

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA MED. BR. CHROSTOWSKIEGO
I PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ DRA KARWACKIEGO PRZY KLINICE UNI-
WERSYTECKIEJ W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

O INOSKOPII.

Skreślił

Tadeusz Wretowski,

asystent oddziału.

Odczyt, wygłoszony w sekcji wewnętrznej X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we
Lwowie dnia 24. VII. 1907 r.

Badacz paryski JOUSSET w roku 1903 opisał opracowaną przez siebie nową metodę badania płynów ustrojowych na zawartość w nich drobnoustrojów. Metoda ta, nazwana przez autora „inoskopia” [od greckiego słowa: $\iota\varsigma$ — włóknik], opiera się na zdolności, tworzącego się przy ścinaniu danej cieczy skrzepu wchłaniania w siebie wszystkich nierozpuszczonych części, a więc ciałek krwi, komórek, resztek tkanki oraz drobnoustrojów. Aby wykryć drobnoustroje, skrzep poddajemy trawieniu w cieplarni przy 37°—50°C przez specjalnie przygotowany płyn, przypominający sztuczny sok żołądkowy. Skład tego płynu jest następujący:

Pepsini in lamellis 1,0—2,0

(titre 50 du Codex)

Acidi hydrochlorici à 22 Baumé }

Glicerini puri }

Natri fluorati 3,0

Aquae destill. 1000,0.

aa 10 cc.

Okres trawienia w cieplarni wynosi od 1—3 godzin. Skrzep powinien być uprzednio uwolniony z badanego płynu zapomocą sączkowania przez wygotowane w roztworze wody płótno, oraz dobrze wymyty wodą przefiltrowaną. Soku sztucznego dolewamy około 30 grm. zależnie od wielkości skrzepu. Po ukończeniu okresu trawienia otrzymaną ciecz poddajemy wirowaniu w ciągu 15 minut, zlewamy część płynną, a z osadu przygotowujemy na szkiełkach preparaty, które, po utrwaleniu, barwimy różnymi metodami, stosownie do tego, jakich drobnoustrojów poszukujemy. Ponieważ skrzep po dokładnem przemyciu jest zwykle nieduży, więc do badań brać można duże ilości płynu [500—1000 ctm. sz.]

Metoda Jousset'a zdołała w krótkim stosunkowo czasie zainteresować szersze koła badaczy, to też niebawem ukazał się szereg prac, w których autorzy, bądź oddawali pochwały jej twórcy, jak BÉCLÈRE i VAQUEZ, bądź zachowywali się z rezerwą, jak MASSELIN, BONARDI, MEDOWIKOW, bądź też odmawiali jej poważniejszego znaczenia, jak GARGANO i NESTI oraz KOERMOECZI i JASSINGER.

W ostatnich czasach ukazały się w interesującej nas sprawie 2 prace: E. ŻEBROWSKIEGO i HORNOWSKIEGO. Gdy ŻEBROWSKI uważa inoskopię za metodę względnie [trudną, dającą nieraz wyniki niepewne, a często ujemne, HORNOWSKI pisze, że „inoskopia powinna być stosowana i pomijanie jej stanowić winno błąd do niedarowania ze strony lekarza, gdyż często jedynie przy jej pomocy możemy postawić należyte rozpoznanie cierpienia chorego“.

Inoskopię, jak dotychczas, najchętniej stosowano w przypadkach podejrzanych o gruźlicę. Metoda ta, mimo zarzuty czynione jej, pozwalała rozstrzygać nieraz o charakterze zapalenia wysiękowego opłucnej; w ciemnych przypadkach gruźlicy otrzewnej z towarzyszeniem zbierania się w jamie brzusznej płynu, rzucała jasne światło na rodzaj sprawy.

Moje badania dotyczą również przypadków zapalenia wysiękowego opłucnej, oraz cierpienia narządów jamy brzusznej ze zbieraniem się płynu, podejrzanych o gruźlicę. Do badań brałem jałowo 400—500 ctm. sz. danego płynu, który pozostawiałem w chłodnym miejscu na 24 godziny dla utworzenia się skrzepu. W przypadkach, gdzie [po upływie doby] skrzep nie tworzył się, jak np. w starych wysiękach pochodzenia gruźliczego, postępowałem, jak następuje.

Choremu danemu stawiałem wyjałowioną ciętą bańkę i otrzymaną w ten sposób krew, jeszcze przed skrzepnięciem się, nalewając do badanego płynu, silnie mieszając go. Krew, krzepnąc, spełniała pożądaną czynność zgromadzania w skrzepie między innymi poszukiwanych drobnoustrojów. Celem przyspieszenia tempa badań, trawienie skutecznie w cieplarni przy 50 C, co sprzyja nader szybkiemu rozpuszczaniu się skrzepu. Otrzymaną ciecz poddawałem wirowaniu w przeciągu 15—20 minut i, zlawszy część płynną, bez przemywania osadu, robiłem szereg preparatów dla barwienia różniczkowego. Utrwalałem preparaty nad ogniem lub w wysoku bezwodnym w przeciągu godziny. Zaznaczę, że preparaty należy utrzymywać długo i starannie, gdyż mają skłonność do zmywania się przy barwieniu. Najlepsze wyniki miałem, gdy po

utrwaleniu preparatów w wysoku bezwodnym i wysuszeniu, przeprowadzałem je kilkakrotnie przez ogień. Do barwienia używałem metody ZIEHL-NEELSEN-GABBET'a, oraz różnych modyfikacji tego barwienia, opisanych w poprzedniej mej pracy o bakterjomoczu. Stosowałem również w celach porównawczych kilkakrotnie metodę SPENGLER'a, lecz bez zachęcających rezultatów.

Na 18 zbadanych przeze mnie dotychczas przypadków, 15 dotyczyło płynów zawartych w jamie opłucnej, zaś 3—płynów w jamie brzusznej.

Z 15-u przypadków zapalenia wysiękowego opłucnej, w 6-u wykryłem prątki gruźlicze bądź w większej, bądź w mniejszej liczbie, prawie zawsze jednak wymagające dłuższego szukania; w 6-u przypadkach miałem wynik ujemny i w jednym po bardzo długich poszukiwaniach na paru preparatach, odbarwianych krótko, znalazłem bardzo nieliczne kwasoodporne pałeczki, pojedyncze lub po kilka, jednak w otoczeniu limfocytów nie zupełnie przebarwionych.

Pałeczki były nieco grubsze i mniej zgrabne niż gruźlicze. Poza tem w tym przypadku, w dwu, zaliczonych do ujemnych i w jednym z wynikiem dodatnim znajdowałem gruzelki, odbarwiające się przy powiększonych metodach, barwą i wyglądem przypominające prątki gruźlicze [młode prątki gruźlicze?].

Co się tyczy przypadków z wynikiem dodatnim, to w dwu przypadkach chorzy mieli wybitne zmiany swoiste w szczytach oraz pałeczki gruźlicze w płwocinie. W jednym z tych przypadków do badań wziąłem zaledwie 50 ctm. sz. płynu wysiękowego i mimo to drogą inoskopii wykryłem obfite prątki gruźlicze, przeważnie przytem nie zmienione co do własności barwinkowych oraz pod względem morfologicznym.

W pozostałych 4-ch przypadkach w płwocinie prątków gruźliczych nie znalazłem. W jednym z tych przypadków nie było nawet danych, mogących dawać powód do podejrzeń, że mamy do czynienia ze sprawą pochodzenia gruźliczego.

Z 3 przypadków zapalenia otrzewnej, podejrzanych o gruźlicę, tylko w jednym [z oddziału dra SKŁODOWSKIEGO] wykryłem bardzo nieliczne prątki gruźlicze. Przypadek klinicznie, przed postawieniem rozpoznania drogą inoskopii, przedstawiał się dosyć zagadkowo. Chora jeszcze żyje, z tego więc powodu rozpoznanie nie może być dotychczas potwierdzone wynikiem badań anatomo-patologicznych.

W końcu zaznaczyć muszę, że przy inoskopii nader rzadko spotkać można prątki gruźlicze, podobne do tych, jakie znajdujemy w płwocinie; zwykle zaś mamy pałeczki cokolwiek grubsze, nieraz barwiące się nieco ciemniej, czasem spotykamy pałeczki o konturach mniej wyraźnych lub w środku przeświecające; pozatem zwracają na siebie uwagę pałeczki odbarwiające się, jednak kształtem i formą ludzaco przypominające prątki gruźlicze.

W celu przekonania się, czy rzeczywiście prątki gruźlicze mogą pod wpływem płynu trawiennego i podniesionej ciepłoty zmieniać w pewnym stopniu swój wygląd wewnętrzny, przerobiłem nast. doświadczenia.

Z płwociny paru chorych na gruźlicę płuc, zawierającej dużą liczbę pałeczek gruźliczych, robiłem zwykle preparaty; następnie część płwociny poddawałem 2-godzinnemu działaniu plynu Jousset'a w cieplarni przy 45°—50° C. i z otrzymanej cieczy przygotowywałem również preparaty. Utrwalanie i barwienie w obu przypadkach stosowałem zupełnie jednakowe. W ten sam również sposób przygotowywałem szereg preparatów z czystej hodowli prątków gruźliczych, dostarczonej mi łaskawie przez dra KARWACKIEGO.

Przy dłuższem porównywaniu odpowiednich preparatów można było zauważyć, że niektóre prątki rzeczywiście, pod wpływem działania soku trawiennego przy podniesionej ciepłocie, jakby nabrzmiwają, stają się nieco grubsze, większe; inne znów przyjmują odcień ciemniejszy. Wybitniej zmiany te występują na preparatach z czystej hodowli gruźliczej; na preparatach z płwociny większość znaczna prątków pozostaje jednak bez jakichkolwiek zmian widocznych.

Reasumując wyniki badań, musimy stwierdzić, iż ostateczne rozstrzygnięcie kwestyi drogą inoskopii, czy rzeczywiście w danej cieczy ustrojowej znajdują się pałeczki gruźlicze, w przypadkach wątpliwych staje się bardzo trudnem. Trzeba liczyć się z jednej strony z faktem, iż znane są obecnie drobnoustroje, posiadające zupełnie podobne cechy przy barwieniu, jak prątki gruźlicze, z drugiej zaś strony liczyć się trzeba z najnowszemi badaniami, które wykazują, że młode prątki gruźlicze nie posiadają jeszcze w dostatecznej ilości własności kwasoodpornych. Spotykane przy inoskopii pałeczki odbarwiają się, o których mówiłem wyżej, mogą okazać się w przyszłości poszukiwanymi prątkami gruźliczymi.

L I T E R A T U R A.

- 1) A. JOUSSET. Nouvelle méthode pour isoler le bacille de Koch des humeurs de l'organisme [La Semaine médicale Nr. 3, str. 22, r. 1903 i La Presse médicale 1903, str. 355, 371.
- 2) JOUSSET et BRAILLON. La Presse médicale 1903, str. 500.
- 3) VAQUEZ tamże 1903, str. 500.
- 4) BÉCLÉRE tamże 1903, str. 91.
- 5) MASSELIN tamże 1903, str. 666.
- 6) BONARDI. Gazeta degli ospedali 1904, str. 925.
- 7) MEDOWIKOW. Russkij Wracz 1904, Nr. 42.
- 8) GARGANO e NESTI. Rivista crit. di clinica medica 1903, Nr. 31.
- 9) KOERMORCZI und JASSINGER. Der praktische Werth der Jousset'schen Inoskopie [Orvosi Hetilap Nr. 2, 1904; Deutsche med. Woch. 1904, str. 332.
- 10) BEZANÇON. La Presse médicale 1903, str. 371.
- 11) E. ŻEBROWSKI. Zur Frage der Untersuchung der pleuritischen Exsudate auf Tuberkelbacillen [Deutsche med. Woch. 1905, Nr. 36].
- 12) J. HORNOWSKI. O znaczeniu inoskopii przy rozpoznawaniu cierpień jamy brzusznej Nowiny Lekarskie Nr. 8. 1906.

II. Teorya jonów i jej zastosowanie w medycynie.

Napisał

Dr med. J. Pruszyński,

Ordynator szpitala św. Rocha.

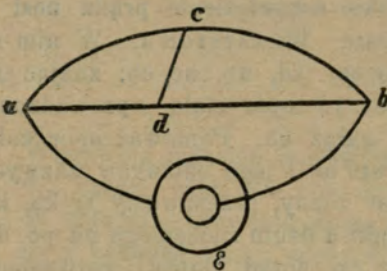
I.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 28 ¹⁾].

Ilość wody przepływającej w jednostce czasu, np. w ciągu 1 minuty przez rurę danej długości [np. 5 metrów] i pewnej średnicy, zależy od tarcia w niej. Jeśli zamiast rury o 5-u metrach wziąć rurę dwa razy dłuższą [10 metrów], przy tej samej średnicy, tarcie będzie dwa razy większe i w jednostce czasu wypłynie dwa razy mniej wody; gdy tymczasem przez dwie rury o 5-u metrach długości ze zbiornika wypłynie w jednakim czasie dwa razy więcej wody.

Analogiczne zjawisko zachodzi w rozgałęzieniu prądu elektrycznego, w którym tarcie rury dla wody odpowiada opór drutu.

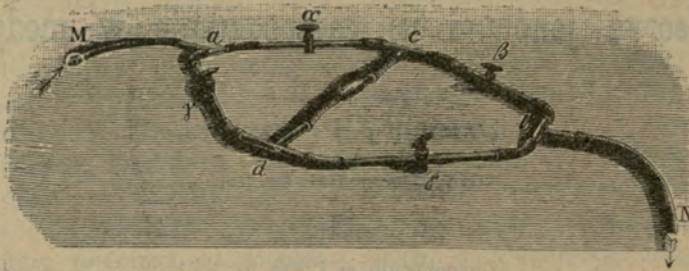
Przy ułożeniu drutów jednakowej długości i grubości w ten sposób, aby koniec jednego łączył się z początkiem drugiego [jeden drut za drugim], przy jednakiej sile elektrobodźczej opór dla prądu będzie większy, a siła prądu słabsza aniżeli w tym razie, jeżeli też samą liczbę takich samych drutów umieścimy równoległe do siebie i połączymy drutami poprzecznymi. Również dwa przewodniki dla prądu z jednego źródła połączone drutem [mostkiem] poprzecznie [Rys. 2 przewodniki acb i adb połączone mostkiem cd] porównać można z podobnym układem rurek, przez które, przepływa woda ze zbiornika.



Rys. 2.

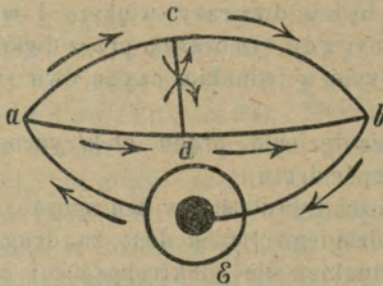
Przez rurę M [Rys. 3] dopływa woda do rurek acb i adb i wypływa przez rurę N; jednocześnie woda wchodzi do rurki cd tak z góry, jak i z dołu. Dopływ wody można jednak zapomocą kranów α , β , γ , δ , regulować w ten sposób, że woda w rurce cd znajdować się będzie w stanie spokoju; a wtedy przez ac i cad, jako też przez cb i db przepływa jednakowa ilość wody w jednostce czasu.

¹⁾ Koniec części pierwszej umieszczamy dopiero w tym numerze z powodu zagubienia rękopisu przez zecera. Red.



Rys. 3.

Podobnie zachowuje się prąd elektryczny przy układzie mostowym [Rys. 4], a mianowicie przy pewnych warunkach, t. j. przy odpowiednich oporach w ac, cb, ad i db prąd wstępujący po dc i zstępujący po cd mogą się zobojętniać; wtenczas wydawać się może jakoby po drodze cd prąd zupełnie nie przechodził, a igła galwanometru, wprowadzonego w przewodnik cd, stanie na zerze.



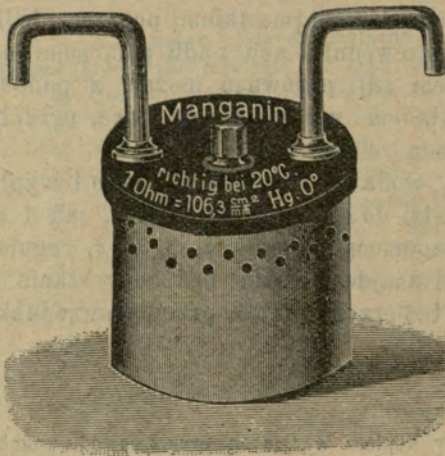
Rys. 4.

można oznaczyć czwarty. Chcąc np. oznaczyć opór ciała wprowadzonego w gałąź ac, wprowadzamy znany opór w gałąź cb. Ponieważ opór całego drutu ab i jego odcinków zazwyczaj jest znany, przesuwamy tylko kontakt d drutu ruchomego cd po drucie ab dotąd, dopóki galwanometr umieszczony na drodze cd nie wykaże zera.

W tym razie stosunek oporów

$$\frac{ac}{ad} = \frac{cb}{db}.$$

Takie rozgałęzienie prądu nosi nazwę mostu WHEATSTON'a. W nim mamy 4 opory ad, db, ac, cb; znając trzy, można oznaczyć czwarty. Chcąc np. oznaczyć opór ciała wprowadzonego w gałąź ac, wprowadzamy znany opór w gałąź cb. Ponieważ opór całego drutu ab i jego odcinków zazwyczaj jest znany, przesuwamy tylko kontakt d drutu ruchomego cd po drucie ab dotąd, dopóki galwanometr umieszczony na drodze cd nie wykaże zera.



Rys. 5.

Opory oznaczamy ohmami. Wiadomo, że jeden ohm [1 Ω] przedstawia opór słupa rtęci długości 103.6 cm o przecięciu 1 mm. sześć. przy 0°. Taki ohm normalny, sprawdzany w urzędzie mierniczym w Berlinie [Rys. 5] przygotowuje się z drutu manganinowego; stop ten nie zmienia oporu w granicach od 0° — 100°. W środku przyrządu znajduje się szpulka owinięta drutem manganino-

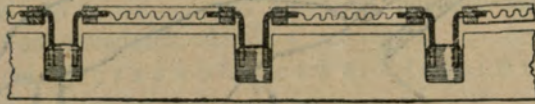
wym, pogrążona w nafcie. Drut manganinowy połączony jest z obu stron z grubymi wałeczkami miedzianymi, które wychodzą ponad pokrywę ebonitową i przy użyciu pogrążają się w rtęć.

Ponieważ do badań zjawisk elektrycznych potrzeba zazwyczaj większej ilości ohmów, pierwszy SIEMENS zbudował skrzynkę oporową (*Widerstandskasten*), w której ukryte są szpulki z drutem manganinowym o znanym oporze. Tego rodzaju przyrząd, zwany reostatem, pozwala wprowadzać jednostki, dziesiątki, setki a nawet tysiące ohmów.

W powyżej zaznaczonym przykładzie [Rys. 4] w gałąź cb wprowadza się pewną ilość ohmów; linia zaś ab oznacza reohord, t. j. drut cienki platynowy zawierający iryd, o znanym oporze długości 1000 mm., rozciągnięty na skali zrobionej z drzewa. Drut ten dzieli się na 2 odcinki [α i $1000-\alpha$] za pomocą kontaktu.

Do skalibrowania reohordu służy metoda STROUHAL'a i BARUS'a.

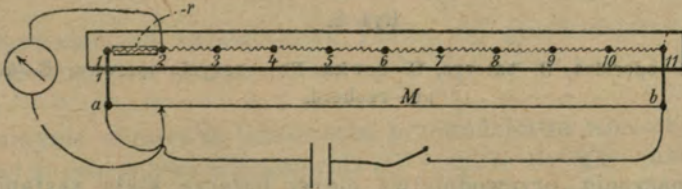
Równoległe do reohordu umieszcza się na desce 10 różnych oporów z drutu manganinowego [86% Cu, 17% Mn, 2% Ni] lub konstantanowego [60% Cu, 40% Ni]. Druty te umieszczone w rurkach szklanych i owinięte podwójnie jedwabiem przylutowane są do kolanek miedzianych, które pogrążają się w zagłębieniach, zawierających rtęć [Rys. 6].



Rys. 6.

Wszystkie dziesięć oporów odpowiadają oporowi drutu reohordu, a jeden $\frac{1}{10}$ części, czyli 100 mm. drutu.

W celu skalibrowania drutu reohordu, najpierw przewodniki baterji łączą się z końcami drutu reohordowego a i b [Rys. 7]. Jeden przewodnik



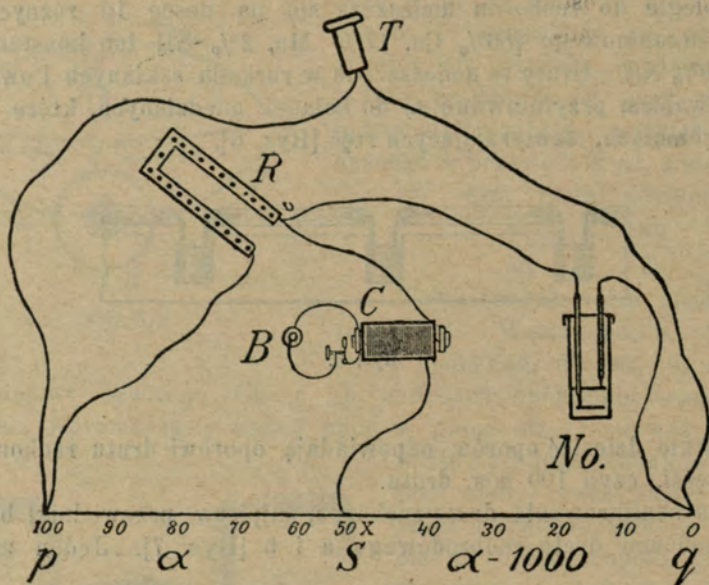
Rys. 7.

galwanometru umieszcza się w zagłębieniu rtęciowym [2], drugi zaś drut łączy się z posuwającym się po desce reohordu kontaktem. Kontakt przesuwa się po desce reohordu w jedną i drugą stronę, dopóki strzałka galwa-

nomietru nie zatrzyma się na zerze. Następnie zamienia się drugi drut, umieszczając go na miejsce pierwszego i pierwszy na miejsce drugiego, łączy się drut galwanometru z zagłębieniem rtęciowym [3] i znowu posuwa się kontakt na reohordzie, dopóki strzałka galwanometru nie zatrzyma się na zerze. W ten sposób kalibruje się 10 odcinków reostatu, przyczem otrzymuje się dla każdego odcinka liczby pomiędzy 99.7—100.5 milim. z różnicami — 5.5 do + 0.5 mil., które przy pomiarach koniecznien uwzględniać należy.

Zasada mostu WHEATSTON'a stosuje się do oznaczenia przewodnictwa cieczy, które zachowuje się, jak wiadomo, odwrotnie w stosunku do oporu.

Na rys. 8, podobnie jak na rys. 4, mamy 4 opory: opór dwu odcinków reohordu $px [x]$ i $xq [1000-x]$, znany, opór reostatu wyrażony w danej ilości ohmów, a więc również znany, nieznanym jest tylko opór cieczy, zawartej w naczyniu No.



Rys. 8.

T—telefon, R—opornica, B—bateria, C—cewka, No—naczynie oporowe, S—kontakt, pq—reohord.

Przy oznaczeniu przewodnictwa cieczy baterię stałą zastąpić należy prądem zmiennym, gdyż pod wpływem prądu stałego mogą się rozszepić nierozłożone cząsteczki elektrolitów, powodując zmianę w oporze. Galwanometr, jako nie oddziaływający na prąd zmienny, zastępuje się telefonem; odchyleniu strzałki galwanometru odpowiada odgłos w telefonie, zatrzymanie się strzałki na zerze, dowodzące, że prąd przez galwanometr nie przechodzi, odpowiada zupełnej ciszy w telefonie.

Przewodnictwo cieczy oznacza się w lejkowatym naczyniu szklanym, w którym pogrążone są dwie płaskie elektrody platynowe, wtopione drucikami w rurki szklane, w których znajduje się rtęć. Odstęp pomiędzy elektrodami wynosi 1 cm.

Obie elektrody powinny być dobrze platynowane, t. j. pokryte warstwą czerni platynowej.

Według LUMMER'a i KURLBAUM'a do tego celu używa się mieszaniny 1 gm. chlorku platyny 0,08 octanu ołowiu i 30 wody.

Elektrody oczyszczone [kw. saletrzany i woda] umieszcza się w mieszaninie platynowo ołowianej i przez nie przeprowadza się prąd 2-woltowy z akumulatora zmieniając dwukrotnie kierunek prądu w ciągu 10 minut, później umieszcza się w wodzie destylowanej.

Jeżeli do mostu WHEATSTON'a wprowadzimy naczynie oporowe [No] z cieczą, o nieznanym przewodnictwie *resp.* oporze, z drugiej zaś strony pewną ilość ohmów reostatu [W] i będziemy przesuwad kontakt S dotąd, dopóki głos telefonu nie zamilknie, natenczas

$$W : X = pS : Sq \text{ czyli } W : X = \alpha : 1000 - \alpha$$

$$X = W \frac{1000 - \alpha}{\alpha}$$

Stąd opór cieczy równa się oporowi reostatu, pomnożonemu przez odwrotny stosunek długości odpowiednich odcinków reohordu.

Wyróżnić należy przewodnictwo właściwe, cząstkowe i ekwiwalentne [równoważnikowe].

Jednostką przewodnictwa nazywamy przewodnictwo cieczy, której słup 1 cm. długości i 1 cm. kw. powierzchni posiada opór 1 Ω ; przewodnictwo takie oznacza się κ , a opór $\frac{1}{\kappa}$.

Przewodnictwo ekwiwalentne [Λ] jest przewodnictwo cieczy, podzielone przez ilość gramoeekwiwalentów [η] cieczy w 1 cm. rozczyntu.

$$\Lambda = \frac{\kappa}{\eta}$$

Przewodnictwo cząsteczkowe równa się przewodnictwu ekwiwalentnemu dla elektrolitów jednowartościowych, NaCl, dla dwuwartościowych jest podwójne.

Naczynie służące do oznaczenia przewodnictwa winno być skalibrowane.

Pod nazwą pojemności naczynia [C] rozumie się opór, jaki okazuje w danym naczyniu ciecz, której przewodnictwo równa się jedności.

Jeżeli rozczynt taki ma przewodnictwo κ , natenczas w naczyniu okazuje opór X.

$$X = \frac{C}{\kappa}$$

$$\text{stąd } C = \kappa \cdot X.$$

Jeżeli pojemność naczynia jest znana, natenczas przewodnictwo cieczy badanej w tem samym naczyniu, wyrazi wzór

$$\alpha_1 = \frac{C}{X_1}$$

X, oznacza się zapomocą mostu WHEATSTON'a według wzoru

$$X_1 = W_1 \frac{1000 - a_1}{a_1}$$

$$\text{stąd } \alpha = \frac{C}{X_1} = C \frac{a_1}{W_1 [1000 - a_1]}$$

[przewodnictwo właściwe]

$$\Lambda = \frac{\alpha}{\eta} = \frac{C}{\eta} \frac{a_1}{W_1 [1000 - a_1]}$$

[przewodnictwo równoważnikowe]

Jest to podstawa mierzenia przewodnictwa równoważnikowego cieczy.

III. ZE SZPITALA MIEJSKIEGO DLA DZIECI IM. CESARZA FRYDERYKA W BERLINIE [DYR. PROF. BAGINSKY].

Maślanka, jako pokarm dla niemowląt oraz jej wskazania lecznicze.

Podał

Stefan Kramsztyk.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 50).

Obok przypadków, gdzie maślanka od razu wywołuje burzliwą reakcję, zdarzają się też i takie, kiedy po dłuższym, kilkotygodniowym z dobrym wynikiem stosowaniu, nagle występują ciężkie zaburzenia ze znacznym podniesieniem się ciepłoty i wodnistymi wypróżnieniami. I tutaj też trzeba natychmiast wycofać maślankę. Czemu przypisać należy owo ujemne czasom działanie maślanki? Ina to pytanie odpowiedzi szukać trzeba przedewszystkiem w chemicznym składzie tego pokarmu. Tak, na przykład, BREHMER¹⁾ stwierdził, że nawet ta niewielka ilość tłuszczu, jaka w maślan-

¹⁾ BREHMER. „Ueber Störungen bei der Buttermilchernährung“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1906. tom 63.

jest zawarta, może wywoływać zaburzenia w pewnych przypadkach; w innych znowu przyczyną były węgłowodany; dowodem ich szkodliwości było to, że po usunięciu mąki i zastąpieniu cukru przez sacharynę maślanka dawała wyniki doskonałe. Spotykał też BREHMER zaburzenia, wywoływane wyłącznie przez białko, co objawiało się w specjalnym charakterze wypróżnień. Najbardziej jednak, jak się zdaje, do rzeczywistości zbliżone objaśnienie tych objawów podał niedawno FINKELSTEIN, który w swej nowej, oryginalnej teorii „intoksykacji” tyle światła rzucił na całą sprawę zaburzeń w odżywianiu niemowląt ¹⁾. To co TUGENDREICH uważał za jakąś specjalną gorączkę, wywołaną przez maślankę, było reakcją, spowodowaną w organizmie niemowlęcia przez nadmierne dlań ilości cukru. Przez niezmiernie dokładne odmierzenia ilości podawanego w maślance cukru i przez subtelne badania wywoływanej w organizmie reakcji przekonał się FINKELSTEIN o słuszności swoich poglądów. Podobnie objawy zatrucia powoduje u niemowląt i tłuszcz. Nigdy natomiast nie mógł FINKELSTEIN stwierdzić, aby objawy „intoksykacji z odżywiania” dawała kazeina. Tłuszcz i cukier są w pierwszym rzędzie przyczyną tych zaburzeń w odżywianiu, które FINKELSTEIN ugrupował w postaci „intoksykacji”, a które zależą od jakiejś swoistej niedomogi w czynnościach, do których odżywianie należy. Teoria FINKELSTEIN’a stanowi też do pewnego stopnia jeszcze jedno potwierdzenie słuszności poglądów CZERNY’ego i KELLER’a na szkodliwość tłuszczu i daje jeszcze jedną podstawę do stosowania maślanki i pokrewnej jej co do składu zupy słodowej LIEBIG’a-KELLER’a. Więc przede wszystkim maślankę, jako pokarm w tłuszcz tak ubogi, należy stosować tam wszędzie, gdzie tłuszcz w niewielkich tylko ilościach może być dopuszczalnym. Tak, na przykład, nadaje się ona bardzo dla tych przekarmionych mlekiem, a właściwie tłuszczem, „ciastowatych” dzieci, które tak bardzo skłonne są do wszelkiego rodzaju pryszczycy, do ropnego zapalenia ucha, kataru oskrzeli, jak również dla tych, które przedstawiają t. zw. *status lymphaticus*, jednym słowem dla tego całego szeregu dzieci, które posiadają objawy, wydzielone w ostatnich czasach przez CZERNE’go w postaci „usposobienia wysiękowego” [*exsudative Diathese*].

Co się tyczy pytania, jak długo można dzieci karmić maślanką, to zdania różnych autorów są nader podzielone. Jedni ze względu na tak daleki od pokarmu kobiecego skład jej, pragną stosowanie jej ograniczyć do 6—8 tygodni i uważać ją raczej za środek leczniczy; drudzy zaś widzą w niej pokarm zupełnie odpowiedni dla chorych i zdrowych dzieci i to na czas nieokreślony. Pierwsi opierają się po części na tem, że dłuższe używanie obfitującego w kwas mleczny pokarmu może wywołać krzywicę. Przypuszczenia te jednak są bezpodstawne, wobec tego przede wszystkim, że dawna teoria HEITZMAN’a o zależności krzywicy od kwasu mlecznego została obaloną.

¹⁾ FINKELSTEIN. „Ueber alimentäre Intoxication“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1907, zeszyty 1 i 3.

Przytem nikomu nie udało się dowieść, aby w istocie maślanka wpływ taki miała ¹⁾. Natomiast de JAGER uważał, że oddziaływa ona na przebieg krzywicy w sposób dodatni. Niektórzy, jak np. BAGINSKY, twierdzą, że dłuższe stosowanie maślanki dlatego nie jest właściwe, iż po pewnym czasie, po jakich 4—8 tygodniach, regularne zyskiwanie na wadze ustaje i występuje przytem albo uporeczywe zatwardzenie, albo też, rzadziej, rozwolnienie. Nie ulega wątpliwości, że ten pogląd w bardzo wielu przypadkach znajduje swe uzasadnienie. Bardzo racjonalnym wydaje się pogląd FINKELSTEIN'a ²⁾, który na podstawie licznych spostrzeżeń własnych doszedł do wniosku, że bądź co bądź należy obawiać się niekorzystnych wpływów przekarmienia niemowląt węglowodanami, co przejawia się w opisanej wyżej postaci. Dlatego też zaczął on dodawać do maślanki zamiast cukru, równoważne ilości tłuszczu, mianowicie śmietany; skład stosowanego przez niego pokarmu został już wyżej podany. Ten sposób karmienia dawał u najmłodszych i słabych niemowląt, zwłaszcza zaś u wcześniaków, „nie osiągnięte przedtem i pewne wyniki”. Aczkolwiek FINKELSTEIN nie zdołał przekonać się o ujemnym wpływie maślanki na przebieg krzywicy, to jednak nie jest on pewny, czy przy dłuższem użyciu nie usposabia ona do przewlekłych chorób ustrojowych. Poleca on przeto maślankę tylko jako pokarm czasowy i radzi po 6—8 tygodniach przechodzić stopniowo do innego pokarmu. „Gdyby maślanka—powiada FINKELSTEIN—równie dobrze nadawała się jako stały pokarm dla zdrowych dzieci, jak nadaje się, jako środek leczniczy, to należałoby się jej, już ze względu na jej taniąść, pierwsze miejsce wśród pokarmów dla niemowląt“.

Co do pytania, w jakich ilościach maślanka powinna być podawana, to należy zauważyć, że niektórzy, idąc za radą BALLOT'a, dawali ją dzieciom *ad libitum*. System ten jednak szybko został zarzucony. I przy maślanec, jak przy każdym innym pokarmie, nie należy się trzymać żadnego zbyt ścisłego schematu. Najodpowiedniejszym i najbardziej racjonalnym jest system, oparty na liczbie kaloryi w danym pokarmie zawartej. Ponieważ dzisiaj dzięki ścisłym badaniom, nad przemianą materii u niemowląt dokonany, mniej więcej dokładnie poznana została liczba kaloryi, jaką dziecko normalnie zużywa, należy więc tylko znać liczbę kaloryi w litrze pokarmu [maślanka 714], aby pokarm odpowiednio normować. HEUBNER ³⁾ dla ułatwienia wprowadził jako jednostkę miary liczbę kaloryi przypadającą na kilogram wagi ciała, czyli t. zw. „iloraz energii“ (*Energiequotient*), który w pierwszym półroczu życia niemowlęcia równa się 100. Oczywiście należy tu indywidualizować i brać pod uwagę ogólny stan dziecka i jego zdolność asymilacyjną. W każdym razie ilość pokarmu w pierwszym roku życia nie powinna przewyższać 1,000 gramów na dobę.

¹⁾ CANTROWITZ. Macht Buttermilch Rachitis? Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1906. tom 63.

²⁾ FINKELSTEIN. „Lehrbuch der Säuglingskrankheiten“. Berlin 1905. Część I.

³⁾ PROF. HEUBNER. „Lehrbuch der Kinderheilkunde“. tom I, str. 49.

W końcu parę słów w kwestyi dostarczania maślanki u nas. Jak już wyżej wspominałem maślanka, aby mogła w rzeczywistości odpowiedzieć swemu zadaniu, powinna być zupełnie prawidłowo otrzymana i posiadać wyżej podane własności. Niektórzy, jak WÜRZ i de JAGER, proponują przyrządzenie maślanki na miejscu w domu. De JAGER, podaje następujący przepis. Należy do mleka lub śmietany dodać nieco maślanki z poprzedniego dnia, oraz poddać je fermentacyi mlecznej, dopóki nie nastąpi galaretowate skrzepnięcie kazeiny. Gdy fermentacya do tego stopnia doprowadzoną została, należy mleko w ciągu kilku godzin ubijać. Najdogodniejszym oczywiście sposobem otrzymywania maślanki jest dostarczanie jej przez wielkie zakłady mleczne; oczywiście, cała procedura wyrabiania masła powinna być wtedy prowadzona tak, aby otrzymana maślanka posiadała wszystkie wyżej wyszczególnione cechy. Wielkie zakłady berlińskie dostarczają maślanki „leczniczej” w doskonałym gatunku w cenie 20-u fenigów na litr.

IV. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego *).

Podał

Teodor Heiman.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem w październiku 1907 r.

(Dokończenie — Patrz Nr. 50).

Ropień mózgu a apopleksya. Okres końcowy ropnia mózgowego, ewent. opróżnienie się jego do komory bocznej lub na powierzchnię mózgu, może przedstawiać pewne podobieństwo do napadu apoplektycznego, przeważnie zaś wtedy, gdy przy ropniu mózgowym nie uwzględni się lub przeoczy moment przyczynowy. Z drugiej strony może napad apoplektyczny przy istniejącej sprawie ropnej w uchu błędnie być rozpoznany jako ropień mózgu. Przy apopleksyi, podobnie jak przy ropniu mózgowym, napotykamy dwie kategorie objawów: ogólne i miejscowe i napad wylewu krwawego do mózgu mogą poprzedzić pewne zwiastuny, jak: ból głowy, zawrót, lekkie zaburzenia psychiczne i mowy. Jeżeli jednocześnie istnieje ropienie z ucha to tego rodzaju objawy mogą obudzić podejrzenie na ropień mózgu z przebiegiem utajonym, który (ropień) pękł w jamie czaszkowej.

Wszelako apopleksya jest przeważnie chorobą późniejszego wieku, ropnie mózgowie zaś, jak wiemy, są najczęstsze do końca trzeciego dziesiątka

*) W streszczeniu odczyt niniejszy wygłoszony został w sekcyi otypatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)

lat życia. Przy apopleksyi utrata przytomności z pomiędzy objawów ogólnych i bezwład połowiczny z pomiędzy objawów miejscowych jest najwybitniejszy. Napad apoplektyczny najczęściej pojawia się nagle, chory pada od razu bez czucia; po kilka minutach, lub po nieco dłuższym czasie traci przytomność częściowo, częściej całkowicie. Ruchy i czucie gasną zupełnie i chory umiera w ciągu kilku godzin, a nawet w ciągu godziny lub kilku minut. Tętno jest wogóle naprzód zwolnione, często małe i ledwo wymacalne, niekiedy przyspieszone. Ciepłota pada zwykle w godzinę po napadzie, może dojść do 35° w kiszce odchodowej i taką pozostać do śmierci, lub podnieść się do normalnej. Napad może się rozpocząć drgawkami; zwykle ich nie ma. W pewnych przypadkach może chory poprawić się; objawy ogólne znikają, bezwład pozostaje. Pęknięciu ropnia mózgu towarzyszy prawie zawsze silny dreszcz, podniesiona ciepłota, niezmiernie silny ból głowy i wymioty; tętno jest bardzo przyspieszone i rozwijają się inne objawy najostrejszej formy zapalenia opon, o których była mowa wyżej. Te przypadki kończą się zawsze śmiertelnie. Przy ropniu mózgu można się nadto przekonać w największej liczbie przypadków, że pewne objawy ogólne i nierzadko objawy miejscowe już przedtem istniały przez mniej lub więcej długi czas; tymczasem brak ich najczęściej przed napadem apoplektycznym, a jeśli istniały, to nie były tak wyraźne, tak różnorodne i trwały daleko krócej.

Ropień mózgu a nowotwór. Przyczynowość ma tu niezmiernie znaczenie. Brak jakiegokolwiek przyczyny przemawia za nowotworem. Wyraźne objawy ogniskowe, stopniowe wzmaganie się objawów, ich przebieg równomierny, a szczególnie stopniowy i postępujący bezwład nerwów czaszkowych, bardzo silne zapalenie nerwu wzrokowego i wydatna brodawka zastoinowa, której towarzyszy postępująca ślepotą, niekiedy hemianopsya, drgawki ogólne i miejscowe, ogólne osłabienie mięśni, utrata przytomności w postaci napadów i ustępowanie objawów—przemawiają na korzyść nowotworu. Ciepłota ciała nie ulega wahaniom przy nowotworze; wprawdzie i przy ropniu najczęściej nie ma gorączki i ciepłota może być podnormalną; wszelako skutkiem innych przyłączających się powikłań wewnątrzczaszkowych, spostrzegane bywają w przebiegu choroby wahania ciepłoty i lekkie podniesienie jej. Znaczniejsze podniesienie ciepłoty spostrzega się zwykle tylko w okresie końcowym.

Szybki rozwój ostrych i ciężkich objawów mózgowych po istnieniu przez czas pewien lekkich oznak zajęcia mózgu, przemawia za ropniem. Wspólnymi objawami obydwu chorób są: bole głowy, zawrót, wymioty, zajęcie umysłu, zapalenie nerwu wzrokowego (które wszelako przy ropniu jest słabiej wyrażone i nie jest tak częste, jak przy nowotworze) tudzież bezład mózdzkowy. Zapalenie nerwu wzrokowego stanowi niekiedy objaw bardzo wczesny przy nowotworze mózdzku i przy zajęciu wzgórków czworaczych. Przy guzach mózgu pojawia się niekiedy dopiero późno. Nieraz występują przy nowotworze drgawki, kiedy jeszcze nie ma na niego żadnego podejrzenia i kiedy brak jeszcze jakiegokolwiek innych zaburzeń.

Jakkolwiek przy nowotworze przebieg objawów jest powolny i stopniowo postępujący, rzadko wszelako jest całkiem równomierny i tu także zdarzają się wyjątki. Przy nowotworach rosnących bardzo powoli, może sprawa chorobna, podobnie jak przy ropniu, być przepuszczającą i na pewien czas może być okres pozostawiania objawów w jednym stanie lub nawet po dobrej poprawy. Czasem występują bardzo szybko następstwa ucisku, jak np. nerw twarzowy może uleść zupełnemu bezwładowi w ciągu kilku dni. W innych przypadkach mogą wszystkie objawy wzmódl się nagle skutkiem miejscowego zapalenia opon, wywołanego guzem. Często występuje przemijający lub stały bezwład połowiczny, słabość po jednostronnych drgawkach, lub też bez nich.

Przy dającym się wykazać syfilisie nowotwór jest prawdopodobnie natury syfilitycznej, ewent. jest gumatem. Taki guz może w pewnych warunkach uleść rozpadowi i dać obraz niewyraźny ropnia mózgu. Rozpoznanie może być tylko prawdopodobne, podobnie jak przy ropniu gruźliczym.

Tętniak wewnątrzczaszkowy tworzy także guz i daje zupełnie takie same objawy. Jedyną różnicę stanowi dający się wysłuchać szmer tętniakowy, umiejscowiony wyraźnie w jamie czaszkowej i umiejscowienie guza w kierunku przebiegu naczynia krwionośnego.

W rzadkich przypadkach może jednocześnie istnieć ropienie z ucha, ropień mózgu i nowotwór, co znacznie utrudnia rozpoznawanie i może czynić je niemożliwym.

Padaczkę, a raczej napad jej nie trudno odróżnić od ropnia mózgu. Napad padaczkowy charakteryzuje całkowita utrata przytomności, nagłe upadnięcie, wybitna bledź twarży, szybko przechodząca w czerwoność i sinicę i napadowi towarzyszy często głośny, przesywający krzyk i sztywność ciała. Bardzo szybko pojawiają się drgawki kloniczne i toniczne, zupełna utrata czucia i wszelkich spraw duchowych. Żrenice są rozszerzone i bez wszelkiego oddziaływania; występuje szczękościsk, *opisthotonus*, śluz krwawy na wargach, serce bije nadzwyczaj szybko, tętno jest pełne i szybkie. Po pewnym czasie, najpóźniej zaś po godzinie, zwykle po 10—15 minutach napad znika. Padaczka występuje najczęściej do dwudziestego roku życia, później jest dość rzadką [5% do trzydziestego roku życia]. Utrata przytomności, drgawki przytrafiają się wprawdzie także przy ropniu mózgu i tutaj napady mogą na pewien czas ustać; wszelako przy ropniu często mamy zapalenie nerwu wzrokowego, drgawki nie są tak ogólne i towarzyszą im bezwładny. Nadto istnieje przy ropniu mózgu cały szereg objawów, tworzących zwiastuny napadu podobnego do padaczki, lecz których niema przy właściwej padaczce.

Histerya może w pewnych warunkach przy istniejącem ropieniu w uchu lub w kości skalistej, a zwłaszcza gdy istnieje ból głowy i wymioty, być podobną do ropnia mózgu. Wybuch bardziej szybki po pewnych wzruszeniach, brak wszystkich objawów cierpienia organicznego, brak zapalenia nerwu wzrokowego, rodzaj i sposób powstania objawów podmiotowych, oraz ta okoliczność, że osobniki histeryczne posiadają wielką tendencję do nasładownictwa, pozwalają ustanowić właściwe rozpoznawanie. Hemianestezya

nawet zmysłów swoistych bez jednoczesnych bezwładów ruchowych należy do najrzadszych objawów ropnia i nowotworu mózgu

Zdarza się też, że ropień mózgu bywa brany za histeryę, z powodu, że chorą jest kobieta i że istnieją objawy histeryi. Ażeby o ile można zapobiedz błędom rozpoznawczym, objawy histeryczne nie powinny nigdy wpływać na rozpoznanie to dopóty, dopóki organiczne cierpienie mózgu stanowczo nieda się wykluczyć. Dokładna znajomość histeryi [OPPENHEIM] i ropnia mózgu [KOERNER] oraz bogate doświadczenie na tem polu stanowią najlepszą obronę przeciw błędom rozpoznawczym. Z drugiej strony nie wolno zapominać, iż lubo rozpoznanie histeryi w największej liczbie przypadków nie przedstawia trudności o ile powstanie choroby, jej przebieg i obecność pewnych objawów charakterystycznych daje się stwierdzić, to jednak doświadczenie uczy, że histerya daje często powód do błędów rozpoznawczych i odróżnienie czy pewne objawy należą do histeryi, czy też nie, nawet dla badacza doświadczonego może stanowić problemat trudny do rozwiązania. Skoro zatem o to idzie, aby stwierdzić, czy w danym przypadku jest histerya, należy przedewszystkiem szukać stygmatów tej choroby. Stanowią je zaburzenia duchowo-somatyczne, jak: znieczulenia, pewne strefy histeroródcze, drgawki występujące w postaci napadów i t. d. Stwierdziwszy stygmaty histeryczne, trzeba przekonać się, czy stanowczo cierpienie organiczne mózgu, a jak w danym razie ropień, da się wykluczyć. Lecz niestety, objawy takiej choroby nie są rzadkie w histeryi. Ale oprócz pewnych objawów można wyprowadzić pewne wnioski o naturze choroby ze sposobu powstania i dalszego rozwoju choroby. Przy histeryi choroba ma bardzo rzadko równomiernie postępujący przebieg. Ciężkie zaburzenia mogą bez poprawy stanu ogólnego nagle zniknąć. Przy napadach występują coraz to nowe i nagle znikają długo istniejące objawy. Szereg zjawisk histerycznych [znieczulenia, nadczułość, drżączka, niedowłady, skurcze] mogą przesunąć się z jednej połowy ciała na drugą. Zgrupowanie objawów daje także cenne wskazówki rozpoznawcze, jak np. hemianestezya histeryczna nie łączy się z hemiopią, paraplegia z nieczułością, ograniczoną do kończyn dolnych.

Jak dalece histerya może wywoływać ciężkie objawy i dać powód do mylnego rozpoznania ciężkich powikłań mózgowych, posłużyć może przypadek, podany przez BOISSARD'a. Kobieta 45-letnia dostaje nagle gwałtownego bólu głowy i wymiotów charakteru mózgowego. Żrenice były zwężone, tętno zwolnione [48 na minutę], ciepłota normalna, nie brakowało też zaparcia stolca. Rozpoznano zapalenie opon gruzlicze, ponieważ kilku członków tej rodziny umarło na gruzlicę płuc. Po kilku dniach nastąpiła poprawa, wystąpiła prawostronna hemianestezya i wtedy wyjaśniła się histeryczna natura cierpienia. Przed kilku laty spostrzegalem młodego człowieka, któremu skutkiem przewlekłej sprawy ropnej w uchu prawem otworzono wyrostek sutkowy; chory wszelako skarżył się bezustannie na objawy właściwe ropniowi mózgu i dwukrotnie chirurg wykonał otwarcie czaszki i nakłucie substancji mózgowej z wynikiem ujemnym. Chory pomimo to żądał dalszych operacji, twierdząc, że ma ropę w głowie. Całe jego zachowanie się było

histeryą i z trudnością udało mi się przekonać go o bezcelowości poprzednich i dalszych zabiegów operacyjnych.

Neurastenia może niekiedy dać powód do podejrzenia ropnia mózgu, gdy istnieje ropień z ucha. Ropień mózgu może też z początku przedstawiać objawy napotymane przy neurastenii, a specjalnie przy neurastenii mózgowej—cerebrastenii. Z czasem wszelako przyłączają się do tych dwuznacznych objawów ropnia takie, które bezwarunkowo zależą od zmian anatomicznych. Im dłużej przeto nie dochodzi do rozwoju objawów cierpienia organicznego, tem pewniej przyjąć należy neurastenię. Ażeby objawy neurasteniczne miały zawsze charakter przemijający, nie jest to całkiem uzasadnione. W wielu przypadkach objawy te są bardzo uparte, szczególnie zajęcie głowy, astenopia nerwowa, upośledzenie energii umysłowej, osłabienie kończyn dolnych i t. d., są to objawy, które niezawsze mogą być uważane za niewinne, gdyż nieraz napotykam je przy ropniu mózgu. Z drugiej strony znowu część przynajmniej jego objawów podlega znacznym wahaniom. Ból głowy przy neurastenii bez szczególnych powodów rzadko osiąga znacznego natężenia, jeszcze zaś rzadziej silny ból głowy trwa przez czas dłuższy. Bolesności przy opukiwaniu głowy niema, podobniez niema zawrotów, ani też wymiotów; są to objawy, których przy ropniu mózgu nigdy nie brak. Wspólne, obydwu chorobom są: depresja umysłowa, zmiana usposobienia, przemijające stany osłabienia i nierównomierność źrenic. Przy ropniu mózgu rzadką jest nadczułość owłosionej części głowy, przy neurastenii jest ona zjawiskiem powszedniem. Trwałe zmiany mowy natury afatycznej i anartrycznej są rzadkie przy neurastenii, lubo w rzadkich przypadkach zdarzyć się może parafazyja, amnezyja wyrazowa i paragrafia. Z pomiędzy zaburzeń ruchowych, jak: dłużej trwające bezwładności kończyn, objawy porażenia nerwu twarzowego i mięśni ocznych, zwężenie źrenic, odruchowa nieruchomość, niedostateczne oddziaływanie ich na światło, a nawet lekkie niedowładności tych okolic przemawiają już przeciw neurastenii. Tętno przy neurastenii daje przecięciowo 80—100 uderzeń na minutę. Przytrafiające się przy tem cierpieniu upośledzenie słuchu dla szeptu, stroika i przewodnictwa kostnego jest natury błędnikowej. BAGINSKY zboczenie to uważa za będące pochodzenia ośrodkowego. Spotyka się tylko przy neurastenii urazowej.

Śpiączka cukromoczowa, gdy jej towarzyszy sprawa ropnia w uchu, przedstawia w niektórych przypadkach podobieństwo do ropnia mózgu w okresie końcowym, co dać może powód do błędów rozpoznawczych, zwłaszcza wtedy, gdy śpiączka występuje nagle i gdy się chorego widzi po raz pierwszy. Przy śpiączce chorzy są zupełnie nieprzytomni lub też senni; senność rzadko jest przerywana nieznaczną przytomnością umysłu; od czasu do czasu występują drgawki kloniczne; źrenice są zwężone, nieruchome, powieki na wpół otwarte; tętno jest małe i przyspieszone; ciepłota jest daleko niższa od normalnej po uprzednim nieznacznym podniesieniu; głębokie wdechy z krótkimi wydechami i stopniowo wzmagająca się sinica. Wywiady stwierdzają w wielu przypadkach poprzedzający ból głowy, bezsenność, niepokój, strach, zawroty i przez kilka dni trwające uczucie odurze-

nia. Zapach acetonu, wydzielający się z ust chorego, nieraz wystarcza do stawiania rozpoznania różniczkowego. Ważnym momentem rozpoznawczym jest też cukier w moczu i jego wyjątkowy odczyn na chlorek żelaza. Obok choroby cukrowej, a raczej obok śpiączki przez nią wywołanej, może istnieć ropień mózgu; nierozpoznanie go nie posiada wszelako w podobnych okolicznościach żadnego praktycznego znaczenia.

Mocznica (*uraemia*) może przy istniejącej chorobie usznej dać powód do zamiany z ropniem mózgu. Przy mocznicy, jak wiadomo, powstają napady, którym towarzyszą: utrata przytomności, drgawki kloniczne i toniczne, poprzedzane bólem głowy, zawrotem, apatią aż do lekkiego zamęcenia umysłu, sennością i nierzadko nudnościami, wymiotami i zwolnieniem tętna, przy bardzo wysokiej i lub też bardzo niskiej ciepłocie [42°—30°]. Rzadziej spostrzegane bywają bezwładny, skurczenia, drżenie mięśni; jeszcze zaś rzadziej mania, melancholia lub bredzenie. Uwzględnienie zatrzymania lub bardzo nieznaczego wydzielania moczu i momentu przyczynowego, badanie dna ocznego (*retinitis pigmentosa*), uchroni prawie bez wyjątku od błędów rozpoznawczych. Utrata wzroku, która nierzadko występuje po napadzie uremicznym i której przyczyna przy badaniu dna ocznego nie daje się stwierdzić żadnymi zmianami anatomicznymi, znika po pewnym czasie, co nie ma miejsca przy ropniu mózgu. I tutaj też może jednocześnie istnieć ropień mózgowy i rozpoznaniu jego mogą towarzyszyć znaczne i często nieprzewyższalne trudności.

Porządkowe występowanie objawów w tyfusie posiada coś tak właściwego, że trudno wątpić o naturze cierpienia; ma się rozumieć, iż nie zawsze liczyć można na tę prawidłowość, a szczególnie na przebieg ciepłoty, jak je podaje schemat dla większości przypadków, a przytem trzeba chorego spostrzegać przez czas dłuższy. Częściej przytrafiają się zamiany między tyfusem a ropnicą, aniżeli między tyfusem a ropniem mózgu. Trzeba też o tem pamiętać, że zdarzają się zakażenia tyfusowe bez podwyższonej ciepłoty, z tętnem zwolnionem i z przeważającymi objawami mózgowymi, co dać może powód do błędów rozpoznawczych. Dokładna znajomość obrazu obydwu chorób, dłuższe i dokładne spostrzeganie chorego, jako też próba aglutynacyjna uchroni od fałszywego rozpoznania i nieodpowiedniego leczenia. Dotąd zdarzyło mi się dwa razy być wezwanym na poradę przez lekarzy chorób wewnętrznych, gdzie podejrzywano ropień mózgu, dokładna zaś analiza objawów przekonała, że miano do czynienia z tyfusem brzuszynym. W jednym z tych przypadków narząd słuchu był zupełnie zdrowy i lekarz podejrzenie swoje opierał na ograniczonym bólu głowy, wzmagającym się przy opukiwaniu jej, na bólach kłujących w uchu, zamęceniu umysłu, wymiotach i na umiarkowanie podniesionej ciepłocie.

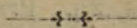
Zdarzały się też zamiany ropnia mózgu z gorączką przepuszczającą. Niepewność rozpoznawcza w każdym razie trwać może w podobnych przypadkach tylko przez czas krótki, a mianowicie w rzadkich przypadkach malarii, przebiegającej bez gorączki i bez powiększenia śledziony. Już wysoka gorączka, długotrwały dreszcz wstrząsający, poprze-

dzający uczucie gorąca i badanie krwi wystarczają do postawienia właściwego rozpoznania. Jak wiadomo, w okresie jawnym ropnia mózgu dreszcz i gorączka są prawie wykluczone i spostrzegane bywają tylko w okresie początkowym i końcowym. W tym okresie szybko następuje śmierć; w napadzie gorączki przepuszczającej jest ona niezmiernie rzadka.

Jako o *curiosum* muszę wspomnieć, iż dwa razy miałem sposobność być na poradzie w przypadkach, gdzie zwyczajny ból neuralgiczno-reumatyczny okolicy skroniowej i ciemieniowej, występujący w postaci napadów przy zupełnym braku cierpienia usznego, budził podejrzenie na ropień mózgu pochodzenia usznego.

Z wszystkiego, co dotąd powiedziano, wynika, że przecięciowo ropień mózgu pochodzenia usznego rozpoznać się daje, lecz podobnie, jak w innych działach medycyny, i tu nie brak przypadków trudno dających się objaśnić, niejasnych, dwuznacznych i pełnych sprzeczności. Jeżeli dotąd jeszcze przytrafiają się dość często błędy w rozpoznawaniu ropnia mózgu, lub też zdarza się, że on wcale nie zostaje rozpoznany, to, jak powiedzieliśmy na początku pracy niniejszej, leży w naturze samej choroby, przedstawiającej wiele podobieństwa z innymi powikłaniami wewnątrzczaszkowymi, zależnymi od ogniska ropnego w uchu, że wiele z tych powikłań występuje jednocześnie z ropniem, lub przez niego wywołane zostają, zaciemniając własny jego obraz, i że objawy ropnia podobne są do objawów cierpień ogólnych, przy których niema wcale sprawy ropnej. Miejmy nadzieję, że wraz z postępem nauki i środki rozpoznawcze ropnia mózgowego pochodzenia usznego udoskonalą się. Wątpliwem jest wszelako, czy i w przyszłości każdy przypadek ropnia mózgu da się bezwzględnie i z całą pewnością rozpoznać, aibowiem błędzić bęży w naturze ludzkiej; trzeba się atoli starać, aby błędzić jak najmniej, do tego zaś może nam pomódz nieustanne i dalsze badanie, dokładne spostrzeganie i właściwa ocena tego, cośmy badali i spostrzegali.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



107. Schmitgen. O białych ciałkach krwi, spotykanych w chorobie Bright'a.

Jeśli wiele zajmowano się obecnością i własnościami wałeczków nerkowych w przebiegu zapaleń nerek, to mało zwracano uwagi na spotykane w moczu przy zapaleniach nerek białe ciała krwi. Przed 20-u laty SENAROR podkreślił znaczenie jednojądrowych białych ciałek krwi, które nieraz spotkać można w mniejszej lub większej liczbie przy cierpieniach nerek. Jednak sprawą tą wogóle niezbyt wiele się zajmowano. SCHMITGEN postanowił sprawdzić dawne spostrzeżenia i w tym celu zbadał mocz w 10-u odpowiednich przypadkach. Mocz brany był od chorych na zapalenie nerek bez powikłań ze strony dróg moczowych, świeży i możliwie czysty. Do barwienia preparatów autor

używał trójbarwika EHRLICH'a, roztworu pyroniny i zieleni metylowej PAPPENHEIM'a, oraz eozyiny, błękitu metylenowego MAY-GRÜNWAŁD'a. Barwik PAPPENHEIM'a składa się z 3-ch części zieleni metylowej i 2-ch części nasyconego wodnego roztworu pyroniny. Technika przygotowania preparatów była następująca: Osad po odwirowaniu i zlaniu moczu dwukrotnie przemywano roztworem fizjologicznym soli kuchennej, preparaty utrwalano i barwiono. Rezultaty swych badań autor streszcza w dwu wnioskach następujących: 1) pomimo, że zapalenie nerek w chorobie BRIGHT'a nie jest ropne, to jednak w moczu znajdujemy ciała ropne, mianowicie limfocyty; 2) przy stawianiu rozpoznania, czy mamy do czynienia z chorobą BRIGHT'a, czy też ropniem nerki, albo *pyelitis*, znalezienie w moczu wyłącznie limfocytów decyduje sprawę. Naturalnie, przy powikłaniach zapalenia nerek przez rozmaite cierpienia dolnego odcinka dróg moczowych, znaleźć można w moczu nie tylko limfocyty, lecz rozmaite białe ciała krwi.

(Berlin. klinische Wochenschrift, 1907, N. 47).

T. Wretowski.

108. R. Haecker. Przyczynek do usuwania ciał obcych z przełyku.

Autor omawia 5 przypadków ciał obcych w przełyku, operowanych przez FRIEDRICH'a [Greifswald]. Na uwagę zasługuje przedewszystkiem przypadek połknięcia kawałka sztucznej szczęki górnej przez kobietę, u której pomimo dokonania zdjęć rentgenograficznych i zbadania zgłębnikiem przełyku, obecności ciała obcego w nim nie wykazano. Dopiero w cztery miesiące po wzmiankowanym wypadku chorea z powodu duszności i niemożności żywienia się stałymi pokarmami została przyjęta do kliniki FRIEDRICH'a, gdzie dzięki zdjęciu rentgenowskiemu w położeniu zbliżonem do profilowego, stwierdzono obecność ciała obcego na wysokości czwartego kręgu piersiowego. Rozpoznanie to potwierdziło również badanie ezofagoskopowe.

Pomimo to, że chorea znajdowała się w ósmym miesiącu ciąży, wykonano u niej *oesophagotomiam externam* i ciało obce usunięto, po uprzednim rozdrobieniu go na dwa kawałki. Zbadanie palcem przełyku wykazało na przedniej ścianie przełyku obecność owrzodzenia przebijającego do dróg oddechowych. Celem uniknięcia groźących z tego powodu powikłań ze strony płuc, po upływie dwu tygodni od pierwszej operacji założono chorej przetokę żołądkową, przez którą odżywiano ją aż do zupełnego wygojenia się przetoki przełykowo-tchawicowej. Wynik ostateczny—wyzdrowienie po upływie 2 miesięcy od operacji.

W drugim przypadku mężczyzna lat 21 połknął kość, która zdaniem jego, miała się zatrzymać w przełyku tuż pod krtanią. Na drugi dzień pojawił się silny ból i gorączka [38,2°]. Przy badaniu miejscowem: z prawej strony znaczna bolesność przy ucisku na pewną ograniczoną przestrzeń przełyku w okolicy tuż pod krtanią, z lewej bolesność i stwardnienie na wysokości gruczołu tarczowego. Wynik badania rentgenograficznego ujemny; badania ezofagoskopowego nie przedsiębrano ze względu na obecność zmian zapalnych, daleko posuniętych w ścianach przełyku. W przypadku tym wykonano *oesophagotomiam externam*; ciała obcego nie znaleziono, stwierdzono tylko silnie rozwiniętą *perioesophagitis*. Na czwarty dzień po operacji—śmierć wskutek powikłań ze strony płuc. Badanie pośmiertne wykazało w miejscu wyżej wzmiankowanych punktów bolesnych obecność dwu podłużnych owrzodzeń; z nich owrzodzenie, odpowiadające punktowi bolesnemu po lewej stronie komunikowało się z ropniem umiejscowionym częściowo pomiędzy ścianami przełyku i gruczołu tarczowego, częściowo w mięszu tegoż. Autor podnosi znaczną złośliwość zakażenia w miejscu porażen wynikłych przy

przechodzeniu przez przelyk ciała obcego, które w krótkim czasie wywołało rozpad septyczny ściany przelyku i części gruczołu tarczowego (*strumitis infectiosa*). Z pozostałych trzech przypadków, których przebieg nie ciekawego nie przedstawia, w dwu z powodzeniem zastosowano aparat WEISS'a, najlepszy zdaniem autora ze wszystkich w tym celu zbudowanych aparatów.

(*Münch. med. Woch. Nr. 42*).

F. Majewski.

109. Zunzer. O usuwaniu głęboko usadowionych ciał obcych z przelyku.

Autor omawia pokrótce ogólnie znane trudności, napotykane przy wyjmowaniu z przelyku drogą *per os* głęboko usadowionych ciał obcych. Dla przypadków ciał obcych w przelyku, znajdujących się ponad wpustem, autor poleca tylko nacięcie żołądka. W przypadku, opisanym przez autora, sprawa dotyczyła chorego, który w ciągu półtora roku chodził z ciałem obcym w przelyku [szczęka sztuczna o 4-ch zębach]. Objawy niedrożności przelyku dla stałych pokarmów, które wkrótce po połknięciu ciała obcego ustąpiły, odnowiły się po upływie 15 u miesięcy i zmusiły chorego do szukania pomocy lekarskiej [w klinice LEXER'a w Królewcu]. Okolicznością godną zaznaczenia jest, że przy badaniu przelyku najgrubszy zgłębnik żołądkowy dał się z łatwością przeprowadzić do żołądka, a badanie przy pomocy ezofagoskopu dało wynik ujemny; pomimo to zdjęcia rentgenowskie wyraźnie wykazały obecność ciała obcego ponad wpustem, a sonda przelykowa TROUSSEAU'a natrafiła na twarde ciało w przelyku w odległości 42 cm. od linii zębowej. Ciało obce usunięto z przelyku dopiero po nacięciu żołądka na znacznej przestrzeni i wprowadzeniu sałej ręki do jego wnętrza [sposób WILMS'a, polegający na wprowadzeniu do wnętrza żołądka jednego tylko palca, zastosowany był również, jednak bezskutecznie]. Po wyjęciu ciała obcego żołądek zamknięto szwem dwupiętrowym, okolicę wpustu sączkowano. Chory wyzdrowiał. Osobliwością opisanego przypadku jest to, że pomimo obecności ciała obcego w przelyku, zarówno badanie zgłębnikiem żołądkowym, jak badanie przy pomocy ezofagoskopu dało wyniki ujemne. Wyższość sondy TROUSSEAU'a (*Olivensonde*) nad zwykłą elastyczną sondą w takich przypadkach jak opisany, mieli sposobność stwierdzić już i inni autorowie [HAECKER], ujemny zaś wynik badania ezofagoskopowego należy przypisać usadowieniu się ciała obcego poza fałdą śluzówki, która w czasie badania nie dała się w żaden sposób rozprostować.

(*Münch. med. Woch. 1907, Nr. 42*).

F. Majewski.

110. H. Bennecke. Śmierć wskutek odruchowego bezmocz, wywołanego cewnikowaniem.

U 65-letniego chorego (*cystitis, nephritis interstitialis*), który uprzednio był już wielokrotnie cewnikowany, wykonał autor w towarzystwie specjalisty badanie cewki zgłębnikiem. Wkrótce potem wystąpiły u chorego wstrząsające dreszcze, gorączka, ból w międzykroczu i zupełny bezmocz. Po upływie 30-u godzin od badania zgłębnikiem cewki—śmierć. Bakteryobójcze badanie krwi, dokonane jeszcze przy życiu chorego, wykazało jej zupełną jałowość, dzięki badaniu pośmiertnemu zaś stwierdzono brak uszkodzeń zarówno w cewce, jak i w pęcherzu. Wobec tego autor sądzi, że przyczyną śmierci w danym przypadku był odruchowy bezmocz, wywołany cewnikowaniem.

(*Münch. med. Woch. 1902, Nr. 42*).

F. Majewski.

111. C. Haerberlin. Przyczynek do leczenia ran ziarninujących.

Autór w wielu przypadkach dużych ziarninujących powierzchni, powoli się gojących, uciekał się do naświetlania ich światłem słonecznym z wielkim dla chorych pożytkiem. Zdaniem autora, epidermizacja rany pod wpływem promieni słonecznych szybko postępuje, wydzielina staje się skąpą, a okres gojenia wielokrotnie się skraca. Przyczynę tego autor upatruje w antyseptycznych własnościach światła słonecznego. Technika postępowania autora jest możliwie prosta i sprowadza się do naświetlania rany światłem słonecznym w ciągu 2—3 godzin dziennie. Opatrunek aseptyczny.

(Münch. med. Woch. 1907, Nr. 42).

F. Majewski.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie.

I. J. JAWORSKI. Pogadanka „O stosunku akuszerki do publiczności i lekarzy“.

Stosunek ten jest wyrazem organizacji pomocy położniczej w danej miejscowości, w danym kraju. Organizacja ta posiada dla ogółu, dla gospodarki krajowej, wyjątkową doniosłość. Im ludność silniejsza, zdolniejsza do pracy, tem większa jej wydajność, tem bogatszy kraj. Na rozwój fizyczny bardzo wpływa sprawa rozrodcza, której przebieg odbija się na zdrowiu kobiet i noworodków. W tych razach, albo kobiety rodzące powracają do warunków fizjologicznych z zachowaniem nie tylko sił i zdrowia, lecz i zdolności rozrodczej, albo przeciwnie, przedwcześnie się starzejąc, tracą sprawność, nie tylko do życia płciowego, lecz i do pracy produkcyjnej.

Toż samo i noworodki. Tutaj uwydatnia się wyjątkowe znaczenie, sprawności zawodowej zarówno akuszerki, jak i lekarzy. Gdy w Królestwie Polskiem śmiertelność z powodu porodów wynosi około 5 na 1000 porodów, co stanowi około 2000 przypadków śmierci kobiet rocznie, a w Rosyi 5 na 1000, co wynosi na 6 milionów porodów, przy 138 milionach ludności, 30 tysięcy kobiet rocznie; w Niemczech śmiertelność z powodu porodów waha się między 1,62 a 1,43 na tysiąc porodów. Wyniki takie zależne są od mniej lub więcej racjonalnej organizacji pomocy położniczej w danym kraju, od stosunku akuszerki do ogółu, a także do lekarzy.

Stosunek liczbowy akuszerki i lekarzy do urodzeń według statystyki z r. 1906, przedstawia się tak: cała ludność Królestwa Polskiego wynosiła w r. u. 11,370,444, w tem kobiet—5,793,063. Liczba urodzeń ogółem 422,728; liczba akuszerki 1279; liczba lekarzy 1564. Odliczając akuszerki zamieszkałe w Warszawie, i wogóle po miastach, okaże się, iż tylko 100 tysięcy kobiet w kraju podczas porodu ma przy sobie akuszerki, 300 tysięcy zaś kobiet korzystać musi z usług bab-samouków. Innem słowy— $\frac{3}{4}$ kobiet w kraju podczas porodu pozbawiona bywa pomocy i opieki fachowo uzdolnionych akuszerki.

Pomimo małej liczby akuszerki położenie materyjalne ich w większości przypadków jest mniej niż skromne z powodu skupienia ich po miastach wielkich, a braku na prowincyi. Stanowisko naukowe, uzdolnienie zawodo-

we w ostatnich latach wobec poprawnie prowadzonych szkół akuszerok, polepszyło się; stanowiska: socyalne i towarzyskie muszą sobie one wywalczać, czemu stoi na przeszkodzie różnorodny napływ kobiet, często wykołejonych, do szkół akuszerok II rzędu. Sprzyjać będzie poprawie stanowiska tego nowo powstały Związek zawodowy akuszerok. Stosunek akuszerok do publiczności reguluje się dotychczas na zasadzie praw zwyczajowych, stosownie do sfery towarzyskiej, położenia majątkowego, miejsca zamieszkania, a co do lekarzy—także zgodnie z przepisami prawnymi. Przepisy te, obowiązujące u nas, w Austrii i Niemczech, mówca podaje, podnosząc surowość kontroli akuszerok, jaka istnieje w Prusiech. Stosunek akuszerok, mających przytulki i biorących dzieci na karmienie, J. odtwarza przez podanie ustępów odnośnych, określonych przez autora „*Fecondité*“.

We wnioskach mówca głosi za tem: aby dążyć, o ile to jest w mocy lekarzy, do podniesienia w opinii publiczności odpowiedzialnego zawodu akuszerki; aby w braku odpowiedniej taksy, uznać, jako zasadę w wynagrodzaniu akuszerok obopólną umowę dobrowolną między akuszerką a publicznością, przyczem „pielegnowanie“ położnicy, oraz noworodka odbywa się, w razie żądania, za oddzielnem wynagrodzeniem; aby starać się utrzymać i nadal, na stałe, „szkołę babek wiejskich“ dla wieśniaczek, a zachęcać osoby inteligentne do wstępowania do szkół akuszerok; aby dążyć do tworzenia posad akuszerok gminnych, fabrycznych; aby uporządkować sprawę przytułków, utrzymywanych przez akuszerki dla sekretnie rodzących i sprawę opieki nad dziećmi, oddawanemi na wykarmienie akuszerkom.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 22-go marca 1907 r.

Po przeczytaniu protokołu z posiedzenia poprzedniego przewodniczący NEUGEBAUER zagał posiedzenie przemówieniem na cześć zgasłego przedwczesnie głośnego chirurga s. p. WLADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO.

LEYZEROWICZ podał krótki opis stosowania metody obciążania wysoko ułożonej miednicy, szeroko w klinikach zagranicznych rozpowszechnionej i noszącej nazwę *Belastung nach Pincus* lub *Belastungslagerung*.

W dyskusyi nad przemówieniem LEYZEROWICZA KARCZEWSKI zaznaczył, iż omawiana metoda nie stanowi nabytku czasów ostatnich, znana jest bowiem od lat kilku. K. u siebie na oddziale również stosował ją u całego szeregu chorych, lecz wynikami tej metody bynajmniej zachwycony nie jest.

J. JAWORSKI twierdzi, że istotny postęp w stosowaniu metody obciążaniem stanowi nie zbytnio złożony przyrząd HALBAN'a-PINCUS'a, lecz wprowadzenie do celu tego rtęci zamiast dawniej używanego śrutu, oraz układanie chorej na równi pochyłej.

Co do samego obciążania, J. sądzi, iż ono nie może być obojętnem dla zdrowej tkanki przy wysokiem obciążaniu, np. 2½ f. od wewnątrz, a 5 f.

od zewnątrz, jak się to stosuje przy wysiękach przymaciczych, jeżeli mamy liczyć na wynik.

Wreszcie mówca uważa, iż z metodą, o której mowa, w wielu razach skutecznie współzawodniczyć będą: *columnisatio* i masaż ginekologiczny.

WŁ. STANISZEWSKI przedstawił preparaty: pękniętej macicy ciężarnej i dwu płodów z uprzedniej, podwójnej ciąży zewnątrz macicznej.

a) Macica długości 14 ctm., wymiar frontalny 12 ctm., grubość ściany dochodzi $4\frac{1}{2}$ ctm. Z prawej strony, cokolwiek z przodu i poniżej przyczepu jajowodu znajduje się otwór owalny, $6\frac{1}{2}$ ctm. długi, $3\frac{1}{2}$ ctm. szeroki; brzegi pęknięcia tego są grube, na zewnątrz otaczają je cienkie strzępy. Pod mikroskopem ściana macicy przedstawia pewne rozrzedzenie mięśni, między wiązkami znajduje się obfitsza, niż w innych miejscach, luźna tkanka łączna.

b) Worek, mający 9 ctm. w średnicy, kształtu kulistego, o ścianie cienkiej [mniej więcej 1 mm. grubości], zawiera z jednej strony otwór okrągły wielkości rubla srebrnego [miejsce odcięcia od tkanek otaczających]. Wewnątrz znajduje się łożysko barwy ciemno-czerwonej, zbitości twardej, które wypełnia większą część worka, oraz płód spłaszczony 4—5-miesięczny.

c) Twór kształtu jajowatego, długości 6 ctm. o powierzchni gładkiej, błyszczącej, białawej z przyrośniętą do powierzchni w jednym miejscu siecią. W przekroju twór ten złożony jest z tkanki barwy bladej, wyglądającej na tkankę łożyska. Jamy wewnątrz niema. Pod mikroskopem masę tworzą stanowią kosmki łożyskowe, których kontury są dosyć wyraźne, zatopione w masie włóknkowej. Twór ten możnaby wziąć za jaję, w którym płód zanikł, lecz ponieważ jamy zupełnie nie zawiera, zachodzi pytanie, czy nie jest to łożysko drugiego płodu skamieniałego (*lithopaedion*). Kształt niezwykle możnaby objaśnić walkowaniem się między kiszkami przyczepionego do sieci łożyska, po pęknięciu worka z ciążą pozamaciczną. *Lithopaedion*—z wyraźną główką i kończynami przykurczonymi i zgiętymi—na powierzchni jest białożółtawy; do niego przyklejone są strzępy tkanki luźnej, zawierającej tłuszcz.

Badania mikroskopowe przeprowadziła dr ZIELIŃSKA.

Przypadek ten dotyczy 35-letniej mężatki E. B., która w dniu 11-m lipca, dostała się na oddział GRZANKOWSKIEGO z instytutu położniczego. Chora jest od 21 lat zamężną. Rodziła 1 raz samodzielnie przed 9-u laty, karmić sama, leżała po porodzie tydzień, bez gorączki. Przed 3-ma laty poroniła w 5-m miesiącu ciąży; przebiegu całej sprawy nie pamiętała. Obecnie uważa się za ciężarną w 8-m miesiącu i od wczorajszego dnia krwawi i ma silne bole w brzuchu.

STANISZEWSKI badał chorą 11-go lipca: część pochwowa rozpułchniona, odepchnięta ku przodowi i na prawo; kanał z łatwością przepuszcza palec do pustej jamy macicy, której trzon niewyraźnie wyczuwa się z tej samej strony. Z lewej strony przez tylne sklepienie wyczuwają się bardzo twarde drobne części, a od przodu i na prawo od nich główka. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje główkę, przypartą do wejścia do małej miednicy i drobne części pod pępkiem; bicia serca i ruchów płód nie posiada; z pochwy mierne krwawienie. Tętno 104—108, słabe; ciepłota ranna 36° . Chorej zalecono kamforę i opium i następnego dnia zrana w uspieniu chloroformowem wykonał STANISZEWSKI cięcie brzuszne.

Przebieg pooperacyjny pomyślny, chorą wypisano 15-go sierpnia.

Niepewne wywiady u nieintelligentnej chorej i wynik badania naprowadzały na myśl o ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej. St. wyczuwał co prawda drobne części płodu skamieniałego przez tylne sklepienie, nie był jednakże w stanie powiązać obecności tego tworzą z ciążą donoszonego dziecka; to co znalazł podczas operacji, było nieoczekiwaną niespodzianką. Masa wolnej krwi w jamie brzusznej i stan chorej nie pozwalały nawet na dokładne rozglądanie się w stosunkach przydatków macicy, z robotą należało się spieszyć; to

też obecnie określenie przyczyny pęknięcia macicy można opierać jedynie na domysłach. Najprawdopodobniejszą przyczyną pęknięcia był *lithopaedion*, który ulokował się z tej strony macicy i przez ucisk na jej ścianę wytworzył *locus minoris resistentiae*; mniej prawdopodobne jest przypuszczenie ciąży mięszonej, gdyż wtedy nie można byłoby sobie wytłómaczyć przyrostu łożyska do sieci, a łożysko to należy do płodu skamieniałego.

Przypuszczenie NEUGEBAUERA, że *lithopaedion* spowodował pęknięcie macicy wskutek przeszkody przy porodzie, zwężając kanał miednicy, nie wydaje się prawdopodobnym, gdyż *lithopaedion* nie zajmował tyle miejsca w małej miednicy i leżał zupełnie wolno, aby można go było o to podejrzewać.

Guz w okolicy kiszki ślepej zawierał łożysko wraz z płodem 5 miesięcznym; czy to była ciąża jajnikowa, badanie mikroskopowe torebki—nie wykazuje. Jeszcze jedna kwestya pozostaje niewyjaśnioną: czy płody obydwaj, jeden w powyżej wspomnianym guzie i drugi—*lithopaedion*—przypuszczalnie 5-io miesięczne, powstały jednocześnie, czy też rozwijały się w różnych okresach czasu.

WŁ. STANISZEWSKI przedstawił dalej łożysko wraz z jednym zmacerowanym płodem; długość łożyska 22 ctm., z czego 8 ctm. należy do części stwardniałej z żółtawym zabarwieniem i tutaj, na granicy z częścią normalną łożyska znajduje się przyczep pępowiny przedstawionego płodu; pośrodku normalnej części łożyska znajduje się druga pępowina płodu żywego; każdy płód ma oddzielne błony. Wymiary płodu żywego: długość 45 ctm., obwód główki 32 ctm., waga 6 funtów; długość płodu zmacerowanego wynosi 35 ctm. Długość pępowin: płodu żywego 50 ctm., martwego 42 ctm.

Przypadek ten dotyczy drugi raz rodzącej osoby, dotkniętej zapaleniem nerek [ESBACH 5‰ białka]. Żywe dziecko urodziło się naprzód, płód zmacerowany urodził się następnie w worku wraz z łożyskiem.

WŁ. STANISZEWSKI przytoczył również przypadek z oddziału GRZANKOWSKIEGO. M. J. służąca, 22 lat, przybyła z powodu silnego krwawienia z narządów płciowych; utrzymuje, iż dnia poprzedniego upadła na pogrzebacz (?). Znalaziono ranę klutą na kroczu, około otworu stolcowego; zgłębnik okrągły łatwo wchodzi na głębokość 8 ctm. z boku kiszki prostej i ściany pochwy i przenika do pochwy przez otworek na tylnej ścianie; naprzeciwko tego otworeka na przedniej ścianie pochwy, na prawo od przedniego sklepienia jest zagłębienie, do którego wchodzi swobodnie członek palca i z tego miejsca właśnie pochodzi obfite krwawienie. Mocz z zawartością krwi. Rana powyższa wygląda na to, jak gdyby powstała po zranieniu szydłem lub drutem, czemu chora przeczy.

Przebieg leczenia: tamponowanie pochwy gazą jodoformową, przestrzykiwanie pęcherza rozczynek kwasu bornego i wewnętrznie urotropina. Zagojenie zupełne. Chorą wypisano po trzech tygodniach.

W dyskusyi J. JAWORSKI zaznacza, że przedstawiony preparat macicy zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na ową wielopostaciowość ciąży, co do miejsca będącą istotnie wielką osobliwością, lecz i z powodu rozdarcia trzonu macicy. J. dopatruje się związku przyczynowego w obu tych zjawiskach. Pęknięcie macicy J. nie stawia w zależności od skamieniałego płodu, o czem mówiono, lecz pęknięcie to uważa za samorzutne. Wogóle teoria pęknięć macicy z przyczyn mechanicznych dziś straciła dużo na swej wartości. Pęknięcie zdrowej macicy uważane być musi za wyjątek.

W przypadku STANISZEWSKIEGO pęknięcie było samorzutne, poród jeszcze się nie rozpoczął, bólów nie było. Pęknięcie nastąpić mogło tylko wskutek zmian patologicznych w mięśniach, mianowicie zmian we włóknach sprężystych bądź na miejscu pęknięcia, a może w macicy *in toto*. Zmiany te były

warunkowane najpewniej poprzedniami sprawami zapalnymi, które chora przeżyła.

Zresztą JAWORSKI czyni także przypuszczenie, że pęknięcie to mogło być wywołane i nierównomiernością rozwoju we wszystkich miejscach muskulatury macicy ciężarnej. W tych razach nawet blahe przyczyny mogą wywołać pęknięcie.

NEUGEBAUER wypowiedział wyczerpujący odczyt p. t.: „Rzut oka na rozwój narządów moczopłciowych u człowieka”, ilustrując go około stu obrazami, na ekran epidyaskopu rzuconymi, rysunkami własnymi i obcymi, głównie z tylko co wydanego atlasu embryologicznego KOLLMANN'a, dziełka BAYER'a i wielu innych podręczników.

Przy końcu przemówienia mówca uwydatnił znaczenie embryologii dla zrozumienia przeróżnych odmian wrzekomego i prawdziwego obojactwa.

St. Cykowski.

Posiedzenie dnia 27-go września 1907 roku.

CYKOWSKI wypowiedział odczyt o obrocie zapobiegawczym. Prelegent podał w streszczeniu treść prac CZERNIEWSKIEGO, MACIEJEWSKIEGO, ANUFRIEWA, WOLFF'a, BROESE'go i KRAUS'a poświęconych obrotowi zapobiegawczemu, przypomniał odnośne poglądy TYRCHOWSKIEGO, JERZYKOWSEIEGO i wreszcie DOBROWOLSKIEGO, który zabierał głos o omawianym zabiegu na IX-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Odczyt ten zamieści „Gaz. Lek.”

W dyskusji brali udział CHODAKOWSKI, NEUGEBAUER i JAWORSKI.

JAWORSKI z powodu powołania się mówcy w odczycie, pomiędzy innymi, i na pracę dra ANUFRIEWA z kliniki położniczej warszawskiej, zaznaczył, iż zna i ma przed sobą 3 prace takie, które odznaczają się tendencyjnością, niedopuszczalną w rzeczach naukowych. Są to: rozprawa o obrocie zapobiegawczym przy miednicach ścieśnionych dra ANUFRIEWA, oparta na 33-ch przypadkach; praca ta bynajmniej nie przekonywa stanowczo na zasadzie przytoczonych wyliczeń o istotnej wyższości obrotu zapobiegawczego we wszystkich postaciach miednic ścieśnionych w porównaniu z metodą wyczekującą. Tymczasem w ostatecznych wnioskach ANUFRIEW kategorycznie wypowiada się za obrotem zapobiegawczym.

Jeszcze większa tendencyjność przebija w rozprawie dra FIEDOROWA, w której autor na czele stawia słuszną zasadę: nieprzeszkadzania podczas porodu naturze, a w praktyce, jak widać z zestawień liczbowych 847 przypadków porodów przy miednicy ścieśnionej, nie szczędził wszystkich możliwych operacji, mających zastosowanie w położnictwie.

Wreszcie trzecia praca z tej samej kategorii dra PAWŁOWA o miednicy polki oraz jej dziecku zmierza do założeń, postawionych przez klinikę warszawską w tym okresie czasu.

Wszystkie, wymienione rozprawy doktorskie, gdy się je zestawia, porównywa wskazują na jedno, na cel, w jakim podjęte zostały, mianowicie, aby usprawiedliwić, wytłómaczyć tę polypragmatyzę operacyjną, która w ostatniem 20-leciu, wbrew zasadom położnictwa naukowego, była w klinice położniczej warszawskiej szeroko stosowana i wszechwładnie przeprowadzana.

St. Cykowski.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 19-go października 1907 r.

1) Męczkowski W. przedstawił przypadek t. zw. „syndromu BENEDIKT'a.

U dwuletniego dziecka w maju r. b. zaczęła opadać prawa powieka, jednocześnie rozszerzyła się prawa źrenica. Wkrótce wystąpiło drżenie w obu lewych kończynach i osłabienie w nich władzy. Niekiedy zjawiały się wymioty. Przedmiotowo obecnie stwierdzamy: *mydriasis paralytica oculi dextri, paralysis m. recti int. et sup., m. obliqui inter.* po stronie prawej, niedowład spastyczny obu lewych kończyn. W przypadku powyższym wobec porażenia skrzyżowanego z nerwem okoruchowym (*hemiplegia alternans cum n. III*) mówca przypuszcza najprawdopodobniej *tuberculum solitarium* w okolicy prawej szypułki mózgowej (*pedunculus cerebri*). Porażenie skrzyżowane typu WEBER-GUBLER'a, o ile mu towarzyszy drżenie, nosi nazwę „syndromu BENEDIKT'a“.

2) BYCHOWSKI przedstawił przypadek rzadkiej postaci zaburzeń czucia ciepłikowego.

Chory lat 34, który przed 4-a laty przechodził syfilis, od 3-ch lat doznaje bólów i odrętwienia w dolnej części kręgosłupa oraz osłabienia obu dolnych kończyn. Po zatrzykiwaniach sublimatu wyraźna poprawa. Przed rokiem mówca stwierdził u chorego objawy spastyczne w obu kończynach dolnych, a oprócz tego na prawym biodrze znaczne osłabienie czucia ciepła [dopiero t. 70° C chory rozpoznaje jako ciepło]; czucie zimna nietknięte. Obecnie na prawym biodrze chory rozpoznaje t. 85° C jako ciepło, na t. 0° lub niżej reaguje, jak na gorące żelazo [pali go]. Mówca, który w danym przypadku rozpoznaje *myelitis luetica*, zatrzymuje się dłużej nad analizą zaburzeń czucia ciepłikowego i przypuszcza, że kwalifikacja czuć ciepłych, których dualizm autor nie chce nawet kwestyonować, odbywa się w rogach tylnych rdzenia i że przy zniszczeniu tam właśnie przewodników dla czuć zimnych, a przy zachowaniu obu przewodników obwodowych, występuje t. zw. spaczony odczuwanie zimna, jako gorąca.

W dyskusji HIGIER podnosi możliwość roli nerwów naczynioruchowych w podobnych zaburzeniach czucia.

KOPCZYŃSKI St. powołuje się na własne przedstawienie przypadku porażenia typu BROWN-SEQUARD'a z rozszczeniem czucia ciepłikowego.

3) HIGIER przedstawił: a) przypadek czystej dipsomanii.

Chory lat 41, nie używający napojów wysokowych, nie obarczony nerwowo, miewa od 24-go roku co kilka miesięcy napad, trwający od tygodnia do miesiąca, podczas którego zapamiętałe pije wódkę. W okresie przednapadowym odczuwa rodzaj dreszczów, jest smutny, apatyczny. Podczas napadu znajduje się w stanie pewnego zamroczenia świadomości. Napad często kończy się potami. Po napadzie chory bardzo niewiele przypomina sobie z okresu napadowego. Mówca rozpoznaje czystą dipsomanię. Mówca nie zgadza się ze szkołą KRAEPELIN'a, uważającej dipsomanię za równoważnik padaczki, lecz uważa ją za psychozę *sui generis*, za t. zw. *periodisches Zwangsirresein* — okresowy obłąd przymusowy.

W dyskusji WIZEL, STERLING, FLATAU przemawiali za pokrewieństwem dipsomanii z padaczką.

Zdaniem WIZLA dipsomania nie nadaje się do hypnozy, co tem bardziej przemawia za jej pochodzeniem padaczkowem.

BREGMAN podnosił konieczność leczenia dipsomanów w zakładach.

b) H. przedstawił przypadek *neuritidis retrobulbaris acutae*.

U 17-letniej dziewczyny przed miesiącem w ciągu kilku dni rozwinęła się zupełna ślepotą lewego oka. Tylko w skroniowej części po stosowaniu środków napotnych pole widzenia pozostało nieco zachowanym. Od początku choroby istnieją bolesność gałki ocznej i brak bezpośredniego oddziaływania źrenicy na światło przy zachowaniu oddziaływania współczulnego. Mówca umiejscawia cierpienia w obrębie pozagałkowym, rozpoznaje więc *neuritis retrobulbaris axialis*. Oftalmoskop wykazuje tylko lekkie zblednięcie skroniowej połowy twarzy.

c) H. przedstawił chorego po trepanacji w rzadkim przypadku porażenia napadowego natury padaczkowej (*epilepsia paralytica*).

Chłopiec lat 18, od 6-go roku życia zaczął doznawać kilka i kilkanaście razy dziennie napadów porażenia prawej nogi, niekiedy całej prawej połowy ciała, bez utraty przytomności, drgawek i t. p. objawów padaczkowych. Wtedy, t. j. przed 10-u, laty mówca rozpoznał padaczkę JACKSON'a i polecił dokonanie trepanacji czaszki [dr RAUM]. Po operacji przerwa w napadach, pół roku trwająca. W dalszym przebiegu mówca notował: drgawki o typie padaczki, najczęściej jako *status epilepticus* zwykle w nocy, zmniejszanie się napadów pod wpływem bromu, mańkuctwo chorego i zmniejszanie się częstości napadów po zakażeniach ustroju (*panaritium*, *lymphadentis* i t. p.). Mówca wobec przebiegu przypadku rozpoznaje tu padaczkę t. zw. porażeniową (*epil. paralytica*), jako odmianę padaczki zwykłej, odmianę, w której dzięki słabemu nateżeniu bodźca skurcz podrażnionej grupy mięśniowej zaznacza się o wiele mniej wyraźnie, aniżeli osłabienie n. pięcia i zwiótczenie grupy mięśni, działających antagonistycznie.

W dyskusji FLATAU przypomina o przypadku BORNSTAJNA, w którym porażenie okresowe wikała, a może była jego równoważnikiem, padaczka. F. powołuje się na BINSWANGER'a, który twierdzi, że widywał porażenia przejściowe oddzielnych kończyn, jako równoważnik padaczki. Poprawę po trepanacji FL. objaśnia zmniejszeniem ciśnienia.

GOLDFLAM podkreśla dążność w ostatnich czasach do uważania padaczki jako cierpienia organicznego [REDLICH] i podkreśla, iż według jego obserwacji po tyfusie i innych chorobach zakaźnych następowała poprawa.

STERLING zauważa, że zmiany organiczne w mózgu w padaczkę należy uważać za wtórne a nie pierwotne, i to po długotrwałem istnieniu padaczki.

4) BREGMAN i ENDELMAN przedstawia przypadek władu rdzenia, powikłany porażeniem opuszkowym i cierpieniem pozagałkowym nerwów ocznych (*neuritis retrobulbaris*).

Chora lat 38, od kilku lat cierpi na bole strzelające i na zaburzenia w oddawaniu moczu. Przed dwoma miesiącami na parę dni przed wstąpieniem do szpitala doznała nagle zdrętwienia prawej połowy twarzy, potem lewej połowy ciała, równocześnie straciła władzę w lewych kończynach i nie mogła dobrze lyknać, mówić i coraz gorzej widziała. Badanie przedmiotowe, oprócz licznych objawów władu rdzenia, wykazało: niedowład lewych kończyn, niemożność wysunięcia języka, trudność lykania, zniesienie smaku na prawej połowie języka, mowę dysartryczną; *hemianaesthesia alternans* była nieczysta, albowiem i po stronie prawej stwierdzono pewne zaburzenia czucia. Pod wpływem leczenia specyficznego wybitna poprawa. Rozpoznano ognisko rozmięknienia w środku rdzenia przedłużonego z przewagą po stronie prawej. Szybkie pogorszenie wzroku bez zmian oftalmoskopowych o charakterystycznych cechach (*scotoma centrale* i koncentryczne zwężenie pola widzenia) uważać należy za następstwo *neuritis retrobulbaris*, również jak i ognisko w rdzeniu na tle syfilitycznym.

W dyskusji HIGIER podnosi, że przypadek powyższy potwierdza teorię *lues-tabes*.

KOELICHEN podaje obserwowane przez siebie napady ziewania, jako objaw opuszkowy.

GOLDFLAM widuje często *neuritis retrobulbaris* na tle syfilisu. Jako objaw tego cierpienia widywał też *protrusio bulbi*.

FLATAU uważa *neuritis retrobulbaris* za sprawę naczyniową.

KOPCZYŃSKI widywał *neuritis retrobulbaris* zwykle obustronnie, często na tle reumatyzmu, gdyż środki napotne i salicyl dobry wywierały skutek.

BYCHOWSKI zaznacza, że widywał w stanach ciąży *neuritis retrobulbaris* z zejściem zupełnie pomyślnem.

5) FLATAU omawia przypadek nowotworu mózgowia w okolicy siodła tureckiego. Chory, 35 lat, zaczął niedomagać od lutego r. b. W końcu sierpnia osłabienie wzroku (niekiedy *hemianopsia*). We wrześniu w oku poczuł ślepotę zupełną. Obfite oddawanie moczu. Syfilis chory neguje. Urazu nie było. Obecnie skarży się chory na b. silne bóle głowy. Na prawe oko nie widzi wcale, na lewe liczy palce z odległości 6 stóp ($V = \frac{1}{20}$). Na dnie oka *neuritis optica* w stopniu wybitnym. Prawa źrenica rozszerzona, oddziaływa na światło tylko współczulnie, lewa—dobrze. Prawy odruch rzepkowy żywszy od lewego, odruchy ze ścięgna Achillesa słabe. Potem odruch z lewego ścięgna Achillesa zniknął; wystąpił lekki niedowład lewostronny, chory począł zlekka się zataczać. Objawów akromegalii brak. Rozpoznawano nowotwór mózdzku lub przysadki mózgu. Za ostatniem rozpoznaniem przemawiały szybko rozwijające się objawy oczne. Dokonano rentgenogramu [kol. JUDT], który dał wybitny cień, biegnący od siodła tureckiego ku tyłowi i w dół.

Mówca rozpatruje niewyjaśnioną dotąd wartość rozpoznawczą zdjęć promieniami ROENTGEN'a w sprawach nowotworowych mózgu, podnosi, iż zdaniem specjalistów tylko nowotwory zawierające sole dają wyraźne cienie i zaleca ostrożność w ocenianiu podobnych zdjęć, dopóki szereg autopsyi lub operacyi nie wyświełi ich wartości.

W dyskusyi BREGMAN i BYCHOWSKI nie przywiązywali wagi do przedstawionego zdjęcia, twierdząc, iż podobne cienie na rentgenogramie rzuca część skalista kości skroniowej.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 28-go b. m. Towarzystwo Lekarskie Lwowskie obchodziło 30-lecie swego istnienia. Uroczystość rozpoczęła się posiedzeniem w sali Rady Miejskiej, na którym po przemówieniu prezesa, profesora ANTONIEGO GLUZIŃSKIEGO ogłoszono nazwiska członków honorowych. Następnie doc. dr. HERMAN przedstawił 30-letnią działalność Towarzystwa. Wreszcie profesor dr. POPIELSKI mówił o badaniach własnych nad ciałami jadowitemi prawidłowego ustroju. Po posiedzeniu odbyła się uczta koleżeńska w salach Kasyna Miejskiego. „Gazeta Lekarska” przyjęła żywy i serdeczny udział w tej uroczystości w wysokiem uznaniu niespożytych zasług sławnego Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego w rozwoju nauki polskiej.

— Polski Komitet badania i leczenia raka przystąpił, w myśl uchwały X Zjazdu Lekarzy Polskich, do tworzenia komitetów dzielnicowych. Komitetu takiego dla Galicyi Zachodniej podjął się prof. S. CIECHANOWSKI, w W. Ks. Poznańskim radca zdrowia dr. FR. CIEPAPOWSKI, na Litwie dr. T. DEMBOWSKI i dr. A. RYMSZA.

— Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne na posiedzeniu swem d. 6-go b. m. uchwaliło wyłonić komisję, której zadaniem ma być: a) wskazać fabryki chemiczne, istniejące poza granicami Niemiec, mogące wyrobami swymi zastąpić produkt niemiecki; b) wywierać nacisk na składy materiałów aptecznych, aby one do aptek zaniechały dostarczania środków leczniczych z fabryk niemieckich; c) wpływać na zmniejszenie użycia wód mineralnych i specyfików niemieckich, przez zastąpienie ich wodami i specyfikami innego pochodzenia.

— Na miejsce prof. A. MARTIN'a, profesorem ginekologii w Gryfii mianowany został dotychczasowy docent dr H. HENKEL z Berlina.

— Z 10000 kilogramów blendy uranowej wydobyto 3 gramy radu kosztem 44000 koron. Największą dotąd otrzymaną ilość tego metalu rząd austriacki ofiarował wiedeńskiej Akademii Umiejętności.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt miesięcznika międzynarodowego, poświęconego biologii układu nerwowego p. t. „Folia Neuro-biologica” pod redakcją dra E. HEKMA z Groningen, nakładem KLINKHARDT'a z Lipska. Przedpłata roczna wynosi 25 marek.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez Dra WALENTEGO KOCZORÓWSKIEGO.

1. Stosunek tak zwanej arteriosklerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi.

2. Azurofilowa ziarnistość limfocytów w rozmaitych stanach patologicznych.

3. Płytki BIZZORERO'a, ich pochodzenie i udział w krzepnięciu krwi.

4. O wpływie ośrodków nerwowych na trofikę mięśni.

5. Stwierdzić doświadczalnie zależność tężyczki pooperacyjnej od wycięcia gruczolów przytarczycowych, oraz możliwość jej leczenia przez wszczępienie tych gruczolów.

6. Stwierdzić doświadczalnie na zwierzętach, jaka metoda połączenia dróg żółciowych z jelitem najbardziej zabezpiecza te drogi od zakażenia.

7. Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał aloksurowych z moczem.

8. Zbadanie chemiczne i bakteryologiczne wód ściekowych z domów w Królestwie Polskiem, skanalizowanych systemem przelewnym.

9. Doświadczenia i obserwacje nad wpływem kesonów warszawskich na pierwiastki morfologiczne krwi.

10. Zmiany krzepliwości krwi i krążków czerwonych [ich wielkość i odporność] w żółtaczkach przewlekłych.

11. Samooczyszczanie się Wisły pod Warszawą podczas przyboru, przy średniej i niskiej wysokości wody.

12. Studya nad morfologią i biologią spirochetów OBERMAYER'a.

13. Badanie trawienia żołądkowego u ssawców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1908 r. Za najlepsze dwie prace napisane na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 rubli.

Rozprawy nagrodzone będą wydrukowane nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 390 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ul. Niecała Nr 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zabezpieczonych, opatrzonych stałemi dewizami.

P. o. Sekretarza Stałego, *W. Kosmowski.*

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Xeroform

Środek zupełnie nietrujący, stosowany na rany jako proszek do przysypywania. posiada działanie wysuszające i odwianiające, sprzyja wytwarzaniu naskórka i nie wywiera wpływu drażniącego tak na rany, jak i na ich otoczenie. Doskonale nadaje się do opatrunków suchych, które mogą być rzadko zmieniane. Posiada działanie swoiste w eczema madidans, ulcus cruris i combustiones.

Creosotal

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwczeluzowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

Salit

plynny związek salicylowy. Tani środek uśmierzający ból stosowany na zewnątrz w chorobach pochodzenia gośćcowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcieńczonym. Nie wywiera wpływu ubocznego na narządy wewnętrzne.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel:
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzona na Wystawie Lwowskiej meJalem złotym
wszelkie



1) Injectiones Subcutaneae Sterelisatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione

przy temperaturze 125° i 2 ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej

A^oTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700
próby gratis i franco



Zakład parowy JANA ZAWADZKIEGO
Dezynfekcyjny za rogiatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08.

Zarząd przy Aptece Mokotowska 43, telef. 2700.

D-r Jan Brodzki z Kudowy

b. asyst. excel. prof. Leydena ordynuje zimą

w Mérouan w Egipcie.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Creosotal-Bayer Duotal-Bayer

Creosotal-Bayer.

Duotal-Bayer.

Najlepsze i najczystsze preparaty kreozotowe bez drażnącego
lub trującego działania,

Wypróbowane Antiphthisica.

Specyfik przeciw Pneumonii, Bronchitis i innym chorobom
zakaźnym organów oddechowych.

Rp. Creosotal w oryginalnej butelce 25, 50, 100 g.

„ Duotal-Tabletki à 0,5 N. XX, L. u. s. f. „Original. opak. Bayer.”

D-r med. poznańczyk, 32 l. z długoletnią działalnością
przy zagranicznych sanatoryjach i zakładach, specyali-
sta w chorobach nerwów, obecnie zatrudniony przy sa-
natorium w Poł. Rosyi, szuka posady odpowiedniej na
zimę lub na stałe. Łask. zgł. Marszałkowska 31 m. 18.

Kola phosphatée

Zawiera wszystkie składniki nasion Kola i glicerofosfaty.
Wzmacnia działalność serca i system nerwowy, wpływa dodatnio na narządy
trawienia, zwiększa wydzielenie się moczu, zapobiega znużeniu i t. p. Używa
się do 3 łyżeczek dziennie.

Cena słoika 1 rs. 50 kop.

Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

Dr. F. Arnstein

osiadł w Warszawie Złota 5.

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

Ul. Mar szalkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56.

Dr. Ig. Baranowski