

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

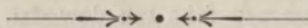
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Najnowsze prądy w nauce o odporności.

PODAŁ

Jerzy Brunner.

(Z pracowni patologii ogólnej przy uniwersytecie warszawskim).



(Ciąg dalszy).

Zauważymy mimochodem, iż ilość spostrzeżeń, dowodzących uodporniającego, zobojętniającego i antytoksycznego działania pewnych — zkadinał obojętnych — ciał względem niektórych jądów w ostatnich czasach pomnożyła się znacznie. Według *Fraser'a* żółc w ilości nader małej zobojętnia trującą dawkę jadu żmij; *Phisalix*¹⁰⁾ stwierdził te dane, dowodząc jednocześnie, iż działanie to przypisać należy sodowej soli kwasu glikocholowego i taurocholowego jak również cholesterynie; związki te posiadają zarazem własności ochronne czyli uodporniające względem jadu. Nieco później *Phisalix*¹¹⁾ wykrył w tyrozynie roślinnej również wybitne własności uodporniające względem jadu żmij, przyczem nabyta po zastrzyknięciu tego ciała odporność trwać może dość długo; przy zmieszaniu z jadem lub przy wstrzykiwaniu jednoczesnem w różne miejsca ciała tyrozyna żadnego wpływu

¹⁰⁾ *C. Phisalix.* La cholestérine et les sels biliaires vaccins chimiques du venin de vipère. (Comptes rendus heb. des séances de la Soc. de Biologie 1897 № 39, pag. 1057).

¹¹⁾ *C. Phisalix.* La Tyrosine, vaccin chimique du venin de vipère. (Comptes rend. heb. des séances de la Soc. de Biol. 1898 № 5, p. 153).

na jad nie wywiera, nie działa przeto ani zobojętniająco ani antytoksycznie. *Roger* i *Josué*¹²⁾ dowiedli, iż neuryna wstrzyknięta wraz z jadem tężcowym czyni go zupełnie nieszkodliwym. Niedawno *Nencki*, *Sieber* i *Simanowska*¹³⁾ podali szereg doświadczeń, dowodzących silnego zobojętniającego działania żółci i soku trzustkowego na toksynę błoniczą i tężcową przy zmieszaniu *in vitro*. Spostrzeżenia powyższe, które — mówiąc nawiasem — stanowią drobną cząstkę dawniej znanych, tworzą rodzaj kazuistyki naukowej, nie objętej jeszcze ogólną myślą przewodnią i dalekiej od jakiegobądź wystarczającego tłómaczenia rzeczy. Wracając do kwestyi odporności musimy z kolei wspomnieć o badaniach *Milchner'a* i *Blumenthal'a*. *Milchner*¹⁴⁾ starał się rozwiązać pytanie, w jaki sposób mieszanka mózgowa zobojętnia trujące działanie jadu tężcowego. Jeśli do mieszanki mózgowej dodać jad tężcowy z pewnej określonej ilości, wówczas zarówno osad jak i płyn z ponad osadu (po działaniu centryfugi) będą pozbawione wszelkich własności trujących; w miarę jak ilość dodawanego jadu będziemy powiększać, nastąpi chwila, kiedy zobojętniająca własność mózgu przekroczona zostanie, wówczas zarówno płyn jak i osad będą wywoływać tężec u zwierząt; fakt ten dowodzi, iż między bocznymi ogniwami mózgu a toksyną zachodzi związek chemiczny, albowiem gdyby istniało tu tylko mechaniczne połączenie, wówczas płyn z ponad osadu powinien być bardziej trujący aniżeli sam osad; pogląd ten podziela również *Blumenthal*¹⁵⁾. Ten ostatni wraz z *Wassermann'em* badali mózg i rdzeń morskich świnek zatrutych toksyną tężcową; pokazało się, iż narządy te posiadają jeszcze dość znaczną siłę antytoksyczną i że nowotworzenie antytoksyny było wykluczone, gdyż zawartość jej zmniejszała się w stosunku odpowiednim do ilości wprowadzonego jadu. Jeżeli przeto zwierzę ginie wskutek zatrucia, posiadając jednocześnie dość znaczną ilość gotowej antytoksyny, aby mózg przez drobną część swej istoty mózgowej uchronić inne świnki od

¹²⁾ *Roger et Josué*. Action neutralisante de la névrine sur la toxine tétanique. (Comptes rend. heb. des séances de la Soc. de Biol. 1898 № 11, pag. 312. La presse médicale. № 25. 1898).

¹³⁾ *M. Nencki*, *N. Sieberowa*, i *E. Szumow-Simanowska*. Odtruwanie toksyn za pomocą soków trawiennych. („Gazeta Lekarska“. № 22—23. 1898).

¹⁴⁾ *K. Milchner*. Nachweis der Chemischen Bindung von Tetanusgift durch Nervensubstanz. (Berlin Klin. Woch. № 17. 1898).

¹⁵⁾ *F. Blumenthal*. Ueber die Veränderung des Tetanusgiftes in Thierkörper und seine Beziehung zum Antitoxin. Deutsch. med. Woch. № 12, S. 185. 1898).

zatrucia, to wynika ztąd, iż śmierć z zatrucia nie zależy od braku gotowej antytoksyny i że warunki muszą się inaczej układać. Autor tak stawia rzeczoną kwestyę: czy istnienie gotowej antytoksyny czyni zwierzę odpornem względem jadu tężcowego, czy też przeciwnie wrażliwość na działanie jadu opiera się na dostatecznej zawartości antytoksyny w komórkach. Jeżeli to ostatnie przypuszczenie jest prawdziwe, wówczas zwierzę odporne nie powinno zupełnie posiadać antytoksyny gotowej w tkance mózgodzeniowej.

W istocie, badając ustrój nerwowy kury, która odznacza się wybitną odpornością względem tężca, autor nie wykrył prawie zupełnie antytoksyny. Na tej podstawie *Blumenthal* przychodzi do wniosku następującego: wrażliwość na tężec warunkuje się obecnością obfitej antytoksyny w komórce, wrodzona zaś odporność — brakiem lub małą jej ilością; zdanie to przestaje brzmieć paradoksalnie z chwilą kiedy zamiast antytoksyny postawimy słowo: istota jad wiążąca.

Poglądy *Ehrlich'a* napotkały pewien opór ze strony *Knorr'a*¹⁶⁾. Jak widzieliśmy *Ehrlich* przyjmuje, iż przez związanie pewnej ilości antytoksyny w komórce, a więc przez pewien uszczerbek komórka zostaje pobudzona do nowotworzenia ciał swoistych; *Knorr* nie zgadza się z tem zapatrywaniem. Objawy tężcowe u królika, zdaniem *Knorr'a*, trwać mogą w jednakowym prawie stopniu napięcia w ciągu tygodni, zatrute przeto komórki nie są w stanie odtworzyć ciał im brakujących, pomimo to jednak we krwi wykrywa się antytoksyna. Obfite wytwarzanie antytoksyny u kury ma miejsce wtedy, kiedy objawy tężcowe zaczynają dopiero powstawać; najodpowiedniejsza dawka jadu dla wytwarzania ciał ochronnych u kury jest mniejszą od dawki chorobotwórczej. Natomiast zwierzęta wrażliwe, np. morskie świnki, nie posiadają antytoksyny we krwi po przejściu tężca. Z powyższego autor wnioskuje, iż wydzielanie antytoksyny właściwe jest nie tym częściom ciała, które najbardziej cierpią lecz tym, które nie uległy żadnym głębszym zmianom, nie chora przeto lecz zdrowa komórka wyrabia antytoksynę pod wpływem podrażnienia przez słaby jad. Z doświadczeń jakie autor przytacza wypływa między innemi, iż mózg kury — wbrew twierdzeniu *Blumenthal'a* — zawiera w normalnym stanie dość znaczną ilość ciał ochronnych; wogóle, zdaniem autora, stopień odporności nie idzie w parze z ilością antytoksyny

¹⁶⁾ *A. Knorr*. Das Tetanusgift und seine Beziehungen zum thierischen Organismus. Eine experimentelle Studie über Krankheit und Heilung. (Münch. med. Woch. № 11 — 12. 1898).

w mózgu. Co się tyczy własności tej antytoksyny, to doświadczenia *Knorr'a* przemawiają na korzyść twierdzenia, iż nie różni się ona od antytoksyny, zawartej we krwi zwierząt uodpornionych.

Poglądy *Ehrlich'a* i jego szkoły zostały częściowo potwierdzone przez badania drobnowidzowe ustroju nerwowego za pomocą sposobu *Nissl'a*; *Kempner* i *Pollak* ¹⁷⁾, *Goldscheider* i *Flatau* ^{18, 19, 20)}, *Chantemesse* i *Marinesco* ²¹⁾ i *Murawjeff* ²²⁾ dowiedli, iż pod wpływem działania toksyn występują wyraźne zmiany w komórkach nerwowych; swoista antytoksyna działa w ten sposób, iż rozwój i przebieg tych zmian morfologicznych ulega zwolnieniu, lub też że komórka szybciej wraca do stanu normalnego, z chwilą kiedy krążący w ustroju jad zostanie zobojętniony i dalsze jego „wiązanie“ przez komórkę przez to usunięte.

Prace *Erlich'a* i *Wassermann'a* odbiły się echem w Paryżu i wywołały ożywiony ruch wśród uczonych Instytutu Pasteur'owskiego; tu wszakże cała sprawa przyjęła odmienny kierunek. *Miecznikow* ²³⁾ przedewszystkiem stwierdził zasadniczy fakt *Wassermann'a*, iż mózg zdrowej świnki morskiej w nader małej ilości zobojętnia śmiertelną dla myszy lub świnki dawkę toksyny tężcowej; własność tę posiada również mózg zwierząt będących w pełnym rozwoju tężca. Mózg żółwi i kur (zwierząt, bardzo odpornych) posiada bardzo słabo wyrażoną siłę antytoksyeczną, mózg żaby zaś, którą *Miecznikow* uważa jako bardzo wrażliwą na zatrucie tężcowe, zupełnie nie zawiera an-

¹⁷⁾ *W. Kempner u. B. Pollack.* Die Wirkung des Botulismustoxin und seines specifischen Antitoxins auf die Nervenzellen. (Deutsch. med. Woch. № 32. 1897).

¹⁸⁾ *Prof. Goldscheider und E. Flatau.* Weitere Beiträge zur Pathologie der Nervenzellen. (Fortschritte der Medicin. № 16 1898).

¹⁹⁾ *A. Goldscheider und E. Flatau.* Ueber Veränderungen der Nervenzellen beim menschlichen Tetanus. (Fortschr. des medicin. № 6. 1898).

²⁰⁾ *A. Goldscheider und E. Flatau.* Ueber die Ziele der modernen Nervenzellenforschungen (Deutsch. med. Woch. № 11. 1898).

²¹⁾ *A. Chantemesse et G. Marinesco.* Des lésions histologiques fines de la cellule nerveuse dans leurs rapoprts avec le developpement du tétanos et de l'immunité antitétanique. (La Presse médicale. № 10. 1898).

²²⁾ *Murawjeff.* Die diphteritischen Toxine und Antitoxine in ihrer WechsSchwirkung auf das Nervensystem der Meerschweinchen. (Fortsch. der Medicin. № 3 1898).

²³⁾ *E. Metchnikoff.* Influence du systeme nerveux sur la toxine tetanique. (Annales de l'Institut Pasteur. № 2. 1898).

tytoksyny*), tak tedy odporność nie jest w jakim bądź związku z siłą antytoksyczną istoty mózgowej. Badając narządy kury uodpornionej przeciwko tężcowi, *Miecznikow* przekonał się, iż krew tego zwierzęcia posiadała jednakową lub nawet większą siłę antytoksyczną aniżeli mózg, zaś zawartość jajnika okazała się bardziej skuteczną w działaniu, aniżeli rdzeń kręgowy. Doświadczenia tego samego rodzaju z narządami uodpornionej świnki morskiej doprowadziły do wyników bardziej jeszcze wyraźnych: narządy nerwowe posiadały znacznie słabszą siłę antytoksyczną, aniżeli krew i wysięk z otrzewny; z narządów wewnętrznych nerki zawierały najwięcej antytoksyny, wątroba zaś działała przy zmieszaniu z jadem cztery razy silniej aniżeli istota mózgowa. Z powyższego autor wyprowadza wniosek, iż ośrodki nerwowe nie mogą być uważane jako ognisko wytwarzania lub odkładania się antytoksyny, któraby ztąd była przelewana do krwi lub innych soków ustroju. Będąc zmieszana z jadem istota mózgowa bynajmniej nie niszczy go, gdyż ta sama ilość mieszaniny, która może być zupełnie obojętną dla myszy, wywołuje pewne objawy tężcowe u świnki morskiej; rzekome przeto zobojętnienie jadu jest tylko czynnością ustroju i, zdaniem *Miecznikow'a*, sprowadza się do odczynu zapalnego na miejscu zastrzyknięcia, przyczem nagromadzające się leukocyty pochłaniają mózg wraz z toksyną.

Znacznie szersze rozwinięcie tego poglądu znajdujemy w następnej pracy tego samego badacza ²⁴). Przedewszystkiem *Miecznikow* zwraca uwagę, iż wstrzyknięcie toksyny tężcowej wywołuje wybitną leukocytozę zarówno u zwierząt odpornych, jak również u bardzo wrażliwych na tężec. Co się tyczy działania istoty mózgowej na toksynę, to jest ono uwarunkowane miejscem i czasem zastrzyknięcia: przy jednoczesnem wstrzykiwaniu w dwóch miejscach działanie ochronne nie występuje, uprzednie zaś wstrzykiwanie istoty mózgowej chroni od zatrucia tylko w ciągu 24 godzin; mieszanina jadu i mózgu jest bardziej trująca przy wprowadzaniu do jamy otrzewny, aniżeli przy wstrzykiwaniu w mięśnie uda. Zjawiska te autor tłumaczy nagromadzeniem dużych leukocytów jednojądrowych, t. zw. makrofagów, bardziej obfitem wśród mięśni uda, aniżeli w otrzewny; ciała te wchłaniają jad wraz z miazgą mózgową i w ten sposób zapobiegają

*) To samo stwierdzają: również *Courmont* i *Doyen*. (Comptes rendus heb. des séances del Soc. de Biol. № 19 p. 602. 1898).

²⁴) *E. Metchnikoff*. Toxine tétanique et leucocytes. (Annales de l'Institut Pasteur. № 4. 1898).

samozatruciu. W ten sposób *Miecznikow* odmawia tkance mózgo-rdzeniowej własności antytoksyecznej i stara się całą sprawę sprowadzić do zapalnego odczynu ustroju lub, jak się wyraża, do fterotoksyecznej działalności ciałek wędrujących. Doświadczenia *Marie*²⁵⁾, wykonane w pracowni *Miecznikowa*, zdają się również przemawiać na niekorzyść poglądów szkoły niemieckiej.

Stwierdziwszy uprzednio zobojętniające jad działanie miazgi mózgowej, dowiodłszy, iż najsilniej w tym kierunku działają komórki kory mózgowej, *Alarie* wykonywa następujące doświadczenie z 3 królikami. Pierwszemu zwierzęciu wycięto część prawej półkuli mózgowej, którą wszakże pozostawiono na miejscu; następnie wstrzyknięto $\frac{1}{10}$ milgr. toksyny. Drugi królik zostaje poddany tej samej operacji z tą różnicą, iż wycięta część mózgu jest wyjęta z czaszki; otrzymuje on taką samą dawkę toksyny. Trzeciemu wreszcie *Marie* wstrzykuje $\frac{1}{10}$ cz. milgr. toksyny wraz z częścią wyjętego i rozartego mózgu tegoż zwierzęcia. Pierwsze dwa króliki wkrótce giną przy objawach tęcza, trzeci zaś pozostaje zdrow zupełnie. Ztąd autor wysnuwa słuszny napozor wniosek: mózg całkowity nie chroni zwierzęcia od zatrucia, podczas kiedy drobna jego cząstka zapobiega zatruciu z tym warunkiem wszakże, aby mózg był zmieszany z jadem; nie może przeto tu być mowy o działaniu antytoksyecznym.

W mniemaniu tem umacniają autora jeszcze inne doświadczenia, z których wynika, iż jednoczesne wstrzykiwanie jadu i miazgi mózgowej w rozmaitych miejscach ciała bynajmniej nie zapobiega zatruciu.

Zdawałoby się na pozór, iż prace *Miecznikowa* i *Marie* zadały stanowczy cios poglądom szkoły berlińskiej i że cała sprawa pogrzebana została w chwili kiedy zaczęła dopiero rozkwitać i obiecywać plon obfity.

Nie sądzimy, aby tak źle było i zanim właściwa odpowiedź da się usłyszeć ze strony niemieckich badaczy, pozwolimy też sobie kilka uwag wypowiedzieć w danej kwestyi. Mała siła antytoksyeczna mózgu żółwi i kur bynajmniej nas zdziwić nie powinna, gdyż właśnie brakiem owych ciał wiążących tłómaczy się odporność tych zwierząt; nieczynność mózgu żaby również tem samem się objaśnia, albowiem zwierzę to — wbrew twierdzeniu *Miecznikowa* — należy uważać jako odporne względem tęcza; wszak dopiero ciepłota około 37° czyni je wrażliwem na toksynę, a ciepłota ta jest daleką od warunków naturalnych życia żaby. Co się tyczy doświadczenia z uodpor-

²⁵⁾ *A. Marie*. Recherches sur les „propriétés antitétaniques“ des centres nerveux de l'animal sain. (Annales de l'Istitut Pasteur. № 2 1898).

nioną kurą i świnką, to nie przemawia ono bynajmniej przeciwko teorii *Ehrlich'a* i *Wassermann'a*, gdyż według tych badaczy ustrój nerwowy w przebiegu uodporniania wytwarza boczne ogniwa wiążące czyli antytoksynę, która zostaje przelaną do krwi, wcale przeto „składu antytoksyny“ w mózgu nie należało się spodziewać; wszak gdyby tak było jak chce *Miecznikow*, to na zasadzie obfitości antytoksyny we krwi i wysiękach trzebaby płynom tym przypisać wyrób ciał ochronnych, czego chyba sam *Miecznikow* nie twierdzi. Że taż sama mieszanina mózgu i toksyny może być obojętna dla myszy i trująca dla świnki, to jest zupełnie naturalne, jeżeli przyjmiemy pod uwagę, iż świnka morska jest 9 razy wrażliwsza na toksynę tężcową, aniżeli mysz, i że przeto mała przewyżka jadu w mieszaniu nie może wywołać pewne objawy zatrucia u świnki, nie działając bynajmniej na ustrój myszy; to samo zresztą dałoby się otrzymać z t. zw. niewyrównaną mieszaniną jadu i surowicy swoistej. Najbardziej przeciwko poglądom *Wassermann'a* przemawiałyby doświadczenia *Marie* z wstrzykiwaniem miazgi mózgowej i toksyny w różne miejsca ciała, przyczem działanie antytoksyeczne nie występowało; zauważyć tu wszakże należy, że po pierwsze, jad wchłania się znacznie prędzej, aniżeli istota mózgowa, i, po wtóre, że *Wassermann* wstrzykiwał nieporównanie więcej mieszanki mózgowej aniżeli *Marie*.

Sprowadzenie całej sprawy na odczyn zapalny z leukocytozą miejscową jest bardziej dowcipnem aniżeli zadawalniającem załatwieniem kwestyi; *Miecznikow* nie dowiódł bynajmniej, iż leukocyty niszczą toksynę, i zresztą powstaje fakt niezrozumiały, dlaczego mózg żółwia, kury i żaby nie zobojętnia jadu; czyżby istota mózgowa tych zwierząt nie mogła wywołać nagromadzenia się leukocytów, podczas kiedy czynią to mózgi innych zwierząt? Wynik doświadczenia *Marie* z trzema królikami jest piękną ilustracją do słów któremi *Behring* formułuje hipotezę *Ehrlich'a*: to samo ciało, które będąc zamknięte w komórce powoduje i warunkuje zatrucie, staje się przyczyną wyleczenia z chwilą kiedy do krwi przenika.

Na podstawie uwag powyższych pozwalamy sobie wyprowadzić wniosek, iż dowody przytoczone przez *Miecznikowa* i *Marie* przeciw poglądom szkoły niemieckiej bynajmniej nie są wystarczające i że jak dotąd poglądy te trwają w całej sile. Z kolei musimy zdać sprawę z niezwykle ciekawej pracy *Roux* i *Borrel'a* ²⁶⁾; polemiczne uwa-

²⁶⁾ *E. Roux et A. Borrel*. Tétanos cérébral et immunité contre le tétanos. Annales de l'Institut Pasteur. № 4. 1898).

gi, skierowane przez autorów przeciwko *Wassermann'owi*, nie dają nam nic nowego, natomiast znajdujemy tu cały szereg nowych spostrzeżeń i doświadczeń, dotyczących tężca mózgowego. Wstrzykując zwierzętom do mózgu toksynę tężcowa, *Roux* i *Borrel* wywołują obraz chorobowy oryginalny w przejawach i znakomicie różniący się od zwykłego tężca doświadczalnego: mamy tu stan silnego psychicznego podniecenia, objawiający się strachem, hallucynacjami, chęcią uciekania i skrycia się, napady padaczkowe z mniejszemi lub większemi przerwami, zaburzenia ruchowe, poliuryę i t. d. Godne jest uwagi, iż surowica przeciwtężcowa, wstrzyknięta pod skórę w ilości nawet bardzo znacznej nie zapobiega bynajmniej objawom spowodowanym przez wstrzyknięcie toksyny do mózgu: zwierzę ginie posiadając krew silnie antytoksyeczna! To samo doświadczenie daje się wykonać z toksyną błoniczową; odporność czynna względem tężca, t. j. odporność nabyta drogą wstrzykiwania odpowiednio wzrastających dawek jadu, również nie chroni od tężca mózgowego, to samo wreszcie stosuje się do odporności naturalnej; bardzo odporne względem jadu błoniczego szczury giną przy wstrzykiwaniu drobnej jego ilości do mózgu, niewrażliwe na morfinę króliki padają po wprowadzeniu jednego miligramu tego alkaloidu w to samo miejsce. Fakty powyższe pozwalają autorom przypuszczać, iż odporność nabyta, czynna i odporność naturalna nie wyklucza wrażliwości ustroju nerwowego na jad doń wprowadzony i że przeto w tych warunkach toksyna wstrzyknięta do krwi lub pod skórę nie dochodzi do komórek nerwowych; tak samo rzecz się ma, prawdopodobnie, z antytoksyną przy odporności biernej: zobojętnia ona nawet duże dawki toksyny we krwi lub innych sokach ustroju lecz nie działa na jad w samym mózgu; być może nawet, jak przypuszcza *Répin* ²⁷⁾, antytoksyna owa nie zostaje przepuszczoną przez śródbłonek naczyń mózgowych. Od powyższych doświadczeń pozostawał tylko jeden krok do zrobienia wielkiego odkrycia — leczenia tężca w pełni jego przejawów. Jak wiadomo, surowica przeciwtężcowa posiada silne własności uodporniające i antytoksyeczne, zaś słabą siłę leczniczą, co tłumaczono tem, iż nie działa ona na chorą komórkę. Doświadczenia *Roux* i *Borrel'a* stawiają całą sprawę w odmiennem świetle: antytoksyna nie leczy rozwiniętego tężca, albowiem nie przenika do komórek mózgowych,

²⁷⁾ *Ch. Répin*. Une nouvelle étape de la sérothérapie. La guérison du tétanos déclaré. (Revue générale des sciences pures et appliquées. N° 8, pag. 323. 1898).

leczenie przeto wymaga, aby owo zetknięcie mogło nastąpić, inaczej mówiąc należy surowicę swoistą wstrzyknąć do mózgu. Badacze francuzcy uczynili to, i oto co mówią cyfry: z pomiędzy 45 świnek zatrutych toksyną i leczonych w rozmaitych okresach choroby przez wstrzykiwanie surowicy do mózgu, 35 pozostało zdrowych; z pomiędzy 17 zaś leczonych podskórnem wstrzykiwaniem znacznych ilości surowicy wyzdrowiały tylko 2; nawiasem mówiąc, mózg doskonale znosi wstrzykiwania wogóle i surowicę w szczególności. Odkrycie *Roux* i *Borrel'a* tworzy prawdziwą epokę w leczeniu tężca i stanowi duży postęp w obecnej nauce o seroterapii: kto wie, czy dotychczasowe nieudane próby w leczeniu np. gruźlicy nie tłómaczą się tem, iż surowicę wstrzykiwano nie tam, gdzie należało?.. Dla prac doświadczalnych otwiera się szerokie pole i nowe zdobycze wiedzy niezawodnie niedługo dadzą na siebie czekać.

(D. c. n.).

II. PRZYPADEK

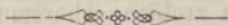
zatrzymania moczu wskutek uwięźnięcia kamyka w cewce.

Podał

Dr. med. W. Świątecki

b. lekarz miejscowy szpitala Dz.-ka Jezus.

(Rzecz przedstawiona w Tow. Lek. Warsz. 28 czerwca r. 1898).



Przypadek dotyczył chłopczyka 2½ lat wieku synka robotnika fabrycznego, najmłodszego z 11-ga dzieci; od urodzenia chłopiec był słabowity i prawie ustawicznie miewał biegunki. Karmiła go matka, tęga i zupełnie zdrowa kobieta, przez dwa lata. Przed pół rokiem odstawiono go od piersi, i dawano mu do jedzenia wszystko, choć łaknienie było zawsze złe, a wygląd ogólny nędzny. Oddawanie moczu do ostatnich czasów było prawidłowe i dopiero od tygodnia matka zauważyła zaburzenia w tej czynności: dziecko „dęło się“ przy od-

dawania moczu i płakało. Od dwóch dni pogorszenie: przez pół doby zatrzymanie moczu; potem odszedł mocz z trudnością, aż wreszcie przez ostatnie 25 godzin nie wydzieliło się ani kropli moczu.

Dnia 13-go czerwca o godz. 9-tej rano widziałem po raz pierwszy chorego i znalazłem co następuje: Dziecko blade i wynędzniałe wciąż jęczy i płacze; ciepłota ciała wynosi 38.7 C., oddech 72 na minutę, tętno 160. Części rodne t. j. członek i moszna bardzo obrzękłe i bardzo bolesne, również bolesność przy dotyku w dole brzucha, który znacznie jest wypuklony, głównie w dolnej połowie; przy opukiwaniu można wykazać tępość, sięgającą na palec powyżej pępka.

Po odwinięciu napletka z otworu cewki na parę milimetrów wystaje jakieś ciało obce, śpiczaste i twarde. Przytrzymawszy i ustawiwszy żołądź palcami ręki lewej, prawą za pomocą zwykłych szczypek z łatwością udało się je wyjąć, poczem mocz mętny w ilości około litra wolnym strumieniem odpłynął przez cewkę, a tępość i wzdęcie brzucha ustąpiły. Chory doznał wielkiej ulgi. Wieczorem dnia tegoż stan bezgorączkowy, obrzęki części rodnych znacznie się zmniejszyły, bolesność atoli zdawała się mało mniejszą niż poprzednio. Zalecono kąpiel, okłady z wody Goularda na części rodne i dolną część brzucha i do wewnątrz wodę alkaliczną (Giesshübler).

Dnia następnego ciepłota ciała podniosła się (38^o.5 C.), mocz wydziela się kroplami, a nieco obficiej przy ucisku ręką na dolną część brzucha; bolesność znaczna nad i pod spojeniem łonowym oraz na kroczu, mosznach i członku.

Już wtedy zaleciłem matce oddanie chorego w ręce specjalistów, gdyż wobec widocznych zacieków moczowych stała się konieczną pomoc chirurgiczna. Rodzice chorego, jak to u ludzi prostych bywa, wahali się sądząc, że bez operacji się obejdzie. Dopiero na trzeci dzień, kiedy stan chorego znacznie się pogorszył, zawieźli dziecko do szpitala Dz.-Jezus na oddział d-ra W. Krajewskiego.

Tutaj 18-go czerwca zrobiono choremu liczne głębokie nacięcia części rodnych, przyczem okazało się zniszczenie części cewki moczowej, przez którą mocz zaciekał do tkanek sąsiednich.

Po tym zabiegu gorączka ustąpiła. Odtąd stan chorego stopniowo się poprawiał i w d. 28 czerwca chłopiec wypisany został jako ozdrowieniec z gojącymi się ranami i prawidłowym oddawaniem moczu.

Badanie moczu, dokonane zaraz po usunięciu kamyka, wykazało w nim obok oddziaływania wybitnie kwaśnego, wyraźny ślad białka; ilość kwasu moczowego nie przekraczającą normy (0.045%), chlorki nieco zmniejszone. W osadzie znaleziono dużo leukocytów mniej lub

więcej zwyrodniałych (ropa), oraz niewielką ilość czerwonych krążków krwi i nieco komórek płaskich i przejściowych z cewki i pęcherza.

Wydobyty kamyk szarawobrunatnej barwy, twardy, wrzecionowatej postaci z dość ostrymi końcami, nieco zgięty w osi podłużnej; długość jego wynosi 18 mm., grubość 6 mm., waga 0,6 grm.; powierzchnia chropawa. Po przepiłowaniu w poprzek widać budowę warstwową i przełam krystaliczny, przyczem można odróżnić rodzaj skorupy i jądra ciemniej od tej ostatniej zabarwionego, Badanie chemiczne wykazuje, że kamyk w całości złożony jest prawie wyłącznie z kwasu moczowego i moczanów.

Przypadek powyższy jest ciekawy z kilku względów.

Przedewszystkiem w tak młodym wieku tworzenie się kamyków moczowych jest stosunkowo rzadką rzeczą. W razie tworzenia się początkiem dla nich są resztki infarktów kwasu moczowego (z życia płodowego). W danym przypadku, prawdopodobnie, kamyk opisany powstał w nerce, względnie miedniczce, a przedostawszy się do pęcherza powiększył się przez nawarstwienie kryształków kwasu moczowego.

Rola, jaką ten kamyk odegrał przy przechodzeniu przez cewkę jest zrozumiałą sama przez się. Ucisk mechaniczny na ściany cewki wywołał, tam, gdzie się najdłużej zatrzymał, rodzaj odleżyny — w następstwie czego powstało uszkodzenie ściany cewki i zacieki moczowe.

Dzięki wczesnemu dostrzeżeniu i usunięciu przyczyny zatrzymania moczu, oraz zastosowaniu niespóźnionej pomocy chirurgicznej, chory został uratowany od niechybnej śmierci. Analogiczny przypadek opisał w *Kronice Lekarskiej* przed paru laty kol. Krajewski.

Dotyczył on starszego już osobnika, bo kilkunastoletniego wyrostka, który, dzięki nierozpoznananiu przez lekarza przyczyny zatrzymania moczu, zmarł, bo właściwa pomoc chirurgiczna przyszła za późno.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

328. Dr. Holländer z Berlina. Wycięcie całkowite pęcherzyka żółciowego i przewodu pęcherzykowego wraz z rezekcją wątroby poprzeczną z przyczyny raka i powstrzymaniem krwotoku drogą kauteryzacji powietrznej. (Deut. med. Wochenschr. № 26. 1898).

59-letnia bardzo wycieńczona kobieta, przybyła na klinikę chirurgiczną z wyraźnymi objawami przewlekłego zwężenia jelit. Podczas badania chorej, narzekającej na nudności, zaparcie i kolki, stwierdzono u tejsze znaczne wzdęcie brzucha, wzmożenie ruchów robaczkowych i obecność szmerów zwężenia; po sztucznie zaś wywołanych stolcach, wyczuło w podżebrzu prawem guz o zarysach niewyraźnych. Przypuszczając, że w danym przypadku ma się do czynienia z nowotworem złośliwym, który wywiera ucisk na zgięcie okrężnicy prawe (flexura colica dextra), postanowiono wykonać laparotomię, gdy zaś otrzewna została otwarta za pomocą cięcia w kierunku linii sutkowej prawej, przekonano się, że przekręcone zgięcie owo zrosło się z pęcherzykiem pod kątem ostrym; po rozplątaniu zrostu stwierdzono dalej obecność twardego, o powierzchni nierównej guza, który siedział na części pęcherzyka obwodowej i wrażał w jego światło, przyczem zwyrodniał również i zraz wątroby pokrywający pęcherzyk.

Na przylegającej do pęcherzyka powierzchni dolnej wątroby, zauważono liczne typowe guziki rakowate i jeden taki, znajdujący się w odległości 4-cm ctm. od jej brzegu wolnego, wyosobniony węzeł nowotworowy, który wszelako, jak przekonało badanie preparatu, nie był przerzutem, lecz stanowił tylko ciąg dalszy raka pęcherzykowego. Tego rodzaju guzik twardej wykryto jeszcze w ścianie przewodu (ductus cysticus) tuż przed jego przejściem do żółciowodu (ductus choledochus).

Wobec braku przerzutów i wolnych gruczołów chłonnych, zakwalifikowano chorą do operacji radykalnej, t. j. wycięto pęcherzyk wraz z jego przewodem, poczem wykonano rezekeję zwyrodniałego zrazu wątroby. Ostatni ten rękoczyn, jak wiadomo, jest trudny o tyle, o ile nie łatwym bywa zatamowanie powstającego z wątroby krwotoku. Ze względu też na ów krwotok, operuje się zwykle w tych razach już to na dwóch posiedzeniach, już ułatwia zadanie nałożeniem podwiązki sprężystej, użyciem żegadła Paquelin'a, lub obkłuciem wreszcie. Pomijając sposoby powyższe, jako często nie prowadzące do celu, zastosowano u chorej dla powstrzymania krwawienia, przyżeganie powietrzem gorącym, do którego autor ucieka się wobec krwotoków obfitych już od lat kilku. Przyrząd d-ra H. czyni możliwym skierowanie na pole operacyjne mocnego prądu powietrza suchego,

ogranzonego do 300° wyżej i działającego skutecznie nawet w razie krwawień, bardzo poważnych. Różnica pomiędzy tego rodzaju kauteryzacją a zastosowaniem żegadła jest bardzo wybitna: to ostatnie działa tam tylko, gdzie styka się z tkanką bezpośrednio i nie wywiera wpływu żadnego na tkanki sąsiednie, przyczem zdarza się często, że wytworzony w miejscu przypalenia strup, przylegając do żegadła, odrywa się wraz z temże, obnażona zaś warstwa podstrupowa, nie objęta bynajmniej działaniem gorąca, krwawi dalej obficie.

Inaczej zupełnie przebiega kauteryzacja powietrzna, która, działając jako gorąco rozlane, wywołuje przedewszystkiem drogą skurczu naczyń czynnego niedokrewność (anemia), przyczem wpływ gorąca słabnie tu stopniowo w miarę jego przedzierania się w głąb tkanek, tak że pomiędzy powierzchnią, pokrytą strupem, a nietkniętą warstwą głęboką, znajdują się tkanki mniej lub więcej rozgrzane. W tem właśnie tkwi wyższość metody autora w obec krwotoku, jeden bowiem i ten sam stopień ciepłoty wywiera działanie odmienne na tkankę zdrową i chorą. Również metodzie powyższej wypadnie oddać pierwszeństwo przed wprowadzonem przez Sniegirewa w celach hemostazy użyciem pary, która nie daje strupa suchego, nadto nie pozwalając się miarkować, parzy tkanki sąsiednie. Za pomocą wreszcie metody autora, można podnieść stopień ciepłoty powietrza, nie odbierając mu jego czysto miejscowych własności, do takiego, jak w żegadle Paquelina natężenia.

Po zastosowaniu zatem kauteryzacji powietrznej w przypadku omawianym, wypalono w górnej części wątroby rowek na $\frac{1}{4}$ ctm. głęboki, tuż powyżej uciskających ją palców pomocnika na znak, dokąd wypadnie narząd rezekować. Powierzchnię cięcia przypalono również powietrzem i powstrzymano w ten sposób krwawienie z tętnic i miaższu natychmiast, przecięte jednak żyły większe broczyły dalej. Ponieważ obklucie było tu również bezskutecznem, nitki bowiem podczas wiązania przerzynały tkankę wątroby, a krwawienie wzmagało się coraz więcej, nałożono zatem na wątrobę w kierunku poprzecznym dwa klampy, tak zcisnięte, by można było powstrzymać krwotok żylny, nie miażdżąc tkanek; resztę wreszcie przeznaczonego do rezekeyi zrazu odwalono żegadłem. Gdy jednak klampy rozemknięto nieco, z miejsc pociągniętych żegadłem zaczęło krwawić daleko mocniej, niż z części uległych działaniu powietrza gorącego, wskutek czego całą tę powierzchnię rany przypalono powietrzem raz jeszcze z wynikiem tak skutecznym, iż po zdjęciu klampów powierzchnia cięcia wątroby była suchą zupełnie. Po przymocowaniu narządu szwem do otrzewny i pokryciu gazą jodoformową ranę brzucha zaszyto niedoszczętnie. Przebieg gojenia był prawidłowy zupełnie, operowana poprawiła się znacznie i uważać ją należało za wyleczoną na czas pewien przynajmniej.

Użycie klampów oraz przyżeganie powietrzem gorącym, uważa autor za dwa nader ważne środki pomocnicze w przypadkach częściowego wycinania wątroby. Działaniu gorąca poddaje się tkanki zazwyczaj w ciągu krótkiego tylko okresu czasu; w powyższym na przykład przypadku zatrzymanie krwotoku z długiej na 15 ctm. rany,

osiągnięto w ciągu minut kilku. Oba wyszczególnione zabiegi są technicznie nader dla operującego dogodne; prócz bowiem szybkiego zatamowania krwotoku, zabezpieczają trwale od krwawień wtórnych oraz dają możliwość ściślejszego oryentowania się, ułatwiając odróżnienie tkanek zdrowych od zwyrodniałych, co po użyciu żegadła nieraz staje się trudnem.

Oszczędza się nadto drogą tą wątrobie bezużytecznego tejsze miętoszenia, które następuje zwykle po nałożeniu uciskadła Esmarch'a, unika—dalej podwiązywania en masse albo obklócia. Trwałość otrzymanego po tego rodzaju przyżeganiu strupa bezgnilnego, jest również pożyteczne bardzo z uwagi na możliwość zakażenia tkanek narządu użytym do szycia katgutem.

K. Niedzielski.

329. Dr. Wormser. **Operacye wola na klinice chirurgicznej w Bernie.** (Revue de chirurgie № 4 avril. 1898).

Autor zestawia porównawczo dwa, służące ku usunięciu wola rękoczynny chirurgiczne: tyreodektomię i wyłuszczenie wewnątrzgruczołowe (enucleatio intraglandularis), wypróbowane w ciągu lat szeregu na oddziale prof. Kocher'a w Bernie, oraz opisuje w krótkości sposób tyreodektomii, którego trzymano się dotąd na wyszczególnionej w nagłówku klinice. Przedewszystkiem tedy usypianie stosuje się tamże tylko u chorych bojaźliwych, przyczem jako środek nasenny używa się eter, lubo w celach przyspieszenia narkozy można rozpocząć znieczulanie od stosowania niewielkich dawek (15—30,0) bromku etylu. Tam, gdzie anestezya ogólna nie jest niezbędna, poprzestawano zwykle na zastrzyknięciu pod skórę 1% roztworu kokainy. Dla przecięcia skóry istnieją dwa wzory, z których każdy ma właściwe wskazanie swoje: można poprowadzić zatem cięcie pod kątem, rozpoczynające się na mięśniu mosko-sutkowym po stronie chorej na wysokości chrząstki tarczowej i przebiegającej ztąd poprzecznie, aż do linii środkowej, zkąd znów cięcie to prowadzi się na dół do rowka widelkowego (fovea iugularis). Drogą tą otrzymano zawsze dostęp do dużego nawet wola nader wygodny, a bliźnę wcale nieznaczną. Tam, gdzie guz nie jest zbyt wielki, Kocher zaleca t. zw. „Kragenschnitt“, t. j. cięcie poprzeczne, lekko zakrzywione, które rozpoczynając się od najbardziej wydatnego miejsca guzowatości, przebiega od jednego do drugiego mięśnia mostko-sutkowego i przekracza nawet tenże po stronie chorej. Powstająca po zagojeniu cięcia tego bliźna jest zawsze ledwie dostrzegalna, jak to stwierdzono u wszystkich operowanych w sposób ten na klinice berneńskiej. Dla uniknięcia zbytcejznej utraty krwi oraz groźnego w swych skutkach przedostania się powietrza do żył, każde pod nóż nasuwające się naczynie choćby najcieńsze, ujmować trzeba w dwie pensety i potem je dopiero przecinać, pozostawiając pensety na naczyniach aż do usunięcia wola; wówczas dopiero nakłada się na naczynia podwiązki.

Po przecięciu mięśni podskórnych szyi i, jeśli to jest koniecznym, mięśni podgnykowych, operujący przedostaje się do powłok gruczołu (capsula externa), które rozcina, poczem przystępuje do uwolnienia guza, rozpoczynając czynność tę od części do wyciągnięcia najłatwiejszej; postępując ostrożnie nie doświadczy się tu nigdy powikłań zbyt ważnych, a dwa przypadki Billroth'a, w których trzeba było wyciąć część żyły szyjowej, należą do wyjątków rzadkich. Gdy wole zostało już usunięte i naczynia podwiązane, wyosobnić należy starannie nerw wsteczny (n. recurrens) i przystąpić do uwolnienia rogów dolnego i górnego zrazu, przecinając po kolei między pensetami dwiema wszystkie przyczepy gruczołu; dalej przeprowadza się pomiędzy przesmykiem i tchawicą podwiązkę podwójną, a zawiązawszy mocno obie nitki na odległości mniej więcej jednego ctm., przecina się ów przesmyk. Pozostaje wówczas jedynie jeszcze część tylna gruczołu, którą można oddzielić od tchawicy całkowicie za pomocą cięć małych, lecz ponieważ łatwo w tym razie o zranienie nerwu wstecznego, zamiast więc radykalnego usunięcia gruczołu, bezpieczniej będzie poprzestać tylko na jego rezekcyi. Unika się w sposób ten nakładania podwiązek na masę, co właśnie najczęściej staje się przyczyną uszkodzenia nerwu. Dzięki starannemu podwiązywaniu naczyń ranę zaszyć można na głucho z pozostawieniem w niej niewielkiego sączka, który usunąć wypadnie po upływie 24-ch godzin. Kocher obmywa ranę wodą wyjałowioną, nie używając wcale środków przeciwniepalnych lub gazy jodoformowej, ta bowiem ostatnia może stać się sama źródłem zakażenia lub spowodować krwotok w chwili wyciągania jej z rany; szwy usuwa się zwykle po upływie 3—4 dni, poczem opatrunek można zastąpić kollydionem. W przypadkach wreszcie wola obustronnego podejmuje się tyreodektomię całkowitą po stronie bardziej zajętej, zraz zaś drugi poddać należy, jeśli to jest konieczne, tylko rezekcyi, enukleacyi lub wykonywa się nad nim operację sposobem skombinowanym. Postępowanie, opisane powyżej, uwieńczone było, jak dotąd, wynikiem nader dodatnim, co wykazuje statystyka kliniki Kocher'a z ostatnich lat 14, obejmująca 204 przypadki. Odrącawszy z liczby tej 7 spostrzeżeń, dotyczących guzów złośliwych gruczołu tarczowego, w których otrzymano zejście niepomysłne, w pozostałych 197 przypadkach operowano zawsze z powodzeniem zupełnym. Tyreodektomię wykonano 159 razy, enukleację 12, 19 razy wycinano gruczoł częściowo, w 16 przypadkach połączono rezekcyę z wyluszczeniem wola częściowem, w 2 wreszcie poprzestano na nałożeniu na naczynia podwiązki, krwotok większy w przebiegu tyreodektomii zauważono dwa razy, w ogromnej jednak większości przypadków utrata krwi była tak nieznaczna, że z tego jednego choćby względu oddać musimy tyreodektomii przed zabiegami innymi pierwszeństwo. Krwotoków wtórnych nie było nigdy, to też nakładano niekiedy do 100 ligatur podczas operacyi; również nie stwierdzono w przebiegu tej ostatniej niepokojących na serwo zaburzeń oddechowych.

Jakkolwiek trudno nie zgodzić się z gorliwym obrońcą metody wyluszczenia dr. Berardem, że enukleacya wywołuje mniejsze, niż tyreodektomia

dektomia, co do zapadania się tchawicy niebezpieczeństwo, zauważyć wszelako należy, że tam, gdzie przed operacją istnieje ucisk nieuległej rozmięczeniu tchawicy, tyreodektomia uwalnia od ucisku jedną tego narządu stronę doraźnie i duszność usuwa doszczętnie, podczas, gdy wyluszczenie (enucleation d'un noyau) daje najczęściej ulgę wcale nieznaczną, a ucisk i większy jeszcze może powstać znowu, gdy drugie jądro nowotworowe znacznie powiększać się z tej lub z przeciwnej strony tchawicy, lub gdy jeden ze zrazów gruczołu ulegnie przerostowi.

Co do możliwości uszkodzenia nerwu wstecznego, stanowiącej bodaj najslabszą stronę tyreodektomii, i w tej sprawie wiele zdziałać można, przestrzegając podczas operowania ostrożność niezbędną. Jak poucza sprawozdanie Kocher'a, odczytane na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1895 (1000 spostrzeżeń), powstające bezzwłocznie po operacji zaburzenia w głosie stanowiły siódmą zaledwie przypadków odsetkę, a wliczono tu spostrzeżenia i tego rodzaju, w których przed zabiegiem jeszcze stwierdzono porażenie strun głosowych; z wyjątkiem jednak przypadków wola złośliwego, zaburzenia te były najczęściej przejściowe tylko. Również i Roux z Lozanny w żadnej ze swoich 100 operacji wola nie zranił w mowie będącego nerwu. Jeśli wszelako pod tym ostatnim względem możnaby wahać się w wyborze między enukleacją a tyreodektomią, za to co do uniknięcia mogącego powstać po operacji zakażenia, wypadnie tyreodektomii oddać bez wszelakich zastrzeżeń przewagę. Już a priori pewnym być można, że rana po tej ostatniej powstała, jako prosta, sucha i czysta, mniej sprzyjając będzie rozwojowi drobnoustrojów, niż kręta zraszana przez ciągły krwi i surowicy odpływ, okolona porozrywaniem ścianami od wyluszczenia. Drobnoustroje, gnieźdzące się nieraz normalnie w tkance gruczołu, jak przekonały o tem badania Jaboulay'a i Rivière'a, uwolnione z zamknięcia, dzięki rozdarciu mięszu podczas enukleacji, znajdują dla się podłoże nader dogodnie w ranie, wypełnionej skrzepami i surowicą; to też na 159 przypadków tyreodektomii na klinice Kocher'a stwierdzono zakażenie rany tylko 11 razy (6%), przyczem zakażenie to, uwarunkowane najczęściej użyciem niewyjałowionej dokładnie podwiązki, miało zawsze przebieg bardzo łagodny, a tkanki uległe infekcyi goiły się doszczętnie w ciągu 2—4 tygodni najwyżej.

Przechodząc do strumektomii, czyli wyluszczenia wola wewnątrzgruczołowego (énucléation intraglandulaire) wyznać należy, że operacja ta jest pod względem technicznym w rzeczy samej dość łatwą, że oszczędza tkankę gruczołu niezwyrodniałą i uniemożliwia uszkodzenie nerwów, w każdym jednak bądź razie operacja ta, zajmująca poważne w szeregu zabiegów nad wolem stanowisko, ma niedogodności również poważne i, co do zalet, tyreodektomii musi ustępować stanowczo. Krwotok przy strumektomii bywa zawsze nader wybitny, a często staje się wprost groźny; rozcinanie zwłaszcza torby gruczołowej i uwalnianie wola staje się przyczyną bardzo obfitego krwawienia, co przyznają i najwięksi nawet zwolennicy tej operacji, jak Bérard i Hahu. Używany nadto dla opanowania krwotoku szew,

pominawszy już częstą jego nieskuteczność, zaciska tkanki nieraz zamocno i prowadzi wówczas do zaniku całej torby gruczołu, czyniąc w sposób ten płonną nadzieję uchowania tkanki, funkcyjnej prawidłowo. I, rzeczywiście, stwierdzano nieraz powstającą bezkrwistość ciężką po wielokrotnych wyluszczeniach w zrazach obu i wytwarzające się z czasem u operowanych charłactwo ((cachexie strumiprive). Krwotoki wtórne są również po enukleacji dość częste, co sprzyja też infekcyi. Wreszcie co do kwestyi nawrotów zalety tyreodektomii występują w całej pełni: po usunięciu bowiem zrazu nawrotu nie może być nigdy, gdy strumektomia, sprzyjając zmniejszeniu ucisku, wywiebranego przedtem na znajdujące się nieraz guzy pomniejsze ułatwia im tylko rozrastanie się nadal bez przeszkód. Zasklepienie rany, powstałej po enukleacji mięszonej (é. massive) idzie dość opieszale, bo i pozostałe tu, rozdarłe, a krwią nacieczone szczątki torby muszą wydzielić się na zewnątrz drogą zgorzeli, co znacznie opóźnia sprawę całą. Nadto obecność tego rodzaju resztek zgorzelinowych prowadzi często do wytwarzania się przetok, te zaś ostatnie stają się bodźcem do wytwarzania się blizn niekształtnych, a więc szpecących.

Na mocy zatem szeregu spostrzeżeń klinicznych i wypróbowanych w praktyce własności obu metod operacyjnych autor ustanawia dla tychże wskazania następujące: tyreodektomię podejmować należy wobec a) guzów złośliwych gruczołu tarczowego; b) w razie ostrej przewlekłej sprawy zapalnej w gruczole (strumitis); c) w przypadkach wola mięszonego, t. p. przerostów gruczołu rozlanych; d) dla wyjęcia wola wielotorbielowego; lub e) wola z wielolicznymi jądrami.

W celu usunięcia wola jednokomorowego lub jąder wyosobnionych, zalegających w tkance zdrowej, tam wreszcie, gdzie ma się do czynienia z guzowatościami dużemi, zawartemi w wolu nieruchomem, polecić można strumektomię. Co do wola, nareszcie zauważonego w przebiegu t. zw. choroby Basedow'a, nadmienić trzeba, że w tego rodzaju przypadkach otrzymywano wyniki pomyślne od podwiązania trzech resp. czterech tętnie tarczowych.

K. Niedzielski.

330. Mansell Moullin. **Leczenie rozpaczliwych przypadków mięsaka płynem Coley'a.** (The treatment of inoperable sarcoma by means of Coley's fluid. The Lancet febr. 5. 1898. *).

Autor opisuje dzieje i stan obecny kwestyi, w nagłówku zaznaczonej, i przytacza ważniejsze odnośne fakty, a także streszcza 10 własnych przypadków, z których 2 zakończyły się śmiercią. Między innymi znajdujemy tu wzmiankę o 90-ciu przypadkach Coley'a, z których w 13-tu guzy całkiem zniknęły; (w 9-ciu z tych 13-tu nie było recydywy, w jednym po 4-ch latach, w 2-ch po 3-ch; w 8-ch po

*) Rzecz wygłoszona w Horveian Society 3-go lutego 1898 r.

2-eh latach); w 45-ciu (t. j. w połowie przypadków) nie zauważono żadnej zmiany; śmiercią zakończyły się 3. Szczególniej drobiazgowy jest opis sposobów przyrządzania płynu Coley'a. Ten ostatni otrzymuje się z hodowli paciorkowca róży i bacil. prodigiosi w peptonizowanym buljonie (niekoniecznie zobojętnionym). Do wyjaławiania wystarczy ogrzewanie toksyn przez godzinę w ciepłocie 50—60° C. i dodanie po ostygnięciu nieznacznej ilości tymolu. Gdy toksyny są zbyt silne, można je rozcieńczyć gliceryną lub wodą wyjałowioną. W celu nadania im większej mocy, zastrzykuje się dwudniową hodowlę królikowi pod skórę ucha (w kilku miejscach), a następnie po 2-eh dniach wycina się z okolicy miejsca szczepionego kawałek skóry, którym pociera się powierzchnię agaru. Paciorkowce lepiej rosną, gdy przy sporządzaniu agaru użyto 1-ej części moczu na 3 części buljonu. Dawka wynosi mniej więcej 1—8 gr. (minimum). Zaczyna się od najślabszych dawek, zwiększając je stopniowo; dopóki nie otrzyma się pożądanego odczynu t. j. podniesienia ciepłoty do 103—104° F (40° C). Coley uważa za stosowne wstrzykiwanie tych toksyn w celu zapobiegania powrotom mięsaka po operacji.

Autor nie pomija też milczeniem i głosów nieprzychylnych dla omawianej metody, przytaczając między innymi zdanie komisji, wybranej ad hoc przez Towarzystwo chirurgiczne w Nowym-Jorku. Komisja ta, złożona z Stimsona, Gerstera i Curtisa orzekła, że:

1) Leczenie to połączone jest z wielkim niebezpieczeństwem dla chorego. 2) Widoki na pomyślne zejście są bardzo niewielkie i wątpliwe. 3) Pokładane w niem nadzieje powodują ociąganie się z zabiegiem chirurgicznym, a tem samym stratę drogiego czasu. 4) Jeśli wypadnie uciekać się do tej metody, to należy to uczynić jedynie w przypadkach nieuleczalnych na drodze operacyjnej.

W końcu autor podaje następujące wnioski, które uważa za „uzasadnione obecnie, jakkolwiek niektóre z nich mogą być później zmodyfikowane“.

1) Nie da się zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach mięsaki, niejednokrotnie operowane i uważane za nieuleczalne, zniknęły całkowicie pod wpływem tego leczenia. 2) Niektóre przypadki nie dały recydywy po 3-eh latach. 3) W niektórych przypadkach mięsaki zniknęły po napadzie róży i nie powtórzyły się w ciągu 7-miu lat. 4) Przeciw powyższym wnioskom nie przemawiają opisy znikania takich nowotworów już to samoistnie już to po ostrych chorobach wysypkowych, gdyż trudno znaleźć przypadki, których wiarygodność byłaby tak stwierdzona jak w przypadkach Coley'a. 5) Wniosków tych nie osłabia też fakt, że leczenie to dało też dobre wyniki w przypadkach wilka, raka, przymiotu. Może to utrudniać zrozumienie tego faktu, ale mu nie przeczy. 6) Najskuteczniej działa w przypadkach mięsaka z komórkami wrzecionowatymi (spindel-celled sarcoma). 7) Znikanie mięsaków nie zależy od zapalenia, ale od niezmiernie szybkiej postaci zwyrodnienia tłuszczowego, przypominającej takąż zmianę komórek wątroby w ostrym żółtym zaniku. 8) Zastrzyknięcie w miejscu guza działa szybciej, niż w miejscu odległym. 9) Leczenie to przedstawia dla chorego wielkie niebezpieczeństwo, powinno prze-

to znaleźć zastosowanie jedynie tam, gdzie niema innego ratunku. Główne ryzyko stanowi tu zapaść lub ropnie. 10) Tylko takie toksyny działają skutecznie, które otrzymano z przypadku róży, zakończonego śmiercią, lub których złośliwość zwiększono, przeprowadziwszy hodowlę paciorkowca przez organizm królika. 11) *Bacillus prodigi-
sus* potęguje działanie lasecznika róży. 12) Najsilniej ujawnia się działanie omawianego środka w mięsach szybko rosnących. 13) Pacjenci nieraz przybierają na wadze i sile. 14) Leczenie powinno trwać dopóty, dopóki guz całkiem nie zniknie lub dopóki nie zmniejszy się tak dalece, że da się usunąć. 15) Gdy nastąpi pogorszenie, toksyny za drugim razem nie działają tak skutecznie jak za pierwszym. 16) Po wielu latach może pojawić się recydywa w innych miejscach. 17) Natężenie odczynu bywa bardzo zmienne.

(Przyp. sprawozdawcy: o pracach Emmericha i Scholla w całym artykule niema najmniejszej wzmianki).

B. Polikier.

WYIĄG ze SPRAWOZDANIA z 27-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 13 i 16 kwietnia 1898 roku.

(Według Beilage zum Centralblatt für Chirurgie № 26 1898).

331. *O. Tilman.* O ranach postrzałowych mózgu.

Na mocy licznych doświadczeń, przedsiębranych na zwierzętach, którym zadawano rany postrzałowe z rewolweru o kalibrze 9 mm., autor miał sposobność poznać zmiany i zaburzenia, powstałe w zranionem kule mózgowiu. Zmiany te polegają zwykle na a) zmiążdżeniu części mózgu przez wystrzał; dalej, na b) wytwarzaniu się oznak wstrząsu w pasie okalającym kanał postrzałowy, oraz c) wy-naczynień włoskowatych w tymże, ku obwodowi coraz mniejszych. Średnica kanału postrzałowego maleje w miarę zbliżania się do otworu kuli wyjściowego. Istota szara ulega zwykle uszkodzeniom, bardziej poważnym, niż biała, która mniej obfituje w naczynia i jest odporniejszą. Rozpoznanie obrażeń oddzielnych jest niemożliwym, co zaś do leczenia za najwłaściwsze uznać należy postępowanie wyzeczujące.

332. *Doyen* z Paryża. Sprawozdanie z dziedziny chirurgii mózgu.

Autor wykonywa w tym celu kraniektomię bądź używanemi zwykle w tym celu narzędziami, bądź zapomocą wynalezionego przezeń o sile jednego konia elektromotoru, który daje ranę bardziej gładką i prędzej wywierca otwór w czaszce, niżli narzędzie ręczne.

Operację samą trzeba uważać za mało niebezpieczną, główną zaś tu gra rolę stopień uszkodzenia mózgowia. Jeżeli z kości

krwawi mocno, najwłaściwszem będzie zaszyć tamże skórę, twarde zaś oponę mózgową otworzyć po upływie dni 6 lub 7, przyczem w przypadkach wzmózonego jej napięcia, uwarunkowanego przez zwiększony ucisk wewnątrz czaszkowy, cięcie wystarcza do natychmiastowego ustąpienia objawów, a liczba uderzeń tętna niejednokrotnie podnosi się w tych razach prawie bezzwłocznie. U całego szeregu istot upośledzonych od natury jak u idiotów np. lub małogłowych autor stwierdził wybitną po operacji poprawę. U jednej takiej idiotki, przechodzącej chorobę Basedow'a w 4 dni po obustronnej kraniektomii wysadzenie gałek ocznych (exophthalmus) i wole zmalały bardzo wyraźnie; przed operacją chora ta zaledwie mogła mówić i nie poznawała najbliższych z otoczenia swego, dziś mówi i rachuje całkiem prawidłowo, nadto z prac swoich wywiązać się potrafi całkiem zadawalniająco. Poprawę po operacji stwierdził autor również i u cierpiących na padaczkę; w jednym np. spostrzeżeniu napady przestały powtarzać się już od 6 miesięcy. Co do chorych na padaczkę Jackson'a wyszukiwano tu zwykle ośrodek padaczkorodny za pomocą drażnienia elektrycznością powierzchni mózgu górnej i część tę wycinano doszczętnie ze skutkiem dobrym, w jednym jednak tylko przypadku. Wyniki zdumiewająco pomyślne otrzymywane za to po operacjach, wyluszczenia gruzliczego guza podkorowego lub po otwarciu głęboko umiejscowionych ropni, których wyszukiwanie możliwem stało się dzięki jedynie tylko podjęciu hemikraniektomii rozległej. Z innych pomyślnemi następstwami uwieńczonych spostrzeżeń podnieść należy jeszcze przypadek usunięcia torbieli, powstałej w prawym ruchowym ośrodku korowym, warunkującej lewostronne porażenie częściowe oraz przypadek kraniektomii, podjęty u konającej prawie chorej z potylicowem zapaleniem opon mózgowych. Na polu usiłowań, zmierzających ku przedostaniu się drogą operacji do guzów podstawy czaszki zaznaczyć można tę jedną tylko wygraną, że udawało się autorowi dotrzeć bez trudności nadmiernych do skrzyżowania (chiasma), a i w tych razach wielu chorych doznało ulgi, przejściowej wprawdzie, dzięki zmniejszeniu się ucisku. Jak przekonały wykonane następnie oględziny pośmiertne u chorych tego rodzaju miano do czynienia z guzami jamy trzeciej lub powierzchni mózdzku przedniej, dokąd, dzisiaj przynajmniej, operacyjnie nie dochodzi się jeszcze.

333. *Loew* z Koloñii. O zabiegach operacyjnych podejmowanych wobec wyrócenia na zewnątrz warg oraz plastyka ust w przypadkach porażenia twarzowego.

Przedstawiony na zjeździe chory poniósł przed 18 miesiącami od wybuchu nafty sięgające głęboko uszkodzenia twarzy, przyczem oparzeniom nie uległy tylko: oko lewe i lewa połowa czoła. Braki te pokrywano stopniowo za pomocą metody Thiersch'a pomimo to jednak nie zdołano zabezpieczyć chorego od powstania mocnego wywiniecia się na zewnątrz (ectropion), powieki dolnej prawej oraz warg, z których dolna odciągnięta została przez bliznę aż do podbródka. Usta w skutek dośrodkowego marszczenia się tejże zwięzły się do tyła, że osobnik ów niemógł ich ani otwierać, ani stykać wzajemnie obu rzędów zębów. Po obkrajaniu ust aż do błony śluzowej sposobem

Bardenheuer'a z pozostawieniem nietkniętego lewego ich kąta i po wycięciu tkanki bliznowatej, wargi uruchomiły się do tego stopnia, że mogły ze sobą stykać się i zawijać ku wewnątrz; w tem położeniu też umocowano je szwem, otworem zaś dla odżywiania się i mówienia pozostał czasowo ów niezasyty kąt ust lewy. Dalej, brak skóry na wardze górnej pokryto Thiersch'em, dla wypełnienia zaś takiego braku na dolnej użyto dwumostkowego płatu poziomego, który zapożyczony został ze skóry powierzchni przedniej szyi. Po przesunięciu środka płatu powyżej podbródka aż do wargi dolnej i umocowaniu go tamże, przeszczepiono na ranę szyi sposobem zwykłym naskórek. Gdy płat skórny wgoił się doszczętnie rozluźniono wówczas szew, nałożony na usta, połączono wzajemnie brzegi rany warg, samą zaś szparę ustną rozszerzono sposobem Dieffenbach'a. Wynik rękoczynów tych był nader pomyślny, operowany bowiem ma dziś usta całkiem prawidłowe, które zamyka dobrze i otwiera szeroko.

W przypadkach krzywego ustawienia się ust resp. opuszczenia się kąta tychże w zależności od porażenia nerwu twarzewego Bardenheuer nakłada szew aż do $\frac{1}{4}$ szpary ustnej, poczem obkrawa kąt ust porażony, wargi zawija ku wewnątrz i płaszczyznami łączy rany wargi górnej i dolnej. Jeżeli usta zwrócone są mocno ku stronie zdrowej, z policzka strony porażonej wykrajając wypadnie klin skórny, którego wierzchołek leżąc będzie na wysokości kąta ust, powstały zaś brak skóry zespolić szwem, nałożym pionowo. Usta dzięki tego rodzaju operacyi, pociągnięte zostają w kierunku strony porażonej, wynik zaś kosmetyczny jest wówczas bardzo dodatni.

334. *Grosse z Halle.* **O wynikach otrzymywanych po usunięciu drogą operacyi rozległych raków twarzy.**

Autor zdaje sprawozdanie z 24-ch odnośnych przypadków, operowanych w ciągu 5 lat ostatnich na klinice prof. Bramann'a. Miano tu zawsze do czynienia z nader rozległymi i sięgającymi głęboko guzami złośliwymi twarzy, które, wrastając w jamy sąsiednie, zwyrodniały również i odpowienie części czaszki. Raków nosa i warg nie uwzględniano w kazuistyce niniejszej. Obok rozległych, nie szczerzących kości czaszkowych operacyi, w każdym przypadku wyluszczano gruczoły chłonne okolic przyległych bez względu na to, czy gruczoły te były czy nie były przez sprawę nowotworową zajęte, przyczem u osobników 6 wypadło usunąć jedną z gałek ocznych. Wiek operowanych wahał się od 45 do 75 lat, jeden tylko z tychże nie miał lat 30. Z 24 chorych zmarło 2 po upływie pierwszego po operacyi tygodnia; obaj mieli z górą po lat 60. Pozostałych 22 osobników wypisano jako wyleczonych; z tych jeden zmarł po upływie lat 4-ch wskutek nawrotu, dwóch — od spraw chorobowych nie mających nie wspólnego z rakiem, o jednym nareszcie osobniku niema wiadomości żadnej. W 18 zatem spostrzeżeniach otrzymano wynik zupełnie pomyślny, ludzie ci bowiem żyją i, pomimo upłynionego już od operacyi okresu pięcioletniego, dotąd nie doświadczyli nawrotu.

335. *Hoffa z Würzburga.* **Leczenie gruźlicy kręgów sposobem Calot'a.**

Na mocy 23 przypadków autor nie uważa zabiegu, wyszczegół-

nionego w nagłówku, za niebezpieczny. Bądź co bądź, należy unikać sprostowywania garbu drogą gwałtu u osobników starszych oraz w przypadkach cierpienia, znacznie posuniętego naprzód; zabieg Calot'a daje tam widoki powodzenia najlepsze, gdzie się ma do czynienia z garbem, trwającym niedłużej nad 2 do 3 lat tylko. W spostrzeżeniach tego rodzaju wykonywa się wyciąg oględny na głowę i nogi chorego, przyczem, jeżeli można, zaniechać trzeba zupełnie ucisku, wywieranego bezpośrednio na garb i pozostawić jego sprostowanie własnemu raczej ciężarowi ciała, niżli gnieceniu przez tegi opatrunek gipsowy. Ciężar ów działa tu w ten sposób, że podczas trzymania rozciągniętego w położeniu poziomem osobnika, kręgosłup wygina się mocno ku przodowi (lordosis), a chorym częściom stosu pancerzowego ujmuje się w sposób ten ciężaru. W położeniu takim z kolei rzeczy wypadnie kręgosłóp unieruchomić bezzwłocznie, podczas zaś nakładania opasek nagipsowanych lordozę można uczynić wydatniejszą jeszcze przez ucisk dłoni łagodny. Znieczulanie wszelakie dla wykonywania operacji Calot'a jest zbyt czyste. Przeciwwskazaniem wreszcie dla tej ostatniej są głównie istniejące, obok sprawy omawianej, ropnie, wówczas bowiem, jak przekonały nieraz oględziny pośmiertne, gruźlica całkiem miejscowa łatwo może uogólnić się; z drugiej znowu strony porażenia, wbrew mniemaniu niektórych, nie stanowią przeciwwskazania bynajmniej, owszem, przeciwnie, porażenia te, dzięki podjęciu omawianego zabiegu, ustępują niekiedy zupełnie.

336. *Lerender.* **Leczenie operacyjne próchnienia kręgow.**

W streszczeniu niniejszem ma się na uwadze jedynie przypadki do tego stopnia posunięte naprzód, że nie może być mowy o ich leczeniu za pomocą ortopedyi lub zastrzykiwań środków właściwych, nadto uwzględnia się tu tylko próchnienie kręgow grzbietowych oraz lędźwiowych (spondylitis dorsalis et lumbalis). Co do dróg anatomicznych, któremi należy posuwać się ku ogniskowi zapalnemu, zauważyć trzeba, że do chorych kręgow grzbietowych można przedostać się po wyrezekowaniu wyrostków poprzecznych oraz guzika i szyjki żeber wraz z tychże częścią przyległą. Wobec próchnienia lędźwiowego torować wypadnie sobie drogę przez mięsion krzyżo-lędźwiowy, którego przyczep dolny odłuszczyć trzeba całkowicie lub częściowo, poczem rezekuje się wyrostki poprzeczne z pozostawieniem wszelako wierzchołków, do których przyczepiają się mięśnie szerokie brzucha; wreszcie dalej posuwać się należy na tępo aż do powierzchni kręgosłupa przedniej. W razie istniejących ropni mięśnia lędźwiowego (m. psoas) i przetok tylnych autor oddzielał od grzebienia miednicowego wszystkie części miękkie oraz wydłutowywał w tym ostatnim otwory koliste dla ułatwienia odpływu; w przypadkach znowu przetok tegoż mięśnia obnażano długiemi, przebiegającymi na zewnątrz od naczyń udowych cięciem oraz odsunięciem otrzewny cały dół biodrowy i drogą tą udawało się otwierać ropnie, powstałe z jamy kości krzyżowej. Postępowaniu temu zawdzięczyć należy wyniki pomyślne nawet i w tych przypadkach, które uważano za całkowicie stracone.

337. *Küttner* z Tybingii. O wolu przymiotowym.

Wśród licznych przypadków wola, spostrzeganych w ciągu roku na klinice Bruns'a, zasługują na uwagę szczególniejszą dwa nader rzadko przytrafiające się spostrzeżenia wola przymiotowego. W jednym z nich leczono kobietę 39-letnią, u której istniejące od młodości wole zaczęło powiększać się na krótko przed operacją, wywołując bóle, utrudnienie oddechu oraz porażenie nerwu wstecznego częściowe. Jak przekonano się z wywiadów, chora ta w 18-ym roku życia przechodziła wysypkę i we dwa lata potem urodziła płód martwy.

Wobec obrzmienia sąsiednich gruczołów chłonnych postawiono rozpoznanie wola złośliwego. Podczas operacji zwracała na się uwagę niezwykła twardość obrzękłych, otaczających wole tkanek; dalej badanie przekroju gruczołów wyciętych przekonywało, że nie ma się tu do czynienia z nowotworem złośliwym, ale ze zwyrodnieniem mięszu włóknistym w związku z wytworzeniem się komórek olbrzymich i z rozległym zserowaniem suchem. Ponieważ co do natury gruczliczej cierpienia istniały nader uzasadnione wątpliwości, guz wyłuszczone przyjęto za ziarniniak (gumma) gruczołu tarczowego, a o słuszności tego rodzaju rozpoznania przekonano się niebawem, gdyż w 5 miesięcy później stwierdzono u tejże chorej na podniebieniu miękkim i ścianie tylnej gardzieli owrzodzenia rozległe i dla przymiotu typowe, które zagoiły się pod działaniem jodku potasu.

W przypadku drugim 27-letni mężczyzna, który w Afryce nabawił się przymiotu, doznawać zaczął na dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala nader wybitnych w oddychaniu trudności, uwarunkowanych przez szybkie i nagle powiększanie się istniejącego od czasu dłuższego wola. Podczas badania znaleziono u owego osobnika po stronie prawej szyi złośliwy guz — wole, duży jak pięść i bardzo twardy, szerzący się nieco poza mostek oraz zmieszczający mocno na lewo tchawicę. Guz ten jak przekonano się w przebiegu operacji stanowił z pokrywającym go umięśnieniem jednolita, twardą i do usunięcia niemożliwą masę, w obec czego poprzestano jedynie na wykonaniu tracheotomii. Ponieważ wygląd wola i tkanek, to ostatnie okalających, jak również badanie pod drobnowidzem kawałka wyciętego tworzą naprowadziły na domysł, że ma się tu do czynienia z guzem przymiotowym, operowanemu zaczęto dawać w ilościach dużych jodek potasu, poczem w 3 tygodnie wole zmalało na tyle, że drogą obmacywania wyczuć go nie było można zupełnie, po upływie zaś sześciu miesięcy wessało się całkowicie. Wynik taki przekonywa wymownie, że i tu miano do czynienia ze sprawą przymiotową, wole bowiem nie swoiste, a tak duże i twarde nigdy nie rozeszło by się tak jak w danym wypadku doszczętnie pod wpływem jodu.

Przymiot gruczołu tarczowego jest, jak dotąd, mało jeszcze znany i w pracach najnowszych spotyka się tylko wzmianki krótkie co do takiego umiejscowienia owej sprawy swoistej, uważanego wogóle jako rzadkość, całkiem nadzwyczajną. To też powyższe dwa przypadki są pierwsze, w których, jako w takich, wykonano rękoczynny

chirurgiczne; bo choć stwierdzono nieraz współudział gruczolu tarczowego w przypadkach świeżego przymiotu, obrzmienia wszelako tego narządu miały zawsze charakter całkiem przejściowy, powstające zaś niezwykle rzadko w okresach późnych i w rozwoju przymiotu dziedzicznego ziarniaki tarczowe nie doprowadziły nigdy do widocznego zwiększenia się wymiarów gruczolu, t. j. do wola.

338. *Garré z Rostocku.* **O wycięciu przełyku częściowym i rękoczynach wytworzonych nad tymże.**

Autor wykonał trzy rezekeye przełyku z przyczyny raka tego narządu wraz z usunięciem krtani w dwóch przypadkach. Na osobliwą uwagę zasługuje przypadek trzeci, w którym sprawa nowotworowa zwęziła przełyk, na długości 5 ctm., do wymiarów cewki, a guz, przyrosły do tylnej ściany tchawicy, zwyrodniał prawy gruczoł tarczowy. Z uwagi na umiejscowienie guza wypadło wyrezekować całą część przełyku szyjową, pięć pierścieni tchawicowych i krtani samą. Ponieważ tej ostatniej błona śluzowa była zdrowa, zastąpiono nią wyciętą rurę gardzieli w ten sposób, że, po oddzieleniu błony od rusztowania chrząstkowego, most ów śluzowy zespolono szwem z gardzielią u góry z kikutem przełyku u dołu. Plastyka powiodła się zupełnie, a operowany połyka bez trudności przez nową tę rurkę przełykową, która jest drożną dla zgłębnika, grubego na palec.

339. *Helferich z Greiswaldu.* **Przedstawienie dziewczyny z obustronną utratą mięśnia mostko-sutko-obojozykowego.**

Autor przedstawił na zjeździe 26-letnią kobietę, operowaną przed 1½ rokiem z przyczyny obustronnego zwyrodnienia gruczołów szyjowych, porastanych mocno i tworzących pakiet wielki, który ciągnął się od obojczyka do wyrostka sutkowego i kąta szczęki. Trudności natury technicznej uczyniły koniecznym wycięcie obu wyszczególnionych w nagłówku mięśni na całej ich długości. Rany zagoiły się doszczerźnie, co się zaś tyczy następstw od wycięcia tych mięśni, zrazu zauważyć można było występujące wyraźnie ograniczenie ruchów; operowana mogła wprawdzie wykonywać dowoli ruchy głową ku przodowi, w tył i na bok, nie była jednak w stanie z położenia leżącego podnieść się, nie pochwywszy się uprzednio instyktownie za potylicę i nie podtrzymując sobie głowy; to samo robiła i wówczas, gdy kładła się. Wszelako po upływie dwóch miesięcy mogła już zaniechać owego podtrzymywania głowy ręką podczas zmian położenia, brak zaś wyciętych mięśni został wyrównany przez czynność wzmożoną umięsienia szyi przedniego; stwierdzono mianowicie, że, gdy operowana podnosi się i siada, mięśnie tejsze powierzchni szyi naprężają się mocno zwłaszcza zaś — oba przerosłe mięśnie łopatkognykowe (mm. omo-hyoidei). Można zatem twierdzić, że usunięcie obu zginaczy głowy nie pociąga za sobą żadnych szczególniejszych, co do funkcji, wyników ujemnych, czego nie da się powiedzieć o uszkodzeniach np. chociażby mięśni kapturowych.

340 *Poppert z Giessen.* **Przypadki ran postrzałowych kiszek.**

W przypadku P. trzeba było wykonać w 5 miejscach rezekeye jelita; operowano w 4 godziny po zadaniu rany kulą pistoletową,

podczas zaś laparotomii, oprócz znacznej bezkrwistości rannego, uwarunkowanej przez uszkodzenie licznych naczyń krezkowych, znaleziono w jelicie cienkiem dziur 12. Ze względu, że te ostatnie miały, stosownie do kalibru kuli ($10\frac{1}{2}$ mm.) średnicę nader znaczną, o zwykłym owych dziur zaszcyciu nie mogło być mowy; z drugiej zaś strony, w obec znacznej poszwankowanych miejsc odległości, trzeba było wycinać pięć mniej więcej długich kawałków kiszki. Jelita rezekowane spajano bądź dwu, — bądź jednopiętrowym szwem ciągłym. Operację wykonano bez usypiania, pod koniec wiano rannemu jeden litr roztworu fizyologicznego soli kuchennej do żył. Operowany wyzdrowiał. Jako o przyczynku do sprawy omawianej Karg ze Zwickau mówił o 2-eh przypadkach drażących ran postrzałowych brzucha nader poważnych i wyleczonych również drogą laparotomii. W pierwszym z tych przypadków, dotyczącym 16-letniego młodzieńca, stwierdzono 14 ran w przeróżnych częściach jelita cienkiego, a w jamie otrzewny obfitą zawartość kiszkową. Dziury zamknięto szwem Lemberta; wyzdrowienie — bez odczynu.

Drugiemu, postrzelonemu w brzuch 28-letniemu monomanowi wykonano laparotomię w trzy po zaszłym wypadku godziny. W kiszkach cienkich i grubych wykryto tu 9 dziur, a w jamie brzusznej kał płynny i twardy. O dwóch również ciężkich spostrzeżeniach odnośnych wspomina i Zeller, do którego przywieziono postrzelonego w brzuch przed $4\frac{1}{2}$ godzinami. Tu w jamie brzusznej, znaleziono pełno cuchnącej kałem krwi, wiele ran sieci, kilka mocno krwawiących dziur w krezce, oraz rany okrężnicy poprzecznej i kiszki cienkich. Po zaszcyciu ran jelitowych i wytamponowaniu jamy brzusznej tę ostatnią zaszyto również. Spostrzeżenie drugie dotyczyło studenta, postrzelonego w pojedynku kulą 10 mm., która przeszła poprzecznie połowę brzucha dolną. Wśród ciężkich objawów zapaści dostawiono rannego na oddział niespełna w dwie godziny po wypadku. I tu również znaleziono w jamie brzusznej znaczną ilość krwi pomieszanej z kałem, mocno broczące dziury w krezce oraz 11 ran kiszki cienkiej z wypadnięciem bł. śluzowej. Rany zaszyto, chory po upływie 3-eh tygodni wyzdrowiał zupełnie.

341. *Schuchard* ze Szczecina. **O regeneracyi żołądka po zupełnem prawie jego wycięciu.**

W większości przypadków raka żołądka napotyka się taką jego postać, gdzie przeważają owrzodzenie i rozpad i gdzie na wolnej powierzchni wewnętrznej w mowie będącego narządu nie zauważa się wydatnego guza, jenó naciek nowotworowy ściany, szerzący się nieraz daleko po za granicę owrzodzenia w tkankach sąsiednich. Postać taka prowadzi wcześniej do obrzmienia gruczołów chłonnych oraz do wytwarzania zrostów z narządami przylegającemi i dla tego też operować można tu radykalnie co najwyżej w pół roku po powstaniu cierpienia. Jeżeli owrzodzenie rakowate doszło do takich już rozmiarów, że należałoby usunąć połowę lub dwie trzecie żołądka, inne warunki techniczne są zwykle tak nieprzyjazne, że o skutecznem podjęciu operacyi nie może być mowy. Często jednak stoimy w obec

przypadku, gdzie rozlana postać nowotworowa, dająca rozległe, węzłowate nieraz zgrubienie całej ściany pokurezonego żołądka prowadzi do owrzodzeń na błonie śluzowej, względnie niewielkich. Spostrzeżenia tego rodzaju odznaczają się tem jeszcze, że po dłuższym nawet trwaniu cierpienia występują w gruczolach nieznaczne tylko obrzęki, przyczem ruchomość narządu nie cierpi wcale, stosunki takie zauważyć można tam jeszcze, gdzie chodzi o wyrastające z błony śluzowej nowotwory złośliwe, które na szypule wąskiej lub podstawie szerokiej sterczą ku wewnątrz narządu. Postaci te charakteryzują się klinicznie przez ruchomość nader wybitną wyczuwalnego wyraźnie guza, który daje się przesunąć łatwo z jednej strony brzucha na drugą. Gdy wycinanie mniejszych nawet owrzodzeń rakowatych, zwłaszcza umiejscowionych na ścianie tylnej żołądka nastęrcza niezwykle natury technicznej trudności, te ostatnie postaci raka dają się operować względnie łatwo, a większą część i cały niemal żołądek wycinano w tych razach bez trudu.

Na 60 przypadków operacyjnych, z którymi autor miał w latach ostatnich do czynienia, te tak przyjazne warunki zdarzyło mu się napotkać pięć razy, zachowany zaś z jednego takiego przypadku preparat d-ra S. przedstawił na zjeździe. Spostrzeżenie dotyczyło 58-letniego osobnika, o daleko już posuniętem charakterze nowotworowem, rękoczyn wykonano tu przed 3¹/₂ laty i usunięto wówczas część dwunastnicy, kawałek naciezionej przez masy nowotworowe sieci oraz cały żołądek aż do szerokiego na 2—3 palce kikuta u wpustu. Kikut ten dał się łatwo zespolić z dwunastnicą, wyzdrowienie osiągnięto bez powikłań, operowany zaś lat dwa jeszcze w pełni zdrowia zajmował się pracą.

Człowiek ów zrazu przyjmować mógł pożywienie w małych tylko ilościach, stopniowo jednak zaczął jadać jak inni. Po upływie 2¹/₂ roku osobnik ten zmarł na zapalenie opłucny, niedoświadczywszy nawrotu. Jak przekonano się na oględzinach pośmiertnych z pozostałych u wpustu resztek żołądka i z dwunastnicy wytworzył się worek ślepy, mieszczący w sobie około 500,0 zawartości.

(D. c. n.)

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiece.

342. Dr. K. Voswinckel. **O obecności we krwi komórek eozynoflowych i myelocytów w cierpieniach wewnętrznych organów płciowych kobiet.** (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynekologie. Bd. VII. H.4. 1898).

Neusser wykazał, że w cierpieniach jajników zwiększa się we krwi ilość komórek eozynoflowych i zjawiają się myelocyty, w prawidłowej krwi nieznajdywane. Według Neussera dane te mogą służyć za podstawę różniczkowego rozpoznania. Wnioski podobne skłoniły autora do powtórzenia odpowiednich badań krwi w szerszym za-

kresie, mianowicie nietylko w cierpieniach jajników, lecz wogóle we wszelkich innych sprawach chorobowych organów płciowych kobiecych; tem więcej, że w literaturze hematologicznej, w odnośnym kierunku po za badaniami Neussera istnieją nie liczne tylko zmiany.

Autor korzystał z materiału kliniki prywatnej Martina. Wybierając przypadki, które podlegały operacji — dla ściślejszego potwierdzenia rozpoznania.

Krew badana była przed i w 48 godzin po operacji — otrzymywano ją w stałych godzinach między 11-tą a 1-szą — ze względu, że skład morfologiczny krwi w różnych porach dnia bywa rozmaity. Stosując się w szczegółach techniki ściśle do przepisów Ehrlicha, podaje autor podstawowe dane dla swych obliczeń.

Podziału składników krwi trzymał się następującego:

1) Lymphocyty (małe i duże) z okrągłem, wyraźnie zabarwionem jądrem i bardzo wązkim, czasami ledwo widocznym rąbkiem zarodzi.

2) Duże leukocyty jednojądrowe z dużym okrągłym lub owalnym jądrem, słabo barwiącem się i szerokim rąbkiem zarodzi bez ziarnistości.

3) Duże jednojądrowe leukocyty z zazębionem jądrem i szerokim pasem zarodzi drobno ziarnistej — myelocyty (nie znajduwane w krwi normalnej).

4) Leukocyty wielojądrowe z dosyć dużym paskiem zarodzi.

5) Komórki eozynofilowe po większej części wielojądrowe z zarodzią wyraźnie ziarenkową, barwiącą się mocno eozyną.

W normalnej krwi wyżej przytoczone postaci leukocytów znajdują się w stosunku stałym, a mianowicie według Ehrlicha: leukocytów wielojądrowych 70%, lymphocytów 20%, leukocytów jednojądrowych 6—8%, eozynofilowych 2—4%.

W badaniach swych autor wyliczał wzajemny procentowy stosunek leukocytów z 500 leukocytów różnych pól widzenia, jednego preparatu — rozpatrując ośm preparatów w każdym przypadku.

Ze 126 badanych przypadków, 61 odnosiło się do cierpienia przydatków — 65 do zmian macicy. Rezultaty podaje autor w tablicy synoptycznej, w której materiały badany podzielił na 4 grupy:

1) cierpienia jajników i jajowodów:

a) cierpienia wyłącznie jajników . . .	1—25
" " jajników i jajowod. . .	26—49
b) " " jajowodów . . .	50—61
2) Carcinoma uteri	62—81
3) Myoma uteri	82—102
4) Endometritis	103—126

Autor wyprowadza następujące wnioski:

1) W cierpieniach jajowodów, w myomata uteri i Endometritis skład krwi odnośnie do komórek eozynofilowych i myelocytów jest prawidłowy.

2) W ciężkich cierpieniach jajników, wyłączając carcinomata i przypadki połączone z gorączką, — istnieje zawsze eosinofilia.

3) W przypadkach znacznych torbieli jajnikowych lub torbieli ropnych, które doprowadziły do zupełnego zwyrodnienia mięszu jajników w 10 przypadkach na 18 komórki eozynofilowe występują w ilości zwiększonej obok myelocytów.

4) W przypadkach: „carcinoma uteri“ myelocyty nie występują, a komórki eozynofilowe wahają się w różnych granicach, normalnej, zmniejszonej i zwiększonej.

Sunderland.

343. P. Zweifel. O otwarciu otrzewny przez przednie sklepienie pochwy. (Odczyt w Lipsk. Tow. Ginek.). Ueber Colpotomia anterior. (Centralblatt für Gyn. № 16. 1898).

Zweifel nie jest zasadniczym przeciwnikiem nowego sposobu operowania przez przednie sklepienie (kolpotomia) i w zupełności podziela uznanie, z jakim zewsząd odzywają się o *Dührsen'ie*, twórcy tej metody; sądzi jednak, że dlatego sposobu operowania granice wskazań są o wiele szersze, niż te, jakie mu zakreślają jego zwolennicy.

Wybierając tę lub inną drogę operowania, należy się trzymać zawsze wskazania, że ta droga jest najlepsza, która pozwala na najdokładniejsze usunięcie choroby bez narażania chorego na większe niebezpieczeństwo.

Torbiele jednokomorowe jajnika, ruchome, nie zrosnięte z trzewiami, niewielkie, nieprzechodzące wielkości główki dziecięcej lub pięści człowieka dorosłego, dają się łatwo usunąć przez przednie sklepienie i wtedy ten właśnie sposób operowania jest bezpieczniejszy, niż laparotomia. Lecz granice tych wskazań do takiego operowania są szczupłe, bo prócz tych małych torbieli jajnika jeszcze usuwanie mięśniaków macicy i przyszyście macicy do pochwy w tyłozgięciu daje się tą drogą wykonać. Mięśniaki macicy muszą być przytem małe, łatwo mieszczące się w miednicy.

Guzy jajowodów były zaliczone przez zwolenników kolpotomii za odpowiednie do usuwania przez przednie sklepienie. Operowano w ten sposób przypadki krwiałków, ciąży zamacicznej, ropnie jajowodów.

Lecz guzy jajowodów są zwykle pochodzenia zapalnego i dlatego prawie zwykle połączone silnemi zrostami z tkankami otaczającymi. Gdy usuwamy je przez otwarte sklepienie przednie, to, jak słusznie utrzymuje *Baum*, „szukamy i z mozołem sięgamy po to, czego chcemy osiągnąć, wreszcie przy dostatecznej cierpliwości dośięgamy, lecz rana przytem jest rozciągana, miażdżona; tkanki, które należałoby zaoszczędzić, zostają rozerwane, ogniska ropne rocierają się w palcach i ropa płynie po polu operacyjnem; naczynia rozerwane krwawia, a nie można dobrze zobaczyć, z kąd krwawi“.

To ostatnie często się zdarza, gdy zbyt silnie naciągamy wskutek zapalenia skrócone lig. infundibulo-pelvicum w celu nałożenia pod-

wiązki. Otóż wobec wzrostów operowanie przez sklepienie przednie jest zabiegiem o wiele trudniejszym i niebezpieczniejszym, niż laparotomia. *Baumm* miał w 12 przypadkach dwa przypadki z zejściem śmiertelnym i 3 wysięki, *Döderlein* z 14 przypadków — 1 przypadek śmiertelny i 3 duże wysięki. Śmiertelność taka jest bardzo wysoką ponieważ dotyczy chorób, które operowane przez laparotomię, prawdopodobnie dałyby wynik zupełnie pomyślny. Jeżeli dodamy, że *Dührssen* z 15 przypadków ciąży jajowodowej stracił przy kolpotomii 8, to chyba tej drogi postępowania za „bezpieczną“ uznać nie można, zwłaszcza, że techniki *Dührssen*'a, który 200 przypadków zapalnych operował przez pochwę, podejrzyc i obwiniać nie można. Od nowych sposobów należy wymagać co najmniej tego, żeby nie były gorsze od starych.

Co do ujemnych stron laparatomii, których w otwarciu otrzewny przez sklepienie przednie, niema, to przytaczają głównie 2 takie wady laparatomii: wstrząs wskutek wyciągania i obrażenia trzewiów i większe wskutek tego usposobienie do zakażenia i 2) przepukliny w ranie brzusznej.

Co do wstrząsu, to *Zweifel* nie widział (prócz 1 przypadku w pyosalpinx tuberculosa) ujemnego działania wyciągania trzewiów, pomimo tego, że często dosyć wypadło mu zabieg powyższy wykonywać. Rozumie się, że można i należy podczas laparatomii trzewia oszczędzać i unikać wyciągania ich z jamy brzusznej (eventratio).

Przepukliny po laparatomii zdarzają się podług statystyki, podanej przez *Abel*'a w 90%. *Abel* zaliczył do przepuklin nawet te przypadki, gdzie otwór w ranie nie przewyższał objętości gęsiego pióra. Przy tem statystyka *Abel*'a obejmuje przypadki pierwotne laparatomii, w których technika szwu przedstawiała jeszcze dużo do życzenia. W każdym razie nie należy sądzić, żeby w obecnym stanie techniki nakładania szwu po laparatomii odsetek przepuklin był tak wysoki.

Ignacy Mucha.

III. Choroby skórne i weneryczne.

344. Dr. *Waelsch*. Przyczynek do poronnego leczenia dymienic. (Archiv. f. Derm. u. Syph. Bd. 42. H. 3).

Środki, zalecane w literaturze do leczenia poronnego dymienic (karbol, sublimat, azotan srebra, jodoform, olejek terpentynowy, bezwiniain rtęci i t. d.), zastrzykują się do nich w rozczyinach lub zawiesinach. Według autora, nie wpływają te środki na zniknięcie procesu zapalnego i rozpadowego w gruczołach, ponieważ te z nich, które działają antyseptycznie, nie są w stanie zabić jadu szankra miękkiego w rozcieńczeniach używanych w praktyce, inne zaś wywołują silne podrażnienie gruczołów (ol. terpentynowy). W większej części jednak przypadków dymienic, nie mamy do czynienia z bezpośrednim

działaniem jadu, stosowanie przeto środków antyseptycznych niema wówczas najmniejszej racji bytu. Czemu jednak dadzą się wytłómaczyć dodatnie rezultaty powyższych metod otrzymane przez rozmaitych autorów? Autor zajął się zbadaniem, od czego głównie zależą te dodatnie wyniki; od środków leczniczych, czy też od płynów, w których są one rozpuszczone.

W celu powyższym zastrzykiwał do dymienia sterylizowany fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Dymienie leczone w ten sposób były w rozmaitych okresach rozwoju, a mianowicie przedstawiały się jako bolesny, powiększony pakiet gruczołów, jako guzy z chęłbotaniem nieznacznym w środku, i nareszcie jako ropnie, pokryte zaczerwienioną skórą i okrażone twardo nacieczonymi gruczołami.

Mając do czynienia z temi ostatnimi, autor przed iniekcją wy-dostawał szpryką Pravatz'a zawartość ropnia, i następnie zastrzykiwał doń 1—2 ctm.³ płynu; oprócz tego zastrzykiwał płyn do tkanek gruczołków, otaczających ropień. Po iniekcji tylko w niewielu przypadkach występowało nieznaczne powiększenie bolesności w okolicy pachwinowej, które zresztą prędko zniknęło; tymczasem niektóre z wyżej wymienionych środków, zalecanych do leczenia poronnego dymienia, wywołują znaczne powiększenie bolesności. Przypadków dymienia, leczonych przez autora było 27. Z tej liczby wyleczenie nastąpiło w 20=74% w ciągu przeciętnie 15,4 dni. W dwóch przypadkach kuracja nie była doprowadzona do końca, w 5-ciu zaś = 14,8% musiano przystąpić do operacji. Schischa otrzymywał od hydrargyrum benzoicum wyleczenie przeciętnie w ciągu 21,5 dni, w przypadkach zaś Bukovsky'ego, leczonych metodą Lang'a, wyzdrowienie następowało przeciętnie w 14,7 dni. Welander otrzymał od hydrargyrum benzoicum wyleczenie w 78% przypadków, Spietschka zaś przy stosowaniu metody Welander'a przystąpić musiał do operacji w 42% przypadków.

H. Uliński.

345. Dr. Ferdynand Kornfeld. (Wiedeń). **Doświadczenie z larginą.** (Erfahrungen mit Largin). (Wien. Med. Pr. № 33. 1898).

Nowy ten preparat, przygotowany przez fabrykę chemiczną w Wiedniu dr. Lilienfeld et Comp. i nazwany larginą, przedstawia się pod postacią szaro-białego proszku, małego ciężaru gatunkowego, srebra zawiera 11:101. Rozpuszcza się łatwo w wodzie, natomiast nie rozpuszcza się w wysokoku i eterze; wodne roztwory nie tracą się ani chlorkami ani wyskokiem.

Jest to preparat dosyć stały, w ciemnych naczyniach przechowuje się dowolnie długo, bez zmiany. Ważną własnością larginy jest zawsze jednakowa ilość srebra, którą zawiera, tem różni się ona od innych białkanów srebra szczególnież od argoniny.

Largina otrzymuje się przez działanie amoniakalnego roztworu saletrzanu srebra na wyskokowy rozczyn doszczętnie wysuszonego produktu rozszerzenia paranucleo-proteinoów.

Bakteryobójcze własności larginy zbadał Pessoli i z doświadczeń swych wysnuł następujące wnioski:

Largina nawet w bardzo słabym stężeniu 1:4000 zabija gonokoki w przeciągu 5 minut, po 10 minutach nie już na odżywece nie wyrasta.

Larginę, jako środek przeciwrzeżączkowy, uważać trzeba przynajmniej na równi z innymi podobnymi związkami srebra. Do martwych substancji organicznych przedostaje się głębiej od innych podobnych związków.

Autor stosował larginę u 29 chorych na trypra i ze spostrzeżeń swych wyciąga następujące wnioski:

1) W larginie posiadamy znakomity środek do leczenia rzeżączki; skraca ona znakomicie sprawę chorobową i zabezpiecza od urethritis posterior.

2) W przypadkach podostrawych, sprawach w tylnej części cewki, oddaje ona również doskonałe usługi i nadaje się bardzo do leczenia irygacyami i instillacyami tylnej części cewki.

3) W przypadkach przewlekłych nie przewyższa znanych dotąd środków szczególnie japisu.

4) Largina stoi na równi z protargolem i podobnymi białkanami srebra.

Larginę stosuje się podobnie jak protargol w roztworach od 0,25—1,5%, stosownie do okresu trypra.

H. Kucharzewski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

346. Zjazd poświęcony gruźlicy w d. 5-tym sierpnia r. b. w Paryżu powziął następujące rezulucye: Mając na uwadze, iż zakażenie jest najgłówniejszą (? red.) przyczyną suchot u ludzi i, że plwocina sucha jest najczęstszą przyczyną zakażenia (? red. p. Flügge), Zjazd uchwala: 1) dopóki suchoty nie będą objęte prawem dla chorób zakaźnych, wymagającym zawiadomienia urzędów zdrowia, we wszystkich miejscach publicznych znajdować się powinny spluwaczki mokre, z napisem wzbraniającym spluwać gdzieindziej; 2) rzeczą administracyi jest wprowadzić w tych biurach, jak również w szkołach podobne spluwaczki; 3) suchotnicy pod żadnym pozorem nie powinni być odsyłani do przytułków dla zdrowiejących; 4) dla suchotników tworzyć należy sanatoria oddzielne; 5) w tym celu należy utworzyć radę lekarsko-hygieiczną, któraby propagowała ideę sanatoryów; 6) najbardziej pożądane są sanatoria małe; 7) pożądaną jest rzeczą poparcie władz dla popularyzowania wiadomości o suchotach za pomocą odczytów. 8) komitet zjazdu odnieść się winien do zarządu wystawy w r. 1900-ym w celu urządzenia odpowiedniej wystawy; 9) pożądaną byłoby rzeczą aby zbierały się zjazdy międzynarodowe dla badań i walki z gru-

zlicą; 10) żądać należy od rządów, aby jakoś tuberkuliny używanej z celami rozpoznawczymi u bydła była sprawdzana, jak również wydania praw: a) oddzielania zwierząt chorych od zdrowych; b) wzbrowienia sprzedaży bydła chorego dla chowu, a tylko na zabicie; c) ustanowienia kontroli nad dostarczycielami mleka i zabijania zwierząt gruźliczych, dostarczających mleko; d) wyjąławiania mleka używanego do wyrobu masła i sera oraz e) ustanowienia ściślejszej kontroli w rzeźniach.

(La Sem. méd.).

J. Z.

347. Dr. Harlet zaleca **podawanie dużych dawek natr. salicylium per rectum w goście stawowym**. Sposób ten ma tę doniosłość, że chroni od powikłań ze strony serca i od nawrotów choroby, bóle znikają bardzo szybko, odżywianie chorego nie cierpi. H. zaleca 8, 10, 12 grm. natr. salicylicum na dzień w dwóch lawatywach, do których dodaje się nieco makowca. Przedtem naturalnie trzeba oczyścić kiszkę za pomocą irygacyi. Salicyl wchłania się zupełnie w przeciągu 6—8 godzin.

Co drugi dzień zmniejsza się dawkę salicylu o 1,0 grm. Przy tym sposobie leczenia rzadko spotyka się działanie uboczne, jak szum w uszach, rzadko też dochodzi do wymiotów. Sposób ten leczenia ma być również i w innych chorobach ze skutkiem stosowany, jak w zapaleniu stawów tryprotem, w goścem zapaleniu tęczy, w pleuritis a frigore.

(Klin. Therap. Woch.).

H. K.

348. **Tripheninum**, nowe antipireticum Trifenina (propionyl phenetidina) otrzymuje się przez gotowanie mieszaniny parafenetidiny z kwasem propionowym. Przedstawia się pod postacią białego, błyszczącego, krystalicznego proszku, pozbawionego zapachu, smaku lekko gorzkiego, topi się przy 120° C., w wodzie rozpuszcza się z trudnością w 2000 częściach. Doświadczenia nad tym nowym środkiem przeprowadził na zwierzętach i chorych dr. G. Gaure (Am. Med. Surg-Bull 1898). Wnioski autora są następujące: 1) Trifenina nie posiada żadnego ubocznego, nieprzyjemnego działania, nawet przy dłuższym stosowaniu. 2) pojedyncza dawka trifeniny wynosi 0,5—1,0, dawka dzienna nie powinna 3,0 przenosić. Najstosowniej podawać ten preparat w opłatkach. 3) Trifenina jest to środek przeciwgorączkowy pewnie działający, stan bezgorączkowy trwa dosyć długo; opadanie ciepłoty i następne podwyższanie się idzie stopniowo. 4) Trifenina jest dobrym i szybko działającym środkiem kojącym (anti-neuralgicum) nawet w wiądzie rdzenia; w przypadkach gościa stawowego działa również skutecznie. 5) Trifenina ma być jednocześnie znakomitem nervinum, działa też jako środek nasenny. H. K.

349. Gilbert i Weill opisują dwa przypadki, ilustrujące **wpływ kamieni żółciowych na cukrzycę**. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety, której mocz dużą ilość cukru zawierał i która nagle dostała napadu kolkki wątrobianej. Cukier znikł zupełnie podczas tego napadu, a po dwóch dniach znnowu się pokazał. Rzecz ta powtórzyła się dwa razy w ten sam sposób. Drugi przypadek dotyczył kobiety z cukrzycą,

która do szpitala przyszła z napadem kolki wątrobowej, trwającej ze zmiennem napięciem przez 8 dni. Przez cały ten czas moc jej wykazywał tylko małe ilości cukru, po ustąpieniu napadu cukromocz wystąpił bardzo wyraźnie.

Ze spostrzeżeń tych wyciągnąć można wniosek, że napady kolki wątrobowej mają wpływ hamujący na ośrodki, z cukromoczem związek mające.

Le Genove przypuszcza, czy fakt ten nie stoi w związku ze zmniejszonym dowozem pokarmów w czasie napadu kolki.

H. K.

V. PARĘ UWAG

z powodu projektów organizacyi pomocy lekarskiej

w gub. Królestwa Polskiego.

Sprawa organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu posiada nadzwyczajną doniosłość, tymczasem większość projektów i niestety wszystkie znane mi projekty pp. inspektorów lekarskich noszą cechy szablonowości.

Projekty te dają się streścić w kilku słowach: należy utworzyć w danej gubernii tyle a tyle posad lekarzy po tyle a tyle na powiat; lekarze ci powinni nieść pomoc lekarską bezpłatnie. Po za tem różnice rozmaitych projektów polegają na tem, że projektuje się mniej lub więcej posad z mniejszem lub większem uposażeniem lekarzy.

Nie rozpatrując oddzielnie każdego z tych projektów, zacytuje tylko wyjątek z motywów projektu ustawy służby zdrowia, opracowanego przez Towarzystwo lekarskie lubelskie: „organizacya takiej służby zdrowia, któraby niosła pomoc wszystkim bez wyjątku mieszkańcom zbyt wielką opłatą zaciążyłaby na ludności gubernii, wymagałaby bowiem wielkiej ilości lekarzy i wysokiego ich wynagrodzenia“. I w rzeczy samej, tworząc projekty organizacyi pomocy lekarskiej, chcemy, aby nowa organizacya była lepszą od terażniejszej, w żadnym więc razie ilość lekarzy na prowincyi nie powinna się zmniejszyć, gdyż według jednogłośnego zdania wszystkich terażniejsza ilość lekarzy jest niewystarczająca.

Tymczasem podług niektórych projektów (projekt płocki) ilość lekarzy po reformie zmniejszy się. Jeżeli chcemy, aby lekarz niósł pomoc bezpłatnie wszystkim, musimy mu dać takie wynagrodzenie, które by mu wystarczało na utrzymanie siebie i rodziny, i nie zmuszało do szukania dochodów postronnych. Liczba lekarzy powinna być dostateczna, poza tem potrzeba byłoby odpowiedniej ilości niższej służby zdrowia, dostatecznej ilości środków lekarskich, a nadewszyst-

ko dostatecznej ilości szpitali z odpowiednią liczbą łóżek, aby wszyscy potrzebujący leczenia w szpitalach, mogli znaleźć pomieszczenie. Wydatki na to wszystko byłyby olbrzymie i obciążenie odpowiednim podatkiem naszego ludu byłoby nad jego siły.

Różne te niedogodności usuwa projekt organizacji pomocy lekarskiej, opracowany przez Towarzystwo lekarskie lubelskie. Czytając ten projekt widzi się, że przy opracowaniu go zastanawiano się nad różnymi następczającymi się trudnościami, starano się je usunąć i cel ten rzeczywiście osiągnięto.

Według projektu lubelskiego wydatki na organizację pomocy lekarskiej pomimo sporej ilości personelu są dosyć skromne i zupełnie nie obciążają ludności.

Swoją drogą i projekt lubelski ma jeszcze parę braków, raczej niedomówień, które należałoby uzupełnić.

Zacznijmy od obowiązków lekarza gminnego. Projekt ustawy głosi: a) „obowiązkiem lekarza jest współdziałanie przy wykonywaniu czynności sanitarno-policyjnych“. ad. a) „Lekarz obowiązany jest zawiadamiać lekarza powiatowego o wszelkich uchybieniach przeciwko higienie publicznej i w razie żądania lekarza powiatowego nie uchylać się od współdziałania“. Otóż moim zdaniem należałoby te punkty zrehabilitować inaczej. Lekarze gminni powinni nie współdziałać przy wykonywaniu czynności sanitarno-policyjnych i nie czekać wezwania lekarza powiatowego, lecz nadzór sanitarny powinien być głównym obowiązkiem lekarzy gminnych i im powinno być dane prawo inicjatywy oraz możność działania w szerokim zakresie.

Ważność działalności sanitarnej lekarzy oceniono już dostatecznie w Rosyi; tam lekarze ziemscy mają sobie powierzony dozór nad stanem sanitarnym swego okręgu i co rok przy sprawozdaniu rocznym o chorych powinni składać sprawozdanie o stanie sanitarnym swego okręgu i o tem, co zrobili dla polepszenia tego stanu.

Policya jest organem wyłącznie wykonawczym i w sprawach sanitarnych, jako niekompetentna, głosu mieć nie może, co najwyżej może posiadać głos doradczy, w jaki sposób daną czynność wykonać. Co zaś należy zrobić i czy należy co robić, powinien wskazywać lekarz. Lekarz powiatowy ma tyle najrozmaitszych obowiązków, że nie może badać stanu sanitarnego wszystkich wiosek swego powiatu, zresztą gdyby nawet nie miał innych obowiązków, jest to czynność nad siłę pojedynczego człowieka. Moim więc zdaniem lekarz powiatowy powinien spełniać tylko rolę kontrolera czynności sanitarnej lekarzy gminnych.

W projekcie lubelskim powiedziano dalej: b) „obowiązkiem lekarza jest leczenie biednych chorych w domu“. Dobrze, ale w jaki sposób lekarz gminny dostanie się do owego domu, jeżeli chory dajmy na to mieszka o kilkanaście wiorst od lekarza. Biedny chory zazwyczaj nie będzie miał pieniędzy na ich wynajęcie, żądać zaś, aby lekarz przy tak skromnym wynagrodzeniu, jeździł do biednego chorego na swój koszt, jest rzeczą niemożliwą.

Otóż kwestyę tę zdaje mi się bardzo łatwo można byłoby rozstrzygnąć, dając lekarzowi prawo bezpłatnego przejazdu do biednych chorych t. zw. stójką. Przy każdej gminie naszej jest stale para koni, dostarczana kolejno przez gospodarzy na potrzeby zarządu gminnego. Już teraz w wielu gminach wprowadzono taką zmianę, że zamiast kolejnego dyżurowania z końmi gmina wynajmuje za pewną opłatą kogoś, który obowiązuje się dostarczać koni na każde wezwanie zarządu gminnego. Gdyby trochę zwiększyć ową opłatę, to można byłoby zobowiązać utrzymującego konie, aby woził bezpłatnie do chorych lekarza.

Przejdźmy teraz do najważniejszego braku w projekcie lubelskim. Jest to kwestya aptek.

W projekcie powiedziano: „przy każdym ambulatoryum znajdować się będzie podręczna apteczka, zawierająca środki opatrunkowe i doraźne środki lekarskie do stosowania na miejscu“. Dalej zaś powiedziano: „lekarstwa dla niezamożnej ludności danego okręgu będą brane (prawdopodobnie bezpłatnie *przyp. autora*) z apteki tegoż okręgu“.

Dla mnie jest rzeczą niezrozumiałą, dlaczego w apteczce podręcznej mają być tylko środki do stosowania na miejscu, dlaczego ja np. gdybym był lekarzem gminnym, nie mógł bym dać choremu lekarstwa chociażby z podręcznej apteki do domu. Nie rozumiem również co ma oznaczać owa „apтека danego okręgu“. Nie jest to chyba apteka gminna, gdyż w całym projekcie ustawy o organizacyi gminnych aptek niema mowy, a zatem „apтека danego okręgu“ jest to apteka prywatna. Proszę mi teraz odpowiedzieć, jak tu urządzić bezpłatne ambulatoryum w takiej miejscowości, gdzie apteki prywatnej niema, boć chyba niepodobienstwo odsyłać chorych ambulansowych z receptą do najbliższej apteki, która mogłaby być czasami odległą nawet o wiorst kilkanaście. A więc wniosek z tego, że urządzenie punktu lekarskiego jest niemożliwe w takiej miejscowości, gdzie niema apteki prywatnej, gdyż odsyłanie chorych nawet o wiorst parę do apteki jest nonsensem, a lekarz w podręcznej apteczce ma tylko środki do stosowania na miejscu. Idźmy dalej: jakieś 3 gminy np. otrzymają punkt lekarski, może jednak żaden aptekarz nie zechce otworzyć apteki w tej miejscowości, gdzie ma się osiedlić lekarz. Co wtedy robić? Co znaczy pomoc lekarska bez lekarstw! Przeglądam w tej chwili spis aptek w guberni warszawskiej. W powiecie Skierniewickim jest wszystkiego jedna apteka prywatna w Skierniewicach. Wszyscy więc lekarze gminni, jacy będą w powiecie Skierniewickim, będą odsyłali swych chorych po lekarstwa do Skierniewic.

Nie potrzeba chyba dowodzić, że ten punkt ustawy musi być zmieniony, gdyż pozostawienie go takim, jakim jest, uniemożliwiłoby wprowadzenie całej organizacyi.

Zobaczmy teraz, jak są zorganizowane apteki w ziemstwach rossyjskich. Znam dobrze gubernię Wiatską, więc ją zacytuję jako przykład. W każdym powiatowem mieście gub. Wiatskiej (przy 3 milionowej ludności jest 11 powiatów) jest apteka ziemska z prowi-

zorem na czele. Apteka ta wydaje lekarstwa dla wszystkich chorych szpitalnych i ambulansowych i jest zarazem składem aptecznym dla wszystkich aptek wiejskich.

W każdym punkcie lekarskim w powiecie jest oddzielna apteka ziemska, którą zarządza lekarz, a przygotowują i wydają lekarstwa felcezerzy, akuszerki lub uczniowie aptekarscy. Byłem sam lekarzem ziemskim i mogę zareczyć, że przygotowywanie lekarstw przez felcezerów nie pozostawia nie do życzenia. Wszak praca w aptekach jest czysto mechaniczna, jeżeli zaś przy przygotowaniu jakiegoś lekarstwa potrzebne są wiadomości specjalne z chemii, to przyrządzającemu lekarstwa udziela ich lekarz ¹⁾. Że przygotowywanie lekarstw przez niespecjalistów jest praktyczne, mamy dowody i w Królestwie, toć w szpitalach warszawskich i na ambulansach bezpłatnych przygotowują lekarstwa siostry miłosierdzia i przygotowują dobrze. Dlaczegożby więc felcezer gminny nie mógł przygotowywać dobrze lekarstw pod kierunkiem lekarza.

Jaka to jednak ogromna różnica w cenie lekarstw przygotowywanych własnymi siłami a w aptekach prywatnych, wykażę na kilku przykładach.

W fabryce p. Kozieli Poklewskiego (Biała Chołonica w gub. Wiatskiej) ziemstwo nie chciało otwierać własnej apteki i umówiło się z zarządem fabrycznym, że apteka fabryczna będzie wydawała bezpłatnie lekarstwa wszystkim właścicielom okolicznym i aby uniknąć znużonej roboty przy ocenianiu każdej recepty, ziemstwo zobowiązało się płacić fabryce za każdą receptę 5 (wyraźnie pięć) kopiejek ²⁾. Gdym się o tem dowiedział, byłem wprost zdumiony tak niską ceną i umyślnie wziąłem się do sprawdzenia, przekonałem się jednak, że średnia cena recepty rzeczywiście waha się około 5 kopiejek. Ze ta cyfra nie jest zbyt niską przekonywa nas i to, że w szpitalach warszawskich wydatek na lekarstwa dla jednego chorego wynosi średnio 2 kopiejki na dobę.

W aptekach zaś prywatnych, jedna recepta kosztuje średnio 40—50 kopiejek. Wobec tego wszystkiego, dziwnem mi się wydaje, dlaczego w projekcie lubelskim pominięte zostało wydawanie lekarstw z własnych aptek przez felcezerów gminnych pod kierunkiem lekarzy.

Zmiana tego paragrafu o aptekach jest konieczną: 1) ze względu na taniość lekarstw, przygotowywanych we własnych aptekach gminnych przez felcezerów i 2) ze względu na uniezależnienie w ten sposób punktów lekarskich od trzymania się koniecznie tych miejsc, gdzie są apteki prywatne.

W motywach projektu lubelskiego jest powiedziane: „mógłby nam ktoś zrobić zarzut, że obciążając podatkiem całą ludność, pewnej

¹⁾ Jesteśmy zdania, że w razie gdyby projekt autora niniejszego artykułu wszedł w życie, należałoby utrzymywać na „punkcie“ wykwalifikowanego aptekarza, powierzanie zaś jego czynności felcezerowi uważamy za nieodpowiednie. (*Przyp. red.*)

²⁾ Za szkło dopłacało się oddzielnie.

tylko jej części pozwalamy z dobrodziejstw tego podatku korzystać. Otóż nie łatwiejszego jak uniknąć tego zarzutu: trzeba tylko otworzyć aptekę w każdym punkcie lekarskim i pozwolić, aby i owe 80% ludności mogły brać lekarstwa z aptek gminnych za opłatą od każdej recepty 10 lub 15 kopiejek (otaksowywanie każdej recepty przedstawiałoby za wiele trudności dla felczera i dawałoby szerokie pole do nadużyć). Wtedy cała ludność będzie korzystała z dobrodziejstw tego podatku, apteczki zaś przy takiej cenie recepty, będą miały jeszcze pewien zysk, który można byłoby obrócić chociażby na zwiększenie w razie potrzeby owych 500 rubli, przeznaczonych w każdym okręgu na lekarstwa dla biednych.

Powiedzą mi na to, że stworzenie aptek gminnych wywoła ruinę mnóstwa aptek prywatnych. Jest to zupełnie słuszne, większość aptekarzy prowincjonalnych zbankrutuje, serdecznie mi ich żal, ale swoją drogą jest to zło nieuniknione, które wcześniej czy później musi spotkać aptekarzy.

Cała fałszywość położenia aptekarzy u nas wynika ztąd, że apteki obecnie posiadają wartość fikcyjną. Apteka np. kosztuje kilkadziesiąt tysięcy rubli, rzeczywistość zaś wartość materiałów i sprzętów wynosi zaledwie kilka lub kilkanaście tysięcy rubli. Przewyżka jest to wartość przywileju. Wszak niedawno jeden z aptekarzy, q-trzymawszy pozwolenie na otwarcie apteki w Warszawie, nie otworzywszy nawet apteki, sprzedał je za 10 czy 15 tysięcy rubli. Niech dziś zniosą przywilej apteczny (taki projekt istnieje), cena aptek od razu spadnie do poziomu rzeczywistej wartości.

Gdyby nawet projekt lubelski co do aptek utrzymał się w swej pierwotnej redakcyi, to „podręczne apteki“ przy ambulatoriach siłą konieczności w krótkim czasie przeobrażą się w apteczki prawdziwe z wydawaniem lekarstw do domów. Reforma aptek u nas może być kwestyą najważniejszą. Włóścianie nasi nie leczą się u lekarzy dlatego tylko, że się boją aptek. Na zapytanie chorego włóścianina, dlaczego się nie zwraca do lekarza, stale się słyszy tę odpowiedź: „doktór to jeszcze nic, ale z kąd ja wezmę tyle pieniędzy na lekarstwa.

W drożyznie lekarstw trzeba również szukać głównej przyczyny powodzenia felczerów i znachorów. Włóścianin czuje doskonale różnicę pomiędzy lekarzem a felczerem, ale cóż robić, z paroma złotem w kieszeni włóścianin idzie śmiało po radę do felczera, bo wie, że ta sumka wystarczy mu na poradę i na lekarstwo, do lekarza zaś z taką sumką iść nie może, bo i cóż mu z tego, że lekarz za poradę weźmie tylko 2 złote, kiedy nie wystarczy mu pieniędzy na kupno lekarstwa w aptece.

Jest wprawdzie powiedziane w projekcie lubelskim, że „taksa aptekarska ułożona będzie przez specjalną komisją gubernialną, do której składu wejdą oprócz inspektora lekarskiego i asesora farmacyi, dwóch lekarzy szpitalnych i jeden z właścicieli aptek m. Lublina“, ale prawdopodobnie będzie to zniżona taksa dla biednych t. j. dla 20% ludności.

Zresztą nie ludźmy się, aby jakiegokolwiek komisye mogły zniżyć cenę lekarstw do tego poziomu, jaki może być w aptekach gminnych. Właściciel apteki prywatnej musi mieć procent od kapitału włożonego w urządzenie apteki, w aptekach gminnych wyłożony kapitał nie potrzebuje procentować. Właściciel apteki prywatnej traci dużo rocznie, sprowadzając nowe środki, które lekarz może zapisać raz jeden tylko, a sprowadzanie nowych środków jest konieczne, gdyż aptekarz straciłby odbiorców, gdyby się zbyt często przyznawał, że danego środka nie posiada. Gdy zaś sam lekarz zarządza apteką, to może dokładnie obliczyć, co i w jakiej ilości sprowadzić, aby marnowanie się środków lekarskich ograniczyć do minimum. Dalej w aptekach gminnych można zaprowadzić taką oszczędność w pracy, jaka w aptekach prywatnych jest niemożliwa. W ziemstwach np. stale się praktykuje, że lekarz zapisuje lekarstwo od razu na sygnaturkach, w aptecę więc nie tracą czasu na pisanie sygnaturek, nie tracą czasu na wciąganiu recept do receptaryusza, gdyż książka ambulansowa, w której obok dyagnozy każdego wypadku zapisuje się i terapia, jest zarazem receptaryuszem. Dalej w aptekach gminnych nie trzeba będzie tracić czasu na taksowanie każdej recepty. Przytoczonych dowodów chyba wystarcza, aby przekonać, że lekarstwo z apteki prywatnej nie może nigdy wypaść tak tanio, jak z aptek gminnych.

Jeszcze więc raz powtarzam, żal mi bardzo właścicieli aptek, którzy przy tej reformie będą zrujnowani, żal mi ich tembardziej, że straty dotkną najbiedniejszych aptekarzy w osadach i wsiach, ale jest to rzecz nieunikniona i żadne wysiłki nie powstrzymają naturalnego biegu rzeczy. Złe więc zrobiło, mojem zdaniem, Towarzystwo lekarskie lubelskie, że nie odważyło się rozstrzygnąć tej sprawy od razu.

W projekcie lubelskim nie opracowana jest zupełnie walka z epidemiami, powiedziano tam tylko, że „lekarz gminny obowiązany jest zawiadamiać lekarza powiatowego o wszelkich epidemiach“. Toć przecież i teraz lekarze powiatowi bywają zawiadamiani o epidemiach i jaka z tego korzyść? Lekarz powiatowy najwyżej pojedzie na miejsce dla skonstatowania faktu.

Przy terażniejszych warunkach o walce z epidemiami nie może być mowy, gdyż do walki niema żadnych środków, nie polepsza też tej sprawy i projekt lubelski.

W guberniach ziemskich walka z epidemiami jest zorganizowana w sposób następujący: część podatków ziemskich z powiatów idzie do ziemstwa gubernialnego, które stanowi centralny zarząd ziemstw powiatowych danej gubernii, do tej właśnie centralnej instytucji należy walka z epidemiami. Wszystkie wydatki na leczenie chorych epidemicznych, zwiększanie niższego personelu lekarskiego lub wysyłanie na miejsce specjalnych oddziałów lekarskich, budowa baraków i t. d. wszystko to robi ziemstwo gubernialne z własnych funduszów. Zazwyczaj ziemstwo gubernialne ma nawet stale kilku t. zw. lekarzy epidemicznych, którzy w razie epidemii bywają delegowani na miejsce epidemii, a w czasie wolnym od epidemii spełniają

rolę nadetatowych lekarzy przy szpitalach. Coś podobnego łatwo byłoby zorganizować i przy wprowadzeniu w życie projektu lubelskiego. Trzeba by tylko, aby część funduszu zabranego na służbę zdrowia, szła do dyspozycji rady opiekuńczej gubernialnej i ta w razie potrzeby podejmowałaby walkę z epidemią. Powierzenie walki z epidemią instytucji centralnej jest konieczne z tego względu, że przecież epidemia nie ogranicza się zazwyczaj do jednego powiatu i rady opiekuńcze powiatowe nie mogłyby w danym razie działać tak dobrze, jak rada gubernialna. Zresztą każda epidemia zagraża całej gubernii, słuszną więc, aby cała ludność ponosiła koszt walki a nie wyłącznie ludność nawiedzona przez epidemię miejscowości.

Przechodzę teraz do tej części projektu, która traktuje o pomocy lekarskiej w miastach. Nie rozumiem, dlaczego lekarz miejski ma pobierać mniejszą pensją (400 rubli wobec 500 rubli pensji lekarzy gminnych), boć przecież lekarz miejski będzie miał roboty nie mniej niż gminny, w dodatku wszak lekarz miejski będzie zarazem prowadził szpital, nie wyklucza się wreszcie i tego, że jakaś gmina podmiejska może stanowić jeden okrąg z miasteczkiem. Wynagrodzenie lekarza powinno być zawsze proporcjonalne do pracy, a nie do możliwości zarobkowania postronnego, a że lekarz miejski będzie miał roboty może nawet więcej, niż lekarz gminny, wynagrodzenie więc lekarzy miejskich w żadnym razie nie powinno być mniejsze.

Urządzenie ambulatoryum i istnienie felczerów miejskich uważa się w projekcie lubelskim za zbytteczne. Jest to błąd mojem zdaniem. Dla lekarza zawsze jest o wiele dogodniej przyjmować chorych w ambulatoryum, aniżeli u siebie, w wielu również razach lekarz wprost potrzebuje pomocy drugiej osoby, jak np. przy małych operacjach, dlatego też uważałbym, że ambulatoryum i felczerzy miejscy istnieć powinni.

Twierdząc dalej, że tylko własne apteki mogą dostarczać lekarstw prawdziwie tanio, uważałbym za konieczne istnienie i w miasteczkach apteki miejskiej, zorganizowanej na wzór aptek wiejskich.

Lepiej jeszcze byłoby, gdyby pod względem aptek przyjęć zupełnie organizacją ziemską, t. j. w każdym powiatowym mieście mieć swoją własną aptekę z prowizorem na czele. Na razie jednak może byłoby to trudne do urzeczywistnienia, to samo przez się wytworzy się z czasem, w każdym jednak razie, istnienie apteki miejskiej z felczerem przygotowującym lekarstwa pod kierunkiem lekarza, uważałbym za rzecz niezbędną.

Mówiąc o konieczności zakładania aptek gminnych i miejskich, trzymałem się ściśle ramek projektu lubelskiego, dlatego też nie wprowadzając żadnych zmian co do projektowanego personelu lekarskiego, proponowałem powierzenie pracy w aptekach gminnych felczerom, jak się to praktykuje w guberniach ziemskich. Możeby jednak należało zrobić jeszcze jeden krok dalej i wykreślić zupełnie z naszego słownika wyraz felczer. Rola felczera określa się w projekcie lubelskim w następujący sposób: „felczer pod żadnym pozorem nie może leczyc samodzielnie, lecz tylko wykonywa polecenia lekarza“. Felczera

w tych warunkach śmiało mógłby zastąpić uczeiwy i rozsądny sanitaryusz vel posługacz szpitalny.

W takim razie zarząd apteką gminną należałoby powierzyć specjalście aptekarzowi, lekarzowi zaś w razie potrzeby mogliby pomagać przy przyjmowaniu ambulansu, sanitaryusz vel posługacz i babka wiejska.

Danie lawatywy, postawienie baniek, podanie instrumentu lub przytrzymanie chorego podczas jakiejś operacyjki — wszystko to doskonale mógłby robić sanitaryusz lub babka. Toć np. w „Pogotowiu ratunkowem“ niema ani jednego felezera i żaden z lekarzy dotąd nie miał powodu uskarżać się na ich brak. Dobry materyał na takich sanitaryuszów przedstawiają byli felezrzy wojskowi, których jest sporo po wsiach. Ludzie ci posiadają jeszcze i tę zaletę, że są przyzwyczajeni do bezwzględnej subordynacyi względem swego zwierzchnika-lekarza, a więc wszelkie zlecenia spełniałby ściśle.

W każdym punkcie lekarskim powinien być szpital chociaż na parę łózek, na razie jednak wobec znacznych kosztów na urządzenie takich szpitalików, możnaby się ograniczyć tylko ambulatoryami, gminy same z czasem szpitaliki pobudują. Istnienie jednak szpitali w miastach jest rzeczą niezbędną. Szpitale miejskie należałoby budować systemem barakowym, gdyż w ten sposób dobudowując coraz nowe baraki, w miarę środków, można by stopniowo doprowadzić szpital do pożądanej wielkości. Szpital w mieście gubernialnem powinien być centralnym dla całej gubernii i jako taki powinien być obsadzony przez specjalistów.

Umotywowanie potrzeby zakładania przytułków jest tak dobre, że chyba po przeczytaniu projektu lubelskiego nikogo już o tem przekonywać nie potrzeba.

Mówiąc jednak o organizacyi szpitali i przytułków widzimy, że potrzeba tutaj działania wspólnego, widzimy, że np. szpital w mieście gubernialnem służy dla całej gubernii, powinien więc istnieć kosztem całej gubernii, widzimy dalej, że szpitale miejskie służą również nie tylko dla miast, ale i dla całego powiatu, organizacya więc pomocy lekarskiej powinna mieć jakąś władzę centralną. Projekt lubelski, proponując stworzenie na nowych podstawach rad opiekuńczych gubernialnych i powiatowych, rozwiązuje tę kwestyę dostatecznie.

Zrobiłbym jednak zarzut projektowi co do opiekunów gminnych. Dlaczego opiekun ma koniecznie skończyć 4 klasy. Wszak ukończenie 4 klas nie jest żadnym censem umysłowym, powiedziałbym nawet przeciwnie, więcej miałbym zaufania do inteligentnego włościanina, który może zaledwie czytać i pisać umie, niż do takiego, który skończył 4 klasy.

Niezbędną byłoby rzeczą, aby opiekunami byli sami włościanie, czy mieszczanie, tymczasem wymaganie ukończenia 4 klas powołałoby opiekunów przeważnie „surdutowców“ i przez to samo odrazu poderwałoby się zaufanie włościan do nowej organizacyi. Niech więc przewodniczącym wśród opiekunów gminnych będzie człowiek z pewnem wykształceniem, ale opiekunami powinni być li tylko sami włościanie.

Nowa organizacja obarcza lud nowymi podatkami, trzeba aby sam lud przez swoich inteligentniejszych przedstawicieli przekonał się, że te pieniądze składane przez niego nie idą na marne, że szpitale, przytulki, działalność sanitarna lekarza, izolacja chorych zakaźnych, dezynfekcja mieszkania, w którym był chory zakaźny, że wszystko to jest rzeczą pożyteczną, a nie zabawką lekarzy wymyśloną ku udrczeniu chłopa. Włościanie opiekunowie, mając styczność z lekarzem i z członkami rady opiekuńczej, łatwo się przekonają o pożytku danych zarządzeń i oni najlepiej potrafią odpowiednio wpływać na ciemne masy gminne. U nas szczególnie, gdzie felczerzy, znachorzy i owezarze są zjawiskiem powszednim, trzeba koniecznie samych włościan wciągać do wszystkich rad opiekuńczych. Powiem otwarcie, bałbym się takiej organizacji pomocy lekarskiej, od której byliby odsunięci włościanie, gdyż mogliby oni zająć wprost wrogie stanowisko, względem projektowanej reformy.

W *Kronice Lekarskiej* była poruszona kwestya obieralności lekarzy gminnych bezpośrednio przez gminy. Otóż zdaje mi się, że projekt lubelski rozstrzyga tę kwestyą najlepiej: „personel lekarski winien przedstawić swą kandydaturę radzie opiekuńczej powiatowej, zwiększonej przez opiekunów gminnych“.

Działalność lekarza gminnego szczególnie w sprawach sanitarnych może często niepodobać się gminie i sympatya ciemnego tłumu cieszyłoby się nie zawsze lekarze najlepsi i najzacniejsi. Następnie zależność lekarza wprost od gminy stawiałaby go nieraz w bardzo przykre położenie. Wobec tego obiór lekarza bezpośrednio przez zebrania gminne byłby podług mnie wcale niepożądany. Rady opiekuńcze powiatowe mogą sprawiedliwiej ocenić działalność lekarza i mając wśród siebie włościan opiekunów, będą dobrze poinformowane o zarzutach, robionych lekarzowi przez gminę.

Na zakończenie podniosę jeszcze dodatnią stronę projektu lubelskiego w tem, że on określa tylko maximum, jakie może zajmować jeden okręg lekarski (3 gminy). Kwestya wielkości okręgu powinna być tak zrezagowana, aby w przyszłości nie było żadnej przeszkody w zmniejszeniu okręgu, gdy ludność np. zechce, aby tylko dwie lub nawet jedna gmina miały swego lekarza.

Nie wiem, czy projekt organizacji pomocy lekarskiej, opracowany przez Towarzystwo Lekarskie lubelskie został przedstawiony właściwej władzy do rozpatrzenia, gdyż ze zdziwieniem dowiedziałem się, że p. inspektor lekarski gub. Lubelskiej, po opracowaniu wyżej wspomnianego projektu przez Towarzystwo Lekarskie, podał swój zupełnie inny projekt.

Zdaje mi się, że wszystkie nasze Towarzystwa Lekarskie powinny, idąc śladem Towarzystwa lubelskiego, zająć się gorąco tą sprawą, gdyż jest to rzecz nadzwyczajnej wagi i chociaż nie pytane o to powinny przedstawiać swoje projekty właściwym władzom, gdyż inaczej wszelkie rozprawy o organizacji pomocy lekarskiej byłyby czezą zabawką.

Jeżeli w gub. Płockiej zorganizowano w pewien sposób pomoc lekarską tytułem próby, to dla czegożby w drugiej gubernii nie można było wprowadzić tytułem próby innej, lepszej organizacji?

Byłoby bardzo pożądanem, aby Towarzystwo higieniczne zajęło się również tą sprawą, a wchodzi to w zakres jego kompetencji, gdyż rozwój higieny wiąże się ściśle z organizacją pomocy lekarskiej. Zajęcie się tą sprawą Towarzystwa higienicznego byłoby pożądanem jeszcze i z tego względu, że Towarzystwo składa się nie tylko z lekarzy, a więc mogłoby rozpatrzyć sprawę wszechstronniej. W opracowaniu np. projektu zarządu, zakresu kompetencji rad opiekunów, stosunku lekarzy do władzy wykonawczej w czynnościach sanitarnych głos prawników (kilku prawników należy do Towarzystwa higienicznego) byłby bardzo pożądanym.

Klemens Łazarowicz.

VI. BIBLIOGRAFIA.

Dr. A. Lenné. **Wesen, Ursache und Behandlung der Zuckerkrankheit.**
Berlin, verl. S. Karger. 1898.

W powyższem dziełku (147 str.) autor składa wyniki swego doświadczenia, nabytego ze znacznej liczby spostrzeżeń (332 przypadki) nad chorymi na cukrzycę. Znaczenie dziełka jest głównie praktyczne. Autor nie obarcza czytelnika cytatami z ogromnej dziś literatury przedmiotu, a z teorii podaje tyle, ile niezbędnem jest dla zrozumienia stanowiska autora, odmiennego od panującego w Niemczech i zbliżającego się do poglądów uczonych francuskich.

Po krótkiem przedstawieniu normalnej przemiany materii autor podaje główne poglądy na jej przebieg w cukrzycy. Sam zaś jest zdania, że upośledzoną nie jest tu zdolność utleniania cukru przez komórki, ale ich możność wchłaniania go z krwi i przechowywania, w następstwie czego musi mieć miejsce zastępcza, wyrównawcza produkcja tego ciała przez komórki drogą zwiększonej przemiany ciał białkowych.

Przytem autor dopuszcza i możność pierwotnej nadprodukcji cukru, wskutek bezpośredniego (swoistego) podrażnienia komórek, która prowadzi do hyperglikemii i glikozuryi (pogląd ten rozpowszechniony jest zwłaszcza we Francji).

Rozdział o symptomatologii, powikłaniach i przyczynach i następny: orokowaniu i przebiegu, są opracowane szczegółowo, a przytem treściwie i krótko. Niektóre panujące poglądy np. o tak zw. dyabecie otyłych, d. wieku młodocianego i t. p., znajdują odmienne oświetlenie, spotykamy też uwagi i spostrzeżenia nowe np. o wpływie zgubnym wieku pokwitania na rozwój i pogarszanie się cukrzycy. Ważny jest ustęp omawiający rokowanie i określenie ciężkości przypadku na podstawie badań przemiany materii, a mianowicie stosunku

cukru wydalonego do utlenionego (względnie wprowadzonego) i rozmiaru przemiany ciał białkowych.

Ostatni, prawie połowę dziełka obejmujący rozdział, omawia leczenie cukrzycy, i tu to właśnie autor znajduje obszernie pole dla wykazania swego doświadczenia praktycznego. Wiele szczegółów tego rodzaju, nie dających się wykazać w sprawozdaniu, obszernie wyliczki w dziedzinę sztuki kulinarnej, stanowią zaletę tego rozdziału i mogą służyć za prawdziwy poradnik w potrzebie.

W zakończeniu dziełka autor pomieścił rozbiory moczu (według E. Spaeth'a) na cukier, aceton, kwas acetoctowy i tyrozynę i tablicę składu najczęściej używanych środków spożywczych i używek według J. Königa, dla łatwiejszego orientowania się przy sporządzaniu jadłospisu dyabetyka. Książkę Lenné śmiało możemy polecić.

O. H.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go września 1898 r.

— h. — Ogłoszenia, podawane przez lekarzy do pism peryodycznych, podlegają specjalnej cenzurze przez Urząd lekarski, podczas gdy dla wszelkich innych ogłoszeń wystarcza cenzura policyjna.

Sposób ten, istniejący od pewnego czasu, wpływa znacznie na szybkość wydrukowania podanego ogłoszenia, a spowodowane przez to opóźnianie nieraz odejmuje mu całą wartość. To też słyszemy z tego powodu, zwłaszcza obecnie, liczne skargi kolegów, zawiadamiających o swym powrocie lub zmianie adresu, że ogłoszenia czekać muszą po kilka dni i więcej na pieczętkę cenzora.

W ogóle ta procedura dodatkowa, wyróżniająca ogłoszenia lekarzy z pośród innych ogłaszających, prawnie nieuzasadniona, ani też dostatecznie w swej rozciągłości określona, wydaje się nam bezcelową i niepotrzebną. Alboż adwokaci chcący przez pisma zawiadomić o zmianie mieszkania muszą prosić na to pozwolenia prezesa sądu lub prokuratora, a nauczyciele kuratora? Z drugiej znow strony czy ogłoszenie lekarza, chcącego np. sprzedać meble, musi również przejść przez cenzurę dodatkową?

Jeżeli chodzi tu — taki podobno był punkt wyjścia tej inowacyi — o względy etyki a także o to, aby pod tytuł lekarza nie podszywali się jacy szarlatani i w ogóle tytułu tego nie nadużywano, to trzeba było raczej obmyślić środki do zastosowania w razie takich przypadków, a nie krępować wszystkich.

Co się zaś tyczy etyki, to stróżem jej może w danym razie być tylko opinia ogółu lekarzy, albo ich przedstawicieli. Sąd jednostki, a właściwie jej wrażliwość na te subtelne kwestye, nie zawsze może harmonizować z odnośnem poczuciem u tego ogółu.

—k.— Dr. W. Sieradzki habilitował się na Wszechnicy Jagiellońskiej jako docent medycyny sądowej.

—d.— Dr. Emanuel Machek, lekarz ordynujący (prymaryusz) szpitala lwowskiego, mianowany zwyczajnym profesorem okulistyki we wydziale lekarskim uniwersytetu lwowskiego.

—k.— W Petersburskiej Akademii Lekarskiej na miejsce występującego prof. L. Popowa, ma być mianowany młody Botkin, syn znakomitego rosyjskiego klinicysty.

—z.— P. Katarzyna van Tuschenbrock została mianowana profesorem chorób kobiecych w Utrechcie. (*Allg. Med. Ztg.*).

—z.— W Austrii już od 32 lat istnieje związek pomocy dla wdów i sierot po lekarzach wojskowych. W r. 1897 związek wydał zapomóg 15,145 złr., od czasu zawiązania 191,609 złr. Związek liczy 642 członków rzeczywistych i 400 członków popierających, suma ogólna wpływów w r. 1897 wynosiła 28,639 złr. Wpływ ten wydatkowano na pensje dla 147 wdów i 6 członków rzeczywistych; 43 wdowy otrzymały zapomogę jednorazową. Związek rozporządza kapitałem 236,277 złr. (*Militärarzt*).

—z.— Ciekawą kwestyę poruszył *Lyon med.*, rozbiera mianowicie pytanie, o ile będzie zgodnem z zachowaniem tajemnicy lekarskiej zawiadomienie ojca, iż córka jest w ciąży. *Lyon med.* rozstrzyga tę kwestyę w sposób twierdzący, mianowicie uważa zawiadomienie rodziców za zgodne z etyką. Jako powód wymienia przykład, gdzie lekarz, wezwany w początkach ciąży, rodzicom powiedział, iż córka cierpi na blednicę, dopiero po kilku miesiącach, gdy stan ukryć się nie dał, zmuszony był powiedzieć prawdę. Ojciec chorej wywnioskował z milczenia, że ojcem-winowajcą jest lekarz.

—z.— W wielu państwach coraz bardziej wchodzą w użycie okręty - szpitale. W czasie pokoju służą do przewożenia chorych prywatnych z kolonii. Japonia posiada 2 okręty, Ameryka 2 okręty, Niemcy i Austria dotąd okrętów nie posiadają, Anglia ma okręty Tow. St. John Amb. Assoc.

—z.— W Anglii ograniczono prawo obowiązkowego szczepienia ospy.

—h.— Według obliczeń Landouzy w r. 1895 umarło we Francji z suchot 150,000 osób. Na 1000 żyjących chorowało na suchoty 7,3 a zmarło z tej choroby 1,14.

Sprostowanie.

W zeszytcie 17-tym na str. 735 — wiersz 3-ci:
za wyrazami: „nie częste“ powinno być: „cierpienia zębów były dosyć częste“.

Str. 736 — wiersz 24-ty:
zamiast: „wrzodowi“ powinno być: „wzrostowi“.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Najnowsze prądy w nauce o odporności — Dr. Jerzy Bruner — str. 763.
II. Przypadek zatrzymania moczu wskutek uwięźnięcia kamyka w cewce —
Dr. med. W. Świątecki — str. 771.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

328. Dr. Holländer — Wycięcie całkowite pęcherzyka żółciowego i przewodu pęcherzykowego wraz z rezekcją wątroby poprzeczną z przyczyny raka i powstrzymaniem krwotoku drogą kauteryzacji powietrznej — str. 774. 329. Dr. Wormser — Operacje wola na klinice chirurgicznej w Bernie — str. 776. 330. Mansell Moullin — Leczenie rozpaczliwych przypadków mięsaka płynem Coley'a — str. 779.
331. do 341. Wyciąg ze sprawozdania z 27-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 13 i 16 kwietnia 1898 roku — str. 781.

II. Choroby kobiece.

342. Dr. K. Voswinckel — O obecności we krwi komórek eozynofilowych i myelocytów w cierpieniach wewnętrznych organów płciowych kobiet — str. 788. 343. P. Zweifel — O otwarciu otrzewny przez przednie sklepienie pochwy — str. 790.

III. Choroby skórne i weneryczne.

344. Dr. Waelsch — Przyczynek do poronnego leczenia dymienic (bąbonów) — str. 791.
345. Dr. Ferdinand Kornfeld — Doświadczenie z Larginą — str. 792.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 793 — 346 — 349.

- V. Parę uwag z powodu projektów organizacji pomocy lekarskiej w Królestwie Polskiem — str. 795.

VI. Bibliografia — str. 804.

Kronika bieżąca — str. 805.

Sprostowanie. — str. 806.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 1 Сентября 1898 года.

PROSPEKT.

“GAZETA POLSKA”

Dziennik polityczny, społeczny i literacki wychodzi w Warszawie przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

W szeregu ulepszeń, jakie zaprowadzamy w wydawnictwie „Gazety Polskiej“ od dnia 1-go października r. b. wybitne miejsce zajmie powiększenie objętości naszego

Bezpłatnego tygodniowego DODATKU DO GAZETY

Dawniej dawaliśmy czytelnikom jeden arkusz dodatku co tydzień, od-
tąd będziemy im dawali **co tydzień książkę.**

Tym sposobem każdy prenumerator *Gazety Polskiej* otrzyma od nas **corocznie**

52 TOMY KSIĄŻEK DARMO.

Ten tom tygodniowy będzie rozsyłany *bezpłatnie* wszystkim prenumerato-
rom zarówno w Warszawie, jak na prowincyi. Będzie on obejmował *naj-
mniej* dziesięć arkuszy druku. Będzie miał za treść co tydzień inny *u-
twór wybitny*, bądź oryginalny, bądź tłómaczony. *Przejdziemy kolejno
wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcję
arcydziel i najwybitniejszych prac współczesnych.* Po kilku latach ka-
żdy nasz prenumerator będzie *posiadaczem bogatej biblioteki*, w której
on sam i jego rodzina będą mogli czerpać rozrywkę, naukę i wykształcenie.

BEZPŁATNY

COROCZNIE

52 tomy

DARMO

DODATEK

A dostanie prenumerator nasz te 52 tomy
corocznie *naprawdę* darmo, bez żadnych dop-
łat, bez zwrotu kosztów opakowania czy
przesyłki. Śmiało też powiedzieć możemy, że
*na takich warunkach nikt nigdy jeszcze
książek nie dostawał.*

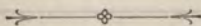
Że zaś treść każdego takiego tomu będzie
godną poznania; że te 52 książki, które do-
damy corocznie, będą zarówno pod względem

estetycznym jak moralnym, odpowiadały najwybredniejszym wymaganiom, tego
zupelną rękojmię dają i samo stanowisko naszej „Gazety“ i nazwiska ludzi,
którzy z myślą o pożytku społecznym, będą nam pomagali w wyborze ma-
teryału literackiego, a są nimi pp.

Zyg. Gloger, Raz. Kaszewski i Ign. Matuszewski.

Pierwszy dodatek dostaną abonenci „Gazety Polskiej“ w pierwszym
tygodniu Października; potem w dalszym ciągu regularnie co tydzień tom
nowy. Upraszamy jednak Sz. Czytelników o wczesne nadsyłanie zamówień,
abyśmy mogli uregulować wysokość nakładu.

Redaktor i Wydawca *Jan Gadomski.*



Cena „Gazety Polskiej“ wraz z Bezpłatnym Dodatkiem Tygodniowym :

W Warszawie: Rocznie rs. 9 kop. 60; półrocznie rs. 4 kop. 80; kwar-
talnie rs. 2 kop. 40; miesięcznie kop. 80, z odnośnieniem do domów.

Na prowincyi: Rocznie rs. 12; półrocznie rs. 6; kwartalnie rs. 3.

Adres: Warszawa, Warecka 14.

Mam zaszczyt donieść W. W. P. P. Doktoom., że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindaży lekar-
skie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

ZĘGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM.

Kolej. Poczta. Telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczerwawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września.

Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ZĘGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz ordynujący Dr. Edward Brühl.

Zakłady Chemiczno-Techniczne

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH i FARB

Ludwika Spiess i Syna

w Warszawie, ul. Senatorska № 464/5 obok kościoła P.P. Kanoniczek

drugi: Marszałkowska Nr. 140.

pomiędzy Ś-to Krzyżką i Placem Zielonym.

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27, róg Kruczej w Warszawie.

Poleca następujące środki:

Granulae c.

à 0,0005

Atrop. sulfur. Merck.
Digitalin. pur Germ. Merck.
Strichnin. arsenicos. Merck.
" nitric Merc.
" Strophantin. Merc.

à 0,001

Acid. arsenicos. pur. alb. et
ros.
Apomorphin. muriat. Merc.
Cocain. muriat. Merck.
Codein pur.
Chinin arsenicos. pur.

à 0,001

fer. arsenicos. pur.
Kali arsenicos. pur.
Nart. arsenicos. pur.
" arsenicos. pur.
Morphin. acetic. pur.
" muriatic pur.

à 0.001

Podophilini pur.

à gutt 1

Liquor. arsenic. Fovleri
" " Pearsoni.
Tinc. Strophanti.

Piulae

Extr. Cascar sagrad. fl. 0,5
c. Cacao obd.

ferri Carbonic. Valleti c.
argent obd.

ferri Carbonic. Valleti c.
Cacao obd.

Kreosoti fagi 0,05 c. Cacao
obd.

ferri Carbonic. Blandii mino.
aa 10, — 100 c. arg.
obd.*)

" Carbonic. Blandii minor
aa 10,0 — 100 c. Cacao
obd.*)

" Carbonic. Blandii major
aa 15,0 — 100 c. arg.
obd.*)

" Carbonic. Blandii major
aa 10,0 — 100 c. Cacao
obd.*)

pepsini 0,05 c. Cacao obd.

Drages i granulki cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na draże i granulki z żadaną kompozycją jaknajchętniej przyjmuje, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie), a tem samym staranne wykończenie mniejszych ilości tak pigulek jak i granulek jest niemożliwym.

*) Zielone w rozłamie.