

# MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O leczeniu cuchnącego nieżytu nosa (ozaena) surowicą przeciwbłoniczą oraz słów kilka o leczeniu tego cierpienia wogóle. Podał Jan Szmurło. (Dokończenie). **WYKŁADY KLINICZNE.** Wpływ wzajemny na siebie serca i płuc. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 108. O samozatruciu. 109. Santonina przeciw padaczce. — Sprawozdanie z XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Napisał St. Łagowski. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława za m. Sierpień r. b. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.— OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r J. Szmurło**—Sur le traitement de l'ozaène par le serum antidiphthérique et quelques mots sur le traitement de cette maladie en général.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r J. Szmurło**—Ueber die Behandlung der Ozaena mit antidiphtherischem Serum nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung dieses Leidens im Allgemeinen.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## O LECZENIU CUCHNĄCEGO NIEŻYTU NOSA

(OZAENA)

surowicą przeciwbłoniczą,

oraz

słów kilka o leczeniu tego cierpienia wogóle.

Podał

**JAN SZMURŁO.**

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Samarskiego Towarzystwa Lekarskiego w maju 1899 r.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 37).

Przechodząc teraz do oceny wyników leczenia surowicą nieżytu cuchnącego nosa, widzimy: We wszystkich pięciu przypadkach wynik leczenia surowicą był ujemny; ani razu nie otrzymaliśmy wyleczenia, ba, nawet ani razu nie było mniej lub bardziej trwałej poprawy; słuszność wszakże nakazuje nam przyznać, iż we wszystkich przypadkach leczenie na początku dawało wyniki dodatnie; po pierwszym i drugim zastrzyknięciu surowicy, przykry



odór z nosa, można powiedzieć, zniknął zupełnie, następnie atoli występował z dawną siłą, pomimo dalszego stosowania surowicy. Spostrzeżenie drugie przemawia jakoby na korzyść surowicy; nie należy jednakże zapominać, iż wraz z surowicą stosowałem w tym przypadku i przemywania nosa, które następnie chora bardzo starannie wykonywała sama dwa razy dziennie, wskutek czego, zdaniem mojem, znaczną część wyniku dodatniego przypisać należy owym przemywaniom oraz następczym pendzłowaniom błony śluzowej nosa roztworem MANDLE'a. W 5-yim przypadku wpływ zastrzykiwań wyraził się w tem, iż krwawienia z nosa, występujące przed tem kilka razy na dobę, ustały na 3 dni; lecz i tu, jak widzimy skutek był nader nietrwały, po drugiem zastrzyknięciu krwawienia z nosa powróciły, a nieprzyjemny zapach, który z początku osłabł znacznie, wzmógł się znowu.

Bądź co bądź, nie można pominąć milczeniem tego faktu, że po pierwszym zastrzyknięciu we wszystkich spostrzeżeniach można było zauważyć pewną zmianę w obrazie chorobowym. Odór, aczkolwiek nie ustępował zupełnie, stawał się znacznie słabszym i znośniejszym, strupy wytwarzały się w mniejszej ilości i łatwiej się wydzielaly, wydzielina wogóle stawała się płynniejszą, błona śluzowa jakby nieco nabrzmiewała. W dalszym ciągu leczenia skutek dodatni zniknął, błona śluzowa, zdawało się, przyzwyczajała się do działania surowicy i przestawała na nią oddziaływać. Więcej nad 5 zastrzyknięć u jednego chorego nie robiłem, nie widząc bowiem korzyści tej metody leczenia, bałem się nadużywać wcale nie obojętnego dla ustroju, zdaniem mojem, środka.

Wogóle u wszystkich chorych spostrzegałem dość silny odczyn tak miejscowy, jak i ogólny na surowicę przeciwbłoniczą. Wszyscy chorzy skarżyli mi się na silną bolesność w okolicy miejsca ukłucia, u wszystkich chorych istniało mocne zaczerwienienie i obrzmienie ramienia i przedramienia, którym niekiedy towarzyszyła wysypka różyczkowa, u trzech chorych spostrzegałem mocne bóle w stawach, ból głowy, dreszcze i gorączkę. O również mocnym odczynie wspomina i prof. MOURET z Montpellier w przypadku, przez siebie spostrzeganym (*Contribution à l'étude du traitement de l'ozène. Revue hebdomadaire de Laryngologie. R. 1897. Nr. 38*). W przypadku tym zastrzykiwaniom towarzyszyła wysypka pokrzywkowa, dreszcze, gorączka, bolesność w przebiegu nerwu kulszowego, bóle w stawach, niewielki cukromocz i znaczna nadczułość błony śluzowej nosa. Chory, któremu w przeciągu dwóch miesięcy zrobiono 28 wstrzykiwań, stracił łaknienie i stracił na wadze. Wynik leczenia, który jak to się z początku wydawało, miał być znakomity, ponieważ woń cuchnąca znikła zupełnie, i strupy przestały się wytwarzać, koniec końców, okazał się zupełnie ujemnym, gdyż po 3 $\frac{1}{2}$  miesiącach od początku leczenia wszystko wróciło do dawnego stanu.

W przypadkach LOMBARD'a i prof. NIKITINA, który streszcza pracę tego autora, wynik był znacznie lepszy, aczkolwiek obaj wymienieni badacze nie uważają leczenia tego za radykalne, wyniki zaś dodatnie pomimo zużycia ogromnej ilości surowicy (LOMBARD 120 c. kub., NIKITIN 200 c. k.), zdaniem ich, są tylko czasowe. Obaj zaznaczają obecność odczynu ogólnego i miejscowego, jakkolwiek w przypadkach prof. NIKITINA odczyn ten był bardzo słaby.

Na podstawie przeto własnych obserwacji i przypadków, opisanych przez innych autorów, przychodzę do przekonania, że surowicy przeciwbłoniczej nie należy bynajmniej uważać za środek swoisty w leczeniu cuchnącego nieżyty nosa, że wyniki, otrzymane przy krótkiem użyciu tego środka, są



nader nieznaczące, że natomiast wobec dość silnego tak miejscowego, jak i ogólnego działania tego środka, jak to widać z przypadku prof. MOURET, trudno zgodzić się i zalecać jego dłuższe użycie. Obserwacje ABŁOWA, MOLLINIÉ, BELFANTI'ego i della VEDOWA'y nie obalają wcale naszego twierdzenia. W chorobie przewlekłej, *par excellence*, jaką jest ozena, zniknięcie odoru z nosa niczego nie dowodzi, tembardziej, że we wszystkich prawie przypadkach wytwarzanie się strupów trwało bez przerwy, a przeto istniały i pomyślne warunki dla powstawania odoru.

Chciałbym teraz powiedzieć kilka słów o leczeniu cuchnącego nieżytu nosa wogóle. Spółczesna terapia, opierając się na etiologii i anatomii patologicznej danego cierpienia, usiłuje nakreślić plan racjonalnego leczenia zamiast leczenia empirycznego.

Jakież są przyczyny cuchnącego nieżytu nosa? Wszyscy autorzy uważają za fakt niewątpliwy, że ozena zdarza się najczęściej u osób skrofulicznych, słabych, małokrwistych, kiedy atoli jedni z SCHECH'em, LÖRI'm, STÖRK'iem uznają, że nieżyt cuchnący stanowi zaledwie jeden z objawów złego odżywiania, wadliwego wytwarzania krwi, skazy, chorób ustrojowych, inni natomiast jak BRESGEN, są zdania, iż ozena jest następstwem przewlekłego lub przeważnie ropnego zapalenia błony śluzowej nosa, i że cierpienie to może stać się udziałem osób zupełnie zdrowych pod wszelkimi względami, pod warunkiem że istnieją przyczyny, powodujące zatrzymanie ropnej wydzieliny, wskutek czego poczynają się wytwarzać w nosie strupy, które następnie ulegają rozkładowi pod wpływem działalności życiowej bakteryi gnilnych, to zaś może spowodować zanik błony śluzowej i tkanki kostnej. Zdaniem innych badaczy znowu, jak GRUENWALD, JANSEN, poczęści HAJEK, nieżyt cuchnący nosa powodowany bywa przez ropne cierpienia jednej z bocznych jam nosa, a zwłaszcza klinowej i tylnych sitowych. Niektórzy znowu, jak ZAUFALL, przyjmują że wszystkie objawy cuchnącego nieżytu powstają wskutek zбочeń w rozwoju, czego wyrazem są zbyt szerokie jamy nosowe i zanikowy stan szkieletu muszel. Zdaniem nareszcie innych badaczy, jak LÖWENBERG, PAULSON, ABEL, ozenę wywołują specyficzne drobnoustroje, *coccobacillus* podług LÖWENBERG'a i lasecznik śluzowy podług ABEL'a, podobne do pneumobacyllusa FRIEDLÄNDER'a.

Profesor STÖRK uważa ozenę za jeden z późnych objawów dziedzicznego lub nabytego przymiotu, objaw, nawiasem mówiąc, nieustępujący pod wpływem swoistego leczenia. Podług BAYER'a, jestto trofoneuroza i, jak wszystkie cierpienia tego rodzaju, zależy od przyczyn ośrodkowych. Bądź co bądź, wszyscy badacze, powtarzamy, zgadzają się na jedno, że ozena spostrzegać się zawsze daje u osób anemicznych, ze złem odżywianiem, zależnym od tej lub innej przyczyny. Profesor SCHECH nawet stanowczo twierdzi, że nie widział ani jednego przypadku nieżytu cuchnącego, „w którym nie można byłoby wykazać blednicy, małokrwistości, skrofułów, gruźlicy, fizycznego osłabienia, niedostatecznego rozwoju, delikatnej budowy“. Zdanie to dla terapii ozeny ma nadzwyczajną doniosłość, ponieważ zmusza nas w leczeniu ozeny nie ograniczać się wyłącznie miejscowymi środkami, ale każe nam stosować i leczenie ogólne w celu usunięcia warunków, pod których wpływem rozwinęła się ozena.

Anatomia patologiczna ozeny dostarcza nam cennych wskazówek, dotyczących zmian, jakim uległa błona śluzowa nosa. Sprawa zanikowa obejmuje całą błonę śluzową i przechodzi nawet na kość. Nabłonek rzęskowy znika,



a zamiast niego zjawia się wielowarstwowy cylindryczny lub płaski, niekiedy nawet wierzchnia jego warstwa rogowacieje, gruczoły gronowate (*glandulae acinosae*) i BOWMAN'a zanikają, przyczem, podług HABERMANN'a, zanikowa sprawa rozpoczyna się w gruczołach BOWMAN'a, których nabłonek ulega tłuszczowemu zwyrodnieniu. W osnowie łącznotkankowej zjawia się nacieczenie drobnokomórkowe.

Opierając się przeto na etiologii i zmianach anatomicznych omawianego cierpienia, łatwo możemy nakreślić sobie plan racjonalnego leczenia ozeny. Przedewszystkiem pomyślmy o poprawieniu ogólnego odżywiania, usunięciu stanu anemicznego i daniu możności ustrojowi zwycięskiej walki z podstawowym cierpieniem, którego towarzyszem jest nieżyt cuchnący, i tą drogą postaramy się powstrzymać niszczący pochod sprawą zanikowej w nosie. Leczenie miejscowe powinno stać na drugim miejscu, jakkolwiek brać się do niego powinniśmy niezwłocznie, pamiętając zasadę *periculum in mora*, ponieważ im z wcześniejszem stadium procesu będziemy mieli do czynienia, tem więcej możemy mieć nadziei na wynik pomyślny naszych zabiegów. Tutaj stajemy w obec następujących zadań: usunąć nieznośny odór i w ten sposób wrócić człowiekowi towarzystwu bliskich mu ludzi, którzy go dotychczas unikali, sprawiając mu tem ciężkie cierpienie moralne i osłabiając jego równowagę nerwową, zmienić charakter wydzieliny, powstrzymać sprawę zanikową i wpłynąć na możliwy powrót tkanek *ad integrum*. W tym celu wszysciu klinicyści usiłują przedewszystkiem starannie oczyścić błonę śluzową nosa; jedni do tego używają obfitych przemywań nosa, inni usuwają nagromadzone masy szczypczykami. Różnicę w rękoczynach spotykamy w drugim stadyum leczenia. Tak, STÖRK pendzluje następnie błonę śluzową 10% roztworem lapisu i wprowadza do nosa tampony nasycone 3% roztworem tego lekarstwa. GOTTSTEIN wprowadza tampony z waty, które powinny wypełniać ściśle jamę nosową, kolejno do jednej i do drugiej jamy, przyczem tampon musi pozostawać w nosie najmniej przez 3 godziny. RUAULT pulweryzuje nos wazeliną kilka razy dziennie i oprócz tego codziennie lub co drugi dzień pendzluje błonę śluzową nosa 10% roztworem fenolu sulforycynowego. MÆCKENZIE opisał przypadki zupełnego wyleczenia cuchnącego nieżytku za pomocą wyskrobywania ostrą łyżeczką błony śluzowej. DEMME wychwala masaż vibracyjny. BAYER uważa elektrolizę za środek niezawodny, jakkolwiek obserwacye HENDELSONN'a każą nam powątpiewać o doniosłości tej metody leczniczej w ozenie.

Ja ze swej strony postępuję w leczeniu ozeny w sposób następujący. Po przemyciu nosa obfitą ilością roztworu soli kuchennej i sody z nieznaczną domieszką mentolu i zupełnem oczyszczeniu obu jam nosowych od zalegających w nich strupów, pendzluje błonę śluzową nosa roztworem MANDLE'a (jod-jodkali w glicerynie), przyczem staram się pomasować z lekka w przeciągu jednej minuty wszystkie części błony śluzowej nosa. Słabsze roztwory stopniowo zmieniam, przechodząc do coraz mocniejszych. Następnie zalecam choremu również obfite przemywanie nosa takim samym roztworem trzy razy dziennie z następczem smarowaniem błony śluzowej wazeliną boro-mentolową. Jednocześnie tym samym roztworem MANDLE'a pendzluje, z lekka masując, błonę śluzową jamy nosogardzielowej i tylnej ściany gardzieli. Po 2—3 tygodniach ilość strupów znacznie się zmniejsza, a błona śluzowa staje się wilgotniejszą i pełniejszą. Po 2—3 miesiącach takiego leczenia zwykle widzę znaczną poprawę, wytwarzanie strupów ustaje, i błona śluzowa przyjmuje wy-



gląd prawie normalny, jakkolwiek wobec niebezpieczeństwa nawrotów cierpienia leczenia nie przerywam. Wogóle wyznać należy, iż leczenie nieżyty cuchnącego należy do zadań bardzo niewdzięcznych i wymaga i od lekarza i od chorego wielkiego zapasu cierpliwości, na powodzenie wszakże liczyć możemy zawsze, tembardziej, że sama przyroda często usuwa zasadnicze objawy tego cierpienia. Nierzadko zdarza się widzieć przypadki, w których przykry odór znikł bez śladu, jakkolwiek strupy wytwarzają się po dawnemu; nieraz również spostrzegamy, że i wydzielina staje się płynniejszą, nie zsycha się w strupy, a błona śluzowa staje się soczystszą, bledszą i nabiera cech normalnej błony śluzowej. Mamy więc i tu przykłady samowyleczenia, zadanie więc nasze polega na tem, aby przyspieszyć ten zwrot dobroczynny w przebiegu omawianego cierpienia. Naturalnie, tam gdzie źródło ozeny kryje się w ropnem zapaleniu jednej z bocznych jam nosowych, powinniśmy zwrócić uwagę na zasadnicze cierpienie, otwierając chorą jamę i lecząc ją po dług metody, najbardziej wskazanej w każdym danym przypadku. Tą drogą jednocześnie najlepiej wpłyniemy na usunięcie cuchnącego nieżyty nosa.

## WYKŁADY KLINICZNE.

A. WEISMAYR.

### Wpływ wzajemny na siebie serca i płuc.

Serce i płuca w patologii tak ściśle są z sobą powiązane, że w cierpieniu jednego z tych narządów zawsze musimy się liczyć ze stanem drugiego; choroby tych narządów wpływają na siebie często do tego stopnia, iż otrzymujemy pewien nawet *circulus vitiosus*, np. pierwotna choroba płuc skutkiem zastoju zguźnie wpływa na serce, to znów drogą zatoru daje zawał krwotoczny i t. d.

I. Wpływ serca na płuca. Na pierwszym miejscu stoi tu gruźlica. Już ROKITANSKY zwrócił uwagę na to, że niektóre choroby serca zabezpieczają płuca od gruźlicy. Pomimo iż wielu starało się pogląd ten obalić, jednak jest to fakt niezaprzeczony, że kombinacja starej wady serca ze świeżą gruźlicą jest zjawiskiem nader rzadkiem. Nie wada zastawek jako taka, lecz zaburzenie w krążeniu jest tego przyczyną, a mianowicie przekrwienie płuc.

Potwierdzenie tego znajdujemy w tych stanach, którym również towarzyszy przekrwienie, a które nader rzadko wikłają się z gruźlicą, a mianowicie w garbie (*kyphosis*), rozedmie i ciąży, jak również w tych, którym towarzyszy małokrwistość płuc, a które nader często kończą się gruźlicą, jak np. zwężenie tętnicy płucnej.

Garb, zależący przeważnie od sprawy gruźliczej, nie mógłby inaczej chronić płuc od gruźlicy, jak przez to, że przy nim mamy przekrwienie płuc; rozedma, połączona stale z nieżytem oskrzeli, raczej sprzyjałaby powstawaniu gruźlicy, gdyby nie przekrwienie; ciąża, jak wiadomo, przytłumia istniejącą sprawę gruźliczą. Gdy jednak, po rozwiązaniu, stosunek cyrkulacyjny wraca do stanu prawidłowego, przytłumiona gruźlica wybucha ze zdwojoną potęgą, nawet nieraz już w połogu pod postacią ostrej gruźlicy prosówkowej.

ROKITANSKY przy opisie wyglądu gruźliczego (*habitus phthisicus*) powiada: duża (długa) klatka piersiowa i małe serce. Najumiejętniej skorzystał



z tego opisu BREHMER i wziął za punkt wyjścia swych studyów na tem polu nieproporcjonalność rozmiarów płuc i serca. Wiadomą jest rzeczą, że wielu autorów chciałoby zupełnie zaprzeczyć, iżby *habitus phthisicus* mógł stanowić jakąś dyspozycję do gruźlicy, a jednakże bez owej „dyspozycji“, jedynie na drodze zakażenia lasecznikami swoistymi nie dałoby się objaśnić wielu zjawisk, jako to: znajduwanie na sekcji sprawy gruźliczej, która przez całe życie nie dawała objawów, zejście śmiertelne wskutek gruźlicy bez uprzedniego wyniszczenia w wielu chorobach (odra), częstość gruźlicy w niektórych stanach zawodowych, a nade wszystko usposobienie dziedziczne do gruźlicy. Większe niebezpieczeństwo zarażenia się od rodziców nie wystarcza do objaśnienia tego, że całe rodziny wymierają na suchoty.

Istotą skłonności do suchot jest niedostateczne odżywianie płuc. Już samo serce, gdy jest mniejsze, przetłacza za mało krwi do płuc; warunki zaś są jeszcze gorsze, gdy nadto płuca mają pojemność większą. Już od samego początku zachodzą tu takie stosunki, jak przy zwężeniu tętnicy płucnej. Że w suchotach pojemność serca jest mniejsza, dowiodły ściśle pomiary; LOUIS przypisuje sercu suchotników tylko  $\frac{2}{3}$  a nawet  $\frac{1}{2}$  pojemności prawidłowej. Że mamy tu pierwotny niedorozwój (*hypoplasia*), nie zaś zanik następczy, dowodzi tego stan komory, która jest zawsze zmniejszona, gdy przy zaniku mielibyśmy komorę prawidłową, a nawet większą.

Z innych chorób płuc, wynikających z chorób serca, wymienimy stwardnienie brunatne płuc i zawał krwotoczny.

We wszelkiej chorobie zastawek serca lewego, a zwłaszcza lewego ujścia żylnego, mamy, jako pierwszy objaw zaburzenia w krążeniu, nieżyt zastoinowy oskrzeli. Jednakże stosunki tu nie są tak proste, jakby się na pozór zdawać mogło. Część krwi, mianowicie z wielkich oskrzeli, spływa do przedsionka prawego, dla tego też nieżyt pogarsza się wtedy, gdy wystąpi całościowy objawów niewyrównanej wady serca.

Tak więc nieżyt oskrzeli w zależności od wady serca etiologicznie składa się z dwóch czynników: z zastojów pierwotnego, pochodzącego wprost z rozszerzenia (retrodilatacyi) naczyń włosowatych, i z zastojów, występującego lub ustępującego w zależności od stanu serca prawego.

W niedomykalności zastawek aorty nieżyt oskrzeli występuje dopiero z chwilą dyskompensacyi serca lewego (HOFFMANN).

Jeżeli zastój krwi, zależny od wady serca lub zwyrodnienia mięśnia, trwa dłużej, to powstają zmiany organiczne w samem płucu, znane pod nazwą stwardnienia brunatnego (*Herzfehlerlunge*) — sprawa analogiczna do marskości wątroby: naczynia się wiją, pęcherzyki są ścieśnione, występuje rozrost tkanki łącznej. W płwocinie znajdujemy t. zw. *Herzfehlerzellen*.

Wada lewego ujścia żylnego jest również najczęstszą przyczyną zawału krwotocznego, a głównie jego zwężenie (*stenosis*). Skutkiem następczego rozszerzenia serca prawego osadzają się, zwłaszcza w uszku serca, w zachyłkach pomiędzy beleczkami pojedynczemi (*trabeculae*) — skrzepy ościenne, dające zatory w dziedzinie tętnicy płucnej.

Częstem następstwem cięższego zastojów krwi w płucach jest obrzęk płuc. WELCH objaśnia jego pochodzenie przedwczesnem osłabieniem serca lewego przy zachowanej sprawności komory prawej, skutkiem czego mamy przepełnienie obiegu płucnego krwią żylną. Dowieść jednak trudno, żeby komora lewa prędzej słabła od prawej, w każdym jednak razie chodzi tu o zastój. Dla czego jednak w jednym razie mamy obrzęk, a w innym stwardnienie brunatne,



powiedzieć trudno; być może, że gra tu rolę stan ścian naczyń i ich przepuszczalność. Rozpoznanie obrzęku ułatwiają rozlane po całych płucach drobno i grubopęcherzykowe rżenia wilgotne a także obfita rzadka plwocina wraz z momentem przyczynowym.

Bardzo małe znaczenie kliniczne ma stan płuc przy zmniejszeniu pojemności klatki piersiowej skutkiem przerostu serca lub wysięku osierdzia. Płuca, jak wiadomo, są rozdęte nad swą sprężystość i spaść się mogą jedynie wtedy, gdy co innego wchodzi na ich miejsce. Trzeba dużego guza, wysięku lub odmy (*pneumothorax*), ażeby płuco ściągnęło się samo (aktywnie) do równowagi, wtedy dopiero mogłaby nastąpić kompresja bierna. Jeżeliby stan taki spowodowany był chorobą serca (wysięk osierdzia), to więcej chodzi nam o samo serce, niż o płuca, ponieważ płuco drugie da nam rozedmę zastępczą (*emphysema vicarium*). Stan taki nosi również nazwę, pochodną od serca, a nie od płuca — *denuddatio cordis*.

Również i pokrycie serca przez płuco ma jedynie znaczenie fizyczno-dyagnostyczne.

II. Wpływ płuc na serce. Gruźlica, której powstawanie i przebieg w tak ścisłym są związku ze stanem serca, może ze swej strony wywrzeć zgubny wpływ na samo serce i zwykle też go wywiera. Zanik, śródmiąższowe lub tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego — są to częste zjawiska u suchotników. Samą sprawą płucną, nieraz nieznaczną, nie można objaśnić tych napadów silnej duszności po każdym ruchu większym. Zmniejszenie powierzchni oddechowej jest znaczniejsze przy wysięku opłucny, brak powietrza większy przy zwężeniach krtani, a pomimo to chorzy znoszą te stany dobrze. Bezwątpienia ogólne wyniszczenie, długotrwała gorączka, a może i wessanie produktów specyficznych musi się odbić na sercu.

Z pośród innych chorób płuc, wpływających na serce, zasługuje na uwagę zapalenie włóknikowe, wywołujące również zwyrodnienie mięśnia i raptowną nieraz śmierć, w łagodniejszych zaś przypadkach zwolnienie tętna. Zapalenie to jest niebezpieczne, zwłaszcza u ludzi z draśniętym sercem, u pijaków i arteriosklerotyków. Przyczynowo odgrywa tu najważniejszą rolę zarazek swoisty. Prócz zwyrodnienia spostrzegano w tych razach istotne zapalenie wsierdzia z następczą wadą, skutkiem zagnieżdżenia się bakterii na zastawkach. Jednogłośnie przyznano, że *endocarditis pneumonica* najchętniej obiera sobie zastawkę aorty, że jest to sprawa wrzodziejąca (*ulcerosa*), lecz także, a nawet częściej, narostowa (*verrucosa*). KERSCHENSTEIN odróżnia *endocarditis pneumonica* od *endocarditis septica*.

W zależności od zapalenia płuc powstać może zapalenie osierdzia w ten sam sposób, jak zapalenie opłucny; ztąd znów sprawa przejść może *per contiguitatem* z osierdzia na samo serce, mielibyśmy wtedy istotne zapalenie mięśnia (*myocarditis*), zależne pośrednio od zapalenia płuc włóknikowego. Tak więc *pneumonia crouposa* daje powikłania: *endo-, peri- i myocarditis*.

THIROLOIX opisał przypadek następczego zapalenia wsierdzia w zależności od rozszerzenia oskrzela (*bronchiectasia*), przyczyną był *staphylococcus pyogenes aureus*, który rozwinął się w jamie oskrzelowej.

Gruźlica daje również sprawy zapalne wsierdzia; opisał je szczegółowo TEISIER, opierając się na obfitym materiale klinicznym i sekcyjnym. Według niego gruźlica może w trojaki sposób oddziaływać na wsierdzie:



1) Przez bakterye, które przez krew dostają się do wsierdzia i wywołują sprawę o postaci rozmaitej, jako to: a) postać ziarninową (*tuberculosis endocardii*), b) serowatą (*endocarditis tuberculosa*) i c) węzłkową (*forme nodulaire de TRIPIER*).

2) Przez toksyny laseczników gruźliczych, które powodują stwardnienie wsierdzia (*sclerosis endocardii*).

3) Skutkiem zakażenia mieszanego (*Mischinfection*) mamy zapalenie wsierdzia, wywołane przez streptokoki, stafilocoki, *b. coli commune*, pneumokoki.

Gruźlica płuc daje, jak wiadomo, dość często gruźlicę osierdzia, rzadziej jednak gruźlicę samego mięśnia sercowego w ten sposób, że gruzelki usadawiają się w samym mięśniu. Autor sam spostrzegał przypadek, w którym *pericarditis tuberculosa* dało zupełne *concretio cordis cum pericardio*; sprawa stopniowo szła dalej, aż pomiędzy włóknami mięśniowymi wytworzył się gruzełek samotny (*tuberculum solitarium*), który począł nawet serowacieć. Podobny przypadek opisał NETTAN LARRIER. Są to rzeczy nader rzadkie.

Obraz chorobowy takiej sprawy nie da się naszkicować dokładnie. Można rozpoznać zapalenie osierdzia, gruźliczą jego naturę, może nawet i zrost serca z osierdziem, lecz nie więcej. Wszystko inne zwałamy na karb sprawy zapalenia mięśnia (*myocarditis*), i jedynie autopsya zdolna jest dać wyjaśnienie.

Wreszcie rozedma płuc odbija się na sercu. Obliteracya naczyń włosowatych skutkiem zaniku ścian pęcherzyków wywołuje znaczne wzmożenie ciśnienia w tętnicy płucnej, to pociąga za sobą naprzód przerost, a następnie rozszerzenie komory prawej. Są to rzeczy tak częste, że niema prawie ani jednego przypadku rozedmy samoistnej bez rozszerzenia serca, a bardzo dużo objawów przy rozedmie zależy od serca.

Z tego opisu widać, jak ważną rolę w sprawach płuc i serca odgrywa gruźlica, a także, iż dokładne pojęcie o stanie jednego z tych narządów, pogląd na rokowanie i wskazanie do leczenia otrzymujemy po zbadaniu narządu drugiego.

(*Sammlung Klinischer Vorträge, Volkmann. Neue Folge. Nr. 230, 1898*).

W. Knappe.

---

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

---

108. Prof. C. A. EWALD. **O samozatruciu** Pod mianem samozatrucia (*auto-intoxicatio*) rozumiemy zatrucie ustroju produktami trawienia lub przemiany materji, powstałymi w samym ustroju. Produkty te mogą się wytworzyć bądź w przewodzie pokarmowym (*intestinale Autointoxication*), bądź też wewnątrz samych tkanek ustroju (*interstitielle Autointoxication*).

Co się tyczy samozatrucia ze strony kiszek, to powodują je tylko jady, powstałe bezpośrednio w przewodzie pokarmowym, lecz nie wprowadzone do ustroju z zewnątrz; tak więc jady metaliczne lub roślinne, jady, wprowadzone z pokarmami (mięsem, wędliną, mlekiem), produkty przemiany bakterji chorobotwórczych: tyfusowych, cholerycznych, gruźliczych i t. d. — samozatrucia w ścisłym tego słowa znaczeniu nie wywołują.

Na ustrój szkodliwie wpływa nie tylko wytworzenie się produktów nieprawidłowych, lecz i nadmierne gromadzenie się prawidłowych; za przykład służyc mogą fenol i siarkowodór, które w małych ilościach przypadłości nie wywołują, natomiast w ilości znaczniejszej działają na ustrój trująco.



Przy nieprawidłowym wszakże biegu trawienia powstać mogą produkty nowe, jadowite, jak ptomainy i nienormalne produkty rozpadu białka (peptosyna, lotne kwasy tłuszczowe, alkapton, methylmerkaptan), a i prawidłowe produkty rozpadu białka: albumozy i peptony okazują się trującymi, jeśli nie ulegają wessaniu ze strony błony śluzowej kiszek, lecz bezpośrednio do krwiobiegu się dostają.

Źródłem samozatrucia ze strony tkanek ustroju są produkty przemiany materii, wytwarzające się w sokach i tkankach ustroju. Tu na pierwszym planie postawić należy ciała, powstające wskutek życia komórek i w warunkach prawidłowych opuszczające ustrój przez nerki, płuca i skórę: kwas węglany, niektóre związki organiczne i nieorganiczne. Produkty te działają trująco, jeśli w większej ilości w ustroju się nagromadzają. Dalej idą: kwas mleczny (jako produkt rozpadu białka), aceton, kwas acetoctowy, mocznik, powstający z soli amoniakalnych i t. d.

Środki, jakimi rozporządza ustrój w celu uwolnienia się, względnie zubożenia wytwarzających się w nim jądów, są różnorodne. Przedewszystkiem w samym przewodzie pokarmowym produkty jadowite mogą zamienić się w związki nieszkodliwe. Dalej, po przedostaniu się przez ściany kiszek do małego krwiobiegu, jady natrafiają na wątrobę, która ma własność zatrzymywania ich, względnie zubożenia. Jeśli ilość jadowitych produktów jest zbyt znaczna, i wątroba nie jest w stanie z nią się uporać, lub jeśli istnieje niedomoga wątroby, samozatrucie ustroju może wówczas wystąpić. Bądźcobądź, pozostaje jeszcze możliwość wytworzenia we krwi antytoksyn i uchronienia w ten sposób ustroju od zatrucia. Wreszcie substancje trujące mogą z taką szybkością być z ustroju przez nerki, płuca i skórę wydalane, że działanie szkodliwe nie zdąży wystąpić.

I. Samozatrucie pochodzenia kiszkiowego. W przebiegu wielu zaburzeń w trawieniu, tak ostrych jak i przewlekłych, występują pewne objawy, już od dawna uważane za objawy samozatrucia: bóle głowy, łatwa drażliwość, skłonność do zmęczenia, apatya, hipochondrya i t. p. Za przyczynę tych objawów poczytują wytworzenie w przewodzie pokarmowym jadowitych produktów, które przedostają się do krwi; na dowód prawdziwości tego przypuszczenia przytaczają przypadki ostro występującego zatrucia ustroju, które znika natychmiast po usunięciu przyczyny. Ostatnio nawet samozatruciu ze strony kiszek przypisują główną rolę w etiologii niektórych chorób skórnych (*urticaria* np.), dychawicy z niestrawności, wymiotów peryodycznych, tężyczki, cystynuryi, małokrwistości i t. p.

II. Samozatrucie pochodzenia mięszowego. Tutaj zaliczają zatrucie mocznicze, śpiączkę cukrzycową i rakową, chorobę BASEDOW'a, ADDISON'a, cukrzycę trzustkową, obrzęk śluzowy, białaczkę i pseudobiałaczkę i niektóre psychozy. Miejsce pośrednie zajmują: migrena, różne postacie zapaleń nerwów, plamica, wreszcie choroby przemiany materii, jak dna.

Sprawą samozatrucia ustroju szczególnie zajmowano się w ostatnich latach, i, gdy autorowie francuscy i włoscy poświęcili się przeważnie wyjaśnieniu strony teoretycznej, autorowie niemieccy starali się wyświecić faktyczną stronę sprawy.

Jakimi dowodami faktycznymi może się poszczycić nauka o samozatruciu? Przedewszystkiem dwie postacie samozatrucia nie ulegają żadnej wątpliwości: zatrucie ustroju kwasem węglanym ze strony płuc i zatrucie po upośledzeniu czynności oddechowej skóry (po ciężkich spaleniach skóry, lakierowaniu jej przy



łuszczycy i t. d.). Trująco działają tu bezsprzecznie kwas węglany i amoniak; co się zaś tyczy innych składników, normalnie przez skórę się wydzielających, jako to: mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, leucyna, tyrozyna, cukier gronowy i t. d., to z wyjątkiem soli potasowych, działanie trujące ich nie jest dowiedzione.

Toksyny wogóle należy znaleźć we krwi i w moczu, chcąc dowieść z pewnością działania ich na ustrój. Natomiast odnalezienie ich w zawartości żołądka lub kiszek nie jest wystarczające, gdyż tam mogą one przebywać bez wywoływania objawów zatrucia.

W moczu stwierdzić się daje obecność toksyn drogą doświadczeń fizyologicznych i drogą rozbioru chemicznego. Mocz prawidłowy, wstrzyknięty zwierzęciu do żył, powoduje objawy zatrucia (zwięźnienie źrenic, ślinotok, przyspieszony oddech i t. d.), a nawet śmierć. Potrzebna do tego ilość moczu, obliczona na 1 kilo zwierzęcia, nazywa się „urotoksyną“, a „spółczynnik urotoksyczny“, według BOUCHARD'a, jestto stosunek wydzielonej przez 24 godziny urotoksyny do wagi zwierzęcia i wskazuje zatem ilość urotoksyn, wydzielonych przez 1 kilo człowieka w ciągu 24 godzin. W warunkach prawidłowych równa się on 0,46, w moczach patologicznych waha się pomiędzy 0,1—2,0.

Badaniem stopnia jadowitości moczu w rozmaitych cierpieniach szczególnie zajmowali się autorzy francuscy i włoscy. W Niemczech jednakże sprawa ta doznawała chłodniejszego przyjęcia, i, dzięki pracom ALBU, BRIEGER'a, EWALD'a, NOORDEN'a, SENATOR'a, GUMPRECHT'a i innych, teorie BOUCHARD'a i „spółczynnik urotoksyczny“ utraciły niemal zupełnie naukową swą wartość. Badacze ci wykazali, że przy wstrzykiwaniu do żył wprowadzona zostaje bądźco bądź znaczna ilość płynu, wcale nie obojętnego dla ustroju, pomijając nawet istnienie specyficznego jadu, dalej stwierdzili, że posiada znaczenie szybkość wlewania, stopień przepełnienia przewodu pokarmowego, a największy wpływ wywiera ta okoliczność, że mocz w stosunku do krwi jest płynem allotonicznym, wskutek czego wstrzyknięcie musi pociągać za sobą ciężkie objawy.

Prócz powyższych fizycznych przyczyn szkodliwego działania moczu na ustrój, istnieją i chemiczne. Tu zaliczyć należy wpływ soli potasowych i amoniakalnych, szkodliwie oddziaływających na serce i w dawkach 0,12—0,2 gr. na 1 kilo zwierzęcia powodujących śmierć. Według BOUCHARD'a sole potasowe powodują 57% jadowitości moczu, według STADTHAGEN'a wszakże w 60 ctm. sz. ludzkiego moczu, zabijających 1 kilo zwierzęcia, znajduje się 0,15—0,2 gr. potasu, czyli dawka, uważana za śmiertelną dla 1 kilo zwierzęcia.

Co się tyczy związków organicznych prawidłowego moczu (mocznika, kwasu moczowego, kreatyny, kreatyniny, ksantyny i t. d.), to działanie ich trujące, wobec nieznacznych ilości, w jakich występują, nie jest dowiedzione. Również wybitnie trującego działania barwnikom moczowym, wbrew twierdzeniu BOUCHARD'a, autorzy niemieccy nie przypisują. Pozostaje więc jeszcze tylko jedno przypuszczenie, że istnieje w moczu jakiś nieznan nam jad organiczny.

Tak więc z całego gmachu teorii, wysnutych z jadowitości moczu, pozostały dziś tylko gołe mury, t. j. niewątpliwy fakt, że mocz wogóle posiada własności trujące. Nad wykryciem owego przypuszczalnego jadu w moczu trudzili się liczni autorowie z wynikami mniej lub więcej pomyślnymi. GRIFFITHS, BAUMANN i UDRAŃSKI, ALBU, EWALD i inni wykryli w moczu w różnorodnych stanach chorobowych związki o charakterze diamin, lecz ciała te bądź odznaczają się cechami niestałymi, bądź znajdują się w zbyt nieznacznej ilości, aby można było dowieść trującego ich działania na ustrój, bądź wreszcie wcale trującego wpływu nie wywierają. EWALD sam od paru lat zajęty jest mozolnymi poszuki-



waniami w tym kierunku, lecz bezskutecznie; brak zaś wyników dodatnich tłumaczy niedokładnością metod współczesnych, w tym celu używanych.

LUSSANA wykrył w moczu chorego z *anchylostoma duodenale* ciało, które po wstrzyknięciu królikowi spowodowało znaczne zmiany w składzie krwi, zmniejszenie liczby czerwonych ciałek i t. d., lecz śmierci zwierzęcia za sobą nie pociągnęło. Po usunięciu pasorzytów z przewodu pokarmowego trujące działanie moczu znikło. Podobnie działające ciała wykryli w moczu ARSLAN w tejże chorobie i FORCHHEIMER w błednicy. Lecz jednakowoż należy przyznać, że przy tłumaczeniu faktów powyższych nie wychodzimy poza granice domyślników.

Dwa razy istotnie i niewątpliwie wykryte zostały ciała, które samozatrucie spowodowały. 1) SENATOR w roku 1868 opisał przypadek zatrucia ustroju siarkowodorem, gdzie wpływ siarkowodoru wątpliwości nie ulega; 2) Badania STADELMANN'a, MINKOWSKIEGO i innych stwierdziły w moczu chorych, dotkniętych ciężkimi postaciami cukrzycy, obecność  $\beta$ -tlenokwasu masłowego, acetonu i kwasu acetoctowego w znacznej ilości. Ciała te podczas śpiączki cukrzycowej w ustroju zostają zatrzymane i wskutek tego powodują samozatrucie.

Wyniki tego badania moczu w celu wykrycia ciała, trującego na ustrój przy samozatruciu oddziaływającego, są nie pewne i skąpe. To samo niestety da się powiedzieć także o wynikach badania w tym celu surowicy krwi; dotąd przynajmniej żaden badacz we krwi takiego ciała nie odnalazł. Że własności trujące potu zależne są wyłącznie tylko od zanieczyszczenia przez drobnoustroje, dowiedli BRIEGER i DAWIDSON, gdyż po usunięciu z potu bakterii własności trujące tegoż znikają.

Metoda zastrzykiwania surowicy krwi do żył zwierzęcia w celu udowodnienia trującego jej działania nie wytrzymuje krytyki, albowiem każda surowica jest sama przez się jadem dla zwierzęcia innego gatunku. Należałoby zatem zastrzykiwać surowicę człowieka również człowiekowi.

Z powyższego wypływa, że podstawy, na których oparta jest nauka o samozatruciu, są naderwyczej nietrwałe, i że cała ta nauka obecnie mniej ma pod sobą gruntu, niż dawniej. Jednakże liczne spostrzeżenia kliniczne zmuszają nas do uznania istnienia „samozatrucia ustroju“. Obserwując objawy mocznicze, śpiączkę cukrzycową lub rakową, wahania w przebiegu rozmaitych chorób przewlekłych, jak choroba ADDISON'a, obrzęk śluzowy i t. d., musimy przypuścić obecność w ustroju jakiegoś jadu, wywołującego samozatrucie.

Z żalem jednakże musimy przyznać, że dalecy jeszcze jesteśmy od zupełnego rozumienia działających tu czynników, gdyż metody nasze współczesne są niewystarczające

(*Berlin. Klin. Wochenschr.* Nr. 7 i 8. 1900).

W. Rubin.

109. F. G. LYDSTON. **Santonina przeciw padaczce.** Stwierdziwszy przypadkowo, że santonina, podawana jako środek glistopędny u dzieci, dotkniętych drgawkami, uspokaja niekiedy napady kurczowe w przypadkach, gdzie nie sprowadza jednak wydalenia żadnej glisty, autor powziął myśl zastosowania santoniny do zwalczania napadów padaczki. Długie już doświadczenie dowiodło autorowi, że lek ten jest istotnie jednym z najskuteczniejszych przeciwpadaczkowych, ale w dawkach dużo większych, niż te, które są używane jako glistopędne. U chorych padaczkowych dorosłych autor zaczyna od 0,12 do 0,30 santoniny trzy razy dziennie, następnie zwiększa powoli dawki aż do granicy znoszenia przez ustrój, która się ujawnia podrażnieniem pęcherza. Autor mógł w ten sposób podawać bezkarnie przez wiele tygodni do 3 gramów, a nawet więcej santoniny dziennie, dawki ogromne, na które się trudno odważyć, ze względu na dobrze znane trujące działanie tego środka.



Jako lek przeciwpadaczkowy, santonina posiada nad bromkami, według autora, tę wyższość, iż nie wywołuje trądzika, ani przygnębienia umysłowego. Wywiera ona na napady bardzo wyraźne działanie hamujące, nawet w przypadkach, gdzie sole bromowe pozostają bez skutku.

(*La semaine médicale* Nr. 11. 1900).

*St. Roslan.*

## Sprawozdanie Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

Napisał

**Stan. Łagowski.**

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 37).

D-r SZUMANN (Toruń). Przyczynę do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Mówca, opierając się na własnym doświadczeniu, nabytem w 13 przypadkach kamicy, stwierdza, że środki wewnętrzne są bezsilne, i że nie należy czasu tracić na długie probowanie tych środków. Po dokonaniu operacji należy środkami dyetetycznymi zapobiegać nawrotowi choroby. Jako główny zabieg operacyjny poleca cholecystotomię jednoczasową z wszyciem brzegów pęcherzyka w ranę otrzewny i sączkowaniem gazą.

W dyskusyi d-r MIESZKOWSKI (Wrocław) przemawia za teorią pasorzytniczą w etiologii.

Prof. d-r KADER operuje w każdym przypadku kamicy przy trzecim napadzie.

D-r DUNIN podnosi rzadkość zejść śmiertelnych w kamicy żółciowej i potrzebę względnie rzadką operowania, sama bowiem choroba okazuje dążność do wyleczenia bez operacji. Przewlekłe surowicze zapalenie pęcherzyka względnie najwięcej jeszcze nadawałoby się mogło do operacji, ale i w tych przypadkach wielu chorych ma się dosyć dobrze bez operacji. Wskazania do operacji w kamicy żółciowej są najtrudniejsze.

Prof. d-r KORCZYŃSKI nadmienia, że postawienie ścisłych wskazań do operacji jest w przeważnej liczbie przypadków niestychanie trudne. Każdemu wiadomo, że kamyki żółciowe znajdować się mogą w bardzo nawet znacznej liczbie w pęcherzyku żółciowym, nie wywołując najmniejszych przypadłości tak miejscowych, jako też ogólnych, a obecność ich wykrywa dopiero sekcyja. Trafia się również, że kamyki przechodzą przez drogi żółciowe bez świadomości chorego i napotyka się je przypadkowo w stolcach.

Ważność kamyków zależy więc od ich usadowienia, wielkości, stopnia utrudnienia odpływu żółci, od obecności lub braku zakażenia dróg żółciowych, od oddziaływania miąższu wątroby, wreszcie od stopnia cholemicznego zatrucia krwi. Daleko mniejsze znaczenie przypisać należy napadom kolki żółciowej, chyba gdy ona jest bardzo silna, długotrwała lub grozi wyczerpaniem sił albo też pęknięciem pęcherzyka żółciowego, które to pęknięcie w rzadkich, wprawdzie, ale przez przemawiającego stwierdzonych przypadkach może się zakończyć wyzdrowieniem.



A więc należy ściśle indywidualizować, a za wskazanie do operacji uważać trwale zatkanie przewodu żółciowego wspólnego z zagrażającą cholemią lub też z objawami zakażenia dróg żółciowych, następczą marskość wątroby, wreszcie nadmierne wydęcie pęcherzyka żółciowego, grożące pęknięciem. Liczba napadów kolki sama przez się nie może stanowić wskazania do operacji.

D-r BRONOWSKI prosi d-ra REICHMANA o wskazania profilaktyczne, na co d-r REICHMAN odpowiada, że, nie znając przyczyny, nie można dostatecznie zapobiegać chorobie. Przeciw zastojowi żółci zaleca środki czyszczące i unikanie ściskania wątroby, przy częstych napadach należy dietę ograniczyć.

D-r KRAJEWSKI nie uznaje wskazania do operacji w przypadkach następczej marskości wątroby, jako w spóźnionych. Nadmienia, że w Niemczech są operatorzy, którzy wykonali kilkaset operacji kamicy.

D-r DUNIN, odpierając zarzut d-ra KRAJEWSKIEGO, jakoby miał chorym odradzać operację, podnosi iż w Niemczech na czterysta kilkadziesiąt przypadków z pewnością 400 razy niepotrzebnie operują, a skoro się uwzględni, że z operowanych pewien procent umiera po operacji, należy się wystrzegać szablonowego operowania.

Prof. GLUZIŃSKI w sprawie kamicy żółciowej nader rzadko zwraca się do chirurga. Według niego są dwa wskazania do operacji: ciężkie napady bólów i zakażenie pęcherzyka. Jeżeli jednak zakażenie jest ogólniejsze, mocz zawiera znaczną ilość białka, to operacja nie na wiele się przyda.

Prof. KORCZYŃSKI podnosi okoliczność, że rozpoznanie kamicy w wielu przypadkach jest bardzo trudne, i przyznaje się, że w swojej praktyce klinicznej i prywatnej miewał przypadki, w których kamicy istniejącej nie rozpoznał, jak niemniej przypadki, gdzie błędnie nie istniejącą kamicy rozpoznawał. Szczegół ten, który zapewne i inni interniści potwierdzić mogą, tłumaczy poniekąd, dla czego interniści w przypadkach wątpliwych niechętnie zalecają chorym operację. Zresztą każdemu klinicyście znane są zapewne przypadki bardzo ciężkiej kamicy z cholemią, z ciężkim zakażeniem dróg żółciowych, która prócz dreszczów, gorączki i potów objawia się także i zapaleniem nerek, kończące się mimo to wszystko bez operacji pomyślnie. Podziela więc w zupełności zdanie d-ra DUNINA, że przy wielkiej częstości kamicy rzadko zdarza się zejście śmiertelne, wprost od kamicy zależne, i jest tego zdania, że nie obecność kamieni żółciowych stanowi wskazanie do operacji, lecz przeciwnie, że kamica tylko wśród ściśle określonych wskazań może stanowić przedmiot zabiegu operacyjnego.

Trzecie i ostatnie posiedzenie sekcji medycyny wewnętrznej odbyło się w części ze współudziałem sekcji chirurgicznej, w części bez jej współudziału. Przedmiotem posiedzenia wspólnego był wrzód żołądka, a głównie jego leczenie.

Prof. GLUZIŃSKI w odczycie swoim zaznacza, że tak w początkowych okresach wrzodów, jak i w późniejszych, systematycznie stosowane leczenie daje w ciągu 1 do 2 lat wyniki bardzo pomyślne.

Na szczególną uwagę zasługują przypadki sokotoku żołądkowego z upośledzoną czynnością ruchową żołądka. Do wyjątków należy, by upośledzenie tej czynności powstawało wskutek niedowładu, zwykle powstaje ono wskutek czynnościowej lub mechanicznej cieśni odźwiernika. Przypadki te należy leczyć dietą, opróżnianiem zalegającej treści, a równocześnie starać się i innymi zabiegami obniżyć kwasotę wydzielanego soku żołądkowego. Gdy za pierwszym razem osiągnęliśmy wynik, dłuższy czas trwający, gdy więc mamy prawo przyjąć, że cieśń była czynnościowa, to leczenie trzeba powtarzać przy nawrotach objawów.



Gdy zaś przekonamy się, że cieśń jest mechaniczna, to należy uciec się do pomocy chirurgicznej, a im wcześniej, tem lepiej, przytem każdy przypadek, przeznaczony do operacyi, potrzeba należycie przygotować przez podniesienie sił chorego, a po operacyi długo jeszcze stosować leczenie wewnętrzne.

Prof. RYDYGIER wygłasza zdanie, że głównym warunkiem pomyślnych wyników pooperacyjnych jest: 1) należyte przygotowanie chorego do operacyi, polegające na podniesieniu jego sił i odżywiania i 2) wczesne poddanie chorego operacyi. Ma on we Lwowie 89% wyleczenia, a więc tylko 11% śmiertelności. Przedstawiona statystyka, równająca się statystyce LEUBE'go, świadczy z jednej strony wymownie o korzyściach operacyjnego leczenia, a z drugiej o korzyściach zgodnego działania internistów i chirurgów.

Wskazania do operacyi dzieli na bezwzględne i względne. Do wskazań bezwzględnych należą: 1) cieśń odźwiernika czynnościowa, spowodowana obecnością świeżego wrzodu z następczą rozstrzenią żołądka, jeżeli leczenie wewnętrzne było bezskuteczne; 2) cieśń żołądka, wywołana bliznami, 3) okres przeistaczania się wrzodu w nowotwór, który, dzięki badaniom prof. GLUZIŃSKIEGO, wczesnie można rozpoznać, 4) przebicie wrzodu, 5) krwotoki, i to krwotoki gwałtowne, a jeszcze więcej krwotoki małe, ale często się powtarzające.

Co do sposobów operacyjnych, to sprawozdawca oznacza „*resectio pylori*“ jako zabieg główny, „*gastroenterostomia*“ zaś jako zabieg pomocniczy, który należy stosować tylko tam, gdzie operacja pierwsza z powodu np. rozległych blizn wykonać się nie da. Zdaniem jego, „*resectio pylori*“ jest operacją przyszłości, a nie, jak niektórzy twierdzą, operacją przeszłości, a nad ulepszeniem jej techniki można i trzeba jeszcze pracować.

D-r Roman RENCKI (Lwów) mówił „O czynności żołądka (mechanizmie i chemizmie) po zabiegach operacyjnych“.

Prelegent podnosi korzystny wpływ tak gastroenterostomii, jak i wycięcia odźwiernika na ogólny stan chorych. Szybko ustępowały uporczywe wymioty, odbijanie kwaśne i bóle, oddawanie stolców wracało do stanu prawidłowego. Przeciętny przyrost wagi ciała wynosił po operacyi 22,77 kilo.

Czynność ruchowa żołądka nietylko może po gastroenterostomii wrócić do stanu prawidłowego, ale nawet uleść przyspieszeniu. Trwałość tej poprawy zależy od stanu ścian żołądka, na który to stan ujemnie działać mogą: długość trwania zwężenia odźwiernika oraz zmiany łącznotkankowe, wywołane obecnością wrzodu, które są powodem atonii ścian żołądka. Rozmiary i położenie żołądka mogą, ale nie zawsze powracają do stanu normalnego i są również zawiste od powyższych czynników.

Co do zachowania się siły wydzielniczej żołądka po operacyi, to pomimo wykonania jej, tak sokotok kwaśny, jak i nadmierne wydzielanie kwasu solnego mogą trwać niezmiennie i nadal, jeśli zaś skutkiem uprzedniego długotrwałego drażnienia błony śluzowej przyszło do jej zaniku, to pojawia się nawet niedomoga wydzielnicza i nieżył śluzowy; niedomoga owa w niektórych przypadkach bywa oznaką rozpoczynającego się nowotworu na tle wrzodu.

W przypadkach wrzodu i zwężenia odźwiernika prelegent przemawia za gastroenterostomią, wycięcie zaś odźwiernika, według niego, należy stosować tam, gdzie mamy podejrzenie rozpoczynającego się raka na tle wrzodu. Wycięcie odźwiernika sposobem RYDYGIERA w jednym przypadku spowodowało przyspieszenie mechanizmu żołądka, a w miejsce sokotoku, wraz z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego pojawił się nieżył śluzowy, jako objaw towarzyszący



nowotworowi na tle wrzodu. W przypadku drugim nadmierne wydzielanie kwasu solnego i sokotok trwały nadal i przyczyniły się do powstania nowego wrzodu.

Przyczyny powstawania wrzodu żołądka należy szukać w nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, które ułatwia przejście tak często spotykanych na błonie śluzowej żołądka nadżerek w typowy jego wrzód okrągły. Z chwilą rozpoczynającej się choćby najmniejszej niedomogi ruchowej występuje i sokotok kwaśny, który nieodstępnie towarzyszy wrzodowi.

Sokotok kwaśny REICHMAN'a należy do wielkich rzadkości, a w przeważającej liczbie przypadków odnieść go trzeba do wrzodu żołądka. Również i niezbyt kwaśny żołądka JAWORSKIEGO jako cierpienie pierwotne nie jest zjawiskiem częstym, lecz zwykle towarzyszy wrzodowi okrągłemu.

Dyskusyi nie było, a bez współdziałania chirurgów odbyły się następujące odczyty:

D-r Józef ZAWADZKI. Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek. Zaznaczywszy na wstępie, jak wybitną rolę odgrywa spokój w leczeniu każdego narządu, dzieli prelegent choroby żołądka na dwie grupy: na przebiegające z objawami podrażnienia błony śluzowej żołądka, a więc ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego *in toto* lub tylko kwasu solnego, oraz na przebiegające z obniżeniem kwasoty. Zdolność ruchowa może być zmniejszona i może skutkiem tego wystąpić zastój pokarmów. W jednym i drugim przypadku dyeta mleczna znajduje zastosowanie, w pierwszym bowiem wiąże nadmiar kwasu i nie drażni błony śluzowej, w drugim, spotykając mało soku żołądkowego, małym podlega zmianom, ale za to łatwo trawi się w kiszki pod wpływem soku trzustkowego. Tam, gdzie mamy do czynienia z niedomogą ruchową, by uniknąć przepełnienia chorego narządu, można używać mleka zgęszczonego. Mleko takie istnieje w handlu i zawiera o 50% mniej wody, a natomiast nieco za wiele węglowodanów w postaci cukru trzcinowego. Analizy, wykonane w pracowni d-ra NENCKIEGO, wykazały, iż jest to produkt czysty, dobry, świeży i smaczny i dla tego bez obaw stosowany być może.

W chorobach kiszek również dwa głównie widzimy momenty: podrażnienie błony śluzowej z odpowiednimi zmianami anatomicznymi oraz zanik. W pierwszym razie chodzi o usunięcie fermentacyi, która mogłaby drażnić kiszki, w drugim o dostarczenie pokarmu, który z łatwością mógłby być wchłonięty. Obydwu wskazaniom czyni zadość mleko.

Co do stosowania, to tam, gdzie chodzi o dostarczenie możliwie największego spokoju, należy mleko podawać często, ale w drobnych ilościach, np. łyżkę stołową co kwadrans. Na tej drodze dostarczyć możemy  $15 \text{ g.} \times 4 \times 15 = 900 \text{ g.}$ , dyeta zatem taka zbyt długo stosowana być nie może, to też po kilku dniach musimy zwiększyć ilość do 2 łyżek co kwadrans, czyli 1800—2000 g. na dobę, a później do szklanki = 280 g. co godzina, czyli 3000 g. mleka dziennie. Mleko zgęszczone można zalecać w połowicznej dawce. W podobny sposób stosuje się kefir i mleko kwaśne. W przypadkach, w których chorzy „nie znoszą mleka“, dodaje się trochę łupinek kakaowych, drobne ilości kawy i herbaty, aby niemi pokryć smak mleka.

Czas stosowania mleka zależy od poszczególnych przypadków i w prawidłą ujęty być nie może, a ściśle obserwacye przekonują, że mleko, jako środek leczniczy w chorobach żołądka i kiszek, dotąd sobie równego nie ma.



D-r E. ZIELIŃSKI. O pewnych zboczeniach w budowie ciała suchotników. Oprócz dawno znanych cech klatki suchotniczej u osobników, dotkniętych gruźlicą, najbardziej charakterystycznymi zboczeniami są jeszcze: 1) zarost wzgórnka łonowego u mężczyzn taki, jaki właściwy jest kobietom, 2) rozszczepienie w wierzchołkach wyrostków ciernistych w dolnej części grzbietowej i górnej lędźwiowej kręgosłupa, 3) obecność dodatkowych kątów LUDOVIS'ego na mostku, i 4) upośledzenie rozwoju całego narządu naczyniowego. Wszystkie te zboczenia wskazują zatrzymanie rozwoju osobników suchotniczych w okresie ich życia płodowego, osobiwie upośledzenie tworów, powstających z mezodermy. Im mniej takich cech posiada ustrój suchotnika tym więcej ma szans wyzdrowienia. Sprawa gruźlicza w tych razach przebiega pod postacią *phthisis fibrosa*, u osobników zaś, obfitujących w owe zboczenia, gruźlica przybiera charakter rozpadowy, ostry. Fakty te ograniczają znaczenie lasecznika gruźliczego i odejmują mu wyłączną zdolność wywoływania suchot.

Pasorzytnicza teoria sama nigdy tu nie mogła zadowolnić klinicyistów. Tylko przez przyjęcie pierwotnych zboczeń w ustroju suchotników, t. j. przez wrócenie do t. zw. *praedispositio phthisica* można zrozumieć takie rzeczy, jak: 1) wymieranie całego rodzeństwa przy dojściu do pewnego okresu wieku, 2) sam fakt dziedziczenia suchot, 3) tak różnorodny przebieg choroby u różnych chorych, 4) tak częste występowanie gruźlicy wśród neuro- i psychopatów (powstałe na tle zwyrodnienia) oraz u kryminalistów, 5) wreszcie fakt szerzenia się, a nawet przewagi liczebnej chorych suchotników pośród klas zamożnych.

#### Dopełnienie do sekcji medycyny wewnętrznej.

Z prac, które dla braku czasu, nie mogły być odczytane, wymieniam ważniejsze.

D-r A. CHEŁMOŃSKI. O samoistnem nieurazowem złamaniu żeber u chorych gruźliczych i u marantyków. Autor na podstawie 13 przypadków przychodzi do wniosku, że sprawa ta nie jest wcale tak wyjątkowa, jak to dawniej mniemano, lecz u chorych gruźliczych i u marantyków spotyka się względnie często. Ból, jaki tej sprawie towarzyszy, uważany bywa za nerwoból lub za oznakę suchego zapalenia opłucny. Nagłe występowanie bólu i ściśle umiejscowienie naprowadzać powinny na właściwe rozpoznanie. U chorych, u których za życia stwierdzano samoistne, nieurazowe złamanie żeber, po śmierci widział autor, że żebra były nadzwyczaj łamliwe, co prof. PRZEWOŃSKI objaśnia osteoporozą. W takim stanie tkanki kostnej u chorych gruźliczych i u marantyków do złamania nie potrzeba wiele; wystarcza jeden silny atak kaszlu. Samoistne złamania spostrzegał autor zwykle na dolnych żebrach, począwszy od 8-go. Na sekcji u jednej chorej widziano złamanie aż 4-ch żeber. Złamane żebra zrastają się w tych razach równie szybko i mocno, jak u osobników zdrowych przy urazowem złamaniu.

D-r M. SADOWSKI. Przyczynek do kazuistyki nowotworów oskrzeli. Nowotwory oskrzeli należą wogóle do rzadkości. W literaturze znajdujemy zaledwie kilkanaście przypadków, dotąd opisanych (LANGHANS, KÖRNER, HANDFORD, EBSTEIN, KILLIAN). W literaturze ojczyściej opisu podobnych przypadków autor nie znalazł. Dwuletnia ścisła obserwacja danego przypadku zachęciła autora do skreślenia obszerniejszego opisu, głównie ze względu na przebieg kliniczny i wielkie trudności rozpoznawcze. Przypadek dotyczył chorego 40-letniego lekarza. Chory w listopadzie 1898 r. wśród objawów gorączki i suchego kaszlu dostał prawostronnego zapalenia opłucny z objawami, budzącymi



podejrzanie zgęszczenia prawego szczytu. W marcu 1899 r. zaostrenie zapalenia opłucny. Wtedy wypuszczono 300 ctm. sz. surowiczo-krwawego płynu. Płyn, wstrzyknięty świnie morskiej, nie wywołał u niej gruźlicy. Zaczęto podejrzewać obecność nowotworu opłucny. Wobec jednak względnej stopniowej poprawy oraz zjawiających się od czasu do czasu nasileń gorączkowych pierwotne przypuszczenie sprawy gruźliczej utrzymało się. W październiku r. z. chory przeszedł ciężką dysenterję, znów poprawa; jeszcze większa poprawa w zdrowiu podczas pobytu w Davos. Tamże w marcu r. 1900 wystąpiła silna gorączka o typie przepuszczającym, poprzedzana silnymi dreszczami, a kończąca się obfitymi potami. Po powrocie z Davos próbne przekłucie ujawniło obecność ropy w prawej opłucnie. Przy rezekcyi żeber ropy nie znaleziono, a tylko rozpad płuc. W wyskrobinach tego płuca w 32 preparatach d-r PALMIRSKI znalazł jednego lasecznika gruźliczego. Część wyskrobin zastrzyknięto do jamy otrzewny świnie morskiej. Badania płwociny chorego autor dokonać nie mógł, gdyż chory nigdy płwociny nie wykrztuszał. Jedenastego dnia po operacyi chory zmarł. Badanie zwłok wykazało: zapalenie płuc aspiracyjne; ropnie w prawym płucu, silne zrosty opłucny i raka oskrzela prawego. Śladów sprawy natury gruźliczej nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe wykazało: *carcinoma keratodes*. Świnka morska padła w 3 tygodnie od czasu zastrzyknięcia jej wyskrobin. W wątrobie, śledzionie i kreskach z niej znaleziono laseczniki KOCH'a.

D-r JEŻ (Wiedeń). *Organoterapia*. Praca obejmuje historyczny rozwój organoterapii od czasów najdawniejszych i podział jej na trzy okresy. Trzeci okres dzieli autor na dwie części: pierwsza zawiera środki organoterapeutyczne na podstawie badania czynności gruczołów w stanie fizyologicznym, jako to działanie gruczołu tarczycowego, przetworów jajnikowych, gastryny PAWŁOWA, druga — środki organoterapeutyczne na podstawie działania gruczołów wśród stanów chorobowych, na podstawie zadania, jakie pewne gruczoły mają do wypełnienia w walce z chorobami zakaźnymi (tu mamy omówienie preparatów, na tej drodze otrzymanych, a w szczególności wyciągu przeciwdurowego JEŻA).

D-r W. KĘDZIOR. O leczeniu blednicy. Autor na przypadkach, obserwowanych w klinice prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO, starał się porównać wyniki leczenia blednicy różnymi sposobami, przyczem wybierał przypadki, wykazujące jednakowy skład krwi. Z zabiegów leczniczych stosował: dyetę przeważnie mięsną, bezwzględny spokój, masaż i elektryzację, rputy krwi, kwas solny, przepłukiwanie żołądka, przetwory jajnikowe, wreszcie arsen i przetwory żelaziste, a w szczególności piwo żelaziste. Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że żelazo działa w blednicy swoiście, i że żaden z powyżej przytoczonych zabiegów w znacznej większości przypadków nie jest w stanie zastąpić leczenia blednicy żelazem.

D-r A. LANDE. Choroba BRIGHT'a bez zmian patologicznych moczu. Autor, zaznaczywszy, iż niezawsze stan anatomiczny nerek z jednej strony, a wyniki badania moczu z drugiej idą z sobą w parze, że napotykamy różne postacie białkomoczu (białkomocz fizyologiczny, trawienny i nerkowy), nadmienia, iż u dzieci po szkarlatynie występują czasami obrzęki całego ciała z klinicznymi objawami zapalenia nerek, a mocz mimo najskrzętniejszych poszukiwań nie zawiera składników patologicznych. U osób starszych przypadki tego rodzaju należą do rzadkości. Jeden z nich opisany został w Nr. 47 „Gaz. Lek.“ z r. 1896. Od tego czasu w ciągu lat 4-ch udało się autorowi zebrać około 10 takich spostrzeżeń, z których w 4-ch miał możność sprawdzenia na sekcyi, że roz-



poznanie „*nephritis sine albuminuria et cylindruria*“ było właściwe. Z owych spostrzeżeń wyprowadza ten wniosek, że, jeżeli mamy do czynienia z ogólnym obrzękiem ciała, twarzy tylko lub kończyn dolnych, a obraz choroby przedstawia choć niektóre t. zw. przez autorów francuskich „*petits signes*“ choroby BRIGHT'a (np. ból głowy, mdłości, mgła przed oczami, duszność i t. d.), jeżeli przytem stan innych narządów nie może nam pochodzenia wspomnianych obrzęków wytłomaczyć, to, chociażby najtroskliwsze badanie moczu nie wykazywało w nim żadnych patologicznych składników, bez wahania mamy prawo rozpoznawać zapalenie nerek i odpowiednio do tego zalecać leczenie.

(C. d. n.).

## ***O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława***

(dawn. Zapasowy).

**za miesiąc Sierpień r. b.**

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 87 (m. 44, k. 43); przybyło w sierpniu 190 (m. 82, k. 108); wypisało się 151 (m. 73, k. 78); zmarło 12 (m. 6, k. 6); pozostało na miesiąc następny chorych 114 (m. 47 k. 67).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa, niż w lipcu, głównie z powodu znacznego wzmożenia się biegunki krwawej, tyfusu brzusznego i róży oraz szerzenia się w dalszym ciągu ospy. W ogóle miesiąc ubiegły pod względem epidemiologicznym należy uważać za nader niepomyślny. Szpital nie był w stanie pomieścić wszystkich zgłaszających się chorych. Na szczęście przebieg tych chorób nie był zbyt ciężki, a śmiertelność względnie nieznaczna.

Najliczniejszą rubrykę stanowiła w dalszym ciągu biegunka krwawa, której mieliśmy przypadków 55 (m. 24, k. 31), a śmiercią zakończonych 4 (m. 1, k. 3). Chorzy przybywali z różnych punktów miasta, przeważnie zaś z okolic Pragi, a głównie z ulic: Browarnej, Fabrycznej, Folwarcznej i Czerniakowskiej. Zamiejscowych było chorych 7.

Drugą rubrykę, trzy razy prawie większą, niż w ubiegłym miesiącu, stanowiła róża, której mieliśmy przypadków 37 (m. 13, k. 24). Niepomyślnie zakończył się tylko 1 przypadek. Chorzy przybywali z najrozmaitszych punktów miasta. Zamiejscowych było przypadków 6.

Następną rubrykę, w dalszym ciągu bardzo znaczną, stanowiła o s p a, której zanotowano przypadków 28 (m. 14, k. 14) z przebiegiem dosyć ciężkim. Niepomyślnie zakończyły się 4 przypadki u chorych nieszczepionych. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Zajęcza 4, Krzywe Koło 4, Długa 9, Zapiecek 1 (2 przypadki), Goceławska 10 (2 przypadki), Marszałkowska 104, Krucza 44, Szpital na Pradze, Fabryczna 16, Nowo-Senatorska 6, Plac Witkowskiego 7, Ogrodowa 39, Wolność 14, Parysowska 7, Wolska 9, Plac Krasińskich 15, Ś-to. Krzyska 18, Żelazna 71, Nalewki 24, Chmielna 67, Piękna 58, Grzybowska 56, Czerniakowska 38, Erywańska 9, Czyste i Wola.

Na szczególną uwagę zasługuje znaczne wzmożenie się tyfusu brzusznego, które zawsze prawie towarzyszy biegunce krwawej. Zanotowaliśmy przypadków 25 (m. 12, k. 13). Przypadków śmierci nie było. Chorzy przybyli z ulic i domów: Hoża 72 i 16, Wiosenna 15, Nowolipie 9, Wolska 37, Niska 64, Brzeska 5, Biała 8, Śliska 56 (3 przypadki), Żabia 4, Świeża 3, Czerniakowska 116, Nowy Świat 22, Żytńia 19 i 12, Wolność 14, Czyste (2 przypadki), Wola (2 przypadki), Radzymin, Marymont i Suwałki.



Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 6 przypadków zapalenia gardła, 5 — zapalenia płuc krupowego; 4 — płonicy (Krakowskie Przedmieście 6 i 99, Wolność 2, Solec 71); i ostrego nieżytu żołądka i kiszek; po 2 przypadki: błonicy gardła (Hoża 8 i Wolska 40) i odry oraz po jednym przypadku: tyfusu wysypkowego (Brzozowa 4), zimnicy, gruźlicy płuc i karbunkułu.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 17 (m. 12, k. 5).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Św. Stanisława wydano 17 (m. 11, k. 6); dla braku zaś miejsc 19 (m. 10, k. 9).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 66 (m. 34, k. 32).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3367 (m. 1592, k. 1775).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 4,33%.

*J. Szwajcer.*

### Wiadomości bieżące.

— Na zasadzie rozporządzenia p. Ministra spraw wewnętrznych dotychczasowa nazwa szpitala Zapasowego (dla chorób zakaźnych) została zmieniona. Odtąd szpital ten nosi miano: Szpital miejski Św. Stanisława.

— W Paryżu powstało stowarzyszenie, mające na celu dostarczanie klasom robotniczym niezbieranego i nie fałszowanego mleka.

— Nagrodę konkursową, wynoszącą 4000 marek za najlepszą pracę popularną o gruźlicy Kongres gruźlicy w Berlinie przyznał d-rowsi KNOPF'owi z Nowego Jorku.

— W Berlinie otwarto ze składek prywatnych zakład dla pijaków. Zakład

ten zajmuje 170 morgów obszaru i może pomieścić 50 chorych.

— W Berlinie otworzono zakład dyagnostyczny, przeznaczony na usługi lekarzy praktykujących.

— W Wiedniu epidemia tyfusu brzuszego zwiększa się z dnia na dzień. Przyczyna tego ciągłego zwiększania się epidemii dotąd nie została wyjaśniona.

— W mieście Ciechanowcu, gub. Łomż. oraz Grodz. (st. Dr. Ż. Petersb. Czyżew) z dniem 1 października zawakuje miejsce dla wolnopracującego lekarza; bliższych wiadomości może udzielić kol. DEHNEL w szpitalu na Pradze.

Komitet, zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NANTANSONA przyznane zostaną w r. 1901 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1897, 1898, 1899, 1900; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet, zarządzający Kasą własnym staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z członków Komitetu.

Wice Prezes Komitetu *Konrad Dobrski.*

Członek Komitetu Sekretarz *Feliks Kucharzewski.*

### Odpowiedzi Redakcyi.

W-nemu J. MATUSIEWICZOWI. NN. 1 i 2 „Medycyny“ tomu XIX wyczerpane.



# AKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.  
przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.  
**Ambulatoryum** od godz. 12 do 1-ej p.p.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-  
ego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-  
na, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-  
era. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-  
i kobiecemi, jako też spodziewające się  
ab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za  
łkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## Dom Zdrowia -ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie  
zjmuje na stały pobyt ze wszystkimi  
orobami (oprócz umysłowych). Cena  
oddzielnym pokoju z całkowitem utrzy-  
aniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb.  
kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiado-  
mość w kancelaryi Zakładu.

## ZAKŁAD CHIRURGICZNY

### D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

**Sewerynów 5, róg Oboźnej,**  
zjmuje chorych na stałe pomieszczenie. **Ambu-**  
**latoryum** oodziennie od 11—12 (niezamożn.  
bezpłatnie) i od 5—6.  
adomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

## Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

### D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

zjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
atą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie  
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## ZAKŁAD LECZNICZY

### -ra med. Z. Dmochowskiego

la chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

ambulatoryum codziennie otwartem od  
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

## Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

## JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

### Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue  
Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'ind. méd. 21  
Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur  
l'Jodalbacid.“

## CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

### Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Radea dworu Prof. Dr.  
Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wir-  
kung bei Magenkrankheiten u Ernährungstörungen.“

## AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

### Literatura:

Radea tajny Prof. Dr. Classen: „Ueber Amyloform. Dr  
B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der  
Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899  
Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodo-  
forms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W Hoffmanna  
Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitzewskij pereulok dom  
Pugowkina.

## Pracownia analityczno-lekarska

### D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mo-  
czu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów  
dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów  
moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy,  
wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

## PRACOWNIA PATOLOGICZNA

### D-RA JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne gu-  
zów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wy-  
sięków, przesięków i t. p. dla celów dyagno-  
styki lekarskiej.