykalne nie dostarczyło nam wiele danych. Ciepłota ciała nie była podwyższona, tętno tylko przedstawiało się więcej napiętem i nieco przyspieszonym. Osluchiwanie serca było utrudnione z powodu występującego od czasu do czasu drżenia całego ciała. Po uspokojeniu się wszakże chorego okazało się, że serce nie przedstawiało żadnych zmian patologicznych. Tylko błona śluzowa jamy gardzielowej wydała nam się nieco przekrwiona, jęczyczek jakby nieco obrzmiał, chory wszakże żadnej dolegliwości ze strony gardła nie odczuwał.

Żrenice umiarkowanie zwężone, oddziałują na światło normalnie.

Nazajutrz odwiedziłem pacyenta w domu i ku zdziwieniu memu znalazłem go w znacznie lepszym stanie. Przedewszystkiem niepokój, trwoga przysercowa ustąpiły zupełnie. Chory noc przespał spokojnie, narzekał tylko na

ból przy łykaniu, rozłamanie ogólne. Badanie gardła wykazało istnienie *tonsillitis follicularis*. Ciepłota ciała była nieco podniesioną [38,3°], tętno około 100, regularne. W ciągu kilku dni przy odpowiednim miejscowym leczeniu i podawaniu chininy w ilości 0,20 2 razy dziennie plamy zaczęły znikać, a obrzmienie migdałków zmniejszało się. Po upływie 8 dni pozwoliłem choremu powrócić do zwykłych obowiązków służbowych. Dodać winienem, że od czasu skonstatowania zapalenia migdałków wszystkie zaburzenia ze strony układu nerwowego i cyrkulacyjnego ustąpiły zupełnie i nie powtórzyły się do dzisiejszego dnia [upłynęło już 4 tygodnie]. Chory odzyskał dawną swą równowagę psychiczną. [C. d. n.]

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA FABRYCZNEGO W ŁODZI.

## II. KILKA UWAG O RESEKCYI ŻOŁĄDKA SPOSOBEM KOCHER'A,

### NA PODSTAWIE DWÓCH PRZYPADKÓW OPEROWANYCH.

Podał

**J. W a t t e n,**

ordynator oddziału.

Jeśli sędzić mamy z piśmiennictwa lekarskiego lat ostatnich, operacja wycięcia odźwiernika, ściślej mówiąc częściowego wycięcia żołądka, mało musi liczyć u nas zwolenników. Wyjąwszy prof. RYDYGIERA, który nie tylko stale jako rzecznik operacji tej występował, lecz należy do nielicznych dzisiaj chirurgów, stosujących ją niekiedy przy dobrotliwych nawet zwężeniach odźwiernika <sup>1)</sup>, w ostatnim dziesięcioleciu, zdaje się, jeden SOLMAN <sup>2)</sup> tylko operowany przezeń przypadek drukiem opisał.

Za granicą tymczasem, w Niemczech i Szwajcaryi zwłaszcza, częściowe wycięcie żołądka bywa stosowane coraz częściej i, powiedzmy odrazu, z coraz lepszymi wynikami, bezpośrednimi zarówno jak i trwałymi. KRÖNLEIN <sup>3)</sup> (Zürich) od r. 1890 do połowy 1898 wykonał operacji 19; z nich 2 tylko zakończyły się bezpośrednio zejściem śmiertelnem, 9-ciu operowanych żyło w chwili ogłoszenia artykułu, zmarli zaś wskutek nawrotu cierpienia lub z przyczyn innych żyli przecięciowo 507 dni po operacji. CZERNY <sup>4)</sup> (Heidelberg) w tym samym czasie wykonał operacji 21, z ośmioma zejściami śmiertelnymi. CARLE i FANTINO <sup>5)</sup> (Turin) podają operacji 14, z 3-ma zejściami

<sup>1)</sup> Patrz ostatnią pracę w Przegl. lek. Nr. 29.

<sup>2)</sup> Kronika lek. 1893. Nr. 4.

<sup>3)</sup> Arch. f. klin. Chir. t. 57.

<sup>4)</sup> Beitr. z. klin. Chir. t. XXIII, XXIV i XXVI.

<sup>5)</sup> Arch. f. klin. Chir. t. 36.

śmiertelnymi. Statystyka MIKULICZA \*) do r. 1896 wykazuje śmiertelność wskutek operacji w 32%. Od r. 1896—1898, gdy zaczął on operować bardziej radykalnie, usuwając zasadniczo wszystkie gruczolę limfatyczne, w sąsiedztwie żołądka położone, śmiertelność wzrosła do 44%. następnie jednak, wskutek ostrożniejszego kwalifikowania chorych wyniki w tym stopniu się polepszyły, iż z liczby 11 operowanych zmarł jeden tylko.

KOCHER †) (Bern) do r. 1898 według własnej metody wykonał 25 operacji z 4-ma zejściami śmiertelnymi. W pierwszym półroczu r. 1899 liczba ich wzrosła o 10, z jednym zejściem śmiertelnym u osobnika nadzwyczaj wyniszczonego.

Te cyfr kilka bez komentarzy wystarczyć powinny do wykazania, o ile bezpodstawnym jest twierdzenie, jakoby raka żołądka nie warto było wogóle operować radykalnie. Za powód podawaną przytem zazwyczaj bywa duża śmiertelność wskutek samej operacji, wobec której na pierwszeństwo ma zasługiwać *gastroenterostomia*, jako mniej niebezpieczna, a prawie równa w skutkach. Twierdzenie to za słuszne do pewnego stopnia dawniej mogło być uważane. Dzisiaj jednak, dzięki znakomitym postępom techniki operacyjnej i ściślejszemu wyborowi przypadków do operacji jednej i drugiej, wyniki bezpośrednie obu, w cyfrach wyrażone, coraz bardziej zbliżają się do siebie. Oba te zabiegi mają swe specjalne wskazania, a *gastroenterostomia* w leczeniu raka żołądka nie zastępuje rezekcję, lecz obojgiej istnieć powinna.

Co się zaś tyczy następstw dalszych, to musimy zawsze pamiętać, iż po wycięciu raka żołądka wracają czasowo bodajby warunki zupełnie prawidłowe, po *gastroenterostomii* zaś — nigdy; to też po tej ostatniej operowani rzadko bardzo zupełnie zdrowymi się czują. Skoro więc w przypadkach odpowiednich, jak fakty nam wskazują, możemy osiągnąć nawet kilka lat życia i dobrego zdrowia, to nie sądzę, abyśmy prawo mieli od operacji się uchylać; powinno się raczej dążyć do jej rozpowszechnienia, do jak najlepszego przyswojenia obie wszystkich szczegółów techniki, a w miarę tego będziemy niewątpliwie w stanie i coraz częściej chorym istotny pożytek przez nią przynosić.

Śród kilku metod wycięcia odźwiernika samego lub z częścią żołądka coraz szersze zastosowanie i coraz większe uznanie zdobywa metoda KOCHER'a. Polega ona, jak wiadomo, na wycięciu nowotworu, zaszczeniu doszczętnem pozostałej części żołądka i na implantacji dwunastnicy do tylnej jego ściany (*resectio cum gastroduodenostomia*). W ciągu r. b. metodę tę miałem sposobność zastosować w dwu przypadkach. Przytaczam je tutaj w całości podług księgi operacyjnej oddziału, posłużą mi one bowiem za punkt wyjścia do paru uwag, jakie mi się przytem nasunęły.

**Przypadek I.** Rak żołądka [odźwiernika i tylnej ściany]. Zajęcie gruczolów wzdłuż krzywizny małej. Wycięcie guza sposobem KOCHER'a, wraz z gruczolami. Śmierć po 48 godzinach z zapaści (*pneumonia hypostatica?*).

\*) Handbuch d. prakt. Chlr. t. III.

†) Wykład chlr. operac. i Deutsche med. Wochenschr. 1889. Nr. 37.

Julia Jastrz., lat 36, wyrobnica, przybyła na oddział wewnętrzny kol. TOCHTERMANA dnia 4. I. 1900. Chora od  $\frac{1}{2}$  roku, przedtem poważniejszych chorób nie przechodziła. Pierwsze objawy cierpienia polegały na odbijaniu po każdym jedzeniu. Wkrótce potem przyłączyły się wymioty, najczęściej w nocy, mdłości i bóle w brzuchu. Wymioty z biegiem czasu stawały się coraz częstsze, zjawiały się po kilka razy nawet dziennie. Chora chudła coraz bardziej, w końcu musiała się tylko płynami odżywiać; ostatnio nawet mleka nie znosi.

Stan obecny. Kobieta średniej budowy, do najwyższego stopnia wychudzona i osłabiona, o własnej sile ledwie się na nogach utrzymać może. Podściółki tłuszczowej ani śladu, mięśnie w stanie ogromnego zaniku. W płucach słychać nieco rzeżeń, pozatem, zarówno jak i w sercu, nie nienormalnego. Brzuch wpadnięty. Przy wyciśnięciu w okolicy pępka wyczuwa się rezystencya o niewyraźnych granicach. Wątroba nie powiększona, śledziony się nie wyczuwa. Mocz nie zawiera białka i cukru. Dokonane w ciągu dni następnych badanie zawartości żołądka wykazało zupełny brak kwasu solnego, natomiast bardzo znaczną ilość kwasu mlecznego. Przy nadmuchiwanym żołądka powietrzem ten ostatni okazuje się znacznie powiększonym i opuszczonym na dół; małą krzywiznę można było wyczuć tuż nad pępkiem, wielka dochodziła prawie do spojenia łonowego. Rezystencyę wyczuwało się teraz wyraźniej tylko w obrębie małej krzywizny z prawej strony. Dnia 9. I. chora przeniesiona została na oddział chirurgiczny, dla ewentualnej operacyi. Wobec kolosalnego wychudnięcia i osłabienia postanowiłem spróbować przez jakiś czas odżywiać ją za pomocą lawatyw, po 3—4 na dzień. Pierwsze dwie chora zatrzymała, następne jednak natychmiast prawie odchodziły. Wskutek tego już dnia 11. I. dokonana została operacya, przy łaskawej pomocy kol. kol. KNOTHEGO, SKIBIŃSKIEGO i ZABOROWSKIEGO, w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu jamy brzusznej znajdujemy guz odźwiernika, przechodzący głównie na tylną jego ścianę i rozszerzający się w kierunku małej krzywizny. Tutaj kilka powiększonych twardych gruczołów, pozatem nigdzie się ich więcej nie wyczuwa. Od strony dwunastnicy guz się kończy ostrą granicą na linii odźwiernika. Jak i cały żołądek, jest on nadzwyczaj ruchomy, daje się z łatwością wyciągnąć zupełnie nazewnątrz jamy brzusznej. Wobec tych warunków zdecydowałem się na resekcycę częściową żołądka sposobem KOCHER'a. Założyłem więc 2 klampy na dwunastnicę, dwa drugie na żołądek, jeden od strony większej krzywizny, drugi od strony małej, poza obrębem gruczołów. Następuje szereg przewiązek (*catgut*) na wiąz żołądko-okreźnicowy i na sieć małą, tutaj poza gruczołami, które pozostają przy mającej się wycięć części żołądka. Załatwiwszy się z tem, doprowadzamy gazę pod żołądkiem, na linii przecięcia tegoż zakładamy na  $\frac{1}{2}$  minuty dwa mocne klampy, zaciskając je *ad maximum*, tymczasem zaś asystent ujmuje żołądek od góry i od dołu pomiędzy wskazicieli i palce środkowe. Zdjąwszy klampy, przecinamy przez bródkę, po nich pozostałą, żołądek następnie jednym cięciem pomiędzy klampy mi przedzielamy dwunastnicę. Kilka mocniej krwawiących naczyń w ścianie żołądka chwytamy specjalnymi matkami kleszczykami PÉAN'a [t. zw. kiszkowymi].

Następuje pierwsze piętro szwu ciągłego przez wszystkie warstwy żołądka, w kierunku od małej krzywizny ku dużej; w miarę zbliżania się do kle-szczyków nałożonych skręcamy je: przewiązki żadnej na żołądek nie założo-no. Po zakończeniu szwu okazuje się, iż skutkiem skierowania cięcia zbyt ukośnie w kierunku od góry strony lewej ku dołowi na prawo, w dolnej poło-wie żołądka utworzył się ślepy uchylek w kształcie kieszki. Wobec tego zmu-szony byłem, założywszy uprzednio 2 szwy węzełkowe na połowie długości linii szwu, obciąć kawał jeszcze żołądka od dołu, pod kątem do linii pierwot-nej i część tę zaszyć oddzielnie. Z kolei idą: drugie piętro szwu żołądka, potem zespolenie dwunastnicy, która z łatwością dała się dociągnąć do tyl-nej jego ściany. Przytem o tyle odstąpiłem od przepisów KOCHER'a, iż po zdjęciu klampu z dwunastnicy koniec jej raz jeszcze obciąłem w brózdzie, po klamie pozostałej, dzięki czemu uniknąłem zupełnie krwawienia ze ścian jego. Przy wszywaniu dwunastnica uciskana była poniżej palcem asystenta. Zespolenie dwunastnicy z żołądkiem przedstawiało najtrudniejszy akt operacji, albowiem wskutek usunięcia znacznej części żołądka, pomimo dużej ruchomo-ści tegoż, nakładanie szwów, tylnych zwłaszcza, w głębi jamy brzusznej odby-wać się musiało. Po oczyszczeniu tamponami, w lizolu umaczanymi, linii szwów i przylegających części żołądka i kieszki, zaszyłem dwupiętrowym szwem ścianę brzuszną doszczętnie. Operacja trwała 2<sup>1</sup>/<sub>4</sub> godziny.

Rozmiary usuniętej części żołądka wynoszą: wzdłuż krzywizny mniejszej 8 ctm., wzdłuż większej—10 ctm., a wliczając obcięty następnie trójkąt, tej ostatniej ujęto około 12—13 ctm.

Po operacji tętno chorej nadzwyczaj słabe, ledwie wyczuwalne. Pod wpływem kilku strzykawek kamfory, a następnie hypodermoklizy z litra roz-tworu soli 7,5‰, tętno się poprawiło, i chora w parę godzin po operacji przy-szła do siebie.

Wieczorem tegoż dnia znalazłem: ciepłota 36,2°, tętno 80. Język wilgot-ny, chora ogromnie osłabiona. Wymiotów nie było, tylko od czasu do czasu odbijanie. Zaleciłem: hypodermoklizę z litra fizyologicznego roztworu soli i lawatywę odżywczą z dodaniem 20 kropli nalewki makowca. Toż samo miało być powtórzone rano dnia następnego.

Dnia 12. I. rano. Stan ogólny, jak poprzednio; ciepłota 36,5°, tętno 72, słabsze cokolwiek. Chora się skarży na odbijanie i palenie w żołądku. Lawa-tywy odżywczej dzisiaj rano zatrzymać nie mogła. Wobec tego i ze względu na konieczność odżywiania kazałem chorej podawać przegotowane zimne mle-ko na pół z wodą co 1/2 godziny łyżkę stołową, oprócz tego herbatę po łyżecz-ke. Chorą kazałem ułożyć na prawy bok.

Wieczorem stan ogólny gorszy, ciepłota 36°, tętno 70, bardzo słabe, po hypodermoklizie polepsza się nieco. Odbijanie ustało. Brzuch nie wzdęty. Zalecono na noc: co godzina wstrzykiwanie kamfory, w razie potrzeby znów hypodermoklizę. Mleko i herbata z koniakiem, jak wyżej.

Dnia 13. I. rano. Tętno pomimo hypodermoklizy ledwie wyczuwalne 60 uderzeń serca na minutę, ciepłota 36,0°. Chora nie skarży się na nic, po-dawane napoje przelyka.



O godz. 12-ej znów hypodermokliza, oprócz tego co  $\frac{1}{2}$  godziny zastrzykiwanie kamfory. Puls coraz gorszy. O godzinie 3-ej [a więc w 48 godzin po operacji] *exitus letalis*.

Dokonana na drugi dzień sekcyja wykazała:

W jamie otrzewnej nigdzie najmniejszych śladów zapalenia. Linie szwów żołądka rozpoznać tylko można po przykrywających je miejscami małych skrzepach krwi. Szwy trzymają znakomicie. Żołądek prawie pusty, zawiera co najwyżej  $1\frac{1}{2}$  łyżki płynu z resztkami niestrawionego mleka. W dolnym płacie prawego płuca z tyłu hypostazy. Pozatem nic więcej godnego uwagi.

**Przypadek 2.** Rak żołądka. Zajęcie gruczołów limfatycznych wzdłuż obu krzywizn, przy główce trzustki i wzdłuż przewodu żółciowego. Wycięcie  $\frac{2}{3}$  części żołądka sposobem KOCHER'a oraz wszystkich gruczołów. Całkowite wycięcie okrężnicy poprzecznej. Wyzdrowienie.

Maryanna Dom., lat 30, od roku zamężna. Do szpitala przybyła dnia 26. V. 1900. Przed Boż. Nar. zaczęła chorować na dobre, jakkolwiek przedtem jeszcze czuła się już niezupełnie zdrową; od jak dawna, nie przypomina sobie. Pierwsze objawy: mdłości, ściskanie w dolku, brak apetytu; skutkiem tego zeszczerzenie wybitne. Na początku marca zjawiły się po raz pierwszy wymioty i odtąd nie było już prawie dnia, aby się nie powtarzały; najczęściej przychodziły pod wieczór. Po wymiotach chora doznawała zawsze ulgi.

Będąc jeszcze dzieckiem, pacjentka przechodziła podobno zapalenie płuc, pozatem zawsze była zdrową. Rodzice dawno pomarli; jedno z rodzeństwa umarło na ospę, reszta żyje, zdrowi.

**Stan obecny.** Kobieta wysokiego wzrostu, dobrej budowy kością w wysokim stopniu wychudzona. Podściółki tłuszczowej wcale prawie niema, albo minimalna. Płuca i serce zupełnie w porządku. Brzuch zapadnięty w tym stopniu, iż przy oglądaniu już znać ograniczone wygórowanie w okolicy nadbrzusza, widocznie pochodzące od guza wewnątrz. Przy wymacywaniu guz ten okazuje się twardym tworem podłużnym, wpoprzek brzucha leżącym, który się daje z największą łatwością we wszystkich kierunkach przesunąć. Dolny brzeg wątroby nie przekracza łuku żeberowego. Pozatem nic szczególnego.

Mocz nie zawiera białka, cukru i indykanu.

Wymiociny chorej składają się z nieprzetrawionego jadła. Zupełny brak kwasu solnego. Przedsiębrane naczeczno sondowanie żołądka wykazuje resztki jadła z dnia poprzedniego. Przy nadmuchiwaniu tegoż guz się wy-czuwa również wyraźnie; żołądek duży, daje się *in toto* przesunąć w różnych kierunkach. Z powodu obrażenia skóry w okolicy pępka [ślady leczenia domowego] operacyi mogła być chora poddaną dopiero po 2-eh tygodniach. Przez ten czas przepłukiwanie żołądka i dyeta płynna. Kwasu solnego przy kilkakrotnych próbach nie znaleziono nigdy. Kwas mleczny raz znajdowano, drugi raz nie. Waga chorej przed operacyą 115 funtów.

**Operacya** dnia 9. VI. 1900 w uspieniu chloroformowem. Asystują koledzy K. JOKIEL i SKIBIŃSKI. Cięcie w smudze białej z wycięciem pępka.

Guz, zaczynając się ostrą granicą od dwunastnicy, obejmuje cały odźwiernik około i równomiernie przechodzi na przednią i tylną ścianę żołądka, które nacieczone są na przestrzeni kilku centymetrów poza granicą guza Wzdłuż małej i wielkiej krzywizny w obrębie guza i powyższego nacieczenia szereg twardych gruczołów; także gruczoły wzdłuż *lig. hep.-duodenale* i przy główce trzustki. Guz ruchomy, zrostów nigdzie niema.

Wycięcie guza, o ile się dało, razem z gruczołami; technika zupełnie, jak w przypadku pierwszym, z tą różnicą, iż znacznie większa część żołądka usuniętą została. Podwiązano przytem dwie duże tętnice: *art. colica med.* i prawdopodobnie *art. pancreat.-duod.* lub też jedną z jej gałęzi, która zrosnięta była z gruczołami w główce trzustki. Następnie wyjęcie reszty gruczołów; z tych najtrudniejsze były do usunięcia położone wzdłuż *lig. hepato-duodenale*, ze względu na sąsiedztwo naczyń i przewodu żółciowego, oraz gruczoły przy trzustkowe. Po przecięciu żołądka [w bródzcie po zaciskadłach] mocno zgrubiałe ściany jego broczyły nadzwyczaj obficie; musiałem nałożyć cały szereg podwiązek [cienki catgut]; pomimo to krwawienie było dość jeszcze znaczne. Wycięto nie mniej, niż  $\frac{2}{3}$  żołądka. Pozostały kikut tak był mały, że otwór, w tylnej ścianie [dla wszycia dwunastnicy] musiał być zrobiony nie dalej, jak w odległości 2 ctm. od szwu żołądka. Nacięcie dwunastnicy dość znaczne; zespolenie, zarówno wskutek małych rozmiarów kikuta; jak i z powodu nakładania szwów w głębi jamy brzusznej, połączone z wielkimi trudnościami.

Po zakończeniu operacji na żołądku, która 2 godziny trwała, przekonałem się, że okrężnica poprzeczna na całej przestrzeni cokolwiek sinawo była zabarwiana. Wobec tego musiałem ją całkowicie wyciąć, łącząc ze sobą okrężnicę wstępującą i zstępującą szwem dwupiętrowym. Ze względu na stan chorej, która, jak wspominałem, skutkiem broczenia ze ścian żołądka sporo krwi utraciła, ten akt operacji zmuszony byłem z możliwym pośpiechem wykonywać. Nie będąc przez to pewnym ścisłości szwu kiszkiowego, założyłem w jego kierunku pas gazy jodoformowej, wyprowadzony na zewnątrz przez dolny kąt rany brzusznej. Górna część tejże zeszytą została, jak zwykle, szwem dwupiętrowym. Cała operacja trwała  $2\frac{1}{2}$  godziny. Rozmiary wyjętej części żołądka wynosiły: mała krzywizna 14 ctm., duża — 17 ctm. Linia przecięcia żołądka wynosiła  $2\frac{1}{2}$ —3 ctm. po za widomą granicą nowotworu. Natychmiast po nałożeniu opatrunku hypodermoklizy z litra roztworu soli. Chora po niejakiem czasie zupełnie przyszła do siebie.

Wieczorem T<sup>o</sup>. 36,0, tętno 82. Chora dwukrotnie wymiotowała płyn krwawy. Skarży się na dotkliwy ból w brzuchu; ustępuje on po zastrzyknięciu 0.015 morfiny. Stan ogólny niezły. Zalecono: w razie bólów—morfine, rano i wieczór hypodermoklizę z soli, dwa razy dziennie wstrzykiwanie pod skórę po 40 gramów wyjałowionej oliwy z dodaniem 0.2 soli kuchennej. Pragnienie usmierzano wycieraniem ust płatkami cytryny.

Dnia 10 VI. rano: chora spała parę godzin, wymioty nie powtórzyły się, od czasu do czasu odbijanie. Skargi na bóle w brzuchu; ten ostatni niewzdęty; ciepłota 37,0°, tętno 100, pełne. Po ułożeniu chorej na prawym boku odbija-

nie w krótkce ustalo. Wieczorem ciepłota 6,80, tętno 100; w ciągu dnia trzykrotnie wstrzykiwano morfinę po 0,01. Stan ogólny dobry.

Przez trzy dni następne ciepłota była cokolwiek podniesiona, najwyższa dnia 5-go [38,0°]; tętno przez cały czas wahało się między 90—10. Przez 5 dni po operacji chora dostawała dwie hypodermoklizę i po 3 razy dziennie po 40 grm. oliwy pod skórę. Od 3-go dnia oprócz tego herbaty z cytryną lub lemoniady, mleko na pół z wodą rosół wszystko po łyżeczce. [D. n].

---

Z ODDZIAŁU D-RA B. W. SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

---

### III. ZGORZEL TKANEK MACICY W POŁOGU.

(*metritis dissecans*).

Podał

**S. Zaborowski.**

---

Opisując dwa przypadki zakażenia połogowego, w których przebiegu, prócz innych objawów ogólnych i miejscowych, spostrzegano częściową zgorzel mięszu macicy, SYROMIATNIKOW w roku 1881 pierwszy określił dokładnie i wprowadził termin: „*metritis dissecans*“. Określenie to jednak bez zastrzeżeń przyjęto narazie tylko w Ameryce, zkąd GARRIQUES, profesor akuszeryi w Nowym Yorku, nadesłał wkrótce opis 8 nowych, spostrzeganych przezeń przypadków. W Europie wprowadzony przez S. termin uważano przeważnie za niepotrzebne rozdrabnianie ustalonych już pojęć o przebiegu zakażeń połogowych.

W każdym razie, pomijając nazwę, wikłającą pewne przypadki tych zakażeń, zgorzel mniej lub więcej obszernych części tkanek macicy jest sama przez się objawem dość ważnym, ażeby na niego szczególniejszą zwrócić uwagę, tem bardziej, że, sądząc z małej liczby ogłoszonych przypadków, powikłanie to jest rzadkiem albo trudnem do rozpoznania.

Od roku 1881 spostrzeżeń pewnych, mniej więcej dokładnie opisanych, odszukać udało mi się 41. Liczba ta, w stosunku do ilości spostrzeganych i opisywanych przypadków różnych postaci zakażenia połogowego nieznaczna, tłómaczy się poniekąd tem, że na objaw drugorzędny na pozór znaczenia, spostrzegany zwykle dość późno, między 14 i 47 dniem choroby, pośród innych, groźnych zwykle objawów i przy ciężkim stanie ogólnym, niezawsze dostateczną zwracano uwagę, lub niezawsze tłómaczono go sobie należycie, oraz tem, że, jak zaznaczyłem to wyżej, nie wszyscy jednakowo pojmowali i nazywali występującą w przebiegu pewnych ciężkich postaci zakażenia połogowego zgorzel macicy. Podczas, kiedy jedni objaw ten uważali za dość ważny i charakterystyczny, ażeby nazwać od niego nową postać choroby, inni widzieli

w nim tylko wyraz nieco odmiennie, ciężko przebiegającego zwykłego zakażenia, odrzucając termin, podany przez S., jako zbyt techniczny.

Podręczniki tej miary, co np. nowa zbiorowa książka VEIT'a (1), wspominają wprawdzie samą nazwę „*metritis dissecans*“, lecz po to jedynie, żeby zaznaczyć, że postać choroby, ochrzczonej tą nazwą, uważać należy za zwykłe, ciężkie zapalenie macicy, w którym, czy to na skutek dłuższego ucisku, jakiemu podlegają pewne części macicy podczas porodu, czy na skutek nie dość zręcznie lub nie dość pospiesznie dokonanych zabiegów położniczych, czy wreszcie wskutek wyjątkowo silnego zakażenia, któremu to czynnikowi wszyscy jednomyślnie największe przypisują znaczenie, tkanka macicy na pewnej przestrzeni obumiera i następnie, wśród ciężkich objawów ogólnych, skutkiem miejscowej reakcji zapalnej oddziela się od tkanki żywej i w postaci płatów rozmaitej wielkości wydalana zostaje nazewnątrz. Sprawa, o której mowa, częstszą jest niezawodnie, niż przypuszczaćby należało z niewielkiej liczby znanych dotąd spostrzeżeń. Prawdopodobnie, wydzielanie się mniejszych kawałków obumarłego mięśnia macicy przechodzi wielokrotnie niedostrzeżone, albo tam, gdzie zaniebdano badania drobnowidzowego, wydzielona tkanka, niezbadana należycie, brana jest mylnie za części pozostałe łożyska, błon lub za tkankę rozpadającego się nowotworu, np. włókniaka. Wszak i zakażenia połogowe wogóle przytrafiają się przedewszystkiem wśród ludności biednej, która, o ile rodzi po za obrębem klinik i szpitali, uchyla się zupełnie od pomocy i obserwacji lekarskiej.

Za dowód, że nietylko niewielki kawałek tkanki, pojawiający się w obfitej wydzielinie, istniejącej zawsze współcześnie, ale sama wydzielina i umiejscowienie nawet sprawy zapalnej przejść mogą w pewnych przypadkach niepostrzeżenie, posłużyć może chora, opisana poniżej, która po dziesięciodniowym zaledwie pobycie w szpitalu doczekała się prawdziwego rozpoznania, postawionego zresztą przypadkiem.

Chcąc tem jaśniej przedstawić obraz tych postaci zakażenia, w przebiegu których spostrzegano zgorzel tkanek macicy z następczem oddzieleniem się płata, przytaczam poniżej w streszczeniu opisy kilku przypadków, w których objaw powyższy spostrzegano. Przypadki te, bynajmniej nie wyjątkowo ciężkie, wybrałem głównie dlatego, że przedstawiają najwięcej rysów charakterystycznych, właściwych zakażeniom, powikłanym zgorzelą macicy, a po części i dlatego, że, same dokładnie opisane, uzupełnione są bądź opisem badania pośmiertnego i drobnowidzowego, bądź opisem dalszych losów chorych, które pozostały przy życiu. Z innych spostrzeżeń, podobnych zresztą zupełnie do sześciu przypadków, które podaję obszerniej, te tylko przytaczam szczegóły, które rzucić mogą jaśniejsze światło na pochodzenie, powikłania i leczenie zajmującego mnie tu objawu.

Nie trzymając się chronologicznego porządku, w jakim ogłoszone zostały przytoczone przypadki, zaczynam jednakże od dwóch spostrzeżeń SYROMIATNIKOWA, który pierwszy spostrzegł, opisał dokładnie i nazwał tę postać zakażenia połogowego, w której przebiegu spostrzeganą bywa częściowa zgorzel tkanek macicy.

I. (2). Chora ma lat 26. Rodziła pierwszy raz. Cięża przerwana w 8-ym miesiącu. Przyjęta na oddział już w bólach, z objawami poczynającego się tyfusu. Tętno 100, ciepłota 39,0°. Poród ciągnął się 25 godzin; rozwiązana naturalnie. Nazajutrz po porodzie 40,0°; tętno przeszło 120. Na trzeci dzień po porodzie charakterystyczne tyfusowe wypróżnienia. Stan ten z małymi wahaniami ciepłoty, ciągnął się 16 dni. W pierwszych dniach spostrzegano czerwoną wysypkę (*erythema*) na kończynach. Miejscowo: macica znacznie powiększona, lecz niebolesna, sklepienia wolne, w początkach objawy lekkiego zapalenia śródmacicza. Poczynając od czwartego dnia jednakże, wydzielina obfita, mocno cuchnąca, zmieszana z małymi krwawo-ropnymi skrzepkami. Na 14-ty dzień po porodzie S., opatrując chorą, zauważył wystający z pochwy kąpiący się w zawsze bardzo obfitej i cuchnącej wydzielinie, kawał spoistej, sądząc z pozoru, rozpadającej się tkanki. Przy usiłowaniach usunięcia tkanki szczypczykami okazało się, że płat bynajmniej nie jest wolnym, a jest przytwierdzony gdzieś głęboko w jamie macicy. Zaniechawszy dalszych prób usunięcia płatu, S. przekonał się, że płat, mający kształt długiego, wąskiego pasma, przytwierdzony jest w jamie macicy tak głęboko, że miejsca przyczepu osiągnąć niepodobna. Uważając obecność rozpadających się tkanek za szkodliwą, a nie chcąc do wydalenia ich używać siły, S. część płata, wystającą z ujścia macicy, obciął nożyczkami, pozostawiając przytwierdzoną resztę w miejscu. Jamę macicy bezpośrednio po tem przemyto roztworem przeciwnilnym. Pomimo to wydzielina pozostała równie cuchnąca i obfita jeszcze przez trzy dni, po którym to czasie wydzielila się samodzielnie reszta płata, pozostałego w macicy. Od tej chwili wydzielina przestała być cuchnąca i obfita, a stan chorej począł się wyraźnie polepszać. Gorączka, po kilku dniach wahania, ustąpiła. Chora wypisała się po tygodniu zdrową, a po dwóch wróciła do zwykłych zajęć.

Pierwszy, obcięty nożyczkami kawał tkanek miał postać nieprawidłowego czworoboku, długiego 10 ctm., szerokiego w najszerszym miejscu 5 ctm. Prócz części, odpowiadającej miejscu przeciętemu, w którym grubość dochodziła do 2 ctm., tkanki miały postać płata grubości 0,5 ctm. wyraźnie cieńszego na brzegach. W miejscach cieńszych istniało kilka nieregularnych, bezkształtnych otworów, powstałych prawdopodobnie wskutek rozdarcia już odłączonego płata. Część samodzielnie wydzielonych tkanek długą była 12 ctm., szeroką 5—6. Na jednym z końców tej ostatniej istnieje otwór, otoczony brzegami równymi i gładkimi, okrągły, o średnicy 2,5 ctm. Jedna strona płatów była więcej gładką, równą, pokrytą nalotem ropnym, barwy szaro-żółtawej. Druga strona, pozbawiona nalotu, była guzowatą, nierówną, podziurawioną drobnymi otworami i podobną do słoniny.

Ta właśnie strona odpowiadała powierzchni, za pomocą której wydzielone tkanki łączyły się z pozostałymi, żywymi i była zatem stroną zewnętrzną. Powierzchnia, pokryta nalotem, odpowiadała powierzchni jamy macicy. Płaty, ułożone jeden na drugim stronami wewnętrznymi, tworzyły podarty worek, odpowiadający odlewowi jamy macicy. Otwór okrągły odpowiadał, jak się zdaje, ujściu wewnętrznemu, dokoła którego tkanki uległy również zgorzeli, lecz wy-

dzielonemi zostały w całości, zachowując ciągłość dokoła otworu ujścia. Najgrubsze miejsce płata znajdowało się na końcu przeciwnym od powyższego otworu, wynosiło około 2 ctm. i odpowiadało dnu jamy macicy.

Badanie drobnowidzowe, dokonane na skrawkach poprzecznych i podłużnych obu płatów, wykazało obecność włókien mięśniowych i budowę macicy pologowej. Włókna mięśniowe przedstawiały wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe. W tkance łącznej masa drobnokomórkowa, ziarnista i ciątka białe. Naczynia krwionośne i chłonne rozszerzone, wypełnione po części włóknistymi skrzepami, a po części rozpadłymi pierwiastkami krwi. O obecności drobnoustrojów nie wspomniano. S. badał chorą po 3 $\frac{1}{4}$ , miesiącach od porodu. Pomimo dobrego stanu ogólnego, nie miesiączkowała. Macica była ruchoma i prawidłowo położona, lecz znacznie zmniejszona i jakgdyby zanikła. Głębokość jamy macicy, stwierdzona zgłębnikiem, wynosiła 4,3 ctm.

II. (3). Chora, lat 20. Pierwsza ciąża. Słabo zbudowana i bezkrwista. Przyjęta na oddział chorób wenerycznych z bardzo wyraźnymi wtórnymi objawami syfilisu, z powodu którego poddana została kłracyi swoistej. W półtora miesiąca po wstąpieniu do szpitala urodziła przedwcześnie bliźnięta, z których pierwsze martwe, drugie żywe, w położeniu nóżkowym, wymagało wywiązania główki. Ciepłota podczas porodu 38,5°, podniosła się po dwóch dniach do 40° wieczorem, rano 38°—39° i z małemi obniżeniami trzymała się na tym poziomie przez 4 tygodnie.

Miejscowo: na trzeci dzień po porodzie obfita, początkowo mniej, następnie bardzo cuchnąca wydzielina. W pierwszym tygodniu nieznaczny ból, spowodowany lewostronnym wysiękiem obok macicy. W stanie ogólnym notowano dalej: wzdęty brzuch, bredzenie, szybką utratę sił, drżenie rąk i od czasu do czasu wymioty i rozwolnienie. W trzy tygodnie po porodzie, wraz ze znacznieszą ilością niezmiernie cuchnącej wydzieliny, wydalonym został dość duży płat szarej, rozpadającej się tkanki.

Już po dwóch następnych dniach wydzielina przestała cuchnąć i stała się mniej obfitą. Macica wyczuwała się jeszcze nad spojeniem łonowem; obok macicy po lewej stronie nieznaczny wysięk.

Po dziesięciu dniach chora przysła do siebie. Ciepłota była prawidłowa, łaknienie dobre, wysięk zniknął. Pozostała jedynie bezkrwistość i osłabienie. Macica nie przedstawiała nic nieprawidłowego.

Wydzielony płat miał długości 14 ctm., szerokości 6—8 ctm. Powierzchnia wewnętrzna, od strony jamy macicy brudno-szara, gładka. Powierzchnia zewnętrzna żółtawa, blado-szara, guzowata i poszarpana. Cały płat ma kształt półksiężyca. Przeciętna grubość była około 1 ctm. Od strony wypukłości półksiężyca, w miejscach, które odpowiadały, zdaje się, dnu jamy macicznej, grubość płata wynosiła, zdaje się na przestrzeni około 20□ ctm., mniej więcej 2 ctm. Podobnie, jak w pierwszym przypadku, badanie skrawków wykryło w wydalonej tkance budowę miąższu macicy, t. j. obecność przerosłych gładkich włókien mięśniowych, zwyrodniałych tłuszczowo, podobnie jak i tkanka łączna. Sprawa zapalna ograniczała się tu nawet przeważnie do tkanki łącznej.

Tkanka przechodziła więc z jamy macicy i, sądząc z kształtu płata, płat wyściełał całą większą część wnętrza trzonu.

Naczynia znacznie rozszerzone, miejscami prócz skrzepów krwi zawierające masy drobnoustrojów. Zmiany w macicy wystąpiły tu wcześniej jeszcze, niż w pierwszym przypadku.

Już w półtora miesiąca po porodzie i przebytej chorobie S., badając chorą, zauważył bliznowate zwyrodnienie i zanik macicy, której jama głęboką była zaledwie na 3,8 ctm. Stracono chorą później z oczów i nie wiadomo, czy miesiączkowała.

III. (4). Pierwszy poród. Chora, 22 lat. W cztery godziny po porodzie, wskutek krwotoku, łożysko wydobyto ręką. W trzy dni po porodzie zapisała się z powodu gorączki do szpitala. Chora przedstawia obraz silnego zakażenia. Ciepłota 38,9°. Tętno 76. Bezkrwista. Brzuch wzdęty, lecz niebolesny. Macica duża, twarda, wyczuwa się na trzy palce poniżej pępka. Rozwolnienie. Srom, pochwa i część pochwowa pełne owrzodzeń, pokrytych nalotem. Część pochwowa z łatwością przepuszcza dwa palce. Z pochwy płynie obfita, ropna, silnie cuchnąca wydzielina, pomieszana z gazami. Palec przenikający do jamy macicy, wyczuwa w jednym miejscu zagłębienie, jakgdyby powierzchowna warstwa mięśnia śródmacicza była zerwaną. Zresztą macica ruchoma, sklepienia wolne. Jamę macicy wysuszono naprzód gazą wyjałowioną i następnie wypędzowano jodyną. Podobnie owrzodzenia pochwy i sromu. Dreszcze i gorączka, sięgająca 40°, powtarzają się codziennie. Inne objawy, prócz rozwolnienia, które ustąpiło po tygodniu, trwają bez zmiany. Kilkakrotnie pojawiały się bóle, podobne do skurezów. Brzuch wciąż wzdęty, lecz bolesny tylko w niższej części. Macica raczej powiększa się i sięga po kilku dniach na 1 palec poniżej pępka. Wydzielina wciąż jednakowa. Na 16-ty dzień po porodzie pojawił się obrzęk tylnej części sromu i krocza. Badając wewnętrznie, wyczuwa się na wewnętrznej ścianie macicy guzowatość i nierówności, wchodzące do jamy. Na lewej stronie macicy wyczuwa się nieznaczny wysięk. W ciągu pierwszych dwóch tygodni stan ogólny stale zły: dreszcze powtarzają się codziennie, gorączka sięga 39°. Objawy zapalenia oskrzeli i kaszel.

W miesiąc po porodzie [29 dni] w nocy, silne kurczowe bóle. Nazajutrz rano z pochwy wysunął się kawał rozpadłej tkanki, mający postać rozlanego płatu. Bezpośrednio prawie potem badana macica była już znacznie mniejsza: sięgała na 3 palce poniżej pępka. Wydzielina stała się mniej obfita i niecuchnącą. Na przedniej ścianie, na 2 palce ponad spojeniem łonowym, na macicy wyczuwa się poprzeczne, rowkowate zagłębienie, dzielące tę ostatnią na dwie połowy: górną, mniej grubą i dolną, grubszą. U prawego brzegu macicy wyczuwa się wysięk, zajmujący prawą połowę małej miednicy. Lewy róg macicy zrośnięty z kiszka. Część pochwowa przepuszcza zaledwie palec. Wydzielina wciąż mniej obfita i bez zapachu. Po dwóch tygodniach stan dobry, wysięku ledwie ślady. Wydzieliny niema wiele. We dwa miesiące od wstąpienia do szpitala chora wypisała się uleczona. Sądząc z kształtu, wydzielony płat tkanek pochodził z dna i z głębszych części ścian macicy.

Najszersza i najgrubsza część płatu [9 ctm. szer., 2 ctm. grub.] odpowiadała tkankom, pochodzącym z dna macicy. Części tkanek, pochodzące ze ścian, zwężały się i stawały stopniowo coraz węższymi, mając po brzegach płatu za ledwie po kilka młm. Długość płatu wynosiła około 10 ctm., szerokość 5—6 ctm. Powierzchnia płatu, odpowiadająca światłu jamy macicy, ciemno-szara, w miejscach bliższych dna prawie czarna. Na przecięciu grubości tkanek różnić można warstwy rozmaitego ubarwienia, które stają się szaro-czerwonymi w miarę zbliżania się do powierzchni przeciwległej. Ta ostatnia przedstawia się nierówno, pokryta jest strzępkami i otworami, prowadzącymi w głąb tkanki. Barwa powierzchni, która przytykała do tkanek pozostałych, żywych, szarawo-żółta.

Badanie drobnowidzowe: tkanka, która uległa zgorzeli, składa się z obumarłych włókien mięśniowych gładkich, miejscami wyraźnych zupełnie, miejscami zupełnie rozpadłych i zamienionych w drobnoziarnistą, bezkształtną masę. Gdziekolwiek brak nawet drobnoziarnistej masy i pozostały puste miejsca. Widać także miejsca, odpowiadające rozpadłym naczyniom limfatycznym. Naczynia krwionośne, których ściany widać w przecięciu poprzecznym lub ukośnym, są zatkałe przeważnie zlepaniami, składającymi się z drobnoziarnistej masy rozpadowej i z kolonii drobnoustrojów, których spotyka się dużo. W niektórych miejscach, zwłaszcza bliższych obu powierzchni, brak zupełnie ścian naczyń. Na miejscu tych ostatnich pozostały tylko masy, które je wypełniały. Drobnoustroje, barwione metodą GRAM'a, są to przeważnie streptokoki. Prócz tego znaleziono laseczniki w kształcie dość grubych, krótkich laseczek, które uważać należało za drobnoustroje, wywołujące gnicie [saprofity?].

W pięć miesięcy po porodzie chora nie miesiączkowała jeszcze. Macicę znaleziono prawidłową i niebolesną, ruchomą, głęboką 7 ctm.

Następujący przypadek, opisany przez GRAMATIKAT'ego (5), który podaję niżej, ciekawym jest i ważnym niezmiernie z tego względu, że częściowa zgorzel spostrzeżaną tu była u chorej, która zmarła przed oddzieleniem obumarłych tkanek, znalezionych przy badaniu pośmiertnym *in situ*, jeszcze przylegających do mięszu macicy, w miejscu, w którym przyrośnięte było łożysko. Badanie drobnowidzowe odnośnego preparatu, dokonane w ten sposób, że w skrawkach zajęte były tkanki, które uległy zgorzeli, warstwa rozgraniczająca je od tkanek żywych i część tych ostatnich, pozwalają określić bliżej sprawę zapalną, której wynikiem bywa oddzielenie się martwego płatu od pozostałych tkanek macicy.

Niestety, o przypadku, którego opis oryginalny był mi niedostępnym, dowiedziałem się z drugiej ręki i dlatego zmuszony jestem podać go tu w streszczeniu, mniej obszernie, niżbym tego pragnął.

IV. Chora rodziła po raz pierwszy; rozwiązana kleszczami. Z powodu krwawienia łożysko usunięte ręką. Na trzeci dzień po porodzie gorączka, dreszcze, wkrótce potem cuchnąca ropna, wydzielina i nalot ran pochwy i części pochwowej. Macica znacznie powiększona, większa, niż być powinna w tym okresie połogu, wrażliwa na ucisk. Na szósty dzień po porodzie objawy za-



jęcia otrzewnej. Jamę macicy wypłukano roztworem sublimatu  $\frac{1}{30}\%$ . Na ósmy dzień po porodzie objawy zajęcia otrzewnej wzmożyły się. Ciepłota  $39,8^{\circ}$ . Tętno 120—140. Na dwunasty dzień, wśród objawów ogólnego głębokiego zakażenia, chora zmarła.

Prócz zwykłych śladów zakażenia wyniki badania pośmiertnego były następujące.

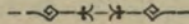
[C. d. n.]

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### O zmianach w rdzeniu przy cierpieniach krwi (niedokrwistość postępująca złośliwa, białaczka i t. d.)

Opracował

Konstanty Stróżewski.



Pierwszy LICHTHEIM w r. 1887 zwrócił uwagę neuropatologów na związek, jaki zachodzi między pewnymi zmianami w rdzeniu kręgowym a niedokrwistością złośliwą postępującą. Następnie MINNICH ogłosił kilka przypadków tego cierpienia, w których również znalazł zmiany w rdzeniu. Nad kwestyą tą pracowano w różnych krajach. Z Niemców musimy na pierwszym miejscu wymienić prace NONNE'go. Z anglików prace RUSSEL'a, TAYLOR'a, MITCHEL CLARKE'a. Niemaló spostrzeżeń ogłosił także norweski autor PETREN.

Wszyscy badacze zgadzają się, że przy niedokrwistości złośliwej postępującej występuje ostre zwyrodnienie istoty białej rdzenia, zrazu ogniskami, a w dalszym przebiegu, wskutek zlania się kilku ognisk, mogą powstawać zmiany istoty białej rdzenia na dużej nawet przestrzeni. Zdania autorów co do przyczyny powstawania owych zaburzeń w rdzeniu, co do stosunku ognisk chorobowych do naczyń krwionośnych, co do związku przyczynowego pomiędzy niedokrwistością a zmianami w rdzeniu, różnią się pomiędzy sobą. Pomówimy jeszcze o tem, tymczasem przypatrzmy się bliżej samym zmianom. Jakaśmy to nadmienili, dotychczasowe prace wykazały, że przy niedokrwistości złośliwej postępującej, w początkowych okresach, zwyrodnienie tkanki nerwowej występuje ogniskami, że ogniska te, zwiększając się i mnożąc, mogą razem zlewać się tak, że badanie, w tym okresie choroby dokonane, może wykazać, iż większa część przecięcia rdzenia została zniszczoną. Zmiany te nie mają charakteru zwyrodnień pęczkowych, lecz ostrego rozsianego zapalenia rdzenia. Najczęściej zmiany w rdzeniu zaczynają się w części jego szyjowej; tam zwykle są pierwsze ogniska w świeżych przypadkach, a w przewlekłych część szyjowa więcej jest dotknięta, niż lędźwiowa. Za prawidło przyjąć należy, opierając się na dotychczasowym materiale sekcyjnym, że środkowe korzeniowe okolice (*mittlere Wurzelzonen*) są ulubionem miejscem powstawania ognisk w rdzeniu. Prócz tego, nie ulega wątpliwości, zmiany znaleźć możemy i w bocznych i w przednich pęczkach rdzenia, nawet we wczesnych okresach choroby,

a i w bocznych pęczkach wskutek zlania wielu ognisk mogą również istnieć rozległe pola zwyrodnienia. W tem miejscu należy wspomnieć, że bardzo możliwe jest, iż wiele przypadków, dawniej opisanych, jako skombinowane cierpienie pęczków rdzenia (*combinirte Systémerkrankung*), należy zaliczyć do kategorii omawianych cierpień. Zgodnie z NONNE'EM uznanem zostało za charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej postępującej, że tylko wewnątrzrdzeniowa istota biała ulega zmianom, gdy tymczasem zewnątrzrdzeniowa, t. j. tylne korzenie, a także tylna i przednia substancja szara rdzenia zostają nietknięte. Co się tyczy tej ostatniej, t. j. istoty szarej rdzenia, to istnieją spostrzeżenia, wykazujące w niej ogniska zwyrodnienia, ale zmianom tym ulega ona tylko przy daleko posuniętym procesie zwyrodnienia; przytem nie są one nigdy pierwotne, jak chcieli niektórzy badacze, biorąc zmiany w istocie białej za wtórne, zależne od zmian w substancji szarej.

W początkowych okresach choroby wyżej wzmiankowane ogniska pod drobnowidzem przedstawiają się jako utworzone z rozpadu włókien nerwowych; gleja tworzy siatkę, w której oczkach znajdujemy cylindry osiowe, w różnych stopniach rozpadu. W późniejszych okresach choroby drobnowidz wykazuje rozrost glei i zupełny prawie zanik włókien nerwowych. Ogniska owe znajdują się zawsze przy przegródkach łącznotkankowych (w rdzeniu (*septa*)). W przypadkach dłużej trwających, gdy pojedyncze ogniska pozwalały się z sobą, znajdujemy całe pęczki zwyrodniałe, a nawet spotykano jednocześnie zwyrodnienie prawie całych pęczków tylnych, dróg piramidalnych, pęczków GOWERS'A. Charakterystycznym dla owych ognisk zwyrodnienia jest nadto brak ścisłej symetrii co do umiejscowienia; częściej zauważyć można symetrię co do ilości lub jakości zmian.

Badanie nerwów obwodowych przy niedokrwistości postępującej złośliwej nie wykazało w nich żadnych zmian. Dotychczas nie zwracano szczególnej uwagi na badanie mózgu; jednakże, sądząc z pracy, którą ogłosił BIRULJA, i w nim znajdować się mogą zmiany patologiczne. Ciekawą jest kwestya stosunku naczyń krwionośnych do opisanych ognisk zwyrodnienia. Otóż większość autorów sądzi, że w środku owych ognisk zawsze znajdujemy naczynie krwionośne, którego ścianki po większej części przedstawiają oznaki zwyrodnienia; w rzadkich przypadkach naczynie, znajduwane w pośrodku ogniska zwyrodnienia, przedstawia się zupełnie normalnie.

Niektóre cierpienia organiczne układu nerwowego, zwłaszcza spowodowane zatruciem, mogą dawać obraz anatomopatologiczny, zbliżony do powyżej opisanego. Wymienić tu przedewszystkiem należy zmiany przy zatruciu sporyszem i w pellagrze. W t. z. *Ergotin-Tabes* TUCZEK'a następują symetryczne zmiany w tylnych pęczkach rdzenia, podczas gdy przednia i tylna szara istota włącznie ze słupami CLARKE'a zostają nietknięte, opona miękka normalna; naczynia krwionośne zmienione i temi cechami zbliża się cierpienie TUCZEK'a do zmian w niedokrwistości postępującej. Różni się zaś istnieniem zmian w tylnych korzeniach i brakiem oznak ostrego zapalenia mleczka.

Przy badaniu rdzenia zmarłych na pellagrę znajdujemy wiele podobieństwa w zmianach z omawianem przez nas cierpieniem, mianowicie: opony mózgowe, korzenie tylne i przednie, szara istota, słupy CLARKE'a zostają nietknięte, zwyrodnienie dotyka tylne i boczne pęczki rdzenia; różnice polegają na tem, że przy pellagrze naczynia krwionośne zostają niezmienione, zwyrodnienie występuje ściśle symetrycznie z obu stron rdzenia i zawsze zwyrodnienie ma charakter pęczkowego.

Co się tyczy różniczkowego rozpoznania od władu rdzenia, to wystarczy wspomnieć, że zmiany w tylnych pęczkach rdzenia przy władzie są wtórne; pierwotne zmiany obecnie nauka przyznaje w komórkach zwojów międzykręgowych, z kąd zwyrodnienie przechodzi na tylne korzenie; prócz tego przy

wiądnie znajdujemy zmiany w pasie LISSAUER'a, w słupach CLARKE'a i inne, jakich nie widzimy w omawianem cierpieniu.

Odnosnie objawów klinicznych ze strony układu nerwowego przy niedokrwistości złośliwej postępującej, to przede wszystkim zaznaczyć należy, że panuje znaczna dysharmonia między objawami klinicznymi a zmianami, znajduwanymi na sekcji: w wielu przypadkach, w których nie spostrzegano żadnych albo nieznaczne objawy kliniczne, na sekcji znajdowano daleko posunięte zmiany anatomiczne; w innym szeregu przypadków spostrzegano przedwczesne zaburzenia kliniczne, a na sekcji badanie drobnowidzowe nie wykazywało zmian w rdzeniu. Te ostatnie przypadki objaśniają niedoskonałością obecnych metod badania. Z objawów klinicznych najczęściej notowano: brak odruchów kolanowych, parastezje, bóle ciągnące, osłabienie, a niekiedy zupełny bezwład kończyn dolnych. Długość trwania niedokrwistości niewiele wpływa widocznie na zmiany w rdzeniu, gdyż w niektórych przypadkach, które trwały krótko, znajdowano duże zmiany w rdzeniu, gdy przeciwnie w innych, trwających parę lat, zmian żadnych nie wykryto. W pewnej ilości przypadków objawy niedokrwistości występują pierwsze i do nich następnie przyłączają się objawy nerwowe; w innych najpierw pojawiają się objawy nerwowe; niekiedy wreszcie objawy nerwowe i objawy niedokrwistości występują jednocześnie.

Etyologia powstawania zmian wyżej opisanych w rdzeniu przedstawia się dotychczas niezupełnie wyjaśnioną. Niektórzy badacze sądzą, że przyczyną owych zmian jest niedokrwistość złośliwa postępująca. NONNE twierdzi, że nawet w przypadkach blednicy obserwujemy klinicznie objawy ze strony mleczka, przypuszcza więc, że już wtedy są pewne zaburzenia w rdzeniu. Dotychczas jeszcze mało mamy spostrzeżeń, dotyczących innych cierpień krwi, jak białaczka, niedokrwistość przy rakach, przy charłactwie. LUBARSCHE, HOMEN i inni znajdowali przy owych cierpieniach zmiany w rdzeniu, podobne do zmian, znajduwanych przy niedokrwistości złośliwej postępującej. HOMEN tłumaczy powstawanie owych zmian, jako skutek działania jakiejś hypotetycznej toksyny. Wszystko to jednak nie przekonywa, aby owe zaburzenia krwi mogły być przyczyną zmian w rdzeniu. Doświadczalna praca v. Voss'a, który wywoływał sztucznie niedokrwistość u zwierząt i utrzymywał ją w niektórych przypadkach aż w ciągu 24 tygodni, nie potwierdza powyższego przypuszczenia. We wszystkich tych doświadczeniach zmian w rdzeniu autor wykryć nie zdołał. Przypuszczenie, że krwotoki, jakie spostrzegamy przy niedokrwistości w innych organach, mają miejsce i w rdzeniu i są przyczyną następujących zmian w rdzeniu, nie mają za sobą faktów. W dotychczas ogłoszonych przypadkach, po pierwsze, nie można znaleźć śladów owych krwotoków wśród ognisk zwyrodnienia w rdzeniu; po drugie, niekiedy spotykamy krwotoki w rdzeniu, lecz te nie są punktem wyjścia dla jakichkolwiek wtórnych zmian w rdzeniu. Fakt, że ogniska zwyrodnienia w rdzeniu umiejscawiają się najczęściej na okolo naczyń krwionośnych o ściankach, dotkniętych zwyrodnieniem, naprowadza na myśl, że przyczyną pierwotną zmian w rdzeniu jest częstotliwość naczyń krwionośnych. Jednakże liczne spostrzeżenia wykrywają często ogniska zwyrodnienia, wśród których znajduje się naczynie zupełnie normalne, a także ogniska, nie mające nic wspólnego z żadnym naczyniem krwionośnym, wreszcie zmienione naczynie krwionośne wśród zupełnie zdrowej istoty rdzenia; wszystkie te spostrzeżenia obalają mniemanie, jakoby cierpienie naczyń krwionośnych było przyczyną znajduwanych zmian w rdzeniu przy zaburzeniach krwi.

Najlepiej objaśnia wszystkie spostrzegane zmiany w rdzeniu przy zaburzeniach krwi hipoteza istnienia toksyny, która [nie bacząc na jej naturę chemiczną, miejsce i sposób powstania] wywołuje zaburzenia z jednej strony w składnikach krwi, z drugiej strony wywołuje zmiany ścian naczyń krwio-

nośnych, wreszcie ogniska zwyrodnienia w istocie białej rdzenia. Pytanie, dlaczego owa hypotetyczna toksyna miałaby wywoływać ogniska zwyrodnienia tylko w białej istocie rdzenia, dlaczego najpierw w części szyjowej rdzenia, a nie w innej części, na to łatwa odpowiedź. Znamy działanie różnych trucizn i wiemy, że na nie różnie oddziałują różne części naszego układu nerwowego. a więc i tutaj łatwo wyobrazić sobie działanie owej hypotetycznej toksyny tylko na pewne części układu nerwowego. Jakaś wyżej wzmiankowali, niejednokrotnie spostrzegano nieznaczne i krótkotrwałe zmiany we krwi, a jednocześnie znaczne zaburzenia w rdzeniu, lub też odwrotnie. Łatwo objaśnić te zjawiska hipotezą toksyny, mianowicie toksyna owa w jednych przypadkach więcej i prędzej, a nawet wyłącznie zmienia krew, w innych zaś układ nerwowy.

## L I T E R A T U R A.



- 1) MINNICH. Zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciosen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen. Zeitschrift für klin. Med. Bd. 21 i 22. 1892. 1893.
- 2) NONNE. Weitere Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe letaler Anämien beobachteten Spinalerkrankungen. Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde. Bd. 16. H. 3—4. 1895.
- 3) NONNE. Ueber Degenerationsherde in der weissen Substanz des Rückenmarkes bei Leukämie. Deut. Zeit. f. Nerven. Bd. 10. H. 3—4. 1897.
- 4) v. VOSS. Anatomische und experimentelle Untersuchungen über die Rückenmarksveränderungen bei Anämie. Archiv f. klinische Medicin. Bd. 58. H. 6. 1897.
- 5) MITCHELL CLARKE. Remarks on the changes in the spinal cord in two cases of pernicious anaemia. British Medical Journal. 1897. August 7.
- 6) RISIEN RUSSEL. The relationship of some formes of combined degenerations of the spinal cord to one another and to anaemia. The Lancet 1898. July 2.
- 7) NONNE. Rückenmarksuntersuchungen in Fällen von pernicioser Anämie, von Sepsis und von Senium, nebst Bemerkungen über MARCHI-Veränderungen bei acut verlaufenden Rückenmarksprocessen. Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde. Bd. 14. H. 3—4. 1899.
- 8) NOTHNAGEL'S Specielle Pathologie und Therapie. Die Anämien. Bd. VIII, T. 1, H. 1, 2.
- 9) HOMEN. Des lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle épinière. Revue neurologique. 1900. Nr. 30.
- 10) BLOCH und HIRSCHFELD. Zur Kenntniss der Veränderungen bei der Leukämie. Zeitschrift f. klin. Medicin Bd. 39. H. 1—2. 1900. ref. w Centrblt. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1900. Nr. 127
- 11) DYCE DUCKWORTH. Progressive pernicious anaemia with spinal symptoms. The British Medical Journal. 1900. November. 10.



## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

I. Yohimbinum. Yohimbina, nowy środek, pobudzający popęd płciowy. Mieszkańcy kolonii niemieckiej w Afryce Zachodniej oddawna używają odwaru kory, pochodzącej z drzewa, nazwanego Yohimbehe, albo Yumbehoa, do pobudzenia popędu płciowego (*aphrodisiacum*).

Roślina, o której mowa, z ogólnego wejrzenia podobna jest do naszego dębu i należy do rodziny marzanowatych (*Rubiaceae*), a zatem do rodziny, do której, między innymi, należy kawa i china.

W Instytucie farmakologicznym berlińskim SPIEGEL przeprowadził badania chemiczne i wydzielił z kory wzmiankowanej rozmaite substancje, które OBERWARTH poddał badaniu fizyologicznemu.

Jako główne części składowe znaleziono: 1) substancję barwnikową, która w roztworze alkalicznym na powietrzu przyjmuje piękną barwę ciemnoczerwoną, ale która pod względem fizyologicznym nie wywiera żadnego wpływu na organizm zwierzęcy; 2) i substancję, mającą charakter alkaloidu i okazującą także samo działanie fizyologiczne, co i zwykły wyciąg z rzeczony kory.

Wszelako dokładniejsze badanie przekonało, że w tym razie ma się do czynienia z jednym alkaloidem, ale z całym szeregiem pokrewnych alkaloidów, podobnie jak w korze chinowej.

Dopiero po długich i mozolnych poszukiwaniach udało się SPIEGEL'owi otrzymać w stanie zupełnie czystym główny alkaloid, wywierający właśnie najwybitniejsze działanie: alkaloid wzmiankowany otrzymał nazwę „*yohimbium*“ „j o h i m b i n a“; całe zaś pozostałe reszcie alkaloidów nadano tymczasem nazwę ogólną „*yohimbeninum*“—„j o h i m b e n i n a“.

Johimbina przedstawia się jako proszek biały, krystaliczny, z połyskiem jedwabistym. Rozpuszcza się łatwo w alkoholu, eterze, acetonie i chloroformie; trudniej rozpuszcza się w benzolu, a prawie wcale się nie rozpuszcza w wodzie.

Z kwasami tworzy sole, z których za najodpowiedniejszą do użytku leczniczego uważa SPIEGEL—chlorek johimbiny (*Yohimbium hydrochloricum*, SPIEGEL).

Poszukiwania fizyologiczne OBERWARTH'a doprowadziły do następujących wyników:

Dawka zabójcza dla królika wynosi: przy zastrzykiwaniu do żył 0.011 na kilogram zwierzęcia, a przy zastrzykiwaniu podskórnem 0.053 na kilogram zwierzęcia.

Co się tyczy działania na układ nerwowy, to u żab występuje ogólny bezwład. Za każdym razem można było zauważyć zmniejszenie pobudliwości elektrycznej nerwów kulszowych. U zwierząt ciepłokrwistych również nastąpiło porażenie układu nerwowego.

Czynność serca u zwierząt zimnokrwistych słabnie i zwalnia się stopniowo coraz więcej, aż nareszcie zupełnie ustaje.

Czynność oddechania pod wpływem johimbiny słabnie. Jeśli przez zastosowanie sztucznego oddechania nie dopuścimy do uduszenia się zwierzęcia, to johimbina wywrze swe działanie głównie na serce; zwierzę w takim razie ginie wskutek porażenia serca, ale nieco później, aniżeli bez zastosowania sztucznego oddechania.

Ciężenie krwi obniża się stopniowo, począwszy od chwili zastrzyknięcia. Liczba uderzeń tętna także się zmniejsza. Przyczyna upadku ciśnienia krwi zależy nie tylko od zwiotczenia ścian tętniczych, ale również od osłabienia samego serca.

Liczba uderzeń tętna nie zwiększa się ani po przecięciu nerwów błędnych na szyi, ani po wstrzyknięciu atropiny do żył. Z tego wnosić należy, że zmniejszenie się liczby tętna pod wpływem johimbiny nie zależy ani od podrażnienia ośrodka nerwu błędnego, ani od podrażnienia zakończeń obwodowych nerwu błędnego w sercu. Zjawisko to zatem musi zależeć albo od pobudzenia zwojów nerwu sympatycznego w samym sercu, albo też od pobudzenia samego nerwu sympatycznego.

Użab po podskórnem wstrzyknięciu 0.005—0.01 następuje w godzinę porażenie oddechania, bezwład kończyn, a w końcu porażenie serca.

U myszy  $\frac{1}{2}$  centygrama johimbiny działa zabójczo w ciągu trzech kwadransów. Przedewszystkiem występują mniej lub więcej wydatne drgawki, drżenie głowy, następnie duszność coraz większa, która kończy się śmiercią.

Wszelako, prócz tych objawów, zauważono również, że johimbina bardzo wydatnie wpływa na narząd płciowy. U myszy bardzo często spostrzegano naprężenie prącia i wytrysk nasienia (*erectio penis et ejaculatio*).

Dla dokładniejszego zbadania wzmiankowanego zjawiska stosowano u psów dawki mniejsze, nie powodujące śmierci. Jeżeli dawki johimbiny, wprawdzie śmierci nie powodowały, ale były jeszcze dość duże, to występowały bardzo wyraźne drgawki, po których pozostawało długie i silne osłabienie oraz ogólne rozdrażnienie nerwowe. Po dawkach johimbiny jeszcze mniejszych następował niepokój, podniecenie ogólne i naprężenie prącia, poczem wszakże nie zauważono nigdy żadnych szkodliwych następstw, a co najważniejsza, badanie moczu przekonało, że johimbina nie drażni nerek, jak to zwykle czynią inne substancje z podobnem działaniem.

Dokładnijszem badaniem wpływu chlorku johimbiny (*Yohimbium muraticum*—SPIEGEL) na narząd płciowy zwierzęcy zajął się prof. A. LÖEWY w pracowni Wyższej Szkoły Rolniczej w Berlinie. Roztwór wodny 1 : 500 zastrzykiwał podskórnem królikom, kotom i psom—samcom, po 0.005—0.01 na raz.

Co do stanu ogólnego, to zauważono u wszystkich zwierząt kilka godzin trwające podniecenie i rozweselenie, które to objawy szczególnie wydatnie występowały u psa po wstrzyknięciu 0.01. Oprócz tego, już w pięć minut po zastrzyknięciu spostrzegano następujące objawy: umiarkowane przekrwienie naczyń łącznicy oka, zaczerwienie i rozgrzanie uszu, a u psa zaczerwienie i rozgrzanie pyska.

Co się tyczy narządu płciowego, to w 6—8—15 minut po zastrzyknięciu—zwłaszcza u królików—jądra i przyjądra poczynają się zwiększać, a u kotów i psów jądra i przyjądra twardnieją. Nieco później zaczyna występować mniej lub więcej wydatne zaczerwienienie prącia. Obrzmienie prącia u królika nie bywało bardzo wyraźnem; daleko wyraźniej występowało ono u kota, a u psa dochodziło do naprężenia (*erectio*). Wszystkie te objawy, jak przekonało badanie anatomo-histologiczne, zależą od przekrwienia gruczołów płciowych wskutek ogromnego rozszerzenia naczyń krwionośnych.

Nawet po czterotygodniowem, codziennie powtarzanem wstrzykiwaniu podskórnem johimbiny zawsze ten sam obraz po każdym zastosowaniu wzmiankowanej dawki występował, a po ustąpieniu działania wracał zawsze stan zupełnie normalny. Badanie mikroskopowe jąder, stwardniałych w formolu, wykazało, że pomimo często i długo powtarzanego wpływu johimbiny narządy te pozostają zupełnie normalnymi.

Co się tyczy wpływu johimbiny na wytwarzanie ciałek nasiennych oraz na organy płciowe żeńskie—nie ściślego dotąd jeszcze powiedzieć nie można.

Podczas, gdy kantarydy, które, jak wiadomo, w ten sam sposób specyficznie działają, mocno drażnią nerki, wywołując nieraz w nich sprawę zapalną z krwimoczem (*haematuria*) i białkomoczem (*albuminuria*), to johimbina rozszerza wprawdzie naczynia krwionośne w nerkach, jednakże nawet po dłuższem stosowaniu nie wywołuje w nich żadnych zmian chorobowych i nigdy nie bywa powodem albuminury.

Z tego wszystkiego zatem wnosić należy, że johimbina, w odpowiedniej dawce stosowana, może w sposób nieszkodliwy wywołać przekrwienie narząd-

dów płciowych, a u niektórych zwierząt i znaczne naprężenie prącia (*erectio penis*).

E. MENDEL przeprowadził bardzo liczne poszukiwania nad wpływem johimbiny na organizm ludzki i doszedł do następujących wyników. W niemocy płciowej (*impotentia*), zależnej od władu rdzeniowego (*tabes dorsalis*) lub od innych chorób organicznych, johimbina żadnego dodatniego wpływu nie wywiera. Ale zato okazała się ona bardzo pożyteczną w wielu innych przypadkach niemocy płciowej, w jednym przypadku wydatna skuteczność wystąpiła bezpośrednio zaraz po pierwszym zastosowaniu wzmiankowanego środka leczniczego; w innych zaś przypadkach dopiero po dłuższym stosowaniu. Zaznaczyć tu należy, iż nigdy nie spostrzegano żadnego szkodliwego wpływu od johimbiny—nawet po długim jej stosowaniu.

LOEWY również wspomina o jednej osobie, u której skuteczność johimbiny okazała się bardzo wydatną.

Stosować można chlorek johimbiny w postaci roztworu jednoprocentowego w sposób następujący:

Rp. *Solut. Yohimbini hydrochlorici Spiegelii* 1 : 100.

D. S. Trzy razy dziennie 5—10 kropel.

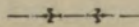
Chlorek johimbiny rozpuszcza się w wodzie zimnej bardzo powoli, dlatego też roztwór należy na gorąco przygotowywać.

Ponieważ, według wskazówek LOEWY'ego, roztwór johimbiny przez długie stanie traci na skuteczności, przeto trzeba wzmiankowany środek leczniczy przepisywać albo w małej ilości, albo też w postaci pastylek, które zostały wprowadzone do handlu w ostatnich czasach pod nazwą „pastylek johimbiny D-ra Spiegel'a“, „D-r Spiegel's Yohimbintabletten“. Każda pastylka zawiera 0.005 chlorku johimbiny, odpowiada zatem 10-ciu kroplom wyżej wspomnianego roztworu.

(Prof. LOEWY. *Beiträge zur Wirkung des Yohimbini* (SPIEGEL). *Berlin. klin. Wochenschr.* 1900. 42.

*Yohimbini* (SPIEGEL), ein neues Aphrodisiacum). *Therap. Monatshefte.* 1900. Heft 11).  
Wiktor Grostern.

## WIADOMOŚCI DROBNE.



— Jaki jest mechanizm działania kokainy, zastrzykniętej do jamy podpajęcznej, czyli na jakie tkanki działa kokaina, wywołując znieczulenie? Pytanie to rozstrzygnęli TUFFIER i HALLION drogą doświadczeń, dokonanych na psach w pracowni FRANÇOIS-FRANCK'a, a mianowicie przez porównanie wyników, jakie wywiera drażnienie korzeni nerwów rdzeniowych, poddanych lub nie kokainizacji, na ciśnienie krwi w tętnicach, na objętość nerek, śledziony i błony śluzowej nosa, na kurczliwość pęcherza moczowego, który jest, jak wiadomo, jednym z najczulnych estezjometrów. Przedewszystkiem zaś T. i H. dowiedli, iż kokaina działa jako taka, specyficznie, a nie przez wpływ na podniesienie ciśnienia cieczy mózgo-rdzeniowej lub przez samo nakłucie, zbili więc zdanie BIER'a, który twierdził, iż znieczulenie dolnej połowy ciała następuje po wstrzyknięciu do jamy podpajęcznej nie tylko kokainy, lecz jakiegokolwiek cieczy, np. roztworu soli, a wpływ kokainy zaznacza się tylko stopniem natężenia działania.

Co stwierdziwszy, ciż badacze przekonali się, iż znieczulenie po kokainizacji zależy od wpływu paraliżującego kokainy na korzenie nerwów, wychodzących z rdzenia kręgowego. Jeśli bowiem zastrzyknęli kokainę do górnego odcinka, to jest kręgowo-grzbietowego, jamy podpajęcznej, to wówczas drażnienie nerwu udowego

wywolywało różne ruchy zwrotne, między innymi głową, a drażnienie znów nerwu językowego—ruchy w łapach tylnych,—oczywisty dowód, że przewodnictwo w rdzeniu kręgowym nie uległo zmianie; gdy tymczasem drażnienie końca dośrodkowego jednej z gałęzi czuciowych splotu barkowego pozostało bez żadnego wpływu, nie wywołało żadnego odruchu; jednym słowem, przewodnictwo zostało zniesione, zawieszoną została czynność tych tylko nerwów, które były napojone kokainą. Po dłuższem działaniu kokainy, gdy przez dyfuzję dostanie się ona i do głębi rdzenia, wówczas i on ulega jej wpływowi. Szybciej jednak cienkie korzenie nerwów zostają imbibowane kokainą, niż gruby rdzeń kręgowy, a wyłącznie tylko one, gdy użyjemy słabszego roztworu kokainy. Z korzeni nerwów rdzeniowych szybciej znów ulegają wpływowi kokainy korzenie tylne, czuciowe, niż przednie, ruchowe; ztąd przy kokainizacji pierwej ginie uczucie bólu, niż ruch.

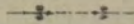
*Presse médicale. 1900. Nr. 102.*

*W. G.*

— JEDLIČKA, mówiąc w „Spolku českých lékařů v Praze“ o znieczuleniu rdzeniowem za pomocą kokainy, zwrócił uwagę, że metoda ta, zwana metodą BIER'a, nie jest nowa, bo już w roku 1885-tym LEONARD CORNING polecił, w celu usuwania bólu przy operacjach, kokainizację rdzenia za pomocą wstrzykiwań małych dawek kokainy do kanału kręgowego. CORNING wykonywał zastrzykiwania między XII-ym kręgiem piersiowym a I-szym lędźwiowym i w kilku przypadkach, następnie opublikowanych, osiągnął zupełne znieczulenie, bez poważnego niebezpieczeństwa dla chorych. J. stosował metodę CORNING-BIER'a w 45-ciu przypadkach chirurgicznych. Ponieważ kokaina okazała się niebezpieczną, zaczął więc próbować naprzód nirwaniny, lecz bez skutku, a następnie eukainy ze skutkiem wybornym. Według J. można otrzymać znieczulenie zupełne przy zastrzykiwaniu 0,01—0,03 eukainy przy wszelkich operacjach na kończynach dolnych, na kroczu, operacjach ginekologicznych i przy laparotomiach. Analgezya tem będzie trwalsza, im więcej użyto eukainy; trwa 45' minut do 2½ godzin. Bóle głowy, często nieznośne, można w okamgnieniu trwale usunąć przez powtórzenie przekłucia lędźwiowego i wypuszczenie kilku kropel, aż do kilku cm. sz. cieczy mózgodzeniowej. Na czynność serca eukaina nie ma żadnego wpływu. Wymiotów nie wywołuje. Bóluięgłowy i gorączki nie poczyna J. za objaw zatrucia, lecz raczej za objaw podrażnienia opon mózgowych.

(Časopis Lékařů Českých, 1900, Nr. 49).

## Wiadomości bieżące.



— W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem wybrano na r. 1901 na prezesa D-ra STANISŁAWA MARKIEWICZA, na wice-prezesa D-ra HENRYKA NUSBAUMA, na sekretarza dorocznego D-ra LUDW. DYDŃSKIEGO, na pom. sekr. dor. D-ra STANISŁAWA KOPOZYŃSKIEGO.

— Grono kilkunastu lekarzy tutejszych zawiązało stowarzyszenie mające za zadanie niesienie „stałej pomocy lekarskiej w dzień i w nocy“. W lokalu stowarzyszenia, przy ulicy Chmielnej 9 stale znajdować się będzie w dzień i w nocy lekarz, który za opłatą dostarczać będzie pomocy lekarskiej na każde zawezwanie, bądź na mieście, bądź na miejscu. W tym celu w lokalu stowarzyszenia urządzona została sala operacyjna, zaopatrzona wedle wymagań nowoczesnych chirurgii. Jeden więc z braków, na jaki niejednokrotnie już zwracano uwagę, został usunięty. Mamy nadzieję, iż młoda instytucja wkrótce wyrobi sobie u ogółu uznanie, na jakie zasługuje.

— W sierpniu 1900 r. zawiązał się w Zakopanem, z inicjatywy „Związku przyjaciół Zakopanego, komitet celem wystawienia tamże pomnika dla ś. p. Tytusa



CHŁUBIŃSKIEGO, by „uczcić niezapomniane zasługi“ Jego w tak umiłowanej przezeń miejscowości. Komitet przedsięwziął starania u odnośnych władz w Królestwie Polskim, Galicyi i Ks. Poznańskim o zbieranie na ten cel składek publicznych. Redakcyja naszego pisma chętnie pośredniczy w przyjmowaniu składek.

— W Norwegii z dniem 1 stycznia 1901 wchodzi w wykonanie nowe prawo, mające ua celu walkę z gruźlicą. Na mocy tego prawa każda postać gruźlicy uznana jest za chorobę zaraźliwą i obowiązuje lekarza do doniesienia o niej władzy, podobnie, jak to ma miejsce przy innych zakaźnych i zaraźliwych chorobach.

— Pomiędzy 9—14 kwietnia 1901r. odbędzie się w Wiedniu VIII-y międzynarodowy Kongres antialkoholiczny. Zjazd ma trwać 4 dni Zgłaszać się można do biura Kongresu: Wiedeń IX, Schwarzschaner Str. 17.

— W schronieniu dla starców i kalek wyznania mojżeszowego, istniejącem w Warszawie przy ulicy Wolskiej, otwarto 2 pawilony dla umysłowo dotkniętych. Bliższych szczegółów donieść nie możemy, gdyż na otwarcie to redakcyja naszego czasopisma zaproszenia nie otrzymała.

— Od 25 do 29 maja 1901 roku obradować będzie w Pradze czeskiej III-ci Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Kancelaryja Zjazdu, już dziś czynna, mieści się w zakładzie prof. HLAVY [prezesa Zjazdu]. Składka dla uczestników wynosi 10 koron.

— Niemieckie Tow. kąpeli ludowych ogłosiło konkurs na najlepszą pracę, przydatną na odczyt publiczny o kąpielach ludowych. Pierwsza nagroda wynosi 300, druga 200 marek. Bliższe wiadomości nadsyła bezpłatnie biuro Towarzystwa [Berlin. N. W. Karlstrasse 19]; nadsyłanie prac 1 Marca 1900 r.

— Kongres w sprawie gruźlicy odbędzie się d. 22 lipca 1901 w Londynie. Otworzy go Ks. Wali; podzielony będzie na 4 sekcye: 1) Hygieny publicznej, 2) Patologiczną, 3) Weterynaryjną, 4) Lekarską. Składka wynosi 1 funt szterling. [10 rubli]. Bliższych wiadomości zasięgnąć można w głównym sekretaryacie kongresu. Londyn. W. Hanover Square 20.

— Filantrop belgijski J. BRUGMANN zapisał miastu Brukselli 500,000 fr. na zbudowanie sanatorium dla suchotników oraz sumę 4,400,000 fr, której odsetki (3%) mają być obracane na utrzymanie tegoż sanatorium. Zapisał on nadto dużą sumę na zbudowanie przytułku dla rekonwalescentów. Zapisy B. dochodzą sumy 9,000,000 fr.

— Instytut PASTEUR'a w Hanoi z powodzeniem stosuje u ludzi leczenie trądu surowicą kozy, której szczepiono krew człowieka trędowatego.

— Na wydziale lekarskim w Marsylii otworzono klinikę chorób, właściwych krajom gorącym, którą prowadzić będzie prof. BOINET.

— Redakcyja czasopisma lekarskiego paryskiego „La presse médicale“ zorganizowała wycieczki naukowe dla zwiedzania sąsiednich uniwersytetów. Pierwsza taka wycieczka wyruszy z Paryża 17 marca 1901 r. na trzy tygodnie przed wakacjami wielkanocnymi, aby poznać uniwersytety w pełnym biegu zajęć. Cel ich praktyczny, poznać w krótkim czasie i tanim kosztem wszystkie urządzenia lekarskie (pracownie, szpitale i t. p.). W ciągu tygodnia i za 260 fr. uczestnicy wycieczki, których liczba nie może przenosić 40, zwiedzą uniwersytety w Lille, Liège, Bonn, Heidelbergu, Strasburgu.

— Liczba lekarzy w całym państwie Niemieckim wynosiła w październiku 1900 r. 27374, przecięciowo 5,24 na 10000 mieszkańców.

— Kol. NEUGEBAUER za naszym pośrednictwem uprasza kol. K. SKARZYŃSKIEGO o przysłanie adresu miejsca zamieszkania do redakcyi naszego pisma.

— **Prace oryginalne w czasopiśmie lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski*, Nr. 49. E. ZIELIŃSKI, Przypadek wrzekomego dzieciobójstwa. K. LEWKOWICZ, O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłucia lędźwiowego [C. d]. E. KOWALSKI, O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony [C. d]. — *Medycyna* № 49. W. PALMIRSKI i Z. KARZOWSKI, Wyniki szczepień ochronnych według metody PASTEUR'a w roku 1899. D. HELMAN, Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy (*bacillus pyocyaneus*) w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy wogóle [Dk]. A. WERTHEIM, Przypadek rany postrzałowej żołądka, powikłanej zranieniem wątroby i nerki. Nr. 50. M. BIRO, O chorobie FRIEDREICH'a, J. WATTEN, W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej. *Krytyka Lekarska*, Nr. 12. A. WRZOSK, O kierunkach we współczesnej medycynie: S. MUTERMILCH, Kilka słów w sprawie analiz moczu, M. KRAMSZTYK, „A napisz pan testament“. A. WIZEL, Stosunek psychologii do psychiatrii, Studynn krytyczne (C. d).

---

## Od Wydawcy.

---

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1901 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

---

W r. 1901 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rb. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

---

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 23 Декабря 1900 г. Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY

**D<sup>ra</sup> REICHSTEINA**

Warszawa, Leszno 31.

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, ze skrzywieniami kręgosłupa, kończyn, chorobami stawów, mięśni i do masażu od g. 4—6. W Pracowni Ortopedycznej przy Zakładzie wyrabiają się przy udziale specjalistów: gorsety, przyrządy na kończyny (Schienen-Hülsenapparaten Hessinga), sztuczne kończyny, wszelkie pasy rupturowe i brzuszne i t. d.

8-4

**MERAN—Tyrol połud.**

2-1

17 godzin jazdy z Wiednia bez zmiany wagonu) ciepła, słoneczna i sucha stacja klim. zimowa, bez kurzu i wiatrów. Główny sezon od stycznia do maja. Znakomite wszechstronne urządzenie lecznicze. Główne wskazania: stany rekonwalescencji po chorobach ostrych (zwłaszcza grypy, zapal. płuc i opłucnej), po operacjach, zimnica, gościec stawowy, niedokrewność, choroby serca i nerek, jakoteż lekkie stopnie chron. chorób dróg oddechowych. Pensjonat dobry i tani (od 3 złr. pokój z całkow. utrzymaniem). Bliższych wyjaśnień udziela:

Lekarz--Polak: *Dr. Binder*, Willa Gothensitz.**WIESBADEN**

Zakład zdrojowy

**NEROTHAL**

D-r Schubert

0-1

D-r Pruss-Mierzwinski.

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.

10-4

**Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).**

## Fosfatyna Faliera



Przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 7-u miesięcy do 10-u lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia.

**Sprzedaż u Ludw. Spiessa i Syna. Mro-zowskiego i innych składach aptecz-n.**

Sprzedaż środka FOSFATYNA FALIERA dozwolona przez Warszawski Urząd Lekarski na ogólnych zasadach handlu, jako nie zawierającego w swoim składzie szkodliwych dla

zdrowia substancji, jednak bez wszelkiej gwarancji w skutecznem Jego działaniu.

0—3

## „GŁOS” Najtańszy Tygodnik Naukowo-Literacki Społeczny i polityczny.

Zadaniem pisma jest: 1-sze Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych; 2-ie Podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. „Głos” zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencye w sprawach bieżących, społecznych i ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezye; 3)

### „Przegląd Naukowy i Etyczny,”

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestyach naukowych, filozoficznych, społecznych, wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego; 4) Artykuły poświęcone sprawom samokształcenia.

### Co miesiąc Dodatek Bezpłatny.

W dodatkach miesięcznych pomieszczane są 1) Rozprawy, dotyczące Zagadnień doby bieżącej; 2) Streszczenia nowych większych dzieł wybitnej wartości. Prenumerata: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1.75, miesięcznie kop. 60. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 9, kwartalnie rb. 2.25,

ADRES: WARSZAWA, ŻŁOTA 26.

Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco.

WYDAWNICTWA GŁOSU:

*Belot i Gide*: Miłosierdzie, sprawiedliwość i dobór naturalny 30 kop.; *Ferrero*: Czynniki postępu moralnego 30 kop.; *Münsterberg*: Nauka w stosunku do życia i sztuki 30 kop.; *Cunow*: Chiny, rozwój społeczny i ekonomiczny 20 kop. *Ribot*: O wyobraźni twórczej.

## DOM ZDROWIA D<sup>ra</sup> K. DOBRSKIEGO.

**Warszawa, Aleja Róż 10.**

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 13—1