

# GAZETA LEKARSKA

**T R E Ś Ć.** I. STANISŁAW LEYZEROWICZ. O powstawaniu zgorzeli kończyn w okresie poporodowym. Str. 735. II. JÓZEF JAWORSKI. Przepuklina brzuszna, zawierająca macię ciężarną. Str. 740. III. STANISŁAW BIERNACKI. O zawartości białka w płwocinie w różnych stanach chorobnych. (Dok.). Str. 743. *Dział sprawozdawczy.* 117. F. JAYLE i H. DAUSSET. Leczenie gorącym powietrzem pooperacyjnego zakaźnego ostrego zapalenia otrzewny. Str. 748. 118. P. MOURE i DESBONI. Ostre zapalenie esicy z przedziurawieniem. Str. 749.—119. DANIEL. Leczenie chirurgiczne wycięwania pęcherza. Str. 750.—120. PIOLLET. O wyjąławianiu skóry zapomocą nalewki jodowej. Str. 750. *Przegląd bibliograficzny.* Neurologia polska Str. 751. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia ginekologiczne dnia 23-go stycznia, 25-go lutego, 23-go marca, 25-go kwietnia 1910 r. Str. 753, 754. *Wiadomości bieżące.* Str. 755. *Ogłoszenia.*

## I. O powstawaniu zgorzeli kończyn w okresie poporodowym.

Przez

Stanisława Leyzerowicza,

ordynatora kliniki chirurgicznej przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Odczyt, wygłoszony w dniu 29-ym kwietnia 1910 r. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu ginekologicznem).

W poszukiwaniu dróg zapobiegawczych i leczniczych piśmiennictwo lekarskie zwykło skrętnie notować wszelkie przypadki, wklajające normalny bieg okresu połogowego, zwłaszcza te, które w ten lub inny sposób ustrój kobiety na ciężki szwank narażają. Z tej tedy racyi nie powinny oczywiście ująć uwagi spostrzegacza klinicznego te przypadki, które literatura bądź co-bądź zalicza do nader rzadkich, w szczególności zaś takie, które w naszym piśmiennictwie dotąd nie znalazły uwzględnienia. Odnosi się to i do przypadków zgorzeli kończyn w okresie poporodowym.

Zanim przejdziemy do opisu podobnego powikłania, uprzytomnimy sobie naprzód, co wywołuje zgorzel, w jakich okolicznościach i kiedy ona powstaje.

Zgorzel powodują czynniki fizyczne, mechaniczne i chemiczne, względnie, dalej, nerwowe i bakteryjne, wreszcie całkowite przerwanie krwioobiegu w pewnym obrębie tkanek. Bezwzględny taki zastój nastąpi wtedy, gdy na danej przestrzeni czopem zatkane zostanie zupełnie światło tętnicy t. zw. koń-



cowej, jedynie ją odżywiającej, a więc całkiem pozbawionej krążenia obocznego, i to nie tylko za pośrednictwem anastomozującej gałązki tętniczej, ale i naczyń włoskowatych [w przeciwieństwie do zawałów krwotocznych]. Zgorzel taka, którą przyrównać można do martwicy anemicznej, powstaje pod wpływem bądź trombozy czy embolii, bądź to podwiązania tętnicy, choroby jej ścian, miażdżycy. Zgorzele pochodzenia nerwowego, t. zw. neuropatyczne, jak np. *mal perforant du pied*, nie występują w znaczeniu etyologicznym samoistnie, jeno uważać należy, iż pod wpływem zaburzeń w innerwacji i upośledzonego odżywiania następuje tu zgorzel wobec wynikłych na tem tle zaburzeń w krążeniu, których przejawem są zaburzenia w układzie naczynioruchowym, sprawy zapalne i degeneracyjne w ścianach żył i tętnic (*endoarteriitis nodosa, endoarteriitis obliterans*).

Podobnież zapatrywać się należy na istnienie odrębnej jakoby grupy zgorzeli bakteryjnych, powstających w przebiegu wielu chorób zakaźnych [influenza, dur, zapalenie płuc].

Zabójczo działają tu na substancję tkanek nie same bakterye, jeno toksyczny produkt wydzielin tychże lub też zaburzenia cyrkulacyjne, spowodowane wytworzeniem się w naczyniu czopu z drobnoustrojów, skądinąd z biegiem krwi przyniesionych [zatory bakteryjne]. Brak wszelkiego dopływu krwi tętniczej do tkanki, tem samem utrata płynu powoduje zgorzel suchą [przeważnie na częściach zewnętrznych—palece, kończyny], w przeciwstawieniu do wilgotnej, zawierającej płynu obficie. Sucha zgorzel może w pewnych warunkach przejść w wilgotną, która bywa aseptyczną [przy rozmięknieniu obumarłych tkanek] lub septyczną, gdy do ogniska zgorzelinowego wilgotnego, a niekiedy nawet i do martwicy anemicznej, przenikają z powietrza lub z sąsiedniego środowiska zarazki gnilne.

Gdy tak czynną i niepoślednią rolę w powstawaniu interesującej nas sprawy zgorzelinowej grają zakrzepy i zatory, nie od rzeczy będzie przypomnieć, na jakiej drodze się tworzą i działają. Jak wiadomo, zakrzepy formują się w żyłach [najczęściej], tętnicach i naczyniach włoskowatych, skąd znów łatwo przechodzą na żyły. Powstanie swe zawdzięcza zakrzep ścinaniu się krwi za życia, do czego przyczynia się i stan chorobny w ścianach naczyń, zmiany we krwi, zewnętrzne uszkodzenie naczynia i miejscowe zboczenie w krążeniu [zwolnienie krwiobiegu, dzięki osłabionej czynności serca]. W tętnicach zakrzep szerzy się bardziej ku dołowi, gdy w żyłach ku górze i sięgać może bardzo daleko, np. od stopy do żyły biodrowej, a nawet *v. cava inf.* Zazwyczaj thrombus pociąga zastoje, obrzęki, krwawienia, dopiero gdy obejmuje on żyłę na większej przestrzeni lub zatka kilka większych pni, sprowadzić może zgorzel [np. zatkanie *v. cruralis* powoduje zgorzel na kończynie]. Jednym z bardziej niepomyślnych przeobrażeń, jakie zachodzić mogą w zakrzepie, jest jego rozmięknienie, powodujące zatory, tudzież szerzące zakażenie (*thrombophlebitis*). Tworzą się tedy zatory w tętnicach i naczyniach włoskowatych, rzadziej w żyłach (*v. portae*), z rozmiękłych zakrzepów, z cząsteczek uległej zapaleniu błony wewnętrznej naczynia (*endothelium*), wsierdzia (*endocardium*), z guzów (mięsak, rak, *chorioepithelioma*), z glist, barwika krwi; z krwi roz-



padłej, tłuszczu, powietrza, komórek wątroby i kosmówki [zator u ciężarnych do naczyń włoskowatych płuca—SCHMORL].

Zważyć w tem miejscu należy, iż cząstki zatorów z prawego serca [żył] utkwąć mogą zależnie od wielkości w rozgałęzieniach *a. pulmonalis* i w naczyniach włoskowatych, zaś bardzo drobne z nich przejść mogą nawet te ostatnie i przenikać do żył płucnych, dalej do lewego przedsionka i do tętnic [np. kosmki], co zazwyczaj się zdarza przy zupełnie zdrowym stanie płuc. Odwrotnie też zator z lewego serca, aorty przy rozgałęzieniu tętnic przedostaje się do naczyń włoskowatych i, przeslizgnąwszy się tędy, utkwąć niekiedy może znów w żyłę. Wspomnieć tu wypada o zatorach paradoksalnych, ile że również nieco oświetlają osnowę pracy naszej: w razie obecności, jak wiadomo, *foramen ovale apertum*, albo *ductus Botalli*, zakrzep z prawego serca [żył dużego krążenia] przenikać może, pomijając *a. et. vv. pulmonales*, bezpośrednio do lewego serca [tętnic].

Powyższe wiadomości, zaczerpnięte z dziedziny patologii, poważylem się tu przypomnieć, pomagają bowiem zorientować się w dość zawilej niekiedy sprawie powstrzymania tego ciężkiego powikłania okresu połogowego pod postacią zgorzeli dolnych lub górnych kończyn. O rzadkości tego powikłania świadczy fakt, iż w podręcznikach położnictwa brak o niem wzmianek, z wyjątkiem MUELLER'a i SCHAUTA'y, następnie świadczą też dane statystyczne: dotąd w literaturze opisano zaledwie 26 przypadków. BURCKHARD w r. 1901 z pośród 5000 porodów w klinice WÜRZBURGA zebrał tylko 2 przypadki tego powikłania. Powstać ono może jednakowo u wieloródek i pierwiastek, przychem jakiegokolwiek rękoczynny żadnego wpływu w tym względzie nie wywierają; tak z 24-ch przypadków, podanych przez CHOŁMOGOROWA—w 19-u poród odbył się normalnie i tylko w 5-u stosowano zabiegi: jeden raz użyto kleszczy, dwa razy wobec krwotoku odklejono łożysko, raz jeden dokonano dekapitacji [przytem nastąpiło niezupełne pęknięcie macicy] i jeden raz przedwczesnego porodu, zakońzonego obrotem i powikłanego rozerwaniem spojenia łonowego. W większości przypadków zajęta była jedna kończyna: z 26-u opisanych—w 18-u; w ośmiu zaś—dwie kończyny. Wszystkiego opisano dwa przypadki zgorzeli górnych kończyn, w tej liczbie u ROUX'a były nogi i palce u rąk, a nawet ucho obumarłe, u POPOWA zaś obie górne kończyny. W 16-u przypadkach zgorzel nastąpiła w pierwszym tygodniu okresu poporodowego, w 5-u przed samym porodem, o następnych brak dokładnych wiadomości, choć, jak niżej zobaczymy, następowała i we dwa i więcej miesięcy po porodzie.

Godnem zaznaczenia jest, iż zgorzel powstawała nawet po poronieniach, i to we wczesnych okresach. WINCKEL przytacza przypadek, dotyczący 33-letniej położnicy, wieloródki, u której 3-go dnia po porodzie normalnym wystąpiła gorączka, spowodowana, jak się okazało, zapaleniem żyłaków, które objęło całą prawą kończynę dolną. 7-go dnia po porodzie stopa oraz dolna  $\frac{1}{5}$  część goleni uległy zgorzeli. 16-go dnia chora zmarła i na pośmiertnym badaniu stwierdzono: zapalenie opłucnej, osierdzia oraz posokowate nacieczenie stopy, toż samo w żyłach podkolanowej i biodrowej do łuku biodrowe-



go, tętnice zaś puste. A więc jedynie rozległa *phlebothombosis* stała się przyczyną zgorzeli. DUFLOCK stwierdził u wieloródki w końcu ciąży bole, oziębienie i zesinienie prawej nogi; w 4 tygodnie po normalnym porodzie noga zupełnie zczerniała i nastąpiła śmierć. Przy badaniu zwłok znaleziono: zapalenie wsierdZIA i mocno przystający do ścian skrzep w tętnicy biodrowej, w rozgałęzieniach przedłużający się do stopy; w żyłach wtórne zakrzepy; w tętnicy podkolanowej rozpoznano *endoarteriitis*. TH. FISHER podaje: u 45-letniej kobiety, rodzącej po raz piątnasty, ręcznie z powodu krwotoku oddzielono łożysko; na 4-ty dzień po porodzie podniesienie ciepłoty wyżej 39° stopni, 8-go dnia na obu kończynach *phlegmasia alba*, na 12-y dzień pęcherze na prawej kończynie i sinica palców, 20-go dnia kompletna martwica palców. Z chwilą poprawy stanu ogólnego dokonano amputacji tychże. Wobec niewątpliwego istnienia zaburzeń cyrkulacyjnych w tejże stopie jeszcze w rok potem powstał obrzęk i zgorzel śródstopia. Wreszcie względne wyzdrowienie. WILLCOX opisuje: 34-letnia pierwiastka odbyła ciężki poród zapomocą kleszczy. 16-go dnia po porodzie *phlegmasia* lewej kończyny, 20-go dnia zesinienie palców i stopy do stawu skokowego, 23-go dnia zgorzel stopy i silne bole, następnie zjawily się objawy otrzewnowe, 33-go dnia *phlegmasia* drugiej kończyny [prawej] i wreszcie nader osłabiona chora zmarła. Sekcyi nie wykonano. V. HOCHSTELLER podaje: 24-letnia rodząca, nie gorączkując, przez cztery tygodnie ze względu na osłabienie nie opuszczała łoża; w piątym—bole i obrzęk prawej stopy, zesinienie palców; obrzęk rozszerza się, tworzą się pęcherze. W siódmym tygodniu zczerniała cała stopa, tętno w *a. femoralis* niewyczuwalne; żadnych zgrubień w żyłach, tony serca prawidłowe, ciepłota 39°; wkrótce wytworzyła się linia demarkacyjna poniżej kłykci. W 14 dni od początku choroby—sprawa przeszła na lewą kończynę, poczem w kilka już dni wystąpiła linia odgraniczająca na wysokości stawu kolanowego. W dwa miesiące od początku choroby odjęto prawą kończynę ponad kłykciami, lewą zaś pośrodku uda. Wyzdrowienie. Autor objaśnia powstanie zgorzeli obustronnej w ten sposób: wstępująca tromboza *a. uterinae d.*, następnie *hypogastricae* i *iliacae*. Stąd zgorzel prawostronna, poczem przejście zakrzepu na miejscu rozdziału aorty na drugą stronę—na *a. iliacam com. sin.* lub też zator—stąd zgorzel lewostronna. WIDAL i NOBÉCOURT stwierdzili autentycznie możliwość powstania tą drogą symetrycznej zgorzeli zapomocą oględzin pośmiertnych u mężczyzny. WANNER opisuje: u 31-letniej rodzącej normalnie po raz drugi—4-go dnia po porodzie bole i obrzmienie lewego uda, 17-go dnia lekka gorączka, 22-go dnia nagle zapaść, brak tchu; później gorączka i bole w łydce; na lewym udzie i prawem podudziu tworzą się pęcherze, brak tętna w lewej tętnicy podkolanowej. Od 31-go dnia zgorzel występuje już wyraźniej i tworzy się linia odgraniczająca po środku lewej goleni. W dwa miesiące po porodzie odjęcie kończyny; wyzdrowienie. Badanie preparatu wykazało: zator na miejscu podziału *a. popliteae*, skąd ciągnęły się zakrzepy do *a. tibialis ant. i post.* Celem objaśnienia powstałego równorzędnie w jednej z tętnic płucnych oraz w tętnicy dużego krążenia zatoru, autor przypuszcza istnienie *for. ovale apertum (embolia paradoxa)*. Ponieważ, dalej,



w przebiegu choroby wyraźnie występowały objawy zapalenia żył, nie ulega przeto wątpliwości, iż stanowiły one główny czynnik w wytworzeniu owych zatorów i w końcu zgorzeli. MUELLER w podręczniku położnictwa wspomina o przypadku, dotyczącym 34-letniej pierwiastki, cierpiącej od dawna na owrzodzenia goleni prawej; w 7-ym miesiącu ciąży raptownie dostaje dreszczy i bólów w prawej nodze, poczem ukazały się wysepki zgorzelinowe na goleni i stopie. Chora urodziła przy pomocy kleszczy, po porodzie gorączka i 4-go dnia śmierć. Przy badaniu pośmiertnem nie znaleziono w dużych naczyniach ani zakrzepów, ani zatorów, narządy płciowe w stanie normalnym. TH. OLIVIER przytacza dwa przypadki: w jednym 14-go dnia po porodzie u pierwiastki nastąpiło porażenie prawej ręki i nerwu twarzowego, następnego dnia po ustąpieniu tych objawów — silne bole oraz zesinienie kończyny prawej, palce zmarzły; nazajutrz stopa już zczerniała, kończyna aż poza kolano chłodna, sina, bez czucia; serce zupełnie zdrowe. Wobec szybkiego nader postępu zgorzeli, odjęto kończynę ponad kolaniem. W odjętym członku okazały się zatkane *a. i v. poplitea*. Wyzdrowienie. Autor podejrzywa w danym przypadku „neuropatyczną“ postać zgorzeli, porażenia zaś były wrzekomo następstwem zatoru tętnicy mózgowej. Niemniej dla należytego oświetlenia danego obrazu przyjąć, zdaniem WORMSER'a, należy, iż zator z miejsca przyczepu łożyska (*Placentarstelle*) przemknął do lewego serca bezpośrednio przez *foramen ovale*, z kąd jedna jego część, oderwawszy się, utkwiała w mózgu (przez *a. carotis*), druga zaś większa ugrzęzła w *a. cruralis*. [Jakośmy widzieli, nie jest to jedyna droga powstawania w tętnicach zatorów, biorących początek w żyłach].

Drugi przypadek tegoż autora dotyczył rodzącej normalnie po raz drugi; czwartego dnia po porodzie prawostronne zapalenie płuc, po sześciu dniach raptownie silne bole w prawej kończynie dolnej. 12-go dnia stan ciężki: ciepłota 39,4°, tętno 138, oddech przyspieszony, bole, bezsenność, głośny szmer u zastawki dwudzielnej, lewe płuco w stanie nacieczenia; prawa kończyna obrzmiała, blada, chłodna, bez czucia, na skórze plamy. 14-go dnia odjęto kończynę powyżej kolana. Badanie amputowanego członka stwierdza: tętnica podkolanowa zatkana zatorem twardym, usadowionym na miejscu rozdziału tejsze i ciągnącym się w dół w obie gałęzie; w żyłach zakrzepy, mięśnie w stanie gnicia. W 3 tygodnie po operacji chora zmarła. Jako przyczyna zatora, zdaniem autora, wysuwa się na plan pierwszy zapalenie wsierdzia, zakrzepy zaś żyłne miały być już wtórnego pochodzenia. LANCE-REAUX podaje: w 4-ym dniu po porodzie obrzmienie naprzód jednej, potem drugiej kończyny i powłok brzusznych; dalej choroba nerek, potem zgorzel obu kończyn. W 6-ym tygodniu śmierć. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono: zapalenie żył: *uterinae, renalis, hypogastricae, femoralis i v. cavae inf.*, równocześnie wtórna jakoby tromboza tejsze nazwy tętnic. Taka równorzędna obliteracja żył i tętnic zdaje się być najczęstszą i najszybszą przyczyną zgorzeli. Roux przytacza dwa przypadki, powikłane psychozą połogową: w jednym u 31-letniej pierwiastki, która urodziła normalnie, w dwa tygodnie po porodzie wystąpiła mania, w 8 dni potem bole w nogach, brak czucia, nazajutrz wszystkie palce obu nóg tudzież jednej ręki oraz prawe ucho obu-



marły [symetryczna gangrena RAYNAUD]. Ponieważ ciepłota zaczęła się podnosić, sprawność serca słabnąć, a zgorzel na stopach postępować, dokonano amputacyi kości goleniowych w obu kończynach. Wyzdrowienie całkowite. W drugim przypadku u 37-letniej kobiety, po raz piąty rodzącej, w trzy miesiące po porodzie wystąpiła mania i w 14 dni potem szybko postępująca zgorzel prawej stopy oraz goleni. Amputacya dolnej  $\frac{1}{3}$  części goleni. Anatomicznie stwierdzono rozległe zakrzepy w żyłach oraz stan zapalny większych tętnic.

[D. n.]

## II. Przepuklina brzuszna, zawierająca macicę ciężarną.

Opisał

Józef Jaworski.

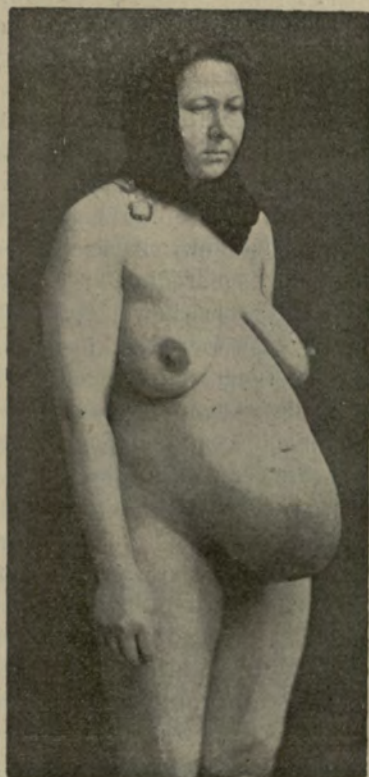
Przepukliny, zawierające macicę ciężarną, należą wogóle do dosyć rzadkich zjawisk patologicznych. Najwięcej znane są przypadki przepuklin pachwinowych, zawierających macicę ciężarną. Według EISENHARTA, przepukliny te powstać mogą w trojaki sposób: po pierwsze, sieć lub kiszki, zrosnięte z macicą, wciągają ją do worka przepuklinowego; powtórę, trąbka lub jajnik stanowi pierwotnie treść przepukliny, a macica wchodzi do niej dopiero następnie; potrzecie, przepuklina, zawierająca macicę, jest wadą rozwojową, tak, jak to np. zdarzyło się w znanym przypadku v. WINCKEL-EISENHARTA, gdzie, przy *uterus bicoris*, prawy róg ciężarny znalazł się w worku przepuklinowym. Z tych trzech sposobów powstawania przepukliny pachwinowej, zawierającej macicę ciężarną, tylko warunki, wymienione w punkcie pierwszym, stworzyć mogą mechanizm, sprzyjający temu, aby macica ciężarna znalazła się w przepuklinie brzusznej. Wynika z tego, że wogóle przepuklina brzuszna, zawierająca macicę, jest rzadszem zjawiskiem, niż przepuklina pachwinowa z tą samą zawartością.

Mówiąc o przepuklinach brzusznych, zawierających macicę ciężarną, wypada mieć na uwadze pewne ich kategorie. Nasamprzód, przepukliny brzuszne, powstałe samoistnie. Przepukliny te, jak mówi w swojej chirurgii szczegółowej prof. KOENIG—leżą, o ile siedzibą ich jest przednia ściana brzuszna, z boku w okolicy pępka, w linii białej, w muskulaturze mięśnia prostego, albo na boku między mięśniem prostym a skośnym. Nie ma wprost miejsca na przedniej ścianie brzusznej, gdzieby nie mogły się utworzyć. Powstanie niektórych z przepuklin takich przypisują z pewnem prawdopodobieństwem szczelinom naczyniowym ściany brzusznej. Często rozwija się ona po ciążach. Mogą one uwięznąć i spowodować odprowadzanie (*taxis*) lub zabieg operacyjny.

Bardzo ciekawy i rzadki przypadek przepukliny samoistnie powstałej, za-

wierającej 6-o miesięczną macicę ciężarną, opisał w r. 1904 prof. AL. ROSNER z Krakowa. Macica ciężarna [w VI miesiącu] w przypadku tym leżała na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, na prawo od linii środkowej i nieco pod pępkiem.

Otóż, oprócz tych przypadków, należących do wielkich rzadkości, istnieją przepukliny brzuszne, zawierające macicę ciężarną po laparotomiach, po urazach. W tem miejscu wypada się omówić, że często t. zw. brzuch obwisły (*venter propendens*) sprawia wrażenie przepukliny brzusznej, z darzać się



on może nawet u pierwiastek i to w wysokim stopniu, jak świadczy przypadek ilustrowany rysunkiem w dziele BUMMA u pierwiastki z garbatością lędźwiową, częściej jednakże spotykamy go u wieloródek. Brzuch obwisły jednakże nie powinien być zaliczany do przepuklin brzusznych, brak mu bowiem istotnych cech przepuklin.

Przypadek przepukliny brzusznej, zawierającej macicę ciężarną, który przedstawiłem na kwietniowym posiedzeniu r. b. Sekcji Ginekologicznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i który obecnie jeszcze obserwuję, przedstawia się, jak następuje: Kobieta, lat 36, średniego wzrostu z dobrze



rozwinętemi systemami — kostnym i mięśniowym, dobrze odżywiana, rodziła pięć razy; pierwszy poród operacyjny, następne trzy, prawidłowe, bez pomocy lekarskiej; piąta ciąża przed 4-a laty, trwająca 11 miesięcy, zakończona cięciem cesarskim w klinice położniczej warszawskiej.

Z powodu niegojenia się rany osoba ta przeleżała w klinice 9 miesięcy, przez następne trzy opatrywano jej ranę poza kliniką. Jako następstwo przebytej operacji pozostał brzuch obwisły w stopniu wysokim. Na ogół jednakże osoba ta w ciągu ubiegłych lat 4-ch czuła się zdrową; miesiączkowała prawidłowo. Ostatnią miesiączkę miała 20-go listopada r. u. W chwili obecnej zatem upływa 5 miesięcy od zajścia. Istotnie wielkość macicy odpowiada piątemu miesiącowi księżycowemu ciąży.

Badanie dokładniejsze nie wykrywa zmian w narządach klatki piersiowej. Sutki, jak u ciężarnej wieloródki. Brzuch znacznie powiększony, w postaci guza, kształtu walcowato-kulistego, wysunięty ku przodowi. Przy obmacywaniu zarówno kształt, jak i spoistość guza świadczą, że jest nim macica ciężarna, znajdująca się na zewnątrz jamy brzusznej, której wielkość odpowiada skończonemu piątemu miesiącowi ciąży. Powłokę zewnętrzną guza stanowi bardzo ścięczała dosyć wiotka skóra brzucha, na której znać po środkowej linii bliznę po cięciu brzuszem. Tkanki łącznej międzykomórkowej pośrodku brzucha niewyczuwa się. W ścianie macicy wyczuwa się pęczki mięśni, a także wyczuć można przydatki macicy, odchodzące z obu boków macicy. Macica jest łatwo przesuwalna na boki i ku górze i, zdaje się, nie posiada zrostów. Przy usiłowaniach odprowadzenia macicy do jamy brzusznej popada ona w silne i bolesne skurcze. Zagniatając powłoki brzuszne, wyczuwa się z obu stron macicy brzegi mięśni prostych brzucha, ścięczałych, jakby w stanie pewnego zaniku będących. Ten rozstęp mięśni prostych brzucha, stanowiących wrota przepuklinowe, jest bardzo znaczny i wynosić może przypuszczalnie kilkanaście cent. [może 15—18].

Badanie przez pochwę wykazuje znaczne jej wydłużenie, część pochwo-wa znajduje się bardzo wysoko i jest zaledwie osiągalną zapomocą dwu palców. Mamy więc tutaj nader wysoki stopień przodopochylenia zgięcia macicy. Dno macicy, niby worek zwiotczały, zwiesza się po przez spojenie łonowe ku dołowi i ustawia się o wiele, wiele niżej, niż jej szyjka.

Przypadek ten przedstawia wybitny stopień przemieszczenia macicy ciężarnej, powstałego wskutek niezmiernie szerokiego rozstępu mięśni prostych brzucha, który utworzył wygodne wrota przepuklinowe. Bezpośrednią przyczyną tak znacznego rozstępu mięśni, były, jak się okazuje z wywiadów, powikłania w gojeniu się, bardzo długotrwałem, rany po cięciu brzuszem.

Przypadek zasługuje na uwagę i ze względu na ewentualne powikłanie przy rozwiązaniu. Zdaje się, że tak wysoki stopień przodopochylenia macicy ciężarnej w przepuklinie brzusznej stanie na przeszkodzie rozwiązaniu przez drogi naturalne, ponieważ oś płodu i część przodująca nie będzie się mogła wstawiać prawidłowo. Pozostanie rodzącą rozwiązać drogą cięcia cesarskiego.



III. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ W SZPI-TALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE POD KIEROWNICTWEM DRA LEONA KARWACKIEGO.

## O zawartości białka w płwocinie w różnych stanach chorobnych.

Podał

**Stanisław Biernacki,**

magister farmacyi.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 30).

Ilość białka w płwocinie podlega znacznym wahaniom dobowym: jednego dnia płwocina zawierała około 4,0‰ białka [36-y przypadek], następnego dnia ilość białka wynosiła tylko 2,8‰; ilość bakteryi pozostała ta sama, temperatura natomiast była znacznie niższa. U osobników starszych ilość białka w płwocinie jest mniejsza, niż u osobników w sile wieku. Charakterystycznym także jest poniekąd pewien stosunek pomiędzy ilością białka a ilością bakteryi [laseczników] w płwocinie: w wielu przypadkach przy większej ilości białka w płwocinie laseczników KOCHA było stosunkowo mało, przy mniejszych zaś ilościach białka preparaty zawierały po kilkanaście i kilkadziesiąt laseczników w polu widzenia. Zjawisko to zależy prawdopodobnie od hamujących lub bakteryobójczych własności białka wysiękowego: im wysięk w ogniskach chorobnych jest większy, tym ogólna ilość przeciwciał gruźliczych jest znaczniejsza, i to odbija się niekorzystnie na rozwoju laseczników gruźliczych.

W przypadku oznaczonym Nr. 21 określałem zawartość białka w płwocinie przeszło przez 4-y tydzień.

Pierwsze badania w okresie krwioplucia i przy obecności włókien sprężystych wykazało białka 3,2‰, badanie drobnowidzowe nie wykryło laseczników wcale. Przez dwa tygodnie płwocina białka wcale nie zawierała, jakoteż laseczników. Temperatura była prawidłowa. Nastąpiło podniesienie ciepłoty do 37,4 i w płwocinie zjawilo się znowu białko w ilości 1,0‰ i dość liczne laseczniki gruźlicze. Następnie w ciągu dwu tygodni białka nie było wcale przy ciepłocie prawidłowej. Przy ponownym podskoku do 37,4<sup>o</sup> wystąpiły znowu ślady białka.

W paru przypadkach płwocina wykazała obecność białka, na preparatach natomiast laseczników nie wykryłem, co naturalnie bynajmniej gruźlicy nie wyklucza, była ona bowiem stwierdzona klinicznie.

Przypadki poniższe nie posiadały znamion klinicznych gruźlicy, w płwocinie zaś nie było nigdy laseczników KOCHA. Trudno przesądzać jednak, czy pewna część osobników z tej grupy nie miała gruźlicy utajonej, gdyż ani badania serodyagnostyczne, ani próba tuberkulinowa, ani naskórne badania dyagnostyczne przeprowadzane nie były.



T A B L I C A II.

Wyniki badań nad płwociną w nieswoistych sprawach oskrzelowych zestawione są w następującej tablicy.

Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Białko	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen-Gabet	Gram albo Giemsa
1	36	Bronchitis acuta. Emphysema pulmonum.	36,4—37,6	Niema	Niema	Cienkie spirylle i laseczki.
2	29	Emphysema pulmonum.	36,2—36,8	"	"	Cienkie spirylle i niewiele dwoinek.
3	25	Bronchitis acuta.	36,2—37,2	"	"	Sporo ziarników.
4	50	Emphysema pulmonum.	normalna	"	"	Sporo ziarników i dwoinek.
5	39	Bronchitis Emphysema pulmonum.	37,4	"	"	Sporo diplobacyllów i dwoinek.
6	43	"	36,3—38,7	ślady	"	Są laseczki odpowiadające formom niekwasoodpornym laseczników grzyliczych.
7	53	Emphysema pulm. bronchitis diffusa.	36,2—38,4	"	"	Są dwoinki i diplobacylle.
8	49	Bronchitis Emphysema pulmon.	normalna	"	"	Niewiele laseczek, sporo dwoinek i ziarników.
9	64	"	37,4—39,0	"	"	Sporo dwoinek i laseczki gramopoztywne.
10	35	"	normalna	"	"	Grube laseczki i ziarniki
11	83	Bronchitis Emphysema pulmon. Enteritis chron.	38,4	"	"	Pojedyncze spirylle, dużo ziarników.
12	38	Bronchitis acuta Emphysema.	36,8—38,2	1,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	"	Sporo diplokokków.
13	52	Bronchitis dipt. Myocarditis.	36,0—38,6	0,5 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	"	Sporo dwoinek.
14	74	Emphysema pulm. bronchitis, arteriosclerosis.	normalna	1,4 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	"	Płwocina zielona, sporo ropy, sporo dwoinek.



Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Biłko	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen-Gabet	Gram albo Giemsa
15	58	Bronchitis Emphysema pulm.	36,2—38,2	1,0 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Niema	Niewiele ziarników.
16	16	Bronchitis Emphysema	37,0	0,6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Są laseczki podobne układem do t. b. c. lecz odbarwiają się kwasem.
17	74	Bronchitis Emphysema pulm., arteriosclerosis.	38,2	1,5 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Bakteryi brak.
18	78	Emphysema, bronchitis Myocarditis Marasmus senilis.	normalna	0,3 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele ziarników.
19	76	Emphysema, arteriosclerosis, adynamia cordis.	"	1,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele grubych laseczek.
20	27	Bronchopneumonia.	38,0—40,0	1,3 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Są dwoinki Talamon-Fraenkla.
21	73	Pneumonia catarrhalis.	37,2—39,2	2,4 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele dwoinek, sporo ziarników.
22	60	Postpneumoniam dextram, bronchitis.	36,2—38,4	1,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Sporo ziarników i dwoinek.
23	38	Gangrena płuc z krwotokami.	36,8—39,6	4,8 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Cienkie kokkobacyle i cieniutkie długie nitki zabarwione na niebiesko z fioletowemi ziarenkami laseczniki wrzecionowate.
24	37	Gangrena płuc.	36,7—40,1	6,0 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Długie grube nitki, sporo laseczników wrzecionowatych, sporo cienkich niebieskich nitek z fioletowemi ziarenkami.
25	40	Krwioplucie przy peryodach.	normalna	3,8 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Bakteryi brak.
26	37	Polyarthritis chronica.	37,4	ślady	"	Sporo ziarników.
27	33	"	36,2—39,0	0,7 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Pojedyńcze dwoinki.
28	56	Hemiplegia sinistra, myocarditis.	normalna	ślady	"	Sporo dwoinek i grube laseczki.



Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Białko	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen-Gabet	Gram albo Giemsa
29	53	Spondylitis rhizomelica.	36,2—37,4	1,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Niema	Dużo ziarników.
30	71	Ascites et cirros, hepatitis, nephritis chronica.	36,6—38,6	1,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	"	Sporo ziarników.
31	30	Anaemia.	36,4—37,4	1,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	-	Niewiele ziarników.
32	35	Enteritis chronica.	36,2—39,2	0,8 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	"	Bakteryi brak.
33	19	Intoxicatio natro caustico.	normalna	niema	"	"
34	55	Hystero neurastenia.	"	"	-	Pojedyncze laseczki.

Przechodzę do omówienia poszczególnych grup chorobnych. Na 19 zapaleń oskrzeli ostrych i przewlekłych, często połączonych z rozedmą płuc, tylko 5 razy odczyn białkowy płwociny wypadł ujemnie, w 6-u przypadkach płwocina zawierała ślady białka, nie dające się określić, w 7-u przypadkach ilość białka wahała się od 0,3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> do 1,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Przy stwierdzeniu obecności białka jakościowem ta ostatnia kategoria nieżyków oskrzelowych nie różni się wcale od spraw gruźliczych. Badanie ilościowe wykazuje różnice dość wybitne: podczas gdy w nieżytach nieswoistych ilość białka dochodziła *maximum* do 1,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, przeciętnie zaś wynosiła 0,9<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, dla spraw gruźliczych przeciętna wysokość jest 2,0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Obecność białka w nieżytach nieswoistych zależy od cierpienia serca lub układu naczyniowego. Na tem tle powstają ograniczone obrzęki miąższu płucnego, wskutek tego białko surowicze przedostaje się do wydzieliny oskrzelowej.

W zapaleniu płuc dwoinkowym i w nieżycie oskrzeli po zapaleniu płuc [przypadki 20-y 21-y i 22-gi] ilość białka wynosiła 1,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub> do 2,4<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Według WOURMANN'ówny u pneumoników białko z płwociny znika 2-go 3-go dnia po przełomie, długotrwały odczyn białkowy każe oczekiwać nawrotu. Otóż mój przypadek 22-gi tej reguły bynajmniej nie potwierdza.

Bardzo wysoki stopień białka zawierała płwocina w gangrenie płuc, zarówno w sprawie samoistnej, jak i wkląjącej gruźlicę. Jest to zupełnie zrozumiałem ze względu na odczyn rozpadowo-zapalny tkanki płucnej. Dziwnem mi się wydaje, że ROGER i LÉVY — VALENSI nie wykryli białka w swoim jedynym zresztą przypadku. W krwawieniu z płuc w czasie peryodu, mającem cechy zastępcze, odczyn białkowy był bardzo wybitny [3,8<sup>0</sup>/<sub>100</sub>]. W dwu przypadkach nieżyków, towarzyszących przewlekłym sprawom stawowym, płwocina dawała odczyn białkowy. Ponieważ pewna kategoria prze-



wlekłych zapaleń stawów włączona została w ostatnich latach do szeregu spraw gruźliczych, być może, że i nieżyty oskrzelowe w obu tych wypadkach były natury gruźliczej, pomimo braku laseczników gruźliczych w płwocinie. W przypadku porażenia połowicznego odczyn białkowy płwociny zależy niewątpliwie od zaburzeń w krążeniu płucnym na tle zwyrodnienia mięśnia sercowego, tego samego pochodzenia jest białko w przypadku marskości wątroby i przewlekłego zapalenia nerek. Zupełnie niewytłomaczonym wydaje mi się odczyn białkowy płwociny w przypadku niedokrewności i nieżyty kiszek.

Zanim przejdę do omówienia wniosków ogólnych, wypływających z tych poszukiwań, pozwolę sobie streścić prace, które ukazały się w druku już po ukończeniu moich badań. Prace te różnią się od mojej tem, że autorzy poprzestawali na samym fakcie skonstatowania białka, nie określając go ilościowo. Pierwszymi chronologicznie są prace ROGER'a i jego uczniów LÉVY-VALENSI'ego oraz WOURMANN'ówny. Poszukiwania ich obejmują 204 przypadków w następującem ugrupowaniu.

Cierpienie	Ilość przypadków.	Dodatni odczyn na białko.
Gruźlica płuc I-go stopnia . . . . .	31	30
Gruźlica płuc II-go i III-go stopnia . . . . .	64	64
Gruźlica serowata ostra . . . . .	5	5
Gruźlica prosówkowa . . . . .	1	—
Zapalenie opłucnej z nieżytem oskrzeli . . . . .	6	5
Zapalenie płuc krupowe . . . . .	14	14
Zapalenie płuc zrazikowe . . . . .	1	1
Ostry obrzęk płuc . . . . .	1	1
Nieżyty oskrzelowe u nefrytyków . . . . .	11	8
Nieżyty oskrzelowe u sercowych . . . . .	7	4
Ostre samoistne nieżyty oskrzeli . . . . .	25	—
Rozedma i nieżyt przewlekły . . . . .	33	5
Syfilis płuc . . . . .	3	—
Gangrena płuc . . . . .	1	—
Rak płuc . . . . .	1	—

Z jednego ujemnego wyniku w gruźlicy płuc I-go stopnia ROGER i LÉVY-VALENSI wyprowadzają ten wniosek, że brak białka w płwocinie w przypadku gruźlicy początkowej dowodzi, iż sprawa chwilowo jest nieczynną. W przypadku tym po zastrzyknięciu tuberkuliny białko zjawilo się w płwocinie. Następnie autorzy stwierdzają brak odczynu białkowego w gruźlicy płuc prosówkowej. Brak odczynu w przypadku nieżyty oskrzeli, towarzyszącego sprawie opłucnowej ROGER i LÉVY-VALENSI tłumaczą tem, że zapalenie opłucnej było natury niegruźliczej. Dowodów w postaci badania cech samego płynu opłucnowego nie przytaczają. Inne spostrzeżenia mówią same za siebie, wykazując, że w szeregu najrozmaitszych spraw chorobnych płwocina może zawierać białko. Inni lekarze, jak ROULET, DIEUDONNÉ ograniczali się wyłącznie do spraw gruźliczych. Statystyka ROULET'a obejmuje 118 przy-



padków gruźlicy płuc w różnych okresach rozwojowych z dodatnim odczynem białkowym w 116 z nich. Dwa wyniki ujemne odnoszą się do chorych z gruźlicą pierwszego stopnia, nieczynną. Statystyka DIEUDONNÉ'go obejmuje 43 przypadki gruźlicy płuc z wynikiem dodatnim na białko we wszystkich przypadkach. DIEUDONNÉ podkreśla ten fakt, że o ile płwocina zawiera laseczniki gruźlicze niestale, odczyn białkowy bywa również przemijający.

Z przytoczonego wyżej wypływają wnioski następujące. Na mocy odczynu ROGER'a (*albuminoréaction*) wydzielinę dróg oddechowych można podzielić na dwie grupy: bezbiałkowe i białkowe. Wydzieliny bezbiałkowe dowodzą, że dana sprawa chorobna ogranicza się wyłącznie do cierpienia śluzówki oskrzelowej. Obecność białka stwierdza zmiany w samym mięśniu płuc. Z cierpień, wywołujących odczyn białkowy w płwocinie, na pierwszym miejscu postawić należy gruźlicę płuc, w której odczyn ten spotyka się prawie bez wyjątku [wyjątek stanowią zmiany gruźlicze w okresie gojenia się i ostro sprawa prosówkowa]. Na drugim miejscu postawić należy ostre zapalenia i rozpadowe sprawy, jak różne rodzaje zapalenia i gangreny płuc. Trzecie miejsce zajmują zmiany nieżytowe, rozwijające się na gruncie zaburzeń cyrkulacyjnych: nieżyty u chorych z cierpieniem serca, nerek, wątroby, z miażdżycą tętnic.

Ponieważ metoda ta została stworzoną na korzyść dyagnostyki gruźlicy, zastanowić się wypada, czy dodaje ona jaki nowy i cenny szczegół do obfitego zbioru już istniejących.

Wydaje mi się, że odczyn ten posiada wartość praktyczną głównie wtedy, gdy wypada ujemnie. Wynik dodatni posiada wartość już z licznymi zastrzeżeniami. Przedewszystkiem białko powinno być określane ilościowo. Następnie odczyn ten powinien posiadać określoną wysokość. Z moich badań wypływa, że zawartość białka w nieżytach nieswoistych nie dochodzi do 2,0‰. Otóż od tej granicy dopiero odczyn może być brany pod uwagę ze stanowiska dyagnostyki gruźlicy.

Wreszcie pozostaje jeszcze wykluczyć sprawy zapalne i rozpadowe mięśniu płucnego, co ze stanowiska klinicznego trudności znaczniejszych nie przedstawia, — wtedy dopiero na mocy odczynu białkowego można rozpoznać sprawę gruźliczą.

Kończąc, składam serdeczne podziękowanie Dr. KARWACKIEMU za łaskawe udzielanie mi wskazówek i kierownictwo w niniejszej pracy.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

117. F. Jayle i H. Dausset. Leczenie gorącym powietrzem pooperacyjne go zakaźnego ostrego zapalenia otrzewny.

Opierając się na osobistych spostrzeżeniach i odpowiedniej literaturze, autorzy uważają gorące powietrze jako wysmienity pomocniczy środek przy



leczeniu pooperacyjnego zakaźnego ostrego zapalenia otrzewny. Do takich kąpeli z gorącego powietrza służyć może zwyczajny, powszechnie znany przyrząd, zalecony przez FRANCISZKA GUYOT'a jeszcze 1840 r., któremu nieślusznie i zupełnie niepotrzebnie nadano współcześnie niemieckie miano BIER'a. W omawianym przyrządzie powietrze ogrzewa się przy pomocy zwyczajnej lampki spirytusowej i utrzymuje się przy ciepłocie 70 do 100-u stopni, którą kontroluje specjalnie umieszczony ciepłomierz. Seans nie powinien trwać dłużej nad 30-u minut. 2 — 3 seanse na dobę najzupełniej wystarczają. Podczas seansu cały brzuch oczywiście powinien być obnażony, a rana pokryta zwykłym kompresem.

Tego rodzaju zabiegi uśmierzają bole i znakomicie wpływają na polepszenie czynności kiszek i pęcherza, która w okresie pooperacyjnym tak wiele pozostawia do życzenia.

Autorzy przytaczają obserwowany przez siebie przypadek bardzo ciężkiego ropnego zapalenia otrzewny u 41-letniej kobiety, operowanej z powodu lewostronnej torbieli jajowodowo-jajnikowej, która zawierała  $\frac{3}{4}$  litra cuchnącej ropy, i prawostronnego ropnego zapalenia jajowodu i jajnika wielkości dużej pomarańczy, powikłanych rozlanem ropnym zapaleniem otrzewny w okolicy podpępkowej. W dniu operacji wieczorem ciepłota wynosiła 41°; tętno dochodziło do 150-u. Brzuch był silnie wzdęty; gazy nie odchodziły. Wszelkie usiłowania doprowadzenia czynności kiszek do stanu normalnego spełzły na niczem. Po trzydniowem stosowaniu kąpeli z gorącego powietrza kiszki i pęcherz zaczęły funkcjonować prawidłowo. Chora wyzdrowiała.

Zachęcając do niezaniechania tego środka, niewątpliwie skutecznego i tak jednocześnie prostego i łatwego do stosowania, autorzy jednak nie podzielają przesadnego zachwytu innych, nie widzą w nim panaceum na różne dolegliwości, a uważają go tylko za pomocniczy środek obok innych.

(*La Presse Médicale* Nr. 104, 29-go grudnia 1909 r.). K. Ostrzycki.

### 118. P. Moure i Desboni. Ostre zapalenie esicy z przedziurawieniem.

Przypadki ostrego zapalenia esicy z przedziurawieniem pochodzenia czysto zakaźnego są niezmiernie rzadkie. Przypadek M. i D. dotyczy 70-letniego starca, który nagle wieczorem w przeddzień przybycia do szpitala uczuł niezmiernie silny ból w dole brzucha poniżej pępka; ból trwał przez całą noc i przez cały następny dzień. Po przybyciu do szpitala stan chorego nie zmienił się: wymioty trwały po dawnemu; ból nie ustępował, a chory umiejscawiał go w dole brzucha, poniżej pępka, bez ściślej lokalizacji; ciepłota sięgała 39,6°; tętno 120-u; brzuch był wzdęty, twardy, bolesny zwłaszcza w okolicy nadłonowej; tępość wątroby zniesiona; stłumienie odgłosu opukowego po obu stronach brzucha; badanie przez odbytnicę dało wynik ujemny. Chorego poddano operacji, która wykazała obecność ropy w jamie brzucha. Esica była przedziurawiona: otwór wielkości 4-ch milimetrów znajdował się w ścianie, przeciwległej przyczepowi krezki, o brzegach regularnych, zaokrąglonych. Operowany po upływie 63-ch godzin umarł w skutek rozlanego ropnego zapalenia otrzewny. Badanie pośmiertne drobnowidzowe pozwoliło w zupełności wykluczyć raka, dur brzuszny, zarówno jak i cierpienia przewłokłe, które mogłyby doprowadzić do podobnego wyniku, jak to: gruźlicę, syfilis, czerwonkę, wrzód zwyczajny. Pozostawało przypuszczenie jedyne, że przyczyną przedziurawienia było jakieś swoiste ostre zapalenie pochodzenia zakaźnego.

Przy ściślej szym badaniu w odległości kilku centymetrów od miejsca przedziurawienia znaleziono uchyłek wielkości grochu. Autorzy sądzą, że przedziurawienie nastąpiło właśnie na miejscu podobnego uchyłku, znajdująca



cego się w stanie zapalnym z powodu zakażenia. Domniemanie swoje autorzy popierają całym szeregiem przypadków, podanych przez ROLLESTON'a, MERTENS'a, PAVIAT'a, PALEL'a, GEORGI'ego i WARNECKE,ego.

(*La Presse Médicale* Nr. 104, 29-go grudnia 1909 r.). K. Ostrzycki.

### 119. Daneel. Leczenie chirurgiczne wynicowania pęcherza.

Obok bardzo dokładnego omówienia literatury tego przedmiotu, autor przytacza obserwacje 10-u chorych, operowanych przez pewien okres czasu w klinice HEIDELBERSKIEJ. Trzej z tych chorych byli operowani metodą mieszaną, polegającą na wytworzeniu pęcherza o pewnej pojemności za pomocą odpreparowania (*dissectio*), a następnie na pokryciu tego nowowytworzonego pęcherza dwoma bocznymi płatami skórnymi, połączonymi w kształcie mostu nad narządem [zmieniony sposób GERDY]; wyniki były złe i chorzy po dawnemu cierpieli na niemożność zatrzymania moczu. Dwaj inni chorzy byli operowani zmienionym sposobem ROUX [autoplastyka skórna płatem na szypule, przykrytym dwoma drugimi, na niego nasuniętymi]; wyniki były bardzo złe: niemożliwość zatrzymania moczu, złogi w pęcherzu. Wreszcie pięciu chorych było operowanych sposobem MAYDL'a [wprawdzie dwaj z nich już przedtem byli operowani sposobem GERDY lub ROUX]; wszczępienie okolicy trójkąta [LIETAUD'a] wraz z otworami moczowodów do esicy — jeden z nich zmarł wskutek zapalenia miedniczek i nerek, reszta wyzdrowiała. Dotychczas [obserwacje nie przekraczają dwu lat] wynik jest bardzo zadawalający: chorzy oddają mocz *per anum* co 2 — 3-y godziny i niema żadnych objawów wstępującego zakażenia nerek. Autor wnioskuje, że jeśli nie dążymy do osiągnięcia trzymania moczu, to można użyć sposobu SEGOND'a lub SONNENBURG'a, zastosowując choremu stały zbiornik dla moczu. Jeżeli, przeciwnie, chcemy osiągnąć możność zatrzymywania moczu, to obecnie najlepszym jest sposób TUFFICZ-MAYDL'a.

(*Beitr. z. klin. Chir. T. 65, z. 2, 1909*).

W. Dobrow.

### 120. Piollet. O wyjąławianiu skóry zapomocą nalewki jodowej.

Metoda dezynfekcyjna GROSSICHA z Finne [1908 r.] polega na jednorazowym lub dwukrotnym zwilżeniu skóry nalewką jodową bez żadnego uprzedniego jej obmycia. Metoda ta, dzięki swej prostocie i celowości znalazła prędko zwolenników, tak iż na ostatnim kongresie chirurgów w Paryżu obaj sprawozdawcy [GIRARD i TUFFIER] przyznali nalewce jodowej miejsce pierwszorzędne wśród środków odkażających skórę. I w samej rzeczy, doświadczenia WALTHER'a i TOURAINE'a ustaliły zupełnie to dobre mniemanie praktyków o wartości tego środka odkażającego.

Doświadczenia te stwierdziły mianowicie, że:

- 1) Skóra, nawet zakażona, ulega zupełnemu wyjąłowieniu przez zastosowanie jednorazowe nawet nalewki jodowej, bez żadnego uprzedniego jej obmycia.
- 2) Wyjąłowienie nie następuje od razu, lecz dopiero po 6-u — 7-u minutach staje się zupełnem.
- 3) Wyjąłowienie jest całkowite, to znaczy, że nie tylko na powierzchni, lecz i w całej swej grubości skóra ulega odkażeniu, albowiem jod przenika przez cały naskórek do przestrzeni limfatycznych, do gruczołów i mieszków włosowych.
- 4) Wyjąłowienie jest trwałe, wystarczające na półtorej godziny.
- 5) Jeżeli skóra była bezpośrednio przed tem zwilżona [mycie szczo-



kowanie i t. d.], to jod prawie wcale wgląb nie przenika, nawet po wysuszeniu skóry zapomocą alkoholu i eteru.

6) Obmycie jednak uprzednie alkoholem lub eterem nie szkodzi działaniu jodu.

Zalety tej metody są znacznie liczniejsze, niż jej wady. Nalewka jodowa działa w pewnym stopniu przyżegająco, zwłaszcza na błonach śluzowych delikatnych, jak przewód słuchowy, oko, narządy płciowe zewnętrzne. To jest jedyna jej wada. Zato zalety metody są pierwszorzędne, a do nich przede wszystkim zaliczyć potrzeba jej jasne działanie wyjaławiające, dzięki temu, że jodyna ma własność przenikania całej warstwy skóry, następnie jest w zastosowaniu prosta i w porównaniu z metodami FUEBRINGER'a i AHLFELD'a mniej uciążliwa i mniej bolesna.

Wskazania więc dla metody GROSSICH'a są bardzo liczne, gdyż niema przypadku, w którym nie możnaby zastosować jodyny do zdezynfekowania pola operacyjnego, zwłaszcza zaś nadają się do tego przypadki, wymagające nagłego operowania. Tutaj łatwy i prędki sposób dezynfekcyi pola operacyjnego rozstrzygać może nieraz o życiu chorego [rany serca, rany wielkich naczyń, tracheotomia i t. p.]. Nieraz z powodu braku wody sterylizowanej niemożna zaraz przystąpić do dezynfekcyi skóry według dotychczasowych metod [mycie i mydlenie, szczotkowanie i t. d.], a co zatem idzie — i do operacyi; gdy tymczasem zpomocą nalewki jodowej można nie zwlekając, natychmiast wykonać skuteczną dezynfekcyę pola operacyjnego, i to bez przyczyniania rannemu znaczniejszym bólów, czego o dawniejszych metodach dezynfekowania powiedzieć nie można. *Technika metody.* Do dezynfekcyi skóry nadaje się nalewka jodowa oficynalna [1 : 10], świeżo przygotowana [stara zawiera jodowodór przyżegający], w naczyniu szczelnie zamkniętem, najlepiej rozcieńczona w alkoholu [1 : 4], albo w mieszaninie 70-u części nalewki na 15 eteru i 15 chloroformu. Prócz tego należy mieć w pogotowiu alkohol 90°, aby zwilżyć skórę, pociągniętą nalewką jodową, celem usuwania nadmiaru jodu. Tamponem z waty, umoczoną w nalewce jodowej, ujętą w szczypczyki, pociąga się całą powierzchnię pola operacyjnego. Po 10-u—15-u minutach następuje zupełne jego wyjałowienie. Według niektórych zbyt jest nawet golenie uprzednie pola operacyjnego, tak samo jak zbyt, a nawet szkodliwym jest bezpośrednie obmycie i szczotkowanie skóry przed zastosowaniem nalewki jodowej, wilgoć bowiem przeszkadza głębokiemu przenikaniu jodu. Myć i szczotkować pole operacyjne można w wigilię operacyi.

W przypadkach, w których niema nagłości operowania, można pole operacyjne ogolić na sucho, następnie wymyć dokładnie alkoholem i eterem i wreszcie tuż potem zaciągnąć nawet dwukrotnie nalewką jodową.

(*La Semaine gynéc. Nr. 12.*)

M. Z.

---

## Przegląd bibliograficzny.

---

Neurologia polska. Dwumiesięcznik poświęcony neuropatologii, psychiatrii i psychologii eksperymentalnej, wydawany przy współudziale dra J. BABIŃSKIEGO [Paryż], dra T. CIEPAŃSKIEGO [Poznań], prof. H. HALBANA [Lwów], prof. W. HEINRICHA [Kraków], prof. J. PILTZA [Kraków], prof.



K. TWARDOWSKIEGO [Lwów]. Redaktor i wydawca dr LUDWIK DYDYŃSKI. Zeszyt 1 [Lipiec i Sierpień], str. 128. Prenumerata roczna rub. 6.

Potężny rozrost neurologii, jako osobnej gałęzi wiedzy lekarskiej, znalazł wyraz i w naszym piśmiennictwie, zwłaszcza też w Warszawie, dzięki dobrze zorganizowanemu kółku pracowników, którzy pod wodzą FLATAUA na posiedzeniach Tow. Lek. zaznajamiają ogół lekarzy ze zdobyczami wiedzy neurologicznej przez cały szereg ciekawych demonstracji chorych, preparatów anatomicznych i referatów. Zjazd neurologów polskich, który się odbył w r. z. w Warszawie, dowiódł niezbicie, iż ta latorośl medycyny, zaszczeplona na naszym gruncie przez nestorów naszej neurologii GAJKIEWICZA i GOLD-FLAMA, rozrosła się szczęśliwie w potężne drzewo, które dla prawidłowego wzrostu potrzebuje osobnej sekcji w Towarzystwie Lekarskim, osobnego organu dla pomieszczenia swych prac. Rzeczywiście dość jest przejrzeć roczniki naszych pism tygodniowych, a nawet kwartalników, aby się przekonać, ile miejsca zajmują tam prace neurologiczne, jak długo muszą nieraz czekać na wydrukowanie z powodu braku miejsca. Dlatego też, o ile nie jesteśmy zwolennikami tworzenia nowych organów dla specjalności, które nie dosięgły u nas wybitnego rozwoju, a zdecydowanymi przeciwnikami rozdrabniania ogólnej prasy lekarskiej, o tyle witamy z radością powstanie nowego pisma, które się zjawia, jako wyraz naturalnej potrzeby, usprawiedliwionej jakością i ilością prac, doбором pracowników, istnieniem choćby niewielu odpowiednich warsztatów pracy. Neurologia stanowi zresztą tak integralną część medycyny wewnętrznej, że bez jej pogłębienia trudno jest sobie wyobrazić obecnie dobrego internistę i lekarza praktycznego.

Pierwszy zeszyt nowego wydawnictwa zawiera następujące prace:

Prof. J. BABIŃSKI z Paryża w pracy p. t. „O zmniejszaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego zapomocą kraniektomii“ zachęca do niezaniechania tego zabiegu, który nie tylko przynosi ulgę, usuwając bole, ale może ocalić nieraz wzrok chorego, zanim odpowiednia operacja radykalna lub też leczenie swoiste usuną chorobę. P. JELEŃSKA-MACIEŚZYNA opisuje przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego oka po znieczuleniu lędźwiowym tropokocainą, spostrzegany w ambulatoryum prof. PILTZA w Krakowie. Jest to ciekawy przyczynek do ubocznego szkodliwego działania niektórych nowych przetworów farmakologicznych. R. RADZIWIŁŁOWICZ w krótkiej rozprawce „O przyrodzie omamu zmysłowego“ zapomocą analizy psychologicznej dochodzi do wniosku, że omam zmysłowy jest pewną postacią postrzegania, a nie wzmoczeniem w swem natężeniu wyobrażeniem, jak to przyjęto mniemać powszechnie. Prof. BABIŃSKI i J. JARKOWSKI opisują trzy przypadki, które dowodzą „możności określania wysokości uszkodzenia w porażeniach poprzecznych rdzeniowych na podstawie pewnych zaburzeń odruchowych“. Fakty te, zdobyte drogą eksperymentalną na zwierzętach, zostały przez autorów potwierdzone i zastosowane do patologii ludzkiej. M. BORNSTEIN i WŁ. STERLING podają rzecz „O kostniakach kręgosłupa powodujących ucisk rdzenia“ na podstawie spostrzeżeń z oddziału E. FLATAUA [3 rysunki].

Bardzo obszerny dział streszczeń obejmuje systematyczny przegląd wszystkich wybitniejszych pism specjalnych w różnych językach.

Lwią część zeszytu zajmuje sprawozdanie z posiedzeń sekcji neurologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Z towarzystw zagranicznych na razie uwzględniono towarzystwa niemieckie. Posiedzeń innych towarzystw polskich również nie uwzględniono.

W końcu zeszytu znajdujemy miłą wiadomość, iż zaprojektowana na pierwszym zjeździe neurologów polskich pracownia psychologiczna posiada już fundusz, wystarczający na jej założenie i prowadzenie w przeciągu lat trzech,



a to dzięki przedewszystkiem ofiarności panny JÓZEFY TUHANOWSKIEJ obywatelki z Litwy, która na ten cel ofiarowała 10 tysięcy rubli.

Komitet redakcyjny nowego pisma tworzą: M. BORNSTEIN, L. BREGMAN, WŁ. DAWID, E. FLATAU, WŁ. GAJKIEWICZ, ST. KOPCZYŃSKI, W. MĘCZKOWSKI, ST. ORŁOWSKI, J. SEGAL, W. STERLING i W. WIZEL.

A. Puławski.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie ginekologiczne dnia 28-go stycznia 1910 r.

1. J. CZARKOWSKI przedstawił 35-o letnią chorą po dokonanej operacji wraz z usuniętym u niej guzem — *cystadenoma invertens colloideum*. Przed 1½ rokiem była przez kogo innego dokonana *laparotomia* próbna i przypadek uznano za nieoperacyjny, odtąd zbierał się stale w obfitości płyn w jamie otrzewnej i chora coraz więcej odczuwała upadek sił. Torbiele takie są rzadkie i należą do tworów złośliwych przez zaszczerpienie się na narządach sąsiednich i przeistaczanie się z biegiem czasu w rzeczywistego raka. Na podstawie operowanego przez siebie przed 13-u laty podobnego guza i obecnego przypadku Cz. zachęca do doszczętnego zabiegu, jeżeli jeszcze nie ma przerzutów. W dyskusyi LORENTOWICZ zaznacza, że w *cystadenoma invertens* komórki przerzutów nie przenikają włąb tkanek i wkrótce obumierają, jeżeli więc guz nie nleży zwyrodnieniu złośliwemu, doszczętne usunięcie guza wystarczy, aby znikły jednocześnie wszystkie przerzuty.

2. STEFAN JANCZEWSKI przytacza 2 przypadki operowane przez siebie,

a) 22-u letnia *virgo* z objawami guza jajnika ze skręconą szypułą, operacja wykazała włókniak sieci z kilkanaście razy skręconą szypułą, której długość wynosiła około 40-u cm.

b). Przypadek raka części pochwowej u 31-letniej wieloródki w 5-m miesiącu ciąży. Po podwiązaniu więzadeł od strony brzucha i po zaszcyciu ściany brzusznej operację dokończono od strony pochwy, przyczem macica wraz z zawartością swoją i przydatkami dała się wyciągnąć nazewnątrz bez uszkodzenia.

3. LORENTOWICZ przedstawił preparat włókniaka trzonu macicy 45-letniej wieloródki, usunięty cięciem nadpochwowem, przydatki bez śladów jakiegokolwiek zapalnej.

4. LORENTOWICZ przytacza przypadek ciąży trąbkowej lewej z pęknięciem tejże i krwistkiem zamacicznym, operowany z zejściem pomyślnem. Ciąża w tym przypadku powstała niewątpliwie na tle uprzednio przebytego zapalenia macicy i jajowodów.

5. Cz. STANKIEWICZ przedstawia szereg materiałów opatrunkowych i przyrządów dla praktyki ginekologicznej.

6. NEUGEBAUER przedstawił a) *monstrum duplex thoracopagos*, posiada on wspólną pępowinę, połączenie płodów [dziewczyzna] sięga od pępka do *manubrium sterni*, każda z dziewczynek ma wargę zajęczą b) fotografie i rysunki spostrzeganych lub operowanych przez siebie przypadków.

### Posiedzenie dnia 25-go lutego 1910 r.

1. GRZANKOWSKI przedstawił chorą z guzem na wardze sromowej dużej wielkości główki noworodka — przypuszczalnie włókniakiem.



2. KURTZ przedstawił chorą 35-letnią pannę z guzem gruczołu piersiowego i powiększonymi gruczołami limfatycznymi pod pachą i obojczykiem (*carcinoma* lub *sarcoma mammae*).

3. JAWORSKI przedstawił przypadek raka pierwotnego pochwy 26-letniej kobiety, która przed  $\frac{1}{2}$  rokiem miała założony krążek i nosiła go 3-y miesiące; guz kalafiorowaty w lewym sklepieniu, wydzielina biało różowa, bezwonna.

4. NEUGEBAUER demonstrował chorą lat 69-iu o typowej *kraurosis vulvae pruriginosa*.

5. BORSUK przedstawił preparat wyciętej macicy z przydatkami z powodu *haematometra et haematosalpinx duplex* u chorej 20-letniej z *atresia vaginae completa*. Przy usuwaniu macicy lewy moczowód został przecięty, — B. wszczepił górny odcinek moczowodu w dolny i założył worek MIKULICZA. W dyskusji NEUGEBAUER porusza kwestyę przyczyny zarośnięcia pochwy, macicy i t. d., skłania się do zdania NAGEL'a i VEIT'a, że zarośnięcia te są nabyte po sprawach zakaźnych i stawia zarzut operatorowi z powodu usunięcia jajników.

6. NEUGEBAUER wygłosił odczyt w sprawie zatrzymania łożyska. Przypadek z zejściem śmiertelnym z kazuistyki obcej. Dochodzenie sądowe. Znaczący sądowy prof. THORN jest zdania, że, jeżeli łożysko nie wyszło po upływie 2-u godzin po porodzie, to nawet przy braku groźnych objawów krwotoku, gorączki i t. d. lekarz powinien starać się w uspieniu wydobyć łożysko sposobem CRÉDÉ'go; jeżeli rękoczyn ten nie dopisze, powinien dokonać wyjęcia ręcznego; w razie niemożności wykonania i tego zabiegu, chorą należy skierować do kliniki dla dokonania *hysterotomia anterioris*. W dyskusji HUZARSKI podaje przypadek, w którym po 6-o tygodniowym zatrzymaniu łożyska wyjął je w zupełnie świeżym stanie; zabierali głos: THIEME, CYKOWSKI i JAWORSKI.

#### Posiedzenie dnia 23-go marca 1910 r.

1. CZ. STANKIEWICZ demonstrował przypadek włókniaków macicy, powikłanych ciążą.

2. JÓZEF JAKOWSKI przedstawił wielokomorową torbiel jajnika, powikłaną włókniakiem, pochodzącym z resztek mięszu jajnika.

3. SZYBOWSKI odczytał referat: Zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży. Główną rolę w powstawaniu tego cierpienia odgrywa ucisk, wywierany przez macię ciężarną na moczowód, dzięki czemu powstają warunki, sprzyjające rozwojowi drobnoustrojów. Przerwanie ciąży w celu leczniczym w ostatnich czasach znalazło wielu przeciwników. Starania winny być zwrócone w kierunku usunięcia ucisku na moczowód oraz ułatwienia odpływu zastoinowego moczu. Pomimo wyleczenia mocz przez czas dłuższy zawierać może laseczniki. W razie zejścia zapalenia miedniczki nerkowej w ropienie pozostaje jedynie zabieg operacyjny.

W dyskusji zabierali głos: LEYZEROWICZ, GĄBSZEWICZ, MONSIORSKI, GRZANKOWSKI, CZ. STANKIEWICZ.

#### Posiedzenie dnia 25-go kwietnia 1910 r.

1. BORSUK przedstawił chorą, o której referował na posiedzeniu 25-go lutego r. b. Na 12-y dzień po operacji przez ranę brzuszną zaczął wyciekać mocz. Po upływie 2-u tygodni przetoka brzuszna zagoiła się zupełnie.

2. JÓZEF JAWORSKI przedstawił kobietę 36-letnią, ciężarną po raz szósty, z dużą przepukliną brzuszną, zawierającą ciężarną macię w 5-m miesiącu.

3. BACCIARELLI przedstawił a) *myoma uteri cervicale submucosum* wielkości małej główki noworodka, wyluszczonej przez pochwę, b) kobietę 31-letnią, normalnie rozwiniętą, z wąską pochwą długości 4-ch ctm., bez maci-



cy i przydatków. *Coitus* bywał. c) wreszcie karlicę 23-letnią po cięciu cesarskiem; wzrost 103 ctm., w 6-m roku zjawily się pierwsze zęby, w 16-m roku zaczęła chodzić na przednich częściach stóp. W części lędźwiowej kręgosłupa *lordosis et scoliosis dextra*, sprzężna przekątna 6 ctm., odległość boków biodrowych 22 ctm., odległości grzebieni 19 ctm. Dziecko żywe, rozwinięte normalnie.

4. Z. ENDELMAN przedstawił preparat pękniętego jajowodu ciężarnego, w otworze o średnicy  $1\frac{1}{2}$  ctm. jak i w ujściu brzuszkiem znajduje się jajo płodowe w stanie zażniadu krwawego, w jamie brzusznej nie było ani kropli krwi. W dostępnej literaturze E. nie znalazł podobnego przypadku.

5. WŁ. JANCZEWSKI przedstawił preparat macicy wynicowanej z wypadnięciem podczas porodu oraz następnie uległej zgorzeli.

6. LORENTOWICZ przedstawił macicę, wyciętą nadpochwowo z powodu *sacto salpinx bilateralis*.

7. NEUGEBAUER przedstawił włókniak maciczny podsurowiczy wydobyty u chorej 40-letniej; zabiegowi towarzyszyło obfite krwawienie, zmuszające do amputowania macicy.

8. LEYZEROWICZ odczytał rzecz: o powstawaniu zgorzeli w okresie poporodowym.  
Wł. Staniszewski.

## Wiadomości bieżące.

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie [6-go, 7-go i 8-go października 1910 roku].

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

65. Prof. ROSNER [Kraków]. O wyluszczeniu włókniaków wśród doszczętej myomotomii.
66. Tenże. Dwa przypadki ciąży brzusznej.
67. BRONIAŁOWSKI [Kraków]. Appendicitis gangraenosa wśród porodu.
68. NOWOTNY [Kraków]. Aneurysma venosum parametrii.
69. RADWAŃSKA [Kraków]. O mięśniakach więzów obłych macicy.
70. SCHLANK [Kraków]. O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży.
71. MARCINKOWSKI [Piotrków]. Dwa przypadki uwięźnięcia wstecznego jelita cienkich.
72. Tenże. Przyczynę do wycięcia odźwiernika żołądka z powodu raka.
73. PERLIS (Łódź). O tak zwanem ostrym rozszerzeniu pooperacyjnym żołądka.
74. Tenże. Przypadek guza zapalnego flexurae lienalis coli.
75. TUCHENDLER [Warszawa]. O rozpoznawaniu spraw chorobnych przełyku zapomocą wziernika (oesophagoscopia).
76. Tenże. Rectoromanoscopia i jej zastosowanie kliniczne.
77. LEYZEROWICZ [Warszawa]. Zgorzel samoistna zatok kulszowo-odbytniczych.

— W Uniwersytecie Lwowskim odbył się wykład habilitacyjny z anatomii patologicznej dra JÓZEFA HORNOWSKIEGO.

— W Uniwersytecie Krakowskim habilitował się z farmakologii dr TADEUSZ KOŹNIEWSKI.



— Dr ALFRED SOKOŁOWSKI ofiarował dla domu zdrowia uczącej się młodzieży „Bratnia pomoc“ w Zakopanem tysiącokoronowy udział Sanatorium dla piersiowych chorych w Zakopanem.

— W Częstochowie w d. 31-ym b. m. o godz. 2-iej popołudniu w Muzeum Hygienicznym w Parku Jasnogórskim będzie otwarta wystawa przeciwgruźlicza, urządzo-  
na staraniem Częst. Oddziału Tow. Hygienicznego.

— „Koło Medyków“ Wszechnicy Lwowskiej ogłasza konkurs na pracę oryginalną z zakresu nauk lekarskich. Warunki konkursowe: 1) Udział w konkursie brać mogą wszyscy studenci medycyny, polacy, studujący w uniwersytetach galicyjskich i zagranicznych. 2) Temat dowolny, wchodzący w zakres nauk lekarskich. 3) Termin 1-go maja 1911 r. 4) Nagroda za najlepszą pracę 100 koron. 5) Praca nagrodzona staje się własnością „Koła Medyków“. 6) Prace nadsyłać należy do redakcyi „Tygodnika Lekarskiego“ [Lwów—Piekarska 52]. W skład sądu wchodzi: prof. S. BĄDZYŃSKI, prof. A. MARS i doc. W. NOWICKI.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 19-go do 25-go czerwca r. b. do szpitali warszawskich przybyło chorych 107, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 13, odrą 6, płonicą 5, błonicą 1, różą 12, tyfusem płamistym 9, tyfusem brzuszny 8, grypą 5, zapaleniem płuc 4, kokluszem 2 i biegunką krwawą 4.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 19 osób, mianowicie: na ospę 5, odrę 2, płonicę 1, błonicę 1, tyfus brzuszny 3, tyfus płamisty 1 i na zapalenie płuc 6. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 39 osób, mianowicie: na ospę zmarło 6 osób, na odrę 6, płonicę 10, błonicę 2, różę 3, tyfus brzuszny 6, tyfus płamisty 3, koklusz 2 i na biegunkę krwawą 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 19-ym czerwca 2978.

— Czynności Komisji oceniającej, czy żydzi, przyjeżdżający na Kaukaz do wód, potrzebują rzeczywiście kuracyi, wywołują, jak to zresztą można było przewidzieć, różne nieporozumienia. Do składu Komisji oprócz lekarzy należą i przedstawiciele władz administracyjnych, w obec których odbywa się badanie chorych, zarówno mężczyzn jak i kobiet. Orzeczenia komisji nie podlegają apelacyi i komisya ta uważa się za uprawnioną, na zasadzie badania powierzchnowego, do zmiany i rozpoznania i wskazań lekarskich, postawionych przez lekarzy domowych. Towarzystwo Lekarzy w Żeleznowodzku postanowiło zwrócić się do prezesa Tow. balneologicznego z zapytaniem, w jaki sposób można walczyć z takim postępowaniem komisji. Na skutek tego miejscowa władza administracyjna ogłosiła następujące ostrzeżenie: „Podaje się do wiadomości lekarzy, że czynności komisji, działającej pod przewodnictwem młodszego mego pomocnika esaula WENEROWSKAGO, celem badania żydów, przybywających do wód kaukaskich, nie podlegają kontroli żadnych organizacyi społecznych, i że świadectwa, składane przez żydów nie mają żadnego znaczenia, ponieważ na zasadzie Najwyższego rozkazu z d. 12-go maja r. b. komisya sama winna orzec, czy żyd potrzebuje leczenia wodami mineralnemi“. W dalszym ciągu ostrzeżenie grozi, że działanie Towarzystwa lekarzy żeleznowodzkich będzie uważane za występki, przewidziany jako szerszenie fałszywych wiadomości o działalności władz rządowych, i pociągnie za sobą odpowiednią karę.

(Wrac. Gaz. Nr. 26, r. 1910).

---

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



# TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

W  
postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.  
Wyborne

## Analepticum i Tonicum

zwiększa  
napięcie mięśni i systemu nerwowego  
działa jako

Środek odżywczy.

Wskazania:

Migrena, newralgie, neurastenia, stany nerwowe,  
osłabienie serca.

### Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

**KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem**

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.  
Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.

# BOROVERTIN

niedrażniący, szybko działający  
środek odkażający mocz i pęcherz  
ponownie polecany w  
**tyfusie i rzeżączce**

Rurki po 20 kołaczyków à 0,5 g. borovertiny.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie

**ACTIEN - GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION.**  
PHARMACEUT. ABTEILUNG. BERLIN S. O. 36.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne  
pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué



# „NEUROLOGJA POLSKA”

DWUMIESIĘCZNIK

poświęcony neuropatologii, psychiatrii i psychologii eksperymentalnej

wychodzi w Warszawie pod redakcją  
D-ra L. DYDYŃSKIEGO.

Oplata roczna w Warszawie 6 rb., z przesyłką  
pocztową 7 rb.

Adres Administracji: ul. Nowowiejska 28.

Wyszły z druku i są do nabycia w Administracji Gazety i w księgarniach

## Odczyty Kliniczne Ser. XVIII.

№ 205. 206. 207.  
Cena kop. 90.

### Zasady żywienia dzieci

napisał D-r St. Kamiński

№ 208.209.  
Cena kop. 60

### O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacji w kamiey nerkowej niepowikłanej.

napisał D-r J. Skłodowski

№ 210.  
Cena kop. 30.

### Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płuenej.

napisał D-r A. Sokołowski.

Skład w główny Księgarni E. Wendego i S-ki (T. Hiż i A. Turkuł).

Wyszedł z druku i jest do nabycia w Administra-  
cji Gazety i w Księgarniach

Odczyt Kliniczny Ser. VII. № 203. 204.

## O niedokrwistości podczas ciąży przez Fr. Caruso.

Cena kop. 60.

Skład główny w Księgarni E. Wendego i S-ki (T. Hiż i A. Turkuł)  
w Warszawie.