

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 25.

Warszawa d. 7 (20) Czerwca 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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 Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi. Podał L. Batawia z Częstochowy. — Przyczynę do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu Podał W. Sterling. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 62. Organacidia gastrica. 63. W sprawie przyczynowego znaczenia ręki w powstawaniu wjadu rdzenia. 64. Leczenie gośca za pomocą zewnętrznego użycia przetworów salicylowych. 65. Śmiertelna ascariasis z ropniami w wątrobie i w trzustce. 66. Wzory do przygotowywania mieszanin o rozmaitem nasyceniu. 67. Chirurgia serea i osierdzia. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 21 i 28 kwietnia r. b. — ODCINEK. Sprawozdanie z działalności przytułku położniczego w Częstochowie za rok 1902. Podał D-r J. Pietrasiewicz. (Dokończenie). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Batawia — Un cas de sueur sanguine et des larmes sanguines à la base d'hystérie 2) D-r W. Sterling — Contribution aux recherches sur la maladie de Morvan et sur la formation des cavernes dans la moelle.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. Batawia — Ein Fall von Blutschweiss und Bluthränen auf hysterischer Basis. 2) D-r W. Sterling — Ein Beitrag zur Frage der Morvan'schen Krankheit und der Höhlenbildung im Rückenmark.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi.

Podał

L. Batawia z Częstochowy.

Przypadek demonstrowany na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 lutego r. b.

U chorej, którą Sz. Panom przedstawiam, występują prawie wszystkie rodzaje krwawień, jakie mogą mieć miejsce w histeryi, a więc: ze skóry, z narządów zmysłów i z organów wewnętrznych.

Krwawienia skórne na tle histeryi spotykamy w obecnych czasach rzadko, o wiele częściej widywano je w wiekach średnich. Pod stygmatami w owych czasach pojmowano obrażenia skóry, przypominające co do swego umiejscowienia rany Chrystusa. Ciekawy jest pod tym względem przypadek, cytowany przez GILLES de la TOURETTE'a, tyczący się św. Franciszka z Asyżu, u którego wkrótce po ataku histerycznym powstało 5 ran: na dłoniach, stopach i na lewym boku. Podobne przypadki opisują i inni autorzy,

Krwawienia skórne, i to dosyć obfite, występować mogą i bez naruszenia całości skóry, przyczem skóra na miejscu krwawienia wcale nie jest zmieniona, lub też zauważyć się na niej dają obrzęki albo pęcherzyki. Jako pot krwawy, krew pokazywać się może w najrozmaitszych miejscach ciała i zazwyczaj zawiera większą ilość surowicy i białych ciałek krwi. W tych przypadkach, w których nie mamy do czynienia za stałym krwawieniem, na krwawienia patrzeć należy, jako na równoważnik napadu histerycznego. Daje nam ku temu prawo przedewszystkiem ta różnorodność postaci, pod jakimi występują napady histeryi, a następnie i okoliczności, towarzyszące krwawieniu. Pomijając już stan ogólny podobnych chorych, który zmienia się podczas napadu, zaznaczyć musimy, że krwawienia poprzedzane bywają przez stałą aurę. Zazwyczaj silne tępe bóle pojawiają się w tych miejscach, na których za chwilę ma się krew pokazać. U naszej chorej bóle te stopniowo się potęgują, dochodząc do swego *maximum* w chwili wystąpienia krwawienia, chora wydaje wówczas okrzyk i pada, jakby omdlała. Z wystąpieniem krwawienia bóle słabną, lecz zazwyczaj nie ustępują.

Napady krwawienia trwają przeciętnie dni kilka. W naszym przypadku skóra na miejscu krwawienia nie jest zmieniona, krew wydobywa się przez pory skórne i jest nieco bledsza, niż normalna. Chora krwawi najczęściej z kilku miejsc jednocześnie. Krew sączy się mniej lub więcej obficie z czoła, z pod prawej pachy, z pod kolan, z pępka, z pachwin, z prawego boku, z prawego przedramienia, z przestrzeni między-palcowych rąk i nog i t. d.

Krwawienia z oczów po za histeryą prawie się nie spotykają. Krew może pochodzić albo ze skóry z podstawy rzęs, albo też z łącznicy; w ostatnim przypadku otrzymujemy obraz t.zw. lez krwawych. Obfite lzy krwawe towarzyszą u naszej chorej każdemu atakowi histerycznemu. Na

łącznicy po za przekrwieniem żadnych zmian nie znajdujemy.

Krwawienia z uszów również mają często miejsce u naszej chorej. Poprzedzane są one stale przez silny ból głowy, szum i huczenie w uszach, jak również i ból w tem uchu, z którego wydobyć się ma krew. Po ukazaniu się krwi, ból w uchu przemija, lecz ból głowy, huczenie i szum w uszach i w głowie trwają dalej, a nawet dokucają chorej i czas pewien po ustąpieniu krwawienia z ucha. Na błonie bębenkowej zmian żadnych nie znajdujemy: krew sączy się ze skóry zewnętrznego przewodu słuchowego. Opisywane przez niektórych autorów znieczulenie przewodu słuchowego i głuchota w naszym przypadku nie występują.

Krwawienia z narządów wewnętrznych również mają miejsce w histeryi i stosunkowo częściej, niż wyżej opisane. I u naszej chorej widywaliśmy krwioplucie, które symulowało krwotoki płucne, bardzo też często wyrzuca chora w wielkiej ilości duże skrzepy krwi, które w pierwszej chwili mogą dać powód do przypuszczenia krwotoku żołądkowego. Krwawe wymioty występują u naszej chorej niekiedy niezależnie od napadu, jako proste zwracanie krwi; zazwyczaj jednakże zaokrąglają one cały obraz napadu histerycznego i wówczas poprzedzane bywają silnym bólem w okolicy żołądka, który promieniuje ku górze.

Z nosa chora nasza nie krwawi.

Odnosnie do wszystkich rodzajów krwawienia powiedzieć musimy, że nie grają one roli zastępczej przy miesiączkowaniu: przeciwnie, miesiączkowanie sprzyja zjawieniu się napadu.

* * *

Oto wynik badania chorej.

Ch. Kierkowska jest średniego wzrostu, prawidłowo zbudowana, liczy lat 17, jest żydówką, z zawodu służącą. Dzieciństwo spędziła na wsi, wcześniej zaczęła pracować fizycznie. Pochodzi z rodziny, dziedzicznie nerwowo nie obar-

czonej. Ojciec jest zdrowy, matka cierpi na gruźlicę i rozedniętą płuc, przed 10 laty miewała krwotoki płucne, siostry i bracia pacjentki cieszą się najlepszym zdrowiem. Chora jest anemiczna, lecz stosunkowo nieźle odżywiana. Nad lewym wierzchołkiem płuc wdech nieco zaostrzony i słabszy; w sercu, jak również i w innych narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znajdujemy. Sprawność wszystkich nerwów czaszkowych, począwszy od 1 do ostatniej pary, prawidłowo zachowana; jedynie zauważyć się daje osłabienie słuchu z prawej strony.

Czucie dotykowe zachowane wszędzie. Niema znieczulenia przewodów słuchowych. Czucie bólowe wzmożone na całej prawej połowie ciała. Ciepło i zimno chora odróżnia dobrze, umiejscawia doskonale dotyk, czucie mięśniowe normalne. Wyraźnej dermatografii niema. Wszystkie ruchy dowolne zachowane. Siła mięśniowa prawej ręki mniejsza od lewej. Ani drżenia, ani zaniżków nie znajdujemy. Odruchy kolanowe silnie wzmożone, odruch z prawego przedramienia wzmożony, z lewego bardzo wyraźny. Również wyraźne są odruchy z *biceps* i *triceps*. Odruch ze ścięgna ACHILLES'a wyraźny. Fusscionus nie daje się wywołać. Odruchy skórne niewyraźne. Żrennice jednakowej wielkości, prawidłowo oddziaływające na światło i akomodację. Pole widzenia koncentrycznie zwężone, chora miesza niektóre barwy. Odruchy z rogówki i łącznicy normalne, jak również i odruchy z gardzieli i krtań. Po zatem zanotować musimy bolesność przy ucisku 7 kręgu szyjowego i ostatnich trzech kręgów piersiowych, nadto bolesność przy ucisku prawej połowy brzucha i znaczną bolesność prawego jajnika, zwłaszcza podczas napadów. Mocz ma ciężar gatunkowy 1,019, nie zawiera ani białka, ani cukru. Chora zaczęła miesiączkować w 12 roku życia, miesiączkuje prawidłowo co 4 tygodnie przez trzy dni.

* * *

(D. n.).

Z pracowni dr. FLATAUA w Warszawie.

Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu.

Podał

Władysław Sterling.

(Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Warsz.
dnia 25 listopada 1902 r.).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 24).

Do badania wzięta została część rdzenia od 4 odcinka szyjowego aż do środkowych odcinków krzyżowych. Po utrwaleniu rdzenia w płynie MUELLER'a oraz w alkoholu i po zatopieniu w celloidynie poddałem go różnym metodom barwienia.

Skrawki, barwione metodą Weigert'a.
(modyfikacja Wolters'a).

V i VI odcinek szyjowy (*intumescencia cervicalis*) (Fig. I). Na przekrojach tych widzimy znaczne zniekształcenie istoty szarej rdzenia. Dokładnie zachowany został tylko róg przedni prawy. Po lewej stronie natomiast uległ róg przedni znacznemu zmniejszeniu i zniekształceniu: przedstawia się on w postaci nieprawidłowego owalu z drobnym wierzchołkiem, zwróconym ku przodowi i na wewnątrz. Róg tylny spostrzegamy tylko z jednej strony — i to w postaci bardzo zniekształconej.

Na przekrojach tych spostrzegamy także szparę, która położona jest z tyłu od kanału centralnego (Fig. I a). Stanowi ona bródkę podłużną, położoną pod kątem prostym do *sulcus anterior*. Szpara ta zajmuje miejsce, odpowiadające *commissura grisea*, rogowi tylnemu lewemu oraz pasowi środkowemu (Mittelzone). W rogu lewym tylnym nie dochodzi ona do obwodu. Na środku mniej więcej przebiegu swego przedstawia szpara ta klepsydrowate przewężenie, wytworzone przez wklinowującą się w jej światło i wychodzącą z jej przedniej ściany wypustkę, idącą skośnie i niemal równoległą do tylnej ściany kanału (Fig. I c). Zewnętrzny odcinek szpary tej,

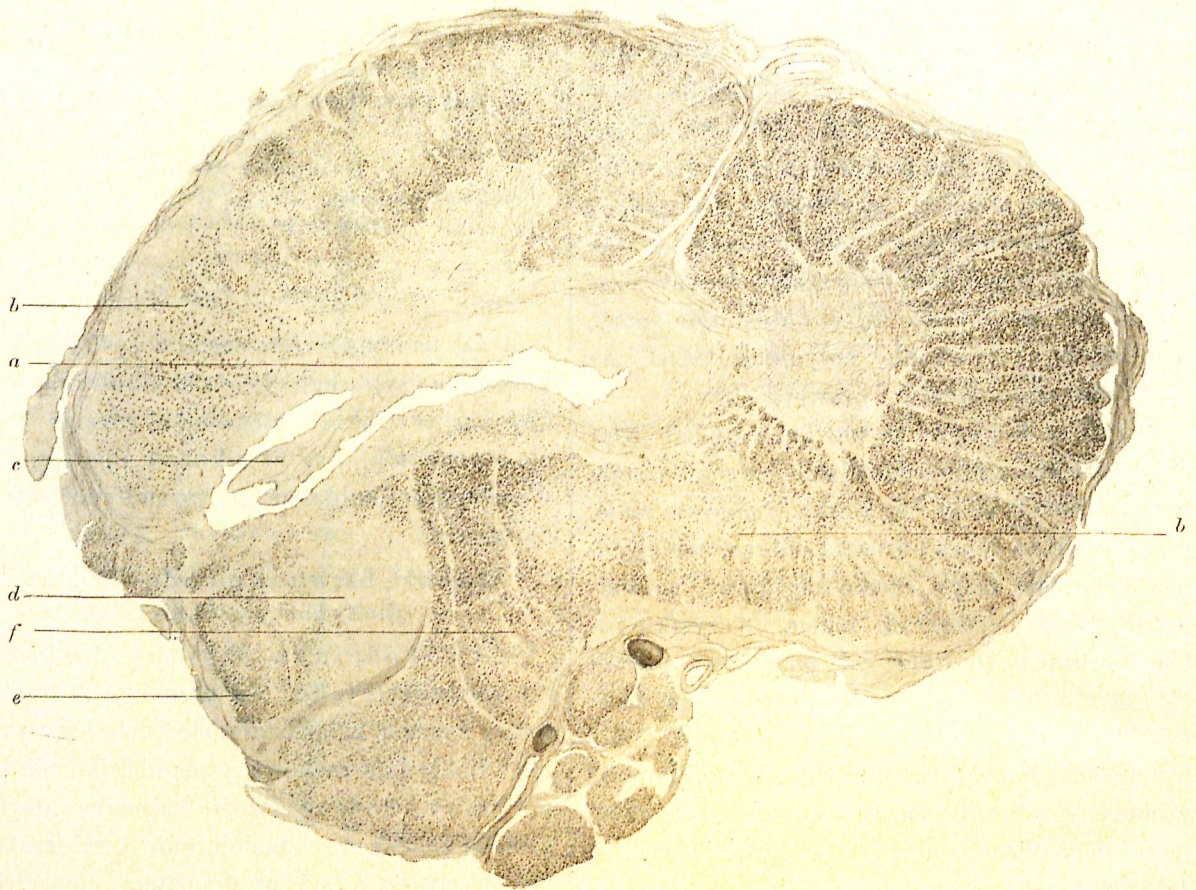


Fig. 1.

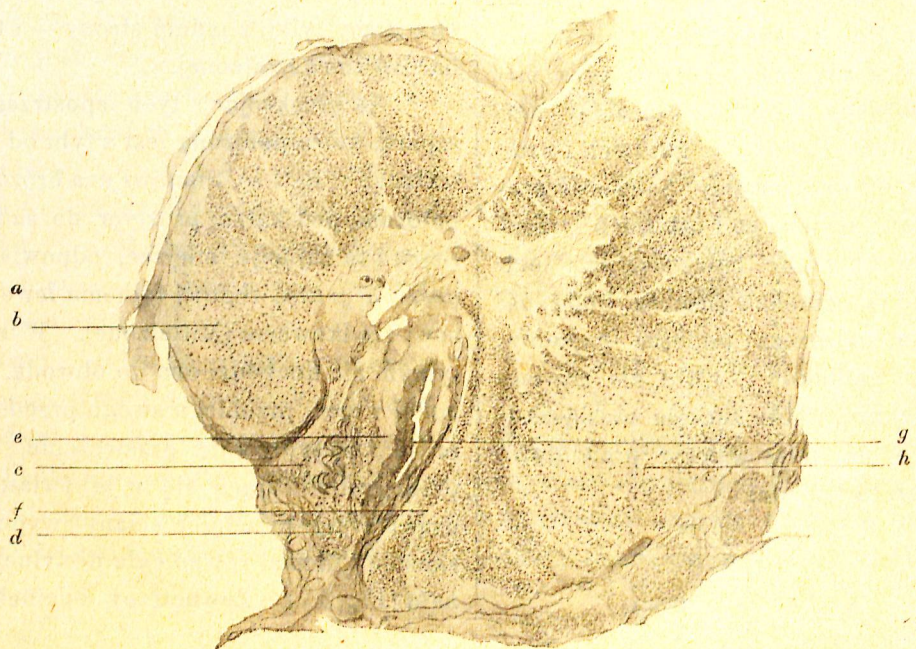


Fig. 2. (Metoda WEIGERT'a).

przebiegającej skośnie ku dołowi i na zewnątrz, wydłuża się w wąziutką szczelinę, nie dochodzącą do obwodu przekroju.

Cała szpara otoczona jest grubą powłoką tkanki niezabarwionej, która przedstawia się jako błyszcząca jednolita masa.

W sąsiedztwie szpary spotykamy następujące zmiany w substancji białej rdzenia. Słupy przednie są zachowane; w słupach bocznych część przednia także jest bez zmian, w części zaś tylnej (okolica drogi piramidalnej bocznej oraz drogi mózdkowej) (Fig. I b) znajdujemy widoczne rozrzedzenie włókien myelinowych w tej postaci, jaką się zazwyczaj spotyka w zwyrodnieniach wtórnych. Od strony dorsalnej tkanka glejowata, otaczająca szparę, przylega bezpośrednio do zwyrodniałej istoty białej słupów tylnych: widzimy tutaj zupełny zanik prawie całego pęczka BURDACH'a, z którego ocalał tylko zewnętrzno-tylny odcinek (Fig. I), przytykający do obwodu rdzenia i do normalnie zachowanego słupa GOLL'a. Zanik ten spowodowany jest rozrostem tkanki glejowatej, która w postaci okrągławego, zupełnie jasnego klina zajęła tutaj miejsce pęczka BURDACH'a. (Fig. I e).

Słup tylny z prawej strony (Fig. I f) zachowany jest zupełnie dobrze. Korzenie przednie i tylne są normalne. Opony nie wykazują zmian widocznych.

W przedniej ścianie szpary widzimy w kilku miejscach ciemno zabarwione złogi, które przedstawiają się, jako ciała krwi z dość dobrze zachowanymi konturami: należy je uważać za pozostałości po krwotoku. W innych miejscach widać złogi barwnika krwi.

VII odcinek szyjowy. Zmiany mniej więcej te same, co na skrawkach poprzedzających.

VIII odcinek szyjowy. Asymetria przekroju jeszcze jest wybitniejsza, aniżeli na wysokościach poprzednich. Brózda przednia, przebiegająca tutaj równolegle do osi obu rogów przednich, przecina powierzchnię przekroju

na dwie nierówne części. Przednie części przekroju są mniej więcej równe, natomiast środkowe i tylne po lewej stronie dwa razy większe, aniżeli po prawej.

Natomiast substancja szara została tutaj bardziej zaoszczędzona: prawy róg przedni jest zupełnie dobrze zachowany, w lewym zaś rogu przednim widzimy zniszczoną podstawę. Róg tylny prawy jest zachowany, cały zaś róg tylny lewy wraz z resztą istoty szarej z wyjątkiem wzmiankowanego rogu przedniego jest zajęty przez bezbarwną tkankę glejowatą, w której wewnątrz widzimy dużą szparę. Szpara ta ma postać wysoce nieprawidłową. I tutaj przebiega ona pod kątem prostym do brózdy przedniej rdzenia, składając się z dwóch odcinków: prawego szerszego oraz wąziutkiej lewej szczeliny. Rozpoczyna się ta szpara w okolicy spoidła szarego z tyłu od kanału centralnego, idzie skośnie ku tyłowi i nazewnątrz i ma postać zgniecionego worka z bardzo wieloma festonami i wijącymi się zatokami, idącymi w głąb tkanki glejowatej. Zauważyć należy, że nigdzie nie udało się stwierdzić bezpośredniego związku pomiędzy kanałem centralnym a ścianą szpary: wszędzie pomiędzy ścianą tą a kanałem biegną Nieliczne włókna myelinowe.

Już przy oglądaniu preparatu gołem okiem widzimy z lewej strony przekroju jałowy, przezroczysty owal. Owal ten, leżący w okolicy lewego słupa tylnego, łączy się pod kątem prostym z masą glejowatą, otaczającą szparę.

Przy słabem już powiększeniu dostrzedz można na wysokości tej wybitne zwyrodnienia, które dotyczą tu w znacznie silniejszym stopniu strony lewej. Spotykamy tu w bocznych słupach silne przerzedzenie dróg piramidalnych bocznych oraz centralnego odcinka drogi mózdkowej. Słupy tylne z prawej strony są prawie nietknięte, są one tylko jakby odepchnięte w bok przez masę glejowatą — tylko w wentralnej ich części (*ventrales Hinterstrangsfeld*) wykazują one nieznaczne zwyrodnienie.

Jasne owalne wzmiankowane powyżej pole przytyka ku przodowi bezpośrednio do masy glejowatej, otaczającą szparę. Zaledwie w jednym miejscu w zewnętrznej części swojej odgranicza się ono od niej wąziutkim pasemkiem włókien myelinowych substancji białej, przebiegającym równoległe do osi podłużnej samej szpary. Pasma to, jak się zdaje, jest w związku z ocalałym zewnętrznym odcinkiem lewego słupa BURDACH'a, przytykającym w postaci wąskiego wklęsłego biskoptu do zwyrodniałego pęczka piramidального. Od tyłu owalne to pole nie przytyka bezpośrednio do *pia mater*, lecz oddzielone jest od obwodu przekroju dość grubym, choć w środku swym przewężonym pasmem ocalałego słupa tylnego. Zwyrodnieniu uległa tutaj także znaczna część słupa GOLL'a lewego, pozostała zaś część jego wraz z prawym słupem GOLL'a odgranicza owalne glejowate pole od wewnątrz w postaci nieprawidłowego półksiężyca.

Musimy dodać, że nawet w zupełnie zwyrodniałym słupie BURDACH'a przy powiększeniu największem (ZEISS: okul. 2, D) dają się spostrzedz rozrzucone po całym polu przecięte poprzecznie włókna myelinowe. To samo da się powiedzieć o tkance glejowatej, otaczającej samą szparę.

II odcinek grzbietowy (Fig. 2). Cały przekrój rdzenia jest dość okrągły i tylko w lewej połowie swej trochę spłaszczony w kierunku przednio-tylnym. Spłaszczenie to dotyczy przeważnie słupa przedniego lewego, którego kąt odpowiada mniej więcej granicy pomiędzy średnią i boczną trzecią częścią słupa przedniego prawego. Prawa połowa istoty szarej włącznie z prawą połową spoidła szarego są zgrupowane zupełnie dobrze. Natomiast cała lewa połowa istoty szarej — z wyjątkiem wąziutkiego pasa, należącego zapewne do *basis cornu anterioris* — jest zupełnie zniszczona przez tkankę glejowatą.

W prawej połowie istoty białej widzimy rozrzedzenie tkanki myelinowej w okolicy drogi

piramidalnej bocznej, drogi mózdkowej i przylegającej części pęczka GOWERS'a (Fig. II h). Prócz tego widać tu zwyrodnienie przedniego pola prawego słupa tylnego. Po stronie prawej widoczne jest znaczne rozrzedzenie okolicy drogi mózdkowej i mniej znaczne zwyrodnienie drogi piramidalnej bocznej. Z wyjątkiem wąziutkich pasemek (Fig. II c, d, f), okalających jajowatą masę glei — cały słup tylny lewy uległ zanikowi.

Przy słabem powiększeniu widoczne jest, że zaznaczona owalna przezroczysta masa (Fig. II, e) nie znajduje się w żadnym związku z kanałem centralnym i że leży wyłącznie w lewej połowie rdzenia. Zajmuje ona tutaj całą istotę szarą z wyjątkiem nieznacznych resztek rogu przedniego, pozatem prawie całkowity słup BURDACH'a i przytykającą część słupów GOLL'a. Pozostałe pasmo wewnętrzne lewego słupa GOLL'a zostało odepchnięte przez masę glejowatą i tworzy wraz z nietkniętym prawie zupełnie słupem tylnym prawym zbitą, dobrze zabarwioną masę włókien myelinowych, która otacza masę glejowatą zzewnątrz w postaci zwężonej ku przodowi butelki. Od przodu masa glejowata dochodzi do *commissura posterior* i do *basis* pozostałych resztek rogu przedniego. Widzimy jednak tutaj, że ta jej granica jest oddzielona od kanału centralnego wąskim przesmykiem istoty szarej. Lewa granica masy glejowatej przytyka bezpośrednio do istoty białej słupa bocznego. Tylna granica jej tylko w jednym miejscu dochodzi bezpośrednio do *pia mater*, na reszcie zaś przestrzeni swej oddzielona jest od obwodu rdzenia bardzo wąskim pasmem pozostałego słupa BURDACH'a, który w dwóch miejscach posyła dosyć znaczne wypustki w głąb masy glejowatej (Fig. II, c, d). W dwóch miejscach nie znajdujemy pokładu włókien myelinowych, któreby oddzielały masę glejowatą od obwodu rdzenia *resp.* od *pia mater*. Oba te miejsca zajmują skrajne punkty tylnej granicy masy glejowatej.

Sama masa glejowata przedstawia się na tych skrawkach, jako jednolita, jasno-brunatna tkanka, w której widoczne są 2 szpary: jedną z tych szpar (Fig. II, *a*) widzimy na wysokości kanału centralnego, druga zaś (Fig. II *g*) biegnie w tylnej części masy glejowatej i odpowiada zewnętrznej części słupa BURDACH'a. Zauważyć należy, że nie tylko w częściach obwodowych masy glejowate znajdują się przerzedzone, jakby poobrywane włókna myelinowe, lecz że pojedyncze włókna myelinowe spostrzedz można również w jej najgłębszych częściach. Zaznaczam specjalnie, że włókna *comissurae posterioris*, dotarłszy do masy glejowatej, nie obrywają się raptownie, lecz biegną w niej jeszcze na pewnej przestrzeni.

Co się tyczy zmian w innych miejscach przekroju poprzecznego, to, jak zaznaczyłem powyżej, można stwierdzić w obu słupach bocznych zwyrodnienie, które po stronie prawej wybitniejsze jest, aniżeli po lewej. Po stronie prawej (Fig. II, *h*) obejmuje ono okolicę drogi piramidnej bocznej, pozatem okolicę drogi mózdkowej. Oprócz tego zwyrodnienie widzimy również

w okolicy pęczka GOWERS'a. Po stronie lewej (Fig. II, *b*) zwyrodnienie obejmuje przeważnie środkową część pasa obwodowego i zagłębia się również w okolicy drogi piramidnej bocznej, lecz nie niszczy jej w sposób tak wybitny, jak po stronie prawej. Wogóle zwyrodnienie to ma postać trójkąta, którego szeroka podstawa leży na obwodzie, wierzchołek zaś wgłębia się w kierunku istoty szarej, gdy natomiast po stronie prawej zwyrodnienie ma postać okrągłą, charakterystyczną dla zwyrodnień dróg piramidnych bocznych. Samo zwyrodnienie posiada cechy zwyrodnień wtórnych w rdzeniu bez widocznych oznak zapalnych: t. j. widzimy w odpowiednich miejscach zanik włókien myelinowych, na których miejscu rozrosła się tkanka glejowata.

Naczynia szczelnie są wypełnione krwią, lecz nie przedstawiają widocznych oznak zapalnych. Po za tem w okolicy przedniego pola słupów tylnych (*ventrales Hinterstrangsfeld*) daje się spostrzedz zwyrodnienie w postaci podobnej do opisanej wyżej.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

62. M. KNAPP. *Organacidia gastrica*.

Pod powyżej wymienioną nazwą autor pojmuje takie stany chorobowe, w których w żołądku są kwasy organiczne; wywoływać jednak chorobliwe objawy kwasy te mogą tylko wtedy, jeżeli znajdują się w pewnym ilościowym stosunku do kwasu solnego. Stan taki, który autor uważa za oddzielną postać chorobową, nie zwracał na siebie dotychczas uwagi i był zaliczany tylko do objawów. Należy to tłumaczyć

brakiem łatwych i dogodnych sposobów wykrywania kwasów organicznych w zawartości żołądka, jak również i tem, że i obecnie używane przy klinicznym badaniu chemizmu żołądkowego odczynniki i indykatory dają nieraz błędne wyniki. Autor sądzi, że *organacidia gastrica* jest dość częstym cierpieniem, i że na karb jej należy złożyć znaczną liczbę przypadków, rozpoznawanych przeważnie jako neurozy.

Wiadomo, że normalnie w żołądku nie powinno być wcale lub tylko ślady kwasów organicznych.

Przy normalnej zawartości HCl nieznaczna ilość kwasów organicznych nie może powodować żadnych zбоcezeń od stanu normalnego. Ale, kiedy ilość kwasów organicznych wzrasta, lub zmniejsza się ilość wolnego kwasu solnego, to występują objawy chorobowe. Gra więc tu główną rolę stosunek kwasów organicznych do wolnego kwasu solnego.

Organacidia gastrica jest pojęciem zbiorowym i może być podzielona na 3 oddzielne typy: 1) *organacidia gastrica simplex*, 2) *gastrosia fungosa* i 3) *zymozis gastrica*.

Organ. gastr. simpl. oznacza przemijającą obecność kwasów organicznych w żołądku w bezwzględnie lub stosunkowo (do ilości HCl.) dużej ilości. Stan taki występuje po przyjęciu dużych ilości kwasów organicznych, po zjedzeniu np. znacznych ilości kwaśnych owoców, sałaty, piklów, ostrego sera i t. p. Stosownie do natężenia choroby objawy bywają rozmaite, począwszy od lekkiej zgagi i nieznacznych bólów w dołku, do silnych skureczów i wymiotów, przy czem bywa nieraz i gorączka. Objawy te ustępują po przyjęciu środka wymiotnego lub czyszczącego.

Dwa następne typy są cierpieniami chronicznymi. Najczęściej spotyka się *gastrosia fungosa* (autor przypuszcza możliwość szczególnie częstego występowania jej w swej ojczyźnie — Stanach Zjednoczonych), nazwana tak przez autora dla odróżnienia od *gastritis*, który to termin zawiera w sobie pojęcie o zmianach anatomicznych.

Przymiotnik *fungosa* oznacza, że jest ona wywoływana przez grzybki. Cierpienie to charakteryzuje się obecnością znacznych ilości pleśni w zawartości żołądka.

Szczególniej często autor obserwował dwa gatunki pleśni. Makroskopowo jeden przedstawia się w postaci żółtawo-zielonych, drugi zaś ciemno-czerwonych grudek, cząsteczek i strzępków. Przy dostatecznej ilości pleśni nadaje ona barwę zawartości żołądkowej. Żółtawo-zielone zabarwienie jej bywa wtedy przypisywane żółci, ciemno-czerwone zaś — krwi. Przy badaniu żołądka sondą naczeczko otrzymuje się zawsze dość znaczną ilość płynu o zapachu ostrym, słodkawo-

kwaśnym, przypominającym zapach winogron. Badając osad pod mikroskopem, widzimy cząstki nieprawidłowej formy zielonawo- lub pomarańczowo-żółtej, czasem czerwonobrunatnej, ciemno-pomarańczowej lub ciemno-czerwonej barwy. Cząsteczki te są konglomeratami rozmaitych form biologicznych pleśni (zarodników, grzybni, woreczków); ostatecznie jednak z powodu swego wyglądu są mylnie uważane za detryt, rozmaite laseczniki, koki lub nawet kryształy. Przy szczepieniu na stosownych podłożach autor najczęściej otrzymywał *penicillium glaucum*, *oidium albicans* i niektóre z grupy *aspergillus*. Współcześnie z pleśnią autor znajdował zawsze kwas bursztynowy. Czy jedynie tylko ten kwas obecny jest w podobnych razach, autor powiedzieć napewno nie może; w każdym razie rozmaite rodzaje pleśni, najczęściej przezeń znajdowane, dają odczyn na kwas bursztynowy. Próba wykonywana się w sposób następujący: 1 ctm. sz. przesączonego soku żołądkowego wyciąga się w rozdzielaczu STRAUS'a 4 ctm. sz. eteru i przezroczysty wyciąg eteryczny nalewa się na roztwór wodny chlorku żelaznego (1 kropla 10% roztworu na 2 ctm. sz. wody destylowanej). W razie obecności kwasu bursztynowego na linii zetknięcia się obu przezroczystych płynów występuje pierścień ciemnobrunatno-czerwonej barwy. Ilościowe oznaczanie wykonywa autor za pomocą miareczkowania dziesięcio-normalnym roztworem wodoru sodowego przy użyciu następujących indykatorów: 1) Nasyconego roztworu tropeoliny 00 dla określenia wolnego HCl; 2) 1/2 o/0 roztworu dwumetyloamidoazobenzolu dla określenia wolnych kwasów organicznych; 3) 1% roztworu fenoloftaleiny dla określenia ogólnej kwaśności. Autor sądzi, że pleśń dostaje się do żołądka z pokarmami i napojami. Jednak tylko w takim razie może ona wywoływać objawy chorobowe, jeżeli znajduje się w żołądku w stanie czynnego życia i rozmnażania się. Pleśń lub jej zarodniki muszą przetrwać normalny czas trawienia i znaleźć właściwe miejsca, w których mogłyby się rozwijać. Takimi miejscami są fałdy błony śluzowej żołądka. W ten sposób objaśnia wzrost pleśni w żołądku EINHORN, który przywiązuje wagę do jej obecności w tym narządzie i wyraża się o niej podejrzliwie. Autor bardzo często obserwował wzrost zdolności zeukrzania soku żołądkowego, zawierającego pleśnię.

Obecność płynu w czezym żołądku tłoczy autor spazmatycznym skurczem odźwiernika wskutek podrażnienia błony śluzowej kwasami organicznymi.

Objawy bywają rozmaite zależnie od ilości i stopnia koncentracji kwasów organicznych. W przypadkach łagodniejszych, kiedy ilość HCl jest jeszcze dość znaczna, podrażnienie bywa odczuwane jako głód lub wzmożony apetyt. W ostrzejszych przypadkach występują bóle lub nawet skurcze w okolicy odźwiernika i wpustu; bóle te mogą rozchodzić się do grzbietu. Po jedzeniu bóle na pewien czas ustają. Autor tłoczy to niszczeniem kwasów organicznych działaniem kwasu solnego, wydzielającego się po przyjęciu pokarmów. Z innych objawów należy zanotować suchość w gardle, kwaśne zwracanie, pragnienie, czasem wymioty zielonym lub czerwonym płynem.

W nieskomplikowanych przypadkach — *gast. fung.* rokowanie jest dobre. Leczenie zasada się na odpowiedniej diecie, podawaniu HCl i przepłukiwaniu żołądka.

Zymozis gastrica (Lipę — drożdże). Cierpienie to polega na obecności w żołądku komórek drożdżowych, rozmnażających się i wywołujących zjawiska fermentacji. Stan taki może się wytworzyć przez wielokrotne przyjmowanie pokarmu lub napoje, zawierające drożdże przy zmniejszeniu się lub zupełnem ustaniu wydzielania się kwasu solnego.

Objawy tego cierpienia bywają spowodowane przez fizyczne i chemiczne własności drożdży. Wskutek fermentacji wytwarza się w żołądku bardzo dużo dwutlenku węgla, który powoduje silne rozdęcie żołądka. Brak kwasu solnego i środowisko alkaliczne sprzyjają wzrostowi i rozwojowi drożdży. Objawy są następujące: rozpieranie i wzdęcie brzucha, które nieraz może dosięgać ogromnego stopnia, kołatanie serca, w cięższych przypadkach nudności i wymioty, powstające wskutek obecności w żołądku drażniącego kwasu masłowego, będącego częścią składową drożdży. Za pomocą sondy można wyaspirować z żołądka dość znaczną ilość płynu, w którym po pewnym czasie tworzy się osad, składający się z bardzo drobnych cząsteczek. Zapach płynu jest dość silny, zależy od kwasów masłowego i octowego. Pod mikroskopem widzimy

liczne łańcuszki drożdży i sporo pączkujących. Normalnie drożdże mogą się znajdować pojedynczo lub po 2 komórki, przyczem są one jednakowej wielkości. Przy *zym. gastr.* drożdże znajdują się w stadium dzielenia, w łańcuszkach po 8 sztuk etc.. W jednym przypadku autor wydobyl czystą kulturę drożdży z żołądka. Kwas masłowy i octowy wykrywają się w ten sam sposób, co i kwas bursztynowy. Pojawiający się przytem pierścień jest bardzo podobny co do koloru; kwas masłowy jednak daje odczyn tylko wtedy, jeżeli jest znacznie więcej skoncentrowany. Jeżeli nawet próba na kwas masłowy wypadnie dodatnio, to w każdym razie identyczność jego powinna być sprawdzona za pomocą następującej próby: do powyższej próby dolewa się 95% alkoholu w ilości równej warstwie eterycznej lub cokolwiek mniejszej, poczem rozdzielnik należy lekko wstrząsnąć 2—3 razy. Warstwa eteryczna przedtem bezbarwna barwi się wtedy na kolor pomarańczowy. Oznaczanie ilościowe kwasów tych nie różni się od oznaczania kwasu bursztynowego. Rokowanie jest bardziej pomyślne, niż w *gastrośia fungosa*; leczenie także samo.

Czyste postaci opisanych stanów chorobowych spotykają się dość rzadko, najczęściej zaś wzajemnie się one kombinują.

(*Medical Record*, September 6, 1902).

Janczurowicz.

63. P. COHN. W sprawie przyczynowego znaczenia ręki w powstaniu władu rdzenia.

W ostatnich czasach zapewniano z wielu stron, że wład rdzenia rzadziej jest następstwem przymiotu, aniżeli leczenia za pomocą ręki. Autor z tego powodu podaje statystyczne dane z polikliniki prof. MENDEL'a, dotyczące wpływu ręki na powstanie władu. Statystyka obejmuje 86 mężczyzn i 31 kobiet chorych na wład.

Z tablicy, podanej przez autora, wynika:

A. Odnośnie do zakażenia przymiotowego.

1) że z pośród 86 mężczyzn 61 (a zatem $\frac{3}{4}$) w każdym razie miało kiedyś wrzód weneryczny;

2) że z pośród tych ostatnich u 35 był niewątpliwie przymiot, u 21 wrzód miękki, u 5 nieokreślonego rodzaju;

B. Odnośnie leczenia za pomocą ręki.

Z pośród powyżej wzmiankowanych 86 chorych na wład tylko u 23 stwierdzono, że leczyli

się rtęcią. U pozostałych 63 chorych stwierdzono napewno, że wiąd u nich nie był w żadnym związku z rtęcią.

Zobaczmy, jak się przedstawia leczenie za pomocą rtęci u tych 23.

W 6 przypadkach leczenie za pomocą rtęci było niemal homeopatyczne: w jednym zrobiono wszystkiego 3 razy zastrzykiwania rtęci, jeden chory używał rtęci przez 8 dni, inny zużył 15 do 20 gramów rtęci, inny znowu wziął zaledwie kilka wcierań i to w 3 lata po zakażeniu, jeden 7 wcierań, inny 6 wcierań szaruchy. Te więc 6 przypadków nie mają żadnego znaczenia.

Lecz i w pozostałych 17 przypadkach niepodobna dopatrzeć się jako przyczyny wiądu leczenia za pomocą rtęci. Leczenie prawie u wszystkich nie trwało więcej, niż 4 do 6 tygodni. Tylko w jednym przypadku kilkakrotnie powtarzano leczenie w pierwszym roku, w 2 przypadkach dwukrotnie. Ani jeden z pozostałych chorych nie przeprowadził systematycznego leczenia za pomocą rtęci w przerwach.

Co się tyczy 31 kobiet chorych na wiąd, to tylko u 5 przeprowadzone było leczenie za pomocą rtęci. I tu więc rtęć nie może być uważana za przyczynę wiądu.

Dodawszy tych 31 kobiet do 86 mężczyzn, otrzymamy 117 chorych na wiąd, u których rtęć nie była przyczyną choroby. Nie ośmiela się pomimo to autor ze względu na niewielki materiał uogólniać wniosku o znaczeniu rtęci w etiologii wiądu.

Dalsze spostrzeżenia powinny uwzględnić: 1) ilu chorych zapada na wiąd bez rtęci, 2) ilu zapada na wiąd przy użyciu rtęci, 3) ilu zapada na wiąd — ewentualnie — skutkiem rtęci.

W końcu autor na mocy swych spostrzeżeń robi wnioski, jeden ujemny: rtęć nie jest przyczyną wiądu, drugi dodatni: przymiot jest przyczyną wiądu dla większości przypadków.

(*Berliner kl. Wochenschrift. N. 10.*) F. A.

64. ZEIGAN. Leczenie gośćca za pomocą zewnętrznego użycia przetworów salicylowych.

Autor podaje wyniki, otrzymane przez się w różnych postaciach gośćca za pomocą 3 nowych przetworów salicylowych: mezotanu, glikozalu i reumazanu, stosowanych zewnętrznie.

Mezotan, metyllooksymetyl kwasu salicylowego, jest przezroczystym żółtawym płynem, niezbyt silnego zapachu. Zmieszany z równą częścią oliwy, wciera się w ilości 15 do 20 gramów w cierpiące okolice i pokrywa watą. W gośćcu mięśniowym, a szczególnie w *lumbago* we wszystkich przypadkach następowała natychmiastowa ulga, a po kilku dniach zupełne ustanie bólów. Przez cały czas trwania leczenia mocza okazywał silny odczyn na kwas salicylowy. I w ostrym gośćcu stawowym bóle jakoteż inne przypadłości chorobowe szybko ustępowały. Żadnych nieprzyjemnych przypadłości przy stosowaniu mezotanu autor nie widział.

Inny sposób stosowania mezotanu jest następujący: mezotan miesza się z gumą i żywicą i otrzymany w ten sposób plaster przykłada się na miejsca bolesne.

Skutki, osiągnięte przez autora za pomocą tego plastra w *lumbago* i bólach gośćcowych mięśni i stawów bez gorączki, były równie dobre, jak przy stosowaniu samego mezotanu.

Glikozal jest chemicznym połączeniem kwasu salicylowego z gliceryną. Jestto proszek biały bez wszelkiego zapachu, rozpuszcza się w zimnej wodzie w stosunku 1%, w gorącej wodzie bardzo łatwo; rozpuszcza się również w wyskoku. Autor stosował 20% wyskokowy roztwór, którym w ilości 50 do 100 gramów pendzłował miejsca bolesne, a następnie owijał watą, przyczem okazało się, że po wyparowaniu wyskoku glikozal osiadał na skórze w postaci białych kryształów. W 6 do 8 godzin po zapendzlowaniu mocza wykazywał odczyn na kwas salicylowy. W 4 do 5 godzin po stosowaniu glikozalu następował silny pot. Ból ustępował powoli, nie tak szybko, jak po mezotanie.

Autor podaje kilka ciężkich przypadków ostrego gośćca stawowego, wyleczonych za pomocą glikozalu.

Reumazan jest substancją w postaci mydła, zawierającą 10% kwasu salicylowego. Autor stosował reumazan w ten sposób, że 5 do 10 gramów 2 lub 3 razy dziennie wcierał w miejsca bolesne i pokrywał watą. Skutek był bardzo zadawalający. W gośćcu mięśniowym, w *lumbago* bóle uspokajały się natychmiast, a po 4 do 5 dniach ustępowały zupełnie. W ciężkim przypadku rwy kulszowej, trwającym 9 tygodni, po

tygodniowym użyciu weieran reumazanu bóle w zupełności ustąpiły. Po 2—3 godzinach następuje stale pot i reakcja na kwas salicylowy. Bardzo ciężkie postaci ostrego gościa stawowego ustępowały po reumazanie bez wewnętrznego użycia salicylu.

Przy użyciu wszystkich 3 przetworów jako czynniki terapeutyczne mogą być uważane: mięsienie, działanie odciągające na skórę i działanie kwasu salicylowego. Mięsienie nie może być uważane za moment leczniczy, gdyż tylko reumazan był weierany, dwa drugie były użyte tylko w postaci pendzlowania.

Podrażnienie skóry było nieznaczne tylko przy użyciu mezotanu i reumazanu, tak że ono nie mogło odgrywać wielkiej roli w działaniu terapeutycznym.

Ze jedynie kwas salicylowy odgrywał terapeutyczną rolę przy stosowaniu powyższych przetworów ani wątpić można; w jednym przypadku ciężkiego gościa stawowego bezskuteczne stosowanie jednego z powyższych przetworów zniewoliło do podania wewnętrznego salicylanu sodu, który jednak też pozostał bez skutku.

Na mocy swych spostrzeżeń autor uważa wszystkie 3 przetwory salicylowe za bardzo skuteczne w leczeniu wszelkich postaci zakażenia gościcowego.

(*Berliner. kl. Wochenschrift. N. 12.*) F. A.

65. O. VIERORDT. **Śmiertelna askaridiasis z ropniami w wątrobie i w trzustce.**

Dawniej bardzo wiele chorób dziecięcych przypisywano „robakom“, wskutek czego z biegiem czasu postępowi lekarze dosyć sceptycznie poczeli zapatrywać się na choroby, powodowane przez wnątrzaki. Wobec tego rzadki, a zatem bardzo ciekawy przypadek, opisany przez V. w Heidelberskiem stowarzyszeniu lekarskiem w dniu 2 grudnia 1902 roku, zasługuje na uwagę, tembardziej, iż coś podobnego po raz pierwszy dopiero zostało rozpoznane za życia chorego.

Dwuletni chłopczyk od 2 lat „słabował“, nigdy jednak nie miał żółtaczki. Dopiero pod koniec września 1902 r. zachorował na dobre, wymiotował, silnie gorączkował, a w wymiocinach znaleziono trzy młode glisty (*ascaris lumbricoides*). Podobne wnątrzaki odchodziły też w stolcach, codziennie i w wielkich ilościach. Stolce rzadkie, bóle brzucha, coraz większe wychudnięcie dziecka. Objawy te w jeszcze silniejszym sto-

pniu istniały w chwili wstąpienia pacjenta do kliniki, santonina mało działała na wydzielanie się glist.

W prawem podżebrzu bolesność, a w lewym guz wielkości orzecha włoskiego, łatwo ginący przy wymacywaniu. W uśpieniu wymacano powiększoną twardawą wątrobę o brzegu nierównym, po części guzowatym, po części ząębionym. Rozpoznano chorobę, spowodowaną przez glisty (*Askaridiasis*) i ropnie wątroby. Przy operacji znaleziono powiększoną guzowatą wątrobę, lecz próbne przekłucia tych guzowatości nie dały żadnego wyniku. Zauważony guz w lewym podżebrzu rozpoznano przed operacją jeszcze, jako ropień w ogonie trzustki.

Śmierć dziecka 20. XI. 1902. Właściwa choroba trwała miesiąc, słabowanie zaś — kwartał.

Przy sekeji znaleziono wielką wątrobę, poprzerzynaną przez rozszerzone przewody żółciowe, wypełnione młodemii glistami. Przewód wątrobowy i żółciowy zapehane niemi, a w trzustkowym jeden tylko egzemplarz. Ogon trzustki zmartwiały, otoczony ropą. W kiszkiach, w żołądku, w przelyku i w krtani około 200 robaków.

Dojrzałej, płciowo rozwiniętej samiczki nie znaleziono, lecz, co prawda, nie przeszukano całej wątroby, nie chcąc psuć preparatu przed pokazem. Nastąpi to później. Obecność glist w przewodach żółciowych, w przelyku i t. p. zjawiała się dopiero po śmierci dziecka, w przeciwnym bowiem razie musiałaby istnieć za życia żółtaczka.

(*Münch. med. Woch. 1903. N. 10.*)

L. Wolberg.

66. GOSSNER. **Wzory do przygotowywania mieszanin o rozmaitem nasyceniu.**

Niżej przytoczone wzory nadają się do przygotowywania płynów o rozmaitem natężeniu roztworów w tych razach, gdy warunki pracy laboratoryjnej są ograniczone.

Wzór I. Ile płynu obojętnego należy dodać do pewnej ilości roztworu (a) o ściśle oznaczonym nasyceniu procentowym (P), żeby otrzymać płyn o pożądanym nasyceniu (p)?

$$X = \frac{a(P-p)}{p}$$
, gdzie x oznacza ilość niewiadomą, $P > p$, jeżeli chodzi o rozcieńczenie. Mamy np. 2 ctm. 1,5% roztworu płynu, a chcemy otrzymać 0,5%; więc $x = \frac{2(1,5-0,5)}{0,5} = 4$. Sprawdzenie:

6 ctm. otrzymanego płynu zawiera $\frac{2,15}{100} = 0,03$ rozpuszczonego pierwotnie ciała, więc $6 : 0,03 = 100 : y$ ($y =$ nasycenie żądane); skąd $y = 0,5$; t. j. nowa mieszanina zawiera tego ciała $0,5\%$.

Wzór II. Jeżeli przez dodanie (x ctm.) jakiego nieobojętnego płynu o nasyceniu $P\%$ do badanego (obojętnego) płynu (b ctm.) chcemy otrzymać mieszaninę o nasyceniu $p\%$, to wzór odnośny jest następujący: $X = \frac{b \cdot p}{P - p}$; naturalnie,

$P > p$, jak wyżej. Przykład: mamy 25 ctm. sz. płynu, zawierającego jakąkolwiek hodowlę bulionową i 8% roztwór karbolu, to ile ctm. sz. ostatniego musimy dodać do płynu pierwszego, żeby otrzymać roztwór 3% ? $X = \frac{25 \cdot 3}{8 - 3} = 15$ ctm. Sprawdzenie: (25 ctm. płynu z drobnoustrojami + 15 ctm. 8% roztworu karbolu): $\frac{15 \cdot 8}{100} = 100 : y$ (pożądane nasycenie = y); skąd $y = 3$.

Wzór III. Jeżeli w mieszaninie $P\%$, przygotowanej według wzoru drugiego w ilości d ctm., chcemy podnieść nasycenie do $p\%$ przez dodanie X ctm. tego samego płynu o większym nasyceniu, przy $p > P$, to posiłkować się trzeba wzorem: $X = \frac{d(p - P)}{100 - p}$. Przykład: 60 ctm. sz. płynu, zawierającego drobnoustroje z dodatkiem 7% roztworu karbolu należy zamienić na roztwór 10% przez dodanie stężonego karbolu:

$$X = \frac{60(10 - 7)}{100 - 10} = 2 \text{ ctm.}$$

Wzór IV. W przypadku, gdy we wzorze III chcemy wziąć nie płyn stężony, lecz, przypuścimy $R\%$ jego roztwór, aby nasycenie pierwotne podnieść do $p\%$, to wzór jest następujący:

$$X = \frac{d(p - P)}{R - p}, \text{ gdzie } R > p > P. \text{ Np. mamy } 20$$

ctm. sz. 5% roztworu kwasu karbolowego z płynem, zawierającym drobnoustroje, to ile ctm. 15% roztworu karbolu musimy dodać do powyższej mieszaniny, żeby otrzymać płyn z 10% zawartością karbolu? A) $X = \frac{20(10 - 5)}{15 \times 10} = 20$ ctm.

$$B) X = \frac{20(5 - 10)}{10 - 15} = 20 \text{ ctm.}$$

Sprawdzenie (20 ctm. 5% roztworu karbolu z płynem zawierającym bakterye + 20 ctm. 15% roztworu karbolu):

$$\left(\frac{5 \cdot 20}{100} + \frac{15 \cdot 20}{100} \right) = 100 : y \text{ (} y \text{ pożądane nasycenie). } y = 10.$$

(*München. med. Wochenschrift. N. 16. 1903*).

K. Z.

67. TERRIER i REYMOND. **Chirurgia serca i osierdza.** (Ref. na XV zjeździe chir. franc. w Paryżu.)

Sposoby utworzenia dostępu do serca dzielą się na 2 grupy: 1) Z zupełnym wycięciem kilku żeber lub ich chrząstek. 2) Sposoby płatowe, skórno-mięśniowo-kostne. Pierwsza grupa, jako dająca mały dostęp i pozbawiająca serce na później ochrony kostnej, powinna zupełnie ustąpić miejsca grupie drugiej. Z pomiędzy odmian tej grupy T. i R. najbardziej polecają cięcie płatowe z podstawą zewnętrzną i brzegiem, przechodzącym przez chrząstki żeber cokolwiek na zewnątrz od stawów mostko-chrząstkowych. Jak wykazały próby na trupach, taki płat daje najszerszy dostęp do serca, umożliwia nieuszkodzenie opłucny; w razie potrzeby można tu cięcie poziome przedłużyć ku wewnątrz na mostku i, rezekując część jego, otrzymać dostęp jeszcze lepszy. Opłucna od tylnej powierzchni płata oddziela się łatwo, na tępo, za pomocą ręki, okrytej serwetą. Jeżeli rana serca, powodująca zabieg, draży przez opłucną, i płuco jest zranione, to przy opisanym sposobie jest możliwość dokładnego zbadania i ewentualnego zaszywania rany w płucu i opróżnienia z krwi i skrzepów. Oddzielanie przednio-dolnego uchyłka opłucny od osierdza idzie łatwo na tępo po trudniejszym cokolwiek oddzieleniu go od tylnej powierzchni mostka; w tym miejscu można iść na tępo w warstwie mięśnia trójkątnego (*m. triangularis sterni*).

Otworzenie osierdza przez rozszerzenie istniejącej rany, unieruchomienie chwilowe serca za pomocą wprowadzenia ręki lewej po za serce, wypchnięcie go naprzód do rany i nałożenie na ranę mięśnia sercowego szwów węzłkowych — stanowi najważniejszy moment operacji. Uciskiem ręki lewej tamujemy krwawienie z serca i odpowiednim ustawieniem możemy udostępnić powierzchnię przednią zarówno prawej, jak lewej komory. Rany osierdza i opłucny zaszywa się, pozostawiając ewentualnie otwory dla drenów, które w tym razie są od sie-

bie niezależne i mogą leżeć dość daleko jeden od drugiego. Umocowanie szwami płata stanowi koniec zabiegu.

Z kolei przechodzą T. i R. do ciał obcych serca i igieł w szczególności, które, na pozór będąc niewinnymi, mogą przy ciągłych ruchach serca powodować poważne jego skaleczenia. W tych razach zalecają, po ewentualnej radiografii — cięcie płatowe.

W końcu słów parę o chirurgii osierdzia. W razie przesieków może być wskazanie objawowe do nakłucia dla usunięcia ucisku, bez usunięcia przyczyny. Ponieważ jałowości

płynu nigdy zupełnie pewnym być nie można, należy w przypadkach wątpliwych nakłuwać na wewnątrz od naczyń sutkowych wewnętrznych w 4, 5 lub 6 międzyżebżu, aby ominąć opłucną (BAIZAN, DELORME), lub otworzyć osierdzie nożem po wycięciu chrząstek; w każdym przypadku, gdzie spodziewamy się płynu ropnego, należy również otworzyć osierdzie szeroko po wycięciu chrząstek, nie ograniczając się bynajmniej do nacięcia międzychrząstkowego, a tem mniej do nakłucia

(Semaine medicale N. 43. 1902).

Z. Radliński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 21 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) LEBENSBAUM przedstawienie preparatu macicy, wyjętej przez pochwę z powodu chorionepithelioma malignum. 2) LEŚNIEWSKI — „Przyczynek do chirurgii kiszek“.

1) Kol. LEBENSBAUM przedstawił preparat macicy, wyjętej przez pochwę z powodu *chorionepithelioma malignum*.

Preparat dotyczył 24-letniej chorej, u której w 4 tygodnie po porodzie wystąpiły krwotoki maciczne. Kiedy skrobanka przy badaniu okazała się tkanką nowotworową, całą macię usunięto. L. przedstawił preparaty mikroskopowe i nowotworu.

2) Kol. A. LEŚNIEWSKI wypowiedział odczyt p. t. „Przyczynek do chirurgii kiszek“. Rzecz ta była drukowana w „Medycynie“.

W dyskusji kol. CIECHOMSKI zaznacza, że należy pamiętać o tem, iż często nowotworom złośliwym towarzyszy biegunka, i że guzowi pochodzenia nowotworowego często towarzyszy gorączka. Niedrożność jelit przy nowotworach bywa zwykle względna, gdyż guzy najczęściej bujają w kierunku naczyń chłonnych.

Posiedzenie z dnia 28 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) B. K. DASZKIEWICZ przedstawienie dziecka, dotkniętego erythema nodosum. 2) RZĘTKOWSKI — „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“.

1) Kol. K. DASZKIEWICZ przedstawił 4½ miesięczną dziewczynkę, u której w lutym r. b. zauważono stwardnienia guzowate w różnych miejscach ciała i objawy niestrawności, które wkrótce ustąpiły; od niedawna zaczęły się rozwijać zaniki mięśni. B. podnosi rozpoznanie *erythema nodosum*, umiejscowienie cierpienia (głównie dotknięta jest strona prawa), brak podniesienia ciepłoty, długotrwałość choroby i zanik mięśni.

2) Kol. RZĘTKOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“.

R. mierzyl sprawność proteolityczną i znalazł ją przy raku osłabioną, przy wrzodzie wzmożoną. NaCl *in vitro* osłabia sprawność proteolityczną, *in vivo* zaś nie, ponieważ żołądek wydzieła wodę, rozwadniającą nadmiar w nim chloru sodu.

St. Kopczyński.

O D C I N E K.

Sprawozdanie z działalności przytułku położniczego
w Częstochowie za rok 1902.

Podał

D-r J. PIETRASIEWICZ.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego
w Częstochowie dnia 4 kwietnia 1902 r.).

(Dokończenie — Patrz Nr 24).

Co do wieku rodzących, to wykazuje go
tablica III.

Tablica III. Wiek rodzących.

	W latach 1899, 1900, 1901.		Rok 1902	
	Liczba	%	Liczba	%
Od 16—20 roku	27	15,3%	17	13,6%
21—25	39	22%	31	24,5%
26—30	36	21%	31	24,5%
31—35	31	19,8%	19	16,5%
36—40	22	13%	20	17,5%
41—45	4	2,4%	2	1,8%
48 lat	—	—	1	0,8%
Wiek nie oznaczony	11	6,5%	1	0,8%
	170	100%	122	100%

W roku sprawozdawczym obniżył się procent rodzących od 16—20 roku życia, powiększył się zaś procent rodzących, od 20—30 lat życia mających. Z osób rodzących między 16 i 20 rokiem życia 13 było niezamężnych, 4 zaś zamężne

Co do wyznania, to prawie wyłącznie korzystały z naszego przytułku katoliczki, których było 112, gdy żydówek zaledwie 4. Tak nieznaną liczbą żydówek tłumaczy się między innymi względami jeszcze zapewne i tą przyczyną, iż żydówki podczas porodu bardzo niechętnie korzystają z kuchni chrześcijańskiej. W przytułku zaś kuchni rytualnej prowadzić nie możemy. Otóż chcąc i ten względ usunąć, pozwalamy żydówkom, przebywającym w przytułku, żywić się pożywieniem, które zostaje przyniesione z miasta. Wyznanie rodzących wykazuje tablica IV.

Tablica IV. Wyznanie rodzących.

	W latach 1899, 1900, 1901.		Rok 1902	
	Liczba	%	Liczba	%
Katoliczki	154	90,4%	112	92%
Prawosławne	7	4,2%	6	5%
Żydówki	6	3,6%	4	3%
Ewangeliczki	2	1,2%	—	—
Wyznanie nieoznaczone	1	0,6%	—	—
	170	100%	122	100%

Według liczby przebytych porodów — największa liczba przypada na pierworódki, gdyż 41 osób, co stanowi 33 $\frac{1}{3}$ %; w tej liczbie jest 27 niezamężnych i 14 zamężnych. Niezamężne przybywały najwyżej dla odbycia 4 porodu i takich było 5; więcej, niż 4 poród niezamężne u nas nie odbywały. Liczbę przebytych porodów wykazuje tabl. V.

Tablica V. Rodzące według liczby przebytych porodów.

	W latach 1899, 1900, 1901.		Rok 1902.
	Liczba	%	
Po raz 1-szy rodzące	72		41
„ 2-gi „	39		23
„ 3-ci „	12		12
„ 4-ty „	12		12
„ 5-ty „	8		10
„ 6-ty „	6		6
„ 7-my „	6		11
„ 8-my „	9		2
„ 9-ty „	3		1
„ 10-ty „	—		3
„ 11-ty „	2		1
„ 13-ty „	1		—
	170		122

Przebieg porodów.

Przeważały znacznie w przytułku porody czasowe, których w roku sprawozdawczym mieliśmy 105; względnie nieznaną liczbą wypadła na porody przedwczesne i poronienia; tych osta-

tnich mieliśmy 5 przypadków, mianowicie, 1 przypadek w 4-ym miesiącu ciąży, 2 w 3-im i 2 w 2-im. Przedwczesnych porodów było 11 przypadków, a mianowicie, w 8-ym miesiącu ciąży 7 przypadków z 4-giem dziećmi żywych, z których jedno dziecko zmarło w 8 godzin po urodzeniu z powodu wrodzonej słabości, troje zaś dzieci zostało utrzymanych przy życiu, i matki zostały wypisane z przytułku z żywymi i względnie zdrowymi dziećmi; w 7-ym miesiącu ciąży były 2 porody z dwojgiem dzieci żywych, które jednakowoż zmarły w przytułku w pierwszych 24 godzinach życia, i w 6-ym miesiącu ciąży 2 przypadki z martwymi noworodkami.

Tablica VI. Czasowość porodów.

	W latach		Rok 1902.	
	Liczba	%	Liczba	%
Porody czasowe	155	91%	105	86,4%
Porody przedwczesne	8	4,8%	11	8,8%
Poronienia mniej, niż				
w 4 miesiącu ciąży	6	3,6%	5	4%
Porody spóźnione	1	0,6%	—	—
Ciężarne	—	—	1	0,8%
	170	100%	122	100%

W roku sprawozdawczym zauważyć się daje zwiększenie liczby porodów przedwczesnych i poronień w porównaniu z latami zeszłymi.

Tablica VII. Położenie płodu podczas porodu.

I czaszkowe przednie	51	} 53	} 96
I " tylne	2		
II " przednie	42	} 43	
II " tylne	1		
I twarzowe przednie	1	} 2	
II " tylne	1		
II pośladowe	4	} 8	
I nóżkowe	3		
II nóżkowe	1		
I poprzeczne przednie	2	} 7	
II " tylne	3		
II skośne tylne	2		
Czaszkowe nieokreślone	4		

Z nieprawidłowości w przebiegu porodów, oprócz nieprawidłowych położań, wskazanych powyżej, zanotować należy następujące: odejście wód przed czasem zdarzyło się 1 raz, rączka przodowała przy główce 2 razy, łożysko przodowało 2 razy, drgawki podczas porodu (*eclampsia*) 2 razy, wypadnięcie pępowiny tętniącej 4 razy, nietętniącej 1 raz, obfitość wód płodowych (*Hyd-*

ramnion) 2 razy, okręcenie pępowiny wokół szyjki lub ramienia 28 razy; z mniejszych operacji należało wykonać przekłucie pęcherza płodowego 10 razy, wyciskanie płodu według metody KRISTELLER'a 3 razy, rozszerzenie szyjki za pomocą kolpeuryntera 2 razy, przyczem 1 raz użyliśmy tej metody do wywołania sztucznego porodu przedwczesnego za zgodą męża chorej z powodu drgawek podczas porodu.

Obydwa przypadki przodowania łożyska zakończyły się śmiercią chorych prawie podczas porodu, w przytułku. W pierwszym przypadku chora została skierowana do przytułku w stanie rozpaczliwym po znacznym krwawieniu, które trwało od dni kilku. Po ukończeniu porodu bez uśpienia, pomimo wlewań fizyologicznego roztworu soli pod skórę i do kiszek — chora zmarła wskutek ostrej bezkwestości w 1½ godziny po przybyciu do przytułku i w 1 godzinę po ukończeniu porodu. W drugim przypadku skierowano do nas rodzącą również w stanie rozpaczliwym, z tętnem zaledwie nitkowato-wyczuwalnym. Po ściągnięciu nadół nóżek płodu, wyczekiwaliśmy, ażeby poród został ukończony siłami natury. Obrót uskutecziliśmy bez narkozy. Po półgodzinnem wyczekiwaniu, gdy krwawienie trwało nadal, ukończyliśmy poród. Chora przez 12 godzin czuła się względnie nieźle; krwawienia z macicy nawet w średniej ilości nie było. Pomimo to chora zmarła w 18 godzin po ukończeniu porodu wskutek osłabienia serca — *adynamia cordis*. Oprócz powyższych dwóch przypadków — nie było w przytułku żadnego innego przypadku śmierci rodzącej lub też położnicy.

Co do operacji akuszeryjnych przy porodzie, to tych wykonaliśmy w przytułku w roku sprawozdawczym 38, czyli w 30% ogólnej liczby porodów; takież stosunek mniej więcej był i w latach zeszłych. Wykonane operacje były następujące: obrót na nóżkę uskuteczono 14 razy, ekstrakcję za nóżkę 8 razy, kleszcze 6 razy, wymóżdzenie (wykonywane tylko na martwych płodach) 3 razy, rozkawalenie płodu (mianowicie *exarticulatio humeri* z powodu silnego skurczu części szyjowej macicy przy zastarzałym poprzecznym położeniu i wymóżdzenie następczej główki) 1 raz, sztuczny poród przedwczesny z powodu drgawek 1 raz, wydobywanie łożyska z macicy 3 razy, ukończenie porodu za pomocą

cięcia cesarskiego 2 razy. O dwóch przypadkach cięcia cesarskiego kol. PISARZEWSKI wygłosił sprawozdanie na posiedzeniu naszego Towarzystwa.

W liczbie przypadków, w których był wykonany obrót, należy zanotować 3 przypadki obrotu t. zw. profilaktycznego przy położeniach czaszkowych i powolnym ustalaniu się główki, wszystkie trzy przypadki zostały zakończone pomyślnie, jak dla matki, tak również i dla płodu; następnie obrót był wykonany w dwóch wskazanych powyżej przypadkach przodującego łożyska i na koniec przy nieprawidłowych położeniach płodu lub wypadnięciu pępowiny albo rączki.

Słów kilka o postępowaniu naszym w okresie łożyskowym. Nigdy nie śpieszymy się z wydalaniem łożyska bezpośrednio po urodzeniu noworodka, o ile niema ku temu wyraźnych wskazań. Zwykle przez 15 — 30 minut wyczekujemy cierpliwie i dopiero wtedy staramy się wydaląć łożysko sposobem CREDÉ. Ręczne wydobycie łożyska z macicy z powodu długotrwałego nieodklejania się tegoż uskuteczaliśmy 3 razy. Uszkodzeń krocza obserwowaliśmy 9 przypadków, przeważnie II stopnia. Uszkodzenia te prawie zawsze zaszywamy.

Chcąc zakończyć zupełnie z przebiegiem porodów w przytułku — muszę wspomnieć, iż jeden raz mieliśmy przypadek nagłego porodu w przytułku, gdy rodząca nie mogła być nawet obmyta, i poród odbył się na korytarzu w czasie przechodzenia do sali porodowej; następnie były dwa przypadki porodów *extra muros*. W jednym przypadku rodząca urodziła noworodka w drodze do przytułku na ulicy i przybyła w okresie łożyskowym z urodzonym noworodkiem w fartuchu i nieprzewiązaną, lecz nierozzerwaną pępowiną. W drugim przypadku rodząca została skierowana do przytułku już w okresie łożyskowym po urodzeniu noworodka na mieście.

Przebieg okresu połogowego wskazuje nam tablica VIII.

Przebieg okresu połogowego.

1) bez podniesienia ciepłoty	97	} 101—83,2%
2) z jednorazowym podniesieniem ciepłoty	4	

3) z parokrotnem podniesieniem ciepłoty, lecz bez określonych przyczyn	4	} 18—14,4%
4) z miejscowem zakażeniem bez ciężkich spraw wysiękowych	14	
5) z chorobami ogólnymi, przebiegającymi z podniesieniem ciepłoty	3	2,4%

Ciężkich spraw wysiękowych w rodzaju zapaleń przy-i około-macicznych, posocznicy i t. d. w samym przytułku nie było. W jednym przypadku, o czem dowiedzieliśmy się prywatnie, w kilka dni po wypisaniu z przytułku chora została umieszczona w miejscowym szpitalu z powodu sprawy wysiękowej. W jednym też przypadku położnica została przeniesiona z przytułku do szpitala z powodu choroby wewnętrznej; mianowicie, u chorej tej rozpoznaliśmy wadę serca, gruźlicę płuc i zapalenie połogowe wewnątrzmaciczne. (Chora w dzień przyjścia do przytułku już gorączkowała; poród bliźniaczy—operacyjny; chora 4 razy w okresach trzytygodniowych przybywała do przytułku z bólami fałszywymi). Przypadek ten zakończył się w szpitalu śmiercią chorej, lecz w każdym razie nie wskutek zakażenia podczas porodu. Jako bezpośrednią przyczynę śmierci przypuszczamy *Phthisis florida in puerperio*.

W liczbie 14 gorączkujących z miejscowem zakażeniem znajduje się jeden przypadek podniesienia ciepłoty wskutek zapalenia gruczołu piersiowego.

Co do chorób ogólnych, powodujących podniesienie ciepłoty, to zamieściłem tutaj jeden przypadek drgawek podczas porodu i dwa przypadki ostrego zapalenia oskrzeli. Pozostałe chore w ogólnej liczbie 13 gorączkowały wskutek miejscowego zakażenia rozdaré krocza lub pochwy lub też rozdaré szyjki, i w paru zaledwie przypadkach gorączka była zależna od przejścia zakażenia na błonę śluzową macicy. W tych przypadkach jama macicy była codziennie przemywana roztworem kwasu karbolowego, następnie do jamy była wstrzykiwana jodyna i zakładany dren maciczny, przez który wieczorem macica powtórnie znów była przemywana kwasem karbolowym.

Procentowy stosunek gorączkujących 14,4% w naszym przytułku nie tylko nie jest większy,

lecz nawet mniejszy w porównaniu z innymi przytułkami i klinikami (Petersburg, Kopenhaga), i dla tego przebieg okresu połogowego w naszym przytułku możemy uważać za dobry.

Pewną miarą przebiegu okresu poporodowego może być liczba dni, przebytych w przytułku przez chore.

Otóż tę liczbę wskazuje tablica IX.

Tablica IX. Liczba dni szpitalnych, przebytych przez chore w przytułku.

Położ dni	Liczba chorych	Liczba dni szpitalnych	U W A G I
1	2	2	Placenta praevia. Śmierć
2	1	2	Part. praemat. VII mens.
3	3	9	{ Abortus III mens. XI-para. Partus normal. V-para. Versio
4	4	16	
5	9	45	
6	16	93	
7	19	133	
8	25	200	
9	17	153	
10	12	120	
11	6	66	
12	2	24	Endometritis
15	1	15	Eclampsia
16	1	16	Part. bigemin. Versio. Endometr.
19	1	19	Part. normal. Endometr.
23	1	23	Extract. placent. ex uter. Endometr.
45	2	90	Sectio caesarea.
	122	1029	

Tabliczka powyższa wykazuje, iż największa liczba położnic, mianowicie 20% ogólnej ilości, przebywała w przytułku po 8 dni, następnie 7, 9, 6, 10 i 5 dni. Dłużej, niż 10 dni, przebywały chore z powodu bądź zakażeń miejscowych, bądź też z powodu nader ciężkich operacji, związanych z silnym wycieńczeniem chorej. Przeciętnie 1 chora przebywała w przytułku przez 8,4 dni, jeżeli zaś wyłączymy ze statystyki 2 przypadki cięcia cesarskiego, które znacznie zwiększają przeciętną, to otrzymamy, iż jedna położnica przeciętnie przebywała 8 dni w przytuł-

ku. Jest to okres czasu połogowego przy naszych stosunkach zupełnie dobry. Niezameżne przebywały na ogół przez czas dłuższy, aniżeli mężatki.

O noworodkach.

Ogółem dzieci urodzono w przytułku w roku sprawozdawczym 123, w tej liczbie rozwiniętych 108, niedorozwiniętych 14 i potwór 1. W ogólnej liczbie było żywych 106, co stanowi 86%, i martwych 17, co stanowi 14%.

Z pośród żywych było chłopców 59 i dziewczyn 47. Z pośród martwych było chłopców 10, dziewczyn 6 i potwór płci męskiej 1. Z liczby noworodków, urodzonych żywymi, w przytułku zmarły 4 dziewczyny, przy czem 3 przed upływem jednej doby po urodzeniu z powodu wrodzonego niedorozwoju i jedna (wydobyta przy cięciu cesarskiem) z powodu ogólnej furunkulozy w 4 tygodniu życia.

Bliźniaczych porodów było 8, przy czem 4 porody z dwiema dziewczynami, 2 porody z dwoma chłopcami i 2 porody z bliźniętami płci różnej. Porodu trojaczkami nie było.

Waga noworodków wahała się od 2,000 — 5,000 grm.; przeciętnie 3,500 grm.. Najmniejsza waga żywego noworodka (dziewczyna), urodzonego w VIII miesiącu ciąży, była 1,700 grm.; noworodek ten jednakowoż zmarł po 15 godzinach życia. Najmniejsza waga noworodka (chłopiec), urodzonego w IX miesiącu księżycowym ciąży, który został po 5 dniach wypisany z przytułku, jako całkowicie zdrowy, była 1,920 grm. Największa waga noworodka (dziewczyna) w roku sprawozdawczym była 5,000 grm.. W roku 1900 mieliśmy w przytułku noworodka (chłopca) przy ciąży spóźnionej (295-dniowej), który ważył 5,900 grm.

Na tem kończę właściwe sprawozdanie. Oprócz czysto lekarskiej działalności, t. j. pomocy dla rodzących — przytułek nasz wpływał jeszcze na podniesienie poziomu wiedzy akuszerkiej pośród babek wiejskich po wsiach. W roku sprawozdawczym praktykowały w przytułku 4 babki wiejskie, przysłane na praktykę przez okoliczne obywatelki, i 9 osób, które zdały egzamin po ukończeniu u nas praktyki w Warszawskim Instytucie.

Utrzymanie przytułku kosztowało w roku sprawozdawczym 1600 rbl, w tej sumie mieści się 1,500 rbl., jako stała zapomoga od mieszkań-

ców miasta, pobierana z kasy Magistratu. Jeżeli jeszcze do powyższej sumy dołączymy 100 rbl., jako 5-letnią amortyzację kapitału, użytego na kupno instrumentów, to otrzymamy, iż jeden dzień szpitalny kosztował 1 rbl. 60 kop. lub też iż utrzymanie jednej chorej kosztowało około 14 rbl. Obliczywszy w ten sposób utrzymanie przytulku na 50 chorych rocznie — (taki przytułek kosztowałby 750 — 900 rbl. rocznie) — możemy śmiało powiedzieć, iż każde miasteczko, nawet nietylko miasta gubernialne winny i mogłyby zdobyć się na rzecz takiej pierwszorzędnej potrzeby, jaką jest przytułek położniczy.

Z potrzeb naszego miasta, stojących w bardzo bliskim związku z istnieniem przytulku, wymienię potrzebę domu wychowawczego dla niemowląt. Wiele, bardzo wiele dzieci, urodzonych u nas w Częstochowie, ginie wprost z powodu braku opieki.

Dom wychowawczy wpłynąłby bez wątpienia na zmniejszenie śmiertelności niemowląt i przez to przyniósłby niewypowiedzianą korzyść społeczną.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= De BUCK i VAN dor LIUDEN badali w licznych przypadkach raka stan odruchów ścięgnistych i skórnych i przekonali się, iż odruchy te ulegają wzmoczeniu, zwłaszcza pierwsze. Umieszczenie złośliwego nowotworu nie ma znaczenia. Wzmoczenie odruchów spostrzega się w najwcześniejszych okresach choroby, natomiast, w miarę postępu charłactwa, odruchy stają się słabsze. (Presse Méd. 1—903).

= ZUPPINGER uważa żelatynę za najlepszy krew tamujący środek u dzieci w krwawieniach zależnych od gnilca i *purpura haemorrhagica*. Wstrzykuje się 20% roztwór w ilości 15 — 40 ctm. sz.; w ciężkich przypadkach stosuje się roztwór 5%. Autor przytacza również kilka przykładów wyleczenia *melaenae* noworodków, krwiopłucia w gruźlicy, krwotoków żołądkowych i kiszkiowych. (Wien. kl. Woch. 52 — 1902).

= Liczenie ilości ciałek białych w zapaleniu płuci codzienne zapisywanie cyfry w kształcie krzywej, narówni z ciepłotą i tętnem, daje nader ważne wskazówki rozpoznawcze. Zazwyczaj bywa z początku 5000 leukocy-

tów w 1 ctm. sz., która to ilość podnosi się codzień o 5000, aż dosięga 30000; w jednym przypadku HEWETTON'a doszło nawet do 80000 (codziennie przybywało po 10,000). Po nastąpieniu przełomu ilość leukocytów szybko spada i wraca do normy; w cięższych postaciach powrót ten następuje powoli. Powiększa się tylko ilość oksyfilów wielojądrowych drobnoziarnistych. (Lancet. 23.VIII 1902).

= Że kastracya u kobiet powoduje rozmaite przypadłości następcze, jest to fakt wiadomy; ale o związku tejże z chorobami skóry istnieje dotąd bardzo mało spostrzeżeń. SORTAS okazywał w Parys. Tow. Derm. chorą 58 letnią, której wycięto obadwa jajniki. W rok później dostała swędzenia na tułowiu i rękach z wysypką grudkową. Swędzenie występowało napadowo, zwłaszcza w nocy. Wszelkie środki okazały się bezskutecznymi. Dopiero zastosowanie *ovigeniny* w dawce, odpowiadającej 1,5 świeżych jajników ciętych, usunęło swędzenie już po 2 dniach w zupełności. (Jour. de Med. et Chir. listopad 1902).

Wiadomości bieżące.

— Dyrektorem Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie mianowany został d-r Władysław KOHLBERGER.

— XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbyć się mający dnia 13, 14 i 15 lipca r. b.

Austryackie ministerium wojny zezwoliło na udział lekarzy wojskowych w Zjeździe. Spodziewać się zatem należy, że w ten sposób Zjazd nasz, obejmując coraz to szersze koła, ożywi się coraz bardziej i coraz doskonalej służyć będą wzniosłemu swojemu celowi: postępowi nauki.

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

1) BOGDANIK (Biała) — O rezeceyi stopy według własnej metody.

2) Tenże — O zbrodniczym spędzaniu płodu z demonstracją przedziurawionej macicy.

3) CIECHANOWSKI (Kraków) — *Pneumatosis cystoides intestinorum*.

4) Tenże — Demonstracja preparatów z przypadku *lymphosarcomatosis (lymphoma malignum* BILLROTH'i).

5) GLIŃSKI (Kraków) — Gruczoły trawienne w górnej części przełyku oraz ich znaczenie (z demonstracją okazów makro- i mikroskopowych).

6) BORZYMOWSKI (Warszawa) — Demonstracja przyrządu do podawania ligatur i nowego zamykacza do irygatorów.

7) Tenże — Schemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV kursu medycyny.

8) Tenże — Trzy przypadki zszywania rany serca oraz kilka modyfikacji przy operacjach na sercu.

9) L. RYDYGIER (sen.) (Lwów) — Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie *appendicitis*.

10) Tenże — O zastarzałym zwichnięciu w stawie biodrowym z demonstracją preparatu.

11) Tenże — O wysokim raku odbytnicy i jego leczeniu.

12) HERMAN (Lwów) — O zmianach mikroskopowych w nerkach po zdjęciu torebki.

13) Tenże: Mięsak sieci czy żołądka? (z demonstracją preparatów).

14) SŁĘK (Lwów) — Wyniki leczenia naczynek sposobem HOLLAENDER'a (z przedstawieniem chorych).

15) Tenże — O guzach nerek.

16) Tenże — Uwagi o zapaleniu płuc po operacjach w znieczuleniu modo SCHLEICH.

17) A. RYDYGIER (jun.) (Lwów) — O znieczuleniu tropokokainą sposobem KOZŁOWSKIEGO.

18) Tenże — *Epithelioma labii superioris*.

19) Tenże — Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.

20) JASIŃSKI (Lwów) — Nasze wyniki po doszczętnych operacjach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych.

21) KARCZEZY (Lwów) — Wyniki leczenia roztworem karbolu z kamforą sposobem CHLUMSKY'ego.

22) ZIELIŃSKI (Lwów) — O ranach postrzałowych, ze szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

23) PAWLICKI (Lwów) — O leczeniu *anus praeternaturalis*.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

« *Lecythyna naturalna, wydobytą z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym stanie związków organicznych o szczególnie energicznym działaniu, którem się odznaczają wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące.* »

PIGUŁKI CLIN'A zawierające Lecythyne naturalną chemicznie czystą
OTOCZONE CIENKĄ WARSTWĄ BIAŁKA ROSLINNEGO.

Ilość: 0 gr. 05 cent. Lecythyny w każdej pigułce. — Doza: 2 do 6 pigulek dziennie.

GRANULÉ CLIN'A zawierające Lecythyne naturalną chemicznie czystą
ŁATWY DO ZAŻYWANIA, GŁÓWNIENIE SIĘ ZAŁĘGA U DZIECI.

Ilość: 0 gr. 10 cent. Lecythyny na tyżeczkę od kawy. — Doza: 1 do 3 tyżeczek od kawy dziennie.

ROZTWÓR CLIN'A DO WSTRZYKIWAŃ PODSKÓRNYCH
zawierający Lecythyne naturalną chemicznie czystą.

Roztwór w sterylizowanej oliwie zawierający dokładnie 0 gr. 05 cent. Lecythyny w jednym centymetrze sześciennym.
Jedno wstrzyknięcie dziennie.

WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE

{ **NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIENIE, ZMĘCZENIE,
RACHITYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.**

Dozy dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

CLIN & COMAR, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

895

I W O N I C Z

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny w Galicyi

(stacja kolei „Iwonicz“)

Szczawiny słońca jodowo-bromowe i żelaziste, najsilniejsze w Europie. Położenie górskie 610 m. nad p. m. Zakład otoczony 600-morgowym lasem szpilkowym. — Środki lecznicze: Wewnętrzne użycie wód ze źródeł Karola i Amelii, kąpiele słońca-jodowe, słońca-gazowe (jak w Nauheimie) borowinowe i igliwiowe, hydroterapia, masaż gimnastyka, lecznica, leczenie elektrycznością.

Wskazania lecznicze: Żółty, (scrophulosis) we wszystkich postaciach, choroby kobiece, gościec, dna, kiła, choroby kości i stawów, choroby skóry i wogóle wszystkie choroby, wymagające przyspieszenia i pobudzenia odnowy materii. Urządzenie Zakładu wzorowe, mieszkania wygodne, elektrycznie oświetlone, wodociągi, woda do picia źródłana. Msza św. codziennie w kaplicy zakładowej. Wyborna muzyka. Poczta i telegraf w Zakładzie.

Lekarze Zakładu: 1-szy Dr. Józef Wernicki i Dr. Julian Staniszewski, a oprócz tego 5 lekarzy wolno praktykujących. Dla wygody gości Zakład utrzymuje na stacji kolejowej „Iwonicz“ ekspedytora Becka. Sezon kąpielowy od 20 maja do końca września. W 1-szym sezonie do 20 czerwca i 3-cim od 20 sierpnia mieszkania tańsze. Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i namul przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela: Dyrekcja Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.

R A B K A

Solanka jod i brom zawierająca, klimat podgórski, urządzenia balneotechniczne postępowe, kanalizacja, wodociągi, oświetlenie elektryczne. Doskonała komunikacja. Zgłoszenia przyjmuje

Zarząd kąpielowy w Rabce.

Niezbędnie należy używać **Sterylizowane fartuchy doktorskie** przy położnicach oraz zakaźnych chorych wynajmuje na dnie.

Jan Zawadzki, Apteka, Warszawa, Mokotowska 33. Telefon 2700.