





rozpoczęły się koło godziny 5 pp., wody odeszły koło godziny 10 wieczorem, a o godzinie 1 po północy urodziła żywe, donoszone dziecko. Po porodzie chora czuła się zupełnie dobrze. Łóżysko nie odklejało się przez czas dłuższy, ale ponieważ chora nie krwawiła, więc akuszerka zachowywała się wyczekująco, Około godziny 3 po północy chora raptownie zawołała, że jest jej niedobrze, zbladła bardzo i jednocześnie z narządów rodnych powstało umiarkowane krwawienie, wobec czego akuszerka zażądała pomocy lekarskiej. — Przybyłem około godziny 4 nad ranem. Zastałem chorą bardzo bladą, z wyrazem zapaści na twarzy. Nos i kończyny zupełnie zimne. Tętna ani śladu. Kładę rękę na brzuch i konstatuje, że trzonu macicy niema, natomiast nad spojeniem łonowym wyczuwam lejek, zwązający się w kierunku jamy miednicy. Rozpoznaję wyciszenie macicy, zaczynam przygotowania do zabiegu leczniczego, jednocześnie proszę do pomocy koleżkę FINKIELKRAUTA. Ze względu na to, że stan chorej z każdą chwilą się pogarszał, odkażam ręce i, nie czekając już na przybycie kol. FINKELKRAUTA, chcąc przystąpić do chorej. W tej chwili chora dostaje wymiotów i pod działaniem tłoczni brzusznej wypycha z pochwy nazewnątrz wyciszoną macicę, która wraz z przyczepionym do niej łożyskiem leży teraz na prześcieradle. Krwawienia prawie że niema. — Odkleiwszy ostrożnie łożysko, obmyłem powierzchnię macicy rozczyłem lyzolu i ująwszy końcami palców dno macicy, odprowadziłem macicę na miejsce. Macica była zupełnie wiotka, rozplywająca się, więc przez kilka minut trzymałem w jamie macicy ściśniętą w pięść rękę i na pięści tej rozcierałem macicę drugą ręką przez powłoki brzuszne, póki udało mi się nareszcie wywołać trwałą skurcz. Wówczas ostrożnie wyjąłem pięść z jamy macicy i wytamponowałem macicę 3 metrami gazy jodoformowej. Macica

dobrze skurczona, ale tętno drobne, przerywane. Gdy przybył kol. FINKIELKRAUT chora miała się już względnie dobrze. Zastrzyknęliśmy jej kilka razy rozczynek kamfory w eterze i tętno, aczkolwiek przyspieszone (= 110), stało się regularnem. Powstałego wskutek porodu uszkodzenia krocza nie zeszyłem na razie ze względu na ciężki stan chorej. Gdy nazajutrz rano odwiedziłem chorą, czuła się lepiej, tak że koło godziny 8 wieczorem zeszyłem krocze, które zagoiło się *per primam*.

W przeciągu pierwszych 10 dni połogu T-o stale wahała się pomiędzy 37,4 — 38,0, poczem ciepłota stale była normalna. W końcu trzeciego tygodnia wytworzył się zakrzep żyły podskórnej odpiszczelowej, który z biegiem czasu zropiał i ropień samoistnie otworzył się nazewnątrz, tak że chora podniosła się z łóżka dopiero w 2 miesiące po porodzie. Poród odbył się 8 października 1909 r., a chorą widziałem po raz ostatni na początku lutego r. b. Znalazłem macicę dobrze zwiniętą w przodopochyleniu, przydatki macicy zupełnie normalne. Chora sama karmi dziecko i czuje się zupełnie dobrze.

Ze względu na niezwykłą rzadkość tych przypadków pozwolę sobie przytoczyć dane z literatury, dotyczące etiologii, symptomatologii i terapii tego cierpienia.

Wyciszenie zdarza się częściej u pierwiastek, niż u wieloródek, różnica nie jest jednak znaczna.

Z 86 przypadków, zestawionych przez BECKMANA, 46 zdarzyło się u pierwiastek, z 61 przypadków VOGELA 34 dotyczyły pierwiastek. Stanowczo częściej wyciszenie zdarza się u kobiet młodych. Aby powstało wyciszenie musi tkanka maciczna być nienormalnie wiotka. Usposobienie do zwiotczenia macicy po wydaleniu płodu stanowić może: ogólny niedorozwój fizyczny, silne rozciągnięcie macicy przez bliźnięta, zbyt wielka ilość wód i t. d. Wyciszenie powstać mo-



że bądź samodzielnie (BECKMAN), bądź też wskutek nieracjonalnego prowadzenia trzeciego okresu porodu (VOGEL). Samoistnie powstać może wycicowanie jeżeli położnica zaraz po rozwiązaniu siada na nocnik, wypręży się, wzmacnia tłocznię brzuszną (de KOMIECK, BREUS), czasem wskutek silnego kaszlu lub wymiotów (FUNKE). W 2 przypadkach, opisanych przez CZARKOWSKIEGO i SAKSA, autorzy podają jako przyczynę tę okoliczność, że rodzająca, aby ułatwić odejście łożyska, dmuchała, za poradą akuszerki, mocno w próżną butelkę.

Czasem wycicowanie powstać może wskutek nader krótkiej pępowiny. DYHRENFURTH opisał przypadek, w którym wycicowanie powstało przy pępowinie =  $3\frac{1}{2}$  cm. w przypadku MARKSA pępowina = 6 cm. FELKIN obserwował przypadek wycicowania po szybko przebiegającym porodzie wskutek względnie krótkiej pępowiny, gdyż była 5 razy okręconą.

Niesamodzielne wycicowania powstają najczęściej wskutek pociągania za sznurek pępkowy (MARTIN, KALTENBACH, OLSHAUSEN-VEIT, FRITSCH, AHLFELD). HENNIG zwraca uwagę, że czasem duża waga łożyska spowodować może wycicowanie. Waga ta może być powiększona przez skrzepy pozałożyskowe przy odklejaniu łożyska według SCHULTZEGO. Na okoliczność tę zwracają też uwagę VEIT i HARRISON.

Przy sztucznym odklejaniu łożyska może powstać wycicowanie bądź przez pociąganie za niezupełnie odklejone łożysko, bądź też przy prawidłowym odklejaniu wskutek tego, że przy wyprowadzaniu ręki powstaje w jamie macicy ciśnienie ujemne (C. FÜRST, G. BRAUN, LOYCE). Przy stosowaniu rękoczynu Crédé wycicowanie powstać może wówczas, jeżeli wygniatać łożysko z nieskurczonej macicy (VOGT, v. HERFF, SHOFFIELD). Czasem wycicowanie powstaje dopiero w okre-

sie połogowym, na przykład w przypadku SMITHA 6 dnia po porodzie, w przypadku WÄNERA 15 dnia po porodzie podczas wypróżnienia. Zaznaczyć jeszcze muszę, że u niektórych kobiet spostrzegano powtarzanie się wycicowania przy następnych porodach. Gustaw BRAUN obserwował powtarzające się wycicowanie przy 2 kolejnych porodach (oba porody odbyły się w klinice). To samo spostrzegali GILBERT, MAYER, KÜHLBRAND i CROSSE.

Co się dotyczy objawów, towarzyszących wycicowaniu macicy, to za klasyczne uważane są 2 objawy: zapaść i krwotok, aczkolwiek są przypadki bez zapaści, lub bez krwawienia, lub też brak nawet i jednego i drugiego objawu.

Przypadki wycicowania macicy bez objawów zapaści i krwotoku opisane są przez R. BELLA i I. C. REEVE.

Zapaść nie jest spowodowaną przez wykrwawienie. U mojej chorej przy bardzo umiarkowanej utracie krwi wystąpiły objawy ciężkiej zapaści, a właściwie zapaść wystąpiła wcześniej. Opisane są zresztą przypadki śmierci bezpośrednio po wycicowaniu wskutek zapaści (MAXWELL). Przyczyny, powodujące zapaść, mogą być różnorodne. W pierwszej linii zapaść spowodowaną być może przez raptowne opróżnienie jamy brzusznej z następczem przekrwieniem naczyń brzusznych. RICHARD v. BRAUN — FERNWALD zwraca uwagę na tę okoliczność, że wskutek obniżenia ciśnienia wewnątrzbrzuszego wytwarza się rodzaj aspiracji na przeponę brzuszną z następczem oddziaływaniem na organy i naczynia klatki piersiowej. MARTIN uważa, że zapaść zależy od uciśnięcia otrzewny i przydatków macicy w lejku. Przypuszczać należy, że na spowodowanie zapaści składa się cały szereg czynników, wśród których podrażnienie otrzewny odgrywa, prawdopodobnie, rolę dominującą.

Rokowanie, w nowych czasach, dzięki



aseptyce, znacznie się poprawiło, aczkolwiek odsetka śmiertelności jest jeszcze bardzo poważna. Ze statystyki CROSSESA widzimy jak smutnym było rokowanie za jego czasów (r. 1843). Ze 109 przypadków było w 80 zejście śmiertelne, a z tych w 72 przypadkach w przeciągu pierwszych 2 godzin po porodzie.

Z 54 nowszych przypadków zaznacza WINCKEL śmierć w 12 przypadkach (= 22,22%), w statystyce BECKMANA śmiertelność = 14%, według VOGELA = 22 %.

Rokowanie zależy od warunków aseptyki, w jakich poród jest prowadzony i od tego, jak prędko nadchodzi pomoc lekarska. Wprawienie (*reductio*) udaje się najłatwiej bezpośrednio po wypadku, lub w pierwszych godzinach (aczkolwiek WINCKLOWI udało się wprowadzenie po 4½ latach, TYLER — SMITHOWI po 12 l. NOEGGERATHOWI i SZUWARSKIEMU po 20 latach (!).

W przypadku moim odprowadzenie udało się z łatwością. Przy okazji zaznaczę, że opisane są przypadki samoistnego odprowadzenia. Przypadek taki miał w obserwacji SPIEGELBERG, który zebrał i inne przypadki z literatury (LEROUX, de la BARRE, BAUDELLOCQUE, THATCHER, 3 przypadki MEIGA, RENDU, S. SHAWA). SHAW, wezwany do przypadku wycięcia po porodzie, próbował odprowadzenia, ale bezskutecznie, wobec czego przerwał próby i postanowił zawiadzić kolegę do pomocy. Powróciwszy po pewnym czasie, zastał macicę już w położeniu normalnym.

Co do postępowania lekarskiego przy wycięciu macicy, to należy starać się jak najprędzej odprowadzić macicę i skorzystać ze stanu bezwładu, gdyż później, wskutek skurczu pierścienia przewężnego odprowadzenie staje się bardzo trudnym. Nigdy jednak nie należy zapominać, wskutek pośpiechu o postępowaniu bezgnilnym, nawet gdy mamy do czynienia z groźnym krwawieniem,

Nie wszyscy jednak autorzy zgadzają się, aby macica miała być odprowadzona niezwłocznie. Przeważna część autorów utrzymuje, że jeżeli stan chorej jest bardzo ciężki, a krwawienie umiarkowane, to lepiej może będzie nie robić prób odprowadzenia macicy, a wtłoczyć wyciętą macicę do pochwy i zatamponować gazą jodoformową. Znane są bowiem przypadki śmierci po niepomysłnych próbach odprowadzenia, a nawet po udatnym wykonaniu zabiegu pomimo braku krwawienia. Jeżeli jednak jest obfitsze krwawienie, należy próbować odprowadzenia bez względu na stan chorej, gdyż po odprowadzeniu łatwiej opanować można krwawienie przez wytamponowanie macicy gazą jodoformową.

Co się tyczy techniki odprowadzania wyciętej macicy, to odprowadzanie nie napotyka trudności, jeżeli odprowadzamy macicę bezpośrednio lub w czasie krótkim po wycięciu, bez względu na to, czy stosujemy metodę zwykłą, mianowicie wtłaczania dna pięścią, wprowadzoną do pochwy, czy też ujmujemy wyciętą macicę końcami wszystkich palców i staramy się przepchnąć przez ujście maciczne najpierw te części macicy, które wyszły najpóźniej, a potem stopniowo zbliżamy się do dna i wtłaczamy dno (KILIAN — M. CLINTOCK — SPIEGELBERG). Jeżeli macica jest wiotką, to każda metoda doprowadzi do celu. Drugą ręką dla kontroli należy trzymać na brzuchu. Jeżeli chora bardzo napina powłoki brzuszne, to trudno obejść się bez uspienia chloroformowego. Pod żadnym pozorem nie należy forsować odprowadzenia, gdyż z powodu wiotkiej tkanki macicznej łatwo można palcami przedziurawić macicę (przypadki opisane przez WANNERA). Po odprowadzeniu pobudzać należy macicę do skurczów (ergotyna w dużych dawkach); o ile jest atonia to trzymać pięść w macicy i ma-



sować ją drugą ręką przez powłoki brzuszne, przy uporczywej atonii tamponować ściśle macicę, tembardziej, że czasem wyciowanie ma skłonność do nawrotów.

O ile próby odprowadzenia macicy zawiada, należy potem uciec się do systematycznego odprowadzania za pomocą balonu gumowego lub systematycznego tamponowania gazą jodoformową. W literaturze opisane są przypadki, kiedy po nieudanej próbie odprowadzenia macicy dokonano niezwłocznie po wyciowaniu całkowitego jej wyluszczenia (FRAIPONT). Do takiego rękoczynu pobudzić powinno jednak tylko groźne, nie dające się opanować krwawienie, lub ciężkie uszkodzenia macicy, powstałe po próbach odprowadzenia (przedziurawienia — przypadki WANNERA), lub zakażenie (gangrena macicy). W ciężkich przypadkach atonii można starać się opanować krwawienie przez obciążenie szyi macicznej rurą gumową.

Co się tyczy metody odprowadzania operacyjnego, to nie wdając się w szczegóły, gdyż przekracza to ramy artykułu niniejszego, zaznaczę, że klasyczną jest metoda pochwo-wa, opisana przez KÜSTNERA i zmodyfikowana potem przez WESTERMARK-BORELIUSA. Metoda brzuszna jako bardziej skomplikowana, ma mniej zwolenników, acz polecana jest przez niektórych autorów (COE, CURRIER, GROSS i inni).

#### LITERATURA.

- Schauta: Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. v. Winckel. Lehrbuch der Geburtshülfe.  
Schuhmacher. Zur Kasuistik der puerperalen Uterusinversion. Centralb. f. Gynäkol. 1901.  
Geissler. Inversio uteri completa puerperalis. Deut. med. Woch., 1901.  
Boissard et Dubrisay. Inversion utérine puerpérale complète. Bull. de la soc. d'obst. 1902.  
Czarkowski. Całkowite wyciowanie macicy podczas porodu. Gazeta lekarska. 1896.

Rapczewski. Prolapsus uteri totaliter inversa sub partu. Gazeta lekarska. 1896.

Rogowicz. Inversio uteri completa. Medycyna. 1896.

Sachs. Inversio uteri. Medycyna. 1896.

---

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Berlińskiego (dyrektor prof. d-r Jadassohn).

### O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura.

Przyczynek eksperymentalny do zmian gruzliczopodobnych tkanki tłuszczowej podskórnej.

Podał

D-r med. J. Leyberg (Łódź).

(Dokończenie — Zob. Nr. 38).

Następną cechą, odróżniającą przewlekłe zapalenie tkanki tłuszczowej podskórnej, od jej zwykłego zaniku, jest obecność w niej komórek olbrzymich, o uderzającym podobieństwie do komórek olbrzymich typu LANGHAUSA. Miejscami spotykamy te komórki olbrzymie w postaci ściśle odgraniczonych ognisk, wypełniających silnie powiększone i złane ze sobą światła komórek tkanki tłuszczowej. Ogniska takie robią wrażenie młodych gruzelków nabłonkowych gruzlicy prosówkowatej.

Ani CZAJEWICZ, ani FLEMMING nie wspominają w swoich pracach nic o podobnych obrazach tkanki tłuszczowej. SZIDACHI, który badał zmiany zanikowe tkanki tłuszczowej na skórze wygłodzonych trupów i częściowo powtórzył doświadczenia FLEMMINGA, mógł wprawdzie skonstatować wszystkie opisane przez FLEMMINGA rodzaje zaniku tkanki tłuszcz-



czowej, lecz ani razu nie widział przytem obrazów, które by wskazywały na chociażby najbardziej oddalone podobieństwo do zmian gruczliczych. SZIDACHI nie wyłącza kategorycznie możliwości, że w tkance tłuszczowej podskórnej mogą występować obrazy o budowie podobnej do gruczliczej i w sprawach nie specyficznie gruczliczych, przypuszcza on jednak, że do wystąpienia zmian tych konieczne są jeszcze inne warunki, prócz tych, które mogą wywołać zwykły zanik bujania.

Ze względu na to, że w literaturze klinicznej ostatnich kilku lat spotykamy opis obrazów w tkance tłuszczowej, mających uderzające podobieństwo do gruczlicy, pozwolę sobie pokrótce przytoczyć i krytycznie oświetlić te dostępne mi z literatury przypadki, w których jest mowa o tych zmianach.

Przypadki te dotyczą osobliwych, klinicznie bardzo rzadko dających się obserwować, tworów węzłowatych w tkance podskórnej i przeważnie obrazów chorobowych, opisanych jako erythème indurée.

PFEIFER obserwował 23-letnią przedtem zupełnie zdrową kobietę, która w miarę stopniowej utraty sił dostawała na policzkach, na piersiach, następnie na wszystkich 4-ch kończynach wyraźnie wyczuwalne stwardnienia skóry, które w przeciągu roku dosięgły wielkości orzechów laskowych i stały się trochę bolesnymi, skóra zaś je pokrywająca utraciła swą przesuwalność przyjmując zabarwienie sine. Pprzymiot i gruczlica wyłączone. Badanie mikroskopowe tych węzłów wykazało obok zmian w tkance łącznej o charakterze przewlekłym zapalnym wszystkie stadia zaniku tłuszczu w tkance tłuszczowej podskórnej, przeważnie zaś zanik bujania, który podług PFEIFERA, miejscami wykazywał histologiczne podobieństwo do ognisk gruczliczych. Wygląd mikroskopowy odgraniczonych nacieków przypominał swoją wielkością, formą i budową prosówkowate ogniska gruczlicze. Podo-

bieństwo to było zwłaszcza tam uderzające, gdzie pojedyncze komórki tłuszczowe znajdowały się w pewnym okresie zaniku bujania. W tem stadium komórki tłuszczowe podobne są do komórek olbrzymich, jakie widzimy w ogniskach gruczliczych. W przypadku tym przychodzi PFEIFER do wniosku, że przyczyny wszystkich dostrzegalnych tutaj klinicznie objawów należy szukać w sprawie zapalnej, zlokalizowanej w tkance tłuszczowej podskórnej, która pod wpływem bodźca zapalnego ulega wyżej opisanym zmianom wstecznym.

ROTHMAN opisuje przypadek, dotyczący 52-letniego mężczyzny, cierpiącego od 8 lat na nawroty gośćca chronicznego. Podczas jednego napadu wystąpiły na nogach, brzuchu, plecach i piersiach guzowate, na ucisk bolesne stwardnienia skóry, wielkości soczewicy—do laskowego orzecha, z których większość w przeciągu 2 tygodni sama przez się zginęła. Natomiast pod prawą pachą wytworzył się w krótkim czasie szybko rosnący, twardy, na ucisk bolesny guz, wielkości pięści, pokryty skórą zaczerwioną; guz ten zginął sam dopiero po upływie pół roku, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów. Badanie drobnowidzowe tego wielkiego guza nie wykazało nic innego, jak tylko wszystkie opisane przez FLEMMINGA okresy zaniku tkanki tłuszczowej. Z opisu tych ostatnich trudno jest znaleźć jakiegokolwiek podobieństwo do ognisk natury gruczliczej. ROTHMAN sam nic też o nich nie wspomina.

Również żadnych zmian, podobnych do gruczlicy, natomiast wybitny zanik tkanki tłuszczowej podskórnej obok licznych torbielowych zagłębień, opisał KRAUS w wyżej wspomnianym przypadku guzikowatych zgrubień skóry, porozrzuconych na całym ciele u pewnej 15-letniej pacjentki, cierpiącej na pęcherzycę. Przypadek ten był pierwszym w literaturze dermatologicznej, w którym wogóle zostały uwzględnione zmiany zanikowe



tkanki tłuszczowej podskórnej. Odnosnie do klinicznego znaczenia tych drobnowidzowych zmian tkanki tłuszczowej jest KRAUS zdania, że tych ostatnich nie należy uważać jako *morbis sui generis*, lecz li tylko jako objaw właściwy rozmaitym cierpieniom, prowadzącym do ciężkiego wyczerpania sił organizmu. Ze względu jednak na to, że podobne zmiany w tkance tłuszczowej były obserwowane przez różnych autorów i obok istotnych zmian gruźliczych, wypowiada KRAUS przypuszczenie, że zmiany te w tkance tłuszczowej mogą wystąpić nie tylko jako objaw w wyżej wspomnianych ogólnych cierpieniach ustroju, lecz również mogą one towarzyszyć miejscowym sprawom chorobowym, pomiędzy którymi należy uwzględnić i gruźlicę skóry. W innym przypadku, dotyczącym gummatu tkanki podskórnej, opisuje KRAUS obok zaniku bujania w tkance tłuszczowej obrazy podobne do gruźlicy. Obrazy te przedstawiały się jako zbite ogniska komórek nabłonkowatych i olbrzymich.

PELAGATTI badał pod mikroskopem 2 przypadki chronicznego *mastitis*, z których jeden był pochodzenia gruźliczego, drugi był zwykłym zapaleniem niespecyficznym. W obu przypadkach drobnowidzowe zmiany w tkance tłuszczowej podskórnej były tak identyczne, że na mocy ich niepodobieństwem było odróżnić je od siebie.

HARTTUNG i ALEXANDER widzieli w erythema Bazin obrazy podobnej do gruźlicy budowy, które jednak autorowie ci rozpoznają jako z pewnością nie gruźlicze. Były to mianowicie te miejsca w tkance tłuszczowej, w których światło komórek, zawierające komórki olbrzymie, nie zupełnie wyraźnie odgraniczone były od otoczenia, leżąc bardziej rozlanie w tkance, która dzięki wielkiej ilości podobnych do nabłonkowatych komórek tłuszczowych i licznych leukocytów, budową swoją przypominała tkankę gruźliczą. Autorzy

ci wyłączają jednak gruźlicę, ponieważ te komórki olbrzymie przy dokładniejszym badaniu dały się odróżnić od komórek Langhauusa i leżały w przestrzeniach, odpowiadających pierwotnym komórkom tłuszczowym.

HIRSCH widział w erythema Bazin właściwe komórki olbrzymie, których od komórek typu Langhauusa nie mógł odróżnić. Nigdy jednak nie spotykał przy tem konglomeratów tych komórek i istotnych gruzelków z wyraźną nekrozą.

KRAUS podaje w innej swej pracy 4 przypadki erythema Bazin, w których wszystkie dane kliniczne i bakteryologiczne przemawiały przeciw ich gruźliczej naturze.

Obrazy mikroskopowe wszystkich tych czterech przypadków wykazywały uderzające histologiczne podobieństwo do gruźlicy: obok właściwych komórek olbrzymich o wyglądzie komórek Langhauusa znajdowała się tkanka nekrotyczna prawie zserowaciała, którą KRAUS uważa za ostatni efekt zmian zanikowych tkanki tłuszczowej.

Autor ten wyłącza jednak z wszelką stanowczością histologiczne rozpoznanie gruźlicy, ponieważ *primo*: komórki olbrzymie znajdowały się wyłącznie w obrębie płacików tłuszczu, *secundo*: dały się w nich wykazać ślady tłuszczu w postaci delikatnych kropelek. Na zasadzie tych zmian drobnowidzowych przychodzi KRAUS do wniosku, że przynajmniej w niektórych przypadkach, rozpoznawanych jako erythema induratum mamy do czynienia li tylko ze schorzeniem tkanki podskórnej tłuszczowej w kierunku zaniku bujania, „a nie ulega wątpliwości, że te uderzająco do gruźlicy podobne obrazy, mogły wystarczyć niejednemu badaczowi, aby je rozpoznał, jako istot-



nie gruzlicze i tem samym wypowiedzieć się za gruzliczą naturą tego cierpienia”.

Jak widzimy z przytoczonej tutaj literatury, różne kryteria histologiczne służyły powyższym autorom za punkt wyjścia do rozpoznania w tkance tłuszczowej podskórnej zmian podobnych do gruzlicy. HARTUNG i ALEXANDER mówią o niezupełnie ściśle odgraniczonych ogniskach komórek nabłonkowatych i olbrzymich, w tych ostatnich jednak mogą autorowie ci rozpoznać komórki, różniące się od komórek Langhousa. PFEIFER i HIRSCH mówią o podobieństwie do gruzlicy na zasadzie li tylko obecności w podskórnej tkance tłuszczowej komórek olbrzymich, ponieważ te ostatnie wyglądem swoim nie różniły się od komórek Langhousa (HIRSCH), względnie, jak twierdzi PFEIFER, wyglądały one niezwykle podobnie do komórek olbrzymich, spotykanych w gruzelkach gruzlicy prosówkowatej. KRAUS w jednym przypadku wyprowadza to podobieństwo do gruzlicy z obecności komórek nabłonkowatych i olbrzymich, ponieważ te ostatnie miały uderzające podobieństwo do komórek Langhousa, w innych natomiast widział nawet wszystkie kryteria obok siebie, które by mogły najprędzej przemawiać, za gruzlicą mianowicie obok tkanki nekrotycznej, robiącej wrażenie prawie zserowaciałej, komórki nabłonkowate i olbrzymie, uderzająco podobne do komórek LANGHOUSA.

Zdaje mi się, nie mam potrzeby zbytnio się rozwodzić nad tem, że sama obecność komórek olbrzymich w skórze nie upoważnia nas do rozpoznania w niej zmian podobnych do gruzlicy, ponieważ wiemy dziś, że nawet najbardziej typowe komórki olbrzymie nie stają w wyłącznym przyczynowym związku z gruzlicą, spotykamy je bowiem również w sprawach chorobowych, nie mających z gruzlicą nic wspólnego (*acne indurata*, *pseudoxantoma elasticum*, *mycosis fungoides*,

*blastomycosis*, *lues*, *lepra* etc.), tembardziej zaś, jeżeli je znajdujemy w tkance podskórnej. JADASSOHN i PHILIPSON widzieli komórki olbrzymie w tkance podskórnej w erythema *nodosum*. Sądząc z opisu ich w przypadku JADASSOHN, przypuszczam, że były to te same właśnie komórki olbrzymie w tkance tłuszczowej, które powstanie swoje zawdzięczają zmianom zanikowym tkanki tłuszczowej i które sam mogłem obserwować w otrzymanych przezemnie doświadczalnie preparatach w bardzolicznej ilości. „Leżały one w znacznej ilości w płacikach tłuszczu, posiadały przeważnie jądra obwodzie i stosunkowo regularnie wodniczkwatą protoplazmę”. (JADASSOHN).

Znacznie więcej znaczenia natomiast miałyby dla przyjęcia zmian istotnie gruzliczych charakterystyczne ułożenie komórek nabłonkowatych i olbrzymich obok jednoczesnej martwicy, jak to KRAUS opisuje w wyżej przytoczonych przypadkach, rozpoznanych przez niego, jako erytheme Bazin. W preparatach moich, pochodzących ze skóry szczura, widziałem wprawdzie w pewnym stadium przewlekłego zapalenia nietylko liczne komórki olbrzymie, lecz również ściśle odgraniczone ogniska komórek olbrzymich i nabłonkowatych, odpowiadające swoim ułożeniem silnie powiększonym światłom pierwotnych komórek tłuszczowych. Powstanie takich ognisk możemy sobie łatwo wyobrazić, jeśli pomyślimy sobie przypadkowe ułożenie zanikowych komórek tłuszczowych wyglądem swoim przypominających komórki nabłonkowate obok komórek olbrzymich; powstałych również z zanikowych komórek tłuszczowych, w obrębie jednego i tego samego światła. Charakterystyczne ułożenie tych elementów komórkowych jedno-



II medali  
w tem 5 złotych.

APTEKA

Dyplom honorowy ]  
1908 r.

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

Jerozolimska 27, róg Kruczej  
poleca

Dragées Arrenali 0,01  
 " extr. Cascar. Sagr. fluid 0,5  
 " " Hydrast. Canad. 0,5  
 " " Camphor. bromat. 0,05  
 " " Ichtyoli 0,05  
 " Hydrastinini hydrochlor 0,025  
 " Natri kakodylici 0,025.  
 " Pepsini 0,05 c. acid. muriat.  
 " Lecithini-ovo 0,05  
 Specyalne cenniki na żądanie gratis i franco.

# PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach  
flakon 60 past.

$(C^6H-CO^2H)^2 AzH < \begin{matrix} CH_2 & CH_2 \\ | & | \\ CH_2 & CH_2 \end{matrix} > AzH$

GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.  
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.

ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.

Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italskańska 14.

# OUATAPLASME

D-ra E. LANGLEBERTA

Zalecony we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji  
NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY

STERYLIZOWANY PRZY 130°

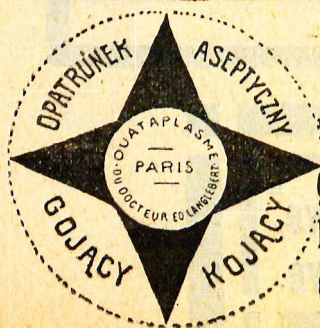
Wykonywa się w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

**Chorób skórnych: OSTRYCH I PRZEWLEKLYCH (Wyprysk, wysypki)**

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

**Chorób oczu: Zapalenie łącznicy i rogówki**

Główna Agentura G. POMMIER — Petersburg — Italskańska 14.





**TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ**  
PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA  
NIESTRAWNOŚĆ  
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA)  
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT  
ZAPALENIE OKRĘŻNICY  
LECZENIE GRUŻLICY  
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 GRANULÉE

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIŁULKACH.  
KRZYWICA,  
PRÓCHNIENIE KOŚCI  
PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY  
GRUŻLICA 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.—Odesa. Z. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerne i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: **DALLOZ & C<sup>ie</sup>** 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

MACZKA

**NESTLÉ**

MLECZNA

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

D-ra Franciszka Vesely'ego.

**SZARATICA**

Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warszawa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

Glicerofosfat ziarnisty Magistra Klawe.

Glicerofosf. ziarn. z żelazem Magistra Klawe.



częściej obok nekrozy nie widziałem w moich preparatach ani razu. Nie chcę tem powiedzieć, abyśmy takie ogniska mieli uważać koniecznie za istotnie gruźlicze; przypuszczam jednak że nie dadzą one się wytłumaczyć li tylko zmianami zanikowemi tkanki tłuszczowej nawet przy przewlekłych stanach jej zapalenia, a to z następujących względów:

1) Mimo to, że badałem zmiany przewlekłe zapalne tkanki tłuszczowej przez dłuższy czas, nie udało mi się w preparatach moich ani razu zaobserwować takiego jej stanu, w którym by zmiany zanikowe tkanki tłuszczowej były posunięte aż do jej rozpadu nekrobiotycznego. Przeciwnie, mogłem się przekonać, że bardzo odporne elementy komórkowe, pochodne od komórek tłuszczowych, zachowały swój charakterystyczny wygląd nawet w ogniskach rozpadowych i ropniach, jak było w skrawkach skóry królików, którym wstrzykiwałem głęboko pod skórę 4%owy kalomel. Dlatego też przypuszczam, że to, co KRAUS nazywa ostatecznym rezultatem zaniku bujania, nie jest niczem innym, jak nekrobiotycznym rozpadem tkanki międzyprzestrzeniowej, nie mającym z zanikiem bujania nic wspólnego i wywołanym przez inne czynniki, niż te, które zdolne są zanik bujania wywołać, jakkolwiek oczywiście czynnikiem tym niekoniecznie być musi gruźlica. Ostateczny rezultat zaniku bujania jest nam właściwie nieznany, nie jest nim nawet, co by się najprawdopodobniej wydawać mogło, gotowa tkanka łączna, ponieważ komórka zanikowa może wprawdzie, ale nie musi nawet przy dłuższem trwaniu procesu zanikowego przekształcić się w komórkę łącznotkankową. Pewnem jednak wydaje mi się, że jest on w znaczeniu wstecznej metamorfozy tworem bardzo odpornym i nie

zdradza wielkiej tendencji do obumarcia i rozpadu.

2) Ani ułożenie komórek olbrzymich w obrębie płacików tłuszczu, ani obecność w nich kropelek tłuszczu nie mogą być miarodajnym dowodem tego, że są one koniecznie wywołane wyłącznie przez tę niespecyficzną przyczynę, która jest w możności wywołać zanik bujania. Przypuszczając bowiem, że mamy istotnie doczynienia z oddziaływaniem zarazka gruźliczego na tkankę tłuszczową, t. j. z lokalizacją sprawy gruźliczej w terytoryum tkanki tłuszczowej, nie powinno to nas wcale dziwić, jeżeli wtenczas komórki olbrzymie, wywołane przez gruźlicę, znajdujemy w obrębie płacików tłuszczu.

W takim zaś razie obecność kropelek tłuszczu w komórkach olbrzymich przemawiałyby tylko za tem, że te gruźlicze komórki olbrzymie powstały z komórek tłuszczowych, w których następnie dopiero utworzyły się kropelki tłuszczu, t. zw. krople poboczne FLEMMINGA zupełnie tak samo, jak to bywa w niespecyficzej komórce olbrzymiej, pochodzenia tłuszczowego. Zresztą krople tłuszczowe w komórkach olbrzymich pochodzenia gruźliczego nie przedstawiają nic niezwykłego, były one bowiem już obserwowane przez HAGEMEISTRA, ROSENTHALA i G. HERXHEIMERA w gruźelkach płucnych. Dlatego też przypuszczam, że kryteria histologiczne, które nam KRAUS przytacza, jako przemawiające przeciwko gruźliczej naturze swoich przypadków, nie wystarczają, aby można było te wyżej przytoczone, skombinowane z nekrozą zmiany uważać jako z pewnością niegruźlicze, lecz wywołane przez zanik bujania.

Na zasadzie tego, com wyżej powiedział o stosunku zmian chronicznie zapalnych niespecyficznych do tychże zmian natury gruźliczej w tkance tłuszczowej podskórnej, przechodzę do wniosków następujących:



I) Przy obecnym stanie wiedzy histologicznej jest częstokroć rzeczą niemożliwą proces specyficznie gruźliczy, zlokalizowany w podskórnej tkance tłuszczowej, odróżnić od zapalenia chronicznego o charakterze zwykłym, niespecyficznym. Są to mianowicie te przypadki, w których zmiany histologiczne przedstawiają się jako ogniska komórek nabłonkowatych i olbrzymich bez jednoczesnej nekrozy tkanki. Ogniska takie mogą występować w przebiegu zmian zanikowych tkanki tłuszczowej podskórnej przy zwykłym, niespecyficznym jej zapaleniu w obrębie silnie zwiększonych pierwotnych światłał komórek tłuszczowych, możliwe one jednak są i w zmianach istotnie gruźliczych tkanki tłuszczowej (prawdopodobnie i w innych chronicznie infekcyjnych sprawach — *sypilis nodosa?*), o ile zmiany te występują jako młode gruzelki, nie uległe jeszcze nekrozie. Ułożenie komórek olbrzymich wyłącznie w warstwie tłuszczowej, ani obecność w nich kropelek tłuszczu nie przemawiają bezwzględnie przeciwko istotnie gruźliczemu pochodzeniu tych ognisk.

II) Charakterystyczne ułożenie takich ognisk obok jednoczesnej nekrozy w stanach chronicznie zapalnych niespecyficznych tkanki tłuszczowej obserwowane się nie daje. O ile ogniska takie spotykamy w erythema *indurata* musimy uważać je za podejrzaną nawet wtenczas, jeśli przypadkom tym w znaczeniu klinicznym brak wszelkich danych, przemawiających za jej związkiem z gruźlicą, ponieważ znane nam są przypadki tego cierpienia, w których związek z gruźlicą klinicznie nie da się zaprzeczyć, mimo to zmiany histologiczne w nich zupełnie zawodzą.

III) W przypadkach, w których ani klinika ani histologia nie nasuwają nam najmniejszego nawet podejrzenia na gruźlicę (RAVEANT, WHIETFELD, PICK), musi zachodzić wątpliwość, czy słusznym jest rozpoznawać

je jako erythema Bazin, czy też są to zupełnie inne jednostki chorobowe, nie mające z e. B. nic wspólnego, a nie ujęte jeszcze dziś w ścisłe ramy nozologiczne.

Szanownemu prof. JADASSOHNOWI za cenne wskazówki i żywe interesowanie się tą pracą składam na tem miejscu moje serdeczne podziękowanie.

## LITERATURA.

Czajewicz. Mikr. Untersuchungen über die Textur, Entwicklung, Rückbildung und Lebensfähigkeit des Fettgewebes. Arch. f. Anatomie und Physiologie. 1866.

Flemming. Ueber die Veränderungen der Fettgewebe bei Atrophie und Entzündung. Virchow's Archiv. Bd. 52. 1871.

Flemming. Weitere Mittheilungen zur Physiologie und sein Verhalten an Entzündungsherden. Bd. 56. 1872.

Hartung und Alexander. Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin. Arch. f. Dermat. und Syphilis. Bd. 60. 1902.

Hartung und Alexander. Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des. Er. ind. Bazin. Arch. f. D. und S. Bd. 71.

Hirsch. Erythema induratum. Arch. f. D. u. S. Bd. 75.

Jadassohn. Die Tuberkulose der Bazin. Mraček. Handbuch der Hautkr. Bd. IV. 1903.

Kraus. Ueber entzündliche Knotenbildung in der Haut mit umschriebener Atrophie des Fettgewebes. Arch. f. Derm. und Syphilis. Bd. 66. 1903.

Kraus. Weitere Untersuchungen ueber die entzündliche Atrophie des subc. Fettgewebes. Arch. f. D. u. S. Bd. 72. 1904.

Kraus. Beiträge zur Histologie und Klinik der Erkrankungen des Unterhautfettgewebes. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. 27. 1906. Heft 3

Pfeiffer. Ueber einen Fall von herdweiser Atrophie des subc. Fettgewebes. Deutsches Arch. f. klin. Medicin. Bd. 50. 1892.

Pelugatti. A proposito di un caso di sarwide sottocutaneo del Darier. Giornale ital. del. malat. Vener. e della Pelle. Fasc. IV. 1907.

Rothmann. Ueber Entzündung und Atrophie des subc. Fettgewebes. Virch. Arch. Bd. 136. 1904.



Pick W. Ueber die persistierende Form des Erythema nodosum. Arch. f. D. und. Syp. Bd. 72

Schidachi. Ueber die Atrophie des subc. Fettwebes. Bd. 90. 1908.

Suzuki. Ueber die Veränder. des subc. Bin-

degew. nach Injection von schwefelhaltigem jodöl. Arch. f. D. und Syph. Bd. 83. 1908.

Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten.

Lubarsch und Ostertag Ergebnisse der pathol. Anatomie.

## STRESZCZENIA.

### Medycyna wewnętrzna.

#### 168. Glaessner. Dyagnostyka zachorowań trzustki.

Pomimo nowych zdobyczy patologii doświadczalnej dyagnostyka zachorowań trzustki w wielu razach jest jeszcze bardzo utrudnioną i może doprowadzić do celu tylko na podstawie znajomości i zastosowania wszystkich znanych nam w tej sprawie danych. Autor przytacza mianowicie z jednej strony dane fizyologiczne, z drugiej zaś strony objawy schorzenia trzustki.

I. Dane fizyologiczne. Sok trzustkowy jest obok soku żołądkowego najważniejszą wydzieliną gruczołową ustroju. Brak tej wydzieliny wywołuje też wybitne zaburzenia. Rozróżniamy, jak wiadomo wydzielinę wewnętrzną i zewnętrzną trzustki. Pierwsza odgrywa wybitną rolę w spalaniu węglowodanów w ustroju, jakkolwiek nie wiemy jeszcze dokładnie czy działanie jej w tym kierunku jest bezpośrednie czy też przez pośrednictwo innych organów, np. wątroby. W każdym razie brak tej wydzieliny wywołuje moczówkę cukrową. Wydzielina zewnętrzna trzustki przedstawia się w postaci bezbarwnego przezroczystego płynu o małej zawartości białka i substancji suchej, o odczynie wyraźnie alkalicznym; alkaliczność soku trzustkowego ściśle odpowiada kwasowi soku żołądkowego. Ilość dobową soku trzustkowego wynosi 600 — 800 ctm. sz., i zależy od rozmaitych czynników. Przedewszystkiem odgrywa tu rolę rodzaj pożywienia: węglowodany wywołują najobfitszą wydzielinę, substancje białkowe mniej obfitą, a tłuszcze najmniejszą.

Tak dzieje się u zwierząt, czy jednak to samo odbywa się i u człowieka, to wymaga jeszcze dokładniejszego sprawdzenia. Najważniejszym czynnikiem w wywoływaniu wydzieliny trzustkowej jest niewątpliwie kwas solny soku żołądkowego. Działa on bądź bezpośrednio na trzustkę drogą odruchową (PAWŁÓW), bądź może pośrednio, aktywując prosekretynę, zawartą w śluzówce kiszek, zamieniając ją na sekretynę, która na drodze krwobiegu powoduje wydzielanie soku trzustkowego (BAYLISS i STERLING). Sok trzustkowy zawiera szereg bardzo ważnych fermentów, a mianowicie ferment trawiący białko, czyli trypsynę, która znajduje się w soku trzustkowym w stanie nieczynnym w postaci t. zw. protrypsyny, uruchomianej przez sok kiszkowy resp. zawartą w nim kinazę, ferment diastatyczny (diastazę), przeprowadzający krochmal w maltozę, przechodzącą następnie pod działaniem inwertyny, zawartej w soku kiszkowym w cukier gronowy i ferment, rozszczepiający tłuszcze — lipazę, której nie zawiera żaden inny sok naszego ustroju. U zwierząt sok trzustkowy zawiera jeszcze podpuszczkę, którą znajdowano podobno i u ludzi w stanie profermentu, wreszcie znajdujemy w soku trzustkowym hemolizynę i jakieś składniki toksyczne, szybko zabijające zwierzęta, którym wstrzyknięto sok trzustkowy do otrzewny, kwasy silnie pobudzają, alkalia zaś wybitnie hamują wydzielanie soku trzustkowego; adrenalina i atropina są w stanie zupełnie zahamować wydzielinę.

II. Objawy zachorowań trzustki. 1) Ogólne objawy dzieli autor na subiektywne i obiektywne; do pierwszych należą, ból i skar-



gi dyspeptyczne w postaci braku apetytu, uczucia pełności, wstręt do mięsa i t. p. najważniejszym objawem obiektywnym jest obecność guza w okolicy trzustki; pozatem możemy mieć żółtaczkę, nieraz nienormalne pigmentację w skórze, ślinotok, dalej wychudnięcie, wymioty, biegunkę, nieraz krwawą, jako objawy mniej ważne w sensie dyagnostycznym, wreszcie lipuryę, brak indykanu i kwasów etero-siarczanych w moczu. Autor zwraca uwagę specjalną na trzy następujące objawy obiektywne, które wprawdzie zdarzają się nie często, ale zato są niezawodne, a mianowicie 1) obecność kamieni trzustkowych w kale, o szarawo-białem zabarwieniu i o znacznej zawartości wapnia, 2) obecność fistuły trzustkowej, t. j. wydzielającej sok trzustkowy (po urazie lub operacji) i 3) wymiociny w postaci przezroczystego płynu, zawierającego fermenty trzustkowe.

2) Objawy wypadnięcia czynności trzustki: dotyczą one bądź wydzieliny wewnętrznej, bądź też zewnętrznej. Najważniejszym z nich jest cukromocz. Wiele hałasu narobił w ostatnich czasach t. zw. odczyn CAMMIDGEA, polegający na tem, że mocz, bezpośrednio nie reagujący z fenylhydrazyną, daje ożazony po zagotowaniu z kwasem solnym. Jaki rodzaj cukru odgrywa tu rolę dokładnie jeszcze nie wiadomo, zresztą co do wartości tej próby zdania są bardzo podzielone: autor nie przypisuje jej większego znaczenia dyagnostycznego. Drugim ważnym objawem braku czynności trzustki jest t. zw. azotorrea, t. j. niedostateczne trawienie białka i utrata znacznych ilości azotu z kałem; kał zawiera wtedy b. dużo niestrawionych włókien mięsnych: objaw ten nie jest jednak patognomicznym dla cierpień trzustki i zdarza się również w chorobach kiszki. Ważne znaczenie ma natomiast obecność znacznej ilości tłuszczu w kale (steatorrhea) w postaci kropel, kryształów kwasów tłuszczowych lub mydeł. Kał taki bywa bardzo obfity, szary, wybitnie cuchnie i posiada zazwyczaj kwaśny odczyn. BRUGSCH przyjmuje, że utrata tłuszczu w ilości nie przenoszącej 45% przemawia za zajęciem dróg żółciowych: przy wyższych utratach należy myśleć o zajęciu trzustki. *Ex juvantibus* można się poniekąd

kierować działaniem pankreonu lub pankreatyny. Wybitne znaczenie ma, zdaniem autora, zachowanie się lecytyny w kiszki: normalnie sok trzustkowy ją rozszczepia, przy braku tego soku prawie całkowicie wydziela się z kałem.

III. Metody czynnościowo-dyagnostyczne. Dotyczą one zarówno wydzieliny wewnętrznej, jako i zewnętrznej. Dla pierwszej posiada tu znaczenie cukromocz pokarmowy; próbą tą możemy się jednak kierować tylko przy wyniku dodatnim. Podobnie rzecz się ma z próbą adrenalinową LÖWIEGO; po wkropleniu adrenaliny do worka łącznicowego ma występować przy zajęciu trzustki wybitne i długotrwałe rozszerzenie źrenicy. Liczniejsze są próby, dotyczące wydzieliny zewnętrznej; dawniej stosowano t. zw. próbę salicylową; polegającą na wprowadzeniu salicynu, przeprowadzanego normalnie przez trypsynę w kwas salicylowy, i poszukiwaniu tegoż w moczu: próba ta nie ostała się. SAHLI poszukuje trypsyny przy pomocy kapsulek glutoidowych, które mają się rozpuszczać pod działaniem soku trzustkowego, a nie żołądkowego, i uwalniać wtedy swą zawartość np. jodoform, błękit metylowy, wykrywany potem w moczu. I tu próba nie jest pewną, gdyż kapsułki glutoidowe rozpuszczają się nieraz już w żołądku, a nieraz przechodzą przez kiszki nierozpuszczone nawet w obecności soku trzustkowego. MÜLLER i SCHLUCHT, poszukują trypsyny w kale przy pomocy próby trawiennej, WOHLGEMUT opiera się na zawartości diastazy w kale, NOORDEN na zachowaniu się podawanych tłuszczów, VOLHARD poszukuje soku trzustkowego w żołądku po wprowadzeniu do żołądka czystej oliwy, w większych ilościach, wreszcie SCHMIDT opiera się na zachowaniu się jąder, które przy braku soku trzustkowego pozostają zwykle nie strawione. Wszystkie te próby mogą mieć znaczenie tylko względne w zestawieniu jednak z obrazem klinicznym choroby ułatwiają niewątpliwie rozpoznanie.

(Med. klinik. 1910 Nr. 29).

169. Pieper. Odróżnienie płynu wysiękowego od przesiękowego przy pomocy próby z kwasem octowym.

Próba omawiana istnieje w dwu modyfik-



kacych, które jednakowo polegają na wytworzeniu się strątu w płynach wysiękowych pod wpływem słabego kwasu octowego. Co do natury samego strątu istnieje jeszcze różnica zdań i niewiadomo nawet z całą pewnością, czy w obydwu odmianach mamy do czynienia z tem samym ciałem chemicznym. Jedną modyfikację podał MORITZ, inną RIVALTA. Próbę MORITZA wykonywamy w sposób następujący: do dwu centymetrów sz. płynu dodajemy 1 — 2 kropel 5% kwasu octowego; w płynach wysiękowych powstaje wtedy widoczny męt, którego brak w płynach przesiekowych; dopiero po dodaniu 4 — 5 kropli kwasu możemy otrzymać pewną opalescencję i w płynach przesiekowych. Wykonanie próby RIVALTA odbywa się w sposób następujący: do 100 ctm. wody destylowanej, zawierającej 2 krople czystego kwasu octowego, dodajemy kroplami płyn podany; o ile mamy do czynienia z wysiękiem, otrzymamy smugi mleczno-białego mętu, który nie występuje w przypadkach przesieku. Sam RIVALTA zaznacza, że próba jego do badania płynu mózgo-rdzeniowego nie nadaje się. Badania autora, dotyczące ogółem 130 przypadków w zupełności potwierdziły dokładność obydwu prób dla płynów z jamy opłucny i otrzewny: wszystkie przypadki wysięku dawały stałe wyniki dodatni, wszystkie przypadki przesieku ujemny. Próba MORITZA dawała oprócz tego dobre wyniki i z płynami mózgo-rdzeniowymi: we wszystkich przypadkach zapalnych otrzymano męt; próba RIVALTA w tych samych przypadkach dawała wynik ujemny. Zaznaczyć wreszcie należy, że obiedwie próby nadają się do badania płynów podskórnych: w 4 przypadkach przesieku płyn mętu nie dawał, podczas gdy zawartość pęcherza w przypadku róży dała wyraźne zmętnienie. Naogół zatem wartość obydwu prób jest zupełnie jednakowa z tą jedynie różnicą, że próbę MORITZA można stosować i do badań płynu mózgo-rdzeniowego.

(Münch. med. Woch. Nr. 1).

*Mieczysław Halpern.*

170 **L. Blum. O leczeniu rwy kulszowej za pomocą wstrzykiwań zewnątrzoponowych.**  
Leczenie przewlekłej i podostrej rwy

kulszowej za pomocą wstrzykiwań, uważane jest obecnie za najskuteczniejsze. Zwykle rozumiemy pod nazwą leczenia rwy kulszowej za pomocą wstrzykiwań, wstrzykiwania okołonerwowe, według metody w roku 1904 przez LANGEGO podanej. Autor stosował wstrzykiwania okołonerwowe w znacznej liczbie przypadków przeważnie z dobrym wynikiem. Wyniki ujemne otrzymywał wyjątkowo i to w przypadkach prawdziwej rwy kulszowej. Ujemny wynik trzykrotnego wstrzykiwania okołonerwowego u chorego z rwą kulszową, skłonił autora do zastosowania wstrzykiwań zewnątrzoponowych stosowanych z dobrym wynikiem we Francji od r. 1901. Metodę wstrzykiwań zewnątrzoponowych wprowadzili jednocześnie CATHELIN i SICARD. Autorzy ci starali się o osiągnięcie znieczulenia dolnej części ciała, bez wprowadzenia środka znieczulającego do worka oponowego. W doświadczeniach na zwierzętach przekonano się, że rzeczywiście można otrzymać dostateczne znieczulenie dolnej części ciała i wykonać bezbolesne operacje przez wprowadzenie kokainy do kanału krzyżowego. U człowieka znieczulenie krocza i kończyn dolnych występuje słabsze i nie wystarcza do celów operacyjnych. SICARD otrzymał zapomocą takich wstrzykiwań, zmniejszenie bólów w nerwobólach splotu lędźwiowego i krzyżowego, a CATHELIN w chorobach pęcherza moczowego.

Autor trzymał się ściśle techniki, szczegółowo opisanej przez CATHELINA.

Oddziaływanie na korzenie nerwowe, bez wniknięcia do worka oponowego jest możliwe, jeżeli wprowadzimy środek znieczulający do kanału krzyżowego. Worek oponowy sięga u dorosłego do dolnego końca 1-szego kręgu krzyżowego u dziecka zaś do 2-giego kręgu. Kanał krzyżowy wypełniają przebiegające z boku korzenie nerwowe splotu krzyżowego i sromnego, tkanka tłuszczowa i liczne sploty żyłne. Z zewnątrz można się dostać do kanału krzyżowego przez dziurę krzyżową dolną. Dziura ta ma kształt odwróconego V lub litery U, jest mniej więcej 1 ctm. szeroka i  $1\frac{1}{2}$  — 2 ctm., wysoka

Granice jej stanowią ku górze koniec średniej listwy kości krzyżowej, a z boku



dwa guziczki bocznych grzebieni krzyżowych (*cristae sacrales laterales*). Zamyka zaś dziurę tę więz krzyżowo-guziczny (*ligamentum sacro-coccygeum*). Dla odszukania dziury krzyżowej należy postępować w następujący sposób: posuwa się palec po listwie krzyżowej od góry ku dołowi i wpada się przytem nagle w zagłębienie odpowiadające otworowi. Jeszcze lepszy punkt orientacyjny stanowią dwa guziczki, jako boczne granice otworu. U osobników chudych guziczki te są widoczne a przy niezbyt dużym pokładzie tłuszczowym z łatwością dają się wymacać. Najłatwiej wyczuwa się guziczki te w ułożeniu kolano-łokciowym lub w położeniu bocznem SYMSA przy silnem zgięciu tułowia i dolnych kończyn. Do orientacji może również służyć górny koniec fałdy pośladkowej. Zwykle otwór znajduje się o 2 ctm. powyżej tego końca.

Do wstrzykiwania używa się zwykłej szprycy Record o 10 ctm. sz. pojemności i igły cienkiej, długiej 6 — 8 ctm.

W prawidłowych warunkach anatomicznych igła tej długości nie wnika wyżej niż do 2-giego kręgu krzyżowego. U dorosłego mężczyzny odległość dolnego końca kanału krzyżowego od otworu wynosi 6 — 7 ctm., a u kobiet, 6 ctm. U dzieci należy naturalne używać znacznie krótszych igieł. Autor z początku stosował 1% roztwór kokainy lub 4% roztwór stowainy, następnie zaś zwykły roztwór fizyologiczny soli kuchennej; wstrzykiwano 0,03 — 0,06 kokainy lub stowainy albo 5 — 10 ctm. sz. soli kuchennej.

Wstrzykiwania robi się choremu w ułożeniu kolanowo-łokciowym lub ułożeniu bocznem SYMSA; igłę wprowadza się z początku pod kątem 20° i przekłują się więz, następnie ją się posuwa ku górze w kierunku poziomym. Płyn zastrzykuje się powoli. Gdy się znajdujemy w kanale krzyżowym, chory doznaje często niezwykłego uczucia w kończynach, brak przytem wypuklenia skóry, jak to widzimy przy wstrzykiwaniach podskórnych. Po wyciągnięciu igły, opatruje się małą ranę kolodyonem i plastrem lepkiem. Wogóle dobrze jest ułożyć chorego na boku w stronę, po której istnieje rwa kulszowa. Poprawa występuje zwykle bardzo szybko, rzadko dopiero po 24 godzinach. We rwie

kulszowej ustępują z początku bóle w krzyżu i w udzie i znikają punkty bolesne. Czasem wstrzykiwanie nie wywiera wielkiego wpływu na bóle w okolicy unerwionej przez nerw strzałkowy. W niektórych przypadkach bóle tego samego dnia po zastrzyknięciu potęgują się, znikają jednak dnia następnego. W większości przypadków następuje natychmiastowa poprawa. Czasami wystarcza jedno zastrzyknięcie do usunięcia bólów, w przypadkach uporczywych trzeba jednak robić 3 — 5 wstrzykiwań w odstępach 2 — 3 dniowych. Porównyując wstrzykiwania zewnątrzoponowe z wstrzykiwaniami okołonervowymi autor przychodzi do następujących wniosków: 1-o wstrzykiwania zewnątrzoponowe są przeważnie bezbolesne i nigdy po nich nie zauważono gorączki. Po wstrzykiwaniach okołonervowych występuje silny ból, trwający niekiedy 24 godzin i dłużej. Spostrzegano po nich objawy ogólne i gorączkę 2-o) wstrzykiwania zewnątrzoponowe wymagają prostszych narzędzi, zwykłej szprycy z igłą 6 ctm. długości. 3-o W wielotysięcznych wstrzykiwaniach nie zauważono szkodliwych następstw, spostrzeganych po wstrzykiwaniach okołonervowych. Autor spostrzegł w 2-ch przypadkach porażenie nerwu strzałkowego. 4-o Wstrzykiwanie zewnątrzoponowe wywiera wpływ nie tylko na nerw kulszowy, lecz i na inne nerwy. Działa kojąco na bóle w okolicy krzyżowej i na istniejący jednocześnie nerwoból nerwu udowego.

Wstrzykiwanie jednorazowe zastępuje w tych razach kilkakrotne wstrzykiwania w oddzielne nerwy. Można więc je stosować nie tylko we rwie kulszowej, lecz i w nerwobólach innych nerwów kończyn dolnych. Wstrzykiwania zewnątrzoponowe były również skutecznie zastosowane w całym szeregu spraw chorobowych, połączonych z bólami w dolnej części ciała, a mianowicie: w bólach w raku kręgosłupa, w bólach żołądkowych i pęcherzowych, u chorych na wiar rdzenia i w kolce ołowianej. Liczni urolodzy uważają wreszcie wstrzykiwania zewnątrzoponowe za najlepszy sposób leczenia mimowolnego moczenia nocnego.

(Münch. Med. Woch. Nr. 32, 1910 r.).

D-r G.



### Choroby weneryczne i skóry.

#### 171. Fischer i Hoppe. O zachowaniu się preparatu Ehrlicha-Haty w ustroju ludzkim.

Autorzy robili w swoim laboratorjum badania nad wydzielaniem nowego środka z ustroju ludzkiego i doszli do następujących wniosków: w moczu paralityków, którym zastrzyknięto preparat 606, po 12—14 dniach nie znajdowali już arszeniku. Nie zależnie od jednakowej dozy zastrzykniętego środka (0,3) ilość wydzielanego arszeniku w wielu przypadkach wahała się w dużych granicach (0.02—0.07). Epileptycy z dobrą czynnością nerek wydzielają arszenik znacznie szybciej, niż paralitycy, tak, iż po 5 dniach nie można go było wykryć w moczu.

Mocz syfilityków, którym zastrzyknięto pod skórę preparat EHRLICHA (0.3), już po 10 dniach nie zawierał arszeniku.

Przy zastrzyknięciu w żyły już po 2—3 dniach arszenik znika z moczu. Przy stosowaniu nowego środka *per rectum*, znajdujemy w moczu tylko nieznaczne jego ślady.

Nie tylko z moczu wydzielą się nowy środek, spora jego ilość wydzielą się i z kałem: przy zastrzyknięciu w mięśnie 0,3 preparatu, kał w ciągu pierwszych trzech dni zawiera 0,0052 arszeniku i jeszcze nawet po 10 dniach udaje się wykryć jego ślady. Przy zastrzyknięciu w żyły, można go znaleźć w kale jeszcze po 5—6 dniach.

Według EHRLICHA nowy jego przetwór nie ma powinowactwa do narządów, przeto nie można spodziewać się aby można było znaleźć w nich, większe ilości arszeniku. Oględziny pośmiertne, dokonane na trupie chorej, której zastrzyknięto preparat przed 14 dniami, nie wykazały w istocie arszeniku w narządach wewnętrznych, natomiast w dużej ilości znalaziono go w mięśniach pośladkowych, gdzie dokonano zastrzyknięcia, z czego wynika, że przy zastrzyknięciach w mięśnie, spory zasób arszeniku może przez dłuższy czas pozostawać niepostrzeżonym. To samo znalaziono na trupie chorej w 30 dni po zastrzyknięciu.

Ze krwi preparat ten, zdaje się, tak samo prędko znika, jak z moczu i kału.

(Münch. med. Woch., 1910, N 29.)

#### 172. Alt. Technika stosowania środka syfilitycznego Ehrlicha-Haty.

Ze wszystkich sposobów stosowania nowego środka, zdaniem ALTA, najlepiej działają zastrzyknięcia w pośladki roztworu o odczynie alkalicznym. Technika przygotowania tego roztworu następująca: do wąskiego miareczkowanego cylindra o pojemności 100 ctm. sz. z wąską szyjką i szlifowanym korkiem wsypujemy około 30 perełek szklanych średniej wielkości, wlewamy 10 ctm. sz. wody przekroplonej i wsypujemy preparat EHRLICHA. Po krótkim energicznym wstrząsaniu, proszek ten dokładnie rozpuszcza się. Do roztworu tego na 0,1 preparatu dodajemy 0,5 normalnego ługu sodowego i mieszamy energicznie w ciągu  $\frac{1}{2}$  minuty. Otrzymujemy zupełnie przezroczysty, słabo alkaliczny roztwór, który za dodaniem większej lub mniejszej ilości wody przekroplonej możemy dowolnie rozcieńczyć. Ze względu na to, że środek EHRLICHA nie zawsze jednakowo rozpuszcza się, dla zupełnego rozpuszczenia jego nieraz trzeba dodać nieco więcej ługu sodowego, w innych znów przypadkach — mniej. Podany sposób przygotowania roztworu ma tę zaletę, że prędko może być przygotowany, łatwo wyjałowiony, a następnie ze względu na małą ilość ługu sodowego jest mało bolesny. Zastrzykuje się zwykle od 20 do 30 ctm. sz. na 0,3 preparatu EHRLICHA. Autor nie radzi przekraczać tej dawki, gdyż przy stosowaniu tej małej ilości otrzymał na ogół bardzo dobre wyniki, a z drugiej strony w kilku przypadkach świeżego syfilisu, gdzie u wyjątkowo zdrowych osobników zastosował 0,5, obserwował bardzo poważne powikłania, jako to podniesienie ciepłoty do 39,5 nieprawidłową czynność serca, lekkie zamroczenie i skłonność do wymiotów. Objawy te zresztą prędko przeszły, nie pozostawiając złych następstw.

(Münch. med. Woch., 1910. Nr. 34.)

Springer.



## P O L E M I K A.

**Z. Bychowski.**

Ordynator szpitala Praskiego.

### W sprawie leczenia padaczki epileptikonem D-ra Weila.

Artykuł kol. ROTTERMUNDA, zamieszczony w 28-m n-rze *Medycyny i Kroniki Lekarskiej* i omawiający — w duchu bardzo przychylnym — wymienioną w nagłówku sprawę nasuwa mi kilka uwag, któremi pragnąłbym podzielić się z czytelnikami pisma. Oczywiście, że tam gdzie chodzi o często tak beznadziejne i przewlekłe cierpienie, jakim jest swoista padaczka, każde wzbogacenie naszego zanadru leczniczego zasługuje na gorący poklask i najszersze rozpowszechnienie. Niestety tak zachwalany przez kol. R. *epileptikon* temu warunkowi nie odpowiada. Owszem jak każdy specyfik, usuwa on nieco na dalszy plan praktykowane zwykle przy padaczce postępowanie lecznicze, które dotychczas jest względnie najskuteczniejsze. Mam na myśli klasyczne leczenie postępującymi dawkami przetworów bromowych. Kol. R. bowiem jest w błędzie, kiedy pisze, że „*epileptikon* D-ra WEILA jest dotychczas mało znanym na naszym rynku”. Owszem specyfik ten jest od wielu lat i u nas w pismach codziennych reklamowany i przez wielu lekarzy stosowany. Osobiście widziałem dużo chorych, którzy używali *epileptikonu* w przeciągu wielu miesięcy i dłużej i ogólne moje wrażenie jest takie, że obecnie specyfik ten zupełnie zarzuciłem. Skoro się widzi dużo epileptyków, a zwłaszcza skoro się ma szczęśliwą okazyję spostrzegać niektórych z nich systematycznie przez całe lata, to się coraz więcej przychodzi do przekonania, że jedyną naszą bronią w walce ze swoistą padaczką jest i, prawdopodobnie, na długo jeszcze pozostanie celowe stosowanie zwykłego sodu lub potasu bromku. Całe nieszczęście polega na

tem i artykuł kol. R. jest nowym tego dowodem, że metoda stosowania tych przetworów dotychczas jeszcze nie przenikła zupełnie do świadomości ogółu lekarskiego i tem się tłumaczy to lekceważenie wielu lekarzy tej metody. Nie wolny jest od tego i artykuł kol. R. I to jest ogólnym powodem niniejszych moich uwag. Zbyt często się widzi epileptyków, którym kazano w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy brać 3 — 4 łyżki 4 — 5% roztworu soli bromowej. Takie leczenie bromowe w czambuł zwykle niedaje żadnych dodatnich wyników et deinde ira. Tymczasem za pomocą stosowania tegoż preparatu w wzrastających dawkach — przy częstej kontroli stanu ogólnego chorego, szczególnie zaś jego tolerancji dla przetworów bromowych i stopnia nasycenia nimi w danej chwili — można — nie zawsze, ale często — powiększyć wybitnie okresy wolne od napadów i złagodzić sam ich charakter. O banalnej prawdzie, że niema chorób, lecz tylko chorzy należy szczególnie pamiętać przy leczeniu chorych, dotkniętych padaczką. Tu faktycznie należy wystrzegać się wszelkiego szablonu. Są bowiem chorzy u których 3—4,0 NaBr. dziennie już w krótkim czasie wywołuje pewne nasycenie organizmu bromem i już są wystarczającymi do otrzymywania wspomnianych wyżej wyników, są zaś chorzy u których stan taki można otrzymać dopiero przy 10—12,0 i więcej jeszcze. I dopiero po dłuższym spostrzeganiu danego chorego można sobie wyrobić pewne pojęcie o skali bromowej, którą można w danym razie stosować. Należy zresztą dodać, że dieta małochlorkowa, którą jednocześnie z bromkami zalecamy, zmniejszyła nieco ogólną ilość potrzebnych bromków, ale i tu kontrola jest wprost nieodzowna, bo i pod tym względem spotykamy się z bardzo różnolitą tolerancją. Nieraz już bowiem po kilku tygodniach występują objawy charłactwa, które każą natychmiast powrócić do obfitego używania soli chlorkowych. Ale w każdym razie racyo-



nalnie prowadzone leczenie bromkami daje nieraz wcale dobre wyniki. I właśnie cała ta nie bez mozółu i trudu dająca się otrzytać indywidualizacja każdego poszczególnego przypadku zupełnie ustaje przy stosowaniu epileptikonu. Dla wielu przypadków bowiem nawet maksymalna dawka epileptikonu zawiera zbyt mało bromu. Następnie za pomocą ujemną stronę epileptikonu uważam właśnie owe połączenie żelaza z bromkiem, któremu kol. R. przypisuje zbawienny wpływ tego specyfiku. Owszem, każdy z nas podczas leczenia bromowego widzi od czasu do czasu wskazanie do zalecania przetworów żelaza i arseniku. Ale stałe używanie żelaza przez każdego dotkniętego padaczką, może być powodem wcale a wcale nie pożądanym powikłań. Mamy wszak nie mało epileptyków, u których żelazo jest wprost przeciwwskazane. Takie nieodłączne więc stosowanie żelaza wraz z bromem uważam za niefortunną myśl ze strony fabrykanta epileptikonu, tak samo jak połączenie bromków z rtęcią w niektórych specyfikach przeciwpadaczkowych. I z tego punktu widzenia epileptikon nie tylko że niedorównywa zwykłemu przetworom bromowym, ale może się stać nawet szkodliwym.

Kilka słów jeszcze o kazuistyce kol. ROTTERMUNDA, składającej się z 5-iu opisanych przypadków „dłuższy czas obserwowanych” i 4-ch innych, w których autor tak samo „otrzymał bardzo dobre wyniki,” ale które z powodu „zbyt krótkiej jeszcze obserwacji” nie są przytoczone. Jakkolwiek ani na chwilę nie powątpiewam o słuszności rozpoznań kol. ROTTERMUNDA, muszę jednakże zaznaczyć, że przytaczane przez niego historie chorób są bardzo mało przekonujące. Pod tym względem mamy obecnie daleko większe wymagania, a tam, gdzie chodzi o wyleczenie lub wybitną poprawę, przysługuje nam prawo żądać bardzo szczegółowego opisu każdego pojedynczego napadu i wszystkich poprzedzających go i towarzyszących mu objawów. Wszak kol. R. prawdopodobnie, wie, jakimi trudnościami nieraz najeżone jest rozpoznanie padaczki wogóle, ile momentów różniczkowo rozpoznawczych trzeba mieć na uwadze przy stanowczym orzeczeniu, że dany

napad drgawkowy — istotnie jest padaczkowym, a nie hysterycznym. Najmniejszy szczegół nie powinien być tu pominięty. I tylko drobiazgowy opis osobiście spostrzeżanych napadów może działać przekonująco na doświadczonego czytelnika. Wzorów takich pełno w każdej monografii o padaczce (BINSWANGER, FERÉ i t. d.). Czasami nawet pomimo osobistego spostrzeżenia napadów, albo seryi napadów nie jest się zupełnie pewnym, czy to są napady hysteryczne lub swoiste padaczkowe. Niestety, najmniej kol. R. mówi właśnie o charakterze napadów w swoich przypadkach, nie wspomina, czy je osobiście spostrzegał, czy się posiłkował tylko opowiadaniem chorego lub jego otoczenia. A wiemy wszak jak ostrożnie należy korzystać z takich właśnie opowiadań, jak otoczenie kłamie, chcąc bądź to bagatelizować niektóre zjawiska (zwłaszcza t. z. małe napady) lub przesadzać przy opisie niektórych napadów. (zwłaszcza hysterycznych. Bez tych wszystkich szczegółów historia choroby dotkniętego padaczką nie może pretendować do jakiejś wartości naukowej, a tem mniej może służyć za dowód skutecznego działania jakiegoś nowego postępowania leczniczego. Zbytecznym chyba jest jeszcze dodać, że 3—6 miesięczny wolny od napadów (jakich?) okres jest zbyt małym do wyciągania jakichkolwiek wniosków prognostycznych i terapeutycznych, bo widujemy wcale niemało epileptyków, którzy są zupełnie bez leczenia jeszcze przez dłuższe okresy wolni od wszelkich napadów. Tymczasem kol. R. mówi już o „bardzo dobrych wynikach” w 4-ch przypadkach, które jeszcze krócej spostrzegał. Na czem polegają te „bardzo dobre wyniki”, trudno się zaiste domyśleć.

Nareszcie cała ta sprawa nie jest poważoną i pewnego znaczenia społecznego. Pudełko epileptikonu, które wystarcza najwyżej na 3 — 4 tygodnie, (pudełko zawiera zdaje się 90 proszków), kosztuje w Warszawie 4 ruble. I widywałem biedaków, którzy sobie odmawiali najniezbędniejszych rzeczy, żeby tylko móc złożyć co parę tygodni 4 rublowy haracz WELLOWI. Tymczasem daleko skuteczniejsze leczenie bromkami ko-



sztowałyby ich za ledwie parę złotych. Tam gdzie chodzi o tak przewlekłe cierpienie, jak padaczka i z tym względem należy się liczyć.

\* \* \*

W odpowiedzi na list otwarty d-ra Z. BYCHOWSKIEGO, prosiłbym o pomieszczenie następujących paru wyjaśnień i dopełnień w sprawie notatki mojej w 28 N-rze „o stosowaniu bromku żelaza w leczeniu padaczki samostnej”.

Zastrzegając się kategorycznie przeciw imputowanej mi przez d-ra Z. B. chęci „zachwalania” zawierającego bromek żelaza epileptikonu, a co ważniejsze, odsunięcia na dalszy plan „ogólnych zasad postępowania leczniczego, które dotychczas jest względnie najskuteczniejsze”, uważam cały wstęp listu za nieporozumienie lub rezultat nie dość ścisłego odczytania mego artykułu przez autora listu. Wszak d-r Z. B. w całym tym wstępie aż do miejsca, gdzie porusza sprawę indywidualizacji kuracji bromowej zwalcząca, ale — widocznie jakiegoś innego autora, przeciwnika stosowania bromu, dając ogólnikowe wskazówki, według najdostępniejszych podręczników racjonalnej terapii związkami bromu padaczki samostnej. Wszak cały mój artykuł o niczem innym nie mówi, nie powtarza tylko „banalnych prawd”, jak je sam d-r Z. B. nazywa. Bardzo przy tem niemile zostałem zadziwionym życiową obserwacją d-ra Z. B., że „metoda stosowania tych przetworów dotychczas jeszcze nie przenikła zupełnie do świadomości ogółu lekarskiego”; zdaje mi się, że autor listu jest trochę w błędzie, w każdym razie zupełnie już nic nie rozumie, co to ma wspólnego z moją notatką, dla czego mój „artykuł ma być tego dowodem”? Ponieważ jednak jest to rzeczą małej wagi, nie zależy mi zbyt na jej wyjaśnieniu; przechodzę z kolei do poważniejszych, zdawało by się, zastrzeżeń w liście. Przedewszystkiem ustalam ich porządek:

1) sprawa wyższości bromowych związków sodu i potasu nad wszelkimi innymi;

2) trudność dawkowania bromku żelaza w maksymalnych dawkach;

3) możność wywołania niepożądanych powikłań przez dłuższe równoległe dawkowanie żelaza z bromem;

4) krytyka kazuistyki przezemnie przytoczonej;

5) wreszcie „społeczne tło” obserwacji nad stosowaniem bromku żelaza (!).

Co do punktu pierwszego „wyższości związków bromowych sodu i potasu” sam autor listu nazywa ją „względna”. I słusznie: wiadomą jest rzeczą, iż część pewna przypadków padaczki pomimo najracjonalniej stosowanej kuracji temi środkami bynajmniej wybitnej poprawy, nie mówiąc już o wyleczeniu zupełnem, nie daje. W części moich przypadków, ten fakt podkreśliłem wyraźnie; gdyby na to d-r B. zwrócił uwagę, sądzę połowę swego listu sam uważałby za niepotrzebną. Ujemne wyniki leczenia w nich związkami bromowymi sodu i potasu impulsywnie pchnęły mnie właśnie do szukania i obserwowania w działaniu innych związków bromowych; przy tem w ogólnych zarysach dałem nawet określenie, w jakiego rodzaju przypadkach padaczki zdarza się to najczęściej. Co do trudności dawkowania bardzo wysokich dawek bromu w bromku żelaza, d-r Z. B. ma częściową rację. Dawka max. wynosi 5,0 bromku żelaza dziennie, co odpowiada 5,8 — 6,0 kali bromati w stosunku do ilości bromu. Nie jest to maximum dla KBr; wiadomo jednak, że rzadko przy leczeniu padaczki przekraczamy przez te granice, chociaż i tutaj przyznać musi d-r Z. B., że ilościowo chemiczne ustosunkowanie części składowych w solach bynajmniej nie zawsze idzie w parze z ich działaniem. Odpowiedź na to ostateczną mogłyby dać gruntowne, farmakologiczne badanie porównawcze np. szybkości wchłaniania soli, działania na poszczególne narządy i t. p. Ja osobiście roztrzygnięcie przez d-ra Z. B. tej sprawy jednym zamachem przez powiedzenie „dla wielu wypadków nawet maksymalna dawka epileptikonu zawiera zbyt mało bromu” uważać muszę przynajmniej za zbyt mało ugruntowane, jako żadną naukową, ścisłą obserwacją autora nie poparte.

Twierdzenie dr. Z. B. w punkcie 3 jest już zupełnie niezrozumiałe. Wszak artykuł mój został wydrukowany w piśmie lekarskiem, dla lekarzy, a nie dla studentów, a tembardziej uprawiających samoleczenie.



Komu żelazo jest przeciwwskazaniem (choć wie chyba autor, jak to rzadkie bywają wypadki), powinien, sędzę, wiedzieć lekarz ordynujący; za niefortunne również uważam zestawienie przez d-r Z. B. bromowego związku żelaza z takimże rtęci. Po lepszym zastanowieniu się, sędzę, przyzna mi to i sam autor listu, a tem samem uzna za zbyt ryzykowne twierdzenie z tego punktu widzenia o szkodliwości bromku żelaza.

Pozostaje krytyka mojej kazuistyki. Ilościowo nie jest ona tak wielką, ażeby była w stanie robić zasadnicze przewroty w leczeniu padaczki; w mojem jednak przekonaniu jest ona w zupełności wystarczającą, ażeby zwrócić uwagę świata lekarskiego na konieczność dokonania w tym kierunku dalszych obserwacji. Poprzestawać na „ogólnych wrażeniach“ osobistych, jak to czyni d-r Z. B., zbyt to mało. Ja mogę się mylić, ale błąd mój niech wykryje ściśle badanie kliniczne, ze ścisłym odnotowywaniem faktów i obserwacją. Gbyby autor dał to w swoim liście, przyzna mi chyba, iż byłoby to z większą korzyścią dla tych, których interesuje sama sprawa. Autor listu idzie na nieszczęście inną, łatwiejszą drogą. Stawia znak zapytania nad rozpoznaniem chorób bał z patosem woła: „przysługuje nam prawo szczegółowego (chyba bardziej szczegółowego?) opisu, gdy idzie o wyleczenie lub wybitną poprawę!” Zgoda, tylko z małą poprawką. Gdy autor listu uważniej przeczyta mój artykuł, przekona się może, że nie twierdziłem kategorycznie o wyleczeniu ani razu. To chyba przy dobrej woli powinien był autor listu zauważyć, jeśli chciał występować z krytyką... Być może uczynię to z czasem, zebrawszy większą ilość obserwacji, a wtedy autor listu znajdzie wszystko, co w tak przełomowej zasadniczo pracy znajdować się winno. W mej krótkiej notatce tymczasowej zamieściłem najważniejsze fak-

ty, najbardziej rzucające się w oczy, które by lekarza bez uprzedzeń mogły skłonić do wypowiedzenia swego obiektywnego o samym środku, a nie o artykule zdania.

Wreszcie w ostatniej sprawie, ubranej przez d-ra Z. B. w szatę tła społecznego, nie mogę się z nim zgodzić.

Kto jak kto, ale autor listu, z takim występującym zarzutem, powinien oprócz górnolotnych słów o „biedakach“, „haraczach“ i t. p. pamiętać.. o istnieniu 4-ch działań arytmetycznych. Wystarczyłoby dlań podzielenie 4-ch rb. przez 25 (biore średnią ilość wskazanych przez autora dni), aby przekonać się, że koszt dzienny bardzo wysokiej, odpowiadającej około 5,0 KBr. dawki, wynosi 16 kop. Koszt zaś tejże dawki w proszkach gramowych, jak autorowi wiadomo, w bardziej stosunkowo tanio obliczających aptekach wynosi... do—14 kop. w roztworze od 10 — 12 kop. dziennie. Zresztą przyznaję szczerze, pisząc notatkę, mając na widoku zdrowie chorego, w podobne obliczenia bynajmniej się nie bawiłem. Znając się bardziej na farmacyi, rozumiałem, że lekarz prawdziwie dbający o dobro chorego, gdyby z jakiegokolwiek bądź przyczyny epileptikonu stosować nie chciał, zajrzy do pierwszego lepszego podręcznika i dowie się, że *ferrum bromatum* jest starym, stosunkowo tanim środkiem lekarskim (już w r. 1874 pisał o nim ord. Szp. Ęwang. d-r J. Wyrzykowski, dalej magister W. Wiórogórski w „Słowniku nowych środków lekarskich w r. 1898 i inni) — i zapisywać go będzie odręcznie

Odpowiedź moja, wywołaną przez list d-ra BYCHOWSKIEGO, któremu za poruszenie tej sprawy jestem wdzięczny, mimo że w liście jego zamiast faktów zbyt wiele znalazłem zwrotów tylko polemicznych, uważam w danej chwili za ostateczną.

Rottermund.



## Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne d 21 czerwca 1910.

BELKOWSKI demonstrował chorego z porażeniem wstępującem Landry w postaci poronnej.

CHYBCZYŃSKI demonstrował preparaty drobnowidzowe i hodowle grzybka, zwanego *Sporotrichum de Beurmanii*. WRETOWSKI przedstawił nadesłany do pracowni d-ra SERKOWSKIEGO, odlew włóknikowy, wykształcony przez chorego, dotkniętego zapaleniem oskrzeli włóknikowem. Odlew ten ma 7 ctm. długości, grubość zaś w górnej części przekracza nieco grubość pióra gęsiego.

B. MAJZEL demonstrował preparaty i hodowle gronkowców chorobotwórczych i niechorobotwórczych z pracowni Naukowej Towarzystwa Lekarskiego.

KORYBUT-DASZKIEWICZ demonstrował preparaty drobnowidzowe i hodowle, pochodzące z przypadku błonicy nosa u dziecka o niezwykłym przebiegu. Prelegent obserwuje rokrocznie na oddziale swym w Domu Wychowawczym u osesków przypadki izolowanej błonicy nosa o przebiegu chronicznym, łagodnym.

KORYBUT-DASZKIEWICZ wygłosił rzecz pod tytułem: „Przyczynek do nauki o niektórych postaciach zakażeń krwi u dzieci (zakażenie łańcuszkowcami i pneumokokami). Prelegent podaje opis 3-ch przypadków, z których jeden dotyczy 7-mio miesięcznego dziecka z zakażeniem łańcuszkowem (ze krwi wziętej wprost z żyły wyhodowano *streptococcus pyogenes longus* i *bacillus proteus Zopfii*); dwa zaś dotyczą przypadków, gdzie w tychże warunkach wyhodowano ze krwi pneumokoki w kulturze czystej. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Prelegent uważa za usprawiedliwione przekonanie swe, że wyleczenie w pierwszym przypadku nastąpiło dzięki zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej TAVELA, oraz że zakażenia pneumokokami (*sepsis pneumococcica*) u dzieci nie przebiegają przy tak ciężkich objawach, jak u dorosłych i mają poważne szanse zejścia pomyślnego.

W dyskusyi Ludwik ZEMBRZUSKI zaznacza, że zakażenie pneumokokowe u dzieci nie jest tak rzadkie. Sam często widuje po zapaleniu płuc zapalenie stawów z wysiękami, gdzie znajdowano przeważnie pneumokoki. GURANOWSKI zwraca uwagę, że *otitis media pneumococcica* przebiega zupełnie odmiennie od ostrych zapaleń ucha średniego, wywołanych innymi zarazkami. Przebieg napozór łagodny, lecz po skończonej sprawie w jamie bębenkowej, nagle po pewnym dość długim czasie wystąpić mogą groźne objawy ze strony wyrostka sutkowego i jamy czaszkowej.

Ludwik ZEMBRZUSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „O pneumokokowym zapaleniu otrzewny u dzieci”. Przytoczywszy szczegółowo literaturę naszą i obcą prelegent przytacza szczegółowy opis etyologii i symptomatologii danego cierpienia. Leczenie tej sprawy winno być jedynie operacyjnem, ale nie wczesnem, jak to obecnie przyjętem jest prawie powszechnie w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, lecz dopiero po wytworzeniu się ropnia otorbionego, czyli przeciętnie po 10—14 dniach trwania sprawy. Co się tyczy danych statystycznych w przypadkach ograniczonego zapalenia otrzewny, autorowie francuscy podają około 20% śmiertelności w przypadkach nieoperowanych, 10% w przypadkach operowanych; inne statystyki przedstawiają się w świetle nieco gorszem, mianowicie JENSEN podaje śmiertelność wogóle w 36% przypadków nieoperowanych, w operowanych spada ona do 25%. Prelegent na 7 przypadków spostrzeganych i operowanych w 3-cim okresie sprawy, przy znacznem wyniszczeniu chorych, miał 3 przypadki śmiertelne, zależne od rozwoju samego zakażenia. Prelegent na zakończenie wypowiada następujące wnioski: 1) zakażenie pneumokokowe otrzewny należy do spraw natury ciężkiej, 2) mnożące się coraz bardziej spostrzeżenia, dotyczące zapalenia pneumokowego otrzewny, oparte na badaniach bakteriologicznych, rugują stopniowo z nauki pojęcia o t. zw. zapaleniach otrzewny samoistnych,



# Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemii, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżyty żołądka, kiszki i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

# Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.  
LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

## Renetol Karpińskiego.

### Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

**RENETOL** zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sól ta pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji

**RENETOL** zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

**RENETOL** jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

**RENETOL Karpińskiego**  
POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,  
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,  
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,  
WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

## Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształły Nowo-karlsbadzkie kryształły Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materji, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA  
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZPŁATNIE.

### Gabinet Roentgenolecznicy

#### D-ra Juljana Wisniewskiego

ordynatora Warsz. Szpit. Ewangelickiego  
Choroby skóry, włosów, paznokci i weneryczne.

Warszawa, ZIELNA 29. TEL. 165-85.

### Pracownia analityczno-lekarska

#### D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 44-83.



których powstawania nie uniano sobie tłomaczyć, 3) pożądane jest ściślejsze spostrzeżenie sprawy w początkach samej jej rozwoju dla odróżnienia szczególnie od *epityphlitis*, a to ze względu na wskazania co do czasu odpowiedniego na zabieg operacyjny.

W dyskusyi KORYBUT-DASZKIEWICZ zgadza się w zupełności z prelegentem, że przy rozpoznaniu różniczkowym trzeba mieć na uwadze u dziewczynek i zakażenie rzeżączkowe i w każdym odnośnym przypadku trzeba zbadać drogi rodne.

RZĘTKOWSKI zapytuje, czy w pneumoko-

kowem zapaleniu otrzewny wytwarzają się zrosty i jaki jest stosunek sieci do kiszek.

KIELKIEWICZ zapytuje, jaka była temperatura w okresie tworzenia się ropnia.

ZEMBRZUSKI odpowiada RZĘTKOWSKIEMU, że sieć zwykle jest odchylona ku tyłowi wraz z kiszka; zrostów nie spotykał. KIELKIEWICZOWI prelegent odpowiada, że w okresie tworzenia się ropnia temperatura spada, kiedy zaś zbliża się okres perforacyjny, to wtedy gorączka bywa większa.

Tadeusz Wilczyński.

### Protokół posiedzenia gastrologicznego dnia 15 stycznia 1910 r.

#### 1) Demonstracya.

a) GRUNDZACH przedstawił preparat wyrostka robaczkowego wraz z kawalkiem sieci, do której wyrostek był przyrośnięty, operowany przez kol. CIECHOMSKIEGO, — i zwrócił uwagę na 3 punkty, godne zaznaczenia:

1) przed operacją, oprócz kilku „ataków,” chory miał częste bóle podczas chodzenia, co G. chce uzależnić od zrostu znalezionej podczas operacyi;

2) podczas ostatniego przedoperacyjnego „ataku” na VI dzień wystąpiły zmiany w moczu, jak strzępki, zmętnienie, obok objawów bólu i parcia na mocz z niemożliwością oddania moczu przez całą dobę i podniesioną ciepłotą. Było „*pyelocystitis (nephritis purulenta infectiosa)*” w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Na badanie moczu należy w tem cierpieniu zwracać baczną uwagę. Sprawa ta trwała około 2 tygodni (salol, urotropina, narkotyki);

3) w piątym tygodniu po ostatnim napadzie jeszcze otrzewna kiszki w okolicy kiszki ślepej była bardzo przekrwiona, co spowodowało założenie gazy zamiast zamknięcia i zaszycia ścian brzucha w celu osiągnięcia rychłozrostu. Wniosek: należy operować w 5 lub 6 tygodni po napadzie.

W dyskusyi ODERFELD sądzi, że przedstawiony przypadek jest dość powszedni, co do powikłania ze strony dróg moczowych, to nie przytoczono dostatecznych danych do rozpo-

znania pyelo-nephrit'u, mógł także być ropień, perforujący do pęcherza lub wyżej. W sprawie operowania zapaleń wyrostka robaczkowego wyraża zdanie, że należy operować możliwie w pierwszym dniu choroby, a po napadzie dopiero po upływie 2 miesięcy.

LANDAU spostrzegał przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym na 5-ty dzień choroby wystąpiła retencya moczu, mocz był alkaliczny i zawierał liczne fosforany, bez ropy; sądzi, że obliczanie leukocytów mogłoby w takich razach rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z „*pyelonephritis*”, czy też nie.

RZĘTKOWSKI jest zdania, że obliczanie leukoc. nie dałoby w tym kierunku stanowczej odpowiedzi i przytacza przypadek zapalenia wyrostka robaczk., w którym wystąpiły bóle w okolicy nerki, w moczu stwierdzono ciała ropne i erytrocyty, potem została tylko bakteriuria; sądzi, że mamy w tych razach do czynienia z różnymi następstwami jednej infekcyi.

REJCHMAN podnosi wartość badania bakteriologicznego moczu, które nieraz wykrywa obecność znacznej ilości laseczników okrężnicy w moczu, i przytacza własne tego rodzaju spostrzeżenia.

HALPERN również widział przypadek fosfaturyi po zapaleniu wyrostka robaczkowego.

SKŁODOWSKI sądzi, że sprawa terminu operowania zapaleń wyrostka rob. jeszcze



nie może być uważana za przesądzoną i wymaga indywidualizacji.

GRUNDZACH wyjaśnia, że w jego przypadku było dokonane badanie mikroskopowe moczu przez kol. MUTERMILCHA, które stwierdziło niewątpliwe istnienie *pyelonephritu*.

b) HAGMAJER przedstawił przypadek 8-dn. niedrożności kiszek z powodu kamienia żółciowego dużych rozmiarów.

Dnia 23/III 1909 r. w godzinach rannych został wezwany do chorej, która uskarżała się na silne bóle w dołku oraz częste wymioty. Zachorowała ostatniej nocy, jednak przez ostatnie 2 dni czuła się niedobrze, co przypisywała tłustej potrawie (bigosu).

Pani S., osoba licząca 56 lat, życie prowadzi b. ruchliwe, administrując domem oraz fabryką. Z wywiadów okazało się, że rodziła 6 razy; przed laty 22 (a jak twierdzi mąż jej, przed 26) chorowała na tyfus; ostatnie 3 lata od czasu do czasu zapadała na niestrawność, według orzeczenia lekarza z powodu cierpienia wątroby, i miała zaleconą kurację w Karlsbadzie, czego jednak do skutku nie doprowadziła. Przy badaniu stwierdzono, co następuje: budowy prawidłowej, wzrostu średniego, otyła T. 36,5, P. 80. Skóra czysta, język zlekka obłożony, wilgotny. Ze strony płuc i serca nic nieprawidłowego nie stwierdzono. *Epigastrium* wzdęte oraz bolesne na ucisk, jednakże największa bolesność występuje przy ucisku na okolicę umiejscowienia pęcherzyka żółciowego. Chora w przeciągu 1/2 godziny 2 razy w obecności H. wymiotowała żółcią. Dane powyższe przemawiały najwięcej za tem, że mamy w danym przypadku do czynienia z napadem kamicy wątrobowej; zastosowawszy podskórnie iniekcje morfiny, kompresy gorące oraz czopki, H. uspokoił otoczenie, że stan taki nie potrwa długo. Wieczorem tegoż dnia stan chorej bez zmiany, wymioty częste w dalszym ciągu, pozatem skarży się na silne pragnienie. Zalecono wodę sodową w małych porcjach oraz powtórna iniekcję morfiny. W ciągu następnych 3-ch dni stan chorej bez zmiany, częste wymioty stałe męczyły chorą, stolca oraz odchodzenia wiatrów nie było. Ulgę znajdowała tylko po morfinie zasypiając na parę godzin (snem przerywanym wymiotami).

Piątego dnia choroby wobec braku stolca i wiatrów przy zwiększającym się wzdęciu brzucha H. zastosował atropinę pod skórę oraz ławatywę, co miało ten skutek, że odeszły wiatry. 6-go dnia wymioty nabrały wyraźnie charakteru kałowego, wzdęcie brzucha powiększyło się znacznie; temperatura normalna, puls 84; po ławatywie, odeszła woda wyraźnie zabarwiona kałem. Po naradzie, odbytej tegoż dnia z kol. GRUNDZACHEM, chorej zalecono atropinę oraz morfinę pod skórę, ciepłą kąpiel oraz ławatywę z oliwy. Następnego, t. j. 7 dnia, stan chorej bez zmiany — terapia ta sama, co i poprzedniego dnia. Dopiero 8-go dnia choroby koło południa częste wiatry, poczem obfite stolce, przyczem wyszedł kamień wielkości kurzego jaja.

Stan chorej prędko zaczął się poprawiać i 4-go dnia wstała z łóżka. W czerwcu roku ubiegłego przeprowadziła kurację w Karlsbadzie, obecnie zupełnie zdrowa. Kamień, który H. przedstawił, waży 16,5 grama, ma kształt kurzego jaja, powierzchnię na szerokim biegunie gładką, pozatem chropowatą. Wymiary 4 1/2, 3 1/4, 3 1/4 cm.

Po zbadaniu przez kol. PASZKIEWICZA okazało się, że składa się z cholestearyny oraz pigmentów.

W dyskusji GRUNDZACH dodaje, że wspólnie z kol. HEGMAJEREM obserwował chorą, że stan ogólny chorej nie był ciężki pomimo istnienia niedrożności kiszek, że chora mogła schodzić do wanny i sądzi, że nie należy w tych razach zbyt śpieszyć się z zabiegiem chirurgicznym, gdyż przypadki te mogą się kończyć pomyślnie bez operacji.

LANDAU zapytuje, czy były widoczne objawy zapalne, odpowiadające chwili przedostania się kamienia do kiszek?

HAGMAJER odpowiada, że objawów takich nie obserwował.

SKŁODOWSKI sądzi, że w takich razach wogóle nigdy nie udaje się uchwycić momentu, kiedy kamień do kiszek przechodzi.

ODERFELD jest zdania, że nie należy zwlekać 11 dni z operacją, lecz operować możliwie szybko, odsetka śmiertelności jest wówczas o wiele niższa.

HAGMAYER wyjaśnia, że absolutnej niedrożności w opisanym przypadku nie było,



gdyż wiatry odchodziły, — i że zarówno ta okoliczność, jak i zachowanie się tętna, ciepłoty i t. d., decydowały tu o potrzebie zabiegu chirurgicznego.

RZĘTKOWSKI spostrzegł przypadek niedrożności kiszek po napadzie kamicy żółciowej, w którym wiatry odeszły po wysokiej lawatywie; wogóle sądzi, że czekać z operacją 2—3 dni można,

REJCHMAN potwierdza fakt kliniczny, że przedostanie się kamieni żółciowych do kiszek nie wywołuje żadnej reakcji i wyraża przekonanie, że niejednokrotnie zabieg chirurgiczny okazuje się niepotrzebnym.

c) TUCHENDLER z powodu mającego nastąpić odczytu kol. GRUNDZACHA przedstawił chorego z przepukliną w dołku podsercowym.

d) BORSUK przedstawił preparat cienkiej кишки ze zmianami tyfusu brzuszego, przyczem opowiedział następujące:

Chora, kobieta lat 40, od paru tygodni skarżyła się na ogólne rozłamanie, ból głowy, kości, ale przez cały czas chodziła i mogła zajmować się swymi obowiązkami. Na 4 dni przed operacją z powodu tych dolegliwości, udała się do szpitala Wolskiego, gdzie umieszczono ją w oddziale kol. RZĘTKOWSKIEGO. Po kilku dniach pobytu w szpitalu, niespodziewanie, bez żadnych powodów zewnętrznych, chora dostała gwałtownych bólów brzucha, wymiotów. Było to w nocy; nad ranem już wygląd chorej się zmienił. Napół przytomna, oczy zapadłe, rysy twarzy zaostrome (*facies Hypocratica*), puls ledwo wyczuwalny, kończyny zimne, brzuch wzdęty, wrażliwy, przeważnie w prawej połowie. Rozpoznano przedziurawienie кишки, prawdopodobnie na tle *appendicitis*. Zaraz kol. BORSUK dokonał laparotomii w lekkim odurzeniu chloroformem. Po otwarciu jamy brzusznej, wylało się sporo płynu posokowatego, a кишки również jak i *peritoneum* ścienne, mocno zaczerwienione. Wykryto przytem kolosalne rozszerzenie *Sromanum*, spowodowane skręceniem tegoż.

Po odprowadzeniu (odkręceniu), кишки, gazy swobodnie odeszły, ale w okolicy dołu biodrowego cienkie кишки okazały się zlepiane ze sobą. Po rozdzieleniu ich na *ileum* blisko ślepej кишки, wykryto otwór, przez

który zawartość kiszkowa obficie się wydzielala; otwór ten został odpowiednio zaszyty, jama brzuszna oczyszczona i po nałożeniu licznych pasków z gazy między kiskami, częściowo jamę brzuszną zaszyto. Operacja trwała około pół godziny. Przebieg pooperacyjny następujący: Bóle ustały, chora odzyskała przytomność. Brak wymiotów. Chora pije. Zastrzyknięto fizyologicznego roztworu jeden litr. Nazajutrz ogólny upadek sił i mimo zastrzyknięcia fizyologicznego roztworu z adrenaliną do żyły, chora umarła.

Sekcyja, dokonana przez kol. RZĘTKOWSKIEGO, wykryła tyfusowe zmiany w kiskach, które kol. BORSUK tu przedstawia, przyczem tłumaczy to pęknięcie tem, że wskutek skręcenia *Sromani* wystąpiła ostra niedrożność kiszkowa, która spowodowała pęknięcie owrzdzonej кишки cienkiej.

RZĘTKOWSKI dodaje, że u opisanego chorego objawy początkowo były nieokreślone, potem nagle stan ogólny się pogorszył.

MALINIAK przytacza przypadek z oddziału JANOWSKIEGO, w którym przebieg kliniczny nasywał przypuszczenie rozlanego zapalenia otrzewny w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, tymczasem sekcyja stwierdziła zupełnie nietknięty wyrostek robaczkowy, i przedziurawienie pętli *ileum* przy absolutnym braku zmian tyfusowych, przypadek ten dowodzi, że pozornie zdrowa kiszka może uleść przedziurawieniu.

e) RÓBIN demonstrował u łatwionym sposobem zondowania chorych żołądkowych.

Jakkolwiek naogół wprowadzenie miękkiej sondy do żołądka nie przedstawia trudności, jednakże w pewnej małej ilości przypadków nie udaje się to wcale, bądź wskutek niezmiernej wrażliwości gardzieli lub przelyku, bądź wskutek przesadnej obawy chorych, nie pozwalających choćby na kilkusekundową manipulację. Jeśli do tej grupy chorych przyłączymy także tych, u których wprowadzenie miękkiego zgłębnika jest naogół przeciwwskazane, t. j. chorych z wadami serca, z tętniakami aorty, bardzo wycieńczonych i t. d., to otrzymamy garstkę przypuszczalnie 5%—ową takich chorych, u których nie możemy zbadać chemizmu żołądka,



jakkolwiek nieraz bardzooby nam na tem za-  
leżało.

Zastanawiając się nad tem i opierając się na fakcie, że twarde zgłębniki o wiele łatwiej dają się wprowadzać, niż miękkie, bo nie wymagają czynnego udziału ze strony chorego, R. od kilku lat używa w tych razach twardej sondy Windlera, służącej do przepłukiwania przelyku, wewnątrz wydrążonej i mającej u dołu tępe zakończenie z 2 otworami. Wprowadzenie takiej sondy trwa jeden moment i nie wymaga żadnej pomocy ze strony chorego. Zondowanie wykonywa R. zawsze po śniadaniu próbnem i jeśli wystarcza mała ilość soku żołądkowego, to momentalnie ją z żołądka wyciąga i wydobytą z okienek sondy zawartość bada na obecność kwasu solnego, na odczyn i t. d. Zazwyczaj wydobywa się w ten sposób 3—15 cm. sz. zawartości żołądkowej.

Jeśli chory jest cierpliwy i na sondę nie reaguje, to przy pomocy aspiratora i rurki gumowej, łączącej sondę z butelką, można wydobyć większą ilość zawartości.

Na zasadzie kilkoletnich prób, R. może sposób ten gorąco polecić kolegom, gdyż nie zdarzyło mu się, aby tej sondy nie mógł wprowadzić u osób nawet najbardziej wrażliwych i uprzedzonych. Brak tej metody stanowi to, że wydobywamy mniejszą ilość zawartości, niż przy wprowadzaniu sondy miękkiej. Ale w tych razach, kiedy nam zależy na wiadomości, czy jest wolny HCl, czy go niema, czy odczyn zawartości żołądka jest kwaśny, czy alkaliczny, — metoda ta stanowiącą odpowiedź da nierównie łatwiej i pewniej, niż używane w tym celu woreczki Edingera, pigułki desmoidalne i t. d.

Prócz tego, RóBIN przedstawił sondę swojego pomysłu, służącą do wewnątrzżołądkowej elektryzacji w przypadkach uporczywych nerwic żołądka, zwłaszcza t. zw. „wymiotów nerwowych“.

W dyskusyi TUCHENDLER zgadza się, że naogół o wiele łatwiej wprowadzać sondę twardą, niż miękką, jakkolwiek spostrzegal przypadki, w których i twardy zgłębnik wprowadzony być nie mógł.

REJCHMAN przypomina próby różnych autorów, mające na celu umożliwić wydoby-

cie choćby kilku kropel zawartości żołądkowej, między innymi woreczki Germain Sée.

2) JANCZUROWICZ odczytał rzecz: O dyzenteryi amoebowej“.

Mówca podaje opisy trzech przypadków przewlekłej biegunki krwawej; w stolcach obecna była w znacznej ilości amoeba histolitica, przypadki te uważa mówca za dyzenterję amoebową. Dwa przypadki dotyczyły osób mieszkających stale w kraju, trzeci — przyjezdnego, który chorował w Mandżuryi. Mówca streszcza obecny stan pojęć o patogenie, patologii i terapii dysenteryi amoebowej i biologii amoeb., znajdujących u człowieka. Stwierdza, że biologia *amoebae histoliticae* w wielu punktach nie jest dostatecznie wyjaśniona. Wbrew obecnym poglądom sądzi: że w strefie umiarkowanej dyzenterya amoebowa zdarza się częściej niż to przyjmować zwykliśmy; że zarażenie przychodzi do skutku najczęściej przez zetknięcie żywych amoeb z otworem stolcowym, często jako powikłanie hemoroidów (*proctitis amoebosa ulcerosa*), że następnie infekcyja idzie zwolna do góry, wywołując *sigmoiditiden amoebosam ulcerosam* i wreszcie *colitem amoebosam ulcerosam ascendentem*. Mówca uzasadnia zupełne prawdopodobieństwo takiej formy zarażenia; obecnie jedynie przyjmowane zarażenie przetrwalnikami *per os* uważa za mniej częste. Mówca zaleca rektoskopię i energiczne leczenie miejscowe irygacyami z taniny, lapisu, chininy, czopkami zawierającymi duże dawki jodoformu oraz spore chininy, maściami, zawierającymi też same i inne środki, pudrowaniem ścian kiszki przy pomocy rektoskopu proszkami amoebobójczymi. Za jedno ze szczególnie uporczywych powikłań mówca uważa krwawienia hemoroidalne.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI i MUTERMILCH sądzą, że dla stanowczego wyłączenia dysenteryi bacilarnej Shiga-Kruse'go, należało wykonać próbę aglutynacyjną.

HALPERN zapytuje, czy nie była stosowana Quasseina, widział bowiem w Homburgu dobre wyniki przy stosowaniu tego leku.

GRUNDZACH wyraża przypuszczenie, że dyzenterya amoebowa, tak groźna w krajach tropikalnych, u nas traci na sile.



RÓBIN widzi pewną analogię pomiędzy procesami anatomicznymi, wywołanymi przez amoeby w opisanych przypadkach, a procesami, wywoływanyymi przez *balantidium coli*, i zapytuje, czy nie były stosowane lawatywy octo-garbnikowe, które w przypadkach *bal.-colitidis* okazały się nader skuteczne.

W. JANCZUROWICZ odpowia, że opisane przypadki były niewątpliwie pochodzenia amoebowego, nie bacillarnego, dowodem

czego jest fakt, że ilość amoeb powiększała się stale, ilekroć objawy kliniczne się wzmacniały, że nie było gorączki i t. d.; o kwuascenie nie słyshał; w krajach tropikalnych są również przypadki o różnym natężeniu, nie tylko ciężkie; że *balantid.-colitis* jest niezupełnie analogiczną sprawą z dysenterją amoebową i że lawatywy octo-garbnikowych nie stosował.

W. Róbin.

## Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 lipca do 14 sierpnia 1910 r.

Cechą zmienną miesiąca sprawozdawczego prócz chorych na o s p e n a t u r a l n ą (32 chorych przybyło) jest pojawienie się chorych na tyfus wysypkowy w większej liczbie (przybyło w ciągu miesiąca 18-u), chorych na gorączkę powrotną, chorych na dyzenterję i chorych na ostre niezżyty żołądka i kiszki. Przybyła też w miesiącu sprawozdawczym z Pragi (Brukowa 8) jedna dziewczynka lat 9-iu na karbunkul złośliwy na lewym policzku.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 94 (84 m. 60 k.) chorych, z poprzedniego miesiąca pozostało 47 (2 m. 45 k.), wypisano zdrowymi 75 (25 m. 50 k.), przeprowadzono do innych szpitali 1 k., zmarło 17 (6 m. 11 k.), pozostało na przyszły miesiąc 68 (25 m. 43 k.).

Ogółem 141 chorych przebyło 2146 dni szpitalnych.

O s p a n a t u r a l n a. Pozostało z poprzedniego miesiąca 49 (16 m. 33 k.), przybyło nowych chorych 32 (15 m. 17 k.), wśród nich 6 (2 m. 4 k.) wcale nieszczepionych od urodzenia, pozostali raz szczepieni w dzieciństwie, wypisano zdrowymi po ospie naturalnej 43 (16 m. 27 k.), zmarło 11 (3 m. 8 k.), pozostało na miesiąc następny 27 (12 m. 15 k.).

Zejsćia śmiertelne w poszczególnych przypadkach ospy naturalnej dają się podzielić na 4 kategorie: I-e dwa przypadki formy ospy płaskiej, zapadającej się u osobników wcale nieszczepionych od urodzenia: 1) u 5 let-

chłopca wyznania mojżeszowego, przy matce drobnej sklepiczarce, 2) u 7 let. dziewczynki katolickiej przy ojcu strózu kamienicznym. II-a 7 przypadków zejść śmiertelnych przy ospie naturalnej u osobników wcale nieszczepionych od urodzenia z powodu komplikacji: 1) u 3 miesięcznej dziewczynki wyznania mojżeszowego przy rodzicach (ojciec szewc) obok obustronnego zapalenia ucha środkowego; 2) 12 miesięcznego chłopca wyznania mojżeszowego przy rodzicach (ojciec handlarz) skutkiem prawostronnego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, 3) u 2 let. dziewczynki katolickiej przy rodzicach (ojciec robotnik), skutkiem ciężkiej formy krzywicy, 4) u 2-ch lat katolickiej dziewczynki przy rodzicach (ojciec stróż) skutkiem *rhinitis purulenta et bronchiolitis bilateralis*, 5) u 3-ch lat dziewczynki wyznania mojżeszowego przy rodzicach obok ciężkiej krzywicy, 6) u 4 lat katolickiej, przy matce praczce skutkiem zapalenia ucha średniego prawego i flegmony prawego ramienia, 7) u 10 lat katolickiej przy rodzicach (ojciec robotnik), skutkiem zapalenia kataralnego płuc i wrzodu pełzającego na obu rogówkach.

III-ie. 1) przypadek formy ospy naturalnej zlewającej się (*variola confluens*) u 20 lat katolickiej służącej, wreszcie IV-a skutkiem ciężkiej formy ospy naturalnej, nie dającej się zaliczyć do żadnej z typowych kategorii u 20 lat katolickiej służącej.

Chorzy na ospę naturalną przybyli z na-



stępujących ulic i domów miasta Warszawy: Aleje Jerozolimskie 53, Długa (więzienie), Dzika 3, 24 (3 przypadki), Gęsia 61, Grochowska 13, 22, Grzybowska 38, Miła 97, Mokotowska 20, Nowomiejska 12, Nowowolska 10, Ogrodowa 61, Okopowa 20, Pawia 36, Ślizka 41, Sprzecznna 6, Stawki 9, 11, 75 (3 przypad.), Ś-to Jerska 24, Szwedzka 19, Targowa 22.

Dni szpitalnych 81 chorych na ospę naturalną przebyło 1201.

T y f u s w y s y p k o w y. Z poprzedniego miesiąca 8 (1 m 7 k.), przybyło nowych 18 (8 m. 10 k.), wypisano zdrowymi 12 (3 m. 9 k.), zmarło 3 (2 m. 1 k.), na miesiąc następny pozostało 11 (4 m 7 k.). Zejścia śmiertelne w poszczególnych przypadkach u chorych na tyfus wysypkowy następywały: 1) u 20 letniego katolika, robotnika, skutkiem powikłania zapaleniem płuc i słabości serca, 2) u 42 letniego katolika, wyrobnika, skutkiem silnego zajęcia ośrodków mózgowych, 3) u 48 letniej żony handlarza wyznania mojżeszowego, skutkiem powikłania wysiękiem w jamie brzusznej.

Chorzy na tyfus wysypkowy przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Gęsia 25, Grochowska 23, Kowieńska 17, Krochmalna 5, Młynarska 26, Okopowa 63, Szeroka 23, Stawki 8, Twarda 24, Wielka 47, Wołowa 29, 45.

Dni szpitalnych 26 chorych na tyfus wysypkowy przebyło 495.

T y f u s b r z u s z n y (odmiany). Przybyło 14 (2 m. 12 k.), z tych 1 żona ślusarza, katolika, zmarła skutkiem silnego zajęcia ośrodków mózgowych, 13 (2 m. 11 k.), pozostało na miesiąc następny.

Chorzy na tyfus brzuszny przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Brzeska 11, Fabryczna 5, Krucza 9, Nowo-wi-

niarska 11, Ogrodowa 27, Skaryszewska 9, Stare miasto 25.

G o r ą c z k a p o w r o t n a przybył 1 m. i pozostał na miesiąc następny.

D y z e n t e r i a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 6 (2 m. 4 k.), przybyło nowych 4 (3 m. 1 k.), wypisano zdrowymi 6 (4 m. 2 k.), 1-a 7 miesięczna dziewczynka zmarła przy rodzicach (ojciec murarz).

Chorzy na dyzenterję przybyli z ul. Senatorskiej (obok Ratusza) i Nizkiej 48.

O s t r y n i e ż y t ż o ł ą d k a i k i s z e k. Z poprzedniego miesiąca pozostało 2 (1 m. 1 k.), przybyło nowych 3 (1 m. 2 k.), wypisano zdrowymi 3 (2 m. 1 k.), przeprowadzono z powodu choroby narządów kobiecych 1 k. do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 k. zmarła (autopsia: *pyelonephritis, myocarditis*).

Chorzy na ostry nieżyt kiszek przybyli ze Smoczej 18, Nowowolskiej 2.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy na grypę 1 m. wypisany zdrowym, na dyspepsyę nerwową 1 m. pozostał na miesiąc następny.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na odrę 5 (1 m. 4 k.), 1 k. wyzdrowiała, 4 (1 m. 3 k.), pozostali na miesiąc następny, 1 k. na karbunkul złośliwy pozostała na miesiąc następny, na rubeolę 2 (1 m. 1 k.) wypisani zdrowymi, 2 k. na influżnę wypisane zdrowymi, 1 k. na zapalenie opon mózgo-rdzeniowych pozostała na miesiąc następny, 1 k. z wadą serca pozostała na miesiąc następny, 1 m. z ogniskowem zapaleniem gardzieli pozostał na miesiąc następny, 1 k. po poronieniu wypisana zdrową i 6 matek przy dzieciach chorych na ospę.

Zamiejscowych chorych przybyło 24 (10 m. 14 k.).

Biletów odmownych wydano 31.

Śmiertelność miesięczna 10,55%.

## Wiadomości bieżące.

— Z powodu nawału materyału bieżącego zwiększyliśmy, poczynając od zeszłego numeru, objętość pisma naszego o 1/4 arkusza druku.

— W zeszłym numerze naszego pisma podaliśmy pogląd nasz na stosowanie 606 w praktyce poza szpitalnej. W sprawie tej

wypowiada się również mniej więcej w tym samym duchu Mediz. Klinik. Obecnie mamy do zanotowania głos wydziału izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, który na posiedzeniu w d. 13-ym b. m. zajmował się sprawą reklamowania nowego środka prof. Ehrlicha „606” i uznał, że o środku tym, jak o każdym no-



wym, a silnie działającym leku, wydać fachową, bezstronną opinię, opartą na szerokim doświadczeniu i badaniu naukowym, powołane są przede wszystkim zakłady lecznicze, t. j. kliniki uniwersyteckie i szpitale. Reklamowanie zatem tego środka w pismach przed wydaniem takiej opinii fachowej izba lekarska uważać musi za niewłaściwe, mogące narażać chorych na nieobliczalne następstwa.

Izba wyraża zdziwienie, że odkrywca nowego środka użyczył zapasów jego kilku lekarzom prywatnym, dając im przez to sposobność do wyzyskania tej okoliczności dla celów własnej reklamy i możliwego wyzysku chorych, doszło bowiem do wiadomości izby że za prosty zabieg wstrzyknięcia tego środka niektórzy lekarze, ciesząc się chwilowym monopolem w stosowaniu tego leku, wyzyskując tę sytuację, mieli pobierać po kilkaset koron. Izba lekarska zwraca uwagę publiczności interesowanej, że już po kilku tygodniach środek prof. Ehrlicha „606” będzie w powszechnym obrocie handlowym i że do tej pory wskazania lecznicze dla tego środka dokładniej będą ustalone, a potrzebujący jego zastosowania uzyskają tę pomoc lekarską albo bezpłatnie w publicznych zakładach leczniczych, albo za stosunkowo niewielkim wynagrodzeniem u lekarzy prywatnych, chorzy zaś na tej nieznacznej zwłoce żadnej szkody dla swojego zdrowia nie poniosą.

— Na porządku dziennym odbywającego się obecnie (18 — 25 b. m.) 82 zjazdu przy-

rodników i lekarzy w Królewcu znalazła się sprawa leczenia przymiotu „606”. Mówić mieli Neisser, Alt, Schreiber, Pick, Blaszkowski i Mikley oraz Ehrlich.

— Jak donoszą pisma codzienne przeciw klinice dermatologicznej prof. Kreibiga wytoczono proces z powodu stosowania „606”. Chorzy po zastrzykiwaniu środka tego doznawali bólu nieznośnego, co na mocy opinii Ehrlicha miało zależeć od nieumiejętnego stosowania preparatu. Chorzy, którzy opuścili klinikę, powołują prof. Ehrlicha na rzeczoznawcę i występują przeciw prof. Kreibigowi o odszkodowanie za ból. Oto do czego prowadzi przedwczesne ogłaszanie w pismach wyników leczenia nowymi środkami i zbyt pohopne wyciąganie wniosków z paratygodniowych obserwacji.

— Wydział lekarski we Lwowie rozpisuje konkurs na posadę asystenta przy ambulatorium dla chorób nerwowych i umysłowych z płacą roczną 1400 koron (około 560 rb.). Podania wnosić należy do kancelaryi wydziału przed 15 października r. b.

VI Zjazd balneologów austriackich odbędzie się od 7—10 października r. b. w Salzburgu. Zgłoszono 54 referaty.

— Prof. Helog z Bostonu zwraca uwagę na wzrost nadmierny chorób umysłowych; przed 1900 rokiem na milion mieszkańców było 9000 chorych umysłowo, obecnie stosunek wzrósł do 18000 : 1000000, nie licząc matolek i idiotów, których liczba wynosi 10000:1000000,

## List otwarty do Redakcyi „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”.

*Szanowny Redaktorze!*

W Nr. 38 str. 862 i 863 Waszego pisma znalazłem wzmiankę, wyrażającą protest i ubolewanie, iż „606” poczęto stosować u nas i poza murami szpitali, w praktyce prywatnej za pieniądze. Ponieważ i ja zajmuję się stosowaniem „606” u nas, przeto dla uniknięcia wszelkich nieporozumień, czuję się w obowiązku zaznaczyć: 1) Ehrlich zawarował sobie tylko, żeby jego preparat nie był stosowany ambulatoryjnie, zastrzykują go więc i w lecznicach prywatnych, dowodem czego referat w tymże 38 numerze „Medycyny” o wynikach doświadczeń z prywatnej kliniki prof. Lassara, obecnie prowadzonej przez Isaaca. 2) Ja osobiście poza szpitalami i jednym zastrzyknięciem w rodzinie lekarza, stosowałem „606” tylko w lecznicach prywatnych zawsze w obecności lekarzy odpowiednich specjalności, a więc w warunkach jak najodpowiedniejszych dla chorych, których zresztą nie zawsze można zmuszać do przebywania w naszych szpitalach, upośledzonych, jak wiadomo, pod wieloma względami. 3) Zapłaty za stosowanie „606” nie pobierałem nigdy, za wizytę zaś albo wcale albo po zniżonych cenach, w wyjątkowych zaś tylko razach u zamożniejszych chorych po zwykłej normie. Wprawdzie mógłby mnie spotkać zarzut, że obniżam przyjętą przez ogół lekarzy takse lecz czyniłem to ze względu, iż stosowanie „606” uważałem na doświadczenia, robione ściśle w naukowym celu.

Z poważaniem

*Feliks Malinowski.*



# WIESBADENSKIE

## Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

**Dr. Abend,** Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszki, Parkstrasse 30.

**Dr. Amson,** Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gimnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Tannusstrasse 6.

**Dr. Badt,** Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specyalnie chodzenia, ataxii. Tannusstrasse 4

**Dietenmühle,** Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. Fedor Plessner i Dr. Fritz Reich.

**Dr. Otto Dornblüth,** Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.

**Dr. Fendt** Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.

**Dra. R. Friedlaender'a** Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.

**Dr. Guradze,** Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mechanicznym i oddział Röntgenowski, Mainzerstr. 3.

**Lindenhof,** Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen Walkmühstrasse 43/45

**Dr. Lubowski** Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.

**Dr. Jul. Müller,** Instytut do fizykal. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4.

**Kurhaus Bad Nerotal.** Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor Dr. Mäckler.

**Kuranstalt Dr. Schloss,** dla chorych na żołąd. kiszki i przemianę materyi. Sonnenbergerstrasse 11-a.

**Dr. Schütz** Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materyi).

— Prospekty i informacyi udzielają lekarze zakładowi. —

**D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcarja).** Fabryka założona w 1865 roku.

## Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dietetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszki, Carcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovomaltynę na pierwszym miejscu wśród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych.

Ovomaltyna niezbędna przy mlecznej kuracyi. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoriach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PROBKI I LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać możnawę wwszystkich aptekach. Oryginalne pudełkoopatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr Bengué