

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO (SZPITAL DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE).

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O TĘŻYCZCE

Podał

W. Męzkowski.

b. lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Do obszernej kategorii „*Obscura et Curiosa*“ z zakresu neuropatologii należy tężyczka, *tetania*. Cierpienie to zaliczamy do nerwic, a mianem tem już poniekąd zaznaczamy, że o istocie, patogenezie cierpienia, mało co wiemy.

Dotychczas nauka znajduje się wciąż w stanie gromadzenia materiału klinicznego, klasyfikowania objawów i danych anatomo-patologicznych, oraz faktów, które można postawić w związek przyczynowy z tężyczką. Faktów zgromadzono wiele. Rzecz nawet można, że symptomatologia cierpienia jest znana dość dokładnie; obraz chorobowy jest dość stały, określony, tak że rozpoznanie cierpienia, przynajmniej u dorosłych, nie sprawia zwykle trudności. Inaczej jednak rzecz się ma odnośnie do istoty i przyczyny cierpienia. Tu już obracamy się w sferze bardzo wątpliwych hipotez. Spostrzeżenia kliniczne dostarczyły obfitej ilości faktów, którym tymczasowo i warunkowo musimy przypisywać pewne znaczenie przyczynowe. Tu należą: całkowite wyłuszczenie gruczołu tarczowego, działanie niektórych jądów: chloroform, morfina, ergotyna, wyskok, tlenek węgla, ołów, rozszerzenie żołądka, pasożyty kiszki, choroby zakaźne [tyfus, odra, grypa, gościec stawowy i t. p.], przeziębienie, wzruszenia psychiczne, nadmierny wysiłek fizyczny, choroby konstytucyjne [krzywica], ciąża, okres poporodowy. Dowiedzioną dalej jest rzeczą, że tężyczka w wielu razach występuje endemicznie lub epidemicznie, dotykając ludzi zupełnie dotychczas zdrowych, że występowanie tężyczki przypada najczęściej na pewne tylko pory roku, że niektóre miejscowości często są szczególnie nawiedzane, gdy w innych tężyczka jest rzadkością; wreszcie że najczęściej się zdarza pośród niektórych tylko zawodów.

Taka obfitość i różnorodność spraw, z którymi w związku może występować tężyczka, może nasuwać pewne wątpliwości co do samoistości tężyczki, jako jednostki chorobowej: możnaby bowiem przypuszczać, że tężyczka stanowi tylko zbiór objawów, występujący w następstwie rozmaitych spraw. Rozstrzygnięcie jednak tego pytania w chwili obecnej jest niemożliwe. Próby tego rodzaju ze strony wielu autorów, wypowiadających się w jednym lub drugim kierunku, są jedynie wyrazem osobistych poglądów autorów, co jednak sprawy nie posuwa naprzód. Wobec takiego stanu rzeczy jest dziś, zdaniem naszym, nader pożądaną oceną licznych, a powyżej wymienionych czynników, poczytywanych powszechnie za przyczynę tężyczki, zbadanie, czy wszystkie mogą mieć znaczenie współrzędne i czy niektóre z nich nie dałyby się wydzielić, jako bardziej zasadnicze, co już *a priori* wydaje się prawdopodobnem.

Otóż przeglądając długą listę tych czynników przyczynowych, nie możemy nie zauważyć, że z pośród licznych mniej lub więcej hypotetycznie związanych z tężyczką—związek z gruczołem tarczowym wydaje się nieomal faktem. Mianowicie, usunięcie czynności tego gruczołu przez całkowite jego wyluszczenie, samo jedno, bez udziału innych czynników, wywołuje drgawki tężyczkowe. Pomijamy tu już bardzo liczne spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające występowanie tężyczki po wyluszczeniu gruczołu. Bardziej przekonującymi są doświadczenia na zwierzętach, zapoczątkowane przez SCHIFF'a, a następnie powtarzane przez EISELSBERG'a. EISELSBERG wyluszczał całkowicie u kotów i psów gruczoł tarczowy; gdy wybuchała tężyczka, wprowadzał gruczoł do jamy brzusznej i zwierzę całkowicie się poprawiało; gdy zaś usuwał z jamy brzusznej przeszczepiony gruczoł tarczowy, zwierzę ginęło. Analogiczny dowód przedstawiają wyniki lecznicze tężyczki u ludzi, za pomocą gruczołu tarczowego, czy to przez tabletki tyreoïdnowe, czy też przez przeszczepienie gruczołu do jamy brzusznej, jak to czynił GOTTSTEIN. Spostrzeżeń podobnych istnieje już wiele: powołamy się tu na przypadki HOFFMANN'a, BREISACK'a, BRAMWELL'a, LEWY-DORN'a, BIRCHER'a, MEINERT'a i innych. Wprawdzie niekiedy ta metoda lecznicza zawodzi [przypadek MANNABERG'a], lecz to nie może osłabiać jeszcze powyższych faktów¹⁾. Gdy dalej zapytamy się, na czym polegają zaburzenia w ustroju po usunięciu gruczołu tarczowego, dzięki którym powstaje tężyczka, to na to stanowczej odpowiedzi nie znajdziemy. Najprawdopodobniej jednak mamy wtedy samozakażenie (*Autointoxicatio*)

¹⁾ Zaznaczyć tu należy, że są głosy przenoszące środek ciężkości z gruczołu tarczowego na *glandulæ parathyroideae*. G. VASSALE w doświadczeniach swych na psach i kotach wykazał, że zwierzęta te, po całkowitem wyluszczeniu *gland. parathyroid.* zapadają i giną na tężyczkę, a po wyluszczeniu gruczołu tarczowego występuje tylko *cachexia strumipriva* i niekiedy *myxoedema*. Interesującym jest następujące doświadczenie: VASSALE usunął częściowo *gland. thyroïd.* u suk. Wystąpiły zaledwie lekkie i przemijające objawy. Po 18-tu miesiącach suka miała 8 małych i zaczęła je karmić. Zjawiły się gwałtowne drgawki tężyczkowe, które zniknęły po energicznej kuracji tyreoïdną i usunięciu od piersi wszystkich małych. VASSALE wnioskuje, że przez dłuższy czas istniało w postaci utajonej zniesienie czynności gruczołu przytarczowego; ujawniło się zaś ono wówczas, gdy nastąpiły głębsze zaburzenia w przemianie materii w postaci *la ciation*.

ustroju przez produkty przemiany, które w warunkach normalnych są niszczone, zobojętniane przez gruczoł, działający jako antytoksyna.

Uznając jako fakt, związek między tężyczką a wyłuszczeniem całkowitem gruczołu tarczowego, możemy się posunąć o jeden krok dalej. Możemy sobie wystawić, że nietylko zupełny brak gruczołu, lecz i pewne zaburzenia czynności jego, przy zachowaniu gruczołu, są w stanie sprowadzić zmiany, pewien stan w ustroju, których wyrazem są drgawki tężyczkowe. Gruczoł może istnieć, lecz wobec zaburzeń czynności nie jest w stanie wytwarzać tych substancji, które przeciwdziałają samozakażeniu ustroju, niszcząc krążące w nim jady.

Ten związek tężyczki z gruczołem tarczowym stanowi pierwszy fakt zasadniczy.

Drugim takim faktem jest okoliczność, że tężyczka może występować epidemicznie: [szpitale, więzienia, zakłady naukowe, koszary], albo też endemicznie, dotykając ludzi dotychczas zupełnie zdrowych, przeważnie robotników. [Według FRANKL-HOCHWART'a z liczby 399 przypadków 174 dotyczy szewców, 95 krawców, 26 stolarzy, 20 ślusarzy]. Dalej podnieść należy, że cierpienie to występuje przeważnie w pewnych tylko porach roku ¹⁾ [styczeń, luty, marzec, kwiecień] i nie jest jednakowo rozpowszechnione w różnych krajach Europy. Różnice dotyczą nietylko poszczególnych krajów, lecz nawet pobliskich miast: najczęstszem zjawiskiem jest tężyczka w Wiedniu i Heidelbergu, poniekąd w Grazu, znacznie rzadziej w Monachium, w Berlinie, a rzadkością jest w Bonn, w Paryżu, i t. d. Wprawdzie można rzadkie występowanie tężyczki w niektórych miejscowościach przypisywać przeoczaniu, niedostatecznemu zwracaniu uwagi przez lekarzy. Przypomnimy, że w Berlinie tężyczka należała dawniej do rzadkości, w ostatnich zaś paru latach, przy ogólnem zainteresowaniu się tą sprawą, coraz częściej spotykamy opisy pojedynczych przypadków. Podobnież i u nas rzecz się miała. Sądząc z niewielkiej liczby prac w dawniejszej naszej literaturze, tężyczka jest, zdawałoby się, u nas zjawiskiem rzadkiem. Tymczasem, na co u nas zwrócił uwagę JUL. KRAMSZTYK, tężyczka w Warszawie, zwłaszcza pośród dzieci, występuje często. Cokolwiekby jednak możnaby o tem powiedzieć, faktem jest niewątpliwym że są liczne miejscowości, w których tężyczka jest wprost rzadkością, a inne w których cierpienie to występuje niezmiernie często. Faktem jest, że ci sami badacze [WAGNER, KRAUS], którzy w jednym miejscu spostrzegali często przypadki tężyczki, po przeprowadzeniu się do innej miejscowości, przy tem samem doświadczeniu klinicznym i przy zwróceniu bacznej uwagi w tym kierunku, spotykali tężyczkę zaledwie wyjątkowo. Nie ulega przeto żadnemu zaprzeczeniu, że tężyczka nie jest jednako rozpowszechniona pod względem geograficznym.

¹⁾ Z liczby 368 przypadków tężyczki na styczeń przypada 45, na luty 56, na marzec 87, na kwiecień 75, na maj 33, na grudzień 22, a na inne miesiące po kilka przypadków [według FRANKL-HOCHWART'a]. Wogóle wszyscy autorzy zgodnie podnoszą przewagę pierwszych miesięcy roku.

Gdy do tego dodamy, że najczęściej towarzyszy tężycze gorączka, *herpes labialis* i t. p., wówczas nasuwa się z konieczności przypuszczenie, że w tej t. zw. idyopatycznej postaci mamy chorobę zakaźną.

Te dwa czynniki t. j. wyłuszczenie *resp.* zaburzenia czynności gruczołu tarczowego, oraz postać idyopatyczną należałoby wyłączyć z pośród innych.

Po za tem największe znaczenie powszechnie przypisują krzywicy i rozszerzeniu żołądka.

Krzywicę wiąże wielu autorów z tężyczką u dzieci.

Fakt jednak, że krzywica jest rozpowszechniona na całym świecie, a tężyczkę spotyka się tylko w niektórych miejscowościach, czyni już ów związek mocno wątpliwym. Gdy zwrócimy uwagę, że z pośród 5544 przypadków krzywicy, jakie spostrzegł GANGHOFNER w ciągu lat 1881—1890 w Pradze, było tylko 23 dzieci, dotkniętych tężyczką, to trudno zgodzić się, żeby wszystko składać tu na karb krzywicy. Że oprócz krzywicy wchodzi tu w grę i inne czynniki, dowodzi między innymi fakt, że w tejże Pradze, w której od 1881—1890 bywało po parę przypadków tężyczki rocznie, nagle w 1890 r. od lutego do maja, GANGHOFNER spostrzega 46 przypadków, chociaż w liczbie przypadków krzywicy nie było w tym czasie tak znacznych wahań. Następnie tężyczka u dzieci spotyka się, podobnie jak i u dorosłych, przeważnie w pierwszych miesiącach roku, niekiedy znów występuje epidemicznie, czego nie może objaśnić krzywica. Wszystko to przekonywa, że nie krzywica odgrywa tu rolę przyczynową. Wprawdzie faktem jest, że z pośród dzieci chorych na tężyczkę, znaczna liczba jest dotknięta krzywicą. Lecz takie zbieganie się krzywicy z tężyczką niekoniecznie wskazuje na jakiś związek genetyczny; skaza ogólna, jaką jest krzywica, czyni ustrój dziecięcy podatnym dla wielu cierpień, a więc i dla tężyczki, aczkolwiek bezpośrednio przyczyna tkwić może w innych czynnikach. Zresztą tężyczka u dzieci ulega jakby tym samym prawom co i u dorosłych: i tu występuje ona przeważnie w pewnych miastach i w pewnych porach roku, a nadewszystko przedstawia czasami wyraźny charakter zakaźny, kiedy np. w jednej rodzinie lub w jednym domu zachorowują na tężyczkę jednocześnie kilkoro dzieci albo też, kiedy podczas choroby dorosłych zapadają na nią i dzieci tegoż domu.

Fakty te nakazują wprost przyjąć jednaką genezę zarówno u dzieci jak i u dorosłych. Zresztą już *a priori* dziwnem by było przyjmowanie odrębnej patogenezy w zależności od wieku osobnika. Pewne choroby wieku dziecięcego, podobnie jak u dorosłych pewne np. zawody, mogą tylko szczególnie usposabiać do tężyczki; a takiego znaczenia krzywicy, rzecz prosta, nikt odmówić nie może.

To samo powiedzieć należy o cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, a zwłaszcza o rozszerzeniu żołądka. I te przypadki tężyczki, którym towarzyszą rozszerzenie żołądka, zaburzenia kiszkowe lub robaki (*helminthiasis*) zdarzają się również w pewnych miastach, w pewnych porach roku i t. p., czyli te czynniki, którym przypisują niektórzy autorowie znaczenie przyczynowe, nie zmieniają jednak w niczem charakteru i przejawów cierpienia. Zresztą częstość jednoczesnego istnienia tężyczki i rozszerzenia żołądka jest widocznie przesza-

dzona; FRANKL-HOCHWART w swej statystyce, obejmującej 368 przypadków, znajduje tylko 11, w których niewątpliwie i 8, w których prawdopodobnie było rozszerzenie żołądka. Uboczny argument podaje KASSOWITZ na podstawie obfitego materiału szpitalnego, stwierdzając, że w lecie, kiedy zaburzenia żołądkowo-kiszkowe u dzieci zdarzają się najczęściej, tężyczka występuje najrzadziej.

Jeszcze mniejsze wpływy, w znaczeniu patogenetycznym, możemy przypisać takim czynnikom, jak: różne jady, wzruszenie psychiczne, okres poporodowy, ciąża, nadmierny wysiłek fizyczny. Każdy z tych czynników może być momentem ostatnim, usposabiającym, lecz nie przyczyną, momentem pierwszym. Odrębne te przyczyny poniekąd zawdzięczać należy różnym kazuistycznym przypadkom, w których znaleźć można każdy niemal narząd, podawany jako przyczyna tężyczki. Tężyczka i w tych razach występuje w zależności od warunków zwykłych, pory roku, miejscowości i t. p. I w tym więc razie geneza tężyczki nie jest bynajmniej odrębna. Jeżeli tężyczka zbiega się z powyżej wymienionymi czynnikami, to przyjąć możemy tylko jedno: czynnik ten [ciąża, poród i t. p.] umożliwia wybuch, ujawnienie się tężyczki, istniejącej w ustroju w postaci utajonej i zależnej od innej przyczyny.

Tak więc, rozpatrując krytycznie dotychczasowy materiał, należałoby wszystkie przypadki tężyczki rozbić na dwie grupy: 1) tężyczka natury zakaźnej i 2) tężyczka, zależna od zaburzeń w czynności gruczołu tarczowego.

Tutaj nasuwa się myśl, czy i tych dwóch grup nie dałoby się sprowadzić do jednego, jedynego czynnika. Gorącym obrońcą takiej jedności jest prof. I. HOFFMANN. Według niego, we wszystkich przypadkach sprawa polega na nieprawidłowej działalności gruczołu tarczowego. Tężyczka ma istnieć u wielu ludzi w postaci utajonej i mianowicie na tle zaburzeń gruczołu. Cierpienia żołądkowo-kiszkowe, pasożyty kiszkowe, ciąża i t. d. są tylko momentami wywołującymi (*auslösende*), wyprowadzającymi na jaw tężyczkę. Do wymienionych powyżej wspólnych rysów HOFFMANN dodaje, że struma i tężyczka zdarzają się w jednakich miejscowościach, że usposabia do obu tych cierpień przeważnie wiek młodzieńczy, wiek dojrzewania płciowego, że wreszcie i struma podobnie jak tężyczka występuje niekiedy endemicznie w koszarach, szkołach i t. p.

Epidemie więc tężyczki zależą według HOFFMANN'a od epidemicznego cierpienia gruczołu tarczowego. Przeciwno takiemu pogładowi występuje FRANKL-HOCHWART, zaznaczając, że znajdował tylko bardzo rzadko powiększenie gruczołu tarczowego, a nigdy zmniejszenie w bardzo licznych swych spostrzeżeniach tężyczki u robotników, powtóre zaś, że w Styryi, tak obfitującej w przypadki strumatu, tężyczka zdarza się rzadko.

Gdzie leży prawda, rozstrzygnąć trudno. Co się tyczy jednak zarzutu tak doświadczonego w dziedzinie tężyczki autora, jakim jest HOCHWART, nadmienić należy, że pierwszy jego zarzut przekonywającym nie jest. Powszechnie wiadomo jak zawodnem, mało pewnem jest badanie gruczołu tarczowego przez obmacywanie. Zresztą wyniki takiego badania są mniej lub więcej subiektywne; nadto zaś wielkość gruczołu już w warunkach normalnych waha

się w dość znacznych granicach ¹⁾. Uboczny dowód stanowią takie wyniki badań MENKE'go. W 150 przypadkach *myxoedematis* gruczoł był wyczuwalny tylko 33 razy = 22% [8 razy powiększony, 16 razy zmniejszony, 9 razy normalny] w 117 zaś nie o nim powiedzieć nie było można, jakkolwiek związek *myxoedematu* z gruczołem tarczowym powszechnie uważany jest za bardzo ścisły. Co zaś do Styryi mimowoli nasuwa się tu wątpliwość, czy rzadkiego występowania tam tężyczki nie należy złożyć na karb przeoczenia wielu przypadków.

W związku z patogenezą tężyczki musimy dotknąć tu sprawy, co do której panuje w literaturze wielki zamęt. Mamy tu na myśli skurcz głośni (*laryngospasmus*), często spotykany, zwłaszcza u dzieci. Zjawisko to jedni uważali wprost za objaw krzywicy, gdy inni autorzy w ostatnich czasach zaliczają do tężyczki. ESCHERICH, a przedewszystkiem Loos, uznają w każdym przypadku skurczu głośni tężyczkę utajoną, chociażby nie było żadnych innych objawów tężyczki, co Loos sformułował w energicznym i stanowczym zdaniu: „Niema skurczu głośni bez tężyczki“. Z naszych autorów holdują temu pogładowi J. KRAMSZTYK i M. KRAUSHAR na tej zasadzie, że we wszystkich przypadkach skurczu głośni stale znajdowali inne objawy tężyczki.

I w tym razie pytania o naturze skurczu głośni rozstrzygnąć niepodobna. Jednakże wydaje się niewątpliwem, iż utożsamianie skurczu głośni z tężyczką jest nie uzasadnione. Wprawdzie skurcz głośni bardzo często zbiega się z tężyczką jawną lub utajoną, wprawdzie ściśle badanie chorego, dotkniętego skurczem, wykazuje często objawy tężyczki, lecz bez zaprzeczenia istnieją przypadki skurczu głośni względnie liczne, w których nie udaje się wykryć najmniejszych objawów tężyczki. FISCHL ze swoich 171 przypadków skurczu głośni spotykał tężyczkę jawną w 14,7%, tężyczkę utajoną w 39,6%, przypadkach, a z 44 przypadkach względnie w 40,7% zupełnie nie było jakichkolwiek objawów tężyczki. Zupełnie zgodne spostrzeżenia poczynili inni autorzy [HAUSER, COMBY, KALISCHER i inni]. Fakty zaś takie dowodzą, że spostrzeżenia innych autorów, którzy przy skurczu głośni znajdowali tężyczkę, należy uważać, być może, za zbieg przypadkowy. Inaczej mówiąc, skurcz głośni może być objawem tężyczki, jeżeli istnieją inne objawy tego cierpienia. Lecz trudno rozpoznawać tężyczkę, jeżeli oprócz skurczu głośni niema innych objawów.

Jakkolwiek jednak dane z zakresu etyologii tężyczki są niedostateczne, są one pomimo to liczniejsze i pewniejsze, aniżeli wiadomości nasze o umiejscowieniu anatomicznym i istocie cierpienia.

Zdobyte anatomo-patologiczne są tak różnorodne i niestałe, że nie dają wystarczającego w tym względzie punktu oparcia. Większość jednak faktów anatomo-patologicznych oraz klinicznych przemawia za pochodzeniem z ośrodków nerwowych, zwłaszcza ze rdzenia. Wskazują na to dwustronne występowanie drgawek, wzmożenie odruchu stopowego (*Fussclonus*). Za centralnem pochodzeniem przemawiają takie fakty, jak *poliuria*, *glykosuria*, często spotykana padaczka, psychozy, zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki.

¹⁾ Według HOFFMANN-SCHWALBE'go od 30 — 60 grm.

Inne znów objawy, jak wzmożenie pobudliwości mechanicznej i elektrycznej, zaburzenia naczynio-ruchowe, obniżenie odruchów ścięgnistych i inne, wskazują na zaburzenia obwodowe, ale nie wyłączają pochodzenia ośrodkowego.

Co się tyczy istoty cierpienia, to, jak mówiliśmy wyżej, w wielkiej liczbie przypadków tężyczka jest chorobą zakaźną. Lecz natura zarazka jest dotychczas zupełnie nieznana.

Rzecz prosta, iż w badaniach bakteriologicznych próbowano znaleźć rozwiązanie zagadki. Lecz wszelkie dotychczasowe poszukiwania, badania wydzielin i krwi, szczepienie krwi chorych na tężyczkę, zwierzętom — pozostały bez skutku [JAKSCH].

Pewną próbę wytłomaczenia istoty tężyczki podał H. SCHLESINGER. Według tego autora, tężyczka jest cierpieniem całego układu nerwowego. Drgawki tężyczkowe przedstawiają jakby naturalny objaw TROUSSEAU. Objaw zaś ten jest nie wynikiem bezpośredniego podrażnienia, lecz zjawiskiem odruchowym, zależnym mianowicie od wzmożonej pobudliwości ośrodków układu nerwowego [rdzeń kręgowy, rdzeń przedłużony i mózg]. Widocznie wzmożona pobudliwość nerwów obwodowych jest widowym znakiem, wyrazem wzmożonej pobudliwości w ośrodkach nerwowych.

Teorya ta jednak niewiele rzuca światła na istotę sprawy.

W ciągu ostatnich 4 lat mieliśmy sposobność spostrzegania 5 przypadków tężyczki. Trzy z pośród nich, jako odbiegające od zwykłego przebiegu, pozwalamy sobie przytoczyć poniżej, pomijając dwa inne, które miały zwykły przebieg.

[D. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

II. PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMICZNY DO NAUKI O PÓŹNYM SYFILISIE SKÓRY.

Podał

Dr. Robert Bernhardt,

lekarz szpitala 6-go Łazarza w Warszawie.

— † — † —
[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 9].

Rozwój świeżo powstających gumatów skórnych, którego wszystkie fazy obserwować mogłem, był następujący. W głębszych warstwach skóry właściwej powstaje guzik okrągły, wielkości ziarenka fasoli, twardy, spistości włóknistej, niebolesny. Guzik ten nie unosi się ponad powierzchnię, a skóra nad nim jest niezmienną, barwy normalnej. W ciągu następnych 15—20 dni gumat rozrasta się przeważnie wszcz w kierunku poziomym, mniej zaś w kierunku

ku pionowym, i dlatego w tym okresie jest on niezmiernie podobny do soczewki, wciśniętej między warstwy skóry. Powierzchnia górna tej soczewki nieco się wznosi ponad otaczającą skórę, tworząc niewielkie wypuklenie, dolna zaś zda się sięgać aż do tkanki podskórnej. Gumat jest niezmiernie ostro odgraniczony, a pokrywająca go skóra nabiera barwy szkarłatno-czerwonej. Przy dalszym rozwoju gumat rozrasta się dosyć równomiernie we wszystkich kierunkach i dochodzi do bardzo znacznych rozmiarów. Rozrost odbywa się w taki sposób, że na obwodzie gumatu powstają w głębi skóry guziki, które się następnie zlewają z gumatem głównym, powodując jego szerzenie się obwodowe i koncentryczne. Wskutek tego przybiera on wygląd nacieczenia gumatycznego z wzniesionymi jak wał brzegami. Nasięki te nie tracą swego prawidłowego okrągłego kształtu; niekiedy tylko stają się nieco owalnymi. W tym czasie poczynają one przechodzić na tkankę podskórną, lecz nigdy nie sięgają części głębokich i nie zrastają się z niemi, a wskutek tego są przesuwalne wraz ze skórą. Grubość nasięków dochodzi do 2, a nawet 2,5 cm. Nadmienić jednak trzeba, że między wysokością nacieczenia i jego średnicą nie ma stosunku prostego. Nieraz nasięk jest bardzo rozległy, a jednak stosunkowo dosyć płaski. Zależy to widocznie od warunków anatomicznych *resp.* topograficznych, od większego, lub mniejszego napięcia skóry, a wreszcie od przeszkód czysto mechanicznych — ucisku i t. d. Tak więc na przedramieniu, na udzie i w jamie kolanowej wysokość nacieczeń jest nieraz bardzo znaczna; w okolicy zaś stawu kolanowego, szczególnie na jego przedniej powierzchni, następnie na podeszwi i na powierzchni tylnej stopy nasięki są zwykle dosyć płaskie. Szczególnie płaski jest infiltrat na pośladku, co widocznie przypisać należy przeważnie uciskowi [przy siedzeniu i leżeniu]. W tym okresie rozwoju barwa tych tworów waha się pomiędzy czerwoną i ciemno-czerwoną, a spoistość ich odpowiada spoistości chrząstki. Pokrywający naskórek jest zgrubiały w częściach obwodowych, w środkowych zaś — ścieńczały, łuszczący się, a niekiedy nieco nadżarty.

Własności te posiadają zupełnie już rozwinięte nasięki, które też niebawem zaczynają podlegać pewnym zmianom charakteru wstecznego. Odbywa się to tak, że na powierzchni, mniej więcej w części środkowej nacieczenia powstaje strup dosyć gruby, barwy szaro-brunatnej lub brunatno-czerwonej. Po pewnym czasie strup odpada, a wtedy widać niewielkie owrzodzenie kształtu lejkowatego, z brzegami nierównymi i dnem, pokrytem wątlą ziarniną. Dookoła tego owrzodzenia znajdują się na powierzchni nasięku bardzo drobne owrzodzenia w kształcie zagłębień wielkości łebka szpilki, które stopniowo się powiększają, a wreszcie zlewają się ze sobą i z owrzodzeniem głównym. Sprawa ta odbywa się jednak bardzo wolno.

Taki wygląd mają następujące nacieczenia, których spis podaje jedynie w tym celu, aby dać pojęcie o ich wielkości ¹⁾.

¹⁾ Wymiary robilem w drugiej połowie sierpnia.

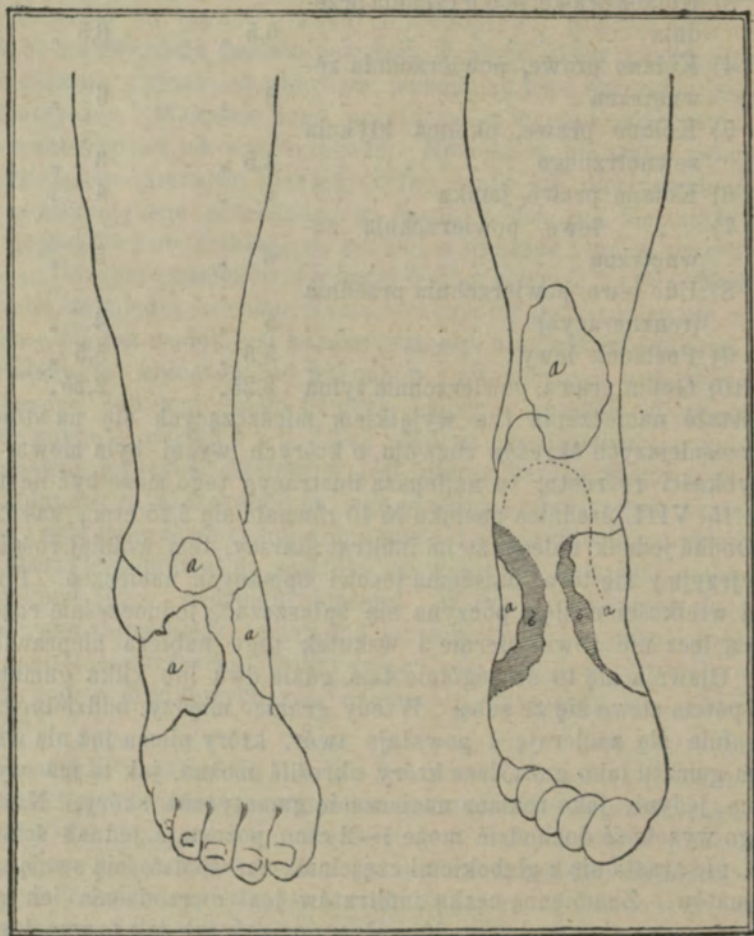
Umiejscowienie gumatów	Wymiary	
	Długość	Szerokość
1) Przedramię prawe, powierzchnia tylna [regeneracja]	7 ctm.	6 ctm.
2) Przedramię lewe, powierzchnia tylna [regeneracja]	4,5 "	4,5 "
3) Kolano prawe, powierzchnia przednia	6,5 "	6,5 "
4) Kolano prawe, powierzchnia zewnętrzna	8 "	6 "
5) Kolano prawe, okolica kłykcia zewnętrznego	4,5 "	3 "
6) Kolano prawe, jamka	4 "	4 "
7) " lewe, powierzchnia zewnętrzna	6 "	5 "
8) Udo lewe, powierzchnia przednia [regeneracja]	5 "	4 "
9) Pośladek lewy	5,5 "	5,5 "
10) Goleń prawa, powierzchnia tylna	2,25 "	2,25 "

Pozostałe nacieczenia [za wyjątkiem mieszczących się na stopie] dają obrazy wcześniejszych okresów rozwoju, o których wyżej była mowa. Co się tyczy szybkości rozrostu, to najlepszą ilustracją tego może być następujący przykład: 15. VIII. średnica nasięku № 10 równała się 2,25 ctm., zaś 2. IX — 4 ctm. Dodać jednak należy, że im infiltrat starszy, tem wolniej rośnie.

Przyjrzyjmy się teraz dalszemu losowi opisanych nacieczeń. Po dojściu do pewnej wielkości nasięk poczyna się spłaszczać, jednocześnie rozrastając się wszcz, lecz nie równomiernie i wskutek tego nabiera nieprawidłowego kształtu. Ujawnia się to szczególnie tam, gdzie dwa lub kilka gumatów styka się, a potem zlewa się ze sobą. Wtedy granice między oddzielnymi nasiękami zupełnie się zacieraają i powstaje twór, który niema już nic wspólnego z pojęciem gumatu jako guza, lecz który określić można, jak to już wyżej powiedziałem, jedynie jako rozlane nacieczenie gumatyczne skóry. Nacieczenie to, którego wysokość dochodzić może 1—2 ctm., pozostaje jednak ściśle ograniczonem, nie zrasta się z głębokimi częściami, zaś spoistością swoją nie różni się od gumatów. Znamienną cechą infiltratów jest owrzodzenie ich powierzchni. Rozpoczyna się ono już w dojrzałym gumacie tak jak to wyżej opisałem. Wraz z przejściem gumatów w nacieczenie czyni ono znaczne postępy, szerząc się po powierzchni aż do brzegów i jednocześnie sięgając daleko w głąb. Wskutek tego poziom owrzodzenia leży daleko niżej, niż poziom brzegów, które się też wznoszą nad niem w kształcie wysokich twardych wałów, pokrytych zgrubiałym naskórkiem. Sama zaś powierzchnia owrzodzenia jest nierówna i wygląda jak potoczona przez robaki.

Takie nacieczenia znajdują się na stopie prawej, a powstały one w sposób następujący. Po przeprowadzeniu leczenia ręciovego pozostały na podszwie prawej trzy gumaty: jeden na wewnątrz i dwa na zewnątrz od wyżej wzmiankowanej blizny. Dwa ostatnie gumaty przy dalszym swym rozroście zlały się

ze sobą, a następnie utworzyły nieprawidłowego kształtu nacieczenie, które w pierwszych dniach sierpnia r. z. doszło do bardzo znacznych rozmiarów. Zajmowało ono część środkową połowy zewnętrznej podeszwy i szerokim pasem przechodziło przez brzeg zewnętrzny na powierzchnię tylną stopy, mniej



Rys. 3.

Zarysy infiltratów gumatycznych (a) na podeszwie i grzbiecie stopy prawej.
b) Części infiltratów zabliźnione.

więcej do czwartej kości śródstopowej. [Rys. 3]. Wymiar najdłuższy tego nacieczenia równał się 9 ctm., najszerszy 10 ctm. ¹⁾, inne zaś własności zupełnie odpowiadały wyżej podanym. Gumat na wewnątrz od blizny dał początek drugiemu nacieczeniu, również rozległemu, które zajmowało część środkową

¹⁾ Wymiary robiono w początkach października z. r.

i niecałą tylną wewnętrzną połowę podeszwy, oraz części przylegające brzegu stopy. Długość tego nacieczenia dochodziła do 11,25 ctm., szerokość do 9 ctm. ¹⁾. Co się tyczy poszczególnych jego własności, to nie różniły się one wcale od już skreślonej charakterystyki ogólnej. Zwracam jednak uwagę na tę okoliczność, że w mowie będące nasieki są przesuwalne wraz ze skórą, gdyż nie zrastają się z głębokimi częściami. Są to więc *par excellence* nacieczenia gumatyczne skóry, tkanka zaś podskórna przyjmuje w tej sprawie stosunkowo niewielki udział.

Widzimy zatem, że prawie cała część środkowa podeszwy jest zajęta przez dwa olbrzymie nacieczenia, między którymi granicę stanowi ukośna blizna, o której już niejednokrotnie wspominałem. W krótkim jednak czasie powstało na stopie jeszcze jedno [trzecie] nacieczenie. 18 VII. [patrz wyżej] utworzyły się na grzbiecie stopy prawej dwa blisko siebie położone gumaty. Rosły one bardzo szybko, zlały się ze sobą i już w drugiej połowie sierpnia przeszły w nacieczenie, zupełnie podobne do pierwszych dwu, tylko daleko więcej płaskie, bo wysokości 0,25 ctm. Zdradzało ono szczególną skłonność do rozrostu w wymiarze poprzecznym, co widocznie przypisać należy tej okoliczności, że powiększenie to odbywało się kosztem świeżych gumatów, które [w ilości 6] wciąż powstawały u zewnętrznego brzegu nacieczenia i niebawem z niem się zlewały. W taki więc sposób nasiek, o którym mowa, szerzył się w kierunku ku owemu pasowi, który z podeszwy przechodził na powierzchnię grzbietową stopy przez jej brzeg zewnętrzny. Brzegi tych dwu nacieczeń zbliżały się coraz więcej, aż wreszcie w pierwszych dniach września zlały się ze sobą. W tym też czasie szerokość omawianego nacieczenia równała się 8 ctm., długość zaś 6 ctm.

Prawie jednocześnie z opisanem rozwijało się jeszcze czwarte nacieczenie, dla którego punktem wyjścia były owe dwa gumaty, które powstały 18. VII w okolicy prawego ścięgna ACHILLESA. Kształt tego nasieku jest nieprawidłowy podłużno-owalny, długość—8 ctm., szerokość 5 ctm., a wysokość około 0,5 ctm. ¹⁾.

Taki był stan chorego w pierwszych dniach września r. z. Stan ten o tyle tylko wymaga uzupełnień, że we wrześniu utworzyły się jeszcze trzy gumaty na powierzchni tylnej goleni prawej i jeden na powierzchni przedniej stawu gołenio-skokowego prawego. Co się tyczy leczenia, to zauważyć należy, że po niefortunnej próbie leczenia odwarem ZIRTMANN'a [w lipcu] porzeczano jedynie na leczeniu wzmacniającym ²⁾ i na antyseptycznym opatrunku gumatów. Rezultat przedewszystkiem uwydatnił się w tem, że poprawił się ogólny stan chorego, który bardzo ucierpiał—z jednej strony wskutek dosyć energicznego leczenia swoistego, z drugiej—wskutek niezbyt świetnych warunków higienicznych naszych sal szpitalnych, pozostawiających pod tym właśnie względem

¹⁾ W pierwszych dniach września z. r.

²⁾ W pierwszej połowie października zastosowano wstrzykiwania podskórno *Natrii arsenicosi* w celu podniesienia odżywiania.

wiele jeszcze do życzenia. Następnie zaszedł nieco pomyślniejszy zwrot w przebiegu samej choroby.

Po pierwsze, zmniejszyła się liczba świeżo powstających gumatów; powtórnie, rozrost ich ograniczył się w bardzo znacznym stopniu. Widać to już na gumatach starych, które obecnie [wrzesień] powiększają się bardzo, a bardzo wolno, albo też wprost zdają się pozostawać *in statu quo*, jak np. gumat w jamce kolanowej. Widać to jednak przedewszystkiem na gumatach świeżych [powierzchnia tylna goleni prawej], których rozrost jest tak powolny, że go wcale nie można porównać z tem energicznym bujaniem, jakie notowano w czerwcu. Wreszcie owrządzenie *respec.* rozpad gumatów odbywa się teraz daleko szybciej, okoliczność, która bądź co bądź jest wskazówką przyspieszenia sprawy regresyjnej. Najważniejszym jednak zmianom uległy w ciągu września infiltraty na stopie prawej. Zmiany te zasługują na bliższy opis, gdyż stanowią ciąg dalszy tego rozwoju nacieczeń, o którym wyżej była mowa, i w taki sposób uzupełniają całość obrazu klinicznego.

Jak powiedziano, nacieczenia na stopie były owrządzone nie na całej powierzchni, gdyż nietknięte pozostały ich brzegi, okalające owrządzenia, niby wysokie—do 1,5 ctm.—wały. Z biegiem jednak czasu owrządzenie zaczęło przechodzić na brzegi, stopniowo je niszcząc, aż wreszcie [w ciągu września] nastąpiła zupełna niwelacja. Jednocześnie nacieczenia spłaszczyły się o tyle, że wysokość ich obecnie nie przekracza 0,25 ctm. W taki sposób, ogólny wygląd infiltratów gumatycznych zmienił się bardzo znacznie. Mają one kształt rozległych płaskich wzniesień o powierzchni dosyć jednostajnej i lekkim spadkiem przechodzącej w tkankę otaczającą. Spoistość jednak jest niezmienną; również pozostał charakter ścisłego odgraniczenia i przesuwalność nacieczeń. Rozpad odbywa się teraz dosyć energicznie, zwłaszcza na obwodzie, u samego brzegu. Tutaj owrządzenie drąży wglęb i wreszcie dochodzi do tkanki zdrowej. Wówczas w miejscu tem tworzy się zdrowa ziarnina, która niebawem pokrywa się nasuwającym się z brzegów naskórkiem, a więc rozpoczyna się zabliznianie [Rys. 3]. Przypisać jednak trzeba, iż ma to miejsce tylko u jednego z brzegów; na przeciwległym zaś w dalszym ciągu szerzy się infiltrat obwodowo, co, razem wzięte, nadaje nacieczeniu charakter pełzającego (*serpiginosus*).

Opisane zmiany występują szczególnie wyraźnie w nacieczeniu, mieszczącym się na połowie zewnętrznej podeszwy prawej. Tutaj zabliznia się ta część nasięku, która znajduje się na podeszwie, szerzy się zaś część, przechodząca na grzbiet stopy. W pozostałych infiltratach omawiana sprawa jest wyrażona bardzo słabo.

Wreszcie we wrześniu wytworzył się świeży infiltrat na powierzchni przedniej przedramienia lewego. Powstał on wskutek zlania się owych trzech gumatów, o których wyżej była mowa [9. VII.]. Wygląd tego nasięku jest nieco odmienny. Tutaj dokładnie widać, że jest on konglomeratem gumatów, gdyż zarysy oddzielnych guzów zachowały się dosyć wyraźnie. Część środkową nasięku stanowią wzmiankowane trzy gumaty, lekko unoszące się ponad ogólny jego poziom; część zaś obwodowa złożona jest z kilku gumatów mniej-

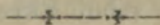
szych, blisko siebie leżących i wyraźnie odgraniczonych, na skutek czego brzeg nacieczenia posiada kształt festonowaty. Rozpad powierzchni jest dosyć znaczny i odbywa się jednocześnie w trzech punktach, odpowiadających największym i najstarszym gumatom. Barwa nasięku jest ciemna, czerwono-fioletowa; długość równa się 9 ctm., szerokość—6,5 ctm. [C. d. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Obecny stan nauki o odkażaniu rąk.

Skreślił

Dr. Br. Bartkiewicz.



Od czasów SEMMELWEISS'a¹⁾, który pierwszy w r. 1847 zastosował obmywanie rąk w o d ą c h l o r o w ą, pojęcie potrzeby odkażania rąk przy zabiegach chirurgicznych i położniczych zyskiwało coraz szersze rozpowszechnianie.

Nauka o o d k a ż a n i u r ą k, idąc równolegle z rozwojem chirurgii i bakterjologii, różne przechodziła koleje. W czasie największego rozkwitu antyseptyki uporczywie poszukiwano środka, któryby możliwie szybko z a b i j a ł drobnoustroje. Stąd też pochodzi, że uważano za dostateczne płukać ręce w kilkoprocentowym karbolu lub słabym sublimacie, aby je wyjałowić. Gdy późniejsze doświadczenia, dokonane zarówno *in vitro*, jak i bezpośrednio na skórze, wykazały, że tego rodzaju zabiegi są prawie zupełnie bezskuteczne, zwrócono się do mechanicznego oczyszczania rąk, oraz zaprojektowano mnóstwo tak zw. k o m b i n o w a n y c h m e t o d odkażania rąk. Jest ich dość dużo, bo każdy wybitniejszy chirurg i akuszer uważał za obowiązek oczyszczać ręce podług własnej metody.

Był to drugi zwrót w historii rozwoju techniki odkażania rąk.

Wreszcie w ostatnim dziesiątku lat ogłoszono mnóstwo doświadczeń, dowodzących, że żadna z używanych dotąd metod nie wystarcza i że zupełnej jałowości rąk osiągnąć niepodobna.

Prąd taki wywołał dążność do oddzielania skóry rąk chirurga od rany już to za pomocą rękawiczek rozmaitych systemów, już też za pomocą różnych laków wyjałowionych, któremi się ręce pociąga i t. d.

Poszukiwania, jakie cały szereg badaczy przeprowadził nad odkażaniem rąk, można podzielić na trzy działy.

Jedne doświadczenia miały odpowiedzieć na pytania: gdzie najłatwiej na skórze rąk zatrzymują się drobnoustroje i ich zarodki? Czy drobnoustroje zdolne są przenikać do światła przewodów gruczołów potowych i torebek włosowych? Czy mogą się one tam rozmnażać?

Inne doświadczenia miały na celu przeważnie określenie wpływu pojedynczych zabiegów na stopień wyjałowienia rąk, oraz działanie różnych środków dezynfekcyjnych na drobnoustroje i skórę rąk.

¹⁾ Dzieło S. „Die Aethiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers“ pojawiło się w 1861 r.

Nakoniec starano się wypróbować cały szereg złożonych metod odkażających, ażeby odpowiedzieć na pytanie, czy można ręce wyjałowić w zupełności oraz która z metod jest najlepsza.

We wszystkich trzech kategoriach doświadczeń, a szczególnie w pierwszej, słabą stroną jest technika doświadczenia. To właśnie jest powodem, dla czego dość trudno porównywać wartość oddzielnych doświadczeń i dla czego niektórym z nich można stawiać poważne zarzuty, jako niemiarodajnym.

Wogóle w doświadczeniach trzymano się przeważnie metod bakteryologicznych [wysiewanie na odżywkach]. W ten sposób BIZZOZERO, BORDONI-UFFREDUZZI, UNNA i inni zbadali drobnoustroje łuszczek nabłonka. Obecność drobnoustrojów w głębszych warstwach skóry starano się rozstrzygnąć, badając wyrwane włosy, lub wyciśniętą zawartość gruczołów łojowych. Sposób ten nie mógł dać pewnych wyników, ponieważ nie można tu było należyście wyłączyć drobnoustrojów powierzchni.

Również bardzo dużo można zarzucić doświadczeniom, polegającym na wycięciu i zasianiu kawałka uprzednio energicznie oczyszczonej skóry [LAUENSTEIN], lub na zeskrobywaniu różnych warstw skóry i wysiewaniu ich na odżywkach, jak to robili PETRUSCHKY, GOTTSTEIN, MIKULICZ i BUNGE.

HAEGLER twierdzi, że jedynie pewną drogą w tym kierunku jest bezpośrednio badanie seryi skrawków skóry pod drobnowidzem. Uprzednio H. wcierał w skórę tusz, oraz kładł na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu tampony, nasycone tuszem, ażeby się przekonać, jak głęboko drobne cząstki przenikają w skórę; toż samo powtórzył z hodowlami różnych drobnoustrojów.

W celu zbadania rozmieszczenia drobnoustrojów w różnych okolicach skóry rąk, stosowana jest wyłącznie metoda bakteryologiczna, polegająca na zatknięciu różnych okolic skóry rąk z wyjałowianami odżywkami.

Można np. zanurzać palce bezpośrednio do agaru, jak to robił RÜMMEL, MIKULICZ, POTEN.

Można też zbierać materiał z okolic paznokci, dłoni i grzbietu ręki za pomocą drewnianka, kostki lub nici jedwabnych wyjałowionych, które następnie wrzuca się do wyjałowionej wody, potrząsa się ostrożnie przez 5 minut i wysiewa wszystko na agarze.

Zarówno obie metody posiadają niedogodności i zalety. Przeważnie używa się metody z drewnikiem [FUERBRINGER SARVEY] i z jedwabnemi niciami [HAEGLER].

Wreszcie kwestyę, czy zalegające w torebkach włosowych drobnoustroje mogą się rozmnażać, HAEGLER stara się rozstrzygnąć w ten sposób: Przed amputacją na 24, 48, 72 godziny wcierało się w skórę hodowlę drobnoustrojów, jednocześnie na innym miejscu robiono toż samo przed samą operacją dla kontroli. Następnie skrawki były badane pod mikroskopem. Okazało się że po 48-ku godzinach w torebkach włosowych drobnoustroje były w znacznie mniejszej liczbie, niż w kontrolujących preparatach.

Jako wyniki zbiorowych badań bakteryologicznych można przedstawić następujące tezy:

1) Wszyscy badacze zgadzają się, że najwięcej drobnoustrojów zalega w przestrzeniach podpaznogiowych i w łożyskach paznokci. Zasługą AHLFELDA jest, że pierwszy zwrócił uwagę na indywidualne znaczenie budowy łożyska i paznokcia.

Palce z głęboko osadzonemi paznogiemi, wydatnym i popekanym walciem paznogiowym zawierają znacznie więcej drobnoustrojów i trudniej jest je oczyścić.

2) Podług doświadczeń HAEGLER'a wynika, że:

a) zarodki względnie rzadko znajdują się w torebkach włosowych i tylko w obwodowych ich częściach. W gruczołach potowych zwykle niema drobnoustrojów.

b) Z powierzchni skóry do naturalnych jej otworów zarodki mogą się tylko dostać przez wcieranie, zazwyczaj jednak nie rozmnażają się tam, a zostają wydalone przez tok wydzieliny.

c) W drobnych naderwaniach i rankach skóry bardzo obficie zbierają się drobnoustroje i mogą się tam rozmnażać, przyczem wymycie ich stamtąd jest nadzwyczaj trudne i prawie niemożliwe [doświadczenia z tuszem].

d) Zdaje się, że na powierzchni skóry drobnoustroje mogą się rozmnażać o ile znajdują materiał [krew, ropa, macerowany naskórek przy poceniu się].

Przechodzę z kolei do drugiej części t. j. do rozwiązania kwestyi, jaki wpływ mają na wyjałowienie rąk oddzielne zabiegi. Jest to pytanie nader ważne, niestety, trudne do rozwiązania. W ostatnich latach wykonano mnóstwo doświadczeń, wypróbowano olbrzymią ilość środków chemicznych, a wynikiem są przeważnie sprzeczne opinie. Bo wchodzi tu w grę bardzo wiele czynników, które są powodem, że dwa zupełnie jednakowe doświadczenia mogą dać różne wyniki.

Metodyka doświadczeń jest głównie bakteryologiczna. Przyjąwszy jednak nawet, że technika bakteryologiczna była bez zarzutu, wynik doświadczenia zależy od tego, czy eksperymentowano nad t. zw. „zwykłą ręką dzienną“, czy też nad sztucznie zakażoną przez wcieranie kultur drobnoustrojów chorobotwórczych, ropy, gnijącej krwi i t. d. Przyczyną fałszywych wywodów może być niejednakowa dokładność oczyszczenia następczego, indywidualne różnice w budowie paznokci i t. d.

Prócz metody bakteryologicznej HAEGLER zastosował metodę wcierania tuszu i cynobru w dłonie rąk, ażeby wypróbować znaczenie mechanicznego oczyszczania rąk, oraz przekonać się, gdzie zatrzymują się drobnoustroje, wychodząc z tej zasady, że mycie, które nie może wydalić ze skóry rąk cząsteczek tuszu, nie pozbawi skóry i zarodków. ¹⁾

HAEGLER uważa metodę doświadczalną z wcieraniem tuszu za b. pożyteczną, ponieważ jasno wykazuje:

- 1) jak nierównomiernie się zwykle myje ręce,
- 2) że tusz zostaje bardzo długo w przestrzeniach podpaznogciowych i w torebkach włosowych,
- 3) że jest często niemożliwem za pomocą mycia pozbawić tuszu drobne ranki w skórze.

Chcąc ocenić wpływ mechanicznego oczyszczenia na stopień jałowości skóry, należy zbadać, jaką rolę w takim odkażaniu gra woda, mydło i różne przybory ścierające [wiórki, szczotki, ręczniki].

Podług HAEGLER'a, po umyciu rąk w zimnej wodzie za pomocą zwykłego toaletowego mydła, liczba zarodków na powierzchni wzrasta. Liczba zarodków powiększa się jeszcze po umyciu wodą ciepłą. Jeżeli zastosowane zostało energiczne wycieranie szczotką lub ostrym ręcznikiem liczba zarodków się zmniejsza.

Powiększenie się liczby zarodków na powierzchni rąk po umyciu ciepłą wodą tłumaczy H. w ten sposób, że zarodki, ukryte w fałdach i łuszczkach nabłonka, zostają wymyte na powierzchnię.

Do takich samych wyników przyszedł BINAGHI ¹⁾.

¹⁾ Ueber die Desinfection und die desinfizierende Kraft der menschlichen Haut, Policlinico. 1897.

Stąd HAEGLER wyprowadza prawidło, że przy myciu rąk, tłuszcz na powierzchni skóry musi zostać rozpuszczony i zmyty, wierzchnie warstwy naskórka rozmiękczone i starte ostreimi ręcznikami lub szczotkami.

Jako dobry, odtłuszczający środek rekomenduje H. pastę z *Bolus alba* [1 kg. *Bolus* na 700 ctm. sz. wody], która odtłuszcza ręce szybciej, niż alkohol lub stearynowa pasta SCHLEICH'a.

Mydło odtłuszcza ręce dobrze, lecz nie tak dokładnie i szybko jak pasta.

Mydło szare, jako zawierające wolne alkalia, zasługuje na zalecenie. Należy je jednak stosować w sposób następujący: pewną ilość mydła wciera się w skórę rąk silnie, w ciągu 1—2 minut, następnie po trochu dodaje się wody i szoruje się rękę szczotką. Inaczej, jeżeli tylko szczotkę się macza w mydle, ślizga się ono po powierzchni skóry i wgląb nie przenika, przez co działanie jego jest mniejsze [ODERBRECHT, SCHLEICH].

Złego wpływu na skórze od tego mydła HAEGLER nie zauważył.

Mydło marmurowe SCHLEICH'a łączy w sobie własności odtłuszczające z rozmiękczeniem wierzchnich warstw nabłonka i szorowaniem.

Podług doświadczeń SARVEY'a ¹⁾ nawet po 30 minutowym myciu mydłem SCHLEICH'a ze skóry rąk zdołano zebrać bardzo wiele zarodków, co stoi w sprzeczności z doświadczeniami SCHLEICH'a. HAEGLER doszedł w kwestyi mydła SCHLEICH'a do takich samych wyników, co SARVEY.

Również nie otrzymano jałowości rąk po użyciu mydła SCHLEICH'a i w klinice prof. SPRENGL'a w Brunświku ²⁾.

Jako przyrządy, szorujące ręce, głównie używane są ręczniki, szczotki i wiórki.

Przeciw szczotkom występował SCHLEICH, uważając je za rozsądniaki zarazy.

Również RYDYGIER ³⁾ rekomenduje wycieranie rąk często zmienianymi wiórkami. HAEGLER w swych doświadczeniach przychodzi do wniosku, że szczotki rąk nie zakażają; a obecność dużej ilości zarodków w szczotkach po umyciu rąk jest właśnie dowodem ich użyteczności.

HAEGLER proponuje następujące przepisy używania szczotek.

1) Szczotki są za pomocą termokauteru poznaczone krzyżami i kreskami i pomieszczone w dwóch naczyniach. Jedne służą do pierwszego mechanicznego obmycia rąk, drugie do odkażania antyseptycznego [spirytus, sublimat].

2) Codziennie rano szczotki się gotuje i przechowywa w płynach antyseptycznych.

3) Szczotki, używane do t. zw. mechanicznego oczyszczania rąk, po użyciu gotuje na nowo.

4) Jeżeli przy operacji nie miało się do czynienia z ropą, to następne mycie nie potrzebuje być tak dokładne, a szczotkę można napowrót wrzucić do płynu antyseptycznego.

5) Płyny, w których szczotki leżą, muszą być często zmieniane.

Co do wiórków, mydła piaskowego, mydła pumekowego i białego piasku, HAEGLER jest zdania, że nigdy szczotki nie zastąpią. Użycie ich jednocześnie ze szczotką uważa za bardzo pożyteczne.

Okolica paznogcia zasługuje przy opisie odkażania rąk na specjalne uwzględnienie, jako najtrudniejsza do oczyszczenia.

¹⁾ Centrbl. f. Chirurg. 1900. № 28.

²⁾ Bakteriologisches zur Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe. H. DETTMER Arch. f. klin. chir. Langenbeck. Bd. LXII. 1900 r.

³⁾ Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. Medycyna. 1898. Nr. 53.

Większość badaczy miała przy swych doświadczeniach głównie tę okolicę na względzie, HAEGLER przeciwnie robił doświadczenia przeważnie nad skórą dłoni, wychodząc z zasady, że dopóki nie umiemy tej powierzchni dokładnie oczyszczać, nie ma co i marzyć o wyjąłowieniu paznogci.

AHLFELD radzi paznogcie obcinać jak można najkrócej, tak aby nie było wolnego brzegu.

HAEGLER jest temu przeciwny dlatego, że przy najkrócej obciętych paznogciach zawsze drobna przestrzeń pozostanie, a przy mechanicznem oczyszczeniu rozszerza ją się coraz bardziej. Przytem zarodki, które pozostają często w tej okolicy, znacznie łatwiej odczepiają się od palców, niż gdy je pokrywa trochę paznogcie.

1) Należy się starać by okolica paznogcia nie była szorstka i popękana.

2) HAEGLER i większość badaczy radzi, aby oczyszczanie paznogci miało miejsce po umyciu rąk ciepłą wodą, i mydłem t. j. po rozmięczeniu i odłuszczeniu nabłonka.

3) Do wyskrobywania brudu z za paznogci nie należy używać ostrych narzędzi, ażeby nie podrapać i nie zrobić szorstką skóry w tej okolicy i aby nie pogłębić przestrzeni podpaznogciowej przez wytworzenie jamek, zbiorników dla drobnoustrojów [HAEGLER]. HAEGLER rekomenduje przecierać przestrzenie dopaznogciowe dosyć grubym sznurkiem.

4) Brudu z narzędzia, którem się czyściło paznogcie, nie należy ścierać palcami.

Z pomiędzy środków, posiadających własności odkażające, najszerszem rozpowszechnieniem cieszą się: alkohol, *spiritus saponatus* i sublimat w roztworach. Ich też rolę przy odkażaniu rąk należy wyjaśnić w pierwszej linii.

Alkohol był wprowadzony do techniki odkażania rąk przez FUERBRINGER'a, wypróbowany drogą doświadczalną przez LANDSBERG'a, KOCH'a, REINICKE'go AHLFELD'a, SCHILL'a i FISZER'a, EPSTEIN'a, MINERVI'ego, HAEGLER'a.

Doświadczenia były przeprowadzane nad działaniem alkoholu różnej siły na hodowle grzyźlicy [SCHILL i FISCHER] na *bacillus pyocyaneus*, *staphylococcus* i *prodigiosus* [EPSTEIN, HAEGLER, MINERVI].

Jedni, jak np. KOCH, odmawiają własności odkażających alkoholowi w zupełności, opierając się na tem, że zarodki różnych drobnoustrojów nawet po długim pobycie w alkoholu różnej siły, nie traciły żywotności.

Podług KOCH'a, FUERBRINGER'a i REINICKE'go, alkohol ułatwia dostęp innym płynom odkażającym, rozpuszczając tłuszcze i mechanicznie splukując zarodki.

Przeciwnie zaś, doświadczenia późniejsze EPSTEIN'a, MINERVI'ego, AHLFELD'a wykazują że spirytus posiada pewne własności bakteryobójcze, choć nie w takim stopniu, jak sublimat. Najwięcej skutecznem jest jego działanie w roztworze 50% [EPSTEIN], 70% [MINERVI], 65% [HAEGLER].

Ostatecznie HAEGLER przychodzi do wniosku, że, aczkolwiek spirytus jest zdolny zabić vegetatywne formy drobnoustrojów, lub powstrzymać je w rozwoju, jako ścinający białko środek, to jednak na skórze naszych rąk nie może zabić z pewnością zarodków w ciągu tak krótkiego czasu, jaki w praktyce bywa stosowany.

Sprzeczne wyniki co do roli alkoholu starał się HAEGLER wyjaśnić całą serją doświadczeń nad działaniem alkoholu na skórę rąk.

Podług tych doświadczeń:

1) Alkohol przez swe ściągające działanie pogłębia fałdy drobne skóry i sprawia to, że zarodki wydalić z nich jest trudniej.

2) Przemycanie wodą w ciągu 5 minut nie wystarcza, ażeby z substancji białkowatych wydalili alkohol.

3) Łatwiej niż woda wymywają alkohol z substancji białkowatych płyny zwierzęce (*serum, transsudatum*) przeto podczas operacji ręce, odkażone alkoholem, prędko tracą swą jałowość.

E. SENER ¹⁾ uważa alkohol za słaby *desinficiens*, najsilniej działający w roztworze 40—50%. Ostrzega przed używaniem bezpośrednio po alkoholu kwasu karbolowego, którego własności przeciwnie zmniejszają się przez reakcję chemiczną z alkoholem. Dobre wyniki z odkażania rąk alkoholem SENER objaśnia tem, że w porach skóry alkohol zamienia się w silnie działający *acetaldehyd*.

BRAATZ ²⁾ tłumaczy dodatnie działanie alkoholu przy dezynfekcji rąk jego własnością wydalania powietrza z porów skóry, przez co dostęp do zalegających tam drobnoustrojów jest znacznie łatwiejszy.

Co do *spiritus saponatus* opinie badaczy są podzielone. Przetwór ten miał jakoby połączyć mycie mydłem i alkoholem w jeden akt, co zaoszczędziłoby przy odkażaniu rąk dużo czasu. Jedni, jak np. MIKULICZ i SIEBENMANN zalecali go gorąco. Inni, przeciwnie, doszli do względnie niepomyślnych wyników. LANDSBERG ³⁾ mniema, że w roztworze tym mydło traci swe własności, REINICKE ⁴⁾ zaś — że spirytus.

HANEL [Beitr. zur klin. Chir. XXVI. z. 2.] przeprowadził doświadczenia teoretyczne i praktyczne nad własnościami *spiritus saponatus officinalis*. Według niego preparat ten jest dobrym bardzo odkażającym środkiem, nadaje się do odkażania rąk znakomicie [70,2% jałowości].

Do gorących zwolenników *spiritus saponatus* należy i VOLLBRECHT [Hände und Hautdesinf. mittels Seifenspiritus — Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1900 z. 1.]

HAEGLER do doświadczeń swych używał *spiritus sapon. offic.* (*Pharm. Helvet.*). Preparat ten zawiera 10% mydła i 50% alkoholu. Doświadczenia wykonano zarówno *in vitro*, jak i na skórze rąk uprzednio obmytych, również i niemitych.

HAEGLER jest zdania, że *spiritus saponatus* działa mniej więcej tak, jak 50% *spiritus*, mydło zaś w alkoholycznym roztworze działa znacznie gorzej, ponieważ nie wydziela swobodnego ługu. Również przy myciu skóry rąk zauważył H., że widzialne zanieczyszczenia i nabłonek zmywają się gorzej za pomocą *spir. sap.*

Wobec tego H. proponuje, aby ręce myć zawsze oddzielnie mydłem i spirytusem.

SARVEY nie spostrzegł zupełnej jałowości rąk po wymyciu za pomocą *spiritus saponatus*.

Prócz oficynalnego przetworu *spiritus saponatus*, niedawno VOLLBRECHT ⁵⁾ zalecił do odkażania rąk połączenie spirytusu z mydłem w postaci stałego ciała: 97% alkohol zastyga bardzo dobrze za dodatkiem 5 — 6% mydła kokosowego.

¹⁾ Experimentelle u. klinische Untersuchungen zur Erzielung der Hautsterilität.

²⁾ Ueber eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Alkohols bei seiner Verwendung zur Händereinigung. Münch. med. Wochenschr. XLVII. 29. 1900.

³⁾ Zur Desinfection der Haut mit besonderer Berücksichtigung der Hände. Inaug. Diss. Breslau 1888. i Deutsche med. Wochenschr. 1889. Nr. 2.

⁴⁾ Bakteriologische Untersuchungen ueber die Desinfection der Hände. Centralbl. f. Gynäk. 1894 Nr. 2.

⁵⁾ Seifeaspiritus in fester Form. zur Haut- und Händedesinfection, Centralbl. f. Chir. Nr. 28, 1900 r.

Przetwór otrzymany należy wcierać bez wody, jedynie za pomocą wyjąłowanej szczołki w skórę w ciągu 4 minut. Nieznaczna bardzo ilość śmydła, która pozostaje na skórze, nie robi rąk ślizkami. VOLLBRECHT zapewnia, że w ten sposób otrzymał równie dobre wyniki (?), jak przy stosowaniu metody FUERBRINGER'a. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

28. Boetticher. O przymocowaniu wątroby (*hepatopexia*).

Do ostatnich niemal czasów otwieranie ropni, pęcherzów bąblowca lub pęcherzyka żółciowego stanowiło cały zakres „chirurgii wątroby“; dopiero udoskonalenie techniki i zastosowanie aseptyki pozwoliło zakres ten znakomicie rozszerzyć. Uszkodzenia urazowe narządu i jego przydatków, nowotwory, nakoniec patologiczne zmiany położenia, kształtu i miejsca wątroby podlegają dziś zabiegom operacyjnym z dodatnimi wynikami. Autor pracę swoją poświęcił wszechstronnemu rozbirowi zupełnego i częściowego opuszczenia wątroby, oraz leczenia powyższych stanów narządu za pomocą przymocowania wątroby do łuku żeber lub powłok brzusznych.

I. Całkowite opuszczenie wątroby, t. z. wątroba wędrująca (*hepar mobile v. migrans*) jest najwyższym stopniem przemieszczenia narządu, który uwalnia się ze ścisłego związku z przeponą i opuszcza się do głębszych części jamy brzusznej. Według słów TERRIER'a i AUVRAY'a, powstaje wtedy „zupełne zwicnięcie i nienormalna ruchomość wątroby“; dopiero, powstające w dalszym przebiegu cierpienia, zrosty z sąsiednimi narządami ograniczają mniej lub więcej tę nadmierną ruchomość i nie dozwalają odprowadzić narządu na dawne, właściwe mu miejsce. Cierpienie napotyka się częściej u kobiet: na 23 operacje przymocowania wątroby—21 dokonano na kobietach.

a) Anatomia patologiczna opiera się na danych, otrzymanych na stole sekcyjnym i—w ostatnich czasach—podczas zabiegów operacyjnych. Jako punkt wyjścia przy powstawaniu wędrującej wątroby, przyjmowano wrodzone braki więzów: LONGUER w jednym przypadku znalazł tylko szczałki więzu podtrzymującego (*lig. suspensorium*); to samo spostrzegł KIRRMISSEON co do więzu wieńcowego (*lig. coronarium*). Inni autorowie szukali przyczyny w opisanej po raz pierwszy przez MEISSNER'a — *mesohepar*, kiedy zamiast krótkiego, mocnego więzu podtrzymującego znajduje się długi wiotki więz, podobny do krezki; LANGENBUCH widzi przyczynę w rozciągnięciu więzu wieńcowego i w rozpulchnieniu tkanki łącznej, mieszającej się pomiędzy listkami wspomnianego więzu. Natomiast WINKLER ostrzega, ażeby nie przypisywać zbyt wielkiego znaczenia więzom, gdyż one ograniczają tylko nadmierne boczne ruchy wątroby, największym zaś czynnikiem podtrzymującym jest tu dolna żyła główna (*v. cava inf.*). Wogóle nie ma ustalonego poglądu. Wędrująca wątroba najczęściej zajmuje prawą połowę jamy brzusznej, wyjątkowo zaś lewą. LANGENBUCH odróżnia dwie zasadnicze postaci wędrującej wątroby: a) cała wątroba opuszcza się ku dołowi i równocześnie wypukłą swoją powierzchnią pochyła się nieco ku przodowi i b) wysuwa się ku przodowi głównie prawym płatem i prawą powierzchnią wewnętrzną; dolny brzeg wątroby dochodzi wtedy do grzebienia kości biodrowej, albo nawet zachodzi za spojenie łonowe. FAURE wspomina jeszcze o c) rzadszem położeniu wątroby, kiedy dolna jej powierzchnia zwraca się do powłok brzusznych. Przy wszystkich pomienionych postaciach kiszki wypełniają zagłębienie podprzeponowe. Tworzące się w dal-

szym przebiegu zrosty zmniejszają ruchomość wątroby i utrudniają nieraz dokładne rozpoznanie. Jednym słowem anatomia patologiczna rzuca bardzo mało światła na:

b) Przyczyny całkowitego opuszczenia wątroby. Prawie każdy autor, opisujący pojedynczy przypadek, starał się wypełnić istniejącą lukę, ale bezskutecznie. Wogóle należy odróżniać pierwotne i wtórne zmiany położenia wątroby. Do pierwszych zaliczają się powstałe z powodu ściśle określonych zmian w więzach utrzymujących braki, zwiotczenie, wydłużenie; zmiany, spostrzegane w dolnej żyły głównej mogą być przyczyną i następstwem opuszczenia wątroby. Cześciej całkowite opuszczenie wątroby jest sprawą wtórną, nabytą; autor mniema, że istnieją wrodzone usposobienia, przy których, niewinny w innym przypadku czynnik, może wywołać powstanie wędrującej wątroby, podobnie jak to ma miejsce przy powstawaniu przepuklin i nerki wędrującej. Do takich mechanicznych czynników należą: nagłe urazy brzucha, upadnięcie, podnoszenie ciężarów, nieodpowiedni ruch przy ćwiczeniach gimnastycznych, silne ruchy wydechowe, połączone z nagłym skurczem przepony [kaszel, wymioty, śmiech spazmatyczny]. W podobny sposób działają i inne, mniej gwałtowne czynniki: długie stanie, ciasne gorsety u kobiet, mocne związywanie ubrania w pasie, nagłe, zmniejszenie ciśnienia w jamie brzusznej [wyluszczenie wielkich guzów, opróżnienie przesięków, poronienia, porody]. Na wpływ ciąży i porodu wskazuje ta okoliczność, że pomiędzy 21 operowanymi tylko 4 nie rodziły. Przy ogólnym opuszczeniu trzewiów (*enteroptosis*) wątroba bez istnienia innej przyczyny ma dążenie do zajęcia głębszego położenia w jamie brzusznej; FAURE nazywa opuszczenie wątroby najwyższym stopniem ogólnego opuszczenia trzewiów.

c) Objawy cierpienia zależą od tego, czy zmiana położenia wątroby nastąpiła nagle, czy też rozwijała się powoli. W pierwszym przypadku zjawia się nagle silny ból, połączony z zaburzeniami w czynności serca, oddechu i ogólnym rozstrojem nerwowym. Powyższe objawy szybko ustępują, po odpowiednim ułożeniu chorego, i odprowadzeniu na właściwe miejsce wątroby. Przy powolnym rozwijaniu się cierpienia chorzy często nic nie wiedzą o opuszczeniu wątroby; w innych przypadkach uskarżają się na rozmaite nieokreślone dolegliwości: bóle, uczucie ciężenia w prawym podżebrzu, zwiększające się przy ruchach, zaburzenia żołądkowe, wymioty żółciowe. Czasem zjawia się żółtaczka, przesięki do jamy brzusznej, obrzęki, białkomoc, śluzowokrwawe odchody maciczne, a nawet krwawe wymioty. Ogólne osłabienie i niezdolność do wykonywanej poprzednio pracy dopełniają obrazu cierpienia.

d) Rozpoznanie w większości przypadków jest bardzo trudne. THIERFELDER i WOLFF dla ściśłości rozpoznania wymagają obecności następujących trzech danych: 1) obecności w środkowej i dolnej części prawej połowy jamy brzusznej guza, odpowiadającego spoistością, wielkością i kształtem wątrobie; 2) przestrzeni bębniastej tonu opukowego pomiędzy tym guzem a dolnym brzegiem prawego płuca i 3) możności odprowadzenia guza na miejsce, właściwe wątrobie. Badanie fizykalne musi być bardzo staranne: wszystkie okoliczności, sprzyjające powstawaniu wędrującej wątroby, powinny być drobiazgowo rozpatrzone. Badać należy chorego w leżącej, siedzącej i stojącej pozycji, ażeby uniknąć „samoodprowadzenia“ wątroby. Ważnym objawem jest nadzwyczajna ruchomość guza. Obecność zrostów, przesięków i bardzo głębokie położenie wątroby utrudniają w wysokim stopniu należyte rozpoznanie.

e) Rozpoznanie różniczkowe powinno uwzględnić nowotwory wątroby, nerkę wędrującą, śledzionę wędrującą, guzy sieci, krezki, kiszek, macicy, jajników. Wobec tego rozpoznanie wątroby wędrującej można w znakomitej większości przypadków uważać zaledwie za prawdopodobne. FAURE nawet

utrzymuje, że tylko dokonanie laparotomii pozwala stwierdzić przemieszczenie wątroby.

f) Leczenie. LANGENBUCH uważa, iż cierpienie może być usunięte tylko za pomocą zabiegu operacyjnego, radzi jednak przedewszystkiem spróbować zastosowania odpowiedniego podtrzymującego pasa brzuszno, przy współczesnym użyciu ogólnych środków wzmacniających. Jednak w większości przypadków podobne postępowanie nie prowadzi do pożądanego celu. Pierwszą doszczętną operację przymocowania ruchomej wątroby (*hepatopexia totalis*) wykonał MICHL w 1887 r.; pierwszy dobry wynik po powyższym zabiegu otrzymał LANGENBUCH w 1890 r. Wogóle całkowite przymocowanie wątroby [krótkie poszczególnie opisy przytacza autor] było dotąd dokonane u 23 chorych. Technika operacyjna, jako wspólna i dla częściowego opuszczenia wątroby, będzie uwzględniona po opisie obrazu klinicznego tego ostatniego cierpienia. Przed przystąpieniem do tej kwestyi należy wspomnieć o pewnej zmianie położenia, która, lubo nie może być zaliczona do opuszczenia wątroby, posiada jednak z nim wiele cech wspólnych. Jest to tak nazwane przez LANDAU'a

II. Przdopochylenie (*anteversio*) wątroby, kiedy ta ostatnia, pozostając na właściwym miejscu, zwraca się po osi po przecznej mniejszą, lub większą częścią swojej wypukłej powierzchni do przedniej ściany brzucha. Według FRERICHS'a takie położenie wątroby spotyka się często u kobie z powodu silnego związywania odzieży w pasie i wywierania przez to pośredniego ucisku na przedni brzeg wątroby; GRIFFITHS widzi przyczynę w zwiotczeniu powłok brzusznych. Autor mniema, że po wypróbowaniu wszelkich środków terapeutycznych i ortopedycznych, należy w razie nieustępowania dolegliwości, przystąpić do operacyi przymocowania dolnego brzegu wątroby. POPPERT w trzech przypadkach próbnej laparotomii, nie znalazłszy w jamie brzusznej żadnych zmian patologicznych, tylko przdopochylenie wątroby, przyszył jej dolny brzeg do łuku żebrowego i otrzymał wyniki dodatnie: dolegliwości, dokuczające chorem, ustąpiły.

III. Częściowe opuszczenie wątroby spotyka się częściej, niż całkowite dotyka ono częściej kobiety, niż mężczyzn. Anatomia patologiczna jest tu o wiele pełniejsza, niż dla wędrującej wątroby. Sprawa patologiczna polega na zmianie kształtu wątroby, główna zaś masa narządu pozostaje na właściwym miejscu. Część wolnego brzegu wątroby początkowo wydłuża się ku dołowi i powoli przekształca się w twór mniej lub więcej ograniczony, płatowy. Kiedy główna masa wątroby, dzięki więzom, pozostaje nieruchoma, przerosły płat jest ruchomym i przesuwalnym w rozmaitych kierunkach. Punkt wyjścia takiego przerostu znajduje się częściej w prawym płacie wątroby, niż w lewym. W początkach swego istnienia przerosły płat jest płaski, wazki, językowaty (*languette hepatique mobile*), dosięgający nieraz do grzebienia kości biodrowej, a nawet do dołu biodrowego; posiada on swoistą budowę wątroby. Z biegiem czasu na przedniej powierzchni takiego przerosłego płata zjawia się ukośna bródka, zagłębiająca się powoli i przetwarzająca się w końcu w łączno-tkankowy mostek, łączący odsznurowany płat (*Schnürlappen, lobe flottant*) z główną masą wątroby. Powoli odsznurowany twór zaczyna się przetwarzać: światło naczyń zanika, występuje rozrost tkanki łącznej, płat grubieje, staje się twardym, okrągłym, więcej podobnym do guza nowotworowego. Takie odsznurowane płaty prawego zraza wątroby wydłużają i spłaszczają pęcherzyk i przewód żółciowy przemieszczają na dół i na lewo zgięcie wątrobowe kiszki grubej, oraz tworzą zrosty z sąsiednimi narządami.

Przyczynę cierpienia stanowi pociąganie brzegu wątroby ku dołowi, oraz ucisk z przodu i z góry. W pierwszym kierunku działają cierpienia pęcherzyka

żółciowego, połączone z powiększeniem jego objętości i ciężaru, jak również stany zapalne, powstające na dolnej powierzchni lub brzegu wątroby [np. ropnercze]. Drugi szereg ujemnych czynników mechanicznych stanowią ciasne gorsety, które, spłaszczając wątrobę z boków, zmuszają ją do wydłużania się, łuk zaś żebrowy żłobi powoli ukośną bródę. Wczesne wstanie po połoгу, rzadziej uraz, zamykają etiologię tej sprawy chorobowej.

Objawy mają rozmaity stopień natężenia. Czasem chorzy nie wiedzą nic o istniejącym u nich już odsznurowanym płacie, a to z powodu powolnego rozwoju cierpienia. Lekarze zazwyczaj rozpoznają w tych przypadkach nerkę wędrującą. W większości przypadków występują z początku objawy ogólnego niedomagania: zmęczenie, bicie serca, nieokreślone bóle, duszność, ociężałość, drżenie kończyn, bóle głowy, czasem podniesienie ciepłoty, brak apetytu, odbijania, wymioty, zaparcie stolca, zaburzenia ze strony pęcherza i t. p. Z miejscowych objawów należy wspomnieć o bólach promieniujących z prawego podżebrza, zależnych od rozciągania więzów wątroby, pęknięcia drobnych gałązek nerwowych i ucisku na narządy sąsiednie. VENE, jako objaw znamieny przytacza obecność kaszlu wątrobowego (*tussis hepatica*); objaw ten, znany Hipokratesowi, przytaczany był przez dawnych autorów jako oznaka ropnia wątroby; VENE objaśnia obecność takiego kaszlu uniesieniem przepony; w każdym razie, przy rozpoznawaniu kaszlu historycznego należy wykluczyć opuszczenie częściowe wątroby.

Rozpoznanie nie opiera się na przytoczonym zbiorze objawów, oraz danych badania fizykalnego, które u osobników szczupłych jest o wiele łatwiejsze, niż u otyłych. Stwierdzamy obecność płaskiego, elastycznego, gładkiego, nie hełboczącego guza, towarzyszącego ruchom oddechowym przepony; czasem można na powierzchni guza wyczuć ukośną bródę. Zupełnie odsznurowany płat z powodu swojego kształtu i nadzwyczajnej ruchomości prowadzi najczęściej do błędów rozpoznawczych, które bywają rozstrzygnięte dopiero podczas zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie różniczkowe powinno wykluczyć nerkę wędrującą, nowotwory złośliwe nerki, guzy wątroby [bąblowiec, gumat, gruczolak], nowotwory krezki i sieci, oraz nowotwory, resp. kamienie pęcherzyka żółciowego.

Leczenie częściowego opuszczenia wątroby musi być wyłącznie operacyjne: wszelkie pasy brzuszne nie prowadzą do pożądanego celu, gdyż niezbędnym jest bardzo silny ucisk, który okazały się z wielu względów szkodliwym. Natomiast mamy do wyboru trzy sposoby operacyjne: 1. Otworzenie pęcherzyka żółciowego (*cholecystotomia*) — w przypadkach, zależnych od cierpienia tego ostatniego: RIEDEL w 6 ciu przypadkach otrzymał dodatnie wyniki. Opróżnienie pęcherzyka i przywrócenie drożności przewodowi żółciowemu prowadzi do szybkiego kurczenia się języczkowego wydłużenia wątroby. 2. Rezekcja odsznurowanego płata, wykonana dotąd trzykrotnie z dobrym wynikiem [LANGENBUCH, BASTIONELLI, MARTIN]. Jednak obawa następczego krwawienia z szerokich naczyń, znajdujących się w przewężeniu odsznurowanego płata, wstrzymuje od szerszego stosowania tego sposobu. Oddzielanie żegadłem lub wszywanie kikuta w ranę powłok brzusznych jest również niezbyt pożyteczne z obawy zakażenia. 3. Wyniki częściowego przymocowania wątroby przy jej częściowym opuszczeniu są tak zachęcające, że bezwarunkowo skłaniają do zarzucenia dwóch pierwszych sposobów. Autor przytacza 17 odnośnych, dotąd ogłoszonych spostrzeżeń. Przystępując do zabiegu przymocowania całkowicie lub częściowo opuszczonej wątroby, trzeba mieć na względzie znaczny ciężar unieruchomionego narządu, kruchość jego powłoki surowiczej i samej tkanki, oraz bogate unaczynienie. Trudności techniczne przy przymocowywaniu wędrującej wątroby są o wiele większe, niż przy częściowym jej opuszczeniu. Francuzcy autorowie odróżniają całkowite i częściowe przymocowanie wątroby (*hepatopexia totalis et partialis*), autor zaś mniema, że ponieważ sposoby umoco-

wania w obydwóch przypadkach w zasadniczych swoich zarysach są jednakowe, właściwiej jest przyjąć przymocowanie zwykle (*h. simplex*) i uwzględnić jego odmiany, podane przez DEPAGÉ'a, PÉAN'a i LEGUEN'a.

Przytoczywszy szczegółowo sposoby operowania przez rozmaitych chirurgów, autor nakreśla następujący ogólny plan zwykłego przymocowania wątroby (*h. simplex*). Cięcie na 2—3 ctm. poniżej i równoległe do prawego łuku żeber, długości 15 ctm.; jeżeli zaś rozpoznanie opuszczenia wątroby będzie ustalone dopiero podczas próbnej laparotomii, to do cięcia w smudze białej należy dodać drugie ukośne, 10 ctm. długie, równoległe do prawego łuku żeber. Odprowadzenie opuszczonego narządu jak można najwyżej, po uprzednim uwolnieniu go od mogących istnieć zrostów. Nałożenie 3—8 szwów z cienkiego podwójnego jedwabiu za pomocą możliwie cienkiej okrągłej igły. Szwy nakładają się w odległości dwóch poprzecznych palców na wysokości brzegu żeber, zagłębiają się na 1—1½ ctm. w mięszsz wątroby, następnie zaś przechodzą przez otrzewną ścienną i miękkie części powłok brzusznych, jak można najgłębiej; okolicę pęcherzyka żółciowego należy zostawić wolną od szwów. Dopiero po przeprowadzeniu wszystkich potrzebnych szwów, następuje ich wiązanie, gdy pomocnik utrzymuje wątrobę w wysokiem położeniu. Pomiedzy oddzielne szwy wprowadza się paski [4--5] mocnej gazy jodoformowej, wypełniając nimi przestrzeń pomiędzy wypukłą powierzchnią wątroby a powłokami brzuszniemi, resp. przeponą. Założona w ten sposób gaza, drażniąc stykające się z nią powierzchnie, powoduje powstanie w następstwie mocnych zrostów pomiędzy wątrobą i powłokami brzuszniemi; resp. przeponą. Rana powłok brzusznych zamyka się szwem piętrowym, z pozostawieniem otworu do usunięcia założonych pasków gazy. Po 8-miu dniach paski gazy bywają nieco rozluźniane, po 14—16 dniach wszystkie usunięte; przy objawach zatrucia jodoformem należy je wcześniej usunąć. Chorzy po dokonanyim zabiegu powinni najmniej przez 4 tygodnie pozostawać w łóżku, leżąc na wznak; następnie przez szereg lat nosić powinni dobrze dopasowany pas brzuszny.

Na tle tego ogólnego planu operacyjnego można i należy zmieniać oddzielne momenty zabiegu, zależnie od wymagań miejscowych, spotykanych w poszczególnych przypadkach.

Dotychczasowe wyniki opisanego zabiegu operacyjnego przedstawiają się w następujący sposób: na 23 przypadki wędrującej wątroby 2 zakończyły się śmiercią, 3 pozostały bez poprawy, 18 zostało wyleczonych. W 3-ch przypadkach przodopochylenia wątroby otrzymano 1 wyleczenie, 1 poprawę i 1 wynik wątpliwy [chora nie zjawiła się więcej]. Dwa przypadki, przy których wykonano cholecystotomię, zakończyły się pomyślnie. 13 przypadków częściowego opuszczenia wątroby, leczonych za pomocą przymocowania szwami, dały zupełnie dodatnie wyniki. Operacja powyższa, stosowana przy ogólnem opuszczeniu trzewiów, dawała co do wątroby wyniki krótkotrwałe.

Na zasadzie zebranych przez siebie spostrzeżeń, autor przychodzi do następujących ostatecznych wniosków: 1. Przy wątrobie wędrującej tylko jej przysycie może zapewnić długotrwały dodatni wynik. 2. Przy przodopochyleniu i częściowem opuszczeniu wątroby zabieg wskazany jest wtedy, kiedy na innej drodze nie można usunąć dolegliwości i zaburzeń, spowodowanych przez te stany chorobowe. 3. Przy płacie odsznurowanym lepsze wyniki otrzymujemy przez przysycie, niż przez rezekcyę. 4. Przy niepowikłanem opuszczeniu wątroby w zupełności wystarcza wykonanie zwykłego przymocowania (*hepatopexia simplex*). 5. Przy ogólnem opuszczeniu trzewiów lepiej uciec się do sposobu DEPAGÉ'a [zmniejszenie powierzchni powłok brzusznych]. 6. W odpowiednich przypadkach należy łączyć przymocowanie wątroby z cholecystotomią. 7. Przy częściowem opuszczeniu wątroby, do usunięcia lub zmniejszenia

dolegliwości wystarcza samo unieruchomienie opuszczonej części wątroby.
8. Trwałe unieruchomienie wątroby po jej przymocowaniu należy przypisać nie działaniu szwów, lecz powstałym w następstwie zrostom.

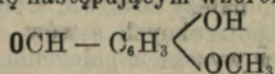
(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. T. 56. Zesz. 3 i 4.*)

Aleksander Kopczyński.

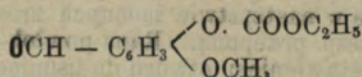
WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

3. **Eupyrinum. Eupiryra.** Jest to związek parafenetidyny z węglanem etylwaniliny.

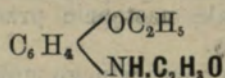
Daleko lepiej zrozumiemy budowę chemiczną wzmiankowanego środka leczniczego, przyjrawszy się następującym wzorom chemicznym:



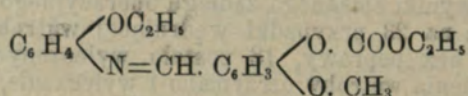
Wanilina.



Węglan etylwaniliny.



Fenacetyna.



Eupiryra, czyli wanilino-etylo-węglan parafenetidyny.

Rozejrzawszy się dokładnie w powyższych wzorach budowy chemicznej, łatwo dostrzeżemy, że eupiryra jest to właściwie fenacetyna, w której jeden atom wodoru [H] i jeden rodnik jednowartościowy kwasu octowego [C₆H₅O], a zatem dwie wartości — zostały zastąpione przez rodnik dwuwartościowy węglanu etylo-waniliny $\left[\text{CH. C}_6\text{H}_3 \begin{cases} \text{OOOC}_2\text{H}_5 \\ \text{OCH}_3 \end{cases} \right]$.

Eupiryra przedstawia się pod postacią proszku krystalicznego, barwy blado-żółtawo-zielonej, zapachu waniliowego, bez smaku. W wodzie trudno się rozpuszcza, łatwo zaś — w alkoholu, eterze i chloroformie.

Z doświadczeń OVERLACH'a na zwierzętach wynika, że eupiryra jest o wiele mniej trująca, aniżeli fenacetyna: wytwarzanie się methemoglobiny po użyciu dużych dawek eupiryry jest daleko mniejsze, aniżeli przy stosowaniu odpowiednich dawek fenacetyny; wreszcie eupiryra nie wywołuje zaburzeń w dziedzinie układu nerwowego.

Eupiryna obniża gorączkę (*antipyreticum*), co przychodzi do skutku łagodnie, ale względnie dość szybko: obniżenie to w ciągu trzech godzin jest ukończone. Nigdy przytem nie spostrzegano ani dreszczy wstrząsających, ani uczucia niepokoju, ani osłabienia. Przeciwnie, najczęściej pod wpływem eupiryny następowało pewne orzeźwienie, co OVERLACH tłumaczy działaniem węgla-nu etylwaniliny.

Przeciwno nerwobólom wzmiankowany środek leczniczy, zdaje się, jest zupełnie nieskuteczny.

Eupiryna głównie jest wskazana jako środek przeciwgorączkowy u osób starych, u dzieci i w ogóle w razach, w których obok gorączki mamy do czynienia z wielkiem osłabieniem, bez względu na to, czy to osłabienie zależy od samej gorączki, czy też jest wyrazem charłactwa, wiańdu starczego i t. d.

Dawka u dorosłych wynosi 1,5—2 grm. Podaje się wprost w proszku bez żadnej przyprawy (*corrigens*).

(*Therap. Monatsh.* 1901. Heft 1).

Wiktor Grostern.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— 3 —

— Aby powstrzymać cieczenie moczu u chorej, pozbawionej prawie zupełnie, wskutek zgorzeli, cewki moczowej, zamiast której istniał tylko otwór lejki-waty u wejścia do pochwy, komunikujący się wprost z szyją pęcherza, GERSUNY za-strzyknął za pomocą szpryczki PRAYAZ'a do dwu fałd błony śluzowej, opuszczających się z pęcherza do otworu tego, nieco roztopionej do 40° maści parafinowej. Powsta-łe w ten sposób obrzmieniania, rodzaj wałów, wprawił napowrót do pęcherza i nastę-pnie zastrzyknął jeszcze w kilku miejscach do tkanki podśluzowej dokoła ujścia pę-cherza roztopioną parafinę. Po zastrzyknięciu w ten sposób 3,5 ctm. sz. maści pa-rafinowej, wyczuć można było twardą obrączkę, która leżąc pod błoną śluzową, otoczyła otwór pęcherza i w ten sposób zamknęła go należycie. Po upływie tygodnia zastrzyknięcie powtórzono, poczem nastąpiła zupełna poprawa; chora była w stanie podczas chodzenia mocz zatrzymywać w pęcherzu, z początku przez 1—1½ godziny, a następnie nawet i dłużej [do 5—6-ciu godzin] i mocz z pęcherza nie wycie-kał. Bielizna pozostała sucha. Po 3-ch miesiącach nawet pęcherz jeszcze funkcyo-nował prawidłowo.

Tak więc, dokoła ujścia pęcherza utworzył się rodzaj sztucznego zwieracza, działającego należycie wskutek elastyczności parafiny, która, według autora, zastrzy-knięta po wyjałowieniu w stanie półpłynnym do tkanek, ma własność pozostawiania przez długi czas [przez rok i więcej] bez zmiany i wessania na miejscu.

Tu nadmienić jednak trzeba, że PFANNENSTIEL w podobnym przypadku po za-strzyknięciu parafiny spostrzegł zator porafinowy płuc i mózgu.

(*Centralblatt f. Gynäk.* 1900. Nr. 48 i 1901 Nr. 2).

Z.

Wiadomości bieżące.

— Po 20-tu latach przerwy, odbędzie się w r. b. w Pradze od 25—29 maja III Kongres przyrodników i lekarzy czeskich. Wydarza się więc lekarzom polakom sposobność wywdzięczenia się za branie udziału pobratymców naszych we wszystkich zjazdach lekarzy polskich, a nadto poznania urządzeń lekarskich, sanitarnych i in-nych w jednym z najpiękniejszych miast Europy środkowej, jakim jest niezaprzecze-nie stolica Czech. Śnać i Komitet, organizujący ten kongres, spodziewa się licznego zjazdu lekarzy polaków, skoro w liście, do redakcyi naszego czasopisma nadesłanym, pisze, iż licząc na liczny udział kolegów polaków, opracował 10-ty punkt ustawy na-stępującej treści: „Uczestnicy zjazdu innych narodowości mogą przyjmować udział

baż jako rzeczywiści członkowie, którym przysługuje prawo wygłoszenia odczytów, dysputowania, podawania projektów w swym ojczystym języku, baż też jako zwyczajni goście“. Koledzy, mający zamiar przyjąć czynny, czy bierny udział w III Zjeździe czeskich przyrodników i lekarzy, zechcą zgłaszać się pod adresem: Docent Dr. A. VEBELÝ [sekretarz generalny kongresu] Praha I Nábřeží 14; składkę zaś w kwocie 10 koron [10 franków] należy posłać pod adresem skarbnika zjazdu Doc. K. P. KHEIL, Praha II Myslíkova 3. Prezesem Komitetu, urządzającego zjazd, jest prof. Dr. J. HLAVA Praha II Resslova 3.

— Lekarzem naczelnym budującej się drogi żelaznej „Warszawa-Kalisz“ został kol. JAN ŚWIĄTECKI z Wilna.

— W r. b. uniwersytet warszawski liczy 1169 studentów; na wydział lekarski uczęszcza 367, na prawny 512, na przyrodniczy 240, na filologiczny 50.

— W Szwajcaryi na wydział lekarski uczęszcza w r. b.: w Bazylei 145 studentów, w Bernie 388, w Genewie 357, w Lozannie 183, w Zurychu 302—razem 1375 z tych cudzoziemców 738. W tej liczbie 738 cudzoziemców jest 518 kobiet, a między 637 studentami szwajcarami jest 10 szwajcerek.

— W trybunale cywilnym w Paryżu sędzona była sprawa, wytoczona przez pewną damę lekarzowi X., który, stosując promienie Röntgena, miał wywołać jej na udzie oparzenie trzeciego stopnia. Chora dotknięta była od kilku lat zapaleniem nerwu kulszowego (*neuritis ischiadica*). Radiografia stosowana była 3 razy: raz przez 40 minut, drugi raz przez 45 minut, a trzeci raz przez jedną godzinę i 15 minut. Oparzenie zmusiło chorą do leżenia w łóżku przez 4 miesiące, za co zażądała odszkodowania w sumie 5000 franków. Trybunał podzielił zdanie experta, którym był dziekan wydziału lekarskiego, prof. medycyny sądowej w Paryżu BROUARDEL i lekarza od odpowiedzialności uwolnił. (*Gazette méd. de Paris*, Nr. 9. 1901).

— z — Dr. WALTER MEYERS, zdolny bakterjolog, który udał się z Liwerpolu do Brazylii w celu badania żółtej febry, zmarł w Paranie na tę chorobę. Drugą ofiarą żółtej febry stał się lekarz amerykański Dr. JESSE LAZEAR, który postanowił sprawdzić rozpowszechnione w Ameryce mniemanie o przenoszeniu zarazka żółtej febry przez komary. Wysłany z wojskiem na Kubę, pozwolił, aby komar, który przedtem ukąsił pokolei czterech chorych, dotkniętych żółtą febrą, ukąsił go także. Zapadł w samej rzeczy na żółtą febrę i odwagę swą życiem przypłacił!

(Čas. lék. čes. Nr. 7).

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. Przegląd Lekarski. № 5 K. LEWKOWICZ. O enterokoku jako zarazku czerwonym. W. OLTUSZEWSKI. O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym. [Dk.] R. SPIRA. Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie. — № 6. M. HAUDEK. O wskazaniach leczniczych za pomocą operacji i przyrządów ortopedycznych. K. LEWKOWICZ. O enterokoku, jako zarazku czerwonym [C. d.] R. SPIRA. Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie. [C. d.] — № 7. A. BEDNARSKI. *Siderosis bulbi*. K. LEWKOWICZ. O enterokoku, jako zarazku czerwonym. [Dk.] M. HAUDEK. O wskazaniach leczniczych za pomocą operacji i przyrządów ortopedycznych [Dk.] R. SPIRA. Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie. [C. d.] — *Kronika Lekarska*. Z. 3. A. HOŁÓWKO. O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie. K. WISŁOCKI. Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki. [Dk.] — Zeszyt № 4. W. MIKŁASZEWSKI. O zmiennej nierówności źrenic. A. HOŁÓWKO. O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie. [C. d.] *Zdrowie* № 1. K. RZĘTKOWSKI. W sprawie walki z gruźlicą u nas. K. ŁAZAROWICZ. Walka z chorobami zakaźnymi. L. LESZCZYŃSKI. O potrzebie zakładów leczniczych dla chorych zakaźnych. K. CHEŁCHOWSKI. O potrzebie u nas domów przedpogrzebowych.

Wydawca D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 22 Февраля 1901. Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.)
dla kuracyi tuczającej i odłuszczej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—3

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Ferd. Mühlens

KOLONIA — RYGA.

Mydła lecznicze wysokich zalet według przepisu 10—10

D-ra J. Eichhoffa.

Ichtyolowe.—Tymolowe.—Salicylowe.—Rezorcynowe.—Rezorcynowo-salicylowe.—Borne.—Benzoesowe.—Rezorcynowo-salicylowo-siarkowe.—Sublimatowe.—Smołowe.—Siarkowe.—Naftolowo-siarkowe.—
Przetłuszczone i t. d.

Sprzedaż w Aptece K. W E N D Y

Krakowskie-Przedmieście Nr. 45.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. 10—10

Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—6

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we fiaskach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).

№ 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899) i № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz **H. Bierthuempfel**, Warszawa, Marszałkowska 133.

KEMMERN.

4—2

Wody siarczane i borowina

Miejscowość oddalona o 40 wiorst od Rygi, Droga Żelazną Rygsko-Tokkumską. Sezon r. 1900 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września. — Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno - solne, alkaliczno - igliwiowe, błotne błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya Rocznie przyjeżdża więcej niż 3000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skrofalicznemi, skórnemi i kobiecemi.

Nowa łaźienka dla kąpieli błotnych, których może wydać dziennie do 250.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka.

Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 140 do 150 rubli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 kop. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dylizansów po 20 kop. tam i z powrotem, Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 30 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby, pragnące mieć szczegółowe wiadomości, raczą się zwracać pod następującym adresem:

KEMMERN, powiat Rygski.

Dyrektor Zakładu **D-r Med. A. Sotin**.

Warszawski Zakład Ginekologiczny 0—5

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gramadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Nata 133-na, Thiemego, Tyrchowskiego i Winaw era, przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości. Opłata dziennie od 1.50 do 5 rb

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne, analizy moczu głównie, oraz badania płwociny, nasienia, kału i t. d. Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej