

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 15

Warszawa d. 15 kwietnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . " 3 " 50 pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEN. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. — Kilka słów w sprawie modyfikacyi próby Webera, podał D-r B. Wejnert. O wewnątrzpecherzowej metodzie operowania guzów pecherza, przez D-ra Aleksandra Fryszmana — STRESZCZENIA — *Choroby weneryczne i skóry*. 65. P. Ehrlich. Zastosowanie i działanie salwarsanu. 66. J. Iwersen. Technika śródżylnego zastrzykiwania salwarsanu. 67. J. Benario. Technika zastrzykiwania salwarsanu. 68. Schwalbe. O wpływie arsenobenzolu Ehrlicha na łuszczycę i na liszaj czerwony płaski. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 stycznia 1911 r. do 14 marca 1911 r. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni D-ra M. Rejchmana w Warszawie.

Kilka słów w sprawie modyfikacyi próby Webera.

Podał

D-r B. Wejnert.

Do klasycznej próby Webera na krwawienie utajone wprowadzono z biegiem czasu szereg zmian, zdążających do jej udoskonalenia i ułatwienia przez zastąpienie niektórych odczynników innymi. Tak więc zamiast sta-

rego olejku terpentynowego zaczęto używać wody utlenionej, zamiast żywicy gwajakowej — aloiny lub benzydyny. Chcąc porównać klasyczną próbę WEBERA z jej modyfikacyami, przeprowadziłem szereg doświadczeń, robiąc przy różnych warunkach równoległe próby. Opierając się na nich, mogę utrzymać, iż zamiana olejku terpentynowego na wodę utlenioną, jak to pierwszy KUTTNER doradzał, jest modyfikacją nader dla próby korzystną, a to dlatego, iż, nie tracąc na czułości i pewności, mamy

możność manipulowania z produktem, który w należytych stanie można wszędzie łatwo dostać, podczas gdy, jak wiadomo, co do starego olejku terpentynowego, istnieją tu poważne trudności (HARTMANN i in.). Można wprawdzie zarzucić wodzie utlenionej, iż po jakimś czasie psuje się, tracąc możność działania, jak to wielokrotnie sprawdziłem, skontrolowanie jednak jej dobroci jest nader łatwe, a przy zachowaniu pewnych ostrożności można ten odczynnik dosyć długo utrzymać w stanie należytych.

Przy wykonywaniu próby WEBERA z olejkim terpentynowym i żywicą gwajakową odczyn występuje, jak wiadomo, w całym użytym do próby płynie; przy zastąpieniu olejku terpentynowego przez wodę utlenioną uwiadcniają się dwie warstwy: górna — wyciąg etero-octowy — i dolna — woda utleniona, przy czem tylko w górnej występuje charakterystyczne fioletowe zabarwienie, podczas gdy w dolnej zjawia się zabarwienie niebieskawe, lub też (przy mniejszych zawartościach krwi) warstwa ta pozostaje bezbarwną. Jeżeli zamiast żywicy gwajakowej użyć proponowanej przez KLUNGEGO, SCHÄRA i ROSSELA aloiny, to wówczas również tworzą się dwie warstwy, lecz charakterystyczne dla tej próby czerwono-malinowe zabarwienie występuje tu w dolnej warstwie. Okoliczność ta ma niewątpliwe znaczenie w tych razach, gdzie wyciąg etero-octowy jest sam przez się mocno zabarwiony, jak to bywa przy manipulacji z kałami po bismucie, pigułkach BELLOKA i t. p. W tych razach występujący przy użyciu *res. guajaci* odczyn w etero-octowym wyciągu może być maskowany przez powyżej wspomniane zabarwienie (zwłaszcza przy małej ilości krwi), przy użyciu zaś aloiny odczyn jest zawsze czysty i wyraźny, gdyż występuje w bezbarwnej warstwie wody utlenionej. Co do pewności i czułości, to aloina nie przewyższa żywicy gwajako-

wej, ale też jej nie ustępuje, jak to stwierdza ją autorowie, którzy z tą próbą mieli do czynienia (ROSSEL, SCHLOSS i in.). JAWORSKI i KOROŁEWICZ podają nawet dla aloiny czułość nieco większą, niż dla *res. guajaci*, mianowicie — 1 : 20000. Ja przy takim rozcieńczeniu odczynu dodatniego nie otrzymywałem, a w granicach — 1 : 25000 — 1 : 20000 bardzo słaby, stanowczo niedostateczny, zdaniem mojem, do rozpoznania obecności krwi w badanym płynie. Wyraźny niewątpliwy odczyn otrzymać można dopiero przy rozcieńczeniach 1 : 6000 — 1 : 10,000 t. j. mniej więcej, jak przy użyciu żywicy gwajakowej. Odczyn, otrzymany przy zastosowaniu aloiny, utrzymuje się znacznie dłużej, lecz za to występuje wolniej, niż odczyn gwajakowy. Ujemną stroną aloiny stanowi okoliczność, iż roztwór jej, zwłaszcza stężony, sam przez się po kilku godzinach przyjmuje zazwyczaj różowe, pomarańczowe i nawet czerwone zabarwienie. Zmusza to do uwagi, aby nie używać zbyt wielkiej ilości aloiny i być ostrożnym w wyprowadzaniu wniosków ze słabo-różowego zabarwienia lub z zabarwienia, powstałego zbyt późno. Rozczyn aloiny powinien być jasno-żółty, a odczyn wystąpić powinien nie później, niż w 20 — 30 minut. SCHLOSS zwraca uwagę na to, iż aloina jest doskonałą próbą, kontrolującą wątpliwy wynik próby gwajakowej, a to z przyczyny, iż próba gwajakowa czasem daje zabarwienie niewyraźne, gdzie się trudno zdecydować, czy przyjąć je za charakterystyczne lub nie. W tych przypadkach aloina rozstrzyga. Robiąc w ostatnich czasach liczne porównawcze próby, zauważyłem, iż niektóre kały (bez użycia jakichkolwiek środków lekarskich do wewnątrz) dają osobliwe ciemno-brązowe zabarwienie przy próbie gwajakowej, przy użyciu zaś aloiny nie dają żadnego odczynu; potwierdza to w zupełności pogląd HARTMANNĄ i SCHLOSSĄ, iż tylko wyraźnie fio-

letowy kolor jest dla klasycznej próby gwajakowej charakterystyczny. Przy zamiar nie w próbie WEBERA *res. guajaci* na podaną przez ADLERA benzodynę otrzymujemy zabarwienie zielone, występujące przy minimalnych ilościach krwi. Niektórzy autorowie podają granicę czułości tej próby na 1 : 200,000, według moich spostrzeżeń przy użyciu do próby 5 ctm.³ płynu wyraźny dodatni wynik tej próby widać jeszcze w rozcieńczeniu krwi 1 : 40000 i słaby w rozcieńczeniu 1 : 80000. Przy rozcieńczeniach 1 : 100000 — 1 : 160000 odczyn jest już bardzo wątpliwy i niestały.

Z cyfr powyższych widzimy, iż, bądź co bądź, benzydyna jest dużo jeszcze czulszym odczynnikiem, niż gwajak i aloina. Taką nadzwyczajną czułość jednak uważać prędzej trzeba za wadę w praktycznym zastosowaniu, niż za zaletę; na zasadzie bowiem dodatniego wyniku tej próby zbyt jest ryzykowne rozpoznanie krwawienia — choćby małego. Ujemny zato wynik tej próby przemawia z zupełną pewnością przeciw najlżejszym śladom krwi; z tego też punktu widzenia przedewszystkiem na próbę tą patrzeć należy. Wobec pokarmów i leków, z którymi przy próbach na krew utajoną spotkać się często można, benzydyna zachowuje się wogóle podobnie, jak *res. guajaci* i aloina: z mięsem pieczonem, gotowanym, wędlinami — daje odczyn bardzo wybitny; z mlekiem słodkim, herbatą, kawą, kakao a także z bizmutem, tanią i t. p. — zabarwienia charakterystycznego nie daje. Różnicę widzimy tylko na odczynie z białkiem, żółtkiem i mlekiem kwaśnym, w których to przypadkach gwajak odczynu nie daje, aloina bardzo słaby (KOROLEWICZ, JAWORSKI), a benzydyna nieco wybitniejszy. Nasuwa się tu pytanie, jak się zachowa benzydyna wobec kału przy dyecie, zawierającej powyżej wymienione pokarmy, dające odczyn benzydynowy. Okazuje się, iż, je-

żeli dyeta była bezmięсна (z użyciem mleka, jaj, kakao, kawy i t. p.), nigdy nie udaje się otrzymać wyniku dodatniego, choćby nawet słabego; przy dyecie zaś ¹⁾ mięsnej wyniki są różne: czasem próba wypada dodatnio, czasem wątpliwie, czasem zupełnie ujemnie. Mówiąc o wpływie diety na odczyn benzydynowy, muszę poruszyć sprawę, co do której zdania autorów są podzielone, a która ma znaczenie praktyczne, stojąc w bezpośrednim związku z pytaniem, czy przed badaniem kału na krew utajoną koniecznie trzeba zachować dyetę bezmięsną, czy też nie? WEBER, BOAS, KOCHMAN, ROSSEL, SCHLOSS — są zdania, iż tylko mięso surowe lub półsurowe daje w stolcu odczyn na krew utajoną, dobrze zaś ugotowane wpływa na gwajak i aloinę nie wywiera. HARTMANN zaś i SCHMILINSKY na zasadzie swych badań dowodzą, iż spożycie mięsa, nawet zupełnie dobrze ugotowanego, wpływa bezwarunkowo na ukazanie się w stolcu odczynu na krew utajoną. Już sama taka różnica zdań w kwestyi zasadniczo prostej zdaje się wskazywać na to, iż, bądź co bądź, odczyn, będący w mowie, nie jest wyraźny i stały. Nasze spostrzeżenia potwierdzają ten teoretyczny wniosek. Z 40 badanych w ostatnich czasach kałów po dyecie mieszanej (bez użycia mięsa surowego) zaledwie w 6 wszystkich 3 próby na krew utajoną (t. j. gwajakowa, aloinowa i benzydynowa) dały słabo dodatni wynik, w 3 razach gwajak dawał zabarwienie nieokreślonego koloru, aloina zaś i benzydyna wynik ujemny. Pozostałe (31) przypadki ani z gwajakiem, ani z aloiną odczynu żadnego nie dawały, pomimo iż w niektórych pod mikroskopem można było znaleźć wyraźne i liczne włókna mięsne; w tych też ostatnich przypadkach benzydyna dawała minimalny

¹⁾ Bez użycia wszakże mięsa surowego i napół surowego.

odczyn dodatni. Wobec powyższych wyników jestem skłonny uznać, iż tylko surowe i półsurowe mięso wywiera wybitny wpływ na próbę WEBERA i jej modyfikacje, a zatem, że z diety przed badaniem stolca usunąć trzeba tylko ten rodzaj mięsa, podczas gdy mięso dobrze ugotowane, jako nie wywierające widocznego wpływu, może być spożywane.

Wobec jednak wspomnianych wąhań w wynikach prób po dyecie mieszanej ostateczny wniosek w tej sprawie będzie miał poważne zastrzeżenia. Przypuszczam mianowicie, iż próbę na krew utajoną po dyecie mieszanej robić można, i że taka próba często dać może decydujące wyniki; mianowicie we wszystkich tych przypadkach, gdzie wypadła ujemnie, i w tych — gdzie jest wybitnie dodatnia. Jedyne kategoria słabo-dodatnich wyników musi być skontrolowana przez drugą próbę po 3 dniach diety bezmięsnej. Takie postawienie sprawy jest oczywiście wygodniejsze, gdyż pozwala (wobec ograniczonego wogóle użycia mięsa surowego) prawie zawsze na natychmiastowe wykonanie próby, a często i na niezwłoczne zrobienie rozpoznania, zmuszając do powtórzenia próby tylko w niewielkiej względnie liczbie przypadków.

O wewnątrzpęcherzowej metodzie operowania guzów pęcherza.

Praca, przygotowana na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, ogłoszona na posiedzeniu Sekcji chirurgicznej Tow. Lek. Warsz. w grudniu 1910 r.
przez

D-ra Aleksandra Fryszmana.

Podczas gdy na każdym niemal zjeździe chirurgów i urologów zagranicą sprawa operowania guzów pęcherza znajduje się

na porządku dziennym, u nas dotąd mało się tem zajmowano.

Z prac i dyskusji, jakie na ostatnim zjeździe urologów niemieckich zostały wygłoszone, okazuje się, że w poglądach na *modus procedendi* w guzach pęcherza zaszły poważne zmiany.

Sądzę tedy, że nie będzie od rzeczy, jeśli sprawę operowania guzów pęcherza na obecnym zjeździe poruszę. Z góry zastrzedz się muszę, że uwzględnię jedynie guzy łagodne, t. z. brodawczaki.

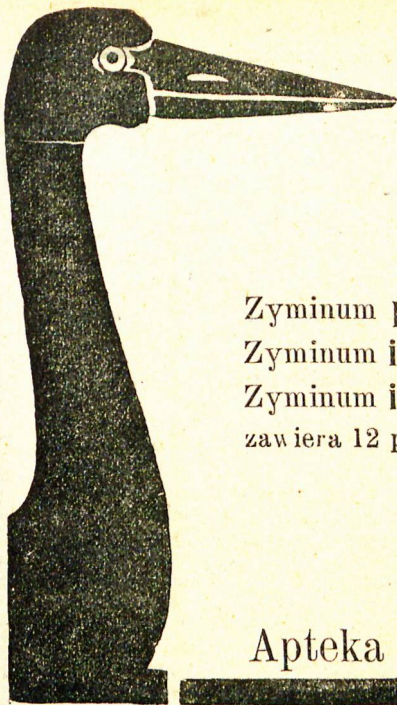
Jakkolwiek niektórzy anatomopatolodzy, jak ROKITANSKY, ZIEGLER, w większości guzów brodawkowatych pęcherza upatrują złośliwy charakter i nawet utożsamiają je z rakiem (Zottenkrebs), to dziś, dzięki obfitemu materiałowi NITZEGO, CASPERA, FRISCHA, ALBARRANA i innych, już nie ulega wątpliwości, że liczba guzów brodawkowatych o charakterze łagodnym wcale jest pokaźna. Tak więc ALBARRAN i FRISCH określają je na 50%, CASPER na 72%, a NITZE na 75%.

Najczęstszą postacią guzów łagodnych, jaką spotykamy, jest t. zw. *fibroma papillare* czyli *papilloma fibrosum*, rzadziej zdarzają się mięśniaki (*myomata*), gruczolaki (*adenomata*) i wreszcie naczyniaki (*angiomata*).

Umiejscowienie guzów bywa różne; mogą one znajdować się we wszystkich zakątkach pęcherza. Jednakże najczęściej znajdujemy je na tylnej i dolnej ścianach pęcherza, rzadziej na przedniej lub u ujścia (*orific. int.*).

Jako *locus electionis* uważałbym okolice otworów moczowodów, tu bowiem najczęściej spotykamy brodawczaki. Zjawisko to dotąd nie jest wytłomaczone. Być może, że właśnie ta okolica z powodu nieustannego spływania moczu z moczowodów najbardziej ulega podrażnieniu.

Objawy guzów, nie powikłanych katarrem pęcherza, zazwyczaj są proste. Widzi-



Z Y M I N A

(Drożdże piwne suche)

pod postacią:

Zyminum **pulv.** (puszka zawiera 100 grm. suchego proszku).

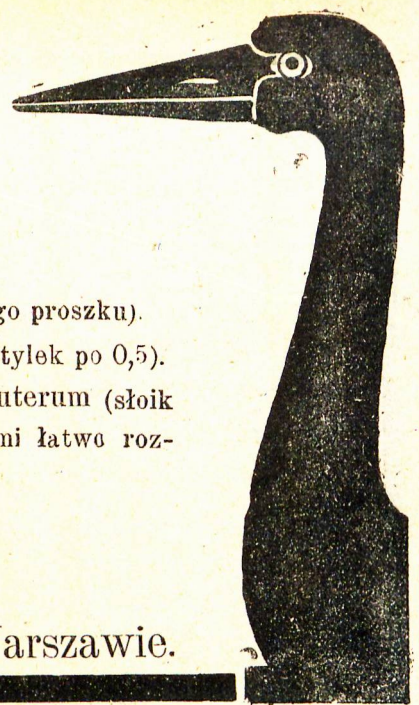
Zyminum **in tablett.** (słoik zawiera 100 sztuk pastylek po 0,5).

Zyminum **in bacill.:** vaginales, uretrales, ad uterus (słoik zawiera 12 pateczek z Zyminy zarobionej środkami łatwo rozpuszczalnymi).

przeciwko **Fluor albus**

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.



TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA)
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŹLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1-2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIŁULKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY
GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1-2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się
w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odessa. Z. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerme i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: **DALLOZ & C^{ie}** 13. Boulevard de la Chapelle, PARIS

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE



TERMOGEN

Le THERMOGÈNE.



WATA ROZMIĘKCZAJĄCA I LECZNICZA

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwyczajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczyczniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania i okłady.

Stosowanie **TERMOGENU** jest wskazane: w gościecu, dnie, bólach neuralgicznych, w kolce wątrobowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmieniający leczenia, przepisanego przez lekarza.

N.B. Pudełko **TERMOGENU** wysyła się pp. doktorom na żądanie.

Biuro francuskich produktów farmaceutycznych: **GABRIEL POMMIER**, ulica Pantelejmonowska Nr. 27 w Petersburgu

LABORATORIUM CLIN - PARIS

Cacodylate de Soude Clin

(Kakodylo-kwaśna soda Clin'a)

Kakodylo - kwaśna soda Clin'a odpowiada ściśle formule $As(CH_3)_2O_2Na + 2H^2O$, i tem się różni od kakodylatów sody, znajdujących się w handlu; te ostatnie zawierają kilka dodatkowych cząsteczek krystalizowanej wody i dla tego roztwory nie mogą być ściśle mianowane. Prócz tego kakodylat Clin'a do podskórnych wstrzykiwań jest zupełnie neutralny i nie wywołuje bólów.

Wyjałowione ampułki Clin'a

do wstrzykiwań podskórnych, dozowane po 5 i 10 centigramów czystej kakodylo-kwaśnej sody na 1 ctm. sześcienny. 1 pudełko — 2 rb. 25 kop.

Krople Clin'a (Gouttes Clin) 5 kropeł zawiera 1 centigram czystej kakodylo-kwaśnej sody 1 flakon — Rb. 1.

Pigułki Clin'a (Globules Clin) 1 pigułka zawiera 1 centigram czystej kakodylo-kwaśnej sody. 1 flakon — 1 rub. 50 kop.

Enésol

(Salicylowo-arszenikowa rtęć).

zawiera 38,46% rtęci i 14,40% utajonego arszeniku.

Właściwości Enesolu: Stabe działanie trujące, 70 razy słabsze od Hg J².

Niebolesność przy zastrzykiwaniu.

Podwójne swoiste znaczenie: 1) jako związku rtęciowego, 2) jako związku arsenikowego (swoiste działanie arszeniku na spirochety). Fleckseder (assystent kliniki prof. v. Neusser'a w Wiedniu) stosował Enesol i Dioksydiamidoarsenobenzol i stwierdził tylko przy stosowaniu Enesolu szybkie i zupełne zniknięcie odczynu Wassermanna u syfityka chorego na zimnicę.

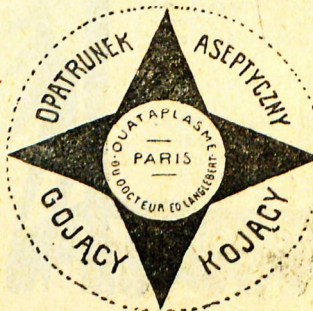
Farmakologia i dawkowanie: Ampułki zawierające 2 ctm. sześć. roztworu Enesolu dozowanego w stosunku 3 centigramów na 1 ctm. sześć, t. j. 6 centigramów substancji w ampułce. Wewnątrz-mięśniowe wstrzykiwania — codziennie jedną ampułkę. Pudełko — 2 rb.

Próby i literaturę dostarcza na żądanie:

D-r med. Waitz, dyrektor techniczny laboratorium CLIN'A,
Moskwa, Passaż Dżamgarowych 33.

OUATAPLASME

D-ra E. LANGLEBERT'A



Zalecony we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji
NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY
STERYLIZOWANY PRZY 130°

Wykonywa się w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

Chorób skórnych: OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH (Wyprysk, wysypki)

Różnorodnych spraw ropnych: Wąglik, Ropień, Ropowica, Zapalenie żył, Roża.

Chorób oczu: Zapalenie łącznicy i rogówki
OPARZENIA · ZWICHNIĘCIA · STŁUCZENIA

Główna Agentura G. POMMIER — Petersburg ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

Amylodiastase

THÉPÉNIER

Zawierająca wszystkie diastazy porośniętych zbóż.

Zaleca się do trawienia krochmalu, do leczenia chorób żołądka, dla neurasteników, krzywicowych, gruźliczych, ozdowieńców, do przygotowania kaszek słodowych dla ssawców.

Spożywać po dwie tabletki amylo-diastazy po każdym jedzeniu

Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.

Główny agent na Rosję,
Gabriel POMMIER w Petersburgu,
ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

my tedy, że u chorego naraz bez widocznego powodu występuje krwimocz, który zazwyczaj krótko trwa i nie sprawia żadnych dolegliwości. Niekiedy krwimocz taki może ująć uwagi chorego. Objaw omawiany z początku występuje w dość dużych odstępach czasu (co kilka tygodni, czasem miesięcy), a niekiedy nawet i lata przejść mogą, nim się powtórzy.

Bólów zazwyczaj choroby nie doznają, niekiedy tylko trudności w oddawaniu moczu, zależnie od umiejscowienia guza (przy *orific. intern.*) lub od tworzenia się skrzepów.

Zwrócić muszę uwagę na to, że, jeśli występują u chorego większe bóle, naturalnie, przy braku powikłań, to najczęściej podejrzewać należy złośliwy charakter guza. Tłomaczy się to nacieczeniem ściany pęcherza w okolicy guza i zmianą jej kurczliwości.

Rozpoznanie guza od czasu, gdy rozporządząmy cystoskopem, do trudnych nie należy. Rzut oka przez wziernik wystarczy do zorientowania się. Inaczej sprawa się przedstawia, jeśli idzie o określenie natury guza. Tu niekiedy *ex aspectu* trudno zrobić rozpoznanie. Zwykle guzy o gładkiej powierzchni, szeroko usadowione, są złośliwej natury. Często też widzimy na powierzchni ich owrzodzenia, a w sąsiedztwie t. zw. *oedema bullosum*, jako wyraz zmiany krążenia skutkiem nacieczenia ściany pęcherza. W przypadkach wątpliwych w guzach brodawkowatych radzi CASPER podczas cystoskopowania pociągać pętlą lub szczypcami za guz. Jeśli wraz z guzem pociąga się i ściana pęcherza, ma to być oznaką, że guz nie daje nacieczenia w głąb, t. j. że jest łagodny.

Zdaniem mojem, w przypadkach wątpliwych można posługiwać się pętlą, którą zdejmujemy część guza do badania drobnowidzowego. Ale i to nie ochrania od pomyłek. Wiadomą jest rzeczą, że górne war-

stwy guza mogą mieć inną budowę, aniżeli podstawa, na co w swoim czasie zwrócił uwagę GUYON. Jednakże przy pewnem doświadczeniu w większości przypadków jesteśmy w stanie rozpoznać naturę guza.

Z chwilą rozpoznania guza zjawia się sprawa usunięcia go. Jeśli, zdaniem mojem, w obliczu guza złośliwego możemy, a raczej musimy sobie stawiać pytanie, czy zabieg jest potrzebny, czy nie, to w przypadkach guzów łagodnych wątpliwość miejsca mieć nie powinna.

Każdy guz brodawkowaty na tej lub owej drodze usuwany być powinien. Guzy, pozostawione samym sobie, kryją w sobie niejedno niebezpieczeństwo:

1-o przez często powtarzające się, niekiedy bardzo obfite krwotoki guzy owe silnie wycieńczają chorego, a niekiedy wprost powodują śmierć (przypadek podobny sam widziałem w oddziale kol. KRAUZEGO u młodego osobnika).

2-o guzy brodawkowate pęcherza mają skłonność do przeistaczania się w złośliwe.

3-o rosnąc stale, zmniejszają one pojemność pęcherza, wypełniając niekiedy cały pęcherz masą nowotworową.

4-o wreszcie stają się one podłożem do rozwoju drobnoustrojów, a te w wysokim stopniu podtrzymują niezbyt pęcherza.

Istnieją obecnie dwie metody usuwania guzów pęcherza: jedna krwawa, gdzie otwieramy pęcherz, druga t. zw. wewnątrzpęcherzowa, za pomocą której guz usuwamy *per vias naturales*. Obydwie metody dziś rywalizują ze sobą, i dużo danych przemawia za tem, że szala zwycięstwa przechyla się na stronę metody wewnątrzpęcherzowej.

Jakkolwiek już przez CIVIALEA I GRÜN-FELDA czynione były próby usuwania guzów pęcherza *per vias naturales*, to dopiero NITZEMU udało się stworzyć racjonalną metodę usuwania guzów za pomocą cystoskopu ope-

racyjnego. Słusznie też mówi CASPER: „jeśli stworzenie cystoskopii przez NITZEGO było czynem doniosłym, to nie mniejszą zasługą jego było stworzenie wewnątrzpęcherzowej metody operacyjnej i utorowanie jej drogi”.

Opisując swą metodę, zastrzega się NITZE, że nadaje się ona jedynie do guzów łagodnych, zaś do guzów złośliwych i nadal posługiwać się wypadnie metodą krwawą.

Nim przejdziemy do opisu sposobu wewnątrzpęcherzowego operowania, wypadnie opisać narzędzia.

Cystoskop operacyjny składa się z 2-ch części: wziernika i przyrządu operacyjnego. Ten ostatni nasadza się na wziernik i przedstawia się jako rurka, opatrzona pętlą i żegadłem. Drut, służący do formowania pętli, przechodzi przez kanał podwójny, umieszczony w rurce. Do wysuwania drutu służy przyrząd walcowaty, umieszczony na końcu rurki (w pobliżu okularu). Przyrząd ten, wprowadzając w ruch koło zębate, wysuwa drut poprzez kanał, nadając mu kształt pętli. Do tworzenia pętli posługujemy się drutem z platyny i irydu grubości 0,3 mm. Drut z czystej platyny, jako zbyt miękki, nie nadaje się. Przez odpowiednie połączenie z prądem możemy pętlę rozżarzać.

Żegadło umieszczone jest na końcu rurki w pobliżu lampy i bywa różnego kształtu i długości. Zależnie od umiejscowienia guza wypada posilkować się krótszem lub dłuższem żegadłem. Operacyjna część przyrządu tak jest obmyślona, że możemy bez wyjmowania cystoskopu posługiwać się i pętlą i żegadłem.

Cystoskop operacyjny wymaga podwójnego prądu elektrycznego: jednego dla światła, drugiego dla rozżarzania pętli i żegadła.

Oprócz cystoskopu operacyjnego NITZEGO typu t. zw. stałego (*starres System*), mamy obecnie kilka rodzajów przyrządów, służących do usuwania guzów. Przyrządy te, jak

nap. BLUMA, KRÖMERA, dają się przeprowadzać przez cystoskop moczowodowy i pozwalają rozwijać pętlę. Obecnie toczy się spór, czy lepiej operować cystoskopem operacyjnym NITZEGO, czy też narzędziami w rodzaju BLUMA, zwanymi przyrządami typu ruchomego (*flexibles System*).

Ujemną stroną tych ostatnich jest po 1-sze, że drut, służący do pętli, jest znacznie cieńszy, przez co pętla łatwo się zniekształca i niema należytej siły, po 2-gie, że pętla nie może być rozżarzona, zmuszeni więc jesteśmy operować zimną pętlą, przez co narażamy chorego na krwotoki, i po 3-cie wreszcie, że brak w tym przyrządzie żegadła, tej najważniejszej części, jeśli idzie o doszczętność operowania.

Pomimo tych wad nie można jednak odmówić tym narzędziom pewnej wartości. Cystoskopem NITZEGO, jako mało ruchomym, nie możemy dostać się nap. do guzów, umiejscowionych przy otworze wewnętrznym, a także do guzów, leżących poza powiększonym gruczołem krokowym. Tu łatwiej nam operować przyrządem BLUMA. Zdaniem mojem, uważać należy przyrząd BLUMA jako uzupełnienie przyrządu NITZEGO i posługiwać się tym lub owym, zależnie od przypadku.

Jest jeszcze trzeci typ przyrządu operacyjnego, którego wynalazcą jest LUYSS. Jest to t. zw. cystoscope à vision directe, rodzaj endoskopu. Zdaje się, że prócz LUYSSA nikt nim nie operuje. Zdaniem mojem, nadaje się on do usuwania guzów, znajdujących się blisko otworu wewn., gdzie przyrządem NITZEGO operować nie możemy.

Przystępując do operacji, przede wszystkim należy określić umiejscowienie guza, jego wielkość, kształt, a wreszcie stosunek do szypuły. Czynimy to za pomocą zwykłego cystoskopu.

Warunki konieczne do operacji są:

1-o dostateczna pojemność pęcherza, to jest taka, któraby pozwałała wprowadzić co najmniej 150 ctm. sz. płynu;

2-o dostateczna szerokość cewki (obwód przyrządu NITZEGO wynosi koło 25° Charière). Silny nieżyt i łatwa krwawliwość błony śluzowej pęcherza stanowią często przeciwskazanie do operacji.

Położenie, w jakim operujemy chorego, jest takie, jak w zwykłej cystoskopii również i takież przygotowania do operacji.

Z chwilą, gdy pęcherz został przemyty i wypełniony płynem, wprowadzamy doń przyrząd, poczem wysuwamy wziernik i oświetlamy pęcherz. W tem położeniu rozwijamy pętlę, odpowiednią do wielkości guza.

Słusznie zwraca NITZE uwagę na to, że zrobienie dobrej pętli jest nieodzownym warunkiem pomyślnego wykonania operacji, i szczegółowo objaśnia, jak taką pętlę robić należy.

Z chwilą, gdy pętla zrobiona została, zadaniem naszym jest ją we właściwy sposób na guz nałożyć. Ustawiamy tedy cystoskop w położeniu takim, aby guz znajdował się w polu widzenia. Następnie staramy się nasunąć wierzchołek pętli na zdrową błonę śluzową poza guzem i, przyciągając ku sobie przyrząd, dotknąć pętlą guza; jednocześnie dziób przyrządu przyciskamy do błony śluzowej w ten sposób, aby wierzchołek jego znajdował się przed guzem.

Tym sposobem pętla obejmuje guz wokoło, i pozostaje tylko ją zaciągnąć. Dokonawszy tego za pomocą śruby, przepuszczamy przez pętlę prąd, doprowadzając ją do zarzenia się.

Na tem kończy się akt operacyjny. O ile krwawienie nie przeszkadza, możemy za-

raz po odcięciu guza podstawę jego przypalić żegadłem.

Z chwilą, gdy guz został odcięty i podstawa jego przypalona, usuwamy przyrząd i każemy choremu opróżnić pęcherz. Widzimy wtedy, że wraz z płynem chory wydarła guz.

Niekiedy podziwiać należy, jak duże guzy chory wydarlić może przez cewkę.

Tak postępujemy, gdy guzy są małe.

Gdy są one duże, porzestać musimy na usunięciu tylko części guza, odkładając usunięcie reszty do następnych posiedzeń. Niekiedy liczba takich posiedzeń może być dość duża. Z chwilą, gdy guz został w całości usunięty, staramy się możliwie głęboko przypalić podstawę jego żegadłem. NITZE kładzie szczególny nacisk na to, aby możliwie dokładnie podstawę guza wypalać, by tym sposobem uczynić operację radykalną i uchronić chorego od nawrotów. I na tem właśnie polega wyższość operacyjnego postępowania NITZEGO nad sposobem operowania BLUMA i innych, którzy w przyrządach swoich nie posiadają żegadła.

Krwawienie po usunięciu guza zazwyczaj jest nieduże. Bólu chory nie doznaje żadnego. Operowałem 6 guzów pęcherza z dużą liczbą posiedzeń operacyjnych, przyczem ani razu nie znieczulałem cewki lub pęcherza. Operacja pod względem bolesności niczem się nie różni od zwykłej cystoskopii.

NITZE wykonał 150 wewnątrzpęcherzowych operacji, przyczem wielkość guzów wahała się pomiędzy wielkością orzecha i pięści. CASPER wykonał 76 tego rodzaju operacji. Inni, jak FRANK, LOHNSTEIN, RINGLEB, rozporządzają względnie małą statystyką.

(C. d. n.)

STRESZCZENIA

Choroby weneryczne i skóry.

65. P. Ehrlich. Zastosowanie i działanie salvarsanu.

Po kilku uwagach ogólnych, dotyczących własności, wymaganych od środka, wyjąłwiającego ustrój, autor zatrzymuje się nad jego własnościami trującymi. Zaznacza tedy, że inne przetwory arsenu, atoksyl i arsacetyna, częściej powodowały ślepotę, niż dioxydiamidoarsenobenzol, ponieważ na 30000 przypadków zanik nerwu wzrokowego stwierdzono tylko w jednym. Chodziło, mianowicie, o chorą z kliniki FINGERA; u chorej rzeczony to groźne powikłanie wystąpiło w trzy miesiące po wstrzyknięciu 0,4 salvarsanu. Uprzytomnić sobie należy, że chora w przeciągu tego samego roku przebyła kurację arsacetyną i enosolem, co bez wątpienia wywołało zwiększoną wrażliwość ustroju na przetwory arsenowe. Zjawisko znane jest dobrze jeszcze z tych czasów, kiedy stosowano atoksyl przeciw trypanosomom; we wszystkich przypadkach, w których po atoksylu wstrzykiwano arsacetynę, można było stwierdzić wybitną wrażliwość ustroju na przetwory arsenu, pasorzyty zaś, wskutek przyzwyczajenia, stawały się odporniejszymi. Fakt podobny miał miejsce w klinice FINGERA, w przeciwnym razie trudnoby było sobie wytłumaczyć tylokrotnie stwierdzony pomyślny wpływ salvarsanu na zapalenie siatkówki kiłowe. Biorąc rzecz logicznie, osłabiona siatkówka musiałaby być silniej zagrożona przez przetwór, posiadający wielkie ku niej powinowactwo, tymczasem liczne doniesienia odnośnych autorów przekonywają, że przetwór omawiany wielokrotnie był stosowany w cierpieniach oczu, a chociaż nie zawsze z pożytkiem, to jednak zawsze bez szkody dla chorego. Co się tyczy działania salvarsanu na inne nerwy czaszkowe, względnie na słuchowy, o czym również FINGER donosił w ostatnich czasach, to już poprzednio WECHSELMANN spostrzegł działanie ujemne tego środka na nerwy mięśni ocznych (błoczkowy),

twarzowy i słuchowy. Wywiady, dokonane przez autora w sprawie tych przypadków, dowodzą, że chodziło o chorych, znajdujących się w początku drugiego okresu kiły, którym zastrzykiwano zawiesinę, a więc lek w najmniej odpowiedniej postaci. Wiadomo jednak, że objawy podobne zdarzają się i przy leczeniu rtęcią, przynajmniej współpracownik EHRLICHA BENNARIO, rozporządzający względnie małą liczbą historii chorób, znalazł 9 podobnych przypadków przy stosowaniu rtęci. Nadto JANSEN komunikuje, że w okresach świeżych kiły cierpienie n. słuchowego nie stanowi rzadkości przy leczeniu rtęcią, a co ważniejsze, tego rodzaju właśnie cierpienie autor rzeczony usuwał za pomocą wstrzykiwań salvarsanu. W przypadkach podobnych tedy mamy do czynienia nie z objawami zatrucia, lecz z nowym przejawem choroby. Moznaby więc zrobić zarzut, że lek nowy nie posiada wymaganych własności; otóż badania WECHSELMANNA pouczają, że krętki znajdują się również i w ogniskach zgorzelinowych, jak wiadomo, odznaczających się bardzo słabym unaczynieniem lub zgoła nie posiadających naczyń krwionośnych. Otóż ponieważ środek omawiany nie może w dostatecznej ilości przeniknąć do lichy unaczynionej tkanki szankra, przeto nie jest on w stanie zabić wszystkich krętków, co jedynie mogłoby zabezpieczyć chorego od nawrotów choroby; gdy jednak jest to niemożliwe do osiągnięcia, nawroty po upływie paru tygodni występować mogą. Warunki podobne znajdujemy jeszcze w pniach nerwowych, głównie w tych miejscach, gdzie pnie nerwowe przechodzą przez otwory w kościach czaszki, tam wskutek ucisku pnia nerwowego przez przetwory zapalne ukrwienie jest znacznie gorsze, dlatego i krętki są trudno dostępne dla wyjąłwiającego działania leku. Pogląd powyższy znalazł potwierdzenie w jednym przypadku, w którym po tej samej stronie wystąpiło zapalenie ucha środkowego i porażenie nerwu słuchowego. To też EHRlich z naciskiem powtarza, żeby w ce-

lach leczniczych nie stosować zawiesiny, jako działającej niezmiernie słabo, a w przypadkach świeżych (2—8 mies. od początku choroby) postępować energicznie, by zabić wszystkie krętki, w tych zaś przypadkach, gdzie leczenie takie skutecznie się nie da z tych lub owych powodów, lepiej będzie uciec się do dawnych metod leczniczych, niż do salvarsanu. Nie ulega wątpliwości, że środek ten jest trujący, lecz chyba nie bardziej, niż chloroform, a w każdym razie pod tym względem istnieją znaczne różnice osobnicze, jednak w celu uniknięcia powikłań niepożądanych nie należy stosować tego leku w daleko posuniętych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego, zarówno jak i w obec niezrównoważonych wad serca. Prócz kiły stosowano dotychczas salvarsan w ciężkiej niedokrwistości złośliwej, u chorych na gorączkę powrotną, u dotkniętych mięsakiem i w ostrym żółtym zaniku wątroby. Przypadków śmierci wśród takich chorych nie można kłaść na karb salvarsanu, aczkolwiek i w tej kategorii chorób zdarzały się bardzo pomyślne wyniki lecznicze. EHRLICH uważa za konieczne bliżej wyjaśnić przyczynę śmierci, o ile ona nastąpiła po zastrzyknięciu salvarsanu, rozpatruje więc kolejno każdy z odnoszących przypadków na podstawie szczegółowo zebranych przez siebie wiadomości. Przep. I. Kiła krtani—śmierć z uduszenia wskutek znacznego zwężenia. Przep. II dotyczył kobiety chorej od lat 5-ciu z objawami zajęcia mózgu i afazyą. Był tu zbieg kilku okoliczności: wstrzyknięto nie alkaliczny, lecz znacznie bardziej trujący roztwór kwaśny, w dodatku bardzo stężony, bez względu na istniejące cierpienie serca. Badanie zwłok wykryło: rozmiękczenie znaczne w zrazie skroniowym mózgu i częściowo w ciemieniowym; *hydrocephalus intern.*; *anaemia et oedema cerebri*; *leptomening. chron. convexit.*; *hyperaemia et oedema pulmon.*; *atrophia et degener. adipos. musc. cordis*; *tumor lienis*; *hyperaemia hepatis*. Przep. III. Kobieta 40-letnia, której poprzednio wstrzyknięto do żył roztwór skopolaminomorfiny. Badanie zwłok: znaczny przerost obydwóch komór serca; wysoki stopień niedomykalności zastawek aorty; *aortitis luetica*;

sclerosis c.stenosi art. coronariarum cordis; *myocarditis diffusa*; *aneurysma cordis*.

Przep. IV. Kobieta 26-letnia, która bezpośrednio po wstrzyknięciu jej 0,4 salvarsanu, wbrew zaleceniu lekarza, zabrała się do ciężkiej pracy w ogrodzie i zmarła na trzeci dzień wśród objawów ciężkiej duszności. Badanie zwłok wykryło, że w żyłę na przegubie łokciowym na miejscu wstrzyknięcia utworzył się zakrzep przyścienny, prócz tego zaś zator tętnicy płucnej; *aortitis luetica*; *sclerosis art. coronariarum cordis et myodegeneratio cordis*. EHRLICH twierdzi, że poczynający się zakrzep przy odpowiednim zachowaniu się chorego niema nigdy następstw poważniejszych; a więc i w tym przypadku nie spowodowałby on zejścia niepomyślnego, gdyby chora zastosowała się do rady lekarza. Przep. V. Zejście śmiertelne w dwa miesiące po zastrzyknięciu salvarsanu przy objawach żółtaczki. Zejście niepomyślne należy przypisać trującemu działaniu leku. Rozmaici autorzy przestrzegali po zastosowaniu omawianego środka, zwłaszcza pod postacią zawiesiny, przejściową żółtaczkę, gorączkę, wysypki i ropnie. Późno występującą gorączkę i wysypki przypisać należy temu, że lek, pozostający na miejscu wstrzyknięcia, ulega rozkładowi, dlatego też w przyszłości należałoby unikać jednorazowego zastrzykiwania większych jego ilości, ewentualnie zastrzykiwać do żył. Natomiast występowanie pęcherzy i rozmaitych objawów nerwowych, o czym donoszono z Pragi, stanowi prawdopodobnie następstwo utleniania preparatu przez pozostawianie go przez czas dłuższy na powietrzu w otwartym naczyniu. Obok tych stron ujemnych, których w przyszłości zapewne uda się uniknąć, środek nowy posiada niezaprzeczone działanie dodatnie na ustrój, wyrażające się, obok wpływu swoiście leczniczego, wzrostem wagi chorych, powiększaniem się liczby ciałek czerwonych krwi i polepszeniem ogólnego stanu chorych. Działanie zaś trujące jest bezwarunkowo mniejsze, niż rtęci, po wyłączeniu ciężkich porażek i chorób serca. Działanie swoiste salvarsanu na krętki zostało wielokrotnie stwierdzone w rozmaitych postaciach spiryllozy (prócz kiły w

gorączce powrotnej, w spirylozie drobiu), zaprzeczenia więc obecne są niesłuszne. EHRlich przypomina, że jego badania doświadczalne przekonały go, że zwierzęta, spostrzegane 1½ roku, były zdrowe po zastrzyknięciu leku, jest więc głęboko przekonany, że środek nowy działa niszcząco nie tylko na pasorczyty, krążące we krwi, lecz i na zawarte w tkankach. Z tego względu rozczarowanie, które spostrzega się wśród klinicystów z powodu spostrzeganych nawrotów choroby, jest niesłuszne i zależy jedynie od niedostatecznie energicznego leczenia. W leczeniu kiły dawki po 0,4—0,5, stosowane w początkach, zwłaszcza w postaciach nieco cięższych, były bezwarunkowo niedostateczne, zwłaszcza, że i sposób stosowania leku (śródmięśniowo) dawał złe warunki dla jego wsysania się. W stałym przekonaniu co do możliwości otrzymania wyleczenia trwałego kiły za pomocą salvarsanu utwierdzają autora dwie okoliczności. Jeszcze w roku 1907 stosował on razem z HERXHEIMEREM arsenophenyloglicynę w 67 przypadkach kiły. Z tej liczby udało się zbadać powtórnie tylko 12 chorych, a u 9 spośród nich stwierdzono nawrót cierpienia, lecz i ci po 2—3 latach byli wolni od nawrotów, a wszak pomiędzy tymi chorymi dwaj dotknięci byli postacią złośliwą kiły, jeden kiłą dziedziczną, a tylko jeden z nich przeprowadził trzykrotną kurację. Jeżeli tedy przeciąg dwóch lat nie wystarcza, by mówić o wyleczeniu trwałym, to w każdym razie dowodzi on tej możliwości. Następnie ALT, lecząc arsenophenyloglicyną chorych na wiał mleczka kręgowego, jeszcze po upływie półtora roku mógł stwierdzić wynik ujemny odczynu WASSERMANN. Co się tyczy otrzymanych dotąd wyników leczniczych, to nie ulega wątpliwości, że są one bardzo dobre. Natomiast o trwałości tych wyników wobec zbyt krótkiego czasu spostrzegania nic stanowczego powiedzieć nie można. Pod tym względem posiadają znaczenie poważne spostrzeżenia GERONNEA. Stwierdził on mianowicie, że, jeżeli po pierwszych zastrzykaniach odczyn WASSERMANN wypada dodatnio, to po powtórnej odczyn ten w 78% staje się ujemnym. Doniesienia późniejsze mówią, że po powtór-

nych iniekcjach ujemny odczyn WASSERMANN stwierdzono w 90%; w przypadkach pozostałych oczywiście mamy do czynienia z krótkimi odpornymi na arsen, i tu leczenie powinno być albo skombinowane albo prowadzone według metod dawniejszych. Zarówno jak wynik próby WASSERMANN, tak i częstość nawrotów wahają się w granicach dosyć szerokich, zależnie od metody zastosowania leku i od jego ilości. ISAAC np. twierdzi, że, stosując zawiesinę w oleju w przeciągu 6 tygodni po 0,1 na tydzień, ani razu nie spostrzegł dodatniego odczynu WASSERMANN. Autor wciąż dąży do ulepszenia preparatu; niestety, jest to możliwe tylko kosztem jego siły leczniczej. EHRlich sądzi, że zastrzykiwania podskórne salvarsanu są nieodpowiednie. Pomijając stopień bolesności i wielkość nacieków, przystępując do zastrzykiwań powtórnych, nie ma się żadnego pojęcia o ilości krążącego we krwi arsenu; jest to strona ujemna metody leczniczej, której nie spostrzegamy, wstrzykując lek do żyły: w tych razach zawsze możemy przekonać się o ilości wessanego i wydzielonego przetworu. Stosowanie zawiesiny autor uważa za nieodpowiednie; w początkach ma ono swoje zalety, następnie jednak występują mniej przyjemne następstwa: powolne wsysanie się, powikłania późne, wysypki, żółtaczka i ropnie nie są wyłączone. Zastrzykiwania powtórne są znacznie korzystniejsze, lecz dozwolone są tylko wtedy, kiedy w ustroju nie bywa znacznego nagromadzenia się (depôt) arsenu, a więc tylko w zastosowaniu dożylnym, które przy odpowiednim wykonaniu nie narażają chorego na żadne niebezpieczeństwo. Leczenie to jednak jest stanowczo przeciwwskazane w przypadkach: rozległego cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, niewyrównanych wad serca i w chorobach naczyń krwionośnych. Na szczególną uwagę zasługuje leczenie świeżych postaci kiły, t. j. w 1-ym do 8-go miesiąca. Tu pod ścisłą kontrolą leczenie powinno być bardzo energiczne; jeżeli takie postępowanie jest niemożliwe, to lepiej nie uciekać się wcale do salvarsanu; w okresie znów trzeciorzędnym leczenie może być mniej energiczne. Dodać należy, że stoso-

wanie omawianego środka okazało się bardzo skutecznym w leczeniu trzeciaczki, śpiączki, ospy, spiryllozy zwierząt, kala-azar i t. p.

(Münch. med. Wochschft № 1 r. 1911).

K. Z.

66. J. Iversen. Technika śródżylnego zastrzykiwania salvarsanu.

Załączony poniżej w streszczeniu sposób zastrzykiwania salvarsanu autor uważa za najprostsz i najlepszy.

Salvarsanu 0,4 do 0,6 wysypuje się do cylindra szklanego objętości 50,0 c. s., wlewa się 20,0 roztworu fizyologicznego wyjałowionego i wstrząsa z poprzednio wsypanemi kilkoma perełkami szklanemi aż do zupełnego rozpuszczenia się proszku, poczem dolewa się odpowiednią ilość 15% ługu sodowego, t. j. tyle, ile potrzeba do zupełnego rozpuszczenia się powstałego z początku osadu (na 0,6 salvarsanu 1,15 ługu 15%).

Do wlewań śródżylnych autor używa aparatu BOBROWA, składającego się z szeroko-szyjnej, miareczkowanej butelki, zatykającej się korkiem gumowym z 2 otworami, umocowanym odpowiedniem sprężynowem zamknięciem. Przez otwory korka przeprowadzone są dwie szklane rurki: krótsza połączona jest z rurką gumową podwójnego balonu; na przebiegu rurki tej umieszcza się szklaną bańkę, napełnioną wyjałowioną watą. Druga rurka szklana, dłuższa, sięga do dna naczynia i górny, zgięty pod kątem prostym koniec ma połączony również z rurką gumową, nasadzoną na igłę PRAVAZA. Na pewnej przestrzeni od igły w rurkę gumową wsuwa się kawałek rurki szklanej dla kontroli.

Do wyjałowionej butelki nalewa się 200 ctm. sz. wyjałowionego roztworu fizyologicznego, ogrzanego do 39° C., poczem otwór zatyka się korkiem i przez naciskanie podwójnego balonu usuwa powietrze, zawarte w rurkach, i w pewnem oddaleniu od igły nakłada zaciskacz. Teraz znów otwiera się ostrożnie butelkę i wlewa przygotowany w odpowiednim cylindrze roztwór salvarsanu, zamyka szczelnie korkiem ze sprężynowym przyrządem i lekko miesza obydwie płyny. Przedramię chorego ponad przegubem łokciowym

przewiązuje się elastyczną opaską i starannie odkaża.

Przez chwilowe otworzenie zaciskacza przekonywamy się, czy płyn wypływa przez igłę, następnie kilka razy naciskamy balon i wkłuwamy igłę w żyłę łokciową, usuwamy elastyczną opaskę z ramienia i zdejmujemy zaciskacz, a wtedy płyn pod stałym ciśnieniem dostaje się powoli do obiegu krwi. Jeżeli igła nie znajduje się w świetle żyły, to w okolicy miejsca wkłucia tworzy się natychmiast widoczny obrzęk, w przypadku tym należy igłę wyciągnąć i wprowadzić do żyły w innem miejscu. Przy pewnej wprawie podobnego rodzaju powikłania zdarzają się bardzo rzadko. Po przekonaniu się o prawidłowem znajdowaniu się igły w jednej z żył przegubu łokciowego, naciskamy od czasu do czasu balon aż do zupełnego opróżnienia butelki, wtedy pęcherzyki powietrza podnoszą się z dna naczynia do góry wzdłuż rurki szklanej, w tym czasie zwracamy uwagę na rurkę kontrolną, znajdującą się niedaleko igły, a po zjawieniu się tam pierwszego pęcherzyka powietrza zaciskacz się zamyka, otwór żyły uciska palcem i wyciąga igłę. Miejsce nakłucia smaruje się nalewką jodową i pokrywa warstwą kleiny.

Technika powyższa śródżylnych zastrzykiwań jest bardzo prosta i łatwo daje się zastosować zarówno w prywatnej, jak i szpitalnej praktyce. Podwójny balon nie wymaga wyjaławiania, ponieważ powietrze przechodzi przez szklaną bańkę, napełnioną sterylizowaną watą lub muslinem.

(Muenchener Med. Woch. № 8. 1911).

67. J. Benario. Technika zastrzykiwania salvarsanu.

Roztwór salvarsanu i fizyologiczny powinny być starannie wyjałowione.

Przyrząd ALTA do przyrządzania roztworów alkalicznych w zamkniętym szklanym cylindrze odpowiada najzupełniej powyższemu wymaganiu.

Przyrząd ten składa się z 3-ch części łatwo rozbieralnych. Dolną część (Kugelmüle) stanowi naczynko cylindryczne z perełkami szklanemi, które za pomocą środko-

w jej części łączy się z podwójną biuretka, do jednego ramienia której nalewa się roztworu fizyologicznego, a do drugiego 15% ługu sodowego (1.15 na 0,6 salvarsanu). Wyciekanie płynów powyższych odbywa się przez część środkową, zaopatrzoną w mały kranik, do dolnej części przyrządu, zawierającej odpowiednią ilość wsypanego salvarsanu. Biuretka, zawierająca ług sodowy, posiada podziałki, pozwalające ściśle odmierzyć potrzebną ilość ługu. Po usunięciu górnych części przyrządu, z dolnego naczynia przygotowany płyn daje się łatwo wciągnąć do szprycy, przez co unika się przelewania i połączonego z niem zanieczyszczenia.

Tenże sam przyrząd służy do śródżylnych zastrzykiwań salvarsanu, wtedy jednak przygotowany roztwór z przyrządu ALTA przelewa się do większej dwuramiennej biuretki, której jedno ramię (węższe) napelnia się roztworem fizyologicznym, drugie zaś obojętnym roztworem salvarsanu. Biuretki na miejscu swego połączenia posiadają kranik z podwójnymi otworami, przez który wypływać może to jeden, to drugi roztwór. Górne końce biuretki dwuramiennej mogą być obpatrzone szklanymi zatyczkami z otworami, które pozwalają na założenie do każdego z nich podwójnego balonika, jeżeli chcemy dany roztwór wstrzykiwać do żył pod ciśnieniem, jak to zaleca IVERSEN.

Do wewnątrzmięśniowych i śródżylnych zastrzykiwań autor używa podwójnej igły, podobnej do trójgrańca. Igła wewnętrzna jest zakończona tępo, zewnętrzna zaś ostro.

Igła podwójna do wewnątrzmięśniowych zastrzykiwań posiada na zewnętrznej kaniuli podziałkę centymetrową i śrubkę do nastawiania igły, odpowiednio do grubości skóry i tkanki tłuszczowej. Ważną bowiem jest rzeczą, ażeby z jednej strony nie wprowadzać zbyt głęboko płynu do mięśni, a z drugiej nie wstrzykiwać w podskórną tkankę tłuszczową.

Podwójna igła zabezpiecza kanał nakłucia od zetknięcia z roztworem salvarsanu na całej długości, a tym sposobem chroni chorego od później występujących bólów.

Po wkłuciu zewnętrznej kaniulki można

przekonać się, czy nie zostało zranione naczynie krwionośne.

Podwójna igła w zastosowaniu do wewnątrzżylnych zastrzykiwań posiada również wielkie zalety, gdyż zewnętrzna igła daje się wprowadzić do żyły za pomocą nasady, użytej jako rękojeść, wewnętrzna zaś, przez którą wycieka płyn, ochrania od przekłucia drugiej ściany żyły.

Położona na płask igła własnym ciężarem trzyma się na skórze.

W chwili przekłucia żyły igłę podwójną należy trzymać tak, ażeby wolny był koniec jej ostry, później zaś przesuwają się dalej (do światła żyły) igłę wewnętrzną, przez którą przepływa najpierw znajdujący się w rurce roztwór fizyologiczny, później zaś salvarsanu.

(Muenchener Med. Woch. № 8. 1911).

J. Wojciechowski.

68. Schwalbe. O wpływie arsenobenzolu Ehrlicha na łuszczycę i na liszaj czerwony płaski.

Ogłoszono już dotąd kilkanaście przypadków łuszczycy (*psoriasis*) i liszaju czerwonego płaskiego (*lichen ruber planus*), leczonych przetworem EHRLICHA „606” (GLÜCK, NEISSER, LOEB, FRANKEL — GROUVEN). Autor stosował nowy środek w klinice chorób skórnych prof. HERXHEIMERA w 4 przypadkach łuszczycy, w 3 - liszaju płaskiego i w jednym przypadku *neurodermitis chronica circumscripta*.

Pierwszy chory zgłosił się do kliniki z dwudziestym nawrotem choroby. Zastrzyknięto 0,4 arsenobenzolu w roztworze słabokwaśnym w obydwie pośladki. Po upływie 24—48 godzin po zastrzyknięciu wystąpił wyraźny odczyn HERXHEIMERA.

Po upływie trzech dni dała się zauważyć rozpoczynająca się poprawa: łuszczenie znacznie się wzmogło, nacieki na plecach zaczęły się zmniejszać; poprawa ta jednakże trwała tylko dni trzy, poczem znowu nastąpiło pogorszenie sprawy chorobowej.

W dwóch następnych przypadkach łuszczycy autor zastosował dawkę 0,5 w roztworze obojętnym. I tutaj, jak i u pierwszego chorego, po upływie dwóch dni wystąpił od-

czyn HERXHEIMERA, łuszczenie się zwiększyło, nacieki zaczęły się wsysać. Trwało to tylko kilka dni, poczem żadnej zmiany ku poprawie zauważyć się nie dało, a nawet w przypadku łuszczycy uogólnionej nastąpiło wyraźne pogorszenie: zjawily się nowe wykwitły, dawniejsze nacieki powiększyły się, wobec czego autor rozpoczął miejscowe stosowanie chryzarobiny. Nareszcie w ostatnim przypadku łuszczycy, opisanym przez autora, *dermatitis exfoliativa generalisata* u 17-letniej dziewczyny, gdzie sprawa rozwinęła się na podstawie łuszczycy, działanie środka zawiodło, dając jedynie krótkotrważącą poprawę po upływie kilku dni po zastrzyknięciu. Autor na podstawie swoich spostrzeżeń wnosi, że arsenobenzol działa swoiście na sprawę chorobową, czego dowodzi występujący odczyn HERXHEIMERA i zmniejszanie się nacieków; jednakże dawka, która jest w stanie podziałać doskonale na objawy syfilityczne, w łuszczycy okazuje się za małą. Czy jednakże można się odważyć na podwyższenie dawki w tak względnie łagod-

nem cierpieniu, jakim jest łuszczycyca — i narażić chorego na niebezpieczeństwo zatrucia, odpowiedź na to pytanie autor zostawia w zawieszeniu. Działanie arsenobenzolu w przypadku *lichen ruber planus*, spostrzeganym przez autora, dało w kilka dni po zastrzyknięciu wynik bardzo dodatni — wykwitły z niezwykłą szybkością zginęły, pozostawiając plamy barwikowe. Niestety, po upływie 10 dni nastąpił bardzo silny nawrót cierpienia.

W dwóch zaś przypadkach liszaju płaskiego, umiejscowionego tylko na błonach śluzowych, środek okazał się zupełnie bezskutecznym. Co się tyczy ostatniego przypadku, leczonego przez autora arsenobenzolem, to chodziło tu o syfilityka, który od lat sześciu cierpiał na *neurodermitis chronica circumscripta*. Wykwitły zajmowały całą pierś, swędzenie było bardzo silne i uporczywe. W 24 godziny po zastrzyknięciu swędzenie zupełnie ustąpiło.

(Münch. mediz. Wochenschrift N. 36).

Edward Bruner.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia oto-laryngologiczne.

Posiedzenie z d. 24 czerwca 1909 r.

1. Z Dobrowolski przedstawia chorego z owrzodzeniem podniebienia miękkiego i języczka. S. B. urzędnik lat 21 choruje od roku, w obserwacji Dobrowolskiego jest od $\frac{3}{4}$ roku.

Na podniebieniu miękkim i na przedniej oraz tylnej powierzchni języczka znajduje się owrzodzenie, pokryte szarawym nalotem i ziarniną; owrzodziałe miejsca, jak również bliskie ich sąsiedztwo lekko obrzękłe. Przymiot stanowczo wyłączony. Przy badaniu drobnowidzowem nic stanowczego nie można było powiedzieć. W stanie ogólnym chorego prócz lekkiej niedokrwistości żadnych zmian nie wykryto, w płwocinie laseczników gruź. nie znaleziono. Chory nie ma

i nie miał żadnych zmian na skórze; owrzodzenia to się miejscami zblizniają, to znów rozszerzają i pogłębiają; przy obostrzeniu sprawy pacjent uczuwa ból w gardle i strzykanie w uszach. Na podstawie dłuższej obserwacji chorego Dobr. uznaje powyższe cierpienie za przewlekłą pierwotną gruźlicę gardzieli.

Dobrowolski radził choremu leczenie klimatyczne, któremu pacjent mógł poświęcić tylko miesiąc, rezultat jednak był bardzo dobry, gdy wszelkie inne środki dawały mniej widoczną poprawę.

2. A. Sokołowski przytacza z praktyki przypadek, w którym chory, cierpiąc od bardzo dawnego czasu na suchy katar gardzieli, po wypróbowaniu wszelkich środków, nauczył się oczyszczać gardziel ze strupów językiem.

SREBRNY przypomina sobie z literatury, że w jednym z Towarzystw lekarskich przedstawiono podobnego chorego, a kilka takich przypadków opisano.

3. Kol. GANTZ przedstawia preparaty mikroskopowe z nalotu języka chorej, która oddawna ma ten nalot na tylnej części języka.

Chora ta cierpi na bóle w języku i w prawem uchu, obfity ślinotok, zaburzenie mowy, osłabienie i t. p.

W nalocie znaleziono grzybki, przypominające promienicę.

Cierpienie to GANTZ nazywa *glossomycosis benigna*.

W dyskusji nad przypadkiem DOBROWOLSKIEGO SREBRNY i SZLEJSTEIN zgadzają się na rozpoznanie pierwotnej gruźlicy gardzieli.

T. HEIMAN spostrzegał bardzo podobnego chorego, u którego następnie rozpoznano przymiot.

A. SOKOŁOWSKI dla potwierdzenia rozpoznania radzi próby CALMETTEA i MORO.

SREBRNY mówi, że powyższe próby nie zawsze dają pewne wyniki. DOBROWOLSKI odpowiada, że wobec zupełnej pewności rozpoznania próby w danym przypadku są zbyt techniczne.

4. ERBRICH przytacza kilka szczegółów o pacjentach, przedstawionych przez niego na posiedzeniu majowym.

1-szy przypadek. Student l. 26 skarży się od roku na chrypkę, ból przy połykaniu, zachłystywanie, zawroty głowy, przy chodzeniu chyli się na prawą stronę. Nadużyć prócz masturbacji nie popełniał; 4 lata temu miał prawdopodobnie wrzód żołądka, rodzice chorego żyją.

Badanie chorego wykazało: zmiany w *corpora restiformia*, ucisk na prawą piramidę, porażenie jąder *n. hypoglossi accessorii Villisii, glossopharyngei i vagi*.

Umiejscowienie choroby, środek opuszki i okolice jąder nerwów IX, X, XI i XII głównie z prawej strony.

Odruchy ścięgnowe — równomiernie żywe, brak zaburzeń czucia.

Charakter cierpienia: najprawdopodobniej *gliosis* lub *Syngomyelia bulbi*.

2-gi przypadek. Chory l. 56 daje się b. łatwo bronchoskopować, cierpi na powraca-

jący niedowład prawej struny i rozedmę płuc. Przy rentgenizacji widać rozszerzenie aorty i ucisk, wywierany przez nią na tchawicę.

Posiedzenie z dnia 30 września 1909 r.

1. HERYNG odczytał list d-ra L. LOKARDA z Colorado, w którym ten ostatni donosi mu o własnych 24 przypadkach operacji gruźliczej nagłośni i 100 takich przypadkach z literatury — w kilku nastąpiło wyleczenie. W powyższym liście d-r LOKARD prosi d-ra HERYNGA o zakomunikowanie mu własnych spostrzeżeń.

HERYNG oświadcza, że już przeszło 20 lat zajmuje się chirurgicznym leczeniem gruźlicy krtani, ogłosił w powyższej sprawie kilka prac, a metoda znalazła uznanie w całym świecie, pomimo sporej opozycji w niektórych miejscach.

Kol. HERYNG zapowiada odczyt w Tow. Lek. o 20-toleciu chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, a w sekcji oto-laryngologicznej o technice powyższego leczenia.

2. T. HEIMAN komunikuje o sekcji otologicznej na kongresie w Budapeszcie, równocześnie odbył się tam VIII kongres otologiczny, chociaż przeciwko temu oponowano ze względu na rozpraszanie się otologów.

Prezesem był BECKE, a sekretarzem LICHTENBERG, który był duszą sekcji. Za 3 lata odbędzie się zjazd otologów w Bostonie; z polskich otologów byli na kongresie: prelegent, LUBLINER, DOBROWOLSKI, SPIRA z Krakowa, SREBRNY, BATAWIA z Częstochowy, KOSSAK z Radomia.

LERMOYEZ z Paryża miał mówić o zapaleniu opon mózgowych pochodzenia usznego, lecz nie przybył.

SCHWARTZE przestrzegał przed zbyt dużą pohopnością do operacji, która to pohopność wyłoniła się w ostatnich czasach.

Mówiono sporo o ropnicy z podwiązaniem i bez podwiązania żyły jarzmowej wewnętrznej. O operacjach na błędniku mówili: ALEXANDER, NEUMANN, BARANY, RUSSIN inni, oponowali im SCHWARTZE, JANSEN i inni.

Jedną z ciekawszych była dyskusja w sprawie operacji na błędniku, referował ją RUSSIN.

T. HEIMAN mówił o otosklerozie, kilku prelegentów w tej kwestyi nie dopisało.

DEUTZ przedstawił preparaty zatok mózgowych.

DENKER mówił o chrząstkach dodatkowych i *meniscus* pomiędzy kostkami słuchowemi u rozmaitych zwierząt. Mówiono też o atrezji ucha.

V. URBANTSCHITSCH mówił o osmozie bł. bębenkowej, a LEUTERT o bakteriologii ropnicy — ile razy znajdowano paciorkowce we krwi z żyły ramieniowej, wtedy był zakrzep w zatoce poprzecznej.

Największy udział i zainteresowanie na kongresie wzbudziła otolodzy wiedeńscy z URBANTSCHITSCHEM i POLITZEREM na czele oraz ich uczniowie — czyli tak zwana szkoła wiedeńska.

3. Mesz przedstawił polipa nosogardzielowego.

Posiedzenie z dnia 28 października 1909 r.

1) SZLEJFSTEIN przedstawia dziewczynkę l. 11, którą obserwował od 2-ch lat.

Chora jest obarczona dziedzicznie gruźlicą, w nosie ma katar zanikowy, a w krtani zmiany, jak w gruźlicy. Stan chorej parokrotnie się poprawiał i znowu pogarszał. SZLEJFSTEIN ma zamiar zastosować jod i rtęć.

2) KOENIGSTEIN a) przedstawia chorą lat 22, która od 3-ch lat po potłuczeniu cierpi na duszność. Pacjentkę szczegółowo badano w poliklinice d-ra GOLDFLAMA i rozpoznano rozpoczynającą się syringomielię lub wylew krwawy w *nucleus ambiguus*. Chora ma znaczne zwięźlenie szpary głosowej—lewa struna znajduje się w pozycji środkowej — zaś prawa robi b. małe ekskursje nazewnątrz. KOENIGSTEIN b) przedstawia chorego po całkowitem wycięciu krtani wskutek mięsaka; pacjent ten był przedstawiony na posiedzeniu oto-laryngologicznem 2 lata temu. Prof. PRZEWOSKI rozpoznał drobnowidzowo *sarcoma gigantocellulare laryngis*, J. CZARKOWSKI wykonał połowiczne wycięcie krtani; w kilka miesięcy była recydywa, wobec czego GLUCK w Berlinie zrobił całkowite wycięcie

krtani, kości gnykowej i gruczołów chłonnych na szyi.

W pół roku po tej ostatniej operacyi GLUCKA nastąpiła recydywa w jamie nosogardzielowej, i wtedy chory był przedstawiony na posiedzeniu oto-laryngologicznem; obecni koledzy skonstatowali duży guz cuchnący w nosogardzieli, chory źle słyszał, bębenki były wciągnięte.

Choremu zrobiono 60 wstrzyknięć arseniku i tyleż naświetleń roentgenowskich u kol. JUDTA.

W dyskusyi A. SOKOŁOWSKI uważa cierpienie chorej dziewczynki, przedstawionej przez SZLEJFSTEINA, jako łagodną postać gruźlicy krtani lub wilka krtani i proponuje zastosowanie tuberkuliny JACOBA. SOKOŁOWSKI dawniej stosował tuberkulinę MARMOREKA, obecnie używa JAKOBA, szczególnie w gruźlicy krtani.

DOBROWOLSKI uważa chorobę dziewczynki za typową gruźlicę krtani, a nie za wilka, gdyż na skórze niema żadnych zmian, z tego też powodu nie radziłby stosować u tej chorej jodu i rtęci, które mogą pogorszyć stan ogólny.

SREBRNY uważa tuberkulinę za zbyt szkodliwą wobec tego, że sprawa parokrotnie sama się poprawiała, S. radzi światło słoneczne.

POLAŃSKI uważa przypadek za niewątpliwą gruźlicę krtani.

CHORAŻYCKI kwestyonuje samodzielną poprawę stanu chorej.

Co się tyczy chorej KOENIGSTEINA, to SOKOŁOWSKI mówi, że chora podobno już przed potłuczeniem z trudnością wchodziła na schody, a zatem miała utrudniony oddech, co przemawia za syringomyelią, tj. sprawą, umiejscowioną w ośrodkach mózgowych.

LUBLINER radzi dokładne zbadanie neurologiczne i spostrzeganie chorej, L. nie wyłącza porażenia funkcjonalnego, to jest histerycznego, wskutek przestraszenia; SREBRNY obstaje za syringomyelią, jak również SZLEJFSTEIN, który radzi zbadać u chorej czucie krtaniowe.

KOENIGSTEIN dodaje, że co do wywiadów, to na nie zbyt liczyć w danym przypadku nie-

można, zaś co do zbadania czucia krtaniowego, to jest to ryzykowne wobec znacznego zwężenia głośni.

Według POŁAŃSKIEGO w histerycznym porażeniu mielibyśmy symetrię położenia strun, duszność wdechową i spokój w nocy, a zatem u chorej należy rozpoznać syringomyelię.

Co się tyczy chorego z mięsakiem krtani, to SOKOŁOWSKI uważa za fenomenalny wynik leczenia guza nosogardzieli naświetlaniem i arsenikiem i podaje w wątpliwość, czy tam istotnie był guz złośliwy. LUBLINER zapytuje, czy sprawa w jamie nosogardzieliowej nie była natury przymiotowej. SREBRNY podaje w wątpliwość rezultat leczniczy, tj. wyleczenie guza jamy nosogardzieliowej za pomocą naświetlania promieniami ROENTGENA i zastrzykiwań podskórnych; przypuszcza raczej samoistny zanik nowotworu, jaki się u ludzi młodych czasem zdarza. Podobne obserwacje są znane z literatury.

KOENIGSTEIN powiada, że chory był abstynent i *innocens*, a guz cuchnący i rozpadający się.

SZLEJFSTEIN kwestyonuje nawet złośliwość nowotworu krtani.

Posiedzenie z d. 25 listopada 1909 r.

1) Maurycy HERTZ przedstawia 12-letnią dziewczynkę, u której rok temu zauważono osłabienie słuchu. Obecnie chora na prawe ucho wcale nie słyszy, zaś na l.u. zegarek i głośne wyrazy—przy samem uchu, bębenki nie zmienione, duże wyrosłe adenoidalne zostały usunięte, prób słuchowych przeprowadzić nie udało się, z chorób przechodziła tylko odrę; dziedzicznie co do słuchu nie obciążona, szumów usznych nie ma. HERTZ uważa przypadek za sklerozę.

2) SZLEJFSTEIN przedstawia chorego po laryngostomii wskutek twardzieli krtani; chory miał otwartą krtanią przez 9 miesięcy, teraz przed 10 dniami krtanią zaszyto.

3) ERBRICH przedstawia 3 ciała obce:

a) kość, którą chory udławił się, jedząc brukiew. ERBRICH wyczuwał sondą opór u wejścia do przetyku, odciągnawszy krtani ku przodowi, ujrzał ciało obce i wydobyl je.

b) kostkę, którą chora wykrztusiła sama przy kaszlu.

c) lupinkę pestki, którą jedenastoletni chłopiec miał w oskrzelach przez 4 tygodnie; po tracheotomii lupinkę wydobyto, w tydzień potem wystąpiła odma piersiowa.

W dyskusji przewodniczący HEIMAN sądzi, że u chorej HERTZA mamy sklerozę z zajęciem błędnika, należy wykonać próby słuchowe; podobny przypadek H. spostrzegł u 13-letniej dziewczynki, która po otrzymaniu nalewki waleryanowej zaczęła dobrze słyszeć—była to głuchota histeryczna.

SREBRNY wątpi, czy może być sklerozą bez szumów w uchu.

SZLEJFSTEIN widzi zmiany na lewym bębenku.

KOENIGSTEIN zgadza się z rozpoznaniem sklerozy, bo błony bębenkowe są normalne.

HERTZ nie spostrzegł u tej chorej żadnych objawów histerycznych, brała ona brom z jodem, a teraz zastrzykiwania pilokarpiny.

Co się tyczy chorego po laryngostomii, to LUBLINER uważa go za b.ciekawy ze względu na wykonaną laryngostomię, lecz sądzi, że krtanią zszyta została za prędko, gdyż w głębi jej znajduje recydywę.

DOBROWOLSKI uważa, że otrzymany wynik laryngostomii jest b. dobry, chory oddycha dobrze, a zmiany, jakie widać na błonie słuzowej krtani, uważa za blizny po wielu manipulacjach, nie zaś za recydywę.

SREBRNY kwestyonuje zajęcie przez twardziel oskrzeli, gdyż chory dobrze oddycha.

ERBRICH uważa, że obecnie jeszcze nie można mówić o wynikach po operacji, na poparcie przytacza przypadek, w którym dopiero chora w dwa lata po operacji wyjęła rurkę tracheotomijną. Prof. PIENIAŻEK u takich chorych na kilka miesięcy zakłada do krtani rurkę kauczukową.

SZLEJFSTEIN mówi, że i on zakładał do krtani rozszerzadła drewniane i że pomiędzy laryngofissurą a laryngostomią zachodzi ta duża różnica, iż przy tej ostatniej krtani stale jest otwarta.

Posiedzenie z dnia 30 grudnia 1909 r.

1. SREBRNY przedstawia 2-ch chorych po enuklacji migdałków, operację tę SRE-

BRNY wykonał w celu zabezpieczenia przed ropniami okołomigdałkowymi.

2. M. HERTZ przedstawia 6-cio letniego chłopca, który ma chrypkę od czasu, jak zaczął mówić.

Od paru tygodni — znaczna duszność, zrobiono tracheotomię; w krtani znajdują się 2 guzy, jeden na tylnej ścianie, drugi w przednim kącie.

3. T. HEIMAN komunikuje odpowiedź telegraficzną Prof. POLITZERA na telegram gratulacyjny z powodu 50-lecia działalności lekarskiej POLITZERA.

4. Wyłania się projekt utworzenia Towarzystwa oto-laryngologicznego, przytem zabierają głos: przewodniczący T. HEIMAN, SREBRNY, DOBROWOLSKI, LUBLINER, SZLEJFSTEIN i POLAŃSKI. Dyskusya jednak na ten temat nie doprowadziła do konkretnych wyników.

Powracając do enukleacji migdałków, SREBRNY dodaje, że mówił już o tem w sekcji 5—6 lat temu.

Przy operacji najczęściej chodzi o górną część migdała, zaś najtrudniej operować w dolnych częściach, najłatwiej operować u dzieci.

SREBRNY odseparowuje migdały od łuków, wyciąga je i wyjmuje pętlą galwanokaustyczną; przy operacji bywają duże krwawienia, raz SREBRNY był zmuszony podwiązać w szpitalu *ar. carotis externa*.

Operacja trwa dość długo i jest trudna. Przedni łuk należy przeciąć.

W dyskusyi DOBROWOLSKI zaznacza, że on też kilkakrotnie robił całkowite wycięcie migdałów w celu zabezpieczenia od nawrotów ropni, przekonał się jednak, że operacja ta nie zawsze zabezpiecza przed ropniami, i dlatego chorym należy mówić, że operacja może tylko zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotów, lecz nie znosi go całkowicie.

DOBROWOLSKI oddziela migdał, przecina przedni łuk wpoprzek, przytem krwawienie bywa bardzo nieznaczne; oddzielony migdał DOBROWOLSKI wycina tonsillotomem.

Jakkolwiek dolna część migdała nie bierze udziału w powstawaniu ropni, można jej przeto nie wycinać, to jednak DOBROWOLSKI nieraz zauważył, że z tej nie wyciętej części

wyrasta później cały migdał, i dlatego lepiej zarazem pozbyć się i dolnej części migdała.

LUBLINER mówi, że termin enukleacja jest niewłaściwy, gdyż całej substancji migdała usunąć niepodobna, że jest to możliwe tylko u dzieci; przy operacji do usunięcia głębiej leżących części migdała dobrze jest używać ostrych kleszczy.

LUBLINER mówi, że pomimo operacji zdarzają się recydywy, i zastanawia się nad tem, czy można wyjmować całe migdały bez ujemny dla organizmu.

LUBLINER sądzi, że analogicznie do wycięcia wola całkowite wycięcie migdałów może powodować pewne zaburzenia w organizmie.

SZLEJFSTEIN mówi, że operację tą można by wykonać w uśpieniu ogólnem, lecz że nie zabezpiecza ona przed nawrotami ropni. PRZYGODA radzi, aby w obawie krwotoków robić jednostronne wycięcie.

GANTZ zapytuje, jak długo trzyma się strup, po oddzieleniu którego występują krwotoki.

M. HERTZ przytacza przypadek śmiertelnego krwotoku na 6-ty dzień po operacji.

POLAŃSKI zaznacza, że w Paryżu wycięcie migdałka robią ostremi kleszczami pod chlorkiem etylu.

SREBRNY odpowiada, że z 22-ch przypadków całkowitego wycięcia migdałów miał tylko 2 takie, gdzie były recydywy. Co do operowania w uśpieniu, to krwawienie bardzo utrudnia operację, a co do szkody po usunięciu migdałów, to wobec dużej ilości tkanki limfatycznej w gardzieli, t. zw. pierścienia limfatycznego gardzieli, niema o to obawy.

Co do nazwy, to rzeczywiście jest ona niewłaściwa, właściwsza jest nazwa tonsilektomia; strup na miejscu operowanem trzyma się około tygodnia.

LUBLINER mówi, że, im głębiej się wycina, tem większe może być krwawienie i niebezpieczeństwo, i dlatego nie radzi robić enukleacyi.

SZLEJFSTEIN już od 2-ch lat używa ostrych kleszczy przy enukleacyi.

Posiedzenie z dnia 27 stycznia 1910 r.

SINOŁĘCKI przedstawia 9-cio miesięczne dziecko z naczyńniakiem nosa.

Zaraz po urodzeniu się dziecka rodzice zauważyli plamkę na końcu nosa, plamka z czasem przeszła w guz, zwieszający się nad prawą wargą górną. Prócz tego u wejścia do nozdrzy widać rozszerzenie naczyń krwionośnych i owrzodzenia. SINOŁĘCKI zapytuje, jakieby leczenie zastosować u pacjenta.

GANTZ zna przypadek, w którym naczyńniak na skroni znikł pod wpływem radu.

SZLEJFSTEJN proponuje elektrolizę i sposób japoński — potas gryzący z ryżem, które to sposoby nie pozostawiają blizn.

LUBLINER mówi, że lokalizacja guza b. utrudnia zabiegi operacyjne, proponuje on strzałki z magnezu, które wkłuwają się w naczyńniak.

SREBRNY przypomina, że jest to metoda PAYRA, która z dobrym skutkiem była stosowana w rodzinie jednego z lekarzy warszawskich.

KRZYŻANOWSKI w zastępstwie nieobecnego ERBRICHA przedstawia chorego ze zmianami w krtani po tyfusie.

T. HEIMAN przytacza parę ciekawych przypadków z praktyki:

1) Chory, lat 50, z przewlekłym ropieniem z ucha, od pewnego czasu pada na jedną stronę, puls zwolniony — 54, źrenice słabo reagują, nudności, senność, stan bezgorączkowy, odruch kolanowy z przeciwnej strony — wzmożony; przypuszczano ropień mózgu, którego jednak nie było, gdyż objawy powyższe po pewnym czasie przeszły.

2) Chory, lat 29, przewlekłe ropienie dwustronne, ból głowy po lewej stronie, wygląd ciężko chorego, nudności i zawrotów głowy nie było, puls 60, stan bezgorączkowy, utrata przytomności; po dwóch dniach takiego stanu nastąpiła poprawa, lecz potem znów pogorszenie, i chory udał się do szpitala żydowskiego, gdzie umarł wkrótce po wstąpieniu.

3) Dziewczyna lat 20, przewlekłe ropienie z ucha, silny ból głowy, wzmagający się przy nachylaniu. Po kilku dniach wyzdrowiała. Wobec tego rozpoznano histeryę.

Z powodu 2-giego przypadku LUBLINER mówi, iż słyszał, że chory ten zmarł w poczekalni szpitalnej.

LUBLINER mówi, że rozpoznanie ropni mózgu jest b. trudne, a z drugiej strony nie raz na sekcji ropień znajduje się przypadkowo.

Z. Dobrowolski.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

— O nowych poglądach na leczenie gruźlicy płuc wygłosił referat d-r Tutsch na posiedzeniu tow. lek. wiedeńskiego. Prelegent ważył narządy rozmaitych zwierząt i po całym szeregu tego rodzaju badań doszedł do wniosku, że te zwierzęta są odporniejsze względem gruźlicy, których płuca, serce i śledziona są rozwinięte stosunkowo silniej. Ciężar serca normalnego stanowi dla nas wskaźnik energii przemiany matety w całym ustroju; komórki wątroby przedstawiają ognisko utleniania, a śledziona jest narządem, produkującym peroksydazę, która, jako przenośnik tlenu, bierze udział

w przyspieszeniu spraw utleniających. O ile więc te narządy pracują sprawnie i energicznie, o tyle ustrój odnośnego zwierzęcia jest odporniejszy, a zatem jest on w stanie o tyle prędzej zniszczyć jad gruźliczy. Jeżeli trzy narządy rzeczony odznaczają się wrodzonym lub nabytym upośledzeniem czynności, to i zwierzę staje się bardziej wrażliwym na gruźlicę.

Badania odnośne przekonywają, że u ludzi, dotkniętych gruźlicą, można stwierdzić osłabienie napięcia spraw utleniających; zadanie lecznicze nasze powinno tedy polegać na potęgowaniu utleniania i podtrzymywaniu

funkcyi życiowych ustroju. Wychodząc z takiego założenia, mówca w przeciągu ostatnich trzech lat leczył 141 chorych gruźliczych peroksydazą (zaczyn, który rozkłada nadtlenek wodoru i wytwarza wolny tlen). Chorzy otrzymywali przez czas dłuższy (3—4 miesiące) 4 razy dziennie po 25 kropel na czczy żołądek. Leczonym w ten sposób chorym przybywało na wadze, tylko w nieznacznej liczbie przypadków przyrost ten był nieznaczny lub zgoła nie było go wcale.

Liczni chorzy, znajdujący się w pierwszym lub drugim okresie choroby, wyzdrowieli zupełnie, a próba tuberkulinowa wypadła u nich ujemnie. Zpośród chorych, znajdujących się w okresie trzecim, u wielu nastąpiło wybitne polepszenie, a u kilku wyleczenie. Kilku ciężko chorym dawano kreozotal lub stosowano leczenie tuberkuliną obok peroksydazy. Na 141 chorych zmarło 13, lecz wszyscy oni znajdowali się w daleko posuniętym okresie gruźlicy rozpadowej. K. Z.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 stycznia 1911 r. do 14 marca 1911 r.

1) Od 14-go stycznia do 14-go lutego r. b.

Ospa naturalna i szkarlatyna cechują ten miesiąc sprawozdawczy obok tyfusu brzuszego i odry w mniejszej liczbie przypadków. Nowe ogniska tych ostrych spraw zakaźnych powstają, jak poprzednio, przeważnie na krańcach miasta: przy ulicy Burakowskiej, Czerniakowskiej, na Starem Mieście i t. p., jakoteż i w ulicach śródmieścia (Hoża, Nowy-Świat, Miodowa, Marszałkowska). Przybył również w miesiącu sprawozdawczym chory na ostrą nosaciznę (*malleus acutus*) z ul. Młynarskiej stangret 48-letni i po 3-ch dniach zmarł. Do 14-go lutego zanotowano również 10 przypadków szkarlatyny u dorosłych w wieku od lat 15-u do 28-ju i 7 przypadków odry w wieku od lat 15-tu do 26-ju. Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 68 (30 m. 38 k.) chorych, z poprzedniego miesiąca pozostało 103 (44 m. 59 k.), wypisano zdrowymi 65 (28 m. 37 k.), bez polepszenia opuścił szpital 1 m., przeprowadzono do szpitala Dzieciątka Jezus 2 k., zmarło 14, na miesiąc następny pozostało 89 (37 m. 52 k.). Dni szpitalnych 171 chorych przebyło 3080.

Według rodzaju ostrych chorób zakaźnych zanotowano:

O s p a n a t u r a l n a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 25 (14 m. 11 k.), przybyło nowych chorych 19 (9 m. 10 k.), w tem

3 (1 m. 2 k.) wcale nieszczepionych od urodzenia, pozostali raz szczepieni we wczesnym dzieciństwie, wypisano zdrowymi 14 (6 m. 8 k.), zmarło 5 (3 m. 2 k.), pozostało na miesiąc następny 25 (14 m. 11 k.) Zejścia śmiertelne nastąpiły w przypadkach 3-ch kategorii: I-a ospa naturalna zlewająca się (3 przypadki) 1) 4-letni chl. katolik przy rodzicach (ojciec wyrobnik), nieszczepiony od urodzenia; 2) 4-letnia dziewczynka, katoliczka przy rodzicach (ojciec piekarz), 3) 21-letni prawosławny, służący, nieszczepiony od urodzenia obok komplikacyi *keratitide oculi dextri*; II-a kategoria—ospa naturalna płaska, zapadająca się (1 przypadek) u 7-letniego chłopca, nieszczepionego od urodzenia przy matce wyrobnicy. III-a kategoria — ciężka postać ospy naturalnej z komplikacyami (1 przypadek) u 42-letniego katolika wyrobnika (*pneumonia dextra inferior, keratitis oculi sin. diffusa purulenta, panophthalmitis sinistra, keratitis dextra circumscripta*).

Ogółem 44 chorych na ospę naturalną przebyło 743 dni szpitalne.

Chorzy na ospę naturalną przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Czerniakowska 49, Kowieńska 23, Łucka 15, Miodowa 11, Nowowielka 1 (2 przypadki), Nowogrodzka (szpital Dzieciątka Jezus), Skierniewicka 5, Tamka 25, Targowa 30, Trębacka

13, Waliców 32, Wilcza 50, Wronia 64, Wolska 34, Żelazna 75 i ze wsi Nowe Brudno, Milanówek, Okuniew.

Szkarlatyna. Z poprzedniego miesiąca pozostało 33 (12 m. 21 k.), przybyło nowych 12 (5 m. 7 k.), wypisano zdrowymi 19 (6 m. 13 k.), zmarło 6 (3 m. 3 k.), na miesiąc następny pozostało 20 (8 m. 12 k.).

Zejsia śmiertelne w poszczególnych przypadkach szkarlatyny nastąpiły: 1) u 6-letniej katoliczki przy matce, służącej, obok komplikacji ciężkim błonicowatym zapaleniem gardzieli po 5 dniach choroby, 2) u 6-letniego chl. katolika przy rodzicach (ojciec wyrobnik) skutkiem ostrego mięszowego zapalenia nerek i zapalenia średniego ucha z obu stron, 3) u 10-letniego katolika przy rodzicach (ojciec robotnik) z komplikacją ciężką błonicą podniebienia i gardzieli, 4) u 18-letniego katolika, terminatora u kowala, skutkiem zapalenia nerek po 3 tygodniach choroby w domu, 5) u 32-letniego katolika, litografa, skutkiem ciężkiej postaci szkarlatyny po jednodniowym pobycie w szpitalu, 6) u 48-letniego katolika, subjekta handlowego, przywiezionego ze szpitala na Pradze po operacji uwięzłej przepukliny pachwinowej prawostronnej.

Ogółem 45 chorych na szkarlatynę przebyło 880 dni szpitalnych.

Chorzy na szkarlatynę przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Grzybowska 74, Hoża 53, Inżynierska 5, Mała 15, Młynarska 5, Maryenstadt 5, 13, Piaskowa 19, Przemysłowa 21, Stare Miasto 31, Wolska 9, 48.

Tyfus brzuszny. Z poprzedniego miesiąca pozostało 21 (11 m. 10 k.), przybyło nowych chorych 16 (8 m. 8 k.), wypisano zdrowymi 13 (8 m. 5 k.), na miesiąc następny pozostało 24 (11 m. 13 k.). Zejsie śmiertelnych z powodu tyfusu brzuszego w miesiącu sprawozdawczym nie notowano.

Ogółem 37 chorych na tyfus brzuszny przebyło 775 dni szpitalnych.

Chorzy na tyfus brzuszny przybyli z ul. Burakowskiej 15, Młynarskiej 30, Nowy-Świat 15, Wolskiej 50 i ze wsi Koło (9 przypadków), Podzamecze 1 i ze wsi Wola 3.

Tyfus wysypkowy. Z poprzedniego miesiąca pozostała 1 k. i została wypisana w miesiącu sprawozdawczym.

Odra. Przybyło nowych chorych 6 (3 m. 3 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 8 (3 m. 5 k.), wypisano zdrowymi 9 (4 m. 5 k.), 1 k. z powodu choroby organów kobiecych przeprowadzona do szpitala Dzieciątka Jezus, 4 (2 m. 2 k.) pozostało na miesiąc następny. Ogółem 14 chorych na odrę przebyło 193 dni szpitalnych.

Chorzy na odrę przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Karłowicka 18, Krucza 7, Ogrodowa 8, Marszałkowska 115, Nowy-Świat 8, 10, Stacya Kowelska.

Nosacizna ostra. Przybył 1 m. 48-letni katolik, stangret, z ul. Młynarskiej 17 i po 3 dniach zmarł.

Dyfteryt. Przybyła jedna kobieta ze wsi Tworek i po 8 dniach została wypisana zdrową.

Oprócz tego w miesiącu omawianym pozostawali chorzy z poprzedniego miesiąca: 1 k. na dyzenterję wypisana zdrową, 1 k. z ropnicą gronkowcą pozostała na miesiąc następny, 1 chl. z rakiem wodnym (*noma*) po tyfusie wyzdrowiał, 1 k. z wadą serca przeprowadzona do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 k. z ogniskowym zapaleniem gardzieli pozostała na miesiąc następny, 1 m. z nieżytem krtańni wyzdrowiał, 1 m. z niestrawnością ostrą pozostał na miesiąc następny, 1 k. z *icterus catarhalis* wypisana zdrową, 4 (1 m. 3 k.) na uwiad starczy, 1 m. wypisany z polepszeniem, 1 k. 70-letnia katoliczka, żebraczka, zmarła, z 3 matek przy dzieciach chorych na szkarlatynę 2 wypisano zdrowymi, 1 pozostała na miesiąc następny. Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy: 1 k. z ostrym reumatyzmem pozostała na miesiąc następny, 1 m. 41-letni katolik młynarz z gruźlicą płuc zmarł, 1 m. z rumieniem wielopostaciowym wyzdrowiał, 2 k. z ogniskowym zapaleniem gardzieli wypisane zdrowymi, 1 k. z *pleuropneumonia* pozostała na miesiąc następny, 5 (1 m. 4 k.) z *bronchitis* (służba szpitalna) pozostali na miesiąc następny, 1 m. z zapaleniem nerek wypisał się bez polepszenia, 1 k. z uwiadem starczym pozostała na miesiąc następny.

Thiol

Płynny: do pedzlowania.

Suchy proszek: do przesytywania.

Doskonały środek w leczeniu chorób skóry. Zwłaszcza zaleca się w Acne, Dermatitis, Eczema, Erysipelas, Erythema, Herpes, Impetigo, Intertrigo, Pemphigus, Pityriasis, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Rosacea, Syccosis, Urticaria, Varices i t. p.

W oparzeniach nieporównane działanie lecznicze.

THIOL nie posiada nieprzyjemnego zapachu, rozpuszcza się łatwo w wodzie i zmywa się łatwo z bielizny.

Salipyrin

lek swoisty przeciwko

**Influenzie, przeziębieniu
i cierpieniom reumatycznym.**

Doskonały przy zbyt obfitem miesiączkowaniu i zaburzeniach w miesiączkowaniu, jak również w bólach mięśniowych i nerwobólach.

Najdogodniejsza i najtańsza forma przepisywania:

**Oryginalne Tabletki Salipyrinowe
Riedel'a.**

po 1 g., w rurkach, zawierających 10 sztuk

" 1/2 " " " " " " 10 "

Dawka dla dorosłych: 3—6 razy dziennie

1 g., dla dzieci połowa.

Próby i literatury na żądanie pp. lekarzy gratis.

J. D. Riedel A. G. Berlin Nr. 9.

MACZKA
NESTLÉ
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

z Paryża
8 godzin

AIX-LES-BAINS

z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-o C. najobszerniejsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne zapomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reines, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracye dopełniająca: Physioterapija — Kuracye powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach, Droga do Aix-les — Bains przez Frankfur Bazylee, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget. Grande Chartreuse Kasino, teatr, koncerty, Sporty.

Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

Od 500 Lat Leczą

sławne na całym świecie, naturalnie gorące (36-42°C.)
nie ochładzane, radiocynne

Termy siarczane i kąpiele mułowe
miasta kąpielowego

TRENCSEN-TEPLICZ

Górne Węgry Główna linia kolejowa Berlin-Oderberg-Wiedeń
DNE, GOŚCIEC, ETC.

Hotel zbudowany razem z kąpielą. Cały rok otwarty.
Znakomite pensjon wiosenne, ceny umiarkowane. Nowe
budowle, na które wyznaczono 1½ milionów.
Nowe Kąpiele! Cudowne pożenie Nowy Grand-Hotel!
Dla kuracyi domowych wysyłka mułu i wody źródlanej.
Prospekty: Dyrekcya Kąpielowa.

Działanie przeczyszczające

(bez podrażnienia żołądka i kiszek)

zapomocą Marienbadzkiego, Kreuzbrunnen,
Ferdinandsbrunnen lub soli źródlanej.

Prawdziwa Marienbadzka

sól źródłana
przeciwno wszelkim chorobom żołądka
i kiszek i zapareiu stoła.

SANATOGEN BAUERA

jest wskazany w wypadkach blednicy, neurastenii i wyczerpania organizmu, wynikającego z chorób płuc, żołądka lub serca

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo, Fabian Klingsland w Warszawie, chętnie przysyła na żądanie Sz. Panów lekarzy bezpłatne próby Sanatogenu wraz z ściśle naukową literaturą.

Tylko **Bauera** Sanatogen w pudełkach zaopatrzonych w **czerną banderolę** jest oryginalnym.

Institut szczepienia **D-ra J. TCHORZNICKIEGO** ospy ochronnej

w Warszawie, Daniłowiczowska 8 tel. 5.28

Zawsze świeża i bakterjologicznie czysta

KROWIANKA

Rurki na 1, 5 i 10 szczepień

Szczepienie i sprzedaż na miejscu od 9 rano do 7 wiecz.

Zamówienia listowne uskutecznią się odwrotną pocztą za zaliczeniem.

TLEN W BALONACH

na każde żądanie

w APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5. Telefonu 753.

Dla prowincyi całkowite aparaty do wywiązywania tlenu.

Gabinet Roentgenolecznicy

D-ra Juliana Wisniewskiego

ordynatora Warsz. Szpit. Ewangelickiego
Choroby skóry, włosów, paznokci i wene-
ryczne.

Warszawa, ZIELNA 29. TEL. 165-85.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Heissinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęcie od 4-6.

Zamiejscowych chorych przybyło 20.

Śmiertelność miesięczna 8,19%.

2) **Od 14 lutego do 14 marca .b.**

Od 14-go lutego w dalszym ciągu miesiąca sprawozdawczego przybywały te same formy ostrych chorób zakaźnych, co i w miesiącu poprzednim. Co się tyczy ognisk zakażenia, to po części prócz dawniejszych notowano również świeże, mianowicie: ospy naturalnej przy ul. Włodzimierskiej, Granicznej, Złotej, Mokotowskiej; szkarlatyny (ul. Nowogrodzka); tyfusu brzuszego (Piękna); odry (Wspólna). U dorosłych zanotowano w 3 przypadkach szkarlatynę w wieku od lat 15-tu do 33-ech i 2 przypadki odry u męskiej płci lat 16-u i 24-ech. Prócz tego w ciągu miesiąca sprawozdawczego przybyła kobieta 21-letnia, żona kuśnierza z krostą i obrzmieniem karbunkułowem złośliwym (*pustula maligna*) na lewej powiece i okolicy. Chora została przywieziona do szpitala św. Stanisława po 3-ch dniach choroby w mieście Garwolinie i po 3 dniach pobytu w szpitalu zmarła pomimo stosowania radykalnej pomocy chirurgicznej. Zmarła, po załatwieniu wymaganych przez policję formalności, została przewieziona z powrotem do Garwolina.

Ogółem w omawianym miesiącu przybyło 80 (35 m. 45 k.) chorych, z poprzedniego miesiąca pozostało 89 (37 m. 52 k.), wypisano zdrowymi 61 (29 m. 42 k.), zmarło 11 (5 m. 6 k.), na miesiąc następny pozostało 87 (38 m. 49 k.)

Dni szpitalnych 169 chorych przebyło 2325.

Według cyfr ostre postacie chorób zakaźnych przedstawiały się w sposób następujący:

O s p a n a t u r a l n a. Przybyło nowych chorych na ospę naturalną 17 (9 m. 8 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 25 (14 m. 11 k.), wypisano zdrowymi 18 (9 m. 9 k.), zmarło 3 (2 m. 1 k.), na miesiąc następny pozostało 21 (12 m. 9 k.). Zejścia śmiertelne poszczególnie w ospie naturalnej nastąpiły: 1) w przypadku formy ospy płaskiej zapadającej się u 24-letniego służącego katolika, 2.razy szczepionego w wojsku bez skutku, 2) w 2-ch przypadkach formy ospy czarnej krtwotocznej: 1) u 24-letniego stolarza

wyznania Mojżeszowego, raz szczepionego we wczesnem dzieciństwie, 2) u 26-letniej katoliczki przy mężu robotniku, wcale nie szczepionej od urodzenia.

Dni szpitalnych 42 chorych na ospę naturalną przebyło 653.

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Czerniakowska 55, Gęsia 5, 18, Graniczna 7, Hoża 50, Nowodobra 14, Mokotowska 15, Nowogrodzka (szpital Dzieciątka Jezus), Ogrodowa 13, Śliska 30, Sprzeczna 2, Solec 54, Skierniewicka 5, Towarowa 58, Włodzimierska 9 i ze wsi Wola.

S z k a r l a t y n a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 20 (8 m. 12 k.), przybyło nowych chorych 11 (4 m. 7 k.), wypisano zdrowymi 16 (6 m. 10 k.), na miesiąc następny pozostało 15 (6 m. 9 k.).

Ogółem 31 chorych na szkarlatynę przebyło 402 dni szpitalne.

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Chłodna 31, Gęsia 83, Górczewska 5, Grzybowska 32, Krochmalna 90, Nowogrodzka 22, Nowodzika 5, Smocza 60, Stawki 65 i ze wsi Czyste i Wola.

O d r a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 4 (2 m. 2 k.), przybyło nowych chorych 9 (3 m. 6 k.), wypisano zdrowymi 4 (2 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostało 9 (3 m. 6 k.).

Ogółem 13 chorych na odrę przebyło 86 dni szpitalnych.

T y f u s b r z u s z n y. Przybyło nowych chorych 10 (8 m. 2 k.), pozostało z poprzedniego miesiąca 24 (11 m. 13 k.), wypisano zdrowymi 12 (7 m. 5 k.), zmarło 5 (2 m. 3 k.), pozostało na miesiąc następny 17 (10 m. 7 k.). Zejścia śmiertelne w tyfusie brzuszny notowano u chorych w wieku lat 12—42, a mianowicie: 1) u 12-letniego chłopca, katolika, przy rodzicach, skutkiem komplikacji rakiem wodnym i ropówką lewej nogi; 2) u 21-letniej katoliczki, wyrobnicy, skutkiem ciężkiej formy tyfusu brzuszego obok komplikacji różą (zakażenie szpitalne) i zapaleniem ropnem średniego ucha; 3) u 31-letniego katolika, robotnika, skutkiem komplikacji obustronnem zapaleniem płuc, krwotokiem kiszkiowym, odleżyną i zapaleniem opon mózgowych; 4) u 37-letniej katoliczki przy mężu skutkiem

zadawnionej choroby w domu (12 dni chodziła, będąc już chora na tyfus brzuszny); 5) u 42-letniej katoliczki, żony stróża, skutkiem niedomogi serca i obszernej odleżyny w okolicy *os sacrum* i obydwu krętarzy.

Ogółem 34 chorych na tyfus brzuszny przeżyło 611 dni szpitalnych.

Chorzy na tyfus brzuszny w miesiącu sprawozdawczym przybyli: Chłodna 46, 52, Chmielna 102, Dzielna 50, Łucka 10, Nowowska 2, Piękna 42, Strzelecka 29, Wolaska 50.

T y f u s w y s y p k o w y. Przybyło 2 m. (z ul. Szwedzkiej 9 i ze wsi Wilkowo) i pozostało na miesiąc następny. Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z poprzedniego miesiąca: 1 k. z ostrym goścem stawowym wypisana zdrową, 1 k. na influencję pozostała na miesiąc następny, 3 k. z ogniskowym zapaleniem gardzieli wypisane zdrowymi, 1 k. z włóknikowym zapaleniem płuc wypisana zdrową, 1 m. z ostrą niestrawnością wypisany zdrowym, 6 (1 m. 5 k.) zapisanych przy dzieciach chorych na ospę naturalną lub szkarlatynę, z których 5 wypisano zdrowymi, 1 k. pozostała na miesiąc następny.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybywali chorzy: 4 na influencję wypisani zdrowymi, 1 m. z rubeola pozostał na miesiąc następny, 1 m. z *febris herpetica* pozostał na miesiąc następny, 1 k. z rumieniem wielopostaciowym (*erythema multiforme*), 1 chłopiec 7-letni, katolik, przy rodzicach (ojciec wyrobnik) zmarł na zapalenie opon mózgowych, 4 (2 m. 2 k.) z zapaleniem ogniskowym gardzieli wypisani zdrowymi, z 2 (1 m. 1 k.) na włóknikowe zapalenie opon mózgowych, 1 chl. (1 r. 3 m.) katolik, syn stójkowego, zmarł, 1 k. pozostała na miesiąc następny, 1 k. z niezżytem kiszek pozostała na miesiąc następny, 1 m. z ostrą niestrawnością wypisany zdrowym, 1 m. z przewlekłym zapaleniem nerek wypisany zdrowym, 1 służący pawilonu pozostał na miesiąc następny z *panaritium*, 2 k. z uwiązaniem starczym i 4 matki przy dzieciach chorych na ospę naturalną lub szkarlatynę pozostały na miesiąc następny.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala, wydano 5.

Zamiejscowych chorych przybyło 13.

Śmiertelność miesięczna 6,5%

Wiadomości bieżące.

— W b. m. kol. J. Gawroński, znany z owocnej pracy w Tow. opieki nad dziećmi, otwiera uzdrowisko wychowawczo - lecznicze dla wątłych dzieci polskich w Vevey nad Lemanem. Uzdrowisko, położone we francuskiej Szwajcaryi w doskonałych warunkach klimatycznych, jest dostępne dla dzieci rodziców zamożnych. Utrzymanie około 1000 rb. rocznie prócz wyprawy.

— Ostatni numer bardzo aktualnej „Neurologii japońskiej”, wychodzącej w Tokio pod redakcją prof. Kure i Miura, zawiera między innymi streszczenie prac japońskich z neurologii i pokrewnych dziedzin za r. 1909. Ciekawy jest fakt, że sprawozdawcy przytaczają tytuły 67 pism japońskich lekarskich (włącznie z higieną i pedagogiką), które referowali. Z tytułów odnośnych pism

widać, że każde prawie większe miasto posiada swoje towarzystwo i pisma lekarskie (Tokio, Okayama, Kanazawa, Hyogoken, Yechigo, Nagoga, Kiushiu, Hokkaido i t. d.), że specjalności reprezentowane są przez oddzielne miesięczniki i kwartalniki z terapii, chirurgii, otolaryngologii, oftalmologii, akuszerii, gastrologii, bakterjologii, odontologii, pediatrii, dermatologii, neurologii, farmakologii, higieny, psychologii pedagogicznej, antropologii lekarskiej, medycyny policyjno - sądowej, medycyny wojskowej i morskiej, że wreszcie stołeczne miasto wydaje pisma referatowe w rodzaju europejskich Centralblattów.

— W październiku roku ubiegłego odbyło się w Berlinie (w Kaiserin-Friedrichhaus) pierwsze ogólne zebranie Międzynarodowego

Komitetu dla dalszego kształcenia się lekarzy. Przewodniczył prof. Waldeyer. Uczestniczyli delegaci rozmaitych krajów. Po ukonstytuowaniu się składu delegatów, sekretaryat ogólny, na którego czele stoi prof. Kuttner, zawiadomił zebranych o komunikacie rady tajnego von Rheina, że Cesarska Rada Lekarska (Departament Lekarski?) w Rosyi wyłoniła komisję w celu uorganizowania uzupełniających wykładów dla lekarzy w tym kraju. Postanowiono upoważnić sekretaryat komitetu do ułożenia spisu tematów w języku niemieckim, angielskim i francuskim i do rozesłania go członkom komitetu w rozmaitych krajach. Sekretaryat zaproponował wytworzyć instytucję, w której lekarze wszystkich krajów mogliby otrzymywać informacje co do dalszego kształcenia się w rozmaitych krajach cywilizowanych w danym czasie. Uchwały co do szczegółów organizacji odroczone do następnego zebrania.

Uchwalono, ażeby po zawiązaniu się Związku Międzynarodowego dla walki z gruźlicą delegaci każdego kraju zaproponowali swoim rządóm wnoszenie 50 marek od delegata i zawiadomili przed 1 kwietnia 1911 r.

Rozprawy toczyły się po francusku.

Czasopismo angielskie „The Hospital”, z którego czerpiemy te wiadomości, ogłasza następujący kwestyonaryusz w sprawie wykładów od 1 stycznia 1911 do 1 lipca 1911 r, prosząc sekretaryaty tego rodzaju kursów o zakomunikowanie odpowiedzi: 1) gdzie odbywają się? 2) kiedy? 3) czy cudzoziemcy mogą uczestniczyć? 4) jakie przedmioty zostały uwzględnione? 5) czy kursy i wykłady opłacane są z góry czy bezpłatne? 6) jeśli opłacane z góry, to ile wynosi czesne za pojedynczy wykład? 7) dokąd należy się zwracać po bliższe informacje?

Dodać należy iż na posiedzeniu zaakceptowano angielską nazwę „The International Committee for Post-Graduate Medical Educations”; Niemcy mają swoje „Fortbildungscourse für Aertzte“, u nas wydaje mi się stosowną nazw: „Wykłady uzupełniające dla lekarzy”.

B. P.

— W 1910 r. było w Cesarstwie Rosyjskiem łącznie z Królestwem Polskiem 11.205 aptekarzy, między nimi uczniów 4.188, pomocników 4.986, prowizorów 2.031, aptek było 4.523, recept 29.000.000. Maximum recept w wielkich miastach 23.072, na jednego pracownika 4,962. Wynagrodzenie pracowników średnio 107 rb. na miesiąc, pomocników 64, uczniów 26 rb.

— Wycieczka lekarzy austriackich odbędzie się 8 — 29 lipca i obejmie podróż statkiem do Havre, Trouville, Southampton, Wodht, San Sebastian, Biarritz, Lizbona, Jersey, Guernsey, Dover, Londyn, Rotterdam, Sheveningen. Koszt wycieczki 645 mk.

— Centralny komitet niemiecki dla zwalczania raka ogłasza nagrody po 1000, 500 i 300 mk. za prace, obejmujące wczesne rozpoznanie raka dla szerszego ogółu lekarzy.

— W Paryżu zaczęło wychodzić pismo „Revue de Cancer” pod red. d-ra Ledoux-Lebarda.

— Ministerjum zatwierdziło etat zakładu dezynfekcyjnego na 25.510 rb. rocznie, zakładu palenia śmieci 2.444 rb., na różne narzędzia wyasygnowano 32.500 rb. Przepisy co do eksploatacyi zatwierdzono na rok jeden.

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 2-go kwietnia r. b. do 10-go kwietnia tegoż roku.

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejścia śmiertelne
Ospa naturalna	18	3	—
Szkarlatyna	13	1	1
Tyfus wysypkowy	14	3	3
Tyfus brzuszny	10	—	1
Dyfteryt	1	2	—

Zmarli.

— W Lublinie d-r Eligiusz Kuszelewski, b. członek naszej Redakcyi, pisujący do pism publicznych pod pseudonimem „Senex”. Zmarły odznaczał się wysokimi zaletami umysłu i serca. Cały swój majątek zapisał na cele oświatowe, a za życia już dał 3000 rb. na łóżeczko w szpitaliku Vetterów.

Mitinum mercuriale

Mitinortęć

zawierająca 33 $\frac{1}{3}$ % Hg, w tubkach po 30 g. o tłoku z podziałką.

Wyborny preparat do kuracyi weieraniami, dający doskonałe wyniki.
Preparat ten **szybko** się weiera, przenika **nadzwyczaj łatwo** skórę i bar-
dzo słabo plami.

Krewel & C-o., G. m. b. H. Chem. fabryka
Kolonia - Bayenthal.

Dla pp. lekarzy próby i literatura darmo i franko.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę Zachod. Południową, Centr. Rossyę
i Kaukaz — Dom Handlowy: S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

MUIRACITHIN

**Uwaga! Jedynym fabrykan-
tem oryginalnego zagranic-
znego „Muiracithinu“ jest
Ernst Aleksander.**

Wybitnie skuteczny
środek przeciwko
Impotencyi i wszy-
stkim cierpieniom
neurastenicznym,

następnie w praktyce ginekologicznej w przypad-
kach braku popędu, dyspareunii, amenorrhoe, w hypopla-

sii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych
stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.** Cena rub. 3.75 za pudełko.

Literatura. Tajn. Radea Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg
Weideman — St. Petersburg, Hirsch — St. Petersburg, Holländer — Berlin, Posener — Berlin, Rebourgeon — Paryż
Goll — Zurich, Popper — Igls bei Senator, Hirsch — Kudowa. Steinsberg — Franzensbad, Waitz — Paryż, Wright —
Londyn, Pilliver — Odessa, Fürth — Dervent, Kraus — Wiedeń, Quastler — Wiedeń, Kitaj — Wiedeń.

NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach abso-
lutnie pewne czopki przy wszelkich **CIERPIENIACH HEMOROIDAL-
NYCH** do racjonalnego i pewnego usuwania wewnętrznych i zew-
nętrnych hemoroidów, **DO TAMOWANIA KRWOTOKÓW** (nawet w
przypadkach zadawionych) wybornie działające **ADSTRINGEN-
KIZKOWE** i **ANTISEPTICUM**. Czopki Noridolowe odpowiadają no-
woczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następu-
jące skuteczne składniki Caclii chlorat. 0,05. Calcii jodat 0,01, Paranephryn. 0,0001, Balsam peruv. 0,1.

[Cena rub. 1.60 za pudełko.] Literatura: Prof. Boas — Berlin, Kehr — Halberstadt, Pickard —
Berlin, Sandberg — Berlin, Zibell — Monachium, Wright — Londyn, Silvestri — Rzym, Dawson — Londyn

Literatura i próby gratis i franko.

Prawdziwy „Muiracithin i Noridal,“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministe-
ryum Przemysłu i Handlu.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.