

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH PROF. A. GLUZIŃSKIEGO WE LWOWIE.

HEMOGLOBINURYA a HEMOLIZA.

Podał

Dr Wincenty Czernecki,

asystent oddziału.

Z przypadków okazywania się barwika krwi w moczu, czyli t. zw. hemoglobinuryi, mogącej powstać z rozmaitych przyczyn [jak przez transfuzję krwi, przez rozmaite trucizny, oparzenia, wsysania się dużych wylewów krwawych z jamy brzusznej, u zwierząt przez pasorzyty (*Piroplasma bigeminum* t. zw. „*Piroplasmosis*“), zasługuje na uwagę postać występująca napadowo, zwana „*haemoglobinuria paroxysmalis*“. Patogeneza jej mimo wielu prac i spostrzeżeń jest do dziś dnia niejasna, zwłaszcza niejasne są dla nas przyczyny ostateczne i sposób powstawania napadów. Najczęściej powód napadów upatrujemy w zadziałaniu zimna, stąd nazwa „*a frigore*“.

Że nie jest ono jednak momentem jedynym, dowodzą zebrane przez THOMPSON'a ¹⁾ przypadki hemoglobinuryi, występujące po zmęczeniu fizycznym, po wstrząsach psychicznych lub urazach.

Że zimno gra niepoślednią rolę w wielu przypadkach hemoglobinuryi napadowej, nie ulega wątpliwości, ale i w tych przypadkach niejasnym jest jednak, w jaki sposób mamy sobie działanie owo przedstawić. Znane doświadczenie EHRLICH'a, który przez zanurzenie podwiązanego palca chorego na hemoglobinurę w zimnej wodzie wywoływał we krwi tego palca hemoglobinemię, podaje w wątpliwość CHVOSTEK, twierdząc, że samo podwiązanie

¹⁾ THOMPSON. „Paroxysmal Haematuria“. Americ. med. News; referat w Jahresberichte ueber die ges. Medicin. 1903.

i powstałe stąd miejscowe zaburzenie w krążeniu wystarcza do wywołania w podwiązanej części hemoglobinemii.

Z doświadczeń BURKHARD'a ¹⁾ wynika znów, że ważnem tu jest zadzia-
łanie zimna przy równoczesnem zaburzeniu w krążeniu, że, gdy w podwiza-
nej kończynie zniesiemy działanie zimna przez odpowiednie ogrzanie koń-
czyny, hemoglobinemia nie wystąpi. Dla lepszego pojęcia ostatecznej przy-
czyny napadu posłużyć mógłby może, spostrzegany w przypadkach hemoglo-
binuryi fakt, że u chorych tych spotyka się nieraz ważne zmiany naczynio-
ruchowe w postaci rumienia, pokrzywki i t. d. i że te zaburzenia naczynio-
ruchowe mogą dochodzić do tego stopnia, że zauważono nawet występowanie
częściowej zgorzeli skóry, tak, że niektórzy autorowie podnosili pokrewień-
stwo tego schorzenia z chorobą RAYNAUD'a. Zmiany te naczynioruchowe
mają sprawiać, że u chorych na hemoglobinurę napadową zadziaływanie zimna
może być skuteczniejsze.

Dla rozjaśnienia sposobów powstawania napadów hemoglobinuryi przed-
sięwzięli DONATH i LANDSTEINER ²⁾ szereg doświadczeń z myślą naśladowania
„*in vitro*“ warunków istniejących u chorych na hemoglobinurę napadową.
W tym celu krew, wziętą z chorych na hemoglobinurę napadową, oziębiali
w wodzie lodowej, a następnie ogrzewali w termostacie, jako zaś wynik tego
otrzymywali rozpuszczanie się ciałek czerwonych, gdy zawiesziny tylko ciałek
czerwonych tychże chorych w roztworze fizyologicznym soli kuchennej,
w ten sam sposób taktowane, nie okazywały ani śladu rozpuszczenia.

Doświadczenia te miały wykazać, że czynną rolę w rozpuszczaniu ciałek
czerwonych należy przypisać surowicy krwi, a nie ciałkom czerwonym,
że surowica krwi chorych na hemoglobinurę napadową ma mieć zatem wła-
sności hemolityczne wskutek zawartej w niej homolizyny.

Hemolizę tę stwierdzili oni we wszystkich przez siebie spostrzeganych
przypadkach hemoglobinuryi napadowej, jeżeli krew chorych lub surowicę
ich z dodatkiem jakichkolwiek bądź ciałek czerwonych, naprzód oziębiali
w wodzie lodowej, a następnie ogrzewali w termostacie przy ciepłocie 37°C;
hemoliza nie występowała zaś, jeżeli tę mieszaninę tak samo długo przecho-
wywali w niskiej czy też wysokiej, ale stałej ciepłocie. Wnioskowali stąd,
że hemolizyna przez oziębienie łączy się z ciałkami czerwonymi, a rozwija
swą działalność dopiero przy następowem ogrzaniu. Próby kontroli z surowi-
cami ludzi zdrowych lub chorych na inne zbroczenia miały w tych samych
warunkach nie okazywać ani śladu hemolizy.

Twierdzą oni dalej, że ciałka czerwone krwi chorych na hemoglobinurę
napadową nie różnią się zasadniczo od ciałek czerwonych tak ludzi zdrowych,
jak i innemi cierpieniami dotkniętych.

Ważnem też było spostrzeżenie DONATH'a ³⁾, że surowica w czasie wol-

¹⁾ Archlv. f. Kinderheilkunde, t. 57.

²⁾ Ueber paroxysmale Hämoglobinurie. Zeitschr. f. klin. Med. 1905, t. 58, z. 1—2.

³⁾ Beiträge zur Lehre von der paroxysmalen Hämoglobinurie. Zeitschrift f. klin. Med. 1904, t. 52, z. 1—2.

nym od napadów w przypadkach autorów miała nie zawierać ani śladu nawet barwika krwi.

Wobec ważności wyników, podanych przez DONATH'a i LANDSTEINER'a, a mając w obserwacji 3 przypadki hemoglobinuryi napadowej, zabrałem się do doświadczeń, badając:

1) zachowanie się surowic tych w kierunku ich własności hemolitycznych dla ciałek czerwonych tychże chorych, jak i ciałek czerwonych ludzi zdrowych lub dotkniętych innym schorzeniem,

2) zachowanie się ciałek czerwonych tychże chorych wobec surowic, otrzymanych od ludzi zdrowych lub innym cierpieniem dotkniętych.

Technika mego postępowania była następująca: z opuszki palca po nakłuciu zbierałem wyciekającą kroplami krew do wyjąłowanej rurki od wirownicy [centryfugi], a po skrzepnięciu krwi i oddzieleniu skrzepu drucikiem platynowym i odcentryfugowaniu, zlewałem otrzymaną surowicę do drugiej rurki, również wyjąłowanej i w razie potrzeby jeszcze raz centryfugowałem dla oddzielenia ewentualnej domieszki ciałek czerwonych. Obok tego sporządzałem 5%-ową zawiesinę ciałek czerwonych w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, biorąc krew jużto z chorych na hemoglobinurę napadową, jużto zdrowych ludzi lub dotkniętych innymi schorzeniami. Następnie surowicę, otrzymaną w wyżej podany sposób, mieszałem z ową zawiesiną ciałek czerwonych w stosunku 1:1—5:1 i mieszaniny te trzymałem jużto w stałej niższej, lub w stałej wyższej ciepłocie, już też po oziębieniu ich w wodzie lodowej [około + 1°C] lub po pozostawieniu ich przez 30 minut w ciepłocie pokojowej, wstawiałem na 3 godziny do cieplarki [termostatu] o ciepłocie 37°C. Dla oceny skutku tych procedur w kierunku hemolizy, badałem stopień zabarwienia surowic, porównywając to zabarwienie z pierwotnym [kontrolowem], często badając te surowice spektroskopowo na zawartość hemoglobiny, a nadto szukając pod mikroskopem w osadzie z tych naczynek wyługowanych ciałek czerwonych („cieni“).

Wynik moich badań był następujący:

Przypadek I. H. Ł., lat 29. W 18-ym roku życia blednica, po zamążpójściu w 22-gim roku życia 4 poronienia—przed 2 ma laty żółtaczką, w ostatnim roku objawy niedokrwistości. Badanie: Ciałek czerwonych 1,855,090 w 1 mm. sz., białych 5000, hemoglobiny aparatem FLEISCHL'a 30, wody we krwi 87.8%. Na skórze karku leukoderma.

25. VI. 1905 napad hemoglobinuryi bez widocznych powodów, bez dreszczów, gorączki i t. d., na spojówkach ślad żółtaczką, w moczu białko, wałeczki, próba HELLER'a na barwiku krwi dodatnia. Żółtaczką trwała wraz z hemoglobinurą około 14-u dni, białkomocz utrzymywał się jeszcze około dwu tygodni. Po opuszczeniu przez Ł. kliniki jeszcze jeden bardzo lekki napad hemoglobinuryi.

Rozpoznanie: *Haemoglobinuria paroxysmalis subs. anaemia gravi—in individuo luetico*. Surowica tego przypadku zachowywała się jak następuje:

1) Przy trzymaniu surowicy z zawiesiną ciałek czerwonych w wodzie lodowej przez 30 minut do 1 godziny, a następnie w cieplarni o 37°C przez

3 godziny, otrzymałem w 4-ch doświadczeniach wynik dodatni [t. j. hemolizę], a 5 razy ujemny.

2) Przy trzymaniu surowicy chorej z zawiesiną ciałek czerwonych w ciepłocie pokojowej [15°C], a następnie w cieplarce o 37°C przez 3 godziny, otrzymałem 3 razy wynik dodatni, a 3 razy ujemny.

3) Przy pozostawieniu mieszaniny stale w ciepłocie pokojowej [15°C], otrzymałem 3 razy wynik ujemny.

4) Przy stałym traktowaniu mieszaniny ciepłotą 37°C, cztery doświadczenia wypadły dodatnio, a cztery ujemnie.

[D. n.]

II. Z PRACOWNI CHEMICZNO-BAKTERYOLOGICZNEJ DRA S. SERKOWSKIEGO
W WARSZAWIE.

DWA NOWE SPOSOBY AGLUTYNACYI.

Podał

Tadeusz Wretowski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 44).

Próby, otrzymywania odczynu aglutynacyjnego z bibuły po upływie dłuższego czasu dały wyniki pomysne. Niejednokrotnie jeszcze po tygodniu, a raz nawet po upływie 12-u dni udawało mi się otrzymać odczyn aglutynacyjny również wyraźny, jak i poprzednio. Po upływie dwu tygodni aglutynacja jednak już nie występowała. W celu reaktywacji surowicy zasuszonej na krążkach, używałem wtedy świeżej prawidłowej surowicy, którą zamiast wody nalewałem w odpowiedniej ilości kropel na bibułę. Niejednokrotnie surowicę świeżą prawidłową rozcieńczałem uprzednio kilkakrotnie wodą przekroploną.

Próby z reaktywacją surowicy wypadły w badaniach moich zadowalająco. Jeszcze po upływie dwu tygodni udawało mi się nieraz otrzymać bardzo wyraźną aglutynację z materiału przechowanego na bibule. Surowica używana do reaktywacji winna być jednak bezwarunkowo świeżą, aglutynacja zaś wypada najczęściej w rozcieńczeniach wysokich, tak np. dla duru poczyną się od rozcieńczenia 1 : 100.

Dla ilustracji przytaczam tablicę, ułożoną na podstawie protokółów mych doświadczeń. Zamieściłem w niej 4 przypadki duru brzuszego, jeden duru rzekomego B, gdzie aglutynacja w rozcieńczeniach od 1 : 70 do 1 : 150 wypadła jednakowo wyraźnie dla zwykłej metody, jak również i moich sposobów. Pozatem przytaczam wyniki aglutynacji z bibuły po upływie dłuższego czasu, przy zastosowaniu reaktywacji i bez niej.

T A B L I C A.

Rodzaj choroby	Nr.	Data	Materiał	Stopień rozcieńczenia						Kontrola	
				1:50	1:70	1:100	1:120	1:150	1:300	Surow. rozcieńcz. 1:1:0	Odczynnik
<i>Typhus abdominalis</i>	7	7. XII. 1907	a b c	+	+	+	+	+		-	-
	18	2. I. 1908	a b c	-	+	+	+	+		-	-
		6. I. 1908	c ₁	-	+	+	+	+	+	-	-
25. I. 1908		c ₃	-	-	-	-	-	-	-	-	
25. I. 1908		a b c	-	-	+	+	+		-	-	
21	5. II. 1908 5. II. 1908	c ₁	-	+	+	+	+	+	-	-	
		c ₃	-	+	+	+	+	+	-	-	
		a b c	-	-	+	+	+		-	-	
		c ₁ c ₃	-	+	+	+	+	+	-	-	
<i>Paratyphus A.</i>	13	15. XII. 1907	a b c	+	+	+	+	+		-	-
		21. XII. 1907	c ₁	-	+	+	+	+	+	-	-
		23. XII. 1907	c ₃	-	-	+	+	+	+	-	-
		8. XII. 1907	a b c	+	+	+	+	+		-	-
<i>Paratyphus B.</i>	10	8. XII. 1907	a b c	+	+	+	+	+		-	-
<i>Sepsis b. coli et paracoli</i>	28	15. II. 1908	a b c	+	+	+	+	+		-	-
		25. II. 1908	c ₁	-	+	+	+	+	+	-	-
		30. II. 1908	c ₃	+	+	+	+	+	+	-	-
					+	+	+	+	+	+	+

Żywa hodowla
1:50 1:100 1:150

a—surowica ze skrzepu krwi; b—surowica z waty, c—surowica z bibuły; c₁ i c₃—surowica z bibuły po upływie określonego czasu; c₃—surowica z bibuły reaktywowana.

Podczas przerabiania całych szeregów doświadczeń aglutynacyjnych uwagę moją dosyć często zwracał brak aglutynacji w niższych rozcieńczeniach, oraz występująca wtedy bardzo wybitnie aglutynacja w rozcieńczeniach wyższych. Dla duru wyraźny odczyn aglutynacyjny występował nieraz, poczynając od rozcieńczeń 1 : 70 do 1 : 100, dochodził zaś często do 1:300, czasem zaś do 1 : 500.

Objaw ten, opierając się na doświadczeniach EISENBERG'a i VOLK'a, wytłómaczyć można tem, iż nie wszystkie istoty aglutynujące się posiadają układ jednakowy, oraz, że istota aglutynująca się, przynajmniej u niektórych drobnoustrojów składa się z dwu grup: grupy wiążącej aglutyniny odpornej na szkodliwe oddziaływania i grupy aglutynującej się w ścisłym znaczeniu tego słowa, wrażliwej bardzo na czynniki szkodliwe. Aglutyniny, pozbawione grupy czynnościowej, nazwane zostały aglutynoidami. Surowice, zawierające aglutynoidy w niezbyt wielkiej ilości, cechują się właśnie tem, że w znacznym stężeniu nie dają właściwego odczynu aglutynacyjnego. Odczynu brak wtedy w rozcieńczeniach niższych, a powstaje dopiero np. przy rozcieńczeniu 1 : 100. Szereg rozcieńczeń, poprzedzających to, przy którym odczyn występuje, nazywają „strefą hamującą“. Strefa ta jest tem większa, im więcej surowica zawiera aglutynin ubezwładnionych. KARWACKI, opisując to paradoksalne zjawisko, zaznacza, że w doświadczeniach jego również znaczne stężenia nieraz nie wywoływały aglutynacji, odczyn natomiast powstawał przy większem rozcieńczeniu surowicy.

To samo zjawisko spostrzegali i opisał BR. CZAPLICKI.

ARRHENIUS nie zgadza się z wyżej przytoczoną teorią, pisze bowiem, iż daleko prościej będzie przyjąć, że istota czynna wywiera dwa odmienne wpływy na komórki, z których jeden wchodzi w grę przy wyższych rozcieńczeniach, drugi zaś przeważa przy niższych, hamując aglutynację.

Również van LOGHEN w ostatniej swej pracy o zahamowaniu aglutynacji sądzi na zasadzie swych poszukiwań, że niema dostatecznych podstaw do przyjęcia w budowie aglutynin dwu grup: niestałej strącającej (*labile fällende Gruppe*) i stałej wiążącej grupy (*stabile bindende Gruppe*). Badania jego wykazały bowiem obecność łatwo strącającej się grupy i w hamujących surowicach; zdaje się zatem, że tylko pokrewieństwo istot hamujących do żywych laseczników wywołuje zahamowanie aglutynacji. Według LOGHEN'a odróżnić należy przynajmniej trzy rodzaje istot hamujących aglutynację: 1) szybko rozkładające istoty w świeżych surowicach [dopełniacze—komplementy], 2) ciała odpornościowe ciepłostale i 3) istoty, powstające przy pewnych warunkach [jak np. wysoka ciepłota].

Dla otrzymania aglutynacji w niższych rozcieńczeniach, o ile mamy do czynienia ze strefą hamującą, van LOGHEN radzi uprzednio surowicę nagrzać do 50°C. Odczyn aglutynacyjny występuje wtedy wyraźnie, co autor tłumaczy sobie zupełnem zniszczeniem ciepłostalego dopełniacza.

Reasumując wyniki badań moich, pragnę raz jeszcze podkreślić, iż:

1) Materiał do badań serodyagnostycznych w postaci surowicy równie dobrze otrzymywać można ze skrzepu krwi, jak z wacika lub krążka bibuły, przemoczonych krwią.

2) Wata i bibuła winny być wyjałowione, przyczem bibuła nie może zawierać w sobie istot kleistych.

3) Biorąc surowicę z bibuły lub waty, otrzymujemy wyniki niczem nie ustępujące zwykłej metodzie.

4) Jeżeli zebrać możemy wszystkiego tylko kilka kropel krwi, to wata, a szczególnie bibuła oddać może nieocenione usługi, zwłaszcza gdy materiał należy np. przesłać z prowincyi.

5) Używając do badań serodyagnostycznych bibułę, należy poza niskimi robić i wysokie rozcieńczenia, w niższych bowiem czerwone zabarwienie płynu aglutynacyjnego wpływa na osłabienie wyrazistości odczynu.

W końcu miło mi podziękować drowi SERKOWSKIEMU za cenne wskazówki, których mi udzielał w mej pracy.

L I T E R A T U R A .

- 1) M. RICHARDSON. Centralblatt f. Bact. 1897, t. 21.
 - 2) BIERIESTNIEW. Agglutinirowuszczaja reaktiwnaja bumaga i jeja upotreblenie dla rozpoznawania cholernawo wibriona. Ruskij Wracz 1905, Nr. 22.
 - 3) CZAPLICKI. Zarys bakteryologii krwi. Łódź 1906.
 - 4) KARWACKI. Serodyagnostyka spraw zakaźnych. Warszawa 1904.
 - 5) PH. EISENBERG. Weitere untersuchungen ueber den Mechanismus der Agglutination und Präcipitation. Centralbl. f. Bakt. Org. Bd. XLI. 1906.
 - 6) BIERIESTNIEW. Ueber die Erhaltung der Löslichkeit in getrockneten Seris, sowie der Agglutination und Präcipitationsfähigkeit in Abhängigkeit von der Aufbewahrungsdauer. Centr. f. Bakt. XL, 1907.
 - 7) J. J. van LOGHEN. Agglutinations- und Komplementablenkungsversuche mit Typhus-Immunsera. Centralbl. f. Bakt. Oryg. 1907, t. XLV.
-

III. O operacjach podśluzowego usuwania skrzywionej przegrody nosa.

Podał
F. Erbrich.

[Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.]

(Dokończenie. — Patrz Nr. 45).

Dotychczas sposobem KILIAN'a wykonałem 15 operacji. W jednym tylko przypadku zdarzyło mi się przedziurawić, właściwie oderwać błonę śluzową, a to dlatego, że przed rokiem w nosie przypalano wystający wyrostek przegrody. Na miejscu tem utworzyły się zrosty, z trudnością dające się oddzielić od chrząstki. Ponieważ jednak błona śluzowa przeciwnej strony została nienaruszona, nie było więc przedziurawienia przegrody w ścisłym tego słowa znaczeniu. Najmłodszy z operowanych przeze mnie chłopiec, miał 9 lat. Operacja w tym przypadku trwała mniej więcej jak zwykle godzinę. Ani razu chłopiec nie narzekał na ból. Przykre było zakładanie tamponów. Przykrem również, pomimo drenu, jest pozostawanie w nosie przez dwie doby tamponów. Po ich usunięciu jeszcze przez kilka dni wydziela się z nosa dość dużo śluzu; najdalej jednak już po tygodniu oddech swobodny przez nos wraca, przecięta błona śluzowa zarasta w zupełności. Kto widział, jak chorzy z cierpieniami nosa, pomimo kilkakrotnie wykonywanych operacji bądź wycięcia muszli, bądź też usunięcia [dotychczas wypilowywania, wydłutowywania, albo przypalania] kawałka wystającego wyrostka przegrody, bądź wreszcie innych jeszcze zabiegów, w dalszym ciągu skarżyli się na utrudnione przez nos oddychanie dlatego, że przeszkodę ku temu stawiła skrzywiona znacznie przegroda, ten przyznać musi, że tego rodzaju operacja, tem bardziej taka, która oszczędza w całości błonę śluzową nosa, powinna znaleźć szerokie zastosowanie i stać się niezbędną dla każdego wykwalifikowanego specjalisty.

Wśród operowanych przeze mnie przypadków w 3-ch miałem do wyboru albo wykonanie podśluzowego usunięcia skrzywionej przegrody, albo też usunięcie przerostów muszel. Zdecydowałem się na zabieg pierwszy, gdyż oszczędza on błonę śluzową, narząd bardzo ważny w fizjologii oddychania nosowego.

Aby jeszcze bardziej uwidocznić szereg wskazań do opisanej przeze mnie operacji, wspomnę jeszcze o jednym przypadku. 60-letni mężczyzna, który od dawna narzekał na bole głowy, stale umiejscowione nad prawym okiem, skierowany został do mnie w celu zbadania nosa. Białanie wykazało znaczne skrzywienie przegrody ku stronie prawej; w górnej części prawego przewodu widoczne były t. zw. polipy. Pomimo zastosowania na błonę śluzową

adrenaliny, nie byłem w stanie głębiej wejrzeć w przewód nosowy. Prześwietlenie zatok dało wynik ujemny. O sondowaniu zatok, z powodu znacznego skrzywienia przegrody, nie było mowy. Zdecydowałem się wykonać operację sprostowania przegrody. Po upływie dwu tygodni usunąłem w górnej części przewodu nosowego polipy. W kościach sitowych widoczne było ropienie. Bole uporezywe głowy ustały. Sondowanie zatok czołowej i szczękowej, obecnie po usunięciu przedniej części muszli środkowej łatwe do wykonania, nie wykazało w nich obecności ropy. W opisanym przypadku znaczne zwężenie przewodu nosowego było przyczyną braku oddechu, tworzenia się polipów, oraz ropienia w komórkach sitowych, co razem wzięte powodowało uporczywe bóle głowy, na które od dawna narzekał chory.

Spotykałem się wśród kolegów, obecnych podczas wykonywania przeze mnie operacji, z zapytaniem, czy po pewnym czasie następuje regeneracja chrząstki między pozostałymi dwiema warstwami błony śluzowej przegrody? Zbyt niedawno wykonywam operacje podśluzowego usuwania przegrody, abym mógł wyprowadzić jakiegokolwiek pod tym względem wnioski pozytywne. Niektórzy autorowie, między innymi i KILLIAN, twierdzą, jakoby po kilku latach z pozostałej ochrzęstnej wytwarzała się tkanka chrzęstna. W klinice KILLIAN'a, gdzie prze kilka tygodni przebywałem, oprócz kilkudziesięciu operacji widziałem dwa przypadki, operowane przed 3-ma laty. W tych dwu przypadkach wycięta błona śluzowa na miejscu wyciętej przegrody była rucho- ma, nieco twardsza, aniżeli w kilka tygodni po operacji, ale nie miała konsystencji chrząstki. Zresztą sprawa regeneracji chrząstki nie decyduje na korzyść lub niekorzyść operacji. Po usunięciu skrzywionej części przegrody i dodatkowych listew, pozostała część przegrody stanowi dość mocną ramę, aby zapobiedz zapadnięciu nosa.

IV. Obecne wiadomości i poglądy na budowę układu nerwowego.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 45].

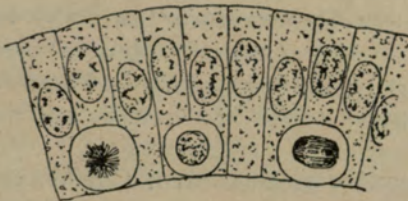
Spór między neuronistami i fibrillistami jakkolwiek dotychczas nie ukończony—choć szala zwycięstwa przechyla się więcej w stronę pierwszych—, pobudził wielu badaczy do specjalnych studyów, owocnych dla nauki, bo przyczyniły się one do gruntowniejszego wysświetlenia szczegółów budowy i znaczenia włókienek. Nie wzmocniły one jednak poglądu o ciągłości układu

nerwowego zapomocą włókienek, ciągłości, o której wątpił już teoretycznie FOREL w 1887 r. Badania wielu anatomów, że wspomniemy tylko: WALDEYER'a, KOELLIKER'a, CAJAL'a, DONAGGIO'a, LENHOSSEK'a, RETZIUS'a, SCHIEFFERDECKER'a, MICHOTTE'a, MARINESCO'a i t. d. przy pomocy najlepszych sposobów barwienia, nie osłabiły wniosku, wyciągniętego z badań metodą GOLGI'ego, że neurony nie łączą się z sobą, a nadto żaden z tych badaczy nie mógł wykryć istnienia sieci włókienek na zewnątrz komórek nerwowych, tak, iż LENHOSSEK dowcipnie się wyraża, iż prościej byłoby przyznać się do jej nieobecności, niż sądzić, że wszystkie dotychczasowe metody barwienia sprzysięgły się przeciw niej.

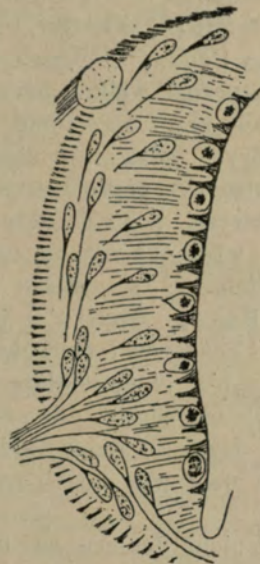
Teorya sieci włókienek przedstawia mnóstwo hipotetycznego. Więcej na pozytywnych faktach opiera się teorya neuronów, która głosi, iż jak wszystkie tkanki naszego organizmu, tak i nerwowa, zbudowana jest z komórek, a właściwie z jej równoważników [ekwiwalentów], iż cały neuron, to jest komórka z wypustkami i włóknem nerwowem, jest wynikiem zróżniczkowania się jednej komórki. Teorya neuronów jest teoryą komórkową. Podwalinę jej dały—jak powiedzieliśmy wyżej—badania histologiczne przy pomocy metody srebrzenia, która barwiąc najcieńsze nawet rozgałęzienia wypustek komórek nerwowych, nie wykazała by istniały połączenia między nimi, a więc i między neuronami. Wnioski wyciągnięte z badań anatomicznych potwierdzone zostały—jak zaraz zobaczymy—przez dane z embryologii i patologii doświadczalnej, tak, iż niektórzy badacze sądzą, iż neuron jest nie tylko jednostką anatomiczną, lecz także embryologiczną, trofoczną, a nawet i fizyologiczną.

Badania embryologiczne HIS'a [1886], powtórzone następnie przez innych, wykazały mianowicie, iż neuron powstaje z przekształcenia się jednej komórki. Podczas pierwszych dni życia płodowego układ nerwowy przedstawia się jako kanał [cewa rdzeniowa], wysłany jedną warstwą komórek nabłonka cylindrycznego, t. zw. spongioblastami. Między końcem wewnętrznym [dośrodkowym] tych spongioblastów znajdują się komórki mniejsze kuliste, w których odbywa się bardzo żywa karyokineza; komórki te HIS nazwał: neuroblastami (*Keimzellen, cellules germinatives*), bo z nich to powstają komórki nerwowe i ich wypustki. Na pewnym mianowicie stopniu rozwoju, lecz w ogóle wcześniej, neuroblasty przestają się dzielić, z kulistych stają się gruszkowatymi w skutek wydłużenia się jednego końca i wydłużenie to zmienia się powoli w wypustkę osiową. Nieco później niż wypustka osiowa, lecz również względnie wcześniej, powstają wypustki protoplazmatyczne, a to w ten sposób, iż gładka dotychczas powierzchnia neuroblastów staje się garbkowatą, wżórkowatą, a wżórki te rosnąc dalej, stają się z czasem wypustkami protoplazmatycznymi. Ciało komórki nerwowej jest resztką neuroblastu, pozostałą naokoło jądra. Wszystkie ziarna, włókienka i t. d. później w komórce znajdujące się, tworzą się na miejscu, z protoplazmy komórki, bo w embryonalnej komórce ich niema. W opisany sposób powstaje neuron ruchowy.

Co do neuronu czuciowego, to powstaje on nie z komórek pierwotnego kanału nerwowego [cewy rdzeniowej], lecz z komórek zwojowych, na zewnątrz tego kanału leżących, lecz również jak i neuroblasty pocho-



Rys. 12.



Rys. 13.

dzących z komórek ektodermy. Komórki te zwojowe, dwubiegunowe, wrzecionowate, stopniowo u biegunów wydłużają się i jeden biegun wnika do wnętrza kanału nerwowego [późniejszy korzeń tylny], a drugi rośnie ku obwodowi [naskórek, nabłonek—późniejszy nerw czuciowy obwodowy].

Dla całości musimy dodać, iż ze spongioblastów powstają komórki ependymy i neuroglii.

Wszystkie więc części neuronu powstają z jednej komórki, neuron jest ostatnim okresem zróżniczkowania [diferencjacji] neuroblastu. CAJAL, powtarzając badania embryogenetyczne w r. 1906 przy pomocy swej metody barwienia, stwierdził wyrastanie włókna nerwowego z neuroblastu, mógł on mianowicie śledzić na różnych nerwach ruchowych, czuciowych i sympatycznych wszystkie okresy, od krótkiej wypustki aż do całkowicie rozwiniętego włókna.

HARRISON [1907] hodował kawałek cewy rdzeniowej kijanki na szkiełku pokrywkowym w kropli limfy żabiej i widział pod drobnowidzem wyrastanie włókna nerwowego z neuroblastu w kroplę limfy i to z szybkością 25 μ . na 25 minut. Wszystko to dowodzi, iż włókno nerwowe wyrasta istotnie z komórki nerwowej.

Nie wszyscy jednak podzielają ten pogląd jednokomórkowy, unicellularny, monogenistyczny, na embryogenezę nie tylko całego neuronu, lecz nawet pojedynczych jego części: komórki nerwowej i włókna nerwowe. SCHWANN już uważał włókno nerwowe za powstałe ze zlania się wielu komórek w jedną; zwolennikami polygenizmu są także: HENSEN, RANVIER, BALFOUR, DOHRN, DURANTE, APÁTHY, BETHE, KRONTHAL, FRAGNITO, CAPOBIANCO, FIGHINI, LA PEGNA, O. SCHULTZE, NEUMANN, BARFURTH i inni; twierdzą oni, iż ontogenetycznie włókno nerwowe nie jest wyrostkiem komórki nerwowej, lecz powstaje przez zlanie się protoplazmy całego łańcucha komórek (*Zellketten*), których jądra stają się jądrami pochwy SCHWANN'a. SCHULTZE nazywa te komórki neuroblastami obwodowymi, są one resztkami filogenetycznie najstarszej postaci układu nerwowego, mianowicie sieci komórek. Przypisują więc oni włóknu nerwowemu pochodzenie wielokomórkowe (*multi-, pluricellularne; syncytiales Gebild*). Zdaniem GEGENBAUR'a, HAECKEL'a, WOLFF'a, BAER'a, HENSEN'a, już u płodu mają istnieć między neuroblastami a organami końcowymi nerwów (*Endorgan*) połączenia plazmatyczne „*plasmodesmen*“ HELD'a, „*intercelluläre Strukturen*“ GEGENBAUR'a i z nich wytwarzają się nerwy obwodowe; zdaniem tychże badaczy każdy segment nerwu, od jednego do drugiego przewężenia RANVIER'a, odpowiada jednej komórce, każde włókno nerwowe myelinowe powstaje z tylu komórek, ile ma ono segmentów.

Wymienieni dopiero co badacze włoscy: FRAGNITO, CAPOBIANCO, FIGHINI, LA PEGNA twierdzą, że i komórka zwojowa, nerwowa, jest również następstwem zlania się szeregu komórek, powstałych przez podział mitotyczny neuroblastu (*Neuroblastensyncytium*), przyczem giną przestrzenie graniczne, istniejące między komórkami i tworzy się kolonia komórek; pierwotny neuroblast staje się jądrem komórki, a wtórne neuroblasty tracą jądro, stają się protoplazmą, a zlane komórki—wypustką osiową. FRAGNITO i CAPOBIANCO na dowód powstania komórki zwojowej z szeregu neuroblastów przytaczają i to, że obliczenia wykazują, iż liczba komórek zwojowych jest mniejszą, niż liczba poprzednio istniejących neuroblastów [w stosunku 2.^o—3.^o: 1]. Inni, nawet BETHE, *stadium syncytiale* uważają za wyjątek. BETHE przyjmuje początek wielokomórkowy dla włókna nerwowego, a dla komórki—nie. Takie *syncytium* przy tworzeniu się komórek piramidalnych kory mózgowej widzieli HERXHEIMER i GIERLICH, lecz pozostawiają nierozstrzygniętem, czy to zależy od zlania się kilku komórek, czy też od niezupełnego podziału jednej, chociaż więcej są skłonni do przyjęcia drugiego przypuszczenia, iż neuroblasty przy rozmnażaniu się, dzielą się często niezupełnie.

[D. c. n.]

Osiem przypadków zranienia wątroby.

Podał

Jan Borzymowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 45].

Nr. 2. Rana cięta wątroby i żołądka. Zeszycie wątroby i żołądka. Wyzdrowienie.

1. II 1901 r. przywieziony był do nas przez Pogotowie [dr ZAWADZKI] A. Cz. w wieku 22 lata, w stanie nawpół przytomnym, bardzo blady, z przyspieszonym, nieźle napiętym tętnem. Opowiada, że będąc rozdrażnionym i pijanym po kłótni wetknął sobie w brzuch zwyczajny nóż stołowy. Wymiotów nie miał; na stole rzuca się i zatrzymując oddech chwilami, dmie się. Na lewym łuku żebrowym na 6—7-żebrowej chrząstce poprzeczna rana cięta, około 2 ctm. długości, silnie krwawiąca. Wkrótce po przywiezieniu przystąpiłem do operacji przy pomocy dwóch kolegów z Pogotowia, którzy chorego przywieźli. Uśpiwszy chorego chloroformem, nieznacznie rozszerzyłem ranę, podwiązałem silnie krwawiące gałązki mięśniowe i znalazłem otwór w otrzewnej, przepuszczający palec. Wówczas rozszerzyłem ranę do pępka i znalazłem w lewym płacie wątroby ranę, drążącą na wylot tegoż. Zapomocą jednego grubego szwu z jedwabiu obszyłem ranę przez płat na wylot. Następnie badając żołądek, znalazłem w przedniej ścianie tegoż drugą ranę około 3 ctm. długości. Chociaż ta rana drążyła do jamy żołądka, to jednak brzegi jej tak ściśle przylegały do siebie, że zawartość żołądkowa albo wcale nie dostała się do jamy otrzewnej albo tylko w minimalnej ilości. Twierdzą to na podstawie tego, że ani zapachu, ani też cieczy podejrzanego koloru w jamie otrzewnej nie widziałem pomimo zwracania specjalnej uwagi na to. Dopiero kiedy wyciągnąłem żołądek na zewnątrz i naciągnąłem brzegi rany żołądka zjawił się typowy mdły zapach żołądkowy, kawałki cebuli i tłusta czekoladowa ciecz (chory jadł przedtem wątróbkę z cebulą). Żołądek zaszyłem szwem dwupiętrowym, między lewy płat i żołądek założyłem pasek gazy i koniec jego wyprowadziłem przez pierwotną część rany. Ranę chirurgiczną zaszyłem szwem trzypiętrowym.

2. II. Tętno 120. Ciepłota 38°. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny, wymiotów nie było, mocz sam chory oddaje; wiatry zatrzymane, niepokój.

3. II. Ciepłota 37,8°; 37,6°. Tętno 112. Brzuch niewzdęty i mało bolesny, wiatry odchodzą, język wilgotny. Wymiotów nie było. Chory skarży się na bolesny kaszel. *Deliq. superf.*

4. II. *S. s. bonus*. Stolec. *Deliq.* T. 37° i 38°.

5. II. Ciepłota 37,6°; 38,0°.

7. II. Ciepł. 37,° i 37,°.
8. II. Ciepł. 36,6° i 37°.
9. II. Ciepł. 36,° i 37°.
10. II. Ciepł. 36,° i 37,°.

Wypisał się zdrowy 20.—II—1901 r. t. j. w 17 dni po zeszcyciu wątroby i żołądka. W wilję wypisania się był demonstrowany w Towarz. Lekarsk. Warsz. ¹⁾. Spotykam go od cza-u do czasu na ulicy w stanie dobrym zdrowia. Przetoka, z którą wypisał się, przez czas dłuższy nie chciała się zagoić.

Nr 3. Rana cięta i kłuta wątroby i druga w okolicy śledziony. Zeszycie wątroby. Wyzdrowienie.

1-go maja 1904 r. St. Sob., stróż w wieku 46-u lat, zobaczywszy na Woli pochód ze śpiewami, zażądał od manifestantów zaprzestania śpiewów i groził sprowadzeniem policyi. W tej chwili podskoczył do niego jeden z uczestników pochodu i zadał mu dwa pchnięcia w prawy i lewy bok. Sobk. padł zemdlony, kiedy jednak Pogotowie przywiozło go do nas, był zupełnie przytomny, odgrażał się napastnikowi, o żadnej jednak operacyi nie chciał nawet słyszeć. Działo się to wieczorem 1-go maja. Przy badaniu znalazłem 2 rany ciętokłute; jedną poprzeczną 3 ctm. długości między 9-m a 10-m lewym żebrzem po *l. axillaris m.* Brzuch w okolicy rany bolesny, odmy podskórnej w otoczeniu rany nie było. Druga na samym brzegu prawego łuku żebrowego po *l. mammillar. dex.* około 2 u ctm. Brzuch w bliskości rany bolesny. Z powodu stanowczej odmowy co do operacyi zalecono choremu lód na brzuch, makowiec i ścisłą płynną dytetę. Na drugi dzień stan chorego znacznie się pogorszył, chory jednak na operacyę nie zgadzał się. Dopiero 3-go dnia sam zażądał operacyi. Brzuch był wówczas wzdęty T. 120. Od. 36, powierzchowny. Pod chloroformem zrobiłem cięcie pod raną pierwotną wzdłuż pod prawem podżebrzem. W jamie brzusznej znalazłem sporo krwi płynnej, skrzepów i żółci. W prawym płacie wątroby znalazłem ranę około 3-ch ctm., na którą nałożyłem 2 jedwabne szwy, poczem zwęziłem ranę powłok i zostawiłem parę pasków gazy jodoformowej w zetknięciu z okolicą szwu wątroby. Przypuszczając jednak możliwość zranienia jednoczesnego śledziony przez drugą ranę między 9-m a 10-m lewym żebrzem, przystąpiłem natychmiast do drugiej laparotomii. Cięciem wzdłuż 9-go żebra przez ranę pierwotną wyciąłem kilka centymetrów chrząstki tego żebra i rozszerzywszy otwór w przyczepie przepony i otrzewnej, palcem zbadałem sąsiednie narządy, t. j. śledzionę i żołądek, które okazały się jednak nienaruszonymi. Jama opłucnej również nie była otwartą. Po zostawieniu sączka w otrzewnej z paska gazy jodoformowej, ranę zaszyłem. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, wpływ żółci ustał w kilka dni i 19-go maja Sob. wypisał się zupełnie zdrowy z raną pokrytą powierzchowną ziarniną.

¹⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. Z. I, str. 149.

Nr 4. Rana przepony i wątroby. Zeszycie przepony. Wyzdrowienie.

31 maja 1902 r. przywieziony został do naszego szpitala przez Pogotowie M. R—m 19 lat wi-ku, w stanie przytomnym. Opowiada nam, że po otrzymaniu rany w prawy bok mógł jeszcze biedz kawałek drogi do felczera, który mu zrobił opatrunek. W kilka minut potem opatrunek był zmieniony przez lekarza Pogotowia i chorego przywieziono do nas. Stan chorego ogólny był dobry. Tętno 80, dobrze napięte, oddech bolesny w okolicy rany. Na l. *mammaria dex.* na wysokości 7—8-go żebra rana cięta kłuta $1\frac{1}{2}$ ctm. długości. Odmy podskórnej niema, również jak zmian jakichkolwiek przy badaniu klatki piersiowej. Na drugi dzień bole znacznie wzmogły się 12-go *sub narcosi* rozszerzenie rany i wycięcie 7-go żebra, które okazało się zupełnie przeciętem.

Po wycięciu części żebra znaleziono ranę w przeponie i otrzewnej, po której rozszerzeniu pokazała się wypukła powierzchnia wątroby i na niej powierzchowna rana długości 3—4 ctm., prawie niekrwawiąca. Rana wątroby pozostawiona bez zeszycia, otrzewna i przepona zeszyte jednopiętrowym jedwabnym szwem węzłkowym, na który położono pasek gazy w kącie zewnętrznym i zeszyto potem skórę. Opłucna nie była otwarta. Przebieg bez odczynu. Ciężota 36,8°, 37°, 37,2°, 37°; 37,5°, 37°, 37,2°: 37°; 36,9°. R. wypisał się zdrowy 16-go czerwca 1902 r. Przez jakiś czas leczył się ambulatoryjnie z powodu ropienia szwów głębokich.

Nr 5. Zmiażdżenie wątroby. *Exitus laetulis.*

10-go października 1902 r. Pogotowie przywiozło Jana K. w wieku lat 15-u, który tegoż dnia zrana był przygnieciony w bramie ciężko naładowanym wozem. Chory przytomny b. blady, na ustach ma sinieć Tętno 120, b. słabe. Brzuch duży, miękki, wykazuje chęłbotanie. Tegoż dnia wieczorem laparotomia. Cięcie po zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego. Prawy płąt wątroby z tyłu i z dołu oderwany od przepony, z przodu zaś zmiażdżenie wątroby, mieszczące pół dłoni. Jamą brzuszna wypełniona krwią. Wobec olbrzymiego krwawienia z wątroły, rana tejże została wytamponowana trzema serwetkami brzuszniemi i końce ich wyprowadzono na zewnątrz przez zwężoną szwami ranę powłoki. W 5 godzin po operacji śmierć.

Nr 6. Rana cięto-kłuta wątroby. Tamponowanie. Wyzdrowienie.

Chory ten nie był badany przeze mnie ani w dzień przywiezienia do kliniki, ani nazajutrz zrana. Na drugi jednak dzień pobytu chorego w szpitalu, kiedy rozeszli się wszyscy lekarze po operacjach zaalarmowano mnie, że chory dostał krwotoku. Po przyniesieniu na salę operacyjną i zdjęciu przekrwionego opatrunku znalazłem pomiędzy 5-m a 6-m żebrem z prawej strony przy mostku poprzeczną ranę długości 2—3-ch ctm., z której przy każdym wydechu literalnie buchała krew. Chory był zupełnie nieprzytomny. Na prędcie przy pomocy tylko posługacza przedłużyłem ranę pierwotną w międzyżebrzu do

5-u—6 u etm. i wprowadziłem do niej palec. Przez otwór w osierdziu obszedłem palcem prawą stronę serca i stwierdziłem, że jest całe.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

97. Wilnis. Kątnica ruchoma, jako powód niektórych przypadków t zw. zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego.

Nie chodzi tu o te przypadki, gdzie nadmierna ruchomość kątnicy sprzyja powstawaniu spraw zapalnych wyrostka, lecz o te, gdzie przyczyną istotną bólu i innych towarzyszących obrazowi chorobnemu objawów, jest nie wyrostek, lecz *coecum mobile*, którego krezka, jak również krezeczka wyrostka podlegają ciąglemu szarpaniu i pociąganiu. Wiemy dobrze, iż około 20—25% wszystkich opérowanych dziś wyrostków zalicza się do klasy t. zw. „zapaleń przewlekłych wyrostka”. Są to przypadki, którym nigdy nie towarzyszyły napady cięższe, przy których ból wzmagał się w okresie zatrzymania wypróżnień i wówczas punkt MAC BURNEY'a bywał wyraźnie bolesny. Operując podobnych chorych, nie znajdujemy na wyrostku zazwyczaj żadnych zmian makroskopowych, a kątnica wraz z wyrostkiem nadzwyczaj łatwo daje się wydobyć na zewnątrz. Wtedy całą nadzieję pokładamy na badaniu drobnowidzowem, które istotnie zwykle nie zawodzi nas, wykazując te lub inne zmiany na błonie śluzowej lub podśluzowej. Jednakże warto się zastanowić, czy te, dopiero pod drobnowidzem wykryć się dające zmiany, mogą dostatecznie tłómaczyć wszystkie dolegliwości chorego, a nadewszystko bolesność w punkcie MAC-BURNEY'a?

Drugie pytanie—jeszcze ważniejsze—czy po zabiegu takim chory uwalnia się od dawnych dolegliwości? Statystyki w tym kierunku nie podałem jeszcze żaden autor; robi to poprostu wrażenie, jak gdyby chirurdzy umyślnie puszczali w niepamięć chor;ch tej kategorii po szczęśliwie dokonanej operacji „radykalnej.” Mimo braku statystyk rozległych wiadomo każdemu, iż niejednen chory bez wyrostka w dalszym ciągu odczuwa punkt MAC-BURNEY'a i miewa dolegliwości podobne do dawnych. Kto baczniej przyglądał się tym „przewlekłym zapaleniom wyrostka” tego uwagę nieraz musiała zwrócić niepomnierna długość i ruchomość kątnicy; przy badaniu przez powłoki w tych razach wyczuwa się bulgotanie ponad prawym dołem biodrowym, przyczem kątnica daje się ująć palcami i przesuwac w różne strony. Po otworzeniu jamy brzusznej widzujemy *coecum* opuszczone aż pod więz POUFART'a. Podobny obraz nasuwa myśl, że takie długie, bardzo ruchome *coecum*, będąc wypełnione kałem, może niepomniernie obciążać krezkę, ciągnąc ją i szarpiąc przy swych ruchach. Wychodząc z tej zasady, autor od 9-u miesięcy stosuje metodę unieruchomiania kątnicy; operacyi takich ma już 40. Operacya polega na odłuszczeniu otrzewnej dołu biodrowego na kształt kieszeni i na ułożeniu w tej kieszeni wydłużonej kątnicy. Tym sposobem udało mu się otrzymać wyleczenie w kilku takich przypadkach, gdzie poprzednio wycięcie wyrostka nie dało żadnego wyniku. Jednocześnie usuwał on i wyrostek, wobec czego możnaby uczynić zarzut, że wyleczenie otrzymano nie dzięki unieruchomieniu kątnicy, lecz wskutek odcięcia wyrostka; jednakże widzi on na zasadzie własnego doświadczenia, że zwykła amputacya wyrostka zawodzi daleko częściej, niż

fixatio coeci. Poza to, w celu sprawdzenia nowego poglądu, w pięciu przypadkach ruchomej kątnicy i objawów „*app. chr.*” ograniczył on zabieg tylko do amputacji wyrostka, przyszywania *coeci* i we wszystkich tych razach nie było żadnego polepszenia; to już nie może być rzeczą przypadku. Byłoby błędem twierdzić, że samo usunięcie wyrostka nigdy nie usuwa dolegliwości; owszem, usuwa ono je wtedy, kiedy krezeczka wyrostka jest bardzo krótka, kiedy przeto łatwo ulega szarpaniu i pociąganiu przez zpepełnioną kątnicę. Poza krótkością krezeczki inne jeszcze czynniki mechaniczne mogą wywoływać napady bolowe. Już HOCHENEGG zwrócił uwagę, że dolegliwości przy „*app. chr.*” zależą nietyle od zmian w śluzówce, ile od położenia wyrostka i jego stosunku do kątnicy; bardzo ważne w tej mierze jest podsurowicze ułożenie wyrostka, przylegającego całą swą długością do ściany kątnicy; rzecz jasna, iż wyrostek, w ten sposób przyklejony szczelnie do *coecum*, musi ulegać poważnemu urazowi przy każdym nadmiernem rozciągnięciu kątnicy; przedewszystkiem zaś mocno rozciąga się krezeczka, obfitująca, jak wiadomo, w gałązki nerwów czuciowych [analogia do kolek kiszkowych przy napinaniu się krezek wogóle]. Poza temi sprawami, imitującymi *appendicitis*, wskazać jaszcze należy na choroby przydatków u kobiet, zwłaszcza prawego jajnika, oraz nerwobole pozaotrzewne, najczęściej zajęcie *nerwi ileohypogastrici*.

Wywodom autora możnaby uczynić zarzut, iż nieraz trafia się kątnica bardzo ruchoma, a nie powodująca mimo to żadnych dolegliwości; zarzut ten można zbić, podając analogiczną obserwację co do nerek: nerka również może być ruchoma, a jednak niezawsze pociąga za sobą bole.

(*Deutsche med. Woch.* 1908, Nr 41).

C. Lewenstern.

Wiadomości bieżące.

— W czasie X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie zebranie ścisłego grona internistów za inicjatywą prof. dra A. GLUZIŃSKIEGO powzięło myśl urządzenia Zjazdów internistów polskich. Obecnie na mocy porozumienia się szerszych gron, postanowiono, aby I Zjazd internistów polskich odbył się w Krakowie w r. 1909, w drugiej połowie lipca i trwał dwa dni. W Krakowie zawiązał się komitet miejscowy Zjazdu, do którego należą: dr M. BUZYGAŃ, prof. S. CIECHANOWSKI, prof. W. JAWORSKI, dr S. JUROWICZ, prof. K. KLEBKI, dr B. KOROLEWICZ, dr A. KWAŚNICKI, prof. K. LEWKOWICZ, prof. J. ŁAZARSKI, prof. dr L. MARCHLEWSKI, doc. E. MIĘSOWICZ, prof. J. PILTZ, prof. S. PONIKŁO, dr RÓŻECKI, dr S. SCHÖNGUT, dr E. STAKL, dr J. SURZYCKI. Biuro Zjazdu w klinice lekarskiej w Krakowie, ul. Kopernika, 1. 15. Przewodniczącym komitetu zjazdowego jest prof. W. JAWORSKI, zastępcą dr A. KWAŚNICKI, sekretarzem dr B. KOROLEWICZ, skarbnikiem doc. E. MIĘSOWICZ.

— Wyszło z druku sprawozdanie z Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych, istniejącej przy Warsz. Tow. Lek. w ciągu lat 1858—1907 r. staraniem zarządzającego kasą, dra MARYANA JAKOWSKIEGO. Sprawozdanie to obejmuje krótki rys założenia i rozwoju Kasy, wykazy liczbowe, dotyczące uczestników Kasy, jej funduszków ogólnych i specjalnych, udzielanych zapomóg i pożyczek, oraz spisy osób, korzystających z Kasy, a wreszcie tych z jej uczestników, którzy czynny brali udział w kierownictwie tej instytucji.

Inicytorem Kasy wsparcia był dr ANDRZEJ JANIKOWSKI. Opracowaniem ustawy zajęł się dr ŁODWIK NATANSON wraz z komitetem, do którego weszli drzy: HELBICH, BĄCEWICZ, JANIKOWSKI, KOEHLER, SZOKALSKI, ZIMMERMANN, LIBCHEN i DYBEK. Kasa zaczęła istnieć od 1-go stycznia 1858 r. przy kapitale rub. 1123, zebrany z składek 35-u członków Towarzystwa, który do końca 1859 r. wzrósł do 3752 rub. 40 kop. W 1907 r. fundusz nieruchomy wynosił 50607 rub. 90 kop., suma składek rocznych 4976 rub. 20 kop., a dochody wogóle 8939 rub. 30 kop., nie licząc dochodów z funduszów z przeznaczeniem specjalnem, jak oto: funduszu im. KACZOROWSKIEJ, KOSIŃSKIEGO, JABZONOWSKIEGO, FUKIEROWEJ, SOKOŁOWSKIEJ, MANCEWICZA, FLORKIEWICZA. Gdy w 1862 r. ogólna suma wsparć wynosiła 1732 rub., w roku 1882—5135, to w 1907 r.—10288 rub. 20 kop. Zarządzającymi Kasą wsparcia byli: od r. 1858—1875 i od 1877 do 1890 prof. SZOKALSKI, w r 1876 i od 1890—1896 dr ROGOWICZ, od r. 1897—1898 dr ŚLIWICKI, od r. 1899 do chwili bieżącej dr MARYAN JAKOWSKI.

— Wyszła z druku Zootomia praktyczna, napisana przez dra JÓZEFA NUSBAUMA, prof. zool. i anat. porówn. Uniw. lwowskiego. [100 rycin w tekście. Wydana staraniem dra JANA TURA z zapomogi Kasy MIANOWSKIEGO. Warszawa, 1908, str. VIII+264. Cena rub. 2]. Jest to podręcznik uniwersytecki, mający przede wszystkim służyć jako pomoc w systematycznych ćwiczeniach anatomiczno-zoologicznych. Mamy tu opis anatomiczny wraz ze wskazówkami co do preparowania dwudziestu dwu zwierząt ze wszystkich typów bezkręgowych i kręgowych, a mianowicie zwierząt względnie najłatwiej dających się hodować w pracowni lub łatwych do otrzymania, wreszcie najpospoliciej używanych w poszukiwaniach morfologicznych i fizjologicznych.

Opisy poszczepólnych form, ilustrowane licznymi rysunkami—w przeważnej liczbie oryginalnymi—nie tylko oddać mogą znaczne usługi studentom przyrody lub medycyny, lecz ważną pomoc stanowią niechybnie będą w poszukiwaniach parazytologicznych i w badaniach wiwisekcyjnych. We wstępie znajdujemy treściwy opis zasad techniki sekcyjnej, iniekcyjnej oraz mikroskopowej, z uwzględnieniem najnowszych ich postępów.

Całość, zarówno pod względem treści, jak szaty zewnętrznej, przewyższa znacznie znane dotychczas w zakresie podobnym podręczniki, jak np. VOGT'a, JUNGA, MOJSISOVIĆA, KÜKENHAL'a i inne. Książka ta stanowi piękne uzupełnienie całego szeregu prac podręcznikowych prof. NUSBAUMA i niewątpliwie równem jak i poprzednie cieszyć się będzie powodzeniem.

— Tow. Lek. Krakowskie wybrało prof. KOSIŃSKIEGO na swego członka honorowego.

— W tych dniach upłynęło 25 lat pracy zawodowej dra TERESY CISZKIEWICZOWEJ, jednej z pierwszych lekarek u nas. Dr CISZKIEWICZOWA ukończyła studia lekarskie w Bernie i tamże wykonała dysertację doktorską w pracowni ś. p. prof. MARCELEGO NENCKIEGO. Przez ubiegłe 25-lecie dr Ciszkiewiczowa obok uprawiania zamilowanego zawodu, oddawała się sprawom społecznym i na tem polu położyła rzetelne zasługi.

Do N-ru bieżącego dołącza się prospekt gazety „Dzień“.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mamołwiecka 8.

v

Bordighera (Włoska Riviera)

15 Września—Maj

Hotel i Kurhaus Cap Ampeglio



Właściciel
J. K ü n z l e r.

dla chorych dotkniętych cierpieniami żołądka, kiszek, nerek, serca, nerwowymi i zaburzeniami w przemianie materji.

Postępowanie indywidualne, leczenie dyetetyczne, elektroterapia, hydroterapia we wszelkich postaciach w nowowzbudowanym zakładzie wzdolecznicy. Prospekty.

Kierownicy zakładu:
Radca dworu Dr. Schwoerer Bedenweiler
Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr
b. wieloletni asystent prof. von Noorden'a w Wiedniu.

Gruźlica i inne choroby zakaźne są wykluczone.

Xeroform

Proszek do przysypywania ran, zupełnie nieirytujący i dający się łatwo wyjaławiać. Stosowany na rany aseptyczne w grubej warstwie zapobiega i łagodzi opatrunku do rany, zatrzymaniu wydzieliny, ropieniu i t. d.; przy ranach po oparzeniach łagodzi ból i spizyja na warstwie naskórka przy nadzwyczaj małej wydzielinie, pozostawiając gładkie i delikatne blizny.

Creosotal

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

Sulfidal

Siarka (koloidalna) w wodzie rozpuszczalna. Działa skuteczniej, niż siarka, w łojotoku, trądziku i t. d.; we wszelkiego rodzaju postaciach przeciśniania zapachu nie posiada, i daje się zmyć z łatwością przy stosowaniu na owłosioną część głowy.

Acidum acetylosalicylicum w postaci proszku i pastylek, łatwo w wodzie rozpuszczalnych.

Prób i literatury dostarcza:

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

Zakład dezynfekcyjny parowy JANA ZAWADZKIEGO

istniejący od roku 1902-go

Warszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43
telef. 2700.

Wykonywa dezynfekcję mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcję rzeczy ceny niższe.

PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO



założone przez
TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO
 w Bazylei (Szwajcarya)
 i była firmę
Szweikert i Froehlich
 w PABIANICACH
 ziemia Piotrkowska



FORTOSSAN

przetwór phytinowy z cukrem mlecznym dla ssaków i dzieci do lat 2.
 (Zawiera 0,75% fosforu)

Wskazania: ogólne fosforoterapii, szczególnie zaś:

Przy sztucznem odżywianiu.

Powolnym wzroście, rozwoju upośledzonym.

Krzywicy, Zotzach.

Chorobach wycieńczających, rekonwalescencyach.

Tylko w postaci proszku w pudełkach oryg. Cena detal. Rb. 1 kop. 25.

Dawki: Lzeczom do 2 mies. 3 razy dziennie po 2 miareczki

" od 2-6 " 4 " " " 3 "

" " 6-12 " 4 " " " 3 "

" " 1-2 lat 4 " " " 4 "

w mleku, kleiku, lub t. p. (Do każdego pudełka dołącza się miareczkę
 w postaci łyżeczki.

Próby na żądanie gratis i franco.

Środek odżywezy i wzmacniającej zawierający żelazo i fosfor

ŻELAZO FOSFOR!

(Acidoalbumina)

Fersban

około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie, zwiększa znacznie ilość
 hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia
 nerwy.



PARKE, DAVIS & CO.



DETRGIT
(Ameryka).



ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 198.
Telefon № 233-81.



LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, je żeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polegający na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym wprowadzony został przez nasze laboratorium i otrzymał nazwę „Standardyzacyi”. Wyrabiamy:

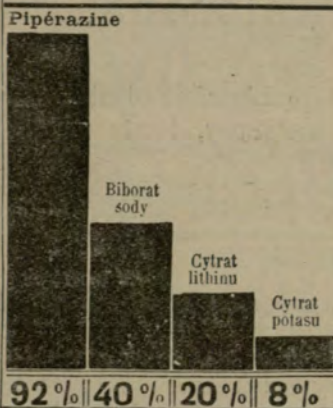
Adrenalinę Takamine — Adrenalin Inhalant — Adrenalin Unguent — Acetozone — Brometone — Chloreton Inhalant — Cascara Sagrada Extr. fl. i w tabletkach pokrytych czekoladą i cukrem. Różne Extracta fluida. Taka — Diastazę Formidinę — Jodalbin — Glycerofosfaty w tabletkach — Lecithinę w tabletkach — Antidiphtheria serum — Antistreptococcus serum — Antitubercle serum.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie książki o „Standardyzacyi”, literaturę ze swej specjalności i cenniki.

PIPERAZINE MIDY

Tablica porównawcza ilości kwasu moczowego rozpuszczonych w:



W MUSUJĄCYCH ZIARNKACH

Miarka dołączona do flakonu zawiera 20 centygramów

W ostrych przypadkach :

3 do 6 miarek dziennie.

Jako środek zapobiegawczy :

1 do 3 miarek przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego

**PODAGRA
KAMIEŃ NERKOWY
REUMATYZM
ARTRYTYZM** we wszelkich objawach

PRÓBY NA ŻĄDANIE

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. — Paris.

Generalny Reprezentant : G. POMMIER, 8, Fursztańska, St-Petersburg.

Biosine Le Perdriel

Podwójny musujący glicerofosfat wapna i żelaza

Biosine jest najdoskonalszym środkiem tonicznym, wzmacniającym organizm. Zalecany z powodu łatwego przyrządzenia i przyjemnego smaku. Przyrządzony bez cukru, bywa dobrze znoszony przez wszystkich, nie wywołuje obstrukcyi i może być również stosowany u diabetyków.

Użyty podczas jedzenia, pobudza trawienie przez wydzielanie kwasu węglowego, który ułatwia asymilację.

Le Perdriel. Paris.

LECZNICA DLA CHORYCH NA OCZY
D-^{RA} S. KACZKOWSKIEGO
Bracka 20, tel. 37-38.

Warszawska Miejska Szkoła Położnicza

kurs roczny, opłata 100 rubli w 2 ratach, zapis kandydatek trwa cały rok.

liczba uczennic ograniczona.

Rok szkolny zaczyna się 1-go Stycznia i 1-go Lipca. Podania i dowody składać w Wydziale Szpitalnym Magistratu m. Warszawy, także należy się zwracać po wszelkie informacye i egz. ustawy.

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

Ul. Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

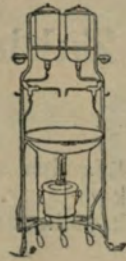
w Warszawie.

Fabryka ulica Ciepła № 12.



Magazyny:

Warszawa, u. Grzybowska № 19.
 Petersburg, ul Morska № 15.
 Moskwa, ul. Wielka Łubianka.
 d. Tow. Ubezp. „Rossya“.



Poleca: przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych oraz gabinetów lekarskich.

a mianowicie: Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoly chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kołach dla chorych i t. p.

Wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują
 wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19.

Ceny niskie. — Katalogi illustrowane gratis i franco na żądanie.

W zakresie szpitalnictwa wprowadziliśmy ostatnio znaczne ulepszenia i bardzo wiele zupełnie nowych przedmiotów, na które prosimy żądać specjalnego dodatku do katalogu lekarskiego na 1907 rok.

STOVAÏNE

Najskuteczniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo.

ATOXYL

Najskuteczniejszy, najmniej trujący z organicznych przetworów arsenowych.

TUBERCULIN TEST

Z Instytutu Pasteur'a w Lille w celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Reconstituens; neurastenia, anemia mózgu, zmęczenie, rekonwalescencya.

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** — PARIS

D-ra ROMUALDA BINDERA
Zakład wodolecznicy i sanatorium
WILLA STEFANIA W MERANIE
 otwarty od 1-go września do czerwca

Łagodna, sucha i słoneczna zima, sezon wiosenny i jesienny, szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, masażem, gimnastyką leczniczą, kąpielami świetlnymi i słonecznymi, winogradem, dyetą i werandowaniem.

Terapia sportowo-terenowa

Wszelki komfort, wspaniałe urządzenie. Piersiowo-chorych zakład nie przyjmuje.

Prospekty wysyła **D-r Binder**

(leczy po za zakładem i dozwala korzystać z urządzeń zakładowych także eksternom).

Narzędzia i przyrządy Lekarskie

w wysokich gatunkach najtaniej poleca

BRONISŁAW KRUG

długoletni współpracownik firmy J. Jodłowski

Warszawa, Bracka 18 tel. 35-48

Wysyłka pocztą—ekspedycya sumienna.

Szczepionkę przeciwcholeryczną
 metodą Kolle'go przyrządza
D-r Leon Karwacki

Sienna 1e

Flakony a 25 cm. sz. i a 10 cm. sz.

2—2

TUSSOL

Syrop o bardzo przyjemnym smaku, w zupełności zastępujący przykrą w użyciu

S I R O L I N Ę.

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rb. jeden.

poleca Apteka Magistra **A. Bukwskiego**, Marszałkowska 54.

Zakład chirurgiczno - ortopedyczny D-ra E. Reichsteina,
 w Warszawie, Marszałkowska 149 tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga. sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Przyjęcia od 4-6., w Domu Zdrowia, Leszno 38 od 11-1.