

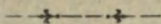
GAZETA LEKARSKA.

Z DOMU WYCHOWAWCZEGO PRZY SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. O DZIAŁANIU BISMUTOZY W CHOROBYCH PRZEWODU POKARMOWEGO NIEMOWLĄT.

Podał

Józef Brudziński.



Nowy ten preparat bismutu, sporządzony według wskazówek dra LAQUER'a z Wiesbadenu, jest połączeniem białkowym bismutu—*bismutum proteinicum*.

LAQUER wpadł na myśl tego połączenia w celu usunięcia własności toksycznych, jakie posiadają inne preparaty bismutu (*Bismut. subnit.*, *Bismut. gallic. basicum* czyli *Dermatol*, *Bism. oxyjodidgallic.* czyli *Airol*). Toksyczność soli bismutowych wykazaną została doświadczalnie na zwierzętach jeszcze przez STEINFELD'a i MEYER'a; przypadki zatrucia bismutem opisali GAUCHER, KOCHER i inni, w ostatnich czasach—DREESMAN. W przypadkach tych bismut używany był przeważnie zewnętrznie jako proszek do zasypywania na rany lub oparzenia. Przypadki zatrucia po podawaniu do wewnątrz opisuje COHN, DUBRENILLE; są one jednak niezmiernie rzadkie. Jako objawy zatrucia solami bismutu występują: *stomatitis*, *gastro-enteritis*, *nephritis*. Nowy preparat bismutu, jako połączenie białkowe, trudniej się wchłania, niebezpieczeństwo zatrucia jest więc mniejsze, posiada większą zdolność wiązania kwasów niż *bism. subnit.* i przeto z korzyścią, zdaniem LAQUER'a, używanym być może przy *hyperaciditas* i przy *ulcus rotundum*. *Bismutum proteinicum* nie wchłania się w żołądku, lecz zarówno jak tanalbina i tanigen dopiero w dolnych odcinkach jelit.

Bismutoza przedstawia biały, drobny proszek, bez smaku i zapachu; wystawiona na działanie światła zabarwia się na szaro. Ogrzana do 130°—140° nie ulega prawie rozkładowi; ciepłotę 110°—120° wytrzymuje bez szkody dla składu chemicznego, może więc być podawana sterylizowana.

Zawartość bismutu w tem połączeniu wynosić 21%.

W wodzie, jak również w rozcieńczonych kwasach i zasadach bismutoza pęcznieje dość silnie; w rozcieńczonych zasadach po dłuższym oddziaływaniu rozpuszcza się; przy ogrzewaniu powstaje bardzo szybko żółtawy, nieco mętny rozczyń.

Siarki alkaliu w rozczyźnie wodnym barwią bismutozę na brunatno; dopiero przy ogrzewaniu występuje ciemno-brunatne zabarwienie bismutowe. Przy dłuższym oddziaływaniu rozcieńczonych kwasów przy ogrzewaniu bismutoza częściowo się rozpuszcza.

Względem sztucznego soku żołądkowego zachowuje się bismutoza nader odpornie: po kilkogodzinnem oddziaływaniu przy ciepłocie ciała zaledwie cząsteczka bismutu obok białka się rozpuszcza, można więc śmiało powiedzieć, że preparat ten przechodzi do kiszek, nie rozkładając się w żołądku. Sztuczny sok trzustkowy działa daleko energiczniej, lecz i tu część zaledwie bismutu przechodzi w rozczyń, tak że przypuszczać należy, iż część bismutozy dosięga nierozłożona dolnych odcinków jelit.

Dawki podaje LAQUER następujące:

niemowlętom 1,0—2,0 co godzina,

dzieciom starszym 2,0—4,0 czyli $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki od herbaty.

Bismutoza, preparat przygotowany fabrycznie bardzo niedawno, posiada już swoją literaturę. Zajmowano się głównie działaniem ściągającym tego preparatu i to przeważnie u dzieci. KUCK [z polikliniki w Wiesbaden] jako wskazanie do podawania bismutozy uważa ostre dyspepsy, ostre i przewlekłe katary kiszek. Przy podawaniu bismutozy przekonał się, iż jest to preparat zupełnie nieszkodliwy o wybitnem działaniu ściągającym; oprócz tego działa uspokajająco i pokrywając mechanicznie błonę śluzową, w stanie zapalenia będącą, przeszkadza przedostawaniu się produktów trujących do krwiobiegu. Działania ubocznego, niekorzystnego na apetyt lub pod innymi względami, nie spostrzegął. Dawki KUCK radzi dawać duże—dzieciom poniżej $\frac{1}{2}$ roku 1,0—2,0 co godzinę, dzieciom starszym łyżeczkami od herbaty co godzina; stosował również 10%—20% zawiesinę w krochmalu jako lewatywy kilka razy dziennie. W okresie zdrowienia radzi KUCK stopniowo zmniejszać dawki. Jako formę podawania radzi następującą: do danej ilości bismutozy należy dodać podwójną ilość ciepłej wody lub kleiku ryżowego wodnistego; dolewać należy powoli, wciąż mieszając; tworzy się wtedy papka. Tak przygotowana papka rozpuszcza się w dowolnej ilości płynu i tworzy zawiesinę. KUCK w pracy swej nie przytacza szczegółowych danych klinicznych.

Dr MANNASSE w Karlsruhe, który również robił doświadczenia kliniczne z bismutozą w chorobach przewodu pokarmowego przeważnie u dzieci, w pracy swej przytacza dwadzieścia parę historyi choroby. Jako cechę dodatnią bismutozy podnosi MANNASSE jej rozpuszczalność względną, większą niż tanalbinu i tanigenu, co w praktyce dziecięcej miałoby duże znaczenie. Z przytoczonych danych, zebranych na materyale poliklinicznym, należałoby wnosić o nader dobrem działaniu bismutozy. MANNASSE podawał ją dzieciom w *chole-
ra infant. per os i per anum* w lawatywach—wyleczenie otrzymywał po 2—3—4

dniach. Przekonał się z doświadczeń swych o zupełnej nieszkodliwości bismutozy nawet przy bardzo dużych dawkach.

Na propozycję dra ANDERSA podawałem w Domu Wychowawczym niemowlętom bismutozę podczas miesięcy letnich przez część lipca, sierpień i wrzesień. Zebrałem 10 obserwacji kompletnych, które uważam za słuszne w całości tu przytoczyć; przedtem jednak muszę zrobić parę uwag.

Z początku podawaliśmy bismutozę łyżeczkami, rozrabiając ją z pokarmem mamki, lecz niemowlęta nie tylko przyjmowały niechętnie, lecz wprost nie mogły przelić gęstej papki, jaka się przy tem tworzy. Spróbowaliśmy więc podawać w zawiesinie, podobnie jak *bismutum subnitricum* z *mucil. gum. arab.*, lecz ponieważ bismutozę, zgodnie ze wskazówkami LAQUER'a i innych, dawaliśmy w dużych dawkach [niemowlętom przed $\frac{1}{2}$, rokiem 1,0—2,0 co godzina], należało zapisywać bismutozę w bardzo gęstej zawiesinie, najmniej 20,0 na 100,0, by na łyżeczkę wypadło po 1,0. Bismutoza rzeczywiście częściowo się rozpuszcza i pęcznieje, lecz pomimo to grubą warstwą osiada na dnie butelki ze względu na ogromną ilość proszku, zawartą w zawiesinie. Niemowlęta przelić ją i w tej formie podaną bismutozę dość trudno.

1) A. W. dziecko 5 mies. niezłego odżywiania; 22. VIII. 7 stolców płynnych—bismutoza 1,0 co godz.; 23-go—3 stolce płynne żółte; 24-go—2 płynne; 26-go—2 żółte zupełnie normalnej zbitości.

2) F. Z. 1 mies. Marnie odżywione. Stolce 3 na dobę płynne, zielone. Co godzina 1,5 bismutozy. 28. VIII. 2 stolce zielonkawe półpłynne; 29-go—1 stolec czarny dobrej zbitości; 30-go—2 ciemno-szare, półgęste.

5. IX. znowu 3—5 stolców zielonkawych, płynnych. 7. IX. bismutoza—2,0 co godz.; 9-go—3 półpłynne; 11-go—2 ciemne.

12. IX. 1 czarny; 13-go—3 szaro-żółte. Przerwano podawanie bismutozy; następnym dni po 2 stolce ciemno-zielono-szare.

26. IX. 5 stolców płynnych—dziecko pozostało u mamki samo, więc było przekarmiane; zalecono dawać mniej pokarmu, dyeta wodna 6 godz.; żadnego lekarstwa; 27. IX. 2 stolce żółte, dobre.

3) S. O. 1. mies. Średniego odżywiania. 25. IX. 3 stolce żółte; 26-go—9 stolców żółtych, zupełnie płynnych. Podano bismutozę [20,0:100,0 co godz. 2 łyżeczki]. 27-go—1 stolec czarny.

4) P. F. 2 mies. *Gastro-enteritis acuta*. Wymioty, stolce częste. Wymioty od 24. VIII. do 28. VIII. [Podawano *Calomel*, *Menthol* i t. d.] trzykrotne przepłukiwanie żołądka. Wymioty ustały.

5. IX. Stolce 4 płynne żółte; bismutoza co 2 godz. 2,0; 6. IX. 1 stolec ciemno-zielono-szary. 7-go—2 półpłynne; 9-ego dziecko zwymiotowało parę razy bismutozę; przestano dawać; 1 stolec; 10. IX. 2 żółte dobre.

5) J. B. 5 mies. Niezłe odżywianie. 20. VIII. dyspepsja. *Colica flatulenta*, wyzdrowienie. 5. IX. 4 stolce nierównomierne grudkowate; bismutoza co 2 godz. 2,0; 6-go—5 stolców zielonkawych; półgęstych. 7-go—5 zielonkawych; bismutoza co godz. 2,0; 9-go—3 zielonkawe; 10-go—4 półgęste; następnym dni po 3 ciemno-zielono-szare. Zaprzestano dawać bismutozę.

21. IX. 5 stolców płynnych; bismutoza 2,0 godz.; 24-go—4 stolce płynne.
26. IX. 9 płynnych, żółtych. 27-go—4 stolce zielonkawe [w nocy jeden czarny].
28-go—6 szaro-zielonych; 30-go 1 czarny; następnym dni po 1—2 ciemne.

Ugrupowałem tu przypadki, w których działanie bismutozy było mniej lub więcej dodatnie. W przypadku pierwszym mamy działanie wyraźne—po 24-ch godzinach ilość stolców zmniejsza się z 7 na 3; na 4-y tydzień następuje wyleczenie zupełne. Warto przyrzeć się bliżej wynikom, otrzymanym w przypadku drugim—bismutoza wywarła tu wyraźnie dobry wpływ: po 2-ch dniach—1 stolec czarny. Zaprzeszano dawać. W kilka dni znowu stolce częstsze zielonkawe, zalecono bismutozę—znowu z dobrym skutkiem: już po dwu dniach polepszenie, na piąty dzień 1 stolec czarny, następnym dni po 2 stolce. W parę tygodni znowu 5 stolców, jak się okazało, jedno dziecko mamki zostało wydane na wieś; mamka mając jedno tylko dziecko, zaczęła dawać ssać znacznie częściej i więcej naraz; zalecono dyetę wodną przez 6 godzin, potem ssać co 2¹/₂ godz.; dawać mniej naraz; już na drugi dzień 2 stolce żółte, dobrej zbitości. Ostatni fakt ten ciekawym jest ze względu na sposób wyciągania wniosków klinicznych. W pracy MANNASSE'go spotykamy obserwacye z nader dodatnim wynikiem w działaniu bismutozy, w których rzecz się ma tak samo, jak w danym przypadku: dziecko wzięto na dyetę i podano bismutozę; zachodzi pytanie, który z tych dwóch czynników odegrał tu większą rolę. Gdybyśmy w naszym przypadku podali bismutozę, efekt otrzymany na drugi dzień przypisałibyśmy bez wątpienia bismutozie; z drugiej strony, gdybyśmy nie doszli w danym przypadku głównej przyczyny—przekarmiania i, nie zmieniając nic, podali bismutozę, efekt byłby na pawno ujemny, a i tu wniosek co do działania bismutozy byłby nieścisły. Zatrzymałem się dłużej nad tym faktem ze względu, iż notatki kliniczne, szczególnie zbierane poliklinicznie, jak to miało miejsce z pracami, cytowanymi wyżej, zawierają dużo takich nieścisłych wniosków. O działaniu danego preparatu kiszkowego decyduje wiele czynników,—w przypadkach, zda się identycznych, otrzymujemy wręcz różne wyniki; wchodzi tu w grę, oprócz stopnia nateżenia zmian na błonie śluzowej, i czynniki natury bakteryologicznej: gdy w kanale kiszkowym, pod wpływem zmienionej choroby wo wegetacji bakteryjnej, wywiązuje się nienormalna fermentacya, wtedy działanie nawet najlepszego preparatu ściągającego kiszkowego schodzi na plan drugi, wtedy dyeta wodna, mechaniczne oczyszczenie kanału kiszkowego (*grands lavages*) wywierają skutek daleko pomyślniejszy. Na poparcie przypuszczeń tych przytoczyć możemy choćby fakt następujący: preparaty bismutu opuszczają kanał kiszkowy jako siarek bismutu, nadając stolcom czarne zabarwienie—otóż reakcyja w wielu przypadkach nie następuje; działanie zaś skuteczne *par excellence* jest widocznie od tego zależne, gdyż w wypadkach z wynikiem dodatnim stolce przybierają wygląd charakterystyczny [czarnawy, szaro-żółty, ciemno-zielono-szary i t. p.]. Widzimy takie działanie w przypadkach: drugim, trzecim i czwartym. W przypadku piątym działanie bismutozy występuje za każdym razem dopiero po pięciu dniach; wtedy i stolce przybierają charakterystyczny wygląd. Mamy tu więc do czynienia z oddziaływaniem spóźnionem prawdopodobnie pod wpływem przytoczonych czynników; zupełnie

identyczne spostrzeżenia można zebrać i co do działania *bism. subnit.* lub *salicyl.*—często działanie ich jest spóźnione, często żadne.

Pięć przypadków następujących stanowi właśnie przykłady odpowiednie; bismutoza nie wywierała tu żadnego wpływu ani na ilość stolców, ani na ich zbitość.

Przytoczę tu tylko dwa przypadki.

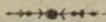
Dom. K. 2 mies. Marne odżywienie. Po 4—5 stolców zielonkawych; po 2,0 bismutozy co godz. przez kilka dni podawano bez skutku. Po kilku dniach zalecono *bism. subnit.* (2,0 : 100,0) co 2 godz. łyżeczkę po 24-ch godzinach — 1 stolec czarny, następnie 3 ciemne, wreszcie normalne.

W przypadku następującym nie działały ani bismutoza, ani *bism. subnit.* A. M. Przez 15 dni po 5 stołeczków zielonych na dobę; z początku 2,0 bismutozy co 2 godz., później co godzina. Podawano przez 8 dni [od 14 do 21. IX] bez skutku. 23. IX.—*bism. subnit.* 2,0 : 100,0 przez kilka dni również bez skutku. Wyzdrowienie ostatecznie nastąpiło po przepłukaniu żołądka, dycie i stopniowym uregulowaniu karmienia.

Wyniki badań nad działaniem bismutozy są więc takie, jakich się spodziewać należało, jakie dają inne preparaty ściągające: działanie jest zmienne, zależne od wielu warunków; indywidualizowanie przypadków jest tu rzeczą najgłówniejszą. Bismutoza może być więc podawana obok tanalbiny, tanigenu i preparatów bismutu, oddawna znanych; jakiegoś jednak cennego nabytku dla terapii chorób przewodu pokarmowego niemowląt nie stanowi; ze względów zaś wymienionych wyżej [dużych dawek i trudnego podawania] ustępuje nawet innym preparatom bismutu, jak *bismut. subnitric.*, *salicylic.* i *phosphoricum solubile.*

Notatka niniejsza mogłaby się wydawać zbytęzną; spekulacya fabryczna puszcza w świat tyle nowych preparatów, że nie warto zadawać sobie trudu sprawdzania ich działania; sądzę, że w niektórych przypadkach warto; tembardziej, gdy kwestyą daną zajmuje się prasa lekarska zagraniczna i gdy sam preparat *a priori* nie może być zakwalifikowany do rzędu spekulacyjnych. Zresztą reklama już to robi, że wiele takich preparatów znajduje zastosowanie w praktyce; warto więc przyrzec się ich działaniu.

L I T E R A T U R A.

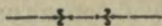


- 1) LAQUER. Ueber Bismutose, eine Wismutproteinverbindung Therapie der Gegenwart. Lipiec 1901.
- 2) KUCK. Ueber Bismutose. Ther. d. Gegenw. 1901.
- 3) MANNASSE. Ueber den praktischen Werth der Bismutose. Therap. Monatsh. 1901.
- 4) DREESMAN. Ueber Wismutintoxication. Berlin. Klin. Woch. 1901. Nr. 36.

II. KILKA UWAG KRYTYCZNYCH W SPRAWIE ROZPOZNAWANIA RAKA ŻOŁĄDKA

Skreślił

Dr Józef Goldbaum.



Errare humanum est, owa odwieczna prawda, nie zawsze staje w obronie błędów ludzkich. Zwłaszcza w zawodzie lekarskim, gdzie idzie o zdrowie, a częstokroć i życie ludzkie, odmienną zupełnie miarę stosuje się do oceny postępowania lekarza, a tem samem i błędów lekarskich.

Lekarz, przystępując do łoża chorego, staje się odrazu wobec otoczenia jego moralnie odpowiedzialnym za każdy krok swój, za każde niemal wyrzuczone słowo.

W większości przypadków samo otoczenie chorego wymaga od lekarza od pierwszej chwili rozpoznania i rokowania co do danej choroby. We wielu jednak razach tylko ambicya pcha lekarza do zbyt wczesnego robienia wniosków.

A gdy chodzi o rozpoznanie choroby nieuleczalnej, to już wtedy lekarz staje się wyrocznią życia lub śmierci, a zatem spada na niego ciężka odpowiedzialność nie tylko przed otoczeniem chorego, lecz i przed sumieniem własnem, gdy zbyt preceni niebezpieczeństwo i przepowie blizką śmierć tam, gdzie może nastąpić wyzdrowienie. Rozpoznanie np. nowotworu złośliwego tam, gdzie go niemá, nie uzyska już w żadnym razie przebaczenia dla przepowiadającego.

Zdarzają się jednak podobne przypadki w praktyce lekarskiej dość często. Przyczyną tego—zbyt śpieszne wnioskowanie.

A badacze, którzy ogłaszają swe odkrycia zbyt pośpiesznie, z obawy częstokroć, aby nie byli wyprzedzonymi przez innych, popełniają błędy stokroć cięższe, za które zazwyczaj odpowiadają nie oni, lecz ci łatwowierni, którym *verba magistri* zbyt łatwo trafiają do przekonania.

Przywykliśmy cenić tych lekarzy, którzy wiele czytają i dowiadują się wcześniej, niż inni, o wszelkich najnowszych zdobyczach wiedzy lekarskiej. Niewątpliwie są to lepsze jednostki z pośród nas. Lecz nie wszyscy ci czytani lekarze znajdują uznanie w praktyce zawodowej, o ile nie przesiąkną krytycyzmem dla wszelkich „najnowszych wyników nauki”. Znajomość tych ostatnich może nieraz przyjsć z pomocą lekarzowi w chwili trudnej, lecz często w błąd go wprowadza, jeśli zbyt ślepo w nie wierzy.

Powyższe ogólne uwagi przychodzą nam zawsze na myśl, ile razy zdarza nam się widzieć, z jaką bezkrytyczną wiarą przyjmują lekarze ogłaszane zbyt pośpiesznie wyniki fałszywych obserwacji.

Niezbyt dawno jeszcze, dzięki głównie pracom VELDEN'a i RIEGEL'a, uważano brak kwasu solnego w żołądku za objaw patognomiczny dla raka żołądka i rozpoznanie tej choroby opierano nieraz jedynie na stałym braku odczynu na kwas solny wolny w treści pokarmowej żołądka. Wkrótce jednak przekonano się [EWALD, JAWORSKI, GRUNDZACH i inni], że objaw ten napotyka się przy wielu innych chorobach żołądka, mianowicie: przy niezycie zanikowym (*gastritis atrophicans*), przy niezycie śluzowym (*gastritis mucosa*), przy zwyrodnieniu skrobiowatym (*degeneratio amyloidea*), wreszcie w przypadkach niedomogi wydzielniczej nerwowej (*achilia gastrica*).

Dopóki głoszone przez VELDEN'a i RIEGEL'a zasady nie zostały sprostowane, dopóty niejednemu z lekarzy zdarzało się rozpoznawać nowotwór złośliwy żołądka tam, gdzie go nie było. Bardziej krytycznie myślący lekarze unikali podobnych pomyłek, gdyż nie spieszyli się z wyciąganiem wniosków z pojedynczych objawów, choćby uważane one były przez najpoważniejszych uczonych za patognomiczne dla jakiejś choroby.

W tejże samej dziedzinie badań możemy przytoczyć więcej przykładów.

W r. 1892 BOAS ogłosił pracę ¹⁾, w której dowodził, że obecność w żołądku kwasu mlecznego, o ile nie był on wprowadzonym do żołądka z pokarmem, może mieć miejsce li tylko przy raku żołądka. BOAS podawał chorym po starannem przepłukaniu żołądka próbné śniadanie, złożone z talerza kleiku jęczmiennego, a więc nie zawierające wcale kwasu mlecznego. W godzinę po spożyciu śniadania przez chorego autor wydobywał zgłębnikiem zawartość z żołądka i poszukiwał w niej kwasu mlecznego, którego obecność dowodziła, że wytworzył się on tylko w żołądku. Spostrzegłszy, że fakt ten ma miejsce tylko w tych przypadkach, gdzie poprzednio stwierdzonem zostało istnienie nowotworu złośliwego, doszedł do wniosku, że otrzymywanie odczynu na kwas mleczny w treści żołądka po próbnem śniadaniu, w skład którego nie wchodzi ów kwas, jest dowodem obecności raka żołądka. BOAS dodaje przytem, że bywają przypadki raka żołądka, w których objawu powyższego wykryć nie można, lecz są to tylko te przypadki, w których znajduje się wolny kwas solny, przeszkadzający do otrzymania odczynu na kwas mleczny.

W parę lat po owem odkryciu zostały ogłoszone przez THAYER'a ²⁾, ROSENHEIM'a ³⁾ i KLEMPERER'a ⁴⁾ przypadki chorób niezłośliwych, w których spostrzegano wytwarzanie się w żołądku kwasu mlecznego. Wreszcie każdy z lekarzy, mający sposobność częściej badać zawartość żołądka, rychło przekona się, że kwas mleczny może się wytwarzać w żołądku przy rozmaitych cierpie-

¹⁾ I BOAS. Deutsche med. Wochenschr. 1892. r. Nr. 17.

²⁾ Cytowane u M. EINHORN'a: Die Krankheiten des Magens. Berlin. 1898.

³⁾ ROSENHEIM. Berliner klin. Wochenschrift. 1894. Nr. 39.

⁴⁾ KLEMPERER. Deutsche med. Wochenschr. 1895.

niach tego narządu, przebiegających z brakiem wydzielania się kwasu solnego.

A więc zarówno jak brak wolnego kwasu solnego, tak i obecność kwasu mlecznego nie są objawami patognomicznymi, lecz tylko zasługują na szczególną uwagę, jako wybitne objawy, z którymi należy bardzo się liczyć przy rozpoznawaniu lekarskiem.

Obecnie sprawa rozpoznawania nowotworu złośliwego żołądka przechodzi znowu podobną do poprzednich fazę.

Oto jak się kwestya ta tym razem przedstawia.

Pomiędzy drobnoustrojami, znajduwanymi dotąd w żołądku przy sprawach gnilnych, zwraca szczególną uwagę pewien ich gatunek, który spostrzegać się daje i to zazwyczaj w dużej ilości, tylko w przypadkach znacznie upośledzonej sprawności wydzielniczej w połączeniu z przeszkodą w przechodzeniu pokarmów z żołądka do kiszek. Są to cienkie i bardzo długie laseczniki, układające się przy większem nagromadzeniu w taki sposób, iż tworzą sploty w postaci sieci na znacznej przestrzeni pola mikroskopowego. Sieci tych laseczników mają tak charakterystyczny wygląd, że kto raz je widział, łatwo je rozpozna w każdym przypadku, gdzie one się znajdują. O tym laseczniku wspominali już dawniej niektórzy badacze, nie przypisując mu jednakże decydującego znaczenia w sprawie rozpoznawania. O ile mi wiadomo z literatury, pierwszy REJCHMAN obserwował go we wielu przypadkach raka żołądka, nie przypisując mu bynajmniej patognomicznego znaczenia. Wzmiankę o tem znajdujemy w sprawozdaniu z jednego z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w r. 1888, w dyskusji z powodu omawianych przez ś. p. MATLAKOWSKIEGO dwóch przypadków wycięcia żołądka, dotkniętego rakiem ¹⁾.

Bardziej skory do wniosków BOAS ²⁾ w Berlinie zwrócił na wspomniany lasecznik szczególną uwagę, przypisując mu wybitne znaczenie przy rozpoznawaniu raka. Za nim uczeń jego OPPLER ³⁾ potwierdził prawdziwość tego zapatrywania swojemi spostrzeżeniami. Wreszcie SCHLESINGER i KAUFMANN ⁴⁾ otrzymali czyste hodowle i zbadali warunki ich rozwoju. Hodowla tego lasecznika najlepiej udaje się na agar-agar, zawierającym 1% cukru; na żelatynie nie rozwija się. Kolonie na agar-agar występują już na drugi dzień i dosięgają wielkości główki szpilki; obserwowane przez szkło powiększające przedsta-

¹⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1889.

Na str. 542, gdzie mowa [dr REJCHMAN] o zawartości żołądka u chorych, dotkniętych rakiem odźwiernika, czytamy, co następuje: „Pod drobnowidzem widać cząstki pokarmów, ciała ropne, dużo laseczników, tworzących kolonie na kształt plecionki zbitej, jakkolwiek takież same bywają i przy innych stanach patologicznych“.

²⁾ BOAS. Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig. 1897—1899.

³⁾ OPPLER. Zur Kenntnis des Mageninhalts beim Carcinoma ventric. Deutsche med. Wochenschr. 1895.

⁴⁾ SCHLESINGER u. KAUFMANN. Ueber einen Milchsäure bildenden Bacillus und sein Vorkommen im Magensaft. Wiener klin. Rundschau. 1895.

wiają się w postaci małych kosmków welny. Dla celów rozpoznawczych nie ma potrzeby robić hodowli, zwykle badanie drobnowidzowe zawartości żołądka wystarcza w zupełności: lasecznik ten, jak już wspominałem, nie trudno daje się odnaleźć i wyróżnić z pośród innych. Nadano mu nazwę *Fadenbacill*.

Na tem nie koniec. W mies. marcu r. b. w „*Semaine médicale*” ukazała się praca H. EHRET'a ¹⁾, priv. docenta Uniwersytetu Strassburskiego, omawiająca szczegółowo sprawę wspomnianego lasecznika, ochrzczonego przez autora nazwą *bacillus filiformis*. EHRET przychodzi do wniosku, że lasecznik ów, spostrzegany w żołądku, jest nieomylnym zwiastunem nowotworu złośliwego tego narządu.

Autor obserwował w szpitalu 29-iu chorych: u każdego z nich miała miejsce znaczna fermentacya w żołądku, wskutek stałego zatrzymywania się w nim pokarmu; przytem u każdego z nich przy badaniu drobnowidzowem zawartości żołądka „*bacillus filiformis*” czyli „*Fadenbacill*” [niemieckich autorów] dawał się spostrzegać w ogromnej ilości. Z tych 29-iu chorych u 25-iu został stwierdzony bądź przy operacyi, bądź też przy badaniu pośmiertnem rak żołądka; co się tyczy zaś pozostałych 4-ch chorych, nie można było, z przyczyn od autora niezależnych, stwierdzić rozpoznania.

Wielka szkoda, że autorowi nie udało się obserwować w dalszym ciągu tych pozostałych 4-ch chorych. Być może, że właśnie ci pozostali chorzy skierowaliby sąd autora na właściwe tory. Ma się prawo bowiem przypuszczać, że któryś z nich, a może wszyscy czterej wyzdrowieliby po gastro-enterostomii.

Już sam fakt stałego zatrzymywania się pokarmów w żołądku z jednocześnie upośledzonym lub zupełnie zniesionem wydzielaniem się soku żołądkowego, w znacznej większości przypadków ma miejsce przy raku żołądka, w wyjątkowych zaś razach bywa przy zwężeniu natury niezłośliwej. Co się zaś tyczy wiadomego lasecznika, to, zdaniem mojem, może on znaleźć się wszędzie tam, gdzie mamy znaczne zatrzymywanie się pokarmów z powodu zwężenia odźwiernika, bez względu na to, czy jest ono pochodzenia nowotworowego, czy też powstało wskutek zmian natury niezłośliwej. Tak w jednym, jak i w drugim razie możemy mieć jednocześnie niezbyt zanikowy błony śluzowej żołądka, a wtedy zjawiają się wszelkie warunki, sprzyjające sprawom gnilnym z towarzyszącem im rozmnażaniem się rozmaitych koków i laseczników, między którymi, jak widzimy, najwięcej zajęcia budzi wspomniany gatunek.

A więc, zarówno jak sam fakt silnego gnicia w żołądku przy znacznem zatrzymywaniu się pokarmów przemawia daleko bardziej za rakiem odźwiernika, niż za zwężeniem niezłośliwym, tak i obecność w tym razie dużej ilości laseczników, pomiędzy którymi spotyka się prawie zawsze omawiany „*bacillus filiformis*”, z tych samych względów może tylko bardziej przemawiać za istnieniem nowotworu, lecz w żadnym razie o nim napewno wyrokować.

¹⁾ H. EHRET. Valeur de la présence du bacille filiforme dans l'estomac pour le diagnostic précoce du cancer de cet organe.

Prócz wspomnianych 29-iu przypadków, EHRET opisuje jeszcze jeden, z praktyki prywatnej, w którym ośmielił się postawić rozpoznanie raka żołądka bardzo wczesnie, na zasadzie znajdowanego w nim „*bacillus filiformis*“, pomimo że żadnych wybitniejszych objawów, przemawiających za istnieniem nowotworu złośliwego, nie było.

Przypadek ten, trzeba przyznać, wydaje się na pozór bardzo przekonującym, lecz bardziej, niż trafność przepowiedni, należy podziwiać śmiałość EHRET'a w wypowiedaniu swego sądu tam, gdzie większość lekarzy, trzeźwiej od niego na rzeczy patrzących, byłaby się zachowała o wiele ostrożniej. Toć każdy z nas mógłby przytoczyć z własnej praktyki wiele podobnych przypadków, co do których można byłoby z wielkim prawdopodobieństwem wyrokować już w zaraniu choroby, lecz powstrzymuje nas od tego możliwość pomyłki, choćby możliwość ta była minimalna.

Że i w przypadku swoim EHRET, podpisując wyrok śmierci, mógł się pomylić, niema wątpliwości. Jako dowód, przytoczę tutaj przypadek, w którym dawał się obserwować tak zwany przez EHRET'a „*bacillus filiformis*“, a który mimo to zakończył się zupełnym wyzdrowieniem.

Obserwuję obecnie takich przypadków więcej, lecz zanim będę w prawie je ogłosić, śpieszę w krótkich słowach zakomunikować ten, którego pomyslnie zakończenie nie może już ulegać wątpliwości.

W grudniu roku zeszłego dokonałem w pracowni dra REJCHMANA analizy zawartości żołądka kapitana B., wydobytej zgłębnikiem zrana na czczo. Od dawna chory skarżył się na bóle w dołku, zgagę i powtarzające się codziennie wymioty pokarmowe. Pomimo tych dokuczliwych objawów chory nie opuszczał służby wojskowej i był w niej czynnym. Analiza wykazała, co następuje: zawartość żołądka w obfitej ilości, gęsta, cuchnąca, reagowała silnie kwaśno z powodu dużej ilości kwasów organicznych, nie zawierała zaś wcale wolnego kwasu solnego. Badanie drobnowidzowe wykrywało: ciałka krochmalowe, włókna mięsne, czworniaki, drożdże, a wreszcie całe sploty łaseczników długich, cienkich, opisanych powyżej pod nazwą „*Fadenbacill*“ lub „*bacillus filiformis*“. Badanie zgłębnikiem powtarzałem od owego czasu parokrotnie, a mianowicie w marcu i kwietniu r. b. i zawsze znajdowałem zrana na czczo sporo zawartości silnie fermentującej, z dużą ilością kwasów organicznych i brakiem wolnego kwasu solnego. Za każdym również razem drobnowidz wykrywał obecność dużej ilości łaseczników, splecionych ze sobą w postaci sieci. Chory, nie widząc poprawy w stanie swojego zdrowia pomimo przestrzeganej diety i przez długi czas stosowanych przepłukiwań żołądka, zdecydował się na operację, która dokonana została dnia 16-go lipca przez dra KRAJEWSKIEGO. Podczas operacji przekonano się, że zatrzymywanie się pokarmów w żołądku zależało od zwężenia bliznowatego odźwiernika, istnienie zaś nowotworu zostało wykluczone. Po operacji chory począł szybko się poprawiać a w dniu dzisiejszym cieszy się jaknajlepszym zdrowiem.

Przypadek powyższy, sądzę, może być dostatecznym dowodem, że obecność w żołądku t. zw. „*bacillus filiformis*“ w żadnym razie nie ma tego znaczenia

patognomicznego, jakie mu przypisuje EHRET. Natomiast zgodzić się można, że objawowi temu należy nadać także samo znaczenie, jakie posiada wiele innych objawów, znanych w patologii, które same przez się nie mogą w sprawie rozpoznawania rozstrzygać kwestyi, mogą wszakże na równi z innymi wybitnymi objawami przemawiać z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem za istnieniem pewnej choroby.

Obecnie, gdy zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na daną sprawę, spodziewać się należy, że przypadków podobnych do opisanego przeze mnie nagromadzi się coraz więcej i rzecz zostanie wkrótce rozstrzygniętą w zupełności, tak jak to miało miejsce w tejże sawej dziedzinie badań z kwestyą wolnego kwasu solnego lub mlecznego.

Ta zwykła kolej badań naukowych wkraczania od czasu do czasu na fałszywe tory może zawsze znaleźć dla siebie tłumaczenie, lecz medycyna, mająca najwznioślejsze a zarazem najodpowiedniejsze zadanie, winna najbardziej liczyć się z istotą faktów, zanim otworzy swe podwoje przed „najnowszymi wynikami badań”.

Z AMBULATORIUM SZPITALA ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

III. PRZYPADEK

KAMIENIA SKÓRNEGO Z NIEZWYKŁYM UMIEJSCOWIENIEM.

Podał

Dr Wacław Wesolowski,

lekarz ambulatoryum szpitala św. Ducha do chorób skórnych i wenerycznych.

Pod nazwą kamieni skórnych rozumiemy złogi wapna, tworzące się w skórze właściwej lub tkance podskórnej w kształcie guziczków rozmaitej wielkości.

Sprawa kamieni skórnych nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniona ani co do ich charakteru anatomo-patologicznego, ani co do ich pochodzenia. Wszystkie rodzaje zwyrodniałych tkanek i stwardniałych wydzielin mogą zwapnieć i w ten sposób przekształcić się w kamienie. Szczególniej zaś często i łatwo odkłada się wapno w substancjach tłuszczowych. Według UNNA'y¹⁾, kamie-

¹⁾ DR UNNA. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. str. 867.

nie skórne tworzą się w ten sposób, że kwasy tłuszczowe, znajdujące się w zawartości gruczołów skórnych, rozkładają sole wapna, znajdujące się w limfie i tworzą nierozpuszczalne tłuszczyzny wapna.

Według MALHERB'a, większa część kamieni skórnych powstaje wskutek zwapnienia rozrosłych a często i torbielowo zwyrodniałych gruczołów tłuszczowych. Ulubionym umiejscowieniem kamieni skórnych, podług PROFICHET'a ¹⁾, są kończyny w górnych swych odcinkach, szczególnie w sąsiedztwie stawów.

Do powiedzenia tych słów kilku dał mi powód przypadek, obserwowany w ambulatoryum szpitala św. Ducha, którego opis poniżej podaję.

25. VI 1900 r. przybył do ambulatoryum w szpitalu św. Ducha chory z powodu, jak mówił, wrzodu twardego na członku.

Przy badaniu chorego znalazłem co następuje: mężczyzna 30-letni dobrze odżywiony; w organach wewnętrznych niema żadnych zmian; mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

Na skórze tułowia i kończyn niema żadnych wykwitów. Skóra prącia, wskutek niedokładnie wykonanego rytualnego obrzezania, na górnej powierzchni prącia po środkowej linii, odpowiadającej przebiegowi *vasorum dorsalis penis*, przyrasta do brzegu główki prącia, tworząc mostek szeroki na 1 cent. Mostek ten, przykrywając sobą *sulcum retroglandulare*, utworzył kanał, przez który jednak zgłębnika przeprowadzić się nie udało.

Na lewym brzegu tego mostka widać wygórowanie powierzchni skóry mocno zaczerwienionej, lecz w jednym miejscu swej powierzchni wyraźnie cieńszej, napiętej, błyszczącej i mniej czerwonej.

Przy badaniu palcami dawało się wyczuć wyraźne stwardnienie, ściśle ograniczone, jakby ciało obce pod skórą.

Przy naciśnięciu, prawie bez bólu, przez pękającą skórkę dał się wygnięść kamyczek, przypominający kształtem pestkę śliwki. Przy wyciskaniu wyszło parę kropli krwi i ani śladu ropy. Kamyczek ważył 0,0433. Dłuższy wymiar = 8 m. m., krótszy = 6 m. m.

Chory powiada, że miał w tem miejscu guziczek od najwcześniejszego dzieciństwa i jak tylko może zasięgnąć pamięcią.

Kamyczek w celu zbadania przecięto na połowę i wtedy można było odróżnić rodzaj zewnętrznej błonki, a w niej zawartość z trzema białymi ziarnkami, wielkości lebka od szpilki. Połowa kamyczka, zbadana w pracowni dra med. LEONA NENCKIEGO, wykazała obecność ciał tłuszczowych, cholesteryny, fosforanu wapna i brak mas rogowych. Pod mikroskopem nie widać śladów budowy komórek.

Na podstawie historyi przypadku, umiejscowienia, wyników chemicznego, makro-i mikroskopowego badania widzimy, że mamy do czynienia z tak zwanym kamieniem skórnym, który powstał najprawdopodobniej, w myśl MALHERB'a,

¹⁾ PROFICHET. Sur une variété des concretionnations phosphatiques sous-cutanées (pierres de la peau). 1900.

przez zwapnienie zawartości silnie rozwiniętego, a może nawet i torbielowo zwyrodniałego gruczołu tłuszczowego, o czym mogliśmy się przekonać przez zbadanie mikroskopowe otaczającej kamyk tkanki, której wycięcie w naszym przypadku było niemożliwe ze względu na brak leczniczego wskazania.

Na zakończenie uważam za stosowne nadmienić, że kamienie skórne wogóle nie stanowią zjawiska częstego, lecz na skórze członka i w podobnych okolicznościach, jak w opisanym przeze mnie przypadku, stanowią rzecz nader rzadką; przeglądając odpowiednią literaturę, nigdzie opisu podobnego nie znalazłem. Sądzę również, że i przy rozpoznaniu różnicznym wrzodów na członku należałoby w pewnych przypadkach brać pod uwagę możliwość istnienia kamienia skórniego, szczególnie, że rozpoznanie go tak zasadniczo zmienia leczenie i rokowanie.

NOTATKI LEKARSKIE.

Larwy muchy we wrzodzikach skóry

Podał

T. Gryglewicz.

Chory lat 49, dotknięty nowotworem mózgowia, z zamgloną świadomością, porażeniem prawej połowy ciała, zeszywnieniem kończyn i tułowia, odleżynami, oddawał mocz pod siebie i w ogóle był bardzo nieporządnie utrzymany. Dnia 3 listopada 1901 roku, oglądając chorego, znalazłem po całych plecach rozrzucone wrzodziki skóry [owrzodzone pęcherzyki *eczematis pustulosi*], wielkości grochu polnego i nieco większe w liczbie jakichś kilkudziesięciu. W każdym prawie takim wrzodziku widać było robaczka białego, który jednym końcem ciała tkwił na powierzchni wrzodzika, drugim zaś wolnym wił się, wykonywając ruchy świderkowate. Robaczki niezbyt mocno trzymały się wrzodzików, po części odpadały same, po części łatwo je było oderwać szczypeczykami. Robaczek taki miał kilka milimetrów długości, pół milimetra szerokości, cieńszy koniec z czarną kropką odpowiadał głowie, którą się trzymał powierzchni wrzodzika. Pod drobnowidzem w glicerynie, pasożyt prześwieślał się doskonale i można go było w całości oglądać przy dużym powiększeniu [LEITZ, ok. III. syst. VI], odróżnić haczyki, kiszkę, tchawki i pierścienie. Po należytem oczyszczeniu skóry, kąpielach i zastosowaniu *Ungt. Plumbi tannici*, pasożyty zupełnie znikły. Podejrzanie moje, że są to larwy jakiejś muchy, potwierdził p. EISENBERG, który łaskawie określił, że pasożyty te przedstawiają bardzo wczesne stadyum larwy muchy trupiej (*Sarcophaga mortuorum*).

Prócz przytoczonego, znany mi jest drugi przypadek, znalezienia bardzo podobnych larw w moczu. Staruszka obłąkana, niedołężna, pozostająca wciąż w łóżku, także w początkach listopada oddała z moczem mnóstwo [jak mówiono

ze 100] poczwerek, z których wiele poruszało się. Powtórzyło się to tegoż dnia jeszcze ze cztery razy. Nawet jeszcze po 10-in dniach widywano kiedy niekiedy w moczu, ale już w małej ilości te, jak je dr MAYZEL określił, larwy z rodziny *diptera*. Po należytem obmyciu części płciowych zewnętrznych, larwy przestały się pokazywać. Staruszka oddawna dość często oddawała mocz, od paru zaś miesięcy, zwłaszcza podczas bezsennych nocy, parcie na mocz stawało się niestannem, czasem daremnem. Rodzina utrzymywała, że po odejściu poczwerek nastąpiła wyraźna ulga pod tym względem. Trudno jednak temu przypisać wiarę, bo już wkrótce potem wróciły skargi na dolegliwości przy oddawaniu moczu.

Larw znalezionych nie uważam za pasożyty prawdziwe, lecz wrzekome. Nie poczytuję ich za przyczynę ropienia i wrzodzików, ale sądzę, że jajka wypadkowo złożone zostały na powierzchni wrzodzików przez wędrującą po ciele muchę i że wylęgłe z tych jajek larwy żywiły się sokami owrzodzonej skóry. Dość znaczna stosunkowo wielkość larw bynajmniej temu nie przeczy. Jak mi mówił bowiem p. EISMOND, larwy te miały co najwyżej dzień życia, gdyż *Sarcophaga* składa prawie gotowy zarodek. W drugim wspomnianym przypadku jajka niezawodnie złożone zostały w narządach płciowych zewnętrznych, skąd je mocz wypłukiwał.

Przypadki spostrzegania larw u chorych nie są rzadkie. W naszej literaturze dr DYBOWSKI (Gaz. Lek. 1868. IV. 693) opisuje dwa przypadki. Jeden dotyczył 3-letniego dziecka, u którego znalazł larwę w zawartości świeżo pękniętego ropnia w okolicy kąta żuchwy (ropień sliniarki przyusznej?). Drugi przypadek dotyczył znalezienia licznych żywych larw w worku łącznicowym oka przy *conjunctivitis blennorrhoeica* wkrótce po uderzeniu w oko przez przelatującą muchę; przypadek obserwowany był latem. W literaturze francuskiej Bonittet (*Annales d'oculistique T. XV p. 135*) przytacza takie same dwa przypadki z praktyki okulistycznej.

Dr. BĄKOWSKI (Przegl. lek. 1890. XXIX. 174) opisuje larwy, znalezione w lipcu w liczbie kilkunastu u dziecka w owrzodzeniach zatokowych w skórze głowy. Larwy te były kształtu wrzecionowatego, barwy brudno-białej, o końcu grubszym, odpowiadającym główce, z eliptycznymi szczękami, i o końcu cieńszym, odpowiadającym ogonowi, długości 1 ctm., średnicy 2,5—3,0 mm., z 15—20 pierścieniami ciała. Larwy znajdowały się tak w samym wrzodzie, jak w zatokach, prowadzących od wrzodu w różnych kierunkach do tkanki podskórnej, gdzie powinny byłyby znajdować niedogodne środowisko dla swego rozwoju wskutek braku tlenu. Rodzaju larw bliżej nie określono.

Wreszcie H. ODERFELD (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1901 str. 517) demonstrował ropień posokowaty u podstawy ucha, zawierający gniazdo gąsienic much.

Larwy z rodziny *Muscidae* na powierzchni zanieczyszczonych ran i wrzodów, oraz w powierzchownych kanałach ciała (nosowe, słuchowe, moczowy, pochwa, worek łącznicy) znane są w literaturze, mianowicie: *Sercophaga carnaria*, *Sarcophila Wohlfortii*, *Musca cadaverina*, *vomitoria*, *domestica*, *stabulans*, *antropophaga* oraz inne podzwrotnikowe rodzaje i gatunki z tejże rodziny. Larwy te wskutek swoich żywych ruchów mogą powodować przypadłości nerwowe, a na powierzchniach owrzodzonych nawet sprawy septyczne. O gatunku *Sarcophaga mortuorum* wzmianek nie znalazłem.

SENATOR (*Bl. kl. Wschft. 1890. Nr. 7*) opisuje bardzo liczne larwy w zawartości żołądka. Larwę tę określił prof. zoologii EICHARDT jako larwę zwykłej muchy pokojowej. Chory miewał przedtem mdłości. Podobne przypadki opisali SUMMA, GERHARDT, MESCHÉDE, LUBLIŃSKI (*Dtsche med. Wschft 1885 Nr. 44*). SENATOR uważa, że wyleganie się poczwerek w organach głęboko po-

łożonych należy do rzadkich przypadków wskutek braku tam należytej ilości tlenu, potrzebnego do ich rozwoju.

SEIFMAN (Med. 1890. XVIII. str. 358) nie podziela zdania SENATOR'a, ponieważ u owiec i koni, a także bydła rogatego nie należy wcale do rzadkości wyłęganie się liszek, gzów (*Oestrus ovis*) i tak zwanych żołądkowców (*Gastrus s. Gastrophilus*). Pierwsze rozwijają się przeważnie w zatokach czołowych i nosowych u owiec, powodując często zawrót głowy (*vertigo oestrosa s. falsa*) i po 9 iu miesiącach wydostają się na zewnątrz, by stopniowo rozwinąć się na owad dojrzały. Drugie pasożytują przeważnie w kiszkiach i żołądku konia i bydła rogatego i także po 9-iu miesiącach opuszczają swego gospodarza.

Wreszcie zaznaczyć muszę, że piśmiennictwo nasze posiada dziełko W. KULCZYCKIEGO p. t.: Owady, pasożytujące u ludzi i zwierząt. Lwów 1892 r. Dziełka tego w Warszawie dostać nie mogłem.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— EDEG —

Posiedzenie z dnia 19. XI 1901.

1) BORZYMOWSKI przedstawił: a) 2 kamienie moczowe, wyjęte z chorego, któremu po raz trzeci dokonano cięcia nadłonowe. Pierwsze cięcie robiono przed 8-u laty również w celu usunięcia kamienia, drugie przed dwu laty celem wyskrobania inkrustacji błony śluzowej pęcherza. Przed ostatnią operacją u chorego wytworzyła się przetoka pęcherzowo-brzuszna w bliźnie po dawnych cięciach skutkiem ograniczonej zgorzeli, wywołanej uciskiem kamieni na bliznę; b) 10 włókniaków macicy (rozmiarów od orzecha laskowego do jaja kurzego), wyjętych razem z macicą przez pochwę. Operacja dokonana została sposobem DOREN'a z przepołowieniem macicy.

2) BORZYMOWSKI i KOPCZYŃSKI St. przedstawili chorego z porażeniem BROWN-SÉQUARD'a pochodzenia urazowego. Chory ugodzony został szyletem w plecy na parę centymetrów w lewo od wyrostków ciernistych na wysokości 6-ego kręgu grzbietowego. Szylet (długości 12 ctm.) udało się wyjąć dopiero po dokonaniu laminektomii częściowej, albowiem przez złamany łuk 6-go kręgu przeniknął on do kanału kręgowego. Badanie chorego w tydzień po urazie wykazało: wyraźny niedowład, zwłaszcza zginaczy uda i goleni, a także wszystkich mięśni stopy po stronie prawej; nieznaczne wzmoczenie odruchów ścięgowych po obu stronach; zniesienie po stronie prawej odruchów skórnych: brzuszno, z *m. cremaster*, z *epigastrium*; po stronie lewej na wysokości rany połowicznej pas analgezyi, hypestezyi i termohypestezyi, poniżej pas zwiększonej nieco pobudliwości na wymienione bodźce; począwszy od pierścienia miednicowego w dół zupełne zniesienie pobudliwości na ból, ciepło, zimno i częściowo na dotyk; lekka hypestezya istniała i na porażonej kończynie; utrudnione oddawanie moczu, zaparcie stolca.

3) ZABOROWSKI St. przedstawił: a) chorą po embryotomii, dokonanej w warunkach niezwykle trudnych. U chorej istniało zwężenie miednicy (C. V. 8 ctm.), znaczne zwrócenie się części pochwowej macicy ku tyłowi, powstałe po dokonanej dawniej wentrofikacji, wreszcie przetoka kiszkiowa ropiejąca na powierzchni brzucha; b) chorą po rozwiązaniu cięciem cesarskim czwartej z ko-

lei cięży. Wskazania do cięcia były następujące: wymiary miednicy (C. D. = 8, 5 ctm.), głównie zaś bliznowate zwyrodnienie miękkich części po uleczonej z trudem przetoce pęcherzowo-póchwowo-maciczej, powstałej po 3-im porodzie.

4) Męczkowski przedstawił chorego z unieruchomianym zapaleniem kręgosłupa. Przy badaniu znaleziono: kręgosłup łukowato wygięty ku tyłowi; w pozycji stojącej szyja i głowa leżą na linii poziomej, równoległej do ziemi; cały kręgosłup nieruchomy; klatka piersiowa spłaszczona w kierunku przednio-tylnym, nieruchoma; typ oddychania brzuszny; zeszywnienie w mniejszym lub większym stopniu stawów: obu barkowych, prawego łokciowego, obu biodrowych i obu kolanowych; zanik mięśni w silnym stopniu; odruchy ściągnowe wzmożone, skórne b. słabe; rentgenogramy kręgosłupa wykazują, że przerwy między kręgami, odpowiadające *cartil. intervert.*, są zatarte, a wzdłuż kręgosłupa idzie ciemna linia, wskazująca na skostnienie *proc. spin.* Choroba rozwijała się stopniowo w ciągu 10-ciu lat, a zaczęła się od bólów w stawach, które potem często w silnym bardzo stopniu towarzyszyły sprawie zeszywnienia kręgosłupa i stawów.

5) GRYGLEWICZ przedstawił pod drobnowidzem preparaty larw much, wyjętych z wrzodziańek, rozrzuconych po ciele chorego. [Patrz n. bież. Gazety].

6) GĄBSZEWICZ przedstawił chorego z pierwotną gruźlicą obu rzepek. Cierpienie wystąpiło przed 3½ laty na lewym kolanie, w postaci owrzodzenia części miękkich w okolicy rzepki, pokrytego ziarniną grzybową, przyczem istniało obnażenie rzepki, obrzmienie stawu, bolesność na ucisk, ograniczenie ruchów. Dokonana wtedy operacja polegała na wycięciu owrzodzonych części miękkich, usunięciu zmienionej chorobowo części rzepki, wycięciu torebek stawowych, częściowem wyskrobaniu, częściowem wycięciu zmienionej błony maziowej i nalaniu do środka 10%-ej zawiesiny jodoformowej. Przebieg pooperacyjny doskonały: rana zagoiła się przez rychłozrost, czynność stawu powróciła do normy. W rok później cierpienie w tej samej postaci wystąpiło na prawem kolanie i dokonana operacja również dała wynik pomyślny.

7) KĘPIŃSKI przedstawił chorego z „*enophthalmus traumaticus*.“ Skaleczenie nastąpiło przy pracy drutem, który przebił dolną powiekę w kącie wewnętrzny i, nieuszkodziwszy ani gałki ocznej, ani ścian oczodołu, wbił się w tkankę łączną i tłuszczową, wypełniającą oczodoł, na 5 ctm. głęboko. Bezpośrednio po zranieniu nastąpił silny krwotok, uciskiem zatamowany, poczem w jakiś czas rana prawidłowo się zagoiła. Przy badaniu mniej więcej w 1½ miesiąca po wypadku stwierdzono, że gałka oczna, co do wielkości i kształtu normalna, jest głębiej w oczodole osadzona, a ruchy jej we wszystkich kierunkach utrudzone, te zaś, które są zależne od mięśnia skośnego dolnego, zupełnie zniesione. Owo wklęsnięcie gałki ocznej K. stawia w zależność od zaniku tkanki tłuszczowej i łącznej, wyściełających wewnątrz oczodołów, utrudnienie zaś ruchów od zrostu tych tkanek z pochwami mięśni lub ich ścięgien. M. skośny dolny został prawdopodobnie przerwany lub ciężko uszkodzony.

8) BRUDZIŃSKI demonstrował cieplarkę systemu prof. HUTINEL'a z Paryża do pielęgnowania niemowląt z nieudolnością wrodzoną do życia w celu zapobiegania ochłodzenia się ich ciała, które posiada ciepłotę subnormalną.

9) ODERFELD przedstawił chorą po operacji rezekcji zrostu kości w stawie żuchwowym. 17-toletnia chora od wczesnego dzieciństwa nie była w stanie otwierać ust, i odżywała się w ten sposób, że przez otwór, powstały po wybięciu dwu siekaczy z obu szczęk, wlewała sobie do ust płyny i wsuwała małe kawałki pokarmów stałych. Opierając się jedynie na nieznacznem zboczeniu podbródka w stronę lewą, O. przypuścił zajęcie lewego stawu i z tej strony dokonał radykalnej operacji sposobem HELFERICH'a; zrobił cięcie długości 6 ctm. na *proc. zygom.*, rezekował go, następnie do powyższego cięcia dodał pionowe

(na krzyż), idące przed małżawiną, podwiązał kilka naczyń, obnażył *proc. coronideus* i cały staw żuchwowy, wreszcie wydlutował po kawałku całą masę kostną, która istniała zamiast stawu żuchwowego. Dla uniknięcia następnej ankilozy O. wyciął z mięśnia skroniowego płat i wszył go podstawą u góry na miejsce dawniejszej główki stawowej. Chora obecnie otwiera usta na $3\frac{1}{2}$ ctm.

10) Bino odczytał 2-ą część swej pracy „o padaczce.“ W tej części odczytu autor omawia przede wszystkim dyagnostykę różniczkową choroby, podając sposoby odróżnienia ją od histeryi, uremii, otrucia, organicznych cierpień mózgu. Następnie przechodzi do patogenetyki choroby w oświetleniu badań najnowszych. W dziale o anatomii patologicznej podane zostały zmiany, napotymane przy padaczce w mózgu i częściach otaczających. W dziale o rokowaniu autor potrącił o kwestyę możliwości przepowiadania życia pacyenta, uleczalności jego cierpienia, lub osłabienia jego choroby, zarówno pod względem częstości napadów, jako też ich natężenia. Wreszcie szczegółowo zostały omówione najrozmaitsze metody leczenia padaczki.

Posiedzenie z dnia 26. XI. 1901 r.

1) BORZYMOWSKI przedstawił preparat ciąży zamacicznej obustronnej. W prawej trąbce istniał płód dwumiesięczny i łożysko, lewy zaś jajnik, zrosnięty z brzusznyim końcem trąbki, stanowił wspólną jamę, wypełnioną starym skrzepem; w środku zaś tego skrzepu istniał pęcherzyk, wypełniony przezroczystym płynem. W ścianach pęcherzyka badanie drobnowidzowe wykazało kosmki z kosmówki.

2) BREGMAN przedstawił chorą z niezwykle skrzywieniem kręgosłupa pochodzenia histerycznego, które wystąpiło przed 4-ma tygodniami bez wiadomej przyczyny. Górna część tułowia odchylona w tył, część lędźwiowa kręgosłupa wykazuje silną lordozę, w części grzbietowej prócz tego skolioza, wypukła ku stronie prawej; prawe ramię niższe od lewego; w niektórych miejscach bolesność kręgosłupa przy ucisku; bóle około tułowia i w dołku. Stopień skrzywienia jest zmienny. Chora prócz tego zdradza stymaty histeryczne — znieczulenia, brak odruchu gardzielowego. W wywiadach — czkawka, afonia, napadowa *amblyopia*.

3) DYDYŃSKI wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia pacierzowego.“ Rzecz ta drukowana będzie w „Gazecie.“

W dyskusyi FLATAU zaznacza: 1) że wątpliwą jest rzeczą, aby włókna słupów tylnych w rdzeniu szyjowym wcale się w istocie szarej nie kończyły, 2) że trudno jest przypuścić, aby drogi mózdkowe zawierały takie włókna, pochodzące z korzeni tylnych rdzenia; 3) że, stosując metodę barwienia MARCHI'ego, trudno jest stwierdzić, gdzie się kończą włókna pęczka oliwkowego BECHTEREW'a; 4) że co się tyczy zwyrodnień zstępujących, to F. sądzi, że pole przecinkowate SCHULTZE'go, owalne FLECHSIG'a i trójkąt GOMBAULT-PHILIPPE'a tworzą pod względem anatomicznym jedną drogę rdzeniową.

DYDYŃSKI w odpowiedzi zaznacza: 1) że porównywając objętość pola zwyrodniałego w tylnych słupach w górnej szyjowej części rdzenia na rozmaitych wysokościach, D. wyprowadził wniosek, że liczba kwestyonowanych przez oponenta włókien jest niewielka, nie zaprzecza jednak wogóle ich istnienia; 2) że o istnieniu w obrębie dróg mózdkowych włókien, stanowiących dalszy ciąg włókien korzeni tylnych, przekonały D. badania własne nad przebiegiem w rdzeniu włókien tylnych korzonków, dokonane przed 8-iu laty w pracowni prof. HOYERA; 3) że w przypadku autora zwyrodnienie pęczka oliwkowego sięgało tak wybitnie aż do oliwek, że pod tym względem D. nie nastroczały się

żadne wątpliwości; 4) że po dokładnem rozpatrzeniu szeregu własnych preparatów D. skłania się ku twierdzeniu tych autorów, którzy dla zstępujących włókien w tylnych pęczkach przyjmują istnienie dwóch dróg: krótszej (pole SCHULTZE'go) i dłuższej (pole FLECHSIG'a i trójkątnę).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

142. His. Złogi moczanowe w ustroju i środki ich rozpuszczania.

Od czasu, kiedy w roku 1798 wykryto kwas moczowy, jako część składową złogów przy dnie, próbowano niejednokrotnie wynaleźć środki, któreby drogą chemiczną prowadziły złogi te do rozpuszczenia. Za polecaniem usilnie przez GARROD'a boraksem przyszła kolej na sole alkali, a zwłaszcza na lit, którego połączenia z kwasem moczowym miały dawać sole najbardziej rozpuszczalne. Lecz połączenia te zawiodły wkrótce oczekiwania na równi z zachwalanemi i otrzymanemi syntetycznie zasadami organicznemi, jak piperazyna, lysi-dina, lycetol, talina, kairina. Najnowszy, podany przez WEISS'a i silnie reklamowany środek, a mianowicie kwas chinowy, oraz jego połączenia: urozyna i sidonal, jakkolwiek początkowo przyjęte przychylnie, spotykają się coraz częściej z opozycją lekarzy.

Stosowanie powyższych środków polega na niezajomości praw i warunków rozpuszczalności kwasu moczowego oraz jego soli: mogą nie rozpuszczać kwasu moczowego w obecności czystej wody, lecz już np. obecność soli sodu powoduje wydzielanie kwasu moczowego z roztworu. Gdyby więc nawet środki powyższe mogły dostawać się bezpośrednio do schorzałych części organizmu, to i wtedy w obecności sodu krwi i limfy nie byłyby w stanie wytworzyć połączeń o wiele łatwiej rozpuszczalnych, aniżeli sam kwas moczowy oraz jego połączenia z alkaliami.

Istnieją substancye jednak, które z kwasem moczowym tworzą połączenia łatwo rozpuszczalne. Ilość tych substancyi dotychczas jest nieznaczną. Opisane przez PAUL'a i HORSFORDS'a, RÜDEL'a połączenia kwasu moczowego z mocznikiem i glikokolem okazały się wątpliwej autentyczności. Natomiast istnieją niewątpliwie opisane przez KOSSEL'a, GOTO'a i MINKOWSKIEGO połączenia kwasu moczowego z kwasami nukleinowemi *resp.* z kwasem grasicowym oraz opisane przez FOLLENS'a, POLL'a i WEBER'a połączenia z formaldehydem. Wszystkie substancye powyższe, jak tego dowiódł autor, w roztworze wodnym kwasu moczowego nie odszczepiają jonu $C, H_4 O_3 H_3$ (jon kwasu moczowego), który wchodzi w reakcyę przy wytwarzaniu się nierozpuszczalnych soli, lecz odszczepiają inne jony. Wskutek tego połączenia tych substancyi z kwasem moczowym są daleko bardziej rozpuszczalne, aniżeli sam kwas moczowy i jego sole. Dotychczas jednak środki te, które nazywa autor „grupą przyszłości“, nie zostały wypróbowane praktycznie. Środki więc chemiczne nie wyczerpują dotychczas lecznictwa złogów stawowych. Autor dowiódł już dawno, że mocznik w jamach surowiczych zostają unoszone i nadzwyczaj prędko niszczone przez fagocyty, narówni z innemi ciałami obcemi. W starych jednak ogniskach stawowych zanika energia procesów fagocytycznych; wszystkie więc środki, ułatwiające do miejsc tych dopływ krwi i limfy, zwiększają fagocytozę. Na tej zasadzie polega zbawienne działanie leczenia fizykalnego, jak kąpieli

ciepliwych, okładów borowinowych, oraz nowszych modyfikacji tego leczenia: węży ogrzewających, oraz ogrzewań gorącym powietrzem.

Co się tyczy leczenia kamieni z kwasu moczowego środkami chemicznymi, to największem powodzeniem cieszą się dzisiaj wody mineralne, aczkolwiek działanie ich nie jest dotychczas wyjaśnione. Stosujemy przecież nie tylko wody alkaliczne oraz z zawartością ziem alkalicznych, których wpływ poniekąd jeszcze jest zrozumiały, lecz i wody z zawartością soli kuchennej oraz cieplice zupełnie obojętne, których działanie zupełnie jest niewytłomaczone. Ze środków lekarskich należałoby stosować takie, które z moczu wchodzi w połączenie chemiczne z kwasem moczowym. Z środków tych dokładniej zbadana dzisiaj jest tylko urotropina. Sama urotropina nie łączy się z kwasem moczowym. Według NICOLAÏER'a, rozpada się ona w moczu na swoje dwa składniki: amoniak i formaldehyd, z których ostatni wchodzi w związek z kwasem moczowym, tworząc kwas formaldehydro-moczowy, znacznie łatwiej rozpuszczalny, aniżeli kwas moczowy i jego sole. Jakkolwiek więc działanie urotropiny jest niewątpliwe i niezależne od stopnia kwaśności moczu, jednak dla celów praktycznych jest ono zbyt małe. Odszczepianie formaldehydu zachodzi w pewnych wązkich granicach. Część jego łączy się z mocznikiem, białkiem i innymi składnikami częściami moczu, tak że wysokie nawet dawki urotropiny [6 grm.] nie mogą związać nawet całkowitej, wydzielanej dziennie ilości kwasu moczowego, a cóż dopiero dodatkowo rozpuszczać kamienie. Pomiędzy tego jednak przyszłość leczenia złożeń moczanych zależy od postępów chemii tego rodzaju związków.

(*Therapie der Gegenwart* Nr. 10. Październik).

Władysław Sterling.

143. Umber. O stosunku wydzielanego cukru do azotu przy rozpadzie białka w moczówce cukrowej. Oddawna wiadomo już, że w organizmie cukier może powstawać z białka. MERING stwierdził to doświadczeniami na zwierzętach z cukrzycą florydzyńską. MINKOWSKI zaś na zwierzętach z cukrzycą pankreatyczną. Późniejsi autorowie niejednokrotnie dochodzili do tego samego faktu. Natomiast nie rozstrzygniętą pozostała kwestya, w jakim zakresie może organizm przy moczówce tworzyć cukier z rozpadającego się białka? Zazwyczaj wyciągamy wnioski z ilości azotu wydzielonych z moczem końcowych produktów białkowej przemiany materii; wydzielone przy białkowej *resp.* białkowo-tłuszczowej dyecie ilości cukru stawiamy w związek z ilością rozpadłego białka; MINKOWSKI określał stosunek wydzielonego cukru do wydzielonego azotu, jako 2,8 : 1, MERING w badaniach swoich znajdował jeszcze znacznie większe ilorazy. Ponieważ badania te, jak i doświadczenia MORITZ'a, PRAUSNITZ'a, LUSK'a, HALSEY'a, HARTOGH'a, SCHUMM'a, MÜLLER'a robione były na zwierzętach z moczówką florydzyńską, przy której sama florydzyńska przyczyna się do wypłukiwania cukru z organizmu, wyniki ich nie mogą być uważane za zupełnie miarodajne. Że zwykle dotychczasowe obliczenia nie są racjonalne, wskazują badania RUMPF'a, dotyczące chorego na ciężką cukrzycę. Chory ten wydzielił w przeciągu 15-u dni 1169,8 cukru i 98,9 azotu; czyli, że iloraz=11,8 : 1; jednego dnia nawet iloraz był 12,2 : 1. Według więc przybliżonego obliczenia—ze 100 gramów rozpadłego białka powstało 195,2 cukru. Jest to niemożliwe; gdybyśmy nawet przypuścili, że cały węgiel cząsteczki białkowej poszedł na wytworzenie cukru, to i wtedy ze 100 gr. białka mogłoby pozostać tylko 132 gr. cukru.

Autor stara się wyjaśnić przyczynę otrzymywanych błędnych wyników, Według niego, ilość azotu, wydzielonego z moczem, nie daje nam dokładnego pojęcia o ilości białka, które zostało wciągnięte do przemiany materii. Cząsteczka białkowa w kiszkiach lub tkankach ustroju zostaje przez sprawy ferment-

tacyjne rozszczepiona na pierwotne produkty rozkładu o różnym znaczeniu fizyologicznym. Dopiero potem jedne z tych produktów zostają spożytkowane ponownie dla syntezy, inne zaś zostają wydzielone. Dowiódł tego autor dla substancji białkowych jądra t. zw. nucleoproteidów oraz PICK dla substancji białkowych, zwanych albuminami i globulinami. Przy rozszczepianiu fermentacyjnym cząsteczki tych substancji białkowych okazało się, że już w pierwszych fazach rozpadu grupa węglowodanowa występowała samodzielnie obok reszty hemi- i antigrup. Wynika z tego, że macierzyste grupy węglowe, dostarczające organizmowi materiału dla syntezy t. zw. cukru białkowego, przy rozpadzie cząsteczki białkowej nie zostają rozproszone równomiernie pomiędzy wszystkimi grupami rozkładu, lecz na równi z pierwotną grupą węglowodanową ograniczają się tylko do pewnych grup. Organizm diabetyka, znajdujący się w upadku odżywiania, nie może zasymilować całej zbudowanej syntetycznie heksozy i część jej wydziela, pozostałe zaś grupy, ubogie w wodany węgiel, zużywa całkowicie na odbudowę białka. Nie możemy tedy z ilości wydzielanego z moczem azotu zupełnie sądzić, ile cząsteczek białka straciło swoje grupy cukrotwórcze. Ogólny zapas białka ciężkiego diabetyka musi się stawać w takie grupy coraz uboższy. Im bardziej zwiększymy tolerancję ustroju dla cukru gronowego, tem mniej pozostanie mu grup białkowych dla ponownej syntezy; przy jednoczesnym zmniejszaniu się czynnika D w ilorazie D : N, zmniejszać się będzie czynnikiem N. Przy upadku odżywiania i zmniejszonej tolerancji spotykamy się z faktem odwrotnym. Objasnia to nam wszystkie stopniowania wartości ilorazu D : N, spotykane u rozmaitych autorów. Teoria autora o „częściowym rozkładzie cząsteczki białkowej“ wyjaśnia nam także opisane przez RUMPF'a, LÜTTJE'go i TROJE'a przypadki ciężkiej moczówki cukrowej, w których przy wielkich utratach cukru spostrzegano stałe zatrzymywanie azotu. Oczywiście w przypadkach tych białko pozbawione zostało tylko swoich grup cukrotwórczych, stosunkowo ubogich w azot, podczas gdy bogata w azot pozostałość białkowa użyta została do ponownej syntezy.

(*Therapie der Gegenwart* Nr. 10. Październik).

Wład. Sterling.

144. Jordan. O powstaniu nowotworów, gruźlicy, zapalenia szpiku kostnego i wyrostka robaczkowego na tle urazu.

W dzisiejszej dobie wobec kwestyi odszkodowań robotników fabrycznych za uszkodzenia, poniesione podczas pracy, sprawa oznaczona w nagłówku nabiera szczególnej wagi ze względów czysto praktycznych.

Co się tyczy urazowego pochodzenia nowotworów, z góry orzec możemy, iż jest to sprawa nie łatwa do rozwiązania, sama bowiem etiologia nowotworów była zawsze i jest do tej pory jedną z najciemniejszych dziedzin anatomii patologicznej.

Poglądy powag naukowych w tej sprawie są bardzo różne i nieraz nawet sprzeczne; COHNHEIM, na przykład, kładzie główny nacisk na wadliwość rozwoju embrjonalnego tkanek, podczas gdy VIRCHOW przyznaje wpływ urazu, przeważnie tępe go i często powtarzającego się. Biorąc pod uwagę wszystkie istniejące do tej pory teorie, musimy przyjść do wniosku, iż drogą hipotez sprawy tej rozstrzygnąć się nie da, natomiast wyświecić ją mogą spostrzeżenia kliniczne, oparte na wielkiej liczbie przypadków.

Jeszcze w roku 1874 WOLFF zebrał odpowiednią statystykę z kliniki LANGENBECK'a, przyczem przyszedł do wniosku, iż z ogólnej liczby 574 nowotworów 82 powstało na tle urazu; stanowi to poważną odsetkę 14,3. W podobny sposób LIEBE (1872—1881) z kliniki w Strassburgu otrzymał 10,8%, ZIEGLER (Monachium) 18%, WÜRZ (z kliniki BRUNS'a) 2,6% i t. d. Najnowsze, przeprowadzone z większą ścisłością i ogólnością badania, podają bez porównania mniejszą

odsetkę nowotworów, powstających na tle jednorazowego urazu. Co się tyczy w szczególności raka, to związek jego z urazem wydaje się bardzo niepewny pomimo wielkiej ilości dokładnych spostrzeżeń, zebranych w ostatniej dobie; jedynie o raku sutki możnaby w tej mierze wnioskować coś pewniejszego.

Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz z mięsakami: tu uraz bez wątpienia ma znaczenie swoje, że wskażemy choćby na uznany przez wszystkich fakt przemiany w nowotwór złośliwy kostniny na miejscu złamania kości. Odnośna statystyka podaje odsetki poważniejsze, zwłaszcza w przypadkach uszkodzeń na kończynach.

Niezmiernie ważna jest krytyka każdego poszczególnego przypadku. Chcąc ustalić związek przyczynowy między nowotworem a urazem, należy stwierdzić, iż skutki stłuczenia były rzeczywiście widoczne w danym, określonym miejscu, iż nowotwór począł się rozwijać na tem właśnie miejscu, a nie gdzieindziej, bezpośrednio po uderzeniu i wreszcie, że poprzednio nie było tam żadnych zmian nowotworowych. Pragnąc wyświecić powyższe zagadnienie, natrafiamy na cały szereg trudności, które usunąć zdoła dopiero przyszłość, dając nam większe doświadczenie kliniczne. Do tej pory nic określonego powiedzieć nie możemy o czasie powstania nowotworu; zaczątki jego mogą istnieć już wówczas, kiedy chory, a nawet lekarz, nie widzi jeszcze zmian żadnych. Wiadomo, iż nawrót raka może mieć miejsce po upływie 5—6—8-u lat; zatem wolno nam przypuszczać, że i guz pierwotny niemniej długo istnieje w postaci ukrytej (grupa komórek rakowych wśród tkanek zdrowych), zanim ujawni się jako twór, dający się stwierdzić przy badaniu. Z mięsakami rzecz inna: rosną one bardzo szybko, a więc i po urazie powstają w krótkim czasie. Według THIEM'a rak może być uznany jako urazowy tylko wówczas, gdy od chwili urazu nie przeszło więcej niż dwa lata, lub gdy między jednym a drugim szły nieprzerwanym łańcuchem różne dolegliwości, jako to: obrzęki, bóle i t. p. na miejscu stłuczenia. Autor tak kategorycznie postawionej kwestyi nie uznaje.

Bez porównania wyraźniej przedstawia się „gruźlica chirurgiczna urazowa“, dzięki temu, iż bodziec wszelkich spraw gruźliczych jest nam dobrze znany (łasecznik KOCH'a), a więc i pole doświadczeń otwarte w całej rozległości. Statystyka daje tu również cyfry wiele mówiące. WIENER z kliniki MIKULICZA na 436 przypadków gruźlicy stawowej i kostnej naliczył 125, t. j. 28.6%, pochodzenia urazowego, przy czem w 26-u razach sprawa zapalna rozwinęła się niezwłocznie po urazie. Doświadczenia odnośnie poczęto robić jeszcze przed odkryciem KOCH'a: w roku 1879 SCHÜLLER wprowadzał psom do płuc wytwory gruźlicy (masy rozpadowe, ziarninę) i jednocześnie poddawał urazom stawy kończyn; w wyniku otrzymywał specyficzne zapalenie uszkodzonych stawów. Podobne doświadczenia z czystymi hodowlami robił KRAUSE: przyszedł on do wniosku, iż u osobników, zarażonych gruźlicą, złamania kości goją się prawidłowo, podczas gdy uraz stawów w większości przypadków powoduje gruźlicze ich zapalenie. Natomiast w ostatnich czasach LANNELONGUE i ACHARD, jako też FRIEDRICH i HONSELL, wprowadzając zarazki wprost do krwi, prawie stale otrzymywali wyniki ujemne; stąd ostatni z nich wyprowadza wniosek, że uraz wcale nie wpływa na powstanie gruźlicy w pewnym określonym miejscu, lecz — co najwyżej — potęguje istniejącą już przedtem sprawę. Preto do tej pory pozostaje kwestyą nierozwiązaną, czy miejsce, które podległo urazowi w samej rzeczy stanowi *locus minoris resistentiae* dla zakażenia gruźliczego. Tak się rzecz przedstawia ze strony teoretycznej; praktycznie zaś, t. j. tam, gdzie chodzi o odszkodowanie, winniśmy pamiętać, że uraz bądź co bądź potrafi obudzić z uspienia stan zapalny.

Zupełna zgodność między kliniką a wynikami doświadczeń panuje w sprawie ostrego zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelites acuta*). Uważać można za

pewnik, że owo zapalenie rozwija się bezpośrednio wskutek urazu, gdy między jednym a drugim upłynęło nie więcej, niż 14 dni. Czasem zapalenie szpiku ma przebieg ostrowy, lub też od razu przewlekły, lecz i w tych razach dolegliwości zaczynają się już mniej więcej w ciągu pierwszego tygodnia. Możliwość istnienia okresu ukrytego, trwającego miesiące lub lata, J. stanowczo odrzuca.

Ostatniemi czasy zwrócono uwagę na nową chorobę urazową: *epityphlitis traumatica*. W stanie pustym wyrostek robaczkowy, jako twór bardzo ruchomy, nie wydaje się być podatnym do uszkodzenia z zewnątrz. Z chwilą, gdy będzie napełniony twardymi masami kałowymi warunki się zmieniają i możliwym jest jego pęknięcie lub naderwanie wskutek uderzenia, kopnięcia i t. p. Na tle podobnego urazu najoczywiej może powstać typowe *appendicitis*. W literaturze znalazło się 9 podobnych przypadków.

Z tego wszystkiego widzimy, że związek między urazem a chorobą częstokroć jest bardzo ciemny, a wskazanie prawdy bezwzględnej—niemożliwe. Bądź co bądź tam, gdzie chodzi o odszkodowanie, stosujemy zasadę uprawnioną: *in dubio pro aegroto*.

(*Münch. med. Woch.* 1901. Nr. 44.)

E. Lewenstern.

145. V. Alsen. O leczeniu operacyjnym przewlekłych wysięków ropnych zatoki szczękowej z dodaniem nowej metody operacyjnej.

Zaznaczywszy na wstępie, że leczenie przewlekłych wysięków ropnych w zatokach obocznych nosa, a zwłaszcza w zatoce szczękowej, należy do naj-niewdzięczniejszych zadań rynologii współczesnej, ALSEN przytacza zdanie JANSSEN'a, który większą część przypadków zapalenia ropnego zatoki szczękowej uważa jako niepoddającą się wszelkiemu leczeniu. Podobne zapatrywanie ma i GERBER, który w jednym tylko przypadku spostrzegł wyzdrowienie w ciągu 4-ch tygodni,—w nielicznych tylko przypadkach wystarczało leczenie od pół roku do roku, większość zaś wymagała 2-ch lat i więcej a niekiedy, pomimo 4-ch do 5-iu lat trwającego leczenia, nie następowało wyzdrowienie. Na optymistyczne poglądy innych autorów [HARTMANN: ulec. w 23-ch przyp. na 32 za pomocą przepłukiwań, ZARNIKO, GRÜNWARD, BLOCH, FRIEDLAENDER i in.] A. zapatruje się sceptycznie: pozornie dobre wyniki ich tłumaczy bądź niedość długą obserwacją, bądź niedostatecznym ścisłym rozpoznaniem [przypadki ostrej]. W przeglądzie dotychczasowych sposobów leczenia, nie pomija zwykłego przepłukiwania zatoki przez otwory naturalne (*ostium infundibulare et ostia accessoria*), sposób ten wszakże, jako z wielu trudnościami związany i w niespełna połowie przypadków wykonalny, zaleca raczej do celów rozpoznawczych. Więcej natomiast uwagi poświęca właściwym operacyjnym sposobom leczenia. Z tych metoda MIKULICZA polega na przebiciu ściany kostnej w przewodzie nosowym dolnym ostrym, prostokątnie zgiętym troakarem, na rozszerzeniu otworu ruchem heblowym oraz przepłukiwaniu wnętrza zatoki. KRAUSE woli używać trójgrańca, przepłukiwanie zaś prędko zastępuje opatrunkiem suchym. Sposób MIKULICZA i odmiana KRAUSE'go liczą wielu zwolenników, mają bowiem one tę wyższość nad metodą COOPER'a [opróżnienie jamy przez otwór, wiercony w wyrostku zębodołowym], że oszczędzają choremu przykrości, zależnych od połączenia ropiejącej zatoki HIGHMOR'a z jamą ustną, lubo ta ostatnia metoda zaleca się tem, że udostępnia oczom operatora wnętrze jamy, jak również i tem, że pacjent sam ją sobie przepłukiwać może.

Podane sposoby leczenia wystarczają w wielu przypadkach, dając wyleczenie zupełne. Tam jednak gdzie zaszyły już głębsze zmiany w błonie śluzowej

albo rozwinęła się próchnica ścian kostnych. zabiegi powyższe są niewystarczające. W takich razach wskazane jest utworowanie sobie szerokiego przystępu do wnętrza zatoki w celu możliwie dokładnego rozejrzenia się w zaszłych zmianach i możliwie doszczętnego usunięcia zniszczonych tkanek. Sposób taki, podany niegdyś przez DESAULT'a a niedawno przez KÜSTER'a wznowiony, znany jest w chirurgii pod nazwą metody DESAULT-KÜSTER'a; polega na otworzeniu zatoki na miejscu dołu przysiecznego (*fossa canina*) i usunięciu znacznej części jej przedniej ściany kostnej. Przez otwór usuwa się zwyrodniałą błonę śluzową i polipy, przezeń też tamponujemy jamę, a gdy brzegi otworu pokryją się ziarniną, zamyka się go szczelnie dopasowaną protezą. HAJEK i KILIAN uważają operację powyższą dopiero za wstęp do właściwego oczyszczenia wnętrza zatoki, czego dokonywa się zazwyczaj na kilku posiedzeniach pod kontrolą wzornika, podobnego do usznego i małego lusterka krtaniowego. Posługując się ostrą łyżeczką i pętlą zimną, cierpliwie usuwać należy ze wszystkich kątów i zagłębień polipy i wyrosła błony śluzowej. Przy tym sposobie operacji HAJEK osiąga wyzdrowienie w 8 miesięcy do 1-go roku, KILIAN'owi wystarcza jakoby 3—4-ch tygodni.

Operacji tej, mimo dobrych jej wyników, nie można uważać za doszczętną jak to ma miejsce np. w zatoce czołowej. Gdy tu bowiem jama zarasta zupełnie, wypełniając się zbitą tkanką łączną, w zatoce szczękowej nie podobnego nigdy się nie zdarza, przynajmniej ani jednego podobnego przypadku nie znajdujemy w literaturze. W idealnych więc przypadkach sprawę gojenia musimy sobie wyobrażać w taki sposób, że powierzchnie obnażonych z błony śluzowej kości pokrywają się ziarniną, która następnie od strony jamy ustnej lub nosowej stopniowo nabiera cech naskórka. Dla przyspieszenia tej sprawy JANSEN zaleca przeszczepiać do wnętrza zatoki płat jej wraz z okostną, zapożyczony z wyrostka zębodołowego lub płaty naskórka z uda sposobem TIERSCH'a. BÖNNINGHAUS, nie poprzestając na tem, włacza do jamy całą błonę śluzową muszli dolnej przez otwór wydłutowany w dolnym przewodzie nosa.

Wszystkie te jednak odmiany operacji od strony dołu przysiecznego mają jedną wielką wadę, a tą jest połączenie szerokim otworem zatoki szczękowej z jamą ustną, co dla sprawy gojenia stwarza warunki niepomyślne a dla chorych jest źródłem wielkich przykrości. Mają oni wciąż w ustach mdły smak ściekającej ropy, wielu skarży się na uczucie ziębienia w ustach a przytem skazani są na przykrość, jak się dowcipnie wyraża LUC, „jedzenia wszystkiego wciąż z jednym sosem . . . jodoformowym”. Niedogodności te usuwa metoda GERBER'a, stosowana również z powodzeniem przez CALDWELL'a i LUC'a [wyleczenie w ciągu 3—8-iu tygodni]. Istota jej polega na zamknięciu w operacji DESAULT-KÜSTER'a otworu na miejscu dołu przysiecznego przez zeszcycie błony śluzowej i opatrywaniu oczyszczonej zatoki przez nowy otwór, wybity w dolnym przewodzie nosowym [jak w operacji MIKULICZA]. Szczegółowy przebieg operacji, wykonywanej pod chloroformem, przedstawia się jak następuje. Uniósłszy wargę górną hakiem LANGENBECK'a mocno do góry, prowadzimy cięcie podłużne prawie tuż przy fałdzie błony śluzowej, poczynając od kła aż do przyczepu wyrostka licowego (*Jochbogenansatz*). Cięcia nie należy prowadzić zbyt nisko, gdyż błony śluzowej wyrostka zębodołowego mogłoby nie starczyć do szwu. Po odluszczeniu jej wraz z okostną i zatamowaniu obfitego zwykle krwawienia, rzeźbijamy przednią ścianę kostną zatoki dłutem i młotkiem, otwór rozszerzamy za pomocą kleszczy kostnych, usuwając większą część ściany przedniej, szcędząc wszakże starannie brzegu oczodołu. Gdy przez to całe wnętrze zatoki stanie się dla oka dostępnem, wówczas, przyświecając sobie lampką elektryczną, umocowaną na czole, możemy łatwo ostrą łyżeczką usunąć polipy, ziarninę, ogniska próchnicowe i martwaki. Obfite z początku

krwawienie ustaje zwykle po dokładnem oczyszczeniu jamy. Do tamowania krwawienia z dobrym skutkiem posługiwać się można tamponami, napojonymi 20% -ym roztworem żelatyny jałowej. Następnie odpowiednio zgiętą łyżeczką ostrą przebijamy ścianę nosową w przewodzie środkowym, poczem rozszerzamy otwór, kontrolując wielkość tegoż małym palcem, wprowadzonym do nosa. Gdy się w ten otwór palec wskazujący od strony zatoki zmieścić może, tamponujemy szczelnie jamę długim paskiem gazy jodoformowej, którego koniec wprowadzamy do nosa. Wreszcie zaszywamy otwór na miejscu dołu przysiecznego gęstym szeregiem szwów wskroś przez błonę śluzową i okostną, kładąc je w porządku od tyłu ku przodowi. Pomocnik pociąganiem zawiązanych nici sprzyja przylganiu brzegów rany i zapobiega tworzeniu się fałd i kieszeni.

Wbrew zwyczajowi Luc'a, GERBER przebija ścianę nosową w przewodzie środkowym a nie w dolnym, przekonał się bowiem że w dolnym nie można zrobić, ani długo utrzymać dość dużego otworu bez usunięcia muszli dolnej.

Obrzęk policzka po operacji przemija szybko pod okładem lodowym. Choremu zaleca się milczenie i odżywienie się płynnymi zimnymi pokarmami przez rurkę szklaną. Trzeciego dnia zwykle wyjmujemy tampon i wkładamy świeży, popychając go zgłębnikiem, zgiętym nakształt cewnika usznego. Odtąd zmieniamy tampony codziennie, nie zaniedbując za każdym razem przepłukać jamy roztworem kwasu bornego [3%] lub sublimatu [1 : 5000]. Rana od strony jamy ustnej goi się zwykle po 8-10 dniach przez rychłozrost. Po 14-tu dniach można zaniechać tamponowania, poprzestając na płukaniu lub wdmuchiwaniu jodoformu, dermatolu i t. d.

Z pośród 28-10 przypadków przewlekłego zapalenia ropnego zatok, spostrzeganych od października r. 1899, operowano sposobem tu opisanym 11. W 7-10 przypadkach miano do czynienia z wysiękiem jednostronnym zatoki szczękowej, w jednym wysięk był obustronny, powikłany zajęciem kości sitowej, dwa przypadki powikłane były ropieniem w zatokach czołowych. We wszystkich otrzymano dobre wyniki.

(Archiv. f. Laryngol. 1901. Tom XII. Zeszyt 2-gi).

Sinotęcki.

146. A. Sicard. O postaci „ambulatoire“ bakteryjnych zapaleń opon mózgu. Cytodyagnoza cieczy mózgo-rdzeniowej.

W opisie ostrych zapaleń opon mózgu, obok gruźliczego i syfilitycznego zajmuje miejsce t. zw. zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne. Termin „meningitis cerebro-spinalis epidemica“ jest, zdaniem autora, niezupełnie właściwy, gdyż wszystkie powyższe zapalenia są mózgo-rdzeniowe, ale nie wszystkie zapalenia mózgo-rdzeniowe są epidemiczne. Autor proponuje nazwę „bakteryjnych zapaleń opon mózgu“; nowa ta nazwa nie roztrzygałaby naprzód ani pojęcia epidemiczności, ani natury czynnika bakteryjnego i byłaby bardziej treściwą i zwięzłą.

Forma klasyczna bakteryjnego zapalenia opon jest znana. Mniej dobrze zbadane są postaci anormalne; niektóre zaś z tych, które autor niżej podaje, były opisane tylko w podręcznikach o nagłej śmierci; w wypadkach takich warstwa ropna na oponach, stwierdzona przy oględzinach pośmiertnych, była niespodzianem odkryciem. Utajone postaci zapalenia opon zasługują na bliższe zbadanie; spostrzeżenia formy „ambulatoire“ mnożyły się i autor czuje się teraz upoważnionym do opisanja trzech głównych typów tej sprawy.

I. Typ „*ambuloire*“ p i o r u n u j ą c y. W przypadkach, przytoczonych przez autora, bakteryjne zapalenie opon dotykało osobników, którzy na krótko przed śmiercią spełniali jeszcze wszystkie czynności życia; żaden nie miał zaburzeń w sferze psychicznej, ani objawów fizycznych, jak ból głowy, wymioty etc.; zapalenie było tu utajone. Wybuch choroby nastąpił nagle i tylko oględziny pośmiertne pozwoliły stwierdzić warstwę ropną na oponach.

II. Typ „*ambuloire*“ u l e c z a l n y (*simple, curable*). Chory oddaje się swoim zajęciom, skarży się tylko na ból głowy i karku; nie ma gorączki, ani wymiotów; pod wpływem zmęczenia lub przeziębienia może się położyć do łóżka, ale zawsze chwilowo. Potem siły wracają i chory pozbywa się tych lekkich objawów, przyjmowanych często za influencję. W przytoczonych przez autora przypadkach zrobiono przekłucie łądźkowe i stwierdzono ciecz mózgo-rdzeniową m ę t n ą i obf i t ą w k o m ó r k i w i e l o j ą d r o w e.

III. Typ „*ambuloire*“ o n a s i l e n i a c h p o d o s t r y c h; przebieg uleczały lub zejście śmiertelne. U osobnika, najczęściej młodego, występują ogólne objawy: lekkie dreszcze, mała gorączka, ból karku i głowy. Po paru dniach spoczynku w łóżku objawy znikają i chory powraca do zajęć. Po kilku dniach powtórzenie powyższych objawów, poczem następuje już okres zdrowienia; albo może być kilka nawrotów choroby. W innych razach, jeden z takich nawrotów może przybrać ostry przebieg, szybko śmiertelny.

Z powyższych danych daje się wyodrębnić osobna postać bakteryjnych zapaleń mózgu, której autor nadaje miano „*ambuloire*“. Charakterystycznym dla sprawy jest fakt, że chorzy, w pełni zapalenia opon mózgu, mogli odawać się swym zajęciom przez pewien czas, a nawet przez cały czas choroby. Tacy chorzy niemniej narażeni są na niespodziewane pogorszenie, mogące pociągnąć śmierć za sobą. Ważnem więc jest wczesne rozpoznanie tej sprawy. Wielkie znaczenie rozpoznawcze ma tutaj cytodyagnoza cieczy mózgo-rdzeniowej. Komórki, któremi się zaludnia ciecz mózgo-rdzeniowa przy sprawie zapalnej, przedstawiają się w rozmaitych postaciach, stosownie do natury zapalenia. W gruźliczem przeważają limfocyty, w bakteryjnym — w i e l o j ą d r o w e.

Czy syfilityczne zapalenie opon mózgu ma swoistość komórkową, któraby pozwalała na wyróżnienie tej postaci, to dziś jeszcze nie jest wiadomem. Obok badania cytologicznego, powinno iść równoległe badanie bakteryjologiczne. Ciakawemby było, czy postaci „*ambuloire*“ bakteryjnych zapaleń opon mózgu zależne są od takiego lub innego gatunku drobnoustrojów? Prawdopodobnem jest, że te same drobnoustroje, które wywołują ostre postaci choroby, są też przyczyną przewlekłych i wszystkich postaci anormalnych. „Epidemiczność, powiada autor, stan gruntu, umiejscowienie pierwotne lub wtórne zakażenia oponowego—są to czynniki, mogące zmieniać żywotność i zjadliwość drobnoustrojów i wzmacniać lub osłabiać ich skutki chorobotwórcze“.

(*La Presse médicale*, 1901. Nr. 67).

St. Suszczyńska.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* Nr. 50. I. BORZYMOWSKI. Nowy przyrząd do „podawania“ ligatur. M. BIRO. O padaczce.— *Przegląd Lekarski* N. 48. K. BOCHEŃSKI. O opatrywaniu pępowiny według MARTIN'a w stosunku do innych sposobów polecanych. I. KRZYSZKOWSKI i I. WICZKOWSKI. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód BOTALL'a otwarty.— Nr. 49. H. SCHRAMM. W sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. I. KRZYSZKOWSKI i WICZKOWSKI. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód BOTALL'a otwarty [C. d.]. — Nr. 50. I. KRZYSZKOWSKI i I. WICZKOWSKI. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód BOTALL'a otwarty [Dk.]. H. SCHRAMM. W sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego [Dk.]. B. NODZYŃSKI. Intubacja w ręku prowincjonalnego lekarza. *Kronika Lekarska*. Nr. 23. WOJCIECHOWSKI. Leczenie przymiotu za pomocą mercuriolu BLOMQUIST'a w workach. E. FLATKU i I. KOELICHEN. O zapaleniu rdzenia [C. d.].—*Krytyka Lekarska* Nr. 12. J. MUTERMILCH. O wzajemnem wykluczaniu się pewnych postaci chorobowych. K. RZĘTKOWSKI. Teodor Dunin z powodu XXV-letniej działalności Jego lekarskiej. S. STERLING. W sprawie statystyki gruźliczej.—*Zdrowie* Zeszyt 12. F. DRECKI. Szczepienie ospy ochronnej w powiecie Kaliskim w 1-em półroczu 1901 roku. I. SZWAJCEB. O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława. L. BREGMAN. Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem [Dk.].

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1902 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. 1902 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rb. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

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

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: prospekt, premium „Historia literatury powszechnej“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою, Варшава 14 Декабря 1901. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Dr Józef Brudziński

wykonywa badania mleka kobiecego i mleka krowiego, używanego do sztucznego karmienia niemowląt.

Marszałkowska 116 m. 5.

6-4

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY 44-13

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz morfinistów i alkoholiczków płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań-Piła (Posen-Schneidemühl).

Adres: Kowanówko p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

APTEKA

K. WENDY

45 Krak. Przedmieście w Warszawie.

Przetwory chemiczne czyste fabryk.
C. A. F. Kahlbauma w Berlinie do
celów laboratoryjnych.

Płyny mianowane,

Przetwory i barwniki do robót mikro-
skopowych.

NAŁĘCZÓW

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyjątkiem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor Dr. A. Puławski,

0-22

Lekarz zakładu Dr. B. Malewski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE „MOTOR“.
Warszawa, Marszałkowska № 23.

TRAN MUSUJĄCY

(nasycony kwasem węglowym)

najsmaczniejszy i najłatwiej strawny z dotychczas znanych preparatów tranu



Cena rb. 1 za flaszkę 300 grm.



6-2

MARYENBAD

Zdrowisko wszechświatowe
(Czechy).

Ekspedycja: Marienbad w Czechach
 Składy
 we wszystkich aptekach i składach wód
 mineralnych i materiałów aptecznych.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, najsilniejsze wody w Europie, zawierające sól glauberską (5 grm. soli glauberskiej w litrze). Wskazania: otyłość, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, *plethora*.

12—12

Ambrosiusbrunn, najsilniejsza szcawa żelazista w Europie (0,77 grm. dwuwęglanu żelaza w litrze). Wskazania: niedokrwistość, blednica.

Rudolfsquelle, źródło wyróżniające się znaczną zawartością kwasu węglanego wapnia i magnezyi. Wskazania: chroniczne katarы narządów moczowych, kamienie nerkowe, moczówka cukrowa, *arthritis*.

Nakładem Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego wydana została, jako odbitka ze „Zdrowia“ w opracowaniu

D-ra med. Wł. Janowskiego

D Ż U M A.

1. Przyczyny i powstawanie. 2. Epidemiologia. 3. Objawy. 4. Rokowanie. 5. Walka z dżumą.

Cena kop. 20.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Sanatorium
RIVIERA

SAN REMO

Kierownik Dr. CURT STERN

Zakład leczniczy dla chorych piersiowych i gardlanych.

Największy komfort, halle do leżenia, ogród słoneczny wolny od kurzu, piękny widok na morze. Prospekty od Administracyi gratis i franco.

D-r R. BINDER

lekarz Polak, praktykujący od lat 8-iu w Meranie, zawiadamia szanownych kolegów, iż w pensjonacie W-nej Dobrowolskiej, ordynować zaprzestał, a nadto przypomina kolegom iż, po śmierci dr. E. Brühla jest jedynym lekarzem Polakiem, w Meranie praktykującym.

Fosfatyna Faliara

Mączka dla dzieci.

5—3

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.