

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Badania nad etyologią ospy, podał Józef Weber. — Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis), podał d-r Ludomił Korczyński. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 38. Obecny stan patologii i terapii zaburzeń ruchowych żołądka. 39. O istocie i leczeniu dny. 40. O zapalnym powiększeniu trzustki z dążnością do rozejścia się. 41. Przyczynę do patologii choroby Basedow'a. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 3 marca r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Weber — Recherches sur l'Étiologie de la petite vérole. 2) D-r L. Korczyński — Contributions à la question de certaines Inflammations suppuratives comme conséquence de la choléolithase.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Weber — Untersuchungen ueber die Aetiologie der Pocken. 2) D-r L. Korczyński — Klinische Erläuterungen zur Frage ueber gewisse eitrige Entzündungen im Gefolge der Choléolithiasis.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

ZE SZPITALA ZAPASOWEGO.

Badania nad etyologią ospy,

podał Józef Weber.

Etyologia ospy, pomimo licznych prac jej poświęconych, pozostaje dotychczas ciemną. Poglądy i wyniki badań wielu autorów aż do najnowszych czasów są niezgodne. Każdy z badaczy opisuje inny rodzaj pasorzytów, i nie mamy dla tej choroby jednego jakiegoś drobnoustroju, któryby był uważany przynajmniej przez większość badaczy za przyczynę choroby, jak to ma miejsce np. dla zimnicy. Przy bliższem jednak zastanowieniu się spostrzegamy, że wszystkie dotychczasowe poglądy zgruba dadzą się podporządkować dwu grupom. Do pierwszej, obszerniejszej, można zaliczyć tych badaczy, którzy zarazek ospowy upatrują w pasorzytach grzybkowych, bakterjach, przeważnie zaś w mikrokokkach (ziarniakach); do drugiej zaś, nowszej, nielicznej, należą ci, którzy przyczynę ospy odnoszą do najniższych ustrojów zwierzęcych, do pierwotniaków (*protozoa*). Brak wszakże bliższych szczegółów i wskazówek autorów co do sposobu hodowania tych ustrojów i rodzaju użytych pożywek stał na przeszkodzie sprawdzaniu tych wyników. Poszukiwania moje w tym kierunku na obfitym materiale ospowym w szpitalu Zapasowym doprowadziły mnie również do pewnych wniosków, które, jako przyczynę do etyologii ospy, nie będą może zbyt cenne i dlatego osmielam się podać je do wiadomości czytelników.

Badając krew ludzi chorych na ospę, otrzymałem w czystej hodowli następujące postacie:

a) Ciałka małe, kuliste, mocno błyszczące, z wyraźnymi zarysami, zielonawej lub niebieskawej barwy. Wielkość tych ciałek jest rozmaita: od ledwie widzialnego punkcika do kulki, której średnica dochodzi do $1,8\ \mu$. Zielonawe albo niebieskawe zabarwienie staje się widocznym tylko przy pewnym oświetleniu i nastawieniu tubusa drobnowidza; przy podniesieniu go ciałka te przyjmują barwę żółtawą i zarysy stają się mniej wyraźne. Właściwie ciałka te są bezbarwne, a zabarwienie ich zależy od rodzaju oświetlenia. Są one obdarzone ruchem obrotowym, który przedstawia tę własność, że odbywa się stale nie w jednym kierunku; przeciwnie, ciałko robi jeden albo kilka obrotów naokoło środka w jednym kierunku, potem w odwrotnym albo w jakim innym, t. j. obraca się w rozmaitych kierunkach; ruch ten jest dość szybki, wyraźny (molekularny?) Czasami 2 lub 3 albo i więcej ciałek połączone są razem i jednocześnie wykonywają ruchy. Własności ruchu obrotowego najlepiej można spostrzegać na 2-ch ciałkach, połączonych razem. Niektóre ciałka są nieruchome. Czy ciałko ma jednocześnie i ruch postępowy, napewno twierdzić nie mogę; obracając się w rozmaitych kierunkach, zmienia ono miejsce swoje; trudno jednak odróżnić, czy ten ruch postępowy jest samodzielny, czy też zależy tylko od prądu płynu pod szkiełkiem; w każdym razie jest on znacznie wolniejszy od ruchu obrotowego. W pewnych jednak warunkach ciałka te, jak zobaczymy niżej, mają szybki ruch postępowy.

Powyższe ciałka tylko ze względu na ich wygląd będziemy odtąd nazywali dla krótkości *ziarenkami* (rys. № 1).

b) Czasami widzimy, że jedno albo kilka ziarenek wykonywa szybki ruch na bardzo małej, ograniczonej przestrzeni; przy odpowiednim nastawieniu tubusa, jeżeli prąd płynu pod szkiełkiem uniesie ze sobą te ziarenka, możemy dojrzeć, że znajdują się one wewnątrz innego, znacznie większego ciałka. To wielkie ciałko ma postać kulistą, jest zupełnie przezroczyste i bezbarwne, jednorodne; przynajmniej takiem wydaje się przy niewielkiem powiększeniu; ma ono średnicy $5,6-7,2\ \mu$ (rys. N. 3, a) (średnica czerwonego ciałka = $9,0\ \mu$). Samodzielnych ruchów w ciałku nie widziałem; jest ono nieruchome, czasami płynie z prądem płynu pod szkiełkiem przykrywkowym i wtedy najlepiej można obserwować kształty ciałka i poruszających się w niem ziarenek. Jest ono sprężyste i może zmieniać swą postać. Niekiedy ciałka te nie zawierają wcale wewnątrz ziarenek (rys. N. 3, b); w takim razie trzeba wielkiej wprawy, żeby je odnaleźć w preparacie. Ilość ziarenek wewnątrz ciałka może być rozmaita: od jednego (rys. N. 3, c) do kilkudziesięciu, tak, że zupełnie wypełniają one ciałko (rys. N. 3, d). Wielkość ziarenek bywa niejednakowa: od małego punkcika do $1,8\ \mu$ w średnicy.

Nie wszystkie ziarenka, znajdujące się wewnątrz ciałka bezbarwnego, są jednakowe: jedno albo kilka ziarenek mają zarysy wyraźne, mocno błyszczą, są barwy zielonawej, inne są matowe, bez połysku, o zarysach mniej wyraźnych (rys. N. 3, e). Nie wszystkie ziarenka, znajdujące się w ciałku, obdarzone są ruchem: czasami jedno albo kilka ziarenek szybko się porusza, a pozostałe są nieruchome, albo wszystkie szybko się poruszają. Czasami wewnątrz ciałka jest tyle szybko poruszających się ziarenek, że wypełniają je one szczelnie, i jednocześnie nie można odróżnić konturów oddzielnych ziarenek; widzi się tylko ruch, przypominający ruch pszczoł w ulu (rys. N. 3, f).

Jeżeli wewnątrz ciałka jest tylko kilka ziarenek, to ruch ich polega na tem, że ziarenko z jednego miejsca na obwodzie ciałka szybko przechodzi po

linii prostej na drugą stronę ciała, stąd znowu w prostym kierunku na inne miejsce obwodu i t. d. Szybkość ruchu ziarenek bywa rozmaita.

Wyżej opisane ciała bezbarwne uważalibyśmy jako pewną fazę w rozwoju pewnego rodzaju pierwotniaka, którego będziemy odąd nazywali syreną (*syrena*), same zaś ciała — ciałkami syreny.

c) Oprócz ziarenek i ciałek syreny, znajdują się jeszcze postacie, które uważać można za przejściowe; mianowicie, niektóre ziarenka, szczególnie większe, dochodzące do $1,8 \mu$ średnicy, tracą połysk, stają się nieruchomymi i matowymi (rys. N. 2, *a*); spostrzegamy również ciała kuliste albo owalne zupełnie matowe, dochodzące do $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ wielkości ciała syreny; niekiedy takie ciało matowe ma w jednym miejscu bliżej obwodu ograniczoną, zupełnie przezroczystą przestrzeń, w której znajduje się jedno albo kilka słabo poruszających się ziarenek (rys. N. 2 *b* i *c*). Ciała te uważać można za młode postacie syreny.

d) Oprócz ziarenek swobodnych lub znajdujących się wewnątrz ciałek syreny, spostrzegamy jeszcze ziarenka, połączone ze sobą matową, wąziutką wstążeczką, mniej więcej do 1μ długości (rys. N. 4 *a*). Niekiedy wstążeczka taka, zakończona z jednej strony ziarenkiem, drugim końcem przyczepia się do młodego ciała syreny i, poruszając się szybko, ciągnie je za sobą (rys. N. 4 *b*). Wstążeczka taka, jeżeli jest krótka, zawiera ziarenka tylko na końcach (rys. N. 4 *c*); w długich zaś wstążeczkach daje się zauważyć jeszcze kilka ziarenek pośrodku (rys. N. 4 *d*). Postacie te będziemy nazywali nićmi.

Badając opisane wyżej postacie, przekonałem się, że ciała syreny rozmnażają się przez prosty podział. Jedno ciało syreny może dać początek kilku nowym ciałkom, przyczem w akcie tym ziarenka widocznie nie przyjmują udziału; podział może się odbywać przy ciepłocie pokojowej. Rysunki N. 5—11 przedstawiają 3 ciała syreny (*a*, *b* i *c*), z których dwa przez podział dały początek dwom nowym ciałkom, tak, że ostatecznie zamiast pierwotnych trzech ciałek otrzymaliśmy 5 (rys. N. 11, ciała *a*, *b*, *c*, *d* i *e*).

Widzieliśmy wyżej, że między ziarenkami i ciałkami syreny są postacie pośrednie, które pozwalają przypuszczać, że rozmnażanie się syreny, oprócz podziału, może się odbywać zapomocą ziarenek.

Opisane wyżej postacie uważam za typowe, bez względu na to, czy bezbarwne i przezroczyste ciała zawierają wewnątrz ziarenka, czy nie. Oprócz typowych postaci spotykamy i nietypowe. Jeżeli hodowlę z typowymi ciałkami syreny trzymać będziemy na świetle przy ciepłocie pokojowej przez czas dłuższy (kilka miesięcy), to pomiędzy ciałkami syreny typowymi zjawiają się ciała o postaciach trochę odmiennych, mianowicie: w jednym miejscu kulistego ciała syreny zjawia się wklęsnięcie rozmaitej wielkości; niekiedy zajmuje ono połowę, a nawet $\frac{2}{3}$ ciała (rys. N. 12, *a*, *b* i *c*). Jeżeli wklęsnięcia tworzą się z dwóch przeciwnych stron, ciało syreny przybiera postać czerwonego ciała krwi; w takim ciałku ziarenka poruszają się tylko na obwodzie (rys. N. 12, *d* i *e*). Wklęsnięcia mogą wytwarzać się w bardzo słabym stopniu, ale jednocześnie w kilku lub kilkunastu miejscach ciała syreny, które wtedy przyjmuje postać wielokątną, nieprawidłową (rys. N. 12, *f*). Ziarenka w postaciach nietypowych najczęściej są pozbawione ruchu.

Charakterystycznym jest zachowanie się ciałek syreny względem barwników. Póki nie są one zupełnie przezroczyste, barwi je na przykład na słabo niebieską barwę błękit metylenowy, na czerwono — spirytusowy rozczyn eozy-

ny, przyczem ziarenka mocniej się barwią od ciała. Jeżeli zaś ciało syreny jest zupełnie przezroczyste, nie można go zabarwić żadnym barwnikiem, nawet spirytusowym roztworem eozyny, barwiącym wtedy tylko ziarenka. Podobny stosunek do eozyny wykazują t. zw. eozynofilowe komórki krwi.

Na przygotowanie pożywki, w której otrzymałem opisane wyżej postaci syreny, miało wpływ następujące spostrzeżenie. W dużym słoju z wodą, pozostałą po myciu już używanych do hodowli probówek z agarą i żelatyną, zostało na dnie kilka kawalków agaru; badając w kilka dni później osad na bokach słoju, przekonałem się, że składał się on z rozmaitego rodzaju pierwotniaków, lecz wcale nie zawierał bakterii. Spostrzeżenie to było dla mnie wskazówką, w jaki sposób należy przygotowywać pożywki. Po wielu niefortunnych próbach naśladowania tych zmian, którym ulegał agar w słoju, otrzymałem pożywkę, która dała już niejakié wyniki. Pożywka, o której mowa, otrzymuje się w następujący sposób: do kolbki wsypuje się 5 gran drobno pokrajanego agaru, 3 albo 4 grany peptonu i 1 gran soli kuchennej, dodaje się 200 ctm. szśc. wody przekroplonej i wstawia się do przyrządu sterylizacyjnego (Koch'a); po rozpuszczeniu się agaru dodaje się 20—30 kropel 8% roztworu KHO w wodzie przekroplonej, wstawia się ponownie do tegoż przyrządu, następnie płyn przesącza się na gorąco. Taka pożywka przedstawia lekko żółtawej barwy galaretę wodnistą t. j. płyn, w którym zawieszono są bryłki agaru. Jeżeli do takiej pożywki zaszczepimy krew chorych na ospę i po pewnym przeciągu czasu będziemy badali pożywkę pod drobnowidzem, znajdziemy w niej wyżej opisane postaci syreny, lecz w bardzo nieznacznej ilości, mniej więcej po kilka w preparacie; znajdujemy te postaci w pożywce stale przez $\frac{1}{2}$ roku i dłużej, przyczem zachowują one charakterystyczne swe cechy (ruch ziarenek, podział ciałek i t. d.), wygląd zaś pożywki nie zmienia się: nie zawiera ona osadu, nie mętnieje, tylko żółtawe zabarwienie staje się jakby trochę mocniejsze. Rozwój syreny w tem podłożu jest bardzo słaby, nie uwidoczni się makroskopowo, tak, że w ścisłym znaczeniu bakteriologicznym nie może być uważany za hodowlę, co zależy prawdopodobnie od podłoża, bardzo słabo jeszcze sprzyjającego jej rozwojowi.

Takie same postaci syren otrzymywałem ze krwi chorych na odrę i szkarlatynę w okresie kwitnienia. Szczepiając krew chorych na rozmaite inne ostre choroby wysypkowe, jak *typhus exanthematicus*, *urticaria simplex*, *urticaria bullosa*, *erythema multiforme*, otrzymałem stale wyniki ujemne.

Ważną częścią składową pożywki jest agar, znajdujący się w niej w postaci galaretowatej. Rozgotowany agar staje się po ostudzeniu twardym, ale można przygotować taki roztwór agaru, który nawet przy ciepłocie pokojowej pozostaje płynnym. Jeżeli z takiego agaru płynnego przygotujemy w odpowiedni sposób pożywkę i zaszczepimy krew chorych, otrzymamy wtedy hodowlę właściwą. W pożywce tworzy się duży biały osad, który pod drobnowidzem przedstawia się jako kolonia typowych ciałek syreny z ziarenkami, młodemi ciałkami i niemi, przyczem ciała syreny mogą dochodzić do znaczniejszych rozmiarów, do 15 μ średnicy (rys. N. 13). Pożywka taka jest tylko naśladownictwem powszechnie znanego faktu, że pierwotniaki rozmnażają się tam, gdzie odbywa się gnienie istot roślinnych; podczas przygotowywania pożywki dla pierwotniaków powinny odbywać się w jej składowych częściach takie reakcje chemiczne, jakie mają miejsce przy gnieniu roślin. Dotychczasowe badania moje pozwalają przypuszczać, że na tej dro-

dze można będzie przygotować pożywkę właściwą przynajmniej dla pewnego rodzaju pierwotniaków.

Badając krew chorych na ospę pod drobnowidzem, przekonałem się, że zawiera ona wszystkie wyżej opisane postacie syreny. Stosunkowo najmniej znajdujemy postaci typowych. Kuliste, zupełnie przezroczyste i bezbarwne ciała, wszystkie o średnicy $5,6-7,2 \mu$ z ziarenkami, obdarzonymi ruchem, albo bez nich, spotykają się w jednym preparacie od jednego do kilkunastu, pojedynczo albo w koloniach po 2—3 i więcej ciałek (rys. N. 15, *a, b i c*). Znacznie mniej znajdujemy postaci nietypowych, mianowicie bezbarwnych i przezroczystych ciałek o średnicy $5,2-7,2 \mu$, z jednym albo wieloma wklęsnięciami i wtedy mających wielokątną postać (rys. N. 15 *d i e*). Ilość tych postaci nietypowych bywa rozmaita: od kilku do kilkudziesięciu (w koloniach) w jednym polu. Oprócz ziarenek, znajdujących się wewnątrz ciałek syreny, są jeszcze ziarenka swobodnie pływające, pojedynczo albo po 2 i więcej; wreszcie ziarenka połączone ze sobą matową waziotką niteczką rozmaitej długości, przecięciowo około $9-18 \mu$; jeden jej koniec zwykle węższy, szybko się porusza (rys. N. 15 *f, g, h*). Nici takie znajdują się w każdym przypadku ospy zwykle w nieznacznej ilości (kilka w preparacie), czasami jednak w każdym polu widzenia znajdujemy je po kilka, dochodzą one wtedy do 27μ długości i obdarzone są energicznym ruchem.

Nie w każdym przypadku ospy można znaleźć wszystkie opisane postacie; w jednym przeważają jedne, w drugim inne, ale ilość rozmaitych postaci znajduje się w stosunku prostym do ciężkości przypadku; najwięcej widzimy ich we krwi chorych o bardzo ciężkim przebiegu choroby, którym ospa nie była szczepiona. Postacie te znajdują się we krwi chorych tylko w okresie wysypiania się (*stadium eruptionis*), po tym okresie znaleźć ich we krwi nie można.

Zupełnie takie same postacie spostrzegamy we krwi chorych na odrę i szkarlatynę przez cały czas okresu kwitnienia; ilość ich również zależy od natężenia sprawy chorobowej, przyczem najwięcej ich znajduje się w *acme*, potem ilość ich zmniejsza się, a po skończonym okresie kwitnienia już ich nie znajdujemy.

Badając pod drobnowidzem zupełnie przezroczystą zawartość krost ospowych, widzimy, że oprócz bardzo nielicznych białych, a czasami i czerwonych ciałek krwi, zawiera ona typowe ciała syreny, dalej młode ciała z zaczynającymi się wytwarzać ziarenkami albo bez nich i swobodne ziarenka (rys. N. 16). Postaci nietypowych nie widziałem. Postaci tych z początku jest bardzo mało, lecz ilość ich szybko się zwiększa, szczególnie podczas mętnienia zawartości pęcherzyków.

Widzieliśmy już, jakie postacie syreny można otrzymać w hodowli i kiedy podobne postacie znajdujemy we krwi i zawartości krost ospowych; badając jednak zawartość krost w rozmaitych okresach ich rozwoju, spotykamy w niej inne jeszcze postacie, które możnaby uważać za następne okresy rozwoju syreny; mianowicie, w zawartości krost, która dopiero zaczyna mętnieć, zjawiają się postacie, które od typowych ciałek syreny różnią się tylko znacznie większymi rozmiarami, t. j. zjawiają się zupełnie bezbarwne i przezroczyste ciała z szybko poruszającymi się wewnątrz ziarenkami albo bez nich, ciała także nieruchome, pojedynczo albo po 2—3 ciała razem, ale średnica ich dochodzi do 15μ i więcej (rys. N. 17, *a, b i c*). W miarę coraz większego mętnienia płynnej zawartości krost, ilość typowych ciałek syreny o średnicy $7,2 \mu$ coraz się zmniejsza, a na pierwszy plan co do ilości wystę-

pują duże ciała o średnicy $15\ \mu$. I w tych ostatnich ciałkach zachodzą zmiany, mianowicie zjawiają się w niektórych ciałkach jądra dwójakiego rodzaju: albo jądro duże, przezroczyste w postaci fasoli z wyraźnymi zarysami, albo okrągłe, matowe o niewyraźnych zarysach.

W ciałku może być tylko jedno przezroczyste jądro, matowe zaś jedno lub dwa, samo albo razem z przezroczystym. Zupełnie mętny płyn zawiera przeważnie same duże ciała z jądrami (rys. N. 17, *d*); typowych ciałek syreny o średnicy $7,2\ \mu$ w płynie takim wcale nie ma, albo z wielką trudnością możemy w całym preparacie znaleźć tylko kilka ciałek.

Opisane wyżej bezbarwne i przezroczyste ciała o średnicy $15\ \mu$ z jądrami i ruchomymi ziarenkami możnaby uważać za końcowy okres rozwoju syreny t. j. za dojrzałe syreny. Są one bardzo podobne do t. zw. eozynofilowych komórek krwi. Ziarenka i jądra w ciałkach takich można zabarwić spirytusowym roztworem eozyny, ale samo bezbarwne i przezroczyste ciało nie barwi się żadnym barwnikiem.

Jeżeli ciało takie (rys. N. 18, *a*) będziemy obserwowali przez czas dłuższy, to zauważymy, że ziarenka w takim ciałku zaczynają poruszać się coraz wolniej i skupiać się około jąder, nareszcie zupełnie ustaje ruch ziarenek, które wraz z jądrami w postaci masy ziarnistej zajmują tylko niewielką część bliżej obwodu ciała bezbarwnego (rys. N. 18, *b*). Jeżeli w płynie pod szkiełkiem zjawi się prąd w sąsiedztwie takiego ciała, widzimy wtedy, co następuje: jądra z ziarenkami w postaci masy ziarnistej pozostają na miejscu (rys. N. 18, *d*), a bezbarwne ciało, uwolniwszy się od zawartości (rys. N. 18, *c*), zostaje uniesione prądem płynu w postaci zupełnie przezroczystej i bezbarwnej kuli o średnicy $15\ \mu$, która płynąc, przyjmuje, stosownie do spotykanych przeszkód, najrozmaitsze postacie, np. biskoptu, podłużnego owalu i t. d., żeby w następstwie przyjąć napowrót postać kulistą.

Analogiczne postacie znajdujemy w gęstej zawartości drobnutkich białych pęcherzyków w ciężkich przypadkach szkarlatyny (*scarlatina miliaris*), t. j. pod drobnowidzem mamy ten sam obraz, jaki nam daje gęsty płyn puśtuły ospowej.

I we krwi chorych na ospę w okresie wysypywania się (*stad. eruptionis*), a chorych na odrę i szkarlatynę w okresie kwitnienia — znajdujemy ciała bardzo podobne do opisanych wyżej dużych ciałek z jądrami i ruchomymi ziarenkami (rys. N. 15, *i* i *k*). Ciała te są zupełnie podobne do t. zw. eozynofilowych komórek krwi; różnią się od nich tem, że ziarenka w nich obdarzone są szybkim ruchem, że grupują się w kolonie po 3—4 ciała i że są bardzo nietrwałe; mianowicie, można zauważyć, że po pewnym przeciągu czasu ruch ziarenek powoli ustaje, jądra i ziarenka pozostają na miejscu, a bezbarwne ciało (rys. N. 15, *e*), które zawierało wewnątrz te twory, rozpada się na kilkanaście małych, bezbarwnych i przezroczystych kulek, które pozostają obok jądra (rys. N. 15, *m*). Ciała te znajdują się we krwi tylko w wyżej wymienionych okresach choroby i ilość ich w jednym polu widzenia dochodzi do 9—12; później ciałek tych we krwi nie ma.

Widzieliśmy już, że wyhodowane przezemnie postacie syreny są tylko pewną fazą w rozwoju pierwotniaka, który w dojrzałej postaci przypuszczalnie jest zupełnie podobny do t. zw. eozynofilowych komórek krwi nie tylko z wyglądu, lecz i z zachowania się względem barwników, a różni się od nich tylko szybkim ruchem ziarenek. Charakterystyczną cechą tego pierwotniaka jest wielopostaciowość. Nie opisuję go jako ustroju swoistego dla os-

py, otrzymałem bowiem takie same postacie ze krwi chorych na odrę i szkarlatynę; chcę tylko zaznaczyć, że w pewnych okresach ospy, odrę i szkarlatyny można wyhodować ze krwi opisane wyżej postacie syreny, że takie same postacie znajdują się we krwi chorych tylko w pewnych okresach tych chorób, a później niemożna ich odnaleźć, wreszcie, że młode postacie syreny są bardzo podobne do białych ciałek krwi, a przypuszczalna dojrzała postać syreny do eozynofilowego ciała, tak, że opisane wyżej postacie, znajdujące się we krwi chorych, można uważać za pasorzyty tylko na tej podstawie, że takie same postacie można otrzymać w hodowli. Jakie i czy wogóle mają jakiegokolwiek znaczenie opisane wyżej postacie syreny, pokażą dalsze badania, o czym w miarę postępu pracy nie omieszkam podawać do wiadomości czytelników.

Na zakończenie dodam kilka słów o warunkach badania. Badać wyżej opisane postacie syreny można przy każdym oświetleniu, najlepiej jednak przy świetle żółtawem, słabem; używałem zwykle (w dzień i wieczorem) światła zwykłej lampy naftowej o sile 8—10 świec. Badać najlepiej żywe postacie, do czego albo bierze się kroplę krwi z ucha chorego, albo stawia się choremu jedną ciętą bańkę na plecach i do badania bierze się krew, zebraną z powierzchni skrzepu uszkiem igły platynowej; ostatni sposób jest pewniejszy, szczególnie przy lekkim przebiegu choroby. Badanie tych postaci jest w wysokim stopniu trudne i uciążliwe, wymaga dużo czasu i cierpliwości. Przy badaniach używałem drobnowidza HARTNACK'a, okular N. 4, system N. 9, które (według dołączonej tablicy) dawały powiększenie 900.

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

I.

Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (*cholelithiasis*),

podał **D-r Ludomił Korczyński**, I Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 13).

Już z tego krótkiego ogólnego poglądu na sprawę ropienia w wątrobie i jej przewodach wynika, że takie przypadki, które odbiegają od zwykłego typu przebiegu klinicznego, czy to pod względem objawów klinicznych, czy zmian anatomicznych, lub też jeżeli rozjaśniają stanowisko etyologiczne, zasługują, aby je dokładniej rozpatrzyć i krytycznie ocenić. W tej też myśli podaję opis dwóch spostrzeżeń z kliniki lekarskiej Krakowskiej.

A. P. lat 32, akuszerka z Krakowa, przyjęta do kliniki 14 grudnia 1894.

Wywiady dają się streścić w krótkich słowach. Matka chorej zmarła przed 13-ma laty na suchoty, ojciec żyje i jest zdrow. O sobie opowiada, że oprócz zimnicy, którą przebywała kilka razy, aż do 1893 r. miała być zdrową zupełnie. W 18-tym roku życia wyszła za mąż, rodziła 6 razy; porody

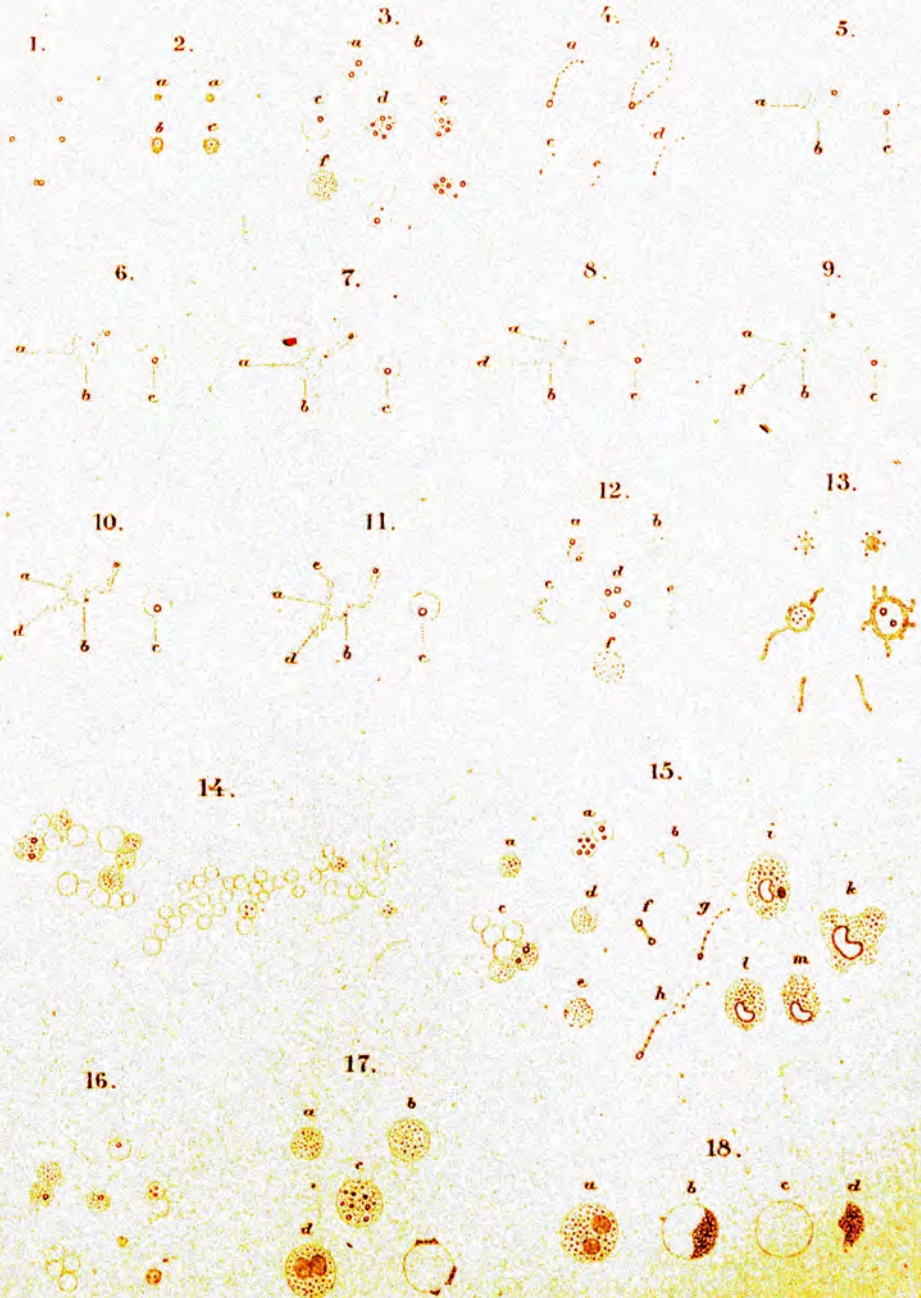
i połogi odbywały się prawidłowo. Przed 1 1/2 rokiem t. j. w r. 1893 doznawać miała przypadłości ze strony narządu pokarmowego, objawiających się bólami w dolku podsercowym, wzdęciem brzucha, odbijaniem czczemi i zaparciem stolca. Jak długo trwał ten stan, podać nie umie. Przed rokiem przebyła zapalenie kiszki ślepej, które stwierdził lekarz (d-r SURZYCKI). Po tej chorobie czuła się względnie zdrową, miewała jednak od czasu do czasu dreszcze połączone z bólami, wychodzącymi z dolka podsercowego, a rozprze-strzeniającymi się ku krzyżom i łopatkom. Obecna choroba rozpoczęła się dość nagle 2-go grudnia 1894 r., ogólnem osłabieniem, bólem głowy i krzyżów, odbijaniem z początku czczemi, potem gorzkiemi i gorączką. Wkrótce zauważyła chora wyraźną żółtaczkę. Stan ten pogarszał się z dnia na dzień i to spowodowało chorobę, że zgłosiła się do kliniki.

Stan obecny. Chora wzrostu średniego, o miernej budowie kośćca. Odżywienie dobre, zwłaszcza podściółka tłuszczowa znacznie rozwinięta. Skóra i błony śluzowe wybitnie żółtaczkowo ubarwione. Język malinowy, suchawy, białym mułem obłożony. Klatka piersiowa dość dobrze zbudowana. Strona prawa mniej ruchoma, przestwory żebrów po tejże stronie nieco silniej napięte, bolesne, a w dolnej części z tyłu odgłos wypukowy mniej jasny, bębnekowy. Na całej klatce piersiowej szorstkie rżęzenie chrapliwe i świszcz, w częściach dolnych niedźwięczne, średniobańkowe rżęzenia; w okolicy podpachowej, po stronie prawej miękkie tarcie opłucnowe. Oddech krótki, przyspieszony, l. odd. 44. Kaszel mierny, odkrztuszenie dość trudne, płwocina przeważnie śluzowa. Uderzenie końca serca słabe, wymiary stłumienia prawidłowe; tony czyste. Nad mostkiem głośnie tarcie osierdziowe. Tętnice miernie szerokie, tętno przyspieszone, dość dobrze napięte, l. tętna 104. Brzuch balonowato wydęty, okolica podżebrów prawa więcej wysklepiona i podobnie jak dołek podsercowy bardzo bolesna i oporniejsza. Stłumienie wątroby przede wszystkim w płacie prawym większe, granica górna ruchoma. Śledziona miernie powiększona. W jelitach spora ilość kału. Okolice nerek nie bolesne. Mocz w skąpej ilości (350 ctm.), ciemny, nasycony, zawiera ślad białka i daje wyraźny odczyn barwików żółciowych (GMELIN). W osadzie komórki śród-błonkowe z niższych dróg moczowych i pochwy, skąpe ciała wypocinowe, moczany. Ciepłota ciała podniesiona, o typie zwalniająca, między 38° C. a 39,8° C. Chora osłabiona, porusza się z trudnością. Łaknienie upośledzone.

Celem opróżnienia jelit podano olej rącznikowy, poczem nastąpiły obfite wypróżnienia półpłynne, niezupełnie odbarwione, lecz tylko znacznie od prawidłowych jaśniejsze, śluz zawierające, a w preparatach drobnowidzowych stwierdzono liczne ciała wypocinowe, komórki śród-błonkowe nieliczne, nadtrawione włókna mięsne, sole wapniowe, fosforan magnowo-amonowy i sporą ilość bakterii.

Badanie krwi wykazywało wybitną leukocytozę (17,000 ciałek w 1 mm. szc.).

Tego rodzaju wynik badania i szczegóły, powzięte z wywiadów, nakazywały zwrócić uwagę przede wszystkim na wątrobę i jej przewody. Na podstawie wywiadów przypuszczać należało, że już te objawy, które zauważyła chora przed 1 1/2 rokiem, mogły być wyrazem istniejącej kamicy żółciowej; tembardziej uzasadnionym wydawał się wniosek, że wyrazem tej choroby były przypadłości, których chora doznawała po przebytem zapaleniu kiszki ślepej. Objawy, stwierdzone przy pierwszym badaniu, jak bolesność i powię-



kszenie wątroby, przedewszystkiem płatu jej prawego, bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego, żółtaczką, obecność barwików żółciowych w moczu, objawy ciężkiego cierpienia, wysoka gorączka z torem przepuszczającym,—nakazywały przypuszczać, że w przewodach żółciowych i pęcherzyku żółciowym toczy się sprawa zapalna o charakterze ropnym, która już zakaża cały ustrój chorej. Przypuszczenie uwięźnięcia kamyka wydawało się mniej prawdopodobnem wobec braku w wywiadach objawów napadowej kolki wątrobowej, za czem przemawiał także brak zupełnego odbarwienia stolców, które wystąpiłoby musiało, gdyby żółtaczką była następstwem całkowitego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego.

Badanie bakteryologiczne krwi, które uskuteczniło zaraz w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice, wypadło dodatnio, dając jako wynik czyste hodowle gronkowców i uzasadniając powzięte na podstawie objawów klinicznych podejrzenie ogólnego zakażenia ropnego. Chorej zaproponowano wykonanie zabiegu operacyjnego, ale gdy ani ona, ani rodzina nie godziły się chętnie, nie nalegano na to, uwzględniając niedostateczność sił, ogólne zakażenie ropne i niemożność ścisłego umiejscowienia ogniska ropnego. Wobec tego porzeczono na stosowaniu okładów lodowych na okolicę wątroby, wewnątrznie podano salicylan sodu, środki podniecające i wykrztuśne. Prognoza wydawała się nader wątpliwą.

Dalszy przebieg nacechowany był zrazu stałem pogarszaniem się objawów. Chora w nocy zupełnie bywa nieprzytomna, wśród dnia majaczy, mocz i kał oddaje pod siebie. Rozmiary wątroby w całości powiększają się, brzeg dolny staje się zbity, powierzchnia twardsza, osobliwie okolica pęcherzyka żółciowego przy ucisku bolesna. Żółtaczką zwiększa się. Ciepłota stale wysoka o typie zwalnającym, tętno przyspieszone, miękkie, dwubitne, co stwierdzono kilkakrotnie zdjęciami sfigmograficznymi. W moczu skąłym, żółtaczkowym mała ilość białka, wałeczki szkliste i wyraźny odczyn na pepton. Chlorków brak zupełny. Tarcie osierdziowe utrzymuje się z tyłu u dołu klatki piersiowej, po stronie prawej wyraźne objawy zapalenia płuc i oplucnej. Biegunka trwa. We krwi wyraźna leukocytoza.

Od dnia 21-go grudnia 1894 r. miewa chora codzien prawie, a niekiedy i kilka razy dziennie dreszcze w nieregularnych odstępach czasu. Ciepłota waha się rana między $37,2^{\circ}$, a 38° C., wieczorem między 40° — $40,4^{\circ}$ C. W nocy obfite poty. Tętno nawet przy niskiej ciepłocie wynosi 110—124. W stolcach stale biegunkowych, żółtawo zabarwionych, pod drobnowidzem obfite ciała wypocinowe, obok skąpej ilości ciałek krwi czerwonych. W przeciwieństwie do stanu ogólnego stwierdzić można zmniejszenie się żółtaczki skóry i moczu, zmniejszenie się prawego płatu wątroby, który jest mniej bolesny, gdy płat lewy, znacznie bardzo powiększony, mimo senności i odurzenia chorej przy uciskaniu jest bolesny.

W pierwszych dniach stycznia 1895 r. gorączka, zachowując poprzedni typ zwalnający, a niekiedy przybierając cechę gorączki przerywanej, wolniej w swych nasileniach, tak, że mimo kilkurazowych dreszczów, podnosi się pod wieczór tylko do $39,1^{\circ}$, a najwyżej do $39,3^{\circ}$. Chora swobodniejsza, mniej senna, przestaje majaczyć; mocz i kał pod siebie nie oddaje. W moczu, który zawiera w sobie stale barwinki żółci, znajduje się białko w małej ilości i skąpa ilość wałeczków ziarnistych; chlorki jednak wracają do stanu prawidłowego; reakcja peptonowa trwa dalej. Czasami pojawia się czkawka. Chora żali się przedewszystkiem na dokuczliwy ból głowy, szum w uszach

i na bóle w stawach kończyn tak górnych, jakoteż dolnych, gdzie jednak badanie przedmiotowe żadnych zmian nie wykazuje. Prawy płat wątroby jeszcze bardziej maleje i staje się mniej bolesny, okolica pęcherzyka żółciowego mało bolesna, natomiast płat lewy okazuje takie same, jak poprzednio, powiększenie i taką samą bolesność. Stolce mniej biegunkowe, żółtawo zabarwione. Hodowle z krwi pozostają jałowe; niema w nich obecnie żadnych drobnoustrojów. Żółtaczka skóry mniejsza. Zresztą objawy ze strony opłucnej prawej, osierdzia i płuca prawego, oraz objawy nieżytu oskrzelowego pozostają niezmiennione.

W dniu 7 stycznia 1895 r. zauważono nagle pojawienie się stolców trawiasto zielonych w obfitej ilości. Żółtaczka skóry jeszcze bardziej się zmniejszyła, ilość barwników żółciowych w moczu znacznie zmalała, a przez dwa dni z rzędu najwyższa ciepłota wieczorna wynosiła tylko $38,8^{\circ}$ C. ciepłoty ranne $36,8^{\circ}$ C. Liczba tętna zaś utrzymywała się stale na wysokości 124 uderzeń. Badanie drobnowidzowe stolców wykazuje, że zawierają w sobie znaczną ilość ciałek wypocinowych. Sprawa ropna w drogach żółciowych i wątrobie zaczyna od tego czasu przybierać postać korzystniejszą i więcej umiejscowioną.

Dnia 10 stycznia 1895 przy ponownej demonstracji klinicznej stwierdzono: żółtaczka skóry obecnie małego stopnia. Język czysty, wilgotny. Oddech wyłącznie obojętny; dolna granica wypukowa płuc po stronie prawej przy oddychaniu nieruchoma. W płucach jeszcze znaczne objawy nieżytu oskrzelowego ze skąpem odkrztuszaniem płwociny śluzowej, miernie lepkiej. W tylnej dolnej części klatki piersiowej po stronie prawej utrzymują się objawy zapalenia płuc i opłucnej (stłumienie, drobne rżenia wdechowe, wydech oskrzelowy, tarcie opłucnowe, bolesność przestworów międzyżebrowych). Komora sercowa prawa znacznie rozszerzona; tarcie osierdziowe. Wątroba w prawym płacie sięga obecnie tylko na 3 ctm niżej łuku żebrowego; trudno w tem miejscu jej brzeg wymacać; brzeg jest znacznie miękki i prawie niebolesny. Natomiast oporność w okolicy pęcherzyka żółciowego utrzymuje się, a co daleko ważniejsze, płat lewy wątroby stale powiększony, sięgający ku dołowi prawie do linii pępkowej, a ku stronie lewej po za linię sutkową, okazuje poniżej wyrostka mieczykowatego wyniosłość, przy obmacaniu bolesną, dającą niewyraźne objawy chęłbotania. Dolna część brzucha przy uciśnięciu miernie bolesna. W bocznych najniższych częściach brzucha stłumienie odgłosu, zmieniające się przy zmianie położenia chorej (płyn wolny). Na stopach i podudziach miernego stopnia opuchlina skórna. Dreszcze mniejsze. Ciepłota dnia poprzedniego z rana $36,9^{\circ}$, wieczorem $38,9^{\circ}$ C.

Rozpoznano wypróżnienie się przewodów żółciowych z treści ropnej przez skłębienie obrzęku błony śluzowej, a względnie wydalenie złożeń, których jednak, przy niezbyt dbałej i inteligentnej postudze klinicznej, w stolcach nie odnaleziono, a natomiast rozpoznano tworzenie się ropnia w lewym płacie wątroby. Skoro w następnych dniach objawy chęłbotania w lewym płacie wątroby stawały się wyraźniejsze, zaproszono prof. d-ra RYDYGIERA do zbadania chorej celem ewentualnego wykonania zabiegu chirurgicznego. Punkcja próbna, dokonana w dniu 14 stycznia przez prof. d-ra RYDYGIERA trójgrańcem cienkim, zwykle do nakłuć próbnych trzewów brzusznych używanym, przy wprowadzaniu trójgrańca poniżej i nieco na lewo od wyrostka mieczykowego, i po kilku zwróceniach go na jedną i drugą stronę, wydała ten wynik, że przez otwór trójgrańca trysnął strumień płynu tak nagle i tak obficie,

że ledwie 3 ctm. szśc. uchwycić zdołano do przygotowanego naczynia. Płyn ten, przeniesiony na hodowlę, pozostawił je w stanie zupełnie jałowym, zaś dalsze badanie ograniczyć się musiało dla tak małej ilości płynu tylko do najważniejszych szczegółów. Płyn ten był barwy bursztynowo-zielonkawatej, oddziaływał słabo alkalicznie i zawierał w sobie mierną ilość białka; makroskopowo można było już widzieć na powierzchni płynu unoszące się kulki tłuszczu. Pod drobnowidzem spostrzeżono bardzo nieliczne ciała czerwone, znacznie liczniejsze ciała wypocinowe w późnym okresie stłuszczenia, wolne kulki tłuszczu, igielki wolnych kwasów tłuszczowych i kryształki tyrozyny, a więc obraz taki, jaki się stwierdza w przewlekłych ropniach wątroby, będących w związku z zapaleniem dróg żółciowych, lub w rozstrzeniach przewodów żółciowych w tym okresie, w którym poprzednie ropienie już wygasło.

Nazajutrz po wykonanej punkcji gorączka nieco się zmniejszyła, natomiast chora poczęła się żalić na ból w podbrzuszu i wymiotowała kilkakrotnie (po raz pierwszy w tej chorobie). Treść zwymiotowana była barwy zielonkawato-żółtej, zmieszana ze śluzem, zawierała kulki tłuszczu; barwniki żółci dały się dokładnie badaniem chemicznym wykazać, a pod drobnowidzem stwierdzono leucynę, igielki kwasów tłuszczowych i liczne ciała wypocinowe. W dolnych i tylnych częściach brzucha zauważono zwiększenie się płynu w otrzewnej. Obraz ten odpowiadał wysączeniu się dalszej części treści otorbionego w wątrobie starszego ropnia, już obecnie aseptycznego, do jamy otrzewnowej przez otwór, przy punkcji próbnej zrobiony, z następowem podrażnieniem otrzewny, a z drugiej strony przebicciem się tego ropnia, zapewne także skutkiem kilkakrotnego zwracania igły trójgrańca, do dróg żółciowych, przyczem przy ruchach zwrotnych, wymiotnych treść dostawała się do żołądka. Lewy płąt wątroby znacznie zmalał i stał się jeszcze mniej bolesny.

W trzy dni po wykonaniu przekłucia, bo w dniu 17 stycznia 1895 r., zauważono zakrzep w zakresie całego przebiegu żyły udowej prawej. Mimo to, jak niemniej mimo gromadzącego się w większej ilości płynu w jamie otrzewnowej i często powtarzających się wymiotów o podobnym, jak poprzednio, składzie chemicznym, dreszcze zjawiały się coraz rzadziej i coraz mniejsze, a ciepłota wieczorna dochodziła tylko do 38,2°, a najwyżej 38,4° C.

Dnia 24 stycznia 1895 r. ciepłota wieczorna doszła ponownie do wysokości 39,6° C., a jako przyczynę tego wzniesienia wykazano nazajutrz powiększenie się sprawy zapalnej w tylnej części płuca prawego (czy nie na tle zatoru z zakrzepu żyły udowej?) Płyn w jamie brzusznej przedstawiał się w części jako płyn wolny, a w części jako płyn otorbiony, zapalny. Wymioty żółciowe pojawiały się co kilka dni.

Jeszcze w dniach 1 i 2 lutego ciepłota wieczorna doszła do 39,8°, a w dniu 8 i 14 lutego do 39,2° C., wahając się zresztą wśród mniejszych granic i nie okazując tak znacznego nasilenia. Stan ogólny chorej coraz lepszy. Barwiki żółciowe z moczu znikły, biegunka ustala, a stolce przybrały zwykle zabarwienie. Ostatnie wymioty żółciowe przydarzyły się w dniu 8 lutego. W moczu tylko obfite mocznany i ślad białka.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

38. BOAS. **Obecny stan patologii i terapii zaburzeń ruchowych żołądka.** Sądzo no dotychczas, iż głównem zadaniem żołądka jest peptonizowanie pokarmów oraz zabicie drobnoustrojów, wywołujących sprawy rozkładowe w przewodzie pokarmowym. Okazało się jednak, iż: 1) kwas solny nie jest niezbędny do czynności prawidłowej żołądka; toż samo tyczy się i enzymów żołądkowych; 2) prawidłowa, a nawet nadmierna ilość kwasu solnego nie powstrzymuje fermentacji, wrażliwości obecności jakichkolwiek przeszkód dla wydalania zawartości żołądka do dwunastnicy; 3) w razie obecności owrzodzeń błony śluzowej żołądka, istniejące fermentacje wzmagają się, jeżeli czynność ruchowa narządu jest upośledzona. Wynika z tego, iż jedną z najgłówniejszych przyczyn fermentacji jest upośledzenie sprawności ruchowej żołądka, powodujące dłuższe lub krótsze zatrzymywanie się pokarmów w żołądku. Lekkie zaburzenia w wydalaniu pokarmów autor nazywa niedomogą (*Insufficienz*) mechaniczną pierwszego stopnia; dłuższe pozostawanie pokarmów w żołądku zależy od niedomogi drugiego stopnia. Ten drugi rodzaj zaburzenia nazywają niektórzy także rozstrzenią (*ectasia*), niezupełnie jednak słusznie. Należy zwrócić uwagę, iż czynność mechaniczna zupełnie nie zależy od wielkości żołądka; powiększony żołądek zachować może prawidłową sprawność ruchową, natomiast żołądek o wymiarze zwykłym niekiedy daje wszelkie objawy tak zwanej rozstrzeni. To znaczy, iż niedomoga mechaniczna może być połączona lub nie z rozszerzeniem żołądka.

Co się tyczy sposobów badania stanu powyższego, to opukiwanie, macanie i rozdęcie sztuczne, są ogólnie znanymi sposobami określania wielkości i położenia żołądka. Określanie pojemności zapomocą powietrza i wody nie daje wyników zadawalających, w obu bowiem razach albo osłabiona błona mięśniowa ustępuje parciu i ściany znacznie się rozszerzają, albo też część powietrza lub płynu przedostaje się do dwunastnicy. Prześwietlanie żołądka wymaga zbyt wielu zachodów i również nie prowadzi do celu. Do ważniejszych i pewniejszych wyników prowadzi badanie sprawności ruchowej żołądka. Nasamprzód należy wprowadzić rano zgłębnik do żołądka, aby się przekonać, czy pokarmy, poprzedniego wieczora przyjęte, zostały już z żołądka wydalone; w tym celu autor proponuje dać choremu o godz. 8-ej wieczór kolację, składającą się z dużej filiżanki herbaty, dwóch bułek z masłem i niewielkiej ilości zimnego mięsa. Jeżeli po kilkakrotnem badaniu otrzymamy zawartość, składającą się z resztek pokarmów, to widoczne jest upośledzenie mechaniczne trawienia. Jeżeli oprócz tego otrzymamy sok żołądkowy, śluz lub żółć, to w pierwszym przypadku rozpoznajemy sokotok żołądkowy, w drugim nieżyt żołądka, w trzecim przeszkodę w dolnym odcinku dwunastnicy lub górnym kiszek cienkich. Obecność miazgi pokarmowej dowodzi jakiegoś poważnego zбочzenia, którego ściśle określić jeszcze nie jesteśmy w stanie. Możemy wtedy przypuszczać zarówno obecność raka, zwężającego wyjście z żołądka, bliznowate zwężenie po wrzodzie okrągłym, przerost odźwiernika wskutek nieżyty, lub inne sprawy w pobliżu tego ostatniego.

Jeżeli żołądek nie zawiera resztek pokarmowych, to śmiało wyłączyć możemy ciężką niedomogę.

Upośledzenie ruchów żołądkowych może polegać i na tem, iż pokarmy dłużej się zatrzymują w żołądku, lecz wreszcie zostają wydalone do kiszek. W celu rozpoznania dajemy choremu obiad próbny LEUBE'go (talerz zupy, befszytk, bułkę i szklankę wody). Jeżeli po siedmiu godzinach pokarm został wydany

z żołądka, posiadamy dowód, iż sprawność ruchowa jest prawidłowa, w przeciwnym razie mamy do czynienia z niedomogą ruchową.

Następnie należy zwrócić uwagę na skład chemiczny zawartości żołądkowej. Pozostałe w żołądku resztki pokarmowe zawsze podlegają gnicju lub fermentacji; tłuszcze rozszczepiają się na kwasy tłuszczowe; węglowodany dają z jednej strony, pod wpływem drożdży, alkohol i kwas węglany; z drugiej zaś, pod wpływem lasecznika kwasu mlecznego, kwas mleczny, oprócz tego gaz błotny i wodór; ciała białkowe dają siarkowodor i rozmaite ciała zasadowe, których dotychczas nie wydzielono. Tworzeniem się tych produktów rządzą pewne prawa. Obecność czworniaka dowodzi obecności kwasu solnego, a zarazem rozstrzeni łagodnej (*gutartig*), natomiast laseczniki nitkowe (*Fadenbacillen*) rozwijają się przy fermentacji mlecznej, przy rozszerzeniu złośliwym żołądka. Tylko grzybki drożdżowe rozwijają się przy rozmaitych sprawach fermentacyjnych. Zresztą fermentacja rozwinąć się może zarówno przy odczynie kwaśnym, jak i alkalicznym zawartości żołądka; przy owrzodzeniach błony śluzowej, rozkład białka następuje nawet w braku zaburzeń ruchowych.

Leczenie. Przedewszystkiem należy, o ile to jest możebne, usunąć przyczynę niedomogi. Przy niedomodze wskutek raka żołądka lub śwunastnicy nie należy, rzecz prosta, operować, gdyż i po operacji mogą powstać przerzuty, które bądźco bądź śmierć sprowadzą. Natomiast przy zrostach żołądka z poprzecznicą, pęcherza żółciowego i trzustki z żołądkiem, gastroenterostomia wyda pożądane wyniki. Głównem jednak zadaniem leczenia jest oszczędzanie i wzmacnianie żołądka. Na pierwszym miejscu stoi odpowiednia dyeta. Przy niedomodze bez zwężenia odźwiernika lub ze zwężeniem i brakiem zupełnym soku żołądkowego (rak, ciężki nieżyt) należy stosować pokarmy płynne lub przynajmniej rzadkie. Przy niedomodze z prawidłową lub wzmogoną ilością soku żołądkowego, należy ograniczyć ilość płynów; w razie zaś niedrożności odźwiernika, stosować jedynie płyny, głównie mleko. Chorzy lepiej znoszą częstsze, mniej obfite posiłki. Przy wyborze pokarmów należy zwrócić uwagę na dostateczną ich ilość, następnie na własności chemiczne i strawność. Przy wzmogonem wydzielaniu soku żołądkowego i niezłośliwym zwężeniu odźwiernika zalecimy pokarmy białkowe w obfitości, mało zaś węglowodanów; przy zwężeniu zaś ze zmniejszonym wydzielaniem zalecimy węglowodany i tłuszcze, białko zaś zwierzęce zastąpimy łatwostrawnem białkiem roślinnem. Wogóle, zawsze należy wykonać próbę z wyłączną dyetą mleczną. Często jednak, wskutek małej sprawności ruchowej i chłonnej żołądka, nie jesteśmy w stanie zrównoważyć ilości przyjmowanego i wydzielanego azotu; stosujemy wtedy laktawy z mleka, jaj, wina czerwonego.

Na drugim miejscu są przepłukiwania żołądkowe (roztwór kwasu salicylowego 3:1000). W niektórych razach, głównie przy ciężkiej niedomodze żołądka przynoszą one znaczną korzyść. Przepłukiwania stosować można rano lub wieczór. Należy zwrócić uwagę, iż przepłukiwania mogą stać się szkodliwemi, jeżeli w żołądku pozostawimy większą ilość wody.

Równie dobrze wpływa i mięsienie żołądka, choć nie jest ono oparte na danych naukowych. Przeciwwskazane jest mięsienie w stanach zapalnych oraz nowotworach złośliwych. Toż samo powiedzieć można o faradyzacji żołądka.

Leczenie środkami farmaceutycznymi nie ma podstawy naukowej, gdyż nie posiadamy żadnego środka, któryby wzmacniał sprawność ruchową żołądka. Pewne działanie przypisują strychninie, oreksynie, cetrarynie, kolombinie i innym goryczkom. Pozostaje tylko zapobieganie sprawom fermentacyjnym w żołądku, o ile temu nie zapobiega odpowiednia dyeta i przepłukiwania. W tym celu zalecamy

kwasy salicylowy (0,3—0,5 *pro dosi*) lub salicylan sodu (1,0—2,0 *pro dosi*). Objawowo stosujemy dwuwęglan sodu, magnezję paloną, sól karlsbadzką, które usuwają gazy szkodliwe i zobojętniają kwasy. Przy niedomodze żołądka i upośledzonym wydzielaniu soku żołądkowego stosujemy kwas solny (10—20 kropel na szklanekę wody, kilka razy dziennie).

(*Therap. Monatsh.* 1896. N. 1 i 2).

J. Rosenstadt.

39. KOLISCH. **O istocie i leczeniu dny.** Wychodząc ze znanej zasady CLAUDE BERNARD'a, że każda choroba jest wyrazem zmienionej odpowiednio czynności fizyologicznej ustroju, wypowiada autor zdanie, że tą chorobowo zmienioną przy dnie czynnością jest rozkład nukleiny jąder i tworzenie się ciał aloksurowych; nieprawidłowość w wytwarzaniu i wydzielaniu kwasu moczowego jest tylko jednym z objawów, nie stanowi jednak istoty tego cierpienia. Nukleina rozkłada się ostatecznie na ciała aloksurowe, t. j. kwas moczowy i pewne zasady. Dopóki nerki są zupełnie zdrowe, wszystkie wytwory rozkładu nukleiny wydzielane zostają z ustroju w postaci kwasu moczowego; z chwilą jednak, gdy sprawność ich upada, słabnie i wytwarzanie kwasu moczowego, natomiast wzrasta ilość zasad aloksurowych.

Pierwszy VIRCHOW wypowiedział zdanie, że kwas moczowy nie jest *materia peccans* przy dnie; dowiódł on, że zmiany anatomiczne w nerce i w stawach nie są w żadnym związku etyologicznym ze złoгами kwasu moczowego.

Duże podobieństwo między zmianami anatomicznymi, zachodzącymi w nerkach w dnie i w zatruciu ołowiem, oraz doświadczenie, że ołów jest jednym z czynników, sprzyjających rozwojowi dny, naprowadziły na myśl, że zmiany w nerkach są wyrazem zatrucia ustroju. Wykrycie rodzaju działającej tu trucizny uważać należy za bardzo ważny krok naprzód w poznaniu istoty dny.

Wykryty po raz pierwszy przez autora fakt, że w moczu chorych na dnę ilość ciał aloksurowych bardzo jest wzmożona, naprowadził go na myśl, że te ostatnie, szczególnie zaś trujące zasady aloksurowe, wywołują owe właściwe dnie zmiany w ustroju. Na drodze doświadczalnej udało mu się w istocie sprawdzić słuszność tego przypuszczenia i małe dawki hypoksantyny—0,01 dziennie—podawane w ciągu 3—4 miesięcy świnkom morskim i królikom, wywołały w nerkach zmiany podobne do tych, jakie wielu autorów spostrzegło w zatruciu ołowiem. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, zmiany, zachodzące przy dnie w innych narządach (zgorzel tkanek, zmiany w naczyniach, przerost serca), są także dziełem trujących zasad aloksurowych.

Zjawiskiem, spostrzeganem stale we wszystkich okresach dny, jest powiększenie ilości ogólnej ciał aloksurowych (kwasu moczowego i zasad); możnaby więc słusznie dyatezę moczanową ochrzcić mianem dyatezy aloksurowej.

Niezmierznie ciekawem jest zachowywanie się kwasu moczowego w różnych okresach dny.

Dopóki nerki są zupełnie zdrowe, chorzy wydzielają większą część ciał aloksurowych w postaci kwasu moczowego. Uwzględniając w tym okresie jedynie kwas moczowy, przekonać się można o znacznym wzmożeniu ilości tego ciała; dlatego też wielu autorów utrzymuje, że w dnie ilość kwasu moczowego znacznie jest od prawidłowej większa.

Kiedy nerki stają się mniej sprawne, słabnie wytwarzanie kwasu moczowego, a wzmagają się natomiast wytwarzanie i wydzielanie zasad aloksurowych. Ilość kwasu moczowego jest jeszcze prawidłowa, występują już jednak wszystkie objawy typowe prawdziwej dny: napady i t. d. Na zasadzie badania chorych w tym okresie, wyrosło się przekonanie, że przy dnie ilość kwasu moczowego w moczu pozostaje bez zmiany.

W miarę coraz obfitszego wytwarzania zasad aloksurowych, wzrasta trujące ich działanie na nerki i zmniejsza się wytwarzanie kwasu moczowego. I to jest znów przyczyna, dla której wielu autorów utrzymuje, że ilość kwasu moczowego w dniu jest od prawidłowej mniejsza.

W okresach końcowych cierpienia, kiedy w mięszu nerek rozwinęły się zmiany głębokie, w moczu wykryć można już tylko ślady kwasu moczowego.

Usposobienie do dyatezy moczanowej jest dziedziczne: pewne osobniki przynoszą ze sobą na świat skłonność do nadmiernego rozkładania nukleiny, której źródłem są przeważnie leukocyty. Powstające wskutek rozkładu nukleiny ciała aloksurowe, zostają początkowo w odpowiednich narządach zubożniane; z biegiem czasu jednak, skutkiem nadmiernej czynności i innych przyczyn ubocznych (nieodpowiedniej diety, nadużycia wysokości, niedokrwistości) komórki tych narządów zubożniających, szczególnie nerek, ulegają zmianom i czynność ich ratunkowa słabnie. Wytwarza się błędne koło: wzmagające się ilości trucizny niszczą czynność prawidłową narządów ratunkowych, przez co szkodliwe jej działanie na ustrój jaskrawiej jeszcze występuje. Z tego punktu widzenia można z zupełną słusnością twierdzić, że w dniu mamy do czynienia z typowym zamozatruwaniem ustroju.

Objawy kliniczne dny w okresie zupełnego rozwoju polegają na zgorzeli tkanek, zmianach w stawach, oraz na niezmiernie obfitej zawartości w moczu zasad aloksurowych.

Napad dny należy uważać za wynik nagłego przeładowania ustroju wytworami rozkładu nukleiny. Świadczą o tem ogromne ilości wydzielanych podczas napadu zasad aloksurowych, oraz wywołane przez to podrażnienie nerek: mocz zawiera białko, leukocyty i wałeczki. Dla nerek każdy napad bardzo jest szkodliwy; nie można żadną miarą uważać, że przynosi on ustrojowi pożytek.

Przechodząc do leczenia dny, zaznaczyć przedewszystkiem trzeba, że środków swoistych, któreby wpływały na zmniejszenie rozkładu nukleiny, dotąd nie posiadamy. Działanie odpowiedniej diety i leków zapobiedz może szkodliwemu wzrastaniu rozkładu nukleiny i dopomódz, aby wytwory tego rozkładu zmieniały się w kwas moczowy.

Znakomicie w tym kierunku działają alkaliczne wody mineralne: podnoszą one zdolność nerek do zubożniania szkodliwej dla ustroju trucizny. To działanie wód mineralnych ujawnia się jednak wtedy tylko, kiedy nerki są już chorobowo zmienione,—wiadomo bowiem, że w nerce zdrowej wody mineralne nie wywołują powiększenia ilości kwasu moczowego.

Co się tyczy diety, to białko w dużych ilościach stanowczo jest szkodliwe; bardzo odpowiedniemi pożywieniami dla chorych tego rodzaju jest gotowane mięso wołowe, pozbawione ciał drażniących nerki. Wszelkie wyciągi mięsne powinny być wyłączone. Węglowodany i tłuszcze, szczególnie te ostatnie, powinny mieć szerokie zastosowanie w diecie chorych; to samo powiedzieć można o mleku i jajach: ich nukleiny, rozkładając się, nie wytwarzają zasad aloksurowych. Zalecać można jarzyny liściaste i wszelkie sałaty; szparagi są stanowczo szkodliwe, zawierają bowiem wiele ciał, należących do grupy ciał aloksurowych. Surowo zabraniać należy używania wysokości, sprowadza on bowiem skutki najzłubniejsze. Ruch umiarkowany bardzo jest stosowny, nadmierny jednak wysiłek mięśniowy stanowczo potęguje rozkład nukleiny i sprowadza znaczny wzrost ilości ciał aloksurowych.

Są to najważniejsze punkty wytyczne, o których w leczeniu dny lekarz zapominać nie powinien. Niezmiernie ważne jest wczesne rozpoznanie cierpienia; jest

ono wogóle nietrudne, w przypadkach zaś wątpliwych obecność we krwi wykrytych przez NEISSER'a zmian, oraz obecność w moczu ciał aloksurowych, przemawiają stanowczo za dną.

S. P.

(Wien. klin. Wochenschrift. N. 45. 1895).

40. RIEDEL. **O zapalnym powiększeniu trzustki z dążnością do rozejścia się.** Żółtaczka w kamicy żółciowej, zdaniem RIEDEL'a, zależna jest nie tyle od przeszkody mechanicznej, ile od zapalenia wtórnego przewodów żółciowych, wywołanego obecnością kamieni, niezależnie od ich umiejscowienia. Zapalenie przewodu żółciowego, prawie stałe przy kamieniach żółciowych, przechodzi często na sąsiedni przewód trzustkowy, a nieraz i na głowę trzustki. Z powodu tych zmian zapalnych, zraziki trzustki stają się bardzo twarde i często przy obmacywaniu tylnej ściany brzusznej podczas operacji kamieni, mogą wprowadzić operującego w błąd. Zwykle po usunięciu kamieni, zmiany w trzustce prędko znikają. Niekiedy jednakże przy dłuższym trwaniu sprawy zapalnej zmiany te przyjmują cechy odrębne i następstwa tego mogą być cierpieniem groźniejszym, niż przyczyna je wywołująca. Głowa trzustki staje się twardą, jak kamień, i przyjmując dość znaczne rozmiary, uciskiem swym na ujście przewodów żółciowego i trzustkowego utrudnia lub zupełnie znosi przechodzenie żółci i soku trzustkowego do dwunastnicy. W ten sposób trzustka sama przez się, nawet po odejściu większych kamieni drogami naturalnymi, może podtrzymywać żółtaczkę, spowodować charłactwo, prowadzące do zejścia śmiertelnego. RIEDEL znajdował te zmiany trzustki w 3-ch przypadkach i określa je ogólnem mianem *pancreatitis*. W przypadku pierwszym objawy kamicy żółciowej wystąpiły na dwa lata przed operacją, żółtaczka po ostatnim napadzie więcej nie znikła. Podczas operacji znaleziono jeden tylko kamień w pęcherzyku, przewody zaś były wolne. Przyczyną żółtaczki był twardy guz w głowie trzustki, rozpoznany przez R. jako rak; zrobiono cholecystenterostomię, nie spodziewając się jakiegokolwiek wyniku dodatniego. Wbrew oczekiwaniu, chory prędko zaczął się poprawiać, żółtaczka znikła, a po 9-iu miesiącach stan chorego nie pozostawiał nic do życzenia. W przypadku drugim, dotyczącym 50-letniej kobiety, objawy kamicy trwały już lat 18, a ostatni napad był 6 miesięcy przed operacją. Przedoperacyjne badanie wykryło pod wątrobą twardy guz, który R. przyjął za napełniony kamieniami pęcherzyk żółciowy, w istocie zaś okazał się stwardniałą głową trzustki. Gdyby nie doświadczenie w pierwszym przypadku, przyznaje R., rozpoznałby on tu raka trzustki, nie operowałby nawet licznych kamieni w przewodzie żółciowym i chora nie mogłaby być uleczoną. Tymczasem po dokonanej operacji guz stopniowo zniknął, tak, że po upływie dwóch lat nastąpiło zupełne wyleczenie. W trzecim przypadku, który skończył się śmiertelnie skutkiem następczego krwawienia z rany, badanie pośmiertne wykryło zmiany trzustki, które pod drobnowidzem okazały się jako *pancreatitis interstitialis*. Pierwsze dwa przypadki niewątpliwie dowodzą zbawiennego wpływu operacji na dalszy przebieg cierpienia; R. przeto zaleca w każdym podejrzanym przypadku niezwłocznie przystąpić do operacji, usuwającej przyczyny cierpienia. R. osobiście nie jest zwolennikiem cholecystenterostomii, w następstwie której może się przedostawać zawartość kiszek do pęcherzyka, ze wszystkimi zgubnymi następstwami. Wobec jednakże nieprzewyciężonych trudności rozpoznania różniczkowego między zapalnym stwardnieniem głowy trzustki, a nowotworem złośliwym, wspomniana operacja będzie zawsze wskazana, gdyż tylko tą drogą powstała na gruncie kamicy żółciowej *pancreatitis* wyleczoną być może.

(Berlin. klin. Wochenschr. N. 1 i 2. 1896).

41. HOESSLIN. **Przyczynę do patologii choroby Basedow'a.** HOESSLIN, obserwując przez 6 lat chorego, dotkniętego chorobą BASEDOW'a, zauważył niektóre objawy, na które mało lub wcale nie zwracano uwagi, nawet w tak wyczerpujących pracach, jakimi są monografie MANHEIM'a i BUSCHAN'a. Objawy te są następujące: 1) rytmiczne wahania częstości tętna; 2) napady tachykardyi i ich przebieg; 3) wahania co do rozmiarów serca i otworów sercowych; 4) stosunek między rozmiarami wola i napadami wzmożonej częstości ruchów serca; 5) *leukoplasia* języka i zależność jej od natężenia choroby.

1) W przerwach między napadami częstość tętna stale zależną bywa od pory dnia: w godzinach rannych tętno bywa częstsze, niż w wieczornych.

2) Tachykardya zjawia się często napadami, trwającymi od kilku godzin do kilku tygodni, przytem częstość tętna nagle się podnosi ze 130 do 250 uderzeń i tak samo nagle spada. Nagłemu wzmożeniu towarzyszy uczucie strachu, zmniejszeniu zaś uczucie szarpania, skurczenia się serca; to ostatnie uczucie, zresztą powtarzające się często i w przerwach między napadami, może tak wyczerpać chorego, że godzinami nieraz trwa osłabienie ogólne, połączone z obawą śmierci.

3) Z nasileniem choroby występują objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej, które znikają z ustąpieniem innych objawów choroby. Przy nawrotach napadów wzmożonej częstości ruchów serca, jak to miało miejsce u jednej chorej z powodu wzruszeń moralnych, wróciły również dawno już wyrównane objawy niedomogi sercowej. Zaburzeń zrównoważenia nawet przy dużych zmianach w sercu autor nigdy nie spostrzegł.

4) Przy każdym napadzie wzmożonej częstości serca, zmniejszało się wole, a w jednym napadzie, trwającym parę tygodni, przy którym tętno było niezmiernie częste, poprzednio znacznych rozmiarów wole znikło prawie zupełnie. W przerwach między napadami wole stopniowo przyjmowało dawniejsze swe rozmiary, aby z następnym napadem znowu się zmniejszyć.

5) Do jednego z następstw udziału w chorobie BASEDOW'a nerwu współczulnego, zalicza autor zmiany nabłonka na języku (*leukoplasia linguae*). Natężenie tych zmian jest w tak ścisłym stosunku do siły napadów, że mogą poniekąd służyć jako wyraz ciężkości stanu ogólnego.

Choroba BASEDOW'a zdaniem H. jest nerwicą swoistą i nic wspólnego ze zmianami gruczołu tarczowego nie ma; napady po większej części wywołane są przez wstrząśnienie psychiczne i często bez żadnych zabiegów leczniczych znikają. Najodpowiedniejszym środkiem leczniczym jest makowiec, który, podawany w postaci nalewki od 20—30 kropeł w ławatywie, osłabia a niekiedy i zupełnie przerywa napady. Dyeta powinna być przeważnie roślinna. Rokowanie po większej części jest dobre.

(*Münch. med. Wochschrft.* 1896. N. 2).

M. Fraenkel.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 marca r. b.

TREŚĆ: 1) STANKIEWICZ—*a*) przedstawienie chorej z nowotworem szczęki dolnej; *b*) przedstawienie guza, wyciętego z dołu pachwinowego. 2) BORSUK — przedstawienie 2-ch chorych po herniotomiach. 3) BRODOWSKI—przedstawienie żołądka z raklem, powstałym po wrzodzie okrągłym. 4) NEUGEBAUER — *a*) przedstawienie preparatu włóknika jajnika; *b*) przedstawienie preparatu *pyosalpingis*, znalezionej wraz z jajnikiem i trzema torbielami w worku przepukliny pachowo-wargowej. 5) SZTYBNER—przedstawienie preparatu kostniaka centralnego kości czołowej. 6) STANKIEWICZ — przedstawienie chorej po operacji torbieli ślany brzucha.

1) *a*) Kol. STANKIEWICZ przedstawił chorą, która przed 3-ma tygodniami zgłosiła się o poradę, skarżąc się na ból dziąsła z prawej strony i guz wokoło zęba trzo-

nowego. Mówca znalazł obrzmienie dziąsła wokoło ruszającego się zęba; ząb ten usunął. Po tygodniu chora wróciła, utrzymując, że guz się zwiększa. Przy badaniu znaleziono guz, wychodzący z dziąsła, dochodzący aż do siekaczy. Zęby w tej okolicy ruszają się. Wycięty kawałek guza nie jest jeszcze zbadany, nie ulega jednak wątpliwości, że jest to nowotwór złośliwy. Nasuwa się przeto pytanie, zaznacza mówca, czy nie wypadnie rezekować całej połowy szczęki i czy nie będzie pomimo to nawrotu cierpienia?

Prof. KOSIŃSKI po zbadaniu chorej zaznacza, iż zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nowotwór jest mięsakiem olbrzymio-komórkowym i że wobec tego należy wycinać szeroko, operując w tkankach zdrowych.

b) Kol. STANKIEWICZ okazał preparat guza, usuniętego z dołu pachwinowego. Nowotwór ten znajdował się między tkanką podskórną i powięzią, nie był zrosnięty z żadnymi ważniejszymi narządami, jedynie odnogi jego szły w kierunku naczyń krwionośnych.

2) Kol. BORSUK opisał dwie wykonane przez siebie herniotomie. W przypadku pierwszym, podczas łatwej zresztą do wykonania operacji, naderwano krezkę kiszki uwięzionej: oderwała się mianowicie krezka od ściany kiszki na długości 4 ctm.; drugie pęknięcie zaczynało się od środka poprzedniego oderwania pod kątem prostym i miało długości 8 ctm. Na całej tej przestrzeni krezkę zeszyto z wynikiem dodatnim. Drugi chory, którego kol. B. przedstawia, przybył do Warszawy koleją w stanie zapaści, prawie bez tętna. Chory od lat młodych miał przepuklinę pachwinową, którą z łatwością odprowadzał. Przed paru dniami (przed wstąpieniem do szpitala) wystąpiły objawy niedrożności jelit i wezwany lekarz, po daremnych usiłowaniach wprowadzenia uwięzionej kiszki, odesłał chorego do szpitala w Warszawie. Przy badaniu znalazł mówca chorego w stanie zapaści, z tętnem 120; brzuch wzdęty; wymioty; moczna bardzo bolesna. Pomimo niemożności określenia, czy w worku przepuklinowym znajduje się uwięziona kiszka, przystąpiono do herniotomii. Po przecięciu bardzo zgrubiałego worka przepuklinowego nie znaleziono w nim kiszki; natomiast spostrzeżono wylewający się z jamy brzusznej płyn szary, cuchnący. Po dokonaniu laparotomii, znaleziono część kiszki uległą zgorzeli, lecz bez pęknięcia. Część ową rezekowano i chory powoli powrócił do zdrowia.

3) Prof. BRODOWSKI przedstawił preparat, ciekawy ze względów anatomo-patologicznych i klinicznych. Pochodzi on od osobnika, który w ciągu 6 ostatnich lat kilkakrotnie przebywał na oddziale kol. DUNINA. Po raz pierwszy przybył tam w roku 1889, skarżąc się na bóle i pieczenie w okolicy żołądka oraz wymioty. Ogólna kwaśność zawartości wynosiła wtedy 72; wolnego HCl znaleziono 30; fermentacji nieprawidłowych nie było. Do r. 1892 chory powracał do oddziału parę razy z podobnymi skargami. Znajdywano gruźlicę płuc, obniżenie dolnej granicy żołądka na trzy palce poniżej pępka. Naczczo wydobyto podczas ostatniej bytności chorego w oddziale 250 ctm. płynu cuchnącego o kwaśności 62; ilość wolnego HCl wynosiła 38; znaleziono nieprawidłowe fermentacje. Wobec rozpoznania zwężenia odźwiernika i rozszerzenia żołądka, chorego zakwalifikowano do gastroenterostomii, którą też w r. 1892 kol. CIECHOŃSKI wykonał. Wynik operacji bardzo dobry. W końcu roku 1894 wystąpiły obfite krwotoki żołądkowe, później jednak stan się polepszył. W maju 1895 r. chory przybył ponownie do oddziału, skarżąc się na bóle w okolicy żołądka i wymioty. W zawartości żołądka wykryto zaledwie ślady wolnego HCl. W r. 1895 przebył chory zapalenie opłucnej lewostronne. W lutym zaś r. b. zapisał się do szpitala z wyraźnym charactwem, z bólami brzucha, wymiotami i biegunką i wśród powyższych objawów zmarł. Przy ba-

daniu pośmiertnem, prócz gruźlicy płuc, wskutek której chory zmarł, znalazł prof. B. zmiany następujące: znaczne zwięźnienie odźwiernika i obok tego komunikacja sztuczna z jelitem cienkim. W okolicy odźwiernika gwiazdowata blizna po wrzodzie okrągłym. Ściany żołądka, z wyjątkiem dna, znacznie zgrubiałe, o powierzchni wewnętrznej wżgórkowatej; na przekroju granice między warstwami prawie zartarte. Wogóle preparat przedstawia obraz raka — *carcinoma colloideum*. Badanie drobnowidzowe potwierdziło poprzednie rozpoznanie. Mówca sądzi, że nowotwór powstał w danym przypadku po zagojeniu się wrzodu, przez bujanie nabłonka dookoła blizny. Ostatnie przypuszczenie zgodne jest z teorią HAUSER'a o powstawaniu raków po wrzodzie żołądka, a niekiedy i obok niego. Ze względów praktycznych zasługuje na uwagę ten fakt, że gastroenterostomia, do wykonania której na suchotniku przystępowano z niechęcią, dała wynik dobry, przedłużając choremu życie o 4 lata.

4) a) Kol. NEUGEBAUER okazał rzadki preparat włókniaka jajnika, wielkości i kształtu nerki. Guz ten, zrosnięty z mięszem jajnika, usunął mówca drogą cięcia brzuszego. Chora lat 50; 9 razy rodziła (ostatni poród przed 14 laty). Drugi jajnik chorej był torbielowato zwyrodniały.

b) NEUGEBAUER przedstawił rzadki preparat *pyosalpingis*, jajnika i 3 torbieli, pochodzących prawdopodobnie z *parovarium*, a znalezionych w worku przepuklinowym pachwinowo-wargowej lewej, u 28-letniej chorej. Chora skarżyła się tylko na obecność guza, przeszkadzającego jej przy chodzeniu i bolesnego na dotyk. Przy badaniu znaleziono w wymienionej okolicy guz, który posiadał wszystkie oznaki zapalenia: *tumor, dolor, calor, rubor*. Rozpoznanie wahało się pomiędzy *hydrocele muliebris, haematocele muliebris inguinolabialis* oraz *hernia inguinolabialis* o zawartości nie kiszek, a narządu twardego, może *omentis*. Po otworzeniu worka przepuklinowego znaleziono: jajnik obrzęknięty, jajowód posiada uderzająco grube i twarde ściany, co, według prof. BRODOWSKIEGO, naprowadza na myśl o gruźliczym pochodzeniu *pyosalpingis*. Torbiele zawierały płyn klejowaty, zielonkawy. Liczne zrosty pomiędzy zgrubiałym workiem przepuklinowym i końcem zewnętrznym jajowodu oraz wspomnianymi torbielami, uniemożliwiały odnalezienie strzępów jajowodowych.

5) Kol. SZTEYNER przedstawił okaz kostniaka centralnego kości czołowej, wydobyty przy operacji. Przypadek dotyczył 20-letniego mężczyzny. Rozpoznanie nie było tak łatwe, jak zwykle, z powodu powikłania zgorzelą kości nowotworowej i ropienia; kilka przetok prowadziło do obnażonej kości; nadto pośrodku czoła był brak skóry, i na miejscu tem widać było obumarłą część kości. Operacja należała do trudniejszych, ze względu na nadzwyczajną twardość guza. Zdaniem mówcy, w danym przypadku przydałaby się piła rotacyjna z motorem elektrycznym, jakiej używa BERGMANN.

6) Kol. STANKIEWICZ opisał szczegółowo spostrzeżenie i przebieg choroby pacjentki, u której usunął najpierw guz, w powłokach brzusznych się znajdujący, a następnie znalazł kamień w worku żółciowym. W sprawie tej niejednokrotnie zabierał głos sam mówca i inni koledzy, i dlatego obecnie zapytuje tylko kol. St., jaką rolę i znaczenie mogłyby mieć znalezione w ścianie torbieli komórki mięsakkowe w stosunku do tkanek, wytworzonych niewątpliwie pod wpływem przewlekłej sprawy zapalnej?

W odpowiedzi na powyższe zapytowania kol. STANKIEWICZA, zabrał głos prof. BRODOWSKI i zaznaczył, że dane wywiadowcze, dotyczące się tego przypadku, a podane przez kol. St. na posiedzeniu z d. 21. V. 95, były zupełnie inne, niż obecnie. Wtedy zaznaczył kol. St., że u chorej po przebytem przed trzema laty zapaleniu kiszek śle-

pej, trwającym 6 tygodni z mocną gorączką i bólami, wytworzył się guz między pachwiną prawą i pępkiem. Po zbadaniu chorej prof. B. wypowiedział wtedy zdanie, że guz (torbiel) wymacywany znajduje się w warstwie ściany brzucha i nie ma związku z jamą brzuszną, jak to dowodził kol. STANKIEWICZ. Dnia 28 V. 1895 kol. St. okazał rzeczywiście wyłuszczonej przez siebie torbiel, opróżnioną z zawartości, i dodał, że znajdowała się ona w związku z powięzią mięśnia skośnego zewnętrznego, że była zupełnie ograniczoną i że, pomimo najtroskliwszego zbadania pola operacyjnego, nie można było wykryć żadnego związku tej torbieli z jamą otrzewnej. Badanie drobnowidzowe wykazało, że torbiel ową utworzył rozpadający się mięsak. Po kilku miesiącach ta sama chora zgłosiła się znów do kol. STANKIEWICZA, skarżąc się, że z otworu w bliźnie sączy się płyn. Po rozcięciu blizny i po rozszerzeniu przetoki, kol. St. wyjął równy, okrągławy kamień żółciowy i wyprowadził wniosek, że usunięta poprzednio torbiel miała związek z kamieniem owym, względnie z pęcherzykiem żółciowym. Przez otwór powstały w pęcherzyku zaczął się sączyć płyn i dostawał się między ściany brzuszne, gdzie nastąpiło otorbienie i t. d. Takie jest mniemanie kol. Sr., z tym dodatkiem, że chora po kilku dniach bólu w prawem podżebrzu zauważyła wtedy ów guz, który usunął kol. Sr. Prof. B. podkreśla niezgodność faktów wywiadami zdobytych i gorąco oponuje przeciwko związkowi kamienia z torbielą powierzchowną, gdyż: 1) kamień był pojedynczy, sprawa zapalna naokoło pęcherzyka żółciowego nie mogła się wytworzyć tak prędko i 2) gdyby się nawet utworzyła komunikacja ze ścianą brzuszną, to skąd odnajdujemy w omawianej torbieli komórki mięsakowate? Prawda, zaznacza mówca, pewnego kryterium do odróżnienia tkanki nowotworowej od tej, jaką wytwarza przewlekła sprawa zapalna, nie mamy; lecz w danym razie napewno powiedzieć można, że torbiel wtedy usunięta—był to mięsak w środku rozpadły i że żadnego związku z obecnie usuniętym kamieniem żółciowym nie miał.

W odpowiedzi na uwagi prof. BRODOWSKIEGO, kol. STANKIEWICZ stara się uzasadnić swój pogląd i zestawieniem wszystkich szczegółów stara się udowodnić, że tylko związkiem kamicy żółciowej z torbielą, uprzednio usuniętą, wytworzenie ostatniej da się wytłomaczyć.

Na zapytanie zaś prof. KOSIŃSKIEGO: gdzie był ów kamień i jaki był stosunek ostatniego do wątroby i dróg żółciowych,—odpowiada kol. STANKIEWICZ, że kamień leżał w jamie pęcherzyka żółciowego. Po wyjęciu kamienia wylało się nieco żółci, która i obecnie od czasu do czasu wypływa przez przetokę.

Prof. KOSIŃSKI uważa torbiel w danym przypadku za rodzaj ropnia opadowego, powstałego wskutek przedziurawienia pęcherzyka żółciowego, w którym obecność kamienia wywołała zapalenie i owrzodzenie. Osobliwość danego przypadku polega na tem, że ropień zmienił charakter swej zawartości, co zresztą zdarza się przy ropniach opadowych.

Prof. BRODOWSKI nie zgadza się z tem rozumowaniem, gdyż sam kamień bez zarazka (np. *bac. col. com.*) nie może wywołać ropienia. Skoro ropa zdążyła przebić się przez warstwę mięsną ściany brzusznej, to z pewnością utworowałyby sobie drogę i przez skórę.

Kol. SZTEYNER zwraca uwagę na te sprawy zapalne (np. *periostitis albuminosa*), których wytworem jest nie ropa, lecz płyn surowiczny, zawierający jednak bakterie ropne. W danym razie przy sprawie zapalnej mogło być coś podobnego.

Kol. JASIŃSKI jest zdania, że torbiel i kamień znaleziony nie są z sobą w związku. Wypowiada przytem mówca przypuszczenie, że mógł kol. STANKIEWICZ przy wyłuszczeniu torbieli nieznacznie skaleczyć przyrośnięty do ściany brzucha pęcherzyk żółciowy, i to dało powód do wytworzenia się przetoki.

Prof. KOSIŃSKI jest zdania, że przetoka istniała od chwili operacji i że zagojenie było tylko pozorne.

Kol. GRUNDZACH zwraca uwagę, że gdyby w danym przypadku istniało zatkanie przez kamień przewodu pęcherzykowego, płyn klejowaty wydzielalby się tylko dopóty, dopókiby przewód pozostawał zamkniętym; z chwilą usunięcia kamienia, powinnyby wypływać przez przetokę tylko żółć, a nie ciecz klejowata, jaka i obecnie jeszcze się sączy.

Kol. WOŁKOWICZ wreszcie uważa, że obserwacja danego przypadku nie jest jeszcze zakończoną.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— ACHARD i PHULPIN dokonali doświadczeń nad przedostawaniem się bakterii do narządów podczas konania i po śmierci. Wyniki 49 doświadczeń są następujące: w 14 przypadkach bakterie dostały się do krwi i wątroby jeszcze za życia, w 24 przypadkach bakterie w tych narządach można było wykryć zaraz po śmierci, w 11-tu wreszcie nie było ich wcale, przynajmniej nie wykryto ich przy badaniu pośmiertnym, dokonanem we 22—27 godzin po śmierci. Przenikanie bakterii z przewodu pokarmowego, znajduje się w prostej zależności od ciepłoty powietrza; oprócz tego poważne znaczenie ma choroba, która spowodowała śmierć. Podczas konania znajdowano najczęściej gronkowce i paciorkowce, nigdy zaś nie znaleziono bakterii gnilnych; po śmierci przyłącza się do nich lasecznik okrężnicy. Najprędzej dostają się bakterie do wątroby, a z bakterii — gronkowiec złocisty. (Arch. de méd. exp. 1895. N. 1).

— Wychodząc ze spostrzeżenia, uczynionego przez KOCH'a, że rozmaite środki przeciwnilne nie wywierają działania w roztworach oliwy, przeprowadził BRESLAUER doświadczenia nad działaniem maści, złożonych ze środków przeciwnilnych, i nad tem, czy przez zmianę podstawy można zmienić t.j. powiększyć lub zmniejszyć działanie bakterjocydne. Prób dokonano nad bardzo wielu maściami, a wyniki dadzą się streścić w sposób następujący: lanolina i *ung. leniens* w połączeniu ze środkami przeciwnilnymi wywierają najsilniejsze działanie; waselina zaś i tłuszcze, a szczególnie oliwa, znoszą prawie zupełnie swoje działanie antyseptyków. (Zeit. f. Hyg. T. XX).

— THIERRY od kilku lat stosuje przy oparzeniach z powodzeniem kwas pikry-

nowy. Po obmyciu miejsca oparzonego 10—15% roztworem, ból odrazu znika, a skóra zabliźnia się w ciągu kilku dni. Plamy żółte po kwasie pikrynowym bardzo łatwo schodzą po obmyciu roztworem kwasu bornego. (Wiener med. Pres. 12. I 96).

J. Sz.

— HAUKIN zastosował w Indyach Wschodnich wyjaławianie wody studziennej w tych okolicach, gdzie studnie są zarażone, gdzie jednak woda musi być używana z powodu braku innej, lepszej. Sposób polega na dodawaniu wapna w ilości 1 : 1000; należy je co pewien czas kłócić z wodą; w ten sposób pociąga ono z sobą rozmaite domieszki i zabija ogromną większość bakterii. Gdy w 1 cm. szc. wody znaleziono 30000 bakterii, to po dodaniu wapna liczba ta zmalała po godzinie do 400, a po 30-u godzinach do 48. Wapno zabija przytem wirusy cholery; w ten sposób na 14 studzien w Agra, uczyniono wodę w 10-ciu zupełnie nieszkodliwą. Cztery inne studnie znajdowały się w tak złym sąsiedztwie, że żadne środki nie usunęły z nich niebezpieczeństwa. (Centr. f. Bakt. XVIII. N. 16).

— ERNST dokonał z trzema kolegami na zlecenie towarzystwa rolnego w stanie Massachusetts szeregu badań w sprawie zaraźliwości mleka krów dotkniętych gruźlicą (z wyjątkiem gruźlicy wymion). Okazało się, że przynajmniej w 30% przypadków mleko takie jest zaraźliwe, t.j. zawiera laseczniki, pomimo, iż żadnym ze znanych sposobów nie udawało się wykryć gruźlicy w wymionach. Oczywiście jest to dostatecznym powodem, aby mleka krów dotkniętych gruźlicą, choćby ograniczoną, bezwarunkowo na pożywienie nie używać. (Centr. f. Bakt. u. Par. XVII. N. 19).

Ż.

= W dziele Leona PETIT „Le phthisique et son traitement hygiénique“ znajdujemy tablicę porównawczą śmiertelności z gruźlicy w różnych miastach Francji. Paryż, rozumie się, stoi na czeluści: przeciętnie rocznie jest tam 490 ześść śmiertelnych na 100,000 mieszkańców.

Miasta.	Zaludnienie.	Śmiertelność z gruźlicy na 100,000 mieszkańców.
11	od 100,000 do 430,000	363
46	„ 30,000 „ 100,000	305
50	„ 20,000 „ 30,000	288
127	„ 10,000 „ 25,000	271
332	„ 5,000 „ 10,000	216
95	poniżej 5,000	181

W departamencie Sekwany, liczącym przeszło 3 miliony mieszkańców, przeciętna śmiertelność z gruźlicy wynosiła w latach 1889 — 1893 rocznie 14,563. (La médéc. moderne. 23. XI. 95).

W. M.

= STUEVE stosował amygdofeninę (pochodna paramidofenolu) w 20-u przypadkach gościca stawowego z nader dobrym wynikiem. Prawie u wszystkich chorych bóle, obrzęki oraz gorączka ustępowały zupełnie po 4—6 dniach na czas długi, a raz jeden tylko miało miejsce ponowne nasilenie, które ustąpiło po powiększeniu dawki. W jednym przypadku (obrzęk, bolesność i wysięk w prawem kolanie) środek ten, zarówno jak i inne przeciwgościcowe, okazał się bezskutecznym, polepszenie zaś nastąpiło po zastosowaniu kąpeli oraz mięsienia. Amygdofenina nie ma żadnego ubocznego działania, nie wywołuje zaburzeń w trawieniu nawet po kilkutygodniowym stosowaniu. Dawka dzienna wynosi 2,0—6,0 *maximum*. Środek ten działa również znakomicie przy nerwobólach, powodowanych nawet chorobami mózgu (dwa przypadki *sclerosis disseminatae* oraz jeden *tabes dorsalis*). (Centr. f. in. Med. N. 46, 1895).

= BERNABEI wyleczył przypadek morfinomanii, stosując wstrzykiwanie duboizyny w ilości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mg. *pro die*. Chory był bardzo osłabiony, skarżył się na uporczywą bezsenność, zupełny brak łaknienia, ciągle zaparcie stolca, trudność wydalania moczu. Pod wpływem duboizyny wszystkie te objawy znikły, nie bacząc na znaczne zmniejszenie dawek morfiny, której chory poprzednio spożywał 2—3 ctg. dziennie; po upływie trzech miesięcy chory zupełnie powrócił do zdrowia i zaprzestał używania morfiny. (La semaine médicale N. 2, 1896).

M. B.

= VINCENT zaleca używać do wyjąłowania kału siarczanu miedzi (koperwasu niebieskiego). 10 gram. tej soli z 10 ctm. szśc. kwasu siarczanego, wyjąławia po godzinie dokładnie litr kału osoby chorej na tyfus, wibryony cholery zaś giną w tymże czasie przy użyciu tylko 6 gram. siarczanu miedzi. Badania porównawcze wykazały, że żaden ze znanych środków nie może iść w porównanie z pewnością działania siarczanu miedzi; nawet chlorek wapnia działa w tym samym stopniu dopiero w ilościach podwójnych. Zważywszy na niewielką cenę siarczanu miedzi, należałoby go używać we wszystkich stosownych przypadkach. (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1. 1895).

Ż.

= MURRAY zwrócił uwagę, że *rad. apocyni cannabini* zwalnia tętno, sprawdza bardziej prawidłową (rytmiczną) działalność serca i zwiększa ilość moczu. GLIŃSKI obecnie potwierdza powyżej zaznaczone własności *rad. apoc. cannab.* Środek ten zaleca on albo w postaci *extract. fluid.*: 10 kropel do półłyżeczki od kawy 3 razy dziennie, albo jako *tinct.* (1:10) 3—4 razy dziennie po 0,3—0,6, lub wreszcie *infus.* (1:60) 3—4 razy dziennie. (Nouveaux Remèdes. 1895. Mars).

= POTT z Halli przytacza następujące dane o częstości wad serca u dzieci. Z 30,000 chorych dzieci, z których 26,364 z polikliniki uniwersyteckiej, a reszta z praktyki prywatnej, dotkniętych wadą serca było 95. Chłopców było 36, a dziewcząt 59. Co się tyczy wieku dzieci, to do 5 lat było 35, od 5 do 10—29 i od 10 do 15—31 chorych. Mniej niż 2 lata miało 27 chorych. (Fortschritte der Medicin). J. Sz.

= S. REINER na zasadzie własnego doświadczenia oraz wyników, otrzymanych przez CHAUMIER'a, zaleca stosowanie kreozotalu (*kreosot. carbonic.*) w zapaleniu płuc gruźliczem. Wyższość kreozotalu nad kreozotem polega na tem, że nie posiada on własności drażniących, ani też ostrego i nieprzyjemnego zapachu oraz smaku, wreszcie pobawiony jest przykrego działania ubocznego, jakie wywiera zazwyczaj kreozot przy stosowaniu go przez czas dłuższy. Ostatnią własność kreozotalu przypisuje R. temu, że rozszczepia się on na swoje składniki: kreozot oraz kwas węglany — dopiero w alkalicznym soku kiszek, skąd nader powolnie zostaje weś-

sany. Dawka dzienna wynosi 2,0—4,0—8,0, podawany zaś bywa w kapsułkach, lub też w mleku, winie, tranie. (Therap. Wochensch. N. 37, 1895). *M. B.*

= ŠVEHLA znalazł, że hodowle bulionowe lasecznika duru brzusznoego dają dyazowy odczyn EHRlich'a. Podobnego odczynu nie dają hodowle *bact. coli communis*, mamy więc jeszcze jedną cechę różniczkową między tymi drobnoustrojami. (Čas. lék. česk. N. 46 i 47, r. 1895).

S. Kos.

= ROVERE spostrzegł przypadek zapalenia ropnego wielu mięśni u osoby chorej na moczówkę cukrową; przypadek ten zakończył się śmiercią przy objawach posocznicy. Rzadką tę sprawę wywołał gronkowiec złocisty. (Centr. f. Bakt. XVII. 18). *Ż.*

= Nowy środek *cocapyrinum* stanowi mieszaninę 100 części *antipyrini* i 1 części *cocaini*. Z powodzeniem jest stosowany jako *analgeticum* w postaci pastylek, zawierających 0,2 *antipyrini* i 0,002 *cocaini*. (Pharm. Centralhal. 45. 95).

Wiadomości bieżące.

Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1896-ty stanowią: a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSEŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOSIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BRUNER WŁADYSEŁAW, GEPNER BOLESŁAW-RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, GROMADZKI JAN, GRUNDZACH IGNACY, KOSMOWSKI WIKTORYN, KOZERSKI ADOLF, KRAMSZYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, OŁTUSZEWSKI WŁADYSEŁAW, ORŁOWSKI WACŁAW, PALMIRSKI WŁADYSEŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, SOLMAN TOMASZ, SREBENY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSEŁAW, SZWAJOER JAKÓB i ŻURAKOWSKI ALEKSANDER.

— W Finlandyi niedaleko stacyi drogi żelaznej Chinwinye ma być założona lecznica dla chorych piersiowych.

— Prof. ROENTGEN otrzymał stopień doktora medycyny *honoris causa* w uniwersytecie w Würzburgu.

— „Wracz“ zaznacza, iż zupełnie słuszenie pomiędzy innemi czasopismami i Berl. klin. Woch. oburza się na pominięcie języka angielskiego na XII międzynarodowym zjeździe w Moskwie; na zjeździe międzynarodowym w Berlinie $\frac{1}{3}$ część członków zjazdu stanowili Angliki (357) i Amerykanie (661).

— III francuski zjazd internistów odbędzie się w dniu 6 sierpnia r. b. w Nancy. Na porządku dziennym znajdują się następujące tematy: 1) Rokowanie przy

białkomoczu; 2) Krzepnięcie krwi wewnątrz naczyń; 3) Leczenie zapomocą surowicy krwi.

— III międzynarodowy zjazd dermatologów odbędzie się w Londynie od 4 do 8 sierpnia r. b.

— Zmarli. W Guzowie, w dniu 27 marca d-r Henryk KUROWSKI w 35 roku życia.

— W Paryżu, w 86-ym roku życia znany prof. anatomii SAPPEY, autor dzieła „Traité d'anatomie descriptive“ i wielkiego atlasu naczyń chłonnych.

Odpowiedzi Redakcyi.

Sz. kol. A. w Kutnie. Owszem, przypadki influenzy sporadyczne były przez niektórych kolegów u nas spostrzegane w końcu roku zeszłego i na początku bieżącego.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów tablicę do pracy J. WEBERA.

SZCZAWNICA.

Przy Zakładzie hydropatycznym na Miedusiu zaprowadzono

P E N S Y O N A T

cały rok otwarty

z komfortem urządzony (wodociągi, oświetlenie elektryczne itp.) na wzór szwajcarski z opłatą od 3 złr. 50 cnt. na dobę od osoby za wszystko.

Dr. Kołaczkowski,
właściciel i kierownik Zakładu

Miejscowość kuracyjna Gleichenberg.

Sezon od 1-go Maja do końca Września.

Środki lecznicze: źródło Konstantego i Emmy, mleko, żętyca, kefir, wzięwania i rozpylania soli źródlanej, kąpiele ciepłe i z kwasem węglanym.

Kamera pneumatyczna i Zakład wodolecznicy.

Bliższych informacji i broszur udziela gratis i franco dyrekcya.

CIEPLICE

TRENCZYŃSKIE.

Kąpiele siarczane od 27°—31° R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut drogi od stacyi Tepla—Trencsin—Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski wzorowo urządzone, skuteczne w artrytyzmie, reumatyzmie, cierpieniach nerwowych, obwodowych i centralnych, cierpieniach skóry, obrażeniach kości itp.

Do masażu personel wyćwiczony. Mieszkania od 50 cnt. do 3 złr. za dobę. Lecznica, teatr, koncerty. Kuchnia wykwintna. Woda do picia z górskich źródeł.

Sezon od 1-go maja do końca września.

W maju i wrześniu za 3 złr. mieszkanie i stół.

Dyrekcya Kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie. Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w celniejszych księgarniach.

NOWSZE DZIEŁA

Staraniem i nakładem Wydawnictwa Dzieł Lek.

wyszły w Krakowie:

1. HYDROTERAPIA.

przez *Doc. D-ra St. Smoleńskiego*

II wydanie powiększone cena 2 złr.

2. GIMNASTYCZNE LECZENIE CHOROÓB NIEWIEŚCI

przez *D-ra Wł. Harajewicza*, cena 4 złr.

Nabyć można we wszystkich księgarniach w Administracyi Wydawnictwa K. Floriańska 13.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. J O D E Ł O W S K I E G O

Marszałkowska 137 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52—15

Szpital chirurgiczny i ginekologiczny D-ra Solmana

Warszawa. Aleja Szucha N-r 9.

Pobyt i leczenie w pokojach oddzielnych od Rs. 2—4, na salach wspólnych Rs. 1 kop. 5
Ambulatoryum chirurgiczne i ginekologiczne codziennie od 12—1. Opłata za poradę wynosi

Bliższych informacji udziela D-r Solman, Widok 23 od 5—6 p. p.

Zakład Dermatologiczny

ul. Hr. Kotzebue Nr. 10.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wyłącznie z cierpieniami skóry i wenerycznymi. Opłata z całodziennym utrzymaniem i pomocą lekarską od 3 do 5 rs. dziennie.

Nowe katalogi
ilustrowane franco.