

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ RADCY DWORU PROF. RYDYGIERA WE LWOWIE.

## I. O ZNIECZULANIU MIEJSCOWEM I GRANICACH JEGO STOSOWANIA.

Napisał

**D-r M. W. Herman.**

— 3 —

Lekarz powinien zawsze pamiętać, że dlań „*suprema lex*“ to *salus aegroti*!<sup>1)</sup> Nie powinien więc nigdy zaniechać niczego, ani też wykonywać czegokolwiek, co byłoby połączone z jakąś przykrością lub szkodą dla chorego, który się powierza jego opiece. Ponieważ narkoza ogólna, niekiedy konieczna, łączy w sobie pewne niebezpieczeństwa, przeto przenieść się powinno nad nią w odpowiednich przypadkach znieczulenie miejscowe. Z niebezpieczeństwami narkozy liczyć się musimy. Są one bliższe i dalsze. Nagła śmierć w narkozie to jedno z bliższych; śmierć w kilka godzin po narkozie, powikłania ze strony płuc, serca, nerek, zmniejszające, a często niszczące cały efekt dokonanego zabiegu—to dalsze! Mimo to starano się i staramy operowanym ulżyć bólu. Starania te są stare, jak świat; gdyż, jak SIMPSON żartobliwie się wyraża, Bóg, zanim Adamowi wyjął żebro, spuścił nań najpierw sen głęboki. Operatorowie starożytni i z naszej już ery starali się znieczulać chorych napojami oszołamiącymi, złożonymi z winnego wyciągu z roślin, zawierających atropinę i hyoscyaminę [DIOSCORIDES, PLINIUS], albo też w tym celu kazali im wachać gąbki, napojone sokiem z makówek, *Hyoscyami*, *Mandragorae*, *Lactucae*, *Cicutae* i t. p. (*spongii somnifera confectio soporis*)<sup>1)</sup>. O prawdziwej jednak narkozie mówić możemy dopiero od 50 lat, t. j. od czasu, kiedy JACKSON i MORTON eter, a SIMPSON chloroform wprowadzili do chirurgii. I stało się, że przez ubiegłe 50 lat większą drogę zrobiliśmy, niż przedtem przez 5000 lat. Liczba narkotyków zwiększa się: prócz eteru i chloroformu, mamy bromek etylu, dwutlenek azotu, pental, mieszaniny BILROTH'a i t. d.; a równocześnie zwiększa się zastęp tych, którzy zmarli skutkiem narkozy.

<sup>1)</sup> HUSEMANN. Die Schlafschwämme u. and. Methoden der allgemeinen und örtlichen Anästhesie im Mittelalter. Deutsche Zeitschr. f. Chirur. B. 42. H. 6.

Nie każdy operator podobne zdarzenia pomieszcza w swej statystyce. BRAATZ <sup>1)</sup> podaje, że liczba przypadków śmierci z narkozy do roku 1890 wynosiła więcej niż 400, a w okresie od r. 1890 do 1895 w samych Niemczech zdarzyło się 88 przypadków śmierci. Któż jednak obliczyć zdoła, jaką część ogólnej śmiertelności z narkozy stanowią podane cyfry? Niebezpieczeństwo ocenić zdołamy jedynie w przybliżeniu na podstawie liczb, zestawionych przez GURLT'a <sup>2)</sup>; z nich wynika taki stosunek, że jedno nagłe zejście śmiertelne zdarza się na

2039	narkoz chloroformem
5090	„ eterem
3870	„ mieszaną BILLROTH'a
7594	„ mieszaną chloroformu z eterem
5238	„ bromkiem etylu
213	„ pentalem

a E. HANKEL <sup>3)</sup> w swym podręczniku o narkozach zestawia 20 przypadków śmierci skutkiem wdechania dwutlenku azotu.

Nie ulega jednak wątpliwości, że na karb narkotyku zapisano niejedną śmierć, której przyczyny gdzieindziej szukać by należało. Jeżeli SIMPSON'owi zmarł nagle chory wcale nie narkotyzowany po przecięciu skóry nad przepukliną, a taką samą śmiercią zginął inny chory, którego nie chciano wcale usypiać, a tylko dla sugestyi trzymano mu przed ustami czystą chustkę, z której miał wrzekomo narkotyk wdechiwać; jeżeli DESAULT w ten sam sposób stracił chorego, na którym pokazywał, pociągając palcem, miejsce cięcia przy *sectio mediana*; jeżeli CHOPART i GARENGEOT tego samego doświadczyli, pierwszy, przecinając napletek, drugi przy operacji zastrzału na palcu <sup>4)</sup>: to dłączegóżby nie zaliczyć do tej kategorii wielu przypadków, występujących z początkiem narkozy, po kilku zaledwie wdechaniach? Przyczynę śmierci szukać by można w wyczerpaniu się ośrodkowego układu nerwowego pacyenta, dręczonego przed operacją samą, następnie myślą o operacji, a te kilka kropel chloroformu, czy eteru, to tylko kropla, przepełniająca kielich. I któż z całym i bezwzględem przekonaniem zaprzeczyć może temu, że to samo zejście nie mogłoby nastąpić po pierwszym nakłuciu strzykawką PRAVAZ'a z płynem znieczulającym lub po pierwszym cięciu bez znieczulenia, zwłaszcza że w obu razach możemy wcale nie znaleźć zmian, tłumaczących zejście śmiertelne?

Takie wstrząsające działanie samej operacji miałem sposobność widzieć przed kilkoma miesiącami. U chorego z rakiem w okolicy *S-romanum*, sprawiającym niedrożność przewodu pokarmowego, trzeba było utworzyć tymczasem rzyć nieprzyrodzoną, jako wstęp do późniejszej operacji doszczętnej. Nędzny stan ogólny nie pozwolił na użycie chloroformu, więc po znieczuleniu

<sup>1)</sup> Allgemeinanästhesie und Localanästhesie. Berliner Klinik. Heft 1.

<sup>2)</sup> Narkosenstatistik. Chirurgen. Kongress. 1897.

<sup>3)</sup> Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897. Nr. 52.

<sup>4)</sup> BRAATZ. L. c.,

miejscowem płynem SCHLEICH'a przystąpiono do wykonania tego rękoczynu. Skutkiem istniejącej niedrożności stosunki topograficzne w jamie brzusznej były zmienione, tak, że ponad przewidziany czas operacja się przeciągnęła. Mimo że chory zbytniego bólu nie odczuwał, nagle osłabł: skóra zbladła i pokryła się lepkiem potem, źrenice się rozszerzyły, oko nabrało nieprzyjemnego, szklistego połysku; ogólnie chory robił wrażenie konającego, tak, że nie wahaliśmy się użyć kilku strzykawek eteru z kamforą. Dopiero po dobrej chwili przyszedł znowu do siebie.

Zawsze jednak po odtrąceniu tych wyjątkowych zajęć pozostanie więcej, niż 90%, śmierci skutkiem jedynie użytego narkotyku. I wobec tego faktu stoimy bezradni. Niezwykła ostrożność i wprawa narkotyzującego mogą znacznie zmniejszyć liczbę tych smutnych zdarzeń, ale usunąć je zupełnie potrafimy chyba z zupełnem usunięciem narkotyków. Czy się to jednak kiedykolwiek uda?

Teraz słów kilka o niebezpieczeństwach dalszych narkozy. Że serce duże szkody od chloroformu ponosi, to każdy z chirurgów widział. Tu należą owe niemiłe przypadki, w których bezpośrednio po operacji chory zachowywał się zupełnie swobodnie, nagle po kilku godzinach kona wśród znacznie obniżonej ciepłoty i niewyczuwalnego tętna.

Nierównie częściej zdarzają się powikłania ze strony płuc po zastosowaniu chloroformu lub eteru. Nie zdaje mi się jednak, aby związek ten był tak bezpośredni. Przeciw temu przemawia wiele okoliczności. Owo zapalenie płuc występuje zwykle 4-go lub 5-go dnia po operacji i najczęściej po laparotomii, wyjątkowo po innych operacjach. Dalej, w naszej klinice spostrzegano, że częściej zapalenie płuc występuje u mężczyzn, niż u kobiet. Późne występowanie tego powikłania, przewaga laparotomii, powikłanych zapaleniem płuc, skłaniają do szukania przyczyny gdzieindziej. Moznaby zatem sprawę tak sobie przedstawić. Skutkiem wdechania narkotyku i małego choćby oziębnia ustroju, którego przy otwarciu jamy brzusznej uniknąć nie można, występuje podrażnienie błony śluzowej oskrzeli i zwiększenie ich wydzieliny. Chorzy nie mogą wykrztuszać dostatecznie tej wydzieliny, gdyż przy każdym nagłym i głębszym wdechu, czy wydechu, rana brzuszna zostaje pociągana i boli. Ta sama przyczyna powoduje, że chory powierzchownie oddecha.

Wydzielina, zalegając, a oczywiście zalega najłatwiej w częściach dolnych i w tylnej okolicy płatów, zatyka oskrzela i w tym zakresie powstają ogniska atelektatyczne, w których rozwija się następcza sprawa zapalna. Obok tego osłabiona czynność serca odgrywa niemałą rolę. Okoliczność ta, że zapalenie płuc częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet, w tem tłómaczeniu znajduje też swe wyjaśnienie. Wszakżeż wiadomo, że u mężczyzn typ oddechowy jest żebrowo-przeponowy, u kobiet odwrotnie przeponowo-żebrowy. Zatem, kiedy węzeł kwestyi spoczywa w bólu, powstającym w świeżej ranie, drażnionej ruchami oddechowymi, fakt ten musi być bardziej upośledzony u mężczyzn, niż u kobiet. A tu w dodatku tak u pierwszych, jak i u drugich, nawet w najidealniej aseptycznie przebiegającym gojeniu się rany polaparotomijnej, powstaje zapalne, zatem bolesne zadrażnienie otrzewnej [przy powtórnych bowiem laparoto-

miach spotyka się zrosty otrzewnowe], znowu okoliczność bardziej niekorzystna dla mężczyzn, niż dla kobiet, z przyczyn wyżej wyluszczonej. Na poparcie takiej teorii przytoczyć możemy referat GOTTSTEIN'a <sup>1)</sup> z kliniki MIKULICZA, gdzie bynajmniej nie stwierdzono, mimo rozległego użycia do laparotomii znieczulania sposobem SCHLEICH'a, aby ilość powikłań ze strony płuc po operacjach na przewodzie pokarmowym się zmniejszyła. Na 139 operacji notowano 33 razy zapalenie oskrzeli i płuc. Z dotychczasowego jednak doświadczenia w naszej klinice z użyciem znieczulającej metody SCHLEICH'a w laparotomiach odniosłem wrażenie, że ilość wikłających zapaleń płuc zmniejszyła się. Że one nie ustąpią zupełnie, wierzę, przyjmując pod uwagę wyżej przytoczoną teorię powstawania zapaleń płuc i powyższe sprawozdanie GOTTSTEIN'a. Zatem, by zmniejszyć ilość przypadków zapalenia płuc, nie dość operować w znieczuleniu miejscowym, lecz w miarę możliwości unikać należy uciskającego opatrunku, chorych często trzeba przekładać z boku na bok, zachęcać ich do robienia głębokich wdechów, po narkozie należy podać środek, ułatwiający wykrztuszanie [podajemy *inf. Polyg. Senegae* i wodę szczawnicką], a dobrze jeszcze na dobę przed narkozą rozpocząć podawanie naparstnicy i kontynuować ją jeszcze przez 1 lub 2 doby po operacji.

Dla usunięcia bólu nie należy operowanym w pierwszych 3—4 dniach stosować morfiny, o ile nie znajdują się inne ważne wskazania. Takiej samej teorii hołduje GOTTSTEIN (*l. c.*), chociaż bardzo mu się podoba dawniejsza GUESSENBAUER'a-PIETRZIKOWSKIEGO, którzy, jak wiadomo, dopatrywali się przyczyny częstych zapaleń płuc po laparotomiach [skutkiem niedrożności jelit i uwięźniętych przepuklin] w odrywaniu się zakażonych zakrzepów ze żył kręgowych i w wywołanych przez nie zatorach w zakresie tętnicy płucnej. Wiele jednak okoliczności przemawia przeciw tej teorii: bo 1) trudno sobie wyobrazić, jak zakrzepy takie przedostawać się potrafią przez układ naczyń włosowatych w wątrobie; 2) część ich w każdym razie zatrzymywać się winna w wątrobie i wywoływać tam zakaźne sprawy ropne, gdyż same one [zakrzepy] są już zakażone; 3) częściej powinniśmy widywać zatory w płucach i to z przejściem w ropienie; 4) nierównie częściej widywać powinniśmy sprawy zatorowe zapalne w płucach po operacjach w zakresie układu żyły próżnej górnej, gdyż tam oderwanym zakrzepom wątroba nie stoi w drodze.

W klinice naszej używamy z zasady chloroformu i to specjalnie chloroformu z wodanu chloralu z fabryki Schering'a. Próbowaliśmy dawniej innych wyrobów, obecnie jednak trzymamy się wyłącznie tego; zauważyliśmy bowiem, że przy tym chloroformie przypadki asfyksji są rzadkie i że po obudzeniu się chorzy nie tak często i dokuczliwie wymiotują, jak po innych fabrykatakach. Na 10 minut przed narkozą wstrzykuje się dorosłym 0,01 grm. morfiny, poczem przy użyciu koszyka SCHIMMELBUSCH'a chloroform podaje się kroplami. Metodę tę opisał dokładnie prof. RYDYGIER w rozprawie: „O sposobie chloro-

---

<sup>1)</sup> Chirurg. Kongress XXVII i Erfahrungen über lokale Anästhesie in der Breslauer chirurgischen Klinik. Arch. f. klin. Chirurgie. B, 57. H. 2.

formowania<sup>1)</sup>“. Na dobry wynik tego postępowania wskazuje choćby ta okoliczność, że w przeciągu 12 lat, a więc na 10000 narkoz w przybliżeniu, mieliśmy 2 przypadki nagłej śmierci wśród narkozy. Gdzie chloroform jest przeciwwskazany, używamy wyjątkowo eteru; gdzie jednak uniknąć można narkozy ogólnej, uciekamy się chętnie do znieczulenia miejscowego.

Do tego celu używamy w klinice kilku środków: zamrażania chlorkiem etylu, kokainą, eukainą i infiltrowania płynem SCHLEICH'a. Innych środków: chlorku metylowego, saponiny, amyleny, stenokarpiny, erytrofleiny, druminy, tropakokainy, holokainy i t. p., nigdy nie używaliśmy. Dopiero pod koniec XIX stulecia rozwiązana została kwestya miejscowego znieczulania, którą już rozwiązać się starali uczeni kapłani egipscy, używając w tym celu *lapis memphites*, sproszkowanej skóry krokodyla lub maści z tłuszczu tego czczonego gada<sup>1)</sup>, a nasi średniowieczni koledzy osiągnąć to samo chcieli za pomocą okładów z mandragory, *Hyosyami* i t. p.<sup>2)</sup>.

Zanim zdam sprawę o każdym u nas używanym środku, niech mi wolno będzie, czyniąc zadość nie zwyczajowi, lecz szczerzej potrzebie serca, złożyć słowa podziękii czcigodnemu memu szefowi R. Dw. prof. RYDYGIEROWI, który, odstępując mi cały materiał i całe doświadczenie kliniki, nie szczędził w dalszym ciągu słów zachęty i porady.

Chlorku etylu [KELEN] używamy w tych tylko przypadkach, w których trzeba otworzyć ropień, osłonięty już bardzo ścięnczałą skórą, w których zatem jakakolwiek metoda infiltracyjna byłaby, jeżeli nie już wprost niemożliwą, to bardzo trudną. I w tym kierunku otrzymujemy to, czego chcemy, lecz i na tem kończą się u nas wskazania do użycia tego środka.

O wiele częściej mieliśmy sposobność używania kokainy, względnie eukainy B; pierwszą stosowaliśmy dwojako, jak to w dalszym ciągu opiszę.

Kiedy, po wykryciu przez NIEMANN'a kokainy w liściach rośliny „Coca“, alkaloid ten wprowadzony został w postaci chlorku do chirurgii przez LANDERER'a, WOELFLER'a, JELINK'a, RECLUS'a i innych, zachwycono się nim i entuzjazmowano. Wnet jednak nastąpił odczyn. Szereg zatruc, nie rzadko śmiertelnych, począł się zwiększać. Kokaina tak wiele jednak zalet posiada, że mimo tylu śmierci, mimo samobójstwa prof. KOŁOMNINA, który życiem własnym opłacił śmiertelne zatrucie swej pacjentki, gdy jej podał w ławatywie 1,50 grm. kokainy, środek ten utrzymać się potrafił w chirurgii.

O sposobie stosowania kokainy wśródskórnem i podskórnem pisał szczegółowo przed kilkoma laty D-r A. GABRYSZEWSKI<sup>3)</sup>. Techniki tam opisanej nie zmieniliśmy wcale, a obecnie stale posługujemy się zawsze świeżo przyrządzonym<sup>4)</sup> 1% roztynem wodnym do znieczulań skóry, a 10% wodnym,

<sup>1)</sup> BRAATZ. l. c.

<sup>2)</sup> HUSEMANN. l. c.

<sup>3)</sup> O wartości kokainy w chirurgii. Przegl. Lek. 1894. Nr. 2—5.

<sup>4)</sup> RECLUS. Ref. w Centralbl. f. Chir. 1891. Nr. 23. RODIER. Ref. w Centralbl. f. Chir. 1891. Nr. 20 i inne.

albo wyskokowym do powierzchniowych znieczulań błon śluzowych. Przy ostrożnem dawkowaniu 1 — 3 strzykawkę PRAVAZ'a [=0,01—0,03 *coc. mur.*] objawów zatrucia nie spostrzegaliśmy. Notowane są jednak przypadki, w których mimo bardzo ostrożnego postępowania nie zdołano go uniknąć [TRZEBICKY <sup>1)</sup>, BARNER <sup>2)</sup>, SZUMANN <sup>3)</sup> i bardzo wielu innych]. Zatrucie z zejściem śmiertelnem już po 0,04 grm. kokainy opisuje RECLUS <sup>4)</sup>, WEIGERT <sup>5)</sup> zaś zestawia 250 spostrzeżeń zatrucia kokainą, z tych 21 śmiertelnych. A że śmierć po zatruciu ciałem, w mowie będącem, następuje, jak to wykazał między innymi MANZEL <sup>6)</sup>, skutkiem skurczu naczyń i następczych zatorów, przeto można dla ostrożności usłuchać rady GAUTHIER'a <sup>7)</sup> i dodawać do kokainy nitroglicerynę.

Rp. *Cocaini mur.* 0,10  
*Aqu. destil. steril.* 10,00  
 1% *sol. nitroglycerini gtt.* X.

Nitrogliceryna bowiem działa porażająco na naczynia i na tej samej podstawie skutecznem bywa wdechiwanie amylnitrytu w zatruciu kokainą. GAUTHIER użył kokainy w tej formie w dawkach, dochodzących do 0,12 grm., bez wywołania zatrucia, co jednak do naśladowania nie zaleca się.

Pewną modyfikację w użyciu kokainy zaprowadził CECI <sup>8)</sup> z Pizy. C. na  $\frac{1}{4}$  godz. przed operacją wstrzykuje podskórnie morfinę i używa rozczyńców  $\frac{1}{2}$ —1% kokainy w 2% rozczywie kwasu bornego i przed użyciem za radą COSTY rozczywn ten ogrzewa do 50—55° C., przez co natężenie i długość czasu działania znacznie się wzmagają, bo znieczulenie utrzymuje się 30—50 minut. Tym sposobem operował 864 chorych w zupełnej analgezji i bez przypadku zatrucia (*struma, hernia, resectio resti, hysterectomy vaginalis, sectio alta*). Równie często kokainy używają ALESSANDRI i BARBA.

Kokaina, tak po użyciu podskórnem, jak i po zastosowaniu na powierzchni nieuszkodzonych błon śluzowych, stać się może groźną. A. G. HABBS <sup>9)</sup>, badając tę sprawę, stwierdził, że 1% rozczywn kokainy, rozpylony na dużą powierzchnię błony śluzowej, jest bardziej niebezpieczny, niż 10—15%, zastosowany na małej przestrzeni. WEIGERT <sup>10)</sup> notuje 2 zatrucia śmiertelne po wstrzyknięciu kokainy do odbytnicy, a z ostatnich lat istnieją spostrzeżenia zatruc przez cewkę. I tak: RECLUS <sup>11)</sup> opisuje nagłe zejście śmiertelne po wstrzy-

1) Przypadek zatrucia kokainą. Przegl. Lek. 1891. Nr. 20.

2) Zur lokalen Cocainanästhesie. Wr. med. Woch. 1888. Nr. 33 i 34.

3) Ein Fall von Cocain-Intoxication etc. Therap. Monatsh. 1889. August.

4) Ref. w Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 32.

5) Ref. w Centralbl. f. Chir. 1898. Nr. 21.

6) Centralbl. f. Chirur. 1895. Nr. 15.

7) Ref. w Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 50.

8) Dyskusya nad odczytem ALESSANDRI'ego na XI Kongresie chirurgów włoskich w Rzymie. Sprawozd. w Ctrbl. f. Chirur. 1906. Nr. 49.

9) Gebrauch und Missbrauch des Cocains mit besonderer Berücksichtigung. Ctrb. f. Chir. 1893. Nr. 5.

10) L. c.

11) Franc. med. 1894. Nr. 12.

knięciu do cewki 10 grm. 5% roztworu kokainy. O ile nie wchodziła tu w grę nieuchwytna idyosynkrazia, śmierć nastąpiła skutkiem bezwarunkowo za wielkiej dawki u osobnika, cierpiącego nadto na stwardnienie tętnic. Nie mniej smutnym jest przypadek E. PFISTER'a <sup>1)</sup>, w którym też nagle nastąpiła śmierć po wstrzyknięciu do cewki jednej strzykawki [PRAWAZ'a] 10% roztworu kokainy. Szczęśliwszym był V. M. WEINRICH <sup>2)</sup>, który z praktyki urologicznej opisuje dwa ciężkie przypadki zatrucia tym alkaloidem [ból głowy, zawrót, szum w uszach, kurcze kloniczne, utrata świadomości, oddech nieregularny typu CHEYNE-STOCKES'a, rozszerzenie źrenic, brak odruchu rogówkowego, sinica, tętno wolne] u mężczyzny 37 i 80-letnich po wstrzyknięciu do cewki 2 grm. kokainy w roztworze. Chorych ratował narkozą chloroformową i sztucznym oddechem. Obaj po kilkunastu godzinach zupełnie do zdrowia powrócili.

Tak błony śluzowe, jak i surowicze chłoną obficie kokainę. BERGER'owi <sup>3)</sup> umarł chory po nalaniu do worka z wodniaka jąder 15 grm. 2% roztworu kokainy i po wypuszczeniu go po 2 minutach.

Te przykłady wystarczają do ostrożnego postępowania nawet przy zewnętrznym użyciu kokainy. Do znieczulań błony śluzowej jamy ust, krtani i t. p. używamy 10% roztworu wyskokowego. Rozczyn taki w pewnej ilości odlewa się na wygotowane szkiełko zegarkowe i w nim macza się tamponik z waty, owiniętej na zglębniku.

Do znieczulań cewki moczowej używamy 10% roztworu wodnego i ten wstrzykuje się w ilości 1—2 strzykawkę PRAWAZ'a i to za pośrednictwem *explorateur à boule* od tyłu ku przodowi. Rozczyn wyskokowy ma w tym przypadku tę wadę, że alkohol potęguje ściągające działanie kokainy i utrudnia następnie wprowadzenie narzędzia.

Kilkakrotnie i z dobrym skutkiem używaliśmy obszarowego, rozległego znieczulenia kokainą, jak ją zalecają OBERST i ALI KROGIUS. Metoda ta posiada niewątpliwie zalety: znieczula w tych przypadkach, w których inna metoda miejscowego znieczulenia jest trudną; chorego nie naraża na zatrucie i operatorowi dozwala dokładnie przejrzeć stosunki w polu operacyjnym. Główna jej wada [o innej wspomnimy później], że wymaga długiego czasu, nieraz dłuższego, niż każdy inny sposób znieczulania. O ile wiem, metody tej nie na taką skalę stosują, na jaką zasługuje; opiszę ją zatem dokładniej.

[C. d. n.]

<sup>1)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 14.

<sup>2)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1895. Nr. 12.

<sup>3)</sup> Centralbl. f. Chirurgie. 1892. Nr. 32.

## II. WYNIKI LECZENIA GORĄCZKI POŁOGOWEJ.

[Rzecz czytana w Tow. Lek. Wileńskim dnia 24 stycznia 1898].

Przez

**J. Wygodskiego.**

[Dokończenie.—Patrz Nr. 50].

Praktyka więc nie usprawiedliwiła nadziei, pokładanych w przemywaniach macicy na zasadzie teoretycznego rozumowania. Przyczyna tego rozdźwięku między teorią a praktyką tkwi, jak zwykle w takich razach, w niedostatecznej zasadności teorii.

W samej rzeczy warto porównać tylko te żądania, jakie stawiamy dezynfekcyi np. rąk [podług FUEBRINGER'a lub AHLFELD'a], z działaniem przemywań na macicę, aby się przekonać o zupełnej bezskuteczności przemywania w znaczeniu dezynfekcyi.

Przypuszczając nawet po za tem, że prąd płynu, którym przemywamy macicę, posiada dostateczną moc dezynfekcyjną, to w takim razie możemy liczyć tylko na dezynfekcyę zewnętrznąj powierzchni błony śluzowej macicy, a nie na zniszczenie zagnieżdżonych w głębi tkanek drobnoustrojów.

Na czem zatem polega często zauważony wpływ dobroczynny przemywania przy ostrem, połogowem zapaleniu błony śluzowej macicy? Na niczem innem widocznie, jak tylko na usuwaniu z jamy macicznej strumieniem płynu drobnych, zgniłych resztek decydualnych i łożyskowych. Czem dokładniejsze jest to usuwanie, tem większe jest powodzenie przemywania. Tam, gdzie resztki te są mniej lub więcej ściśle połączone ze ścianami macicy, a zatem nie mogą być strumieniem płynu usunięte, tam przemywanie nie daje żadnych korzyści. Poniważ jednak jesteśmy zawsze w możności usuwania tych resztek drogą bardzo pewną i bezpieczną, a mianowicie w większej liczbie przypadków przy pomocy palca, a w rzadkich, dla palca niedostępnych przypadkach, przez zastosowanie odpowiedniego narzędzia, to według mego głębokiego przeświadczenia nie tylko można, lecz należy raz na zawsze rzec się przemywań macicy przy ostrych chorobach połogowych.

Wszystko, co się powiedziało o przemywaniu macicy, można zastosować i do przemywań pochwy, jakkolwiek w tym razie niebezpieczeństwo od przemywania jest, z przyczyn zrozumiałych, daleko mniejsze; lecz przy przemywaniu pochwy w pierwszych dniach po porodzie prawie zawsze, jak wiadomo, wypełnia się w mniejszym lub większym stopniu i macica.

Z liczby nierozpuszczalnych w wodzie środków dezynfekcyjnych najbardziej jest rozpowszechniony przy leczeniu połogowego zapalenia błony śluzowej macicy jodoform, w postaci gazy jodoformowej. Wprowadzenie tej ostatniej do macicy oddaje dobre usługi przy zastoju i rozkładzie wydzielin połogowych (*lochiometra*), jako dobry środek dezynfekcyjny. W takich przypad-



kach jednak wyniki leczenia tym środkiem mogą być uznane za zadawalające w znaczeniu skrócenia przebiegu choroby.

Polecane niedawno leczenie chorób połogowych za pomocą nasycenia wnętrza macicy alkoholem (*Centralbl. f. Gynäcologie*, Nr. 8. r. 1897), ze względu na połączoną z tem polipragmazyą i brak podstawy naukowej, nie znajdzie prawdopodobnie zwolenników.

Zaproponowana przez SNIEGIREWA para gorąca, jako środek krew tamujący, była również wypróbowaną przy leczeniu połogowego zapalenia błony śluzowej macicy, ze względu na szczególne swe właściwości odkażające [PINKUS]. Polecać ten sposób leczenia na zasadzie rozumowania naukowego można tylko przy nadzwyczaj płytkim poglądzie na rzecz samą. I rzeczywiście, działanie strumienia pary, skierowanej do macicy, sprowadza się właściwie do oparzenia wewnętrznej jej powierzchni. Jeżeli przypuścimy nawet, że mamy możność przyżęgać zupełnie równomiernie, regulując podług woli natężenie i głębokość wywołanego oparzenia [co rzeczywiście się nie zdarza], to i w takim razie moglibyśmy się tylko w bardzo rzadkich przypadkach spodziewać zupełnego zniszczenia drobnoustrojów. W rezultacie gorąca para, nie czyniąca drobnoustrojom żadnej szkody, nadzwyczaj szkodzi macicy, po części niszcząc, po części uszkadzając głęboko te pierwiastki komórkowe, które właśnie zatrzymują i niszczą drobnoustroje.

Wyniki leczenia według tego sposobu, sądząc z referatu D-ra KANA w naszym Towarzystwie w zeszłym roku, należy uznać, wbrew zdaniu tego ostatniego, za niedostateczne.

A więc najlepszy z posiadanych przez nas środków odkażających w zastosowaniu do leczenia chorób połogowych okazuje się raczej szkodliwym, aniżeli pożytecznym.

Na początku 9-go dziesiątka lat dały się słyszeć z różnych stron, zwłaszcza we francuskiej literaturze, głosy na korzyść leczenia połogowego zapalenia błony śluzowej macicy za pomocą wyskrobania. Wkrótce powstały z powodu tej kwestyi dwa wrogie obozy: namiętnych zwolenników i zawziętych przeciwników tej metody. Ponieważ już przed trzema laty miałem zaszczyt wypowiedzieć w naszym Towarzystwie zdanie swe w tej kwestyi, więc poprzestaną obecnie tylko na powtórzeniu głównych wówczas wypowiedzianych zasad: 1) Należy odróżnić właściwe zeszkrobanie błony śluzowej macicy (*abrasio mucosae*) od wykonywanego za pomocą skrobaczki [kiurety] usuwania z macicy resztek łożyska i błon, także według mnie niewłaściwie uważanego za skrobanie. Dla pierwszej operacji skrobaczka okazuje się zupełnie przydatnem narzędziem; dla drugiej natomiast mało przydatnem i w przeważnej liczbie przypadków daleko ustępującem palcowi. 2) Przy cierpieniach połogowych można się uciec do skrobaczki tylko w tych razach, kiedy usuwanie resztek z chorej macicy okazuje się dla palca niedostępnem, a i wtedy nie inaczej, jak pod kontrolą palca. 3) Wyskrobywanie na ślepo, bez uprzedniego zbadania jamy macicznej za pomocą palca, powinno być zupełnie zarzucone. 4) Powodzenie wyskrobania polega na usuwaniu z macicy martwej tkanki przy chorobach sa-

premicznych. Mówienie w takich przypadkach o leczeniu przez wyskrobanie połogowego zapalenia błony śluzowej macicy jest tak samo pozbawione sensu, jak mówienie o leczeniu zapalenia tego palcem w razie usuwania nim resztek.

5) We wszystkich przypadkach choroby połogowej, w których badający palec znajduje jamę macicy pustą, wykonanie skrobienia jest przeciwwskazane, jako szkodliwe i niebezpieczne.

Odpowiednio do tego i wyniki leczenia za pomocą wyskrobienia połogowego zapalenia błony śluzowej macicy są już to „świetne“ [usunięcie resztek gnijących przy sapremicznym zapaleniu błony śluzowej macicy], już to marne [*abrasio mucosae* przy septycznym zapaleniu].

Teraz powiemy słów kilka o proponowanym w niektórych cięższych przypadkach połogowego zakażenia septycznego wycięciu macicy. Ponieważ właśnie w ciężkich przypadkach nie mamy żadnego kryterium dla sądzenia o miejscowym lub ogólnym charakterze cierpienia, to rzecz widoczna, że jesteśmy jednocześnie pozbawieni możności wprowadzenia jakichkolwiek bądź określonych wskazań do wykonania tej operacji. Co się tyczy jej wyników w takich razach, to, sądząc z licznych rozsiaanych w literaturze przypadków, można wnosić, że były takie przypadki wyzdrowienia po tej operacji, czy jednak w następstwie dokonanej operacji, czy wbrew jej, orzec trudno.

Nad innymi rodzajami miejscowego leczenia, jak przecinanie ropni i nacieczeń w miednicy, nie mamy się co zastanawiać, gdyż zdania lekarzy nie różnią się prawie w tej mierze.

A zatem z krytycznego przeglądu sposobów wewnątrzmacicznego leczenia chorób połogowych widzimy: 1) że korzyść i to w odpowiednich przypadkach przynoszą te z nich tylko, które dopomagają do usunięcia martwej, przegniłej tkanki z macicy, 2) że szkoda, przez nie wyrządzana, zależy od urazu macicy i od przeszkód, stawianych sprawie samoobrony ustroju wogóle i macicy w szczególności.

Wszystko to potwierdza słuszność wyżej wyluszczonych żądań, jakie należy stawiać terapii chorób połogowych.

Wszystko to wreszcie skłoniło mnie przed dwoma laty do zrzeczenia się wszystkich zalecanych sposobów leczenia wewnątrzmacicznego i do zastosowania metody następującej.

U każdej chorej położnicy po starannem obejrzeniu krocza i wejścia do pochwy, o ile badanie dwuręczne nie wykryje w sąsiedztwie z macicą obecności świeżej sprawy zapalnej, wprowadzam palec do macicy i starannie obmacywam całą wewnętrzną jej powierzchnię. Jeżeli znajduję przytem resztki łożyska lub błon w macicy, to natychmiast palcem je usuwam. Do skrobaczki uciekam się w tych razach bardzo rzadko, do narkozy bardzo często. Następnie dawniej zawsze drenałem macicę gazą jodoformową. Ostatnimi czasy stosuję ją rzadko. Po załatwieniu tego wszystkiego uważam leczenie miejscowe za skończone.

Wszelkich przemywań nie tylko macicy, lecz i pochwy, surowo zabraniam i przystępuję do leczenia ogólnego. Postępując w ten sposób zapewniamy chorym, o ile mi się zdaje, wszelką korzyść, jaką tylko nasze nowoczesne

sposoby lecznicze są w stanie dostarczyć, nie szkodząc im przytem prawie wcale.

Co się tyczy wyników, osiągniętych przezemnie w przeciągu ostatnich dwu lat, podczas których przez ręce me przeszło więcej niż sto przypadków różnych chorób położowych, leczonych według wyżej wyluszczonej metody, to okazują się one nadzwyczaj dobrymi, w porównaniu z wynikami leczenia za poprzednie lata, kiedy uporczywie stosowałem te lub owe metody wewnątrzmacicznego leczenia. Z liczby 58 zapaleń błony śluzowej macicy tylko do jednego przyłączył się wysięk przymaciczny, który zresztą w przeciągu 4 tygodni się wessał. W chorobach sapremicznych ciepłota spadała do normy 1-go, 2-go lub 3-go dnia po opróżnieniu macicy, pomimo że przykry zapach odchodów położowych czuć było w niektórych przypadkach jeszcze przez 3—4 dni potem; w septycznych jednak przypadkach opróżnienie jamy macicznej łączyło się zwykle tylko z przemijającym polepszeniem; szkodliwych następstw przytem, oprócz wyżej wspomnianego przypadku, do którego przyłączyło się zepalenie przymaciczne, nie zauważyłem. Wszystkie te chore wyzdrowiały. Co się tyczy ciężkich postaci położowego zakażenia septycznego, to wyniki ich leczenia za ostatnie dwa lata wydają mi się o wiele więcej zadawalającymi, niż za lata ubiegłe.

Na zakończenie słów kilka o leczeniu ogólnem chorób położowych.

Dopóki nie będzie wynaleziony środek swoisty, któryby był w stanie przez krew odkażać antytoksycznie, zadanie leczenia ogólnego może polegać jedynie na tem, żeby, ile możności, wzmacniać ustrój i stworzyć mu warunki, najbardziej sprzyjające w walce z drobnoustrojami. Swoistej surowicy dotąd nie udało się wynaleźć. Usiłowania MARMORKA należy uznać za nieudatne. Obietnica CREDE'go [młodszego] na XII międzynarodowym zjeździe w Moskwie, że da nam taki przetwór srebra, który działać będzie zabójczo na bakterye i antytoksycznie, jak dotąd, pozostało, niestety, tylko obietnicą. Dawne leczenie gorączki położowej za pomocą rtęci, na nowo tak gorąco przez REHRER'a w znanym podręczniku MUELLER'a zalecane, były przezemnie wielokrotnie wypróbowane. Szkody od tego sposobu nie widziałem; czasami spostrzegałem znaczne polepszenia, które prawdopodobnie znajdowały się w związku z tem leczeniem. To samo muszę powiedzieć o błękiecie metylenowym, który wielokrotnie wypróbowowałem przy zakażeniu septycznem położowem. Za to niewątpliwie pożyteczną i bardzo cenną pomocą przy leczeniu chorób położowych okazuje się sposób, znany pod nazwą metody MAXA RUNGE'go [duże dawki alkoholu, wzmożone odżywianie, wanny]. Indywidualizując ten sposób i zwracając uwagę szczególnie na stan nerek oraz żołądka i kiszek, możemy zawsze być pewni, że metoda ta odda nam wielkie usługi, szczególnie w postaciach przewlekłych.

---

### III. O LEUKEMII I SPRAWACH POKREWNYCH.

Przez

Józefa Piotrowskiego.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 50].

Jeśli teraz, co się tyczy wieku chorych, zwrócimy się w stronę przeciwną, t. j. aż do najwcześniejszego dzieciństwa, wówczas spostrzeżemy tam jeszcze większą, niż u dorosłych, różnorodność w patologii krwi oraz narządów, stojących z nią w związku. Specjalnie pozostaje nam tu na zakończenie uwzględnić wspomnianą już w ciągu tej pracy kilkakrotnie sprawę pod tytułem: *anaemia pseudoleukaemica infantum*. Mianowicie u małych dzieci, oprócz limfomatozy leukemicznej i pseudoleukemicznej [anemicznej], wyróżniają od kilku lat jeszcze specjalną formę chorobową pod powyższą nazwą.

Termin taki, złożony z dwóch pojęć o niezbyt określonym znaczeniu, zamiast wyjaśnienia, lub uproszczenia kwestyi, wprowadza raczej zagmatwanie i zaciemnienie. Każda pseudoleukemia jest połączona z anemią; u dzieci specjalnie prócz leukemii i wiele innych spraw są w stanie wywołać znaczną anemię i obrzmienie śledziony. Ta różnorodność polega prawdopodobnie na większej zdolności tkanki adenoidalnej do rozrostu, oraz na większej czułości wieku dzieciennego na bodźce chorobotwórcze, wskutek czego stosunkowo łatwo powstaje niedokrwistość. Pod tym względem na pierwszym miejscu należy postawić trzy etyologiczne czynniki: gruźlica, krzywica i syfilis [dziedziczny]. Jeśli przytem uwzględnimy właściwości krwi dziecięcej<sup>1)</sup>: łatwość powstawania leukocytozy jednojądrowej, eozynofilię, normoblasty, tedy zrozumiemy, jakim sposobem różne sprawy mogą oczom obserwatora przedstawiać bardzo podobne do siebie obrazy, i jak np. BAGINSKY mógł mówić o syfilitycznej leukemii<sup>2)</sup>.

*Anaemia pseudoleuk. infan.* służy również za dowód zagmatwania pojęć o tych wszystkich sprawach. Zmiany w niej polegają również, podług JAKSCH'a<sup>3)</sup>, na obrzmieniu śledziony i gruczołów, niedokrwistości i leukocytozie. Sam on akcentuje przytem podobieństwo do leukemii, wystawiając na pierwszy plan, jako moment różniczkowy, groźną niedokrwistość. Należałoby jeszcze wyświetlić zachowanie się kwasu moczowego w moczu i krzepliwość krwi. LIMBECK<sup>1)</sup> zgodnie z FISCHL'em zaznacza, że pod nazwą *anaemia pseudoleuk.*

1) Porów. J. STRZELECKI: O morfologii i patologii krwi dziecięcej. Gaz. Lek. 1897, 27—29.

2) Arch. f. Kinderheilkunde. T. 13. Cyt. podł. LIMBECK'a.

3) JAKSCH. Klin Diagnostik. 1896. str. 37.

4) Die Anämien d. Kindesalters. I. c. str. 363 i na stępne.

*inf.* opisano najrozmaitsze sprawy, które miały to wspólne, że będąc nie-leukemicznymi, odznaczały się znaczną leukocytozą i oligocytemią. FISCHL w 18 odpowiednich przypadkach z literatury znalazł w 16 ciężkie *rachitis*, a w 2-ch *syphilis hereditaria*. Niedokrwistość pseudoleukemiczna nie przedstawia więc ani oddzielnej choroby krwi, ani samodzielnej formy klinicznej. Zbliża się ona w jednym razie do leukemii, w innym do pseudoleukemii. Na zasadzie dotychczasowych danych nie da się ona odgraniczyć ani od leukemii, ani od spraw jej pokrewnych, z powodu zarówno podobieństwa, jak i form przejściowych między niemi.

Wogóle zatem trudnem by było chcieć rozpatrywane przez nas sprawy ściśle od siebie oddzielać, skoro, jak widzieliśmy, nie ma pomiędzy niemi ostrych granic; a nie ma zapewne dla tego, iż, jak sądzę, wszystkie te stany chorobowe muszą być patogenetycznie z sobą powiązane i stanowią jak gdyby gałęzie jakiegoś wspólnego pnia. Pod wpływem pewnych, bliżej nam nieznanych bodźców, być może zakaźnej lub toksycznej natury, powstają warunki, wywołujące bujanie tkanki adenoidalnej [mniej lub więcej uogólnione], przybierające taką, czy inną formę. Wiek musi tu być nie bez wpływu, skoro limfomatozy anemiczne (*anaemia gravis c. leukocytosi, resp. anaemia pseudoleukaemica*) przeważają u małych dzieci, sarkomatoza i pseudoleukemia w młodocianym i młodym wieku, zaś leukemia — u ludzi w sile wieku i starszych.

Pozwolę sobie przytoczyć w krótkości jeszcze jeden przypadek tej kategorii, dotyczący 14-letniego chłopca, który leżał w roku zeszłym przez 3 dni na oddziale; inny przypadek u maleńkiego [kilkomiesięcznego] dziecka, spostrzegąłem w lecie r. b. już po skończeniu niniejszej pracy i ogłoszę go przy sposobności na innem miejscu.

P. K., przybył w maju 1897 r. wskutek braku sił i łaknienia, oraz kaszlu. Choruje od 2½ lat. W końcu roku 1895-go był leczony przez dłuższy czas w szpitalu dla dzieci przez kol. RABKA <sup>1)</sup>. Na rok przedtem już zaczął tracić na cerze i łaknieniu. W szpitaliku znaleziono gruczoły szyjowe i pachowe — trochę powiększone, a śledzionę znacznie powiększoną; w moczu barwniki żółciowe. Dnia 28. XI. 1895 we krwi okazało się: E. = 3,9 milj., L. = 30,0 tys. w milim. sz., hemoglobiny 62%. Bezskutecznie stosowano arsenik różnemi metodami. Wprawdzie leukocytoza zginęła, lecz niedokrwistość pozostała. O ile wyrozumieć można z podanego opisu białych ciałek, to przedstawiały się one mniej więcej tak samo, jak obecnie: Dnia 14. V. 1897 r. badanie krwi wykazało: E. = 4,5½ milij., L. = 22,6 tys. w 1 sz. mm. L:E = 1:200. Barwnika 70%. Czerwone krążki trochę blade, poikilocytozy nie widać. Na barwionych preparatach białe ciała przedstawiają znaczną rozmaitość. Już i między wielojądrowymi [neutrofilnemi], oprócz zwykłych, widzimy ciała bardzo duże. Prócz tego uderza obecność myelocytów [2%] i wzmoczenie absolutnej cyfry leukocytów eozynowych [3,7%]. Leukocytoza głównie przypadła w udziale wielojądrowym formom [85%]; 15% ogółu leukocytów, a blisko ¼ między neutrofilnemi

<sup>1)</sup> Ob. L. RABEK: Przyczynek do leczenia białaczki rzekomej. Kron. Lek. 1897, str. 54.

stanowiły wspomniane formy olbrzymie [por. str. 1300]. Liczba limfocytów [w 1 mm. sześć.] pozostała jakby niezmienną.

Chory gorączkuje [około 38°], ma cerę ziemistą, białkówki z żółtawym odzieniem. Gruczoły chłonne wyraźnie wyczuwalne. Śledziona ku górze na VII żebrze, powiększona ku przodowi, wyczuwa się na szerokość 4-ch palców niżej łuku żebrowego. Na tej samej wysokości poczyna się dolna tępość wątroby, chociaż brzeg jej niewyczuwalny.

Mocz mocno-kwaśny, ciężar właściwy 1022, nie zawiera nic szczególnego.

Chory kaszle, wydzielając skąpą, śluzo-ropną plwocinę i ma mnóstwo drobnych rzężeń w dolnych częściach płuc (*bronchitis capillaris*).

W naszej literaturze znajdujemy materiału do zajmujących nas tu kwestyi może trochę więcej, niż w innych działach patologii. Właściwie można było spodziewać się takiego stanu rzeczy ze względu, że do niedawna były to kwestye nowe i niewyzyskane. U nas, jak w każdej dopiero torującej sobie drogi nauce, przedewszystkiem zwracano uwagę na nowości i rzadkości, t. j. na takie rzeczy, w których stosunkowo łatwo, lub prędko można było wykryć coś nieznanego, otrzymać coś nowego. Tymczasem jednak, co do leukemii i spraw pokrewnych, to po za kilkoma cennymi przypadkami, oraz rażącymi dziś omyłkami rozpoznawczemi <sup>1)</sup>, znajdujemy mało godnego uwagi. Niejeden przypadek zyskałby na wartości, gdyby był szczegółowiej opracowany. Przyczyny doszukiwać by należało w tem, że u nas badanie krwi, jak i w ogóle kliniczna mikroskopia, późno znajdowały prawo obywatelstwa u lekarzy. Nie wiemy nawet, kiedy u nas właściwie rozpoznano pierwszy raz leukemię.

Pierwsze rozpoznanie tej choroby *in vivo* uczynił w r. 1849 prof. VOGEL w Jurjewie [Dorpacie], u nas zaś w parę lat potem zapewne prof. DIETL w Krakowie <sup>2)</sup>. Pierwszy niewątpliwy przypadek leukemii i, jak na owe czasy, znakomicie opracowany przekazał nam KUROWSKI z przed 40 laty. W zestawionem poniżej streszczeniu pomijam referaty i pomyłki.

### Sprawy leukemiczne.

1) J. M. KUROWSKI. [Tyg. Lek. 1859, str. 164]. Kobieta 32-letnia. (Obserwowana 10. XI. 1858, przez 27 dni). Dane kliniczne. Przed 17 laty długotrwała zimnica. Początek choroby przypisany ostatniemu połogowi, odbytemu w przykrej porze roku i w wielkim niedostatku. Przerost gruczołów pachwinowych i podpachowych; wątroba i śledziona olbrzymio powiększone. Dreszcze i obfite poty. Długotrwałe krwawienia z nosa i z dziąseł. W moczu zmniejszenie chlorków, fosforanów i kwasu moczowego; białko i NH<sub>4</sub>Cl. We krwi „nadmiar białych ciałek“. *Anasarka extr. inf., oedema pulm.* Śmierć po 4-ch miesiącach choroby.

Dane anatomiczne: Szybkie gnicie. Śledziona 27½ ctm. długości i 20 szerokości, twarda; na przekroju kępy „słoninowato-zielonawe“. Wątroba po-

<sup>1)</sup> Mam tu na myśli głównie prof. ŁUCZKIEWICZA [Tyg. Lek. 1856. Nr. 23 i Pam. Tow. Lek. Warsz. 1860], u którego napsuzonością stylu wyraża się uczoność, np. podaje bardzo niedołążnie napisany przypadek u 18-letniego chłopca ze stałym wyzdrowieniem po chininie; przebycie malaryi uważa za ochronę od leukemii, na którą jako zbawienne środki radzi wino i gimnastykę!

<sup>2)</sup> Sądząc ze wzmianek ŁUCZKIEWICZA i KUROWSKIEGO około r. 1852—1855.

większona, tak, iż schodziła aż do więzadła POUPART'a, twarda; w mięszu białe plamki.

2) BIESIADECKI. [Rozpr. Akad. Umiej. T. I, str. 122]. Mężczyzna, 50 lat mający. Czas obserwacji od 22. X. do 15. XI. 1872. Dane kliniczne. Przed 16 laty zimnica. Przed rokiem zapalenie płuc. Od tego czasu wzrastające osłabienie [rozpoznawano *phthisis pulm.*]. Liczne i duże guzy limfatyczne; liczne guziczki w skórze. Śledziona sięga na 4 palce poniżej pępka, nie dochodzi na 1 palec do linii środkowej; na jeden palec nad pępkiem stłumienie wątroby. Krew wybitnie leukemiczna. Nb. Zmniejszenie śledziona po chinie. Śmierć nagła.

Dane anatomiczne: Limfomaty w skórze, gruczołach limfatycznych, języku, migdałkach, krtani, wątrobie, śledzionie, nerkach, w tych ostatnich i w pęcherzu osad kwasu moczowego. Wszystkie wewnętrzne gruczoły limfatyczne—małe. Szpik, brunatno zabarwiony, zmieniony podobnie, jak śledziona i gruczoły.

Uwaga. L:E = 2:3 [w przybliżeniu]. Mnogość dużych jednojądrowych ciałek; nieodporność i nieruchomość myelocytów; niektóre porównywa B. do komórek raka galaretowatego.

3) BRODOWSKI. [Pam. T. L. W. T. 67, str. 186]. Mężczyzna, 38 lat mający. Dane kliniczne. Dawniej dobrobyt, później niedostatek, ciężka praca, nadużycie wyskoku. Rozbił głowę na ulicy i stracił dużo krwi. Zawroty głowy. Upadek sił, pogorszony przez upust krwi. Bóle w kończynach. Przy wnoszeniu do szpitala zaczął golenią o drzwi, stąd *phlegmone gangraen.* Po wyleczeniu w klinice chirurgicznej, przeniesiony do oddziału wewnętrznego, wkrótce z wycieńczenia zmarł. L:E = 1:30.

Dane kliniczne. *Emollitio flava* na niewielkiej przestrzeni substancji szarej mózgu w następstwie *haemorrhagiae capill.*, spowodowanej wzmiankowanym stłuczeniem [na stronie przeciwnej]. *Gastro-enteritis. Infiltratio adip. hepatis.* W kościach zarówno gąbczastych, jak przedewszystkiem w długich, a mianowicie udowych ilość szpiku powiększona, tenże rozmiękczony i mocno czerwony. Pod drobnowidzem mało komórek tłuszczowych, za to mocne nacieczenie okrągło-komórkowe, tu i ówdzie myelocyty. Ani śledziona, ani gruczoły nie przedstawiają żadnej zmiany.

Uwaga. Czysta forma szpikowej leukemii (*leukaemia medullaris*).

4) Z. KRAMSZTYK. [Pam. T. L. Warsz. r. 1878, str. 576]. Kobieta, 45 lat mająca. Dane kliniczne. Chora od kilku tygodni, bardzo blada i osłabiona, ciągle gorączkująca. Na skórze liczne wyboczyny; we krwi „wydatne zmiany białaczkowe“. Brak znacniejszego powiększenia śledziona lub gruczołów chłonnych. Wyraźna przy nacisku bolesność mostka i kręgow. *Retinitis leukaemica.*

Dane anatomiczne <sup>1)</sup>. Protokół sekcji [Warsz.] prosekt. szpit. Dzie Jezus. X. 1877. № 218. Jak... Mar., lat 45 mająca, wyrobnica. Skóra bardzo blada, usiana pukeikowatymi wylewaniami krwi. Na podstawie języka gruczoł

<sup>1)</sup> Zapewne odnoszące się do tego spostrzeżenia.

follikularny 3 razy powiększony, *tonsillae* 2 razy powiększone, żółtawo-zielonawe. Z zatok i z przekroju daje się wycisnąć gęsta ciecz śmietankowata. To samo da się powiedzieć i o wszystkich innych gruczołach limfatycznych. W v. *jug.*, *int.* krew płynna, wygląda w probówce na surowicę, zanieczyszczoną kilkoma kroplami krwi. Na 2-gi dzień utworzyły się w tejże probówce 3 warstwy: 1) dolna, składająca się z erytrocytów; 2) biało-szarawa, prawie tejże wysokości i 3) wierzchnia—surowica. U obu szczytów płuc zgęszczenia wielkości jajka kurzego, podobnej wielkości orzecha włoskiego u podstawy górnego płata i w średnim płacie [z prawej strony]. Nacieczenia te zależą od olbrzymiego zgrubienia błony śluzowej małych oskrzeli [nacieczenia i guziki <sup>1)</sup>]. Serce, głównie prawe trochę powiększone. Śledziona o połowę powiększona. Wątroba o  $\frac{1}{3}$  powiększona i nacieczona. Nerki o  $\frac{1}{2}$  powiększone i nacieczone. *Lymph. leuk. intestinorum*, najwięcej na *val. Bauhini*. Szpik kostny zarówno w kościach gąbczastych, jak i w dyafizach kości długich zmieniony w ropiastą [czerwoną-żółtawo-zieloną] masę.

Mężczyzna, 32 lat mający. Dane kliniczne. *Status febrilis*. Na skórze, liczne krwotoki; we krwi zmiany „białacze właściwe“. Śledziona i gruczoły nie powiększone; mostek na ucisk lekko bolesny. W siatkówce zmian charakterystycznych nie widać.

Dane anatomiczne Protokół. № 235. Mandel K., lat 33 mający, wyrobnik X. 1877. Szpik w odpowiednich miejscach, co i wyżej, ciemno-czerwony. Śledziona nieznacznie powiększona. W *ileum* bezpośrednio nad *val. Bauhini* trochę limfatycznych guzków. *Leuk. med. acuta* [10 dni choroby]. *Pachymening. haem. int. haemorrhagiae in cerebro. Phthis. pulmonum*.

Prócz tego, w tychże protokółach z r. 1878 widzimy 3 przypadki leukemii [№ 58, 265 i 270].

1) Edm. S., lat 21, *leukaemia lieno-medullaris?*

2) *Leukaemia lieno-medull. Pachymeningitis haemorrh. interna.*

3) Karolina S., lat 16 mająca. *Leukaemia? lieno-medull. Pachymeningitis haem. interna.*

5) GAWROŃSKI. [Gaz. Lek. 1869, str. 437]. Mężczyzna. Dane kliniczne. 6-miesięczny przebieg, pod koniec krwotoki, do których go wezwano i purpura. Niedokrwistość, obrzmienie śledziona, gruczołów i wątroby. Śmierć.

6) FUDAKOWSKI. [Tamże, str. 601.]. Kobieta. Dane kliniczne. Wzmianka o znacznym pomnożeniu leukocytów, guz śledziona, dochodzący do 3-ch linii nad grzebień biodrowy, powiększenie wątroby, krwotoki maciczne. Przy użyciu chininy i t. p.—znaczną poprawą, śledziona wyczuwa się wyżej pępka.

Uwaga. F. poszukiwał bezskutecznie hypoksantyny, a znalazł indykan w moczu.

7) W. GROSTERN. [Księga jubileuszowa prof. HOYERA. 1884, str. 389]. Kobieta, 40 lat mająca, obserwowana od 4. VI. 1884 przez 2 miesiące. Dane kliniczne. Początek choroby w 4-m miesiącu karmienia ostatniego [8-go] dziecka przed 11 miesiącami; karmiła do ostatka. Przed 12 miesiącami — dwuty-

<sup>1)</sup> *Lymphomata leukaemica bronchorum.*



godniowy kaszel z gorączką i krwiopluciem. Złe warunki życia. Olbrzymi guz śledziony [35. ctm. dług.]. Wątroba do linii pępkowej. Gruczoły chłonne ledwie wyczuwalne.  $L = 310,0$  tys. [wielkie, kilkojądrowe, mocno ziarniste, zapewne eozynofilia],  $E = 2,046$  milj. Hmgb. = 6 (MALASSEZ). Gorączka stała do  $39^{\circ}$  i wyżej. W moczu kryształki kwasu moczowego; moczu i mocznika mało, przemijający białkomocz; brak peptonów, mimo obecności ich we krwi. *Cataracta pol. post.* Wypisana z poprawą. Bakteryi we krwi nie było.

Uwaga. We krwi, kwaśniejcej po paru dniach: peptony, kwasy: moczowy, mrówkowy i glicerynofosforowy. Przy staniu krwi kryształów CHARCOT'a nie było, liczne — szczawianu wapnia, leucyny i tyrozyny.

15-miesięczne dziecko miało leukocytozę [10—14 L. na polu], dużą śledzionę i wątrobę, oraz syfilis, nabyty przed 4-ma tygodniami.

8) L. KORCZYŃSKI. Doświadczenia nad wpływem surowego szpiku kostnego i jego wyciągów. Kraków. 1896. Mężczyzna, 39 lat mający. Czas obserwacji od 19. X. 1895 do 21. III. 1896. Dane kliniczne. W 10-ym roku tyfus, w 12-m roku zimnica; przed 15-tu miesiącami — cholera, po której już nie przyszedł do siebie. Leczony był dłuższy czas chininą i arsenikiem, poczem się nieco poprawił. Wygląd charakterystyczny. Kości niebolesne, ślady po krzywicy. Olbrzymia śledziona [dług. 36, szerok. 19 ctm.] styka się z powiększoną wątrobą. Stan gorączkowy. W moczu dużo barwników i moczianów.  $E = 2,98$  milj.;  $L = 188,0$  tys.. Mnóstwo normoblastów i myelocytów, leukocyty:  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$  i  $\epsilon$ . We 2 tygodnie potem  $E = 1,88$  milj.,  $L = 268,0$  tys..

Uwaga. Po szpiku kostnym pomnożenie ilości E. pomimo pogorszenia stanu ogólnego.

9) J. BIZIEL. [Przegl. Lek. 1885. str. 191]. Kobieta, lat 31 mająca, czas obserwacji od I. do X. 1884. Dane kliniczne. Przedtem rodziła zdrowo 8-ro dzieci. Po ostatnim porożu [przed 2-ma laty] stale powiększający się zwolna *tumor lienis*, dochodzący w końcu do mniejszej miednicy i przekraczający w prawo linię białą o 15 ctm.. We krwi bardzo znaczna liczba leukocytów. Największa długość śledziony 52 ctm.. Ani gruczołów, ani żadnej bolesności w kościach. Wycięcie śledziony [RYDYGIER], wagi 6 klg.. Nazajutrz śmierć.

Dane anatomiczne. Śmierć wskutek krwotoku wewnętrznego [ze ścian brzusznych].

Uwaga. Typowa t. zw. *leukaemia lienalis*.

10) WICZKOWSKI. [Przegl. Lek. 1892. № 3]. Kobieta, 34 lat mająca. Dane kliniczne. Początek choroby od krwotoków kiszki wych. Duży *tumor lienis* i mały *hepatitis*. Niedokrwistość i charłactwo. Gorączka hektyczna, białkomocz. W moczu zwiększenie kwasu moczowego, ksantyna i hypoksantyna, te ostatnie we krwi i śledzionie.  $E = 3,6-4,0$  milj.. Wybitna pojilkocytoza, megaloblasty.  $L = 112,0-168,0$  tys.  $L:E = 1:17$  i 27 [przy gorączce zmniejszały się]. Duże i małe limfocyty, szpikowe i eozynowe komórki.

Dane anatomiczne. Limfomaty w skórze; typowe zmiany śledziony i szpiku. Brak obrzmienia gruczołów. Kryształki CHARCOT'a. Nacieczenie prawego wierzchołka [gruźlica?].

U w a g a. *Leukaemia lieno-medullaris*.

11) *Idem*. [Przeł. Lek. 1896. № 27]. Kobieta, 31 lat mająca. Dane kliniczne. Po krwotoku pógowym niedokrwistość z obrzmieniem śledziony. W 4 miesiące potem 16-dniowa dyateza krwawa [plamica WERLHOFF'a] z obrzmieniem śledziony, bolesnością kości, bez obrzmienia gruczołów, bez objawów tyfusowych. We krwi leukocytoza ze znaczną przewagą limfocytów, myelocytów; poikilocytoza, mikroblasty i megaloblasy [dwujądrowe i trzyjądrowe?], liczne normoblasy. Ciałek eozynowych mało.

U w a g a. *Leukaemia acuta*

12) OBTUŁOWICZ. (*Ibidem*). Mężczna 50-letni. Dane kliniczne. Wzmianka o zwykłej leukemii śledziono-gruczołowej, zakończono jej po 6—8 tygodni nagłą śmiercią.

U w a g a. *Leukaemia subacuta*.

13) W. MORACZEWSKI. [Kron. Lek. 1897. Zesz. 23] Kobieta, 39 lat mająca. Dane kliniczne. Po 12 porodach jedno poronienie, przy którym utraciła dużo krwi, a już w czasie ostatniej ciąży cierpiała na wybroczyny krwawe. Olbrzymi *tumor lienis*. E = 2,7 milj. L = 1600 tys. Hmgb. 50%. Stan bezgorączkowy.<sup>1</sup>

U w a g a. Doświadczenia nad zastojem w przemianie materii [N, P, Cl, Ca], wpływ organoterapii, tlenu i soli mineralnych.

14) J. FAJERSZTEJN i A. KUCZYŃSKI. [Gaz. Lek. 1892]. 3 myszy białe. Dane kliniczne. We krwi w 2-ch przypadkach L:E było jak 1:10 i 1:20. W 1-m przeważały limfocyty i ciała eozynowe; w 2-m leukocyty, eozynowych ciałek bardzo mało, natomiast liczne bazofilne i normoblasy.

Dane anatomiczne. W 3-ch przypadkach olbrzymia śledziona wskutek hyperplazji miazgi i ciałek MALPIGHI'ego. Liczne karyomitozy i bazofilne ziarniny [szczególnie w 2-ch przypadkach]. Znaczne powiększenie gruczołów chłonnych. Szpik także zmieniony. Bardzo obfite naciki drobnokomórkowe w wątrobie, nerkach, żołądku, kiszka i płucach. Badanie bakteryologiczne wypadło ujemnie.

15) E. ZIELŃSKI. [Pam. Tow. Lek. Warsz. 1898. T. 94, str. 240, (protok. posiedz.)]. Panna, 15 lat mająca. Dane kliniczne. Chorowała 3 tygodnie, [fatalne warunki życiowe]. Na 4 dni przed śmiercią L:E = 33:26. Hmgb 15%. Znaczna przewaga myelocytów. *Tumor lienis*. Bolesność kości niewielka.

Dane anatomiczne. Demonstracja leukemicznie zmienionego szpiku kości udowej.

U w a g a. *Leukaemia acuta*.

[D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



187. Leczenie tężca wewnątrz-mózgowami wstrzykiwaniami surowicy przeciw tężcowej.

Na posiedzeniu chirurgów paryzkich dnia 16 listopada 1898 r. omawiano kwestyę leczenia tężca wstrzykiwaniami surowicy przeciw tężcowej w tkanę

mózgu. Otóż F. HUR [z Rouen] stosował metodę ROUX'a i BORELL'a w jednym tylko przypadku tęcza u dziecka, u którego pierwsze objawy choroby wystąpiły szóstego dnia po przypuszczalnym zakażeniu. Operację wstrzyknięcia wykonano ósmego dnia choroby; w obie półkule mózgu wstrzyknięto po 6 ctm. sześć., a oprócz tego 20 ctm. sześć. pod skórę. Chory zmarł w parę godzin po operacji.

QUENU przytoczył dwa przypadki tęcza, również bez skutku leczone wewnątrz-mózgowem wstrzyknięciem surowicy, choć w jednym z tych przypadków przyczyną śmierci, jak przypuszczać należy, było zapalenie płuc.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE spostrzegł dwa przypadki tęcza brzuszno: w jednym z nich BORELL nie radził stosować operacji wstrzyknięcia surowicy, w drugim zaś chory zmarł, pomimo wstrzyknięcia surowicy w tkankę mózgu w 24 godziny po wystąpieniu pierwszych objawów choroby. Oprócz tych dwóch przypadków na oddziale LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a obserwowano i trzeci, w którym zastosowanie metody ROUX i BORELL'a dało wynik dodatni. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE twierdzi jednak, iż w przypadku tym tęzec miał przebieg przewlekły, a zdaniem jego, właśnie taki tylko przypadek poddaje się seroterapii.

RECLUS, CHAPUT, RICHELOT i HARTMANN, każdy z osobna, mieli również możność po razie jednym zastosowania nowej metody leczenia, lecz za każdym razem choroba kończyła się śmiercią.

NÉLATON zwrócił uwagę, iż w rzeczywistości mało są nam znane różne formy tęcza, że są wśród nich i te, które nie poddają się żadnemu leczeniu, co, zdaje się, kwestyi nie ulega, a z czem przy wydawaniu sądu o znaczeniu leczniczym surowicy liczyć się należy. Sam obserwował jeden przypadek tęcza, lecz po naradzie z BORELL'em, zabiegu leczniczego z powodu zbyt ciężkiego stanu chorego nie wykonano.

Wreszcie, PEYROT wraz z GUINARD'em obserwował chorego, u którego objawy przemawiały za tęczem. BORELL tymczasem dowiódł im, iż jest to tylko *meningitis cerebro-spinalis*. Chory wyzdrowiał. Otóż zapytuje PEYROT, czy to nie z *meningitis cerebro-spinalis* miewano do czynienia tam, gdzie mówiono o wyleczeniu tęcza surowicą?

(*La Semaine médicale*. Nr. 58. 1898).

W. Ettinger.

### 188. Leczenie tęcza surowicą przeciw-tęczową.

Statystyka wyników leczenia tęcza surowicą z bogactwem się stale; obecnie komunikują spostrzeżenia swe BOUSQUET, BEURNIER i VILON.

BOUSQUET obserwował dwa przypadki tęcza: pierwszy przypadek, pomimo wewnątrz-mózgowego wstrzyknięcia surowicy, zakończył się śmiercią chorego; w drugim zaś, w którym choremu dawano duże dawki chlorału, a wstrzyknięcie robiono pod skórę, chory wyzdrowiał.

W przypadku, który komunikuje p. BEURNIER, nastąpiła śmierć chorego, pomimo iż dawano mu chlorał i morfinę, a wstrzyknięcie surowicy robiono i pod skórę i w tkankę mózgu.

VILON dwa razy stosował metodę ROUX i BORELL'a, za każdym razem z dobrym skutkiem. Zaznacza on, iż w obu przypadkach tęcza wstrzyknięcie zrobiono nie później, niż w 8 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów choroby.

(*La Semaine médicale*. Nr. 60. 1898).

W. Ettinger.

### 189. E. Walqer. Przyczynek do leczenia tyfusu brzuszno surowicą krwi rekonwalescentów.

Autor stosował leczenie surowicą krwi rekonwalescentów w czterech przypadkach tyfusu brzuszno. We wszystkich czterech przypadkach sta-

wiał rokowanie niepomyślne, wobec czego w każdym z nich wstrzykiwał surowicę w ilości 10 ctm. sześć. Ogólny stan chorych poprawiał się zadziwiająco prędko, bo już po kilku zaledwie godzinach po wstrzyknięciu; w dwóch zaś przypadkach nawet ranne spadki ciepłoty po 2—3 dniach doszły do normy. Sama sprawa anatomiczna zaczyna się również cofać, chociaż nieraz trwa to dość długo.

Niekiedy może wystąpić nawet zaostrenie sprawy anatomicznej zaraz po wstrzyknięciu, lecz trwa to zazwyczaj bardzo krótko. Przy stosowaniu przeto surowicy i ocenianiu jej skuteczności, należy zwracać główną uwagę na stan ogólny chorego, pomijając najzupełniej sprawę anatomiczną w kiszkiach.

Taki, na przykład, objaw, jak rozwolnienie, może trwać jeszcze dość długo, co bezwarunkowo nie powinno przeszkadzać postawieniu pomyslnego rokowania, jeśli tylko stan ogólny chorego jest zadawalający.

Nawet takie okoliczności, jak wystąpienie dopiero po wstrzykiwaniach dyazoreakcyi, co miało miejsce w czterech przypadkach, i typowej wysypki [w trzech przypadkach], nie powinny wpływać na postawienie niekorzystnego rokowania.

Wielce interesującym, choć niewytłómaczonym pozostaje fakt, że śledziona zadziwiająco szybkim podlega zmianom, albowiem po wstrzyknięciu nieraz powiększa się, później powiększenie znika, aby po kilku dniach znów wyraźnie wystąpić.

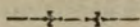
Z czterech przypadków, podanych przez autora, w trzech wystąpiła recydywa pomimo wstrzykiwania. Fakt ten tłómaczy sobie autor bardzo silnym stopniem zakażenia i przypuszcza, że w zwykłych warunkach zakończyłyby się śmiercią.

W każdym przeto przypadku, gdy zachodzi podejrzenie recydywy, należy powtórnie wstrzyknąć surowicę, co nie będzie sprzeciwiać się zasadzie WEISBECKER'a nierobienia w jednym i tym samym przypadku powtórnego wstrzykiwania, albowiem recydywę należy uważać za powtórne zakażenie i zgodnie z tym poglądem je traktować.

(Centr. f. inn. Med. 1898. Nr. 37.)

Eug. Tryjarski.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dn. 18. X. 1898 i 25. X. 1898.

1) STANKIEWICZ przedstawia preparaty: a) *bursae praepatellaris* o ścięgnach grubości około 2 ctm., wyłuszczonej z powodu długotrwałego zapalenia ropnego; b) torbieli skórzastej wielkości małego jabłka, wyłuszczonej z pod języka; c) wyrostka otrzewnej w postaci rurki, zakończonej rozszerzeniem; wyrostek ten u chłopca 8-letniego opuszczał się po nad jądra, nie będąc w żadnym związku z prawidłowym *processus vaginalis peritonei*. W rozszerzeniu wyrostka tego zbierał się czasami płyn, co dawało obraz *hydrocele communicans*.

2) SAWICKI BRON. przedstawia mężczyznę 57-letniego z przykurczeniami DUPUYTREN'a. Przed dwudziestu kilku laty chory ten, pracując przy kopaniu ziemi, obtarł sobie skórę na prawej dłoni; po zagojeniu się uszkodzenia pozostało stwardnienie w okolicy czwartej kości śródreżca. Wkrótce potem wystąpiło przykurczenie 4 palca, po paru zaś latach 5-go. Przed kilkoma laty chory zauważył ograniczenie ruchów w 1-ym stawie dużego palca prawej ręki. Niedawno, już w r. b., zaczęły występować kolejno przykurczenia trzeciego, czwartego i piątego, wreszcie drugiego i pierwszego zalcia lewej ręki. Od 6 lat pacjent cierpi nadto na moczówkę cukrową; ilość cukru w moczu wynosi obe-

nie 5—6%. Badanie rąk pacjenta wykazuje następujące zmiany: skóra jest sucha, zgrubiała, w wielu miejscach zrosnięta z powięzią dłoni. Bródka poprzeczna dolna [„linia serca“] na obu dłoniach bardzo głęboka, górna [„linia głowy“] mniej głęboka i dochodzi tylko do środka dłoni. Od nasady dużego palca przez okolicę mięśnia przeciwstawiającego (*m. opponens pollicis*) idzie w poprzek na obu dłoniach głęboka bródka. Czwarty i 5-ty palec prawej ręki przykurczone w 1-ym i 2-im stawie, 1-y i 2-i palec tylko w 1-ym stawie, palec zaś 3-i nie przykurczony wcale. Trzy ostatnie palce ręki lewej znacznie przykurczone w 1-ym i 2-im stawie; duży palec przykurczony<sup>4</sup> nieznacznie w 1-ym stawie, a wskaźiciel zdradza lekkie przykurczenie we wszystkich trzech stawach. Na prawej dłoni widać bliznowate pasma, przebiegające pod skórą od nasady dużego, drugiego i czwartego palca do *lig. carpi volare*. Coś podobnego, lecz w słabym stopniu, znaleźć można i na lewej dłoni. W okolicy pierwszych stawów niektórych palców oraz w pewnych miejscach na dłoni widać twarde guziczki, zajmujące skórę i tkankę podskórną; skóra w okolicy innych stawów palców bliznowato zwyrodniała. Na grzbiecie prącia w pobliżu nasady niewielkie stwardnienie, które według opowiadania chorego było znacznie większe, lecz zmniejszyło się pod wpływem mięsienia. W etiologii danego przypadku z początku odegrał rolę uraz, ostatnio zaś powstałe objawy przypisać należy moczówce cukrowej.

3) KIJEWSKI wygłosił odczyt p. n.: „Rezekcja płuc i jej następstwa“.

Na 117 zwierzętach [50 psów, 58 królików, 5 kotów i 4 gołębi] dokonano K. wycięcia całego płuca [10 razy prawego, 34 razy lewego] lub jednego, albo dwóch płatów. Stosunkowo niewiele zwierząt zdechło zaraz po operacji, wskutek wstrząsu; psy dały największą odsetkę śmiertelności, a zdechały prawie wyłącznie na posocznicę. Inne zwierzęta, posiadające wyższą ciepłotę [króliki, gołębie], znosiły operację znacznie lepiej, a niektóre z nich miały nawet potomstwo. Dla wycięcia całego płuca K. podwiązywał nitką jedwabną całą wnękę płuca; po wycięciu tylko części narządu, obszywał część pozostałą jedwabiem lub katgutem, albo też, co uważa za odpowiedniejsze, przyżegał powierzchnię rany żegadłem PAQUELIN'a. Następstwem pneumektomii jest przedewszystkiem spłaszczenie klatki piersiowej po stronie operowanej, następnie uniesienie się ku górze przepony, przesunięcie się serca ku stronie operowanej oraz przemieszczenie się na stronę przeciwną całych płatów płuca nieoperowanego. Serce zwierząt, które żyły kilka miesięcy po operacji, było powiększone w wymiarze poprzecznym. Badanie drobnowidzowe części operowanych płuca wykazywało w kilka tygodni po operacji obecność komórek olbrzymich, otaczających części nekrotyzowane [najbardziej typowy obraz dawały płuca, przypalone żegadłem]. W celu zbadania sposobu powstawania tych komórek K. zabijał zwierzęta na 2-i, 4-y, 6-y i t. d. dzień po operacji. Po upływie 2 dni od operacji znaleziono obfity wysięk w pęcherzykach płucnych, łuszczenie się nabłonka oraz liczne figury mitotyczne w komórkach nabłonka i tkanki łącznej. Wysięk następnie się zmniejszał, a po 6 dniach w pobliżu rany, obok części nekrotycznych, napotymano młode komórki tkanki łącznej, które następnie coraz się zbliżały z sobą, otaczając ściśle strup; niektóre z tych komórek były większe i zawierały po kilka jąder. Po upływie 10—15 dni rozbitą na części tkankę nekrotyczną otaczały już zupełnie uformowane komórki olbrzymie. Na preparatach z okresów późniejszych w protoplazmie tych komórek widać linie zębate, jakby granice pojedynczych mniejszych komórek, które po zlaniu się utworzyły komórkę olbrzymią. W 4 tygodnie po operacji u niektórych zwierząt widział K. rozpadanie się komórek olbrzymich na części, które zawierały początkowo ślady rozpadłej tkanki nekrotycznej, a potem się od niej uwalniały. K. wnioskuje zatem, że komórki olbrzymie powstają z zlania się komórek tkanki łącznej, służą do zniszczenia

i usunięcia części nekrotycznych, a po spełnieniu zadania rozpadają się. Figurę mitotyczną widział K. raz jeden tylko w komórce olbrzymiej, a i ta nie była dość wyraźną.

W dyskusji prof. BRODOWSKI przypomina sposoby powstawania komórek olbrzymich, a zarazem zaznacza, że obok konglomeratów komórek, czyniących wrażenie komórek olbrzymich, widział na preparatach KIJEWSKIEGO i prawdziwe komórki olbrzymie o znacznej liczbie leżących ściśle obok siebie jąder; takie komórki olbrzymie nie mogą pochodzić ze zlania się komórek tkanki łącznej, lecz musiały powstać za pośrednictwem podziału jąder; za tem ostatniem przypuszczeniem przemawia poniekąd obecność tuż obok tworów, które najzupełniej przypominają angioblasty.

JANOWSKI podkreśla spostrzeżony przez KIJEWSKIEGO fakt powstawania wypustek rozrastających się pierwiastków nabłonkowych płuca. Przemawia to za właściwą nabłonkowi płuc skłonnością do odradzania się. Do regeneracji tej nie dochodzi dlatego, że warunki doświadczenia nie sprzyjają dostatecznemu odżywianiu się pierwiastków anatomicznych. J. spostrzegał podobne odradzanie się nabłonka dróg żółciowych w przypadkach marskości żółtaczkowej wątroby. Spostrzeżenia prelegenta nad powstawaniem komórek olbrzymich posiadają również ważne znaczenie, jako przyczynek do poglądów ogólnopatologicznych. Komórki olbrzymie powstawać mogą z naczyń chłonnych i krwionośnych, z komórek nabłonka narządów mięszzowych [J. spostrzegał i przedstawił na rysunku w rozprawie swej z r. 1892 taką komórkę w wątrobie], wreszcie z komórek łączno-tkankowych, drażnionych przez ciała obce. Praca K. potwierdza takie właśnie łączno-tkankowe pochodzenie komórek olbrzymich w płucu, a jednocześnie wskazuje na ich przeznaczenie, niszczenie ciał obcych [np. strupów], co się zgadza z wynikami wielu najnowszych prac. Nie ulega już dziś wątpliwości, że taką rolę nekroforów spełniają komórki olbrzymie w niszczeniu resztek ligatur w tkance podskórnej, ciał obcych w skórze, a nawet w oku. W gruźlkach komórki olbrzymie mają z pewnością za zadanie niszczenie pasożytów gruźliczych.

STEINHAUS uważa, że brak figur mitotycznych w komórkach olbrzymich na preparatach KIJEWSKIEGO nie może być dowodem, że komórki te pochodzą ze zlania się zwykłych komórek, a nie powstały za pomocą podziału jądra: figur mitotycznych mogło nie być w danej chwili, kiedy zwierzę zostało zabite, jak znowu w innym czasie mogłoby ich być bardzo dużo; zresztą podział jądra może się tu odbywać drogą bezpośredniej segmentacji, czy też fragmentacji.

PRZEWÓSKI podnosi fakt regeneracji tkanki płucnej, stwierdzony przez prelegenta. Nie jest to regeneracja taka, jaką PONSICK i NEUMEISTER spostrzegali po usunięciu znacznych części wątroby; w każdym razie widać z preparatów KIJEWSKIEGO, że płuco ma tendencję nie tylko do zabliźniania się po resekcji, ale że wytwarza się tu, szczególnie w zwierząt młodych, rudymmentarna tkanka płucna regenerowana. Wspominając o komórkach olbrzymich w preparatach prelegenta, P. zaznacza, że komórki łączno-tkankowe, otaczające skrzep lub strup, a później dające komórki olbrzymie, nie są w żadnym związku z naczyniami chłonnymi lub krwionośnymi. Otoczywszy skrzep, komórki te rosą dzięki powiększaniu się protoplazmy, która staje się ziarnistą i ciemną [jądro pozostaje bez zmiany], zbliżając się do siebie i zlewając się, dają prawie jednolitą masę protoplazmatyczną o wielu jądrach, wyglądającą tak, jak komórka olbrzymia. Nie można twierdzić z całą pewnością, że tworzy te są komórkami olbrzymimi, powstałymi za pomocą zlania się komórek łączno-tkankowych, lecz przypuszczenie takie jest bardzo prawdopodobne.

SAWICKI BRO. przypomina, że od lat kilku, a może i dawniej kwestya powstawania komórek olbrzymich przy wgażaniu się ciał obcych jest na porządku

dziennym. Znajdywano takie komórki obok pozostawianych w ranach kawałków gąbki, gazy i t. p., MANASSE widział je w polipach jamy bębnekowej, w bliskości kryształów cholestearyny lub złuszczonego nabłonka. Większość autorów twierdzi, że komórki olbrzymie powstają w tych razach ze zlania się komórek epiteloidalnych. Podobnie hipotezę co do udziału tych komórek w rozpuszczaniu i usuwaniu ciał obcych wypowiedział już MARCHAND, a po nim MANASSE, nowsze jednak badania zdają się przeczyć powyższemu twierdzeniu: liczba komórek olbrzymich zależy od gatunku zwierzęcia [u świnki morskiej znajdowano bardzo dużo takich komórek, u królików — bardzo mało] oraz od właściwości ciała obcego [wokóło kawałka gąbki powstaje daleko więcej komórek, niż wokóło kawałki rdzenia bżowego].

KIJEWSKI odpowiada STEINHAUSOWI, że za powstawaniem komórek olbrzymich ze zlewania się komórek tkanki łącznej w doświadczeniach jego przemawia nie tylko brak figur mitotycznych, lecz i ten fakt, że równolegle z powiększaniem się liczby komórek olbrzymich znikają, lecz bynajmniej nie zostają odsunięte, komórki, które otaczały skrzep.

Prof. BARANOWSKI zastanawia się nad bardzo ważnymi z punktu widzenia klinicznego skutkami wycięcia płuca lub jego znaczniejszej części. Operacja odbić się musi przedewszystkiem i w sposób wybitny na krwiobiegu. Jeżeli po amputacji kończyny np. nie widzujemy gwałtowniejszych zaburzeń w krwiobiegu, to dzieje się to skutkiem tego, że wyrównanie zmian, jakie tu następują, bierze na siebie najsilniejsza część serca, bo lewa jego komora. Co innego musi nastąpić, kiedy do wyrównania zmian, wywołanych przez wyłącznie z koryta krążenia małego pewnej części, powołaną zostaje komora prawa, znacznie słabsza. To też zaburzenia w krążeniu widzujemy przy bardzo wielu przewlekłych sprawach w płucach, a kiedy zmiany w płucu powstają nagle, kiedy tworzy się np. zator lub zakrzep w gałęziach tętnicy płucnej, natenczas zaburzenia w krążeniu są tak gwałtowne, że lekarz uciekać się musi nawet do upustu krwi. Samo otwarcie klatki piersiowej, powodujące opadnięcie płuca, może być przyczyną groźnych zmian w krążeniu. Mówca radby usłyszeć, jakie zaburzenia w krwiobiegu spostrzegał KIJEWSKI w swoich doświadczeniach oraz jakie mogą być wskazania do resekcji płuc u ludzi.

KIJEWSKI odpowiada, że nawet wyłączenie połowy krwiobiegu małego przez wycięcie całego płuca zwierzęta znosiły dobrze. Sinicę błon śluzowych spostrzega K. tylko pierwszego dnia po operacji. Rozszerzenie i przerost serca widywał K. tylko u zwierząt, które żyły po operacji 8—10 miesięcy; wymiar poprzeczny serca takich zwierząt równał się wymiarowi podłużnemu lub nawet był od niego większy. W nerkach i wątrobie zmian marskości nie było. Za wskazania do resekcji płuca u ludzi, oprócz wypadnięciu części płuca przez ranę klatki piersiowej, uważa K. gruźlicę, lecz tylko w przypadkach wyjątkowych [dobre wyniki otrzymali w takich przypadkach LOWSON i WILLS], dalej nowotwory, przechodzące na płuco ze ścian klatki piersiowej, promienicę i zgorzel płuca.

Prof. BARANOWSKI nie przewiduje, aby kiedykolwiek leczono gruźlicę płuca za pomocą operacji, te bowiem przypadki, któreby się do resekcji płuca nadawały, mianowicie przypadki ze zmianami nieznacznymi i ograniczonymi, dają zejście dobre przy stosowaniu leczenia higieniczno-dyetetycznego i klimatycznego.

Według KRAJEWSKIEGO, oprócz nowotworów, przechodzących na płuco z klatki piersiowej, wszystkie inne, wymienione przez prelegenta sprawy nie mogą być leczone za pomocą resekcji. W przypadku gruźlicy chirurg nie może być nigdy pewien, że sprawa chorobowa ogranicza się ściśle do wierzchołka, przy małej zaś odporności osobników gruźliczych zabieg mógłby być bardzo

ciężki dla chorego. Promienica nie będzie również wskazaniem do resekcji płuca wobec trudności rozpoznawczych oraz wobec tego, że otworzenie i wylżeczowanie ropni, obok podawania choremu jodku potasu, daje wyniki zupełnie zadawalające. Za najmniej wreszcie odpowiednie do rezekcji płuca uważa mówca przypadki zgorzeli tego narządu, gdzie sama pneumotomia daje tak dobre wyniki.

BĄCZKIEWICZ zwraca uwagę, że u dzieci prawa komora jest względnie daleko silniejsza, niż u dorosłych; dlatego też u dzieci zaburzenia w krwio-biegu przy zajęciu płuc, np. w zapaleniu włóknikowym, są zjawiskiem rzadkiem. Być może, że brak wybitnych zaburzeń cyrkulacyjnych w doświadczeniach KIJEWSKIEGO przypisać należy temu, że wybierał do swoich eksperymentów zwierzęta młode.

KIJEWSKI odpowiada KRAJEWSKIEMU, że do wycięcia części płuca mogą się nadawać te przypadki gruźlicy, w których jedno płuco jest zdrowe, a w drugim znajduje się ograniczone ognisko ropadowe, zatruwające ustrój chorego. Nietyle chodzić może w takich razach o uleczenie chorego, ile o spowodowanie mu ulgi i uratowanie życia. Promienica dróg oddechowych nie jest trudną do rozpoznania, a do rezekcji płuca nadaje się ze względu na zmiany, jakie daje w mięszu płuca, w którym ogniska chorobowe otoczone są zwykle i oddzielone od części zdrowych mocno rozwiniętą tkanką łączną. Jodku potasu K. nie uważa za środek swoisty dla promienicy, stosował go bowiem w jednym przypadku guza aktywnikotycznego na szczęce dolnej w ciągu p miesiący, a sprawa się dalej szerzyła; dopiero rezekcja szczęki uzdrowiła śacyenta. Podobnych spostrzeżeń K. posiada kilka. W zgorzeli płuca wygodniej, zdaniem K., obciąć tkankę zmartwiałą żegadłem FAQUELIN'a, aniżeli skrobać łyżką.

SZTYNER uważa, że część płuca, uległą zgorzeli, można rezekować, a na poparcie tego zdania opisuje operowany przez siebie przypadek.

KOZERSKI wspomina o wielu znanych w literaturze przypadkach promienicy, wyleczonych za pomocą podawania jodku potasu, jak również o swoim przypadku promienicy skóry, który także pod wpływem rzeczonego środka pomyślnie się zakończył.

LUBLINER zaznacza, że oprócz przytoczonych przez KIJEWSKIEGO przypadków resekcji płuca gruźliczego istnieje opis kilku przypadków EULENBURG'a, operowanych z powodu gruźlicy wierzchołków.

## Wiadomości drobne.

— E. FALK, omawiając sprawę prowadzenia cięcia przez macicę przy „*sectio caesarea*“, przychodzi do wniosku, iż kierunek jego jest najzupełniej obojętny i przy wszelkich stosowanych do tej pory sposobach można otrzymywać dobre wyniki; krwawienia najczęściej są w związku z łożyskiem, zresztą nie są one tak groźne, jak przypuszczano dawniej. Najmniej szans na zakażenie rany daje głębokie przednie cięcie w dolnym odcinku macicy, które F. gorąco zaleca.

(*Wien. klin. Woch.* Nr. 40. 1898).

E. L.

— EVERKE. O cięciu cesarskiem. E. podaje wyniki dokonanych przez siebie 35 c. c.. Nie biorąc pod uwagę przypadków śmiertelnych, które nie były zależne od samej operacji, miał 14% procent śmiertelności, przyczem 11% przypadło na zakażenie krwi. Wskazania do operacji były następujące: 2 razy śmierć matki, 2 razy drgawki, raz nowotwór, 5 razy rozmiękczenie kości, 25 razy miednica rachityczna; 20 dzieci zostało przy życiu. W 25 przypadkach operował sposobem zachowaw-



czym podług SAENGER'a; w 6—PORRO; w 2 zupełne usunięcie macicy. E. nie stosuje poprzecznego cięcia przez trzon z powodu złego gojenia się rany, wtórnego zakażenia i zrostów z otaczającymi narządami. Główną uwagę zwraca na dokładność szwu, którego kładzie trzy piętra; pierwsze na *decidua* [wewnętrzne], drugie—głębokie, trzecie—powierzchnowe; w ten sposób otrzymuje się dobrą, twardą bliznę, co jest rzeczą ważną przy następnych ciążach.

(*Wien. klin. Woch. Nr. 45. 1898*).

E. L.

— BAZY, chirurg paryski, przekonawszy się, iż wazelina płynna (*l'huile de vaseline*), wstrzyknięta do pęcherza moczowego, zatrzymuje się w nim z łatwością, gdyż wydzielać się zaczyna wtedy dopiero, gdy następuje fizyologiczne wypróżnienie, powziął myśl zużytkowania własności środka tego przy cierpieniach pęcherza. Wazelinę płynną, dodawszy jodoformu, BAZY stosował często w przypadkach gruźlicy pęcherza i zawsze otrzymywał widoczną poprawę. Za każdym razem wstrzykiwać należy od 20—30 ctm. sześć. wazeliny, dodawszy do niej  $\frac{1}{20}$  jodoformu.

(*La Semaine médicale. Nr. 60. 1898*).

W. Et.

— TEISSIER podaje sposób leczenia rozpadlin sutki, stosowany z powodzeniem w oddziale akuszeryjnym D-ra MAYRIER'a w Paryżu. W tym celu całą powierzchnię rozpadliny posypują proszkiem ortoformu lub też kładą na to miejsce okład, pokryty warstwą tegoż środka. Z wierzchu pokrywają to watą oczyszczoną i kawalkiem gumowej ceratki, które przymocowują za pomocą opaski. Po upływie kilku minut bóle ustępują i chora doznaje znacznej ulgi. Przed każdym karmieniem należy pierś obmyć ciepłym roztworem kwasu bornego. Podczas karmienia chora doznaje tylko lekkiego klucia przy początku ssania, co zresztą prędko przechodzi. Po karmieniu znowu należy pierś obmyć roztworem kwasu bornego, wysuszyć i pokryć tym samym opatrunkiem z ortoformem. Ponieważ kojące działanie ortoformu trwa długo, przeto początkowo zmieniają ten opatrunek dwa razy dziennie, później zaś, gdy rana już się zabliznia, jeden opatrunek może służyć przez całą dobę. Ortoform działa kojąco, wysusza i odkaża. W 29 przypadkach, w których stosowano ten środek, przeciętne gojenie trwało 4 do 5 dni, przyczem chore nie przerywały karmienia. Ortoform nadto nie działa trująco zarówno na matkę, jak i na dziecko.

(*Sem. méd. 1898. 16 Novembre*).

B. S.

— EXNER. Znaczenie cukru w moczu przy rozpoznaniu kamicy żółciowej. Szerę spostrzeżeń klinicznych przekonał autora, że mocz cierpiących na kamicy żółciową zawiera zwykle takie ilości [0,4% i wyżej] cukru gronowego, które za fizyologiczne uważane być nie mogą. E. posługiwał się metodami: NYLANDER'a, TROMMER'a, fermentacyjną i przyrządem polaryzacyjnym. Związku między ilością cukru i umiejscowieniem kamienia [w przewodzie pęcherzykowym, albo żółciowym], a także stopniem żółtaczki nigdy nie udało się dowieść. Przyczyny występowania cukru gronowego w omawianem cierpieniu nie jest autor na razie w stanie objaśnić, sądzi jednak, że zjawisko to zasługuje na uwagę pod względem rozpoznawczym.

(*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 31. 1898*).

Z. M.

## Wiadomości bieżące.

— W d. 9 b. m. rozpoczęła swe czynności czwarta z kolei sekcya Towarzystwa Hygienicznego, sekcya biologiczna, chemiczno-fizyczna i statystyczno-meteorologiczna. Posiedzenie organizacyjne sekcji, do której dotąd zapisało się 25 członków, zgaił prezes Towarzystwa, prof. KOSIŃSKI, zaproszeniem obecnych do wyboru przewodniczącego i sekretarza. Większością głosów powołano na prezesa sekcji kol. HENRYKA NUSBAUMA, na sekretarza zaś kol. ANTONIEGO KUZYŃSKIEGO. Z przemówienia nowego przewodniczącego oraz z dłuższej dyskusji, jaka się następnie wy-

wiązała, widać, że zadania swoje sekcya biologiczna zakresliła szeroko, że pracować zamierza nad wyświetleniem i spopularyzowaniem najrozmaitszych zagadnień teoretycznych, których zastosowanie praktyczne będzie przedmiotem prac innych sekcji Towarzystwa. Program ogólny prac sekcji, który przyrzekł wypracować kol. NUSBAUM, da możność zorientowania się w materyale i pozwoli uniknąć pominięcia którejs z ważniejszych kwestyi higienicznych, nie krępując bynajmniej członków ścisłem przestrzeganiem porządku, w jakim objęte programem sprawy mają być rozpatrywane. Porządek dzienny najbliższego posiedzenia sekcji zapowiada odczyt o dezynfekcyi, w opracowaniu kol. FABIANA i NENCKIBGO. Posiedzenia sekcji odbywać się będą w drugi piątek każdego miesiąca, najbliższe zatem przypada na d. 13 stycznia r. p. Towarzystwo Farmaceutyczne gościnnie ofiarowało Sekcyi biologicznej swój lokal na odbywanie posiedzeń i pracownię do badań naukowych. Kol. BARTOSZEWICZ zaproził również do korzystania z jego prywatnej pracowni bakteryologicznej.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Nowiny Lekarskie.* RYDYGIER. O hemoroidach. [C. d.]. W. HASZKOWEC. Porażenie wrzekomo-opuszkowe (*paralysis pseudobulbaris*). [C. d.]. O. BUJWID. Kilka uwag z powodu artykułu D-ra KROKIEWICZA: „2 przypadki ciężca urazowego“. KROKIEWICZ. Odpowiedź prof. BUJWIDOWI. DZIEMBOWSKI. Przyczynek do nauki o zatruciach pokarmami ze świata zwierzęcego (*zootrophotonismus*). — *Przegląd Lekarski.* RYDYGIER. Aseptyczny stół operacyjny. H. SCHRAMM. Stopa szpotawa wrodzona. [C. d.]. FR. KOŚMIŃSKI. O zmniejszeniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu [C. d.]. — *Medycyna* № 50. J. ROSENTHAL. Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie w 1896—1897 r. [C. d.]. Wz. OLTUSZEWSKI. Szósty przyczynek do nauki o zбочe-niach mowy. [Dok.]. *Zdrowie* № 159 J. KOWAŁSKI. Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu Warszawskiego w świetle cyfr. [Dok.].

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1899 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. 1899 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

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

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

## APTEKA

## E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

*Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w rurkach zatopionych (in ampulis).*

Środki ulegające rozkładowi przy ciepłocie wrzenia wody, wyjąłowane sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.

Acid benzoic. c. Camphor. aa 0,10. Spirit. Vini.		Ergotinum dialysat. Bombel.	0,10 in 1 CC.
Antipirin. Knorr. 0,25 in 1 CC.		" " "	0,20 in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk. 0,01 in 1 CC.		" " BonJean	0,10 in 1 CC.
Camphora resublimat. 0,10 in 1 CC. ol. amygdal dulc.		" " Denzel	0,10 in 1 CC.
Chininum bimuriatic.	0,10	" " Wigersi	0,10 in 1 CC.
" " "	0,20		
" dihydrobromic.	0,10	Kali Cartharidiniei	0,0002
Coffeinum natrio-benzoicum	0,20	Morphin muriat Merek	0,01
Cornutin Kobert	0,005	" " "	0,02
Cocain. muriat. Merc.	0,01	" " "	0,03
" " "	0,03	" phtalicum "	0,01
" " "	0,05	Pilocarpin. muriatic.	0,01
Ueain. hydrochlor. "	0,05	Strychnin. nitricum	0,001

Środki lecznicze, jak eter i sole rtęciowe, niewyjąłowane, a tylko rurki napełnione i następnie zatopione.

Aether acetic. c. Camphor. 0,05 in 1 CC.
" depurat 1 CC.
" " c. Camphora 0,10.
" " " 0,10 et 30% Ol. amygd. dul. in 1 C.C.
Hydrarg. benzoicum 0,02—Na Cl 0,0 2 in 1 CC.
" bichlorat. corrosiv. 0,01—Na Cl. 0,20 in 1 CC.
" cyanatum 0,01 in 1 CC.
" formamidat 0,01 in 1 CC.
" glutino-pepton-hydrochlor. 0,01 in 1 CC.
" peptonatum 0,01 in 1 CC.

Każda rurka posiada płynu od 1,1 CC. do 1,2 CC. Jestto zrobione ze względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego rozlania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

Środki lecznicze, nieobjęte powyższym spisem, lub też w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrządza na żądanie, w niemniejszej jednak ilości jak 24 rurek.

Dla wygody PP. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne w płótno zawierające strzykawkę Pravaza z azbestowym lub gumowym tłoczkiem i miejsce na 6 rurek. Cena pudełka bez płynów sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, z igłami platynowymi rs. 2 kop. 50.

**Franzensbad.**Źródło Natallii.

Najbogatsze w kwas węglany źródło litynowe.

Zalecane bywa w zastarzałych przypadkach diatezy kwasu moczowego, przy małym wydzieleniu kwasu moczowego z krwi, przy kamkach i piasku moczowym, przy cierpieniach nerek i pęcherza, artrytyzmie, reumatyzmie, podagrze i t. p.

Powagi lekarskie stosują tę wodę z wyborynym skutkiem.

52—46

Działanie pędzące moczu.Smak przyjemny.Nie obciąża trawienia.

Wszelkie prawa wysyłki.

Heinrich Mattoni, Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

**CAŁY ROK**  
Hydropatja,  
Elektryczność,  
Masaż  
i t. d.

NATĘCZÓW

**W  
LECIE**  
Kąpiele  
Żelaziste,  
Borowinowe,  
Kumys, Gimnastyka.

12—5

**Księgarnia p. f. E. WENDE i S-ka.**

Warszawa, Krak.-Przed. 9, Telefonu Nr. 1415.

Poleca się do pośrednictwa w *PRENUMERACIE PISM LEKARSKICH* i *PRZYRODNICZYCH* w polskim i obcych językach na *ROK 1899*.

Księgarnia otrzymuje stale *NOWOŚCI* lekarskie i przyrodnicze w polskim, francuskim i niemieckim języku, stałym klientom przysyła nowe książki do przejrzenia.

**ZAMÓWIENIA ZAŁATWIA SZYBKO I DOKŁADNIE.**

3—3

**Warszawski Zakład Ginekologiczny**

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natansona, Thiemego, Tyrehowskiego i Winawera 0—12

przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się stałości za opłatą 1—5 rs. dziennie: za całkowite utrzymanie, leczenie, lekarstwa i t. d. 0—14

D-r M. Jakowski, b. asyst. kliniki dyagnostycznej, dokonuje wszelkich mikroskopowych, głównie bakteryologicznych rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna 26.