

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb. 6 kop. —	Z przesyłką pocztową	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	" 3 " —		półrocznie	" 3 " 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce: na okładce kop. 10, na papierze koło rowym między stronicami tekstu kop. 20.

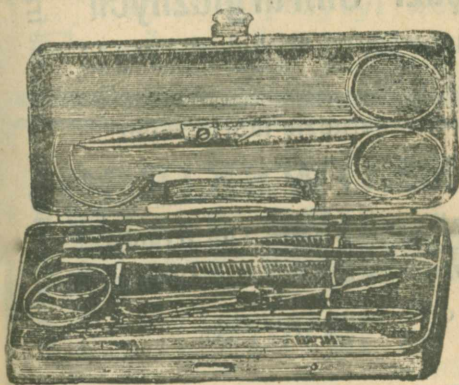
Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom-Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwić można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano

OGŁOSZENIA.



JÓZEF ROSENBERG

w WARSZAWIE

MARSZAŁKOWSKA 125.

Telefonu Nr. 2837.

Poleca:

Instrumenty Chirurgiczne. Meble operacyjne. Kompletne urządzenia Szpitali, Klinik i Lazaretów. Sterylizatory. Mikroskopy. Elektro-Medyczne, Medyczno-Mechaniczne i Ortopedyczne aparaty, oraz wszelkie przybory, mające zastosowanie w lecznictwie.

Grand Prix na wystawie w Londynie 1903 r. Medal złoty na wystawie w Reims (Fancya) 1903.

M. R. D. P.

NATURALNA KAUKAZKA WODA
MINERALNA
NARZAN

„Narzan“ najwięcej ze wszystkich źródeł obfitujący w wolny kwas węglany sprzyja trawieniu i tem samem przemianie materji i ogólnemu odżywianiu.

Reprezen. na Król.: Dom Handlowy M. Friszberg. Warszawa, Plac Krasiński Nr. 8a, telef. 1934.
ŻAŁAĆ WSZĘDZIE.

ŻAŁAĆ WSZĘDZIE

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych
oraz Fabryka Pastylek egzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Swiat Nr. 60.

po le ca

Tablettaa Extr. Cascar. sagr. fl. ā 1,0
" Colae ā 0,3
" Ferratini ā 0,5
" Haematogeni ā 0,5
" Haemoglobini ā 0,3
" Haemogalloli ā 0,25

Tablettaa Haemoli ā 0,25
" Nitroglicerini ā 1/100 grm
" Ovarini ā 0,3 i 0,5
" Saccharini ā 0,06
" Stypticini ā 0,05
" Thyreoidini ā 0,06-0,1 i 0,50

Tablettaa Chinosoli ā 1,0, Hydrarg. corrosiv. ā 0,5 i 1,0. Joliumbini hydr. Spiegel ā 0,005. Extr. Cascar. Sagr. sicc. ā 0,5
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicc. ā 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1c Fovleri Sol Gtt. i Obduc. cacao.

RONCEGNO

Naturalne źródło arseno-żelaziste.

Znane i używane do kuracyi od 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i stale przez cały rok i do kuracyi domowej we wszystkich krajach, zalecane przez liczne powagi lekarskie przy niedokrewności, blednicy, chorobach krwi, malarji z jej następstwami, w chorobach skóry, nerwów i kobiecych, chorobie Basedow'a etc.

Dostać można we wszystkich aptekach.



Phospho Cacao „REX”

Niezbędny środek odżywczy i wzmacniający dla nerwowych, dzieci osłabionych, nadwreżonych i cierpiących na żołądek. Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych. Sprzedaż wyłączna na Królestwo i Cesarstwo w Tow. Akc. przetw. chem. i aptecznych Henryk Welt Warszawa, Przejazd Nr 5.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Instytut szczepienia ospy

D-ra T. Stępniewskiego

WARSZAWA, ŻŁOTA NR. 28.
TELEFONU 3765.

D-r. Med. A. Kozerski

Ul. Moniuszki № 11

leczy wilka (lupus) lampą Finsena.

Wino VIAL

przygotowane na korze chinowej, Ekstrakcie Mięsnym i Mlecznym, Fosforanie Wapnia jest



Sodkiem odżywczym ze względu na jego fizyologiczne własności. WINO VIAL zawiera w sobie pierwiastki fosforanu wapnia, chininy i surowego mięsa. Połączenie tych trzech substancji daje środek najracjonalniejszy i najdoskonalszy z tonicznych. Przyjmowane w ilości kieliszka od likieru po każdym jedzeniu stanowi znakomite uzupełnienie pokarmu chorych i rekonwalescentów.

Do nabycia we wszystkich aptekach. Skład główny—Tow. Akc. Spiess i syn Senatorska 24 w Warszawie

PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH

D-ra Reichsteina

Warszawa—Leszno 31.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorium codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność rządowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwisko przyspiując użycie Wód.***VICHY CÉLESTINS**

Słabości żołądka,

pęcherze,

dolegliwości wkrzywiasz, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów które wydzielających.

VICHY HOPITAL

Słabości żołądka i

kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę

alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen



Pierwszorzędne źródło alkaliczne, skutecznie działające od roku 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie.

Kantor ekspedycji wód mineralnych książących w Obersalzbrunn.

Furbach i Strieboll

Salzbrunn na Śląsku. Składy we wszystkich aptekach i handlach materiałów aptecznych

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMĄ

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy II.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

N A Ł Ę C Z Ó W**Zakład leczniczy cały rok otwarty.**

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektroterapia, masaż, gimnast.

Całkowite utrzymanie wraz z leczeniem od 4 rubli dziennie.

Prospekty na żądanie gratis i franco.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny orzeźwia-
 jący
 Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni
 Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD
 wodołeczniczy
Giesshübl. Sauerbrunn
 pod Karlsbadem.
 Miejsce pochodzenia
Giesshübler'u
Mattoni'ego.



Oryginalne Produkty „Heyden“

przez nas do medycyny wprowadzone:

Kwas salicycowy, salicylan sodu, salicylan bizmutu, Salol, Creosotal, Duotal, Xeroform, Orphol, Solveol, Itrol, Collargol, Acnin etc.

Nowe: **Salocreol** i **Salit** do zewnętrznego stosowania w reumatycznych i neuralgicznych chorobach. **Salit** nadzwyczaj tani; **Salocreol** prócz tego specyficznie działa przy różni twarży, limfadenitach i obrzemiach gruczołów skrofulicznych.

Nowy: **Calodal**, łatwo przyswajający się przetwór białkowy, do podskórnego odżywiania, a szczególnie do odżywiania przez odbytnicę i do podawania per os, jako środek odżywczy. Przygotowujemy w najlepszym gatunku kwas acetylosalicylowy, guajacol, benzonaphtol, Phenacetyną, Lactophenine Hexamethylen tetraminę, Diacetylmorphinum hydrochlor, etc.

Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul – Dreźnie.

lub przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Freider, Warszawa Leszno 60.



Thiocol
„Roche“

najlepszy prepa-
 rat guajakolu roz-
 puszczalny w wo-
 dzie, bezwonny
 nietrujący. Do-
 skonale środek
 przeciw gruźlicy
 przy rozwojeniu.

Sirolin
„Roche“

Przyjemnego za-
 pachu i smaku sy-
 rop, idealna forma
 leczenia kreozotem.

„Ilfoso“
syrop
„Roche“

Pozbawiony wła-
 sności trujących
 kreozotu w posta-
 ci syropu adpo-
 wiedni w prakty-
 ce u biednych i w
 kassach.

Protylin „Roche“

Trwały i zupełnie nietrujący preparat białkowy
 zawierający fosfor (2,60⁰ fosforu).

Protylin wypróbowany z doskonałym wynikiem na klinice
 chirurgicznej w Bernie przez Dyrektora Prof.
 D-ra T. Kocher'a i na I-szej klin. wew. uniwersy-
 tetu Berlińskiego przez tajnego radcę prof. D-ra Leyden'a.

Lecznicze i wzmacniające własności środka zostały stwierdzone
 przy: krzywicy, zółtach, nerwicach, hysterii, anemii,
 chłastawie i chorobie Basedow'a.

w ogóle **Protylin** ma dla ustroju ludzkiego to znaczenie co superfos-
 faty dla roślin.

Prócz **Protylinu** wyrabiamy obecnie jeszcze:

Protylin z żelazem (zawiera 2,3% żelaza)

Protylin z bromem (zawiera 4% bromu związanego organicznie.

Protylinu i **protylinu z żelazem** prosimy żądać NIE w postaci oddziel-
 nych proszków, lecz oryginalnych paczek po 25, 50, 100 lub 250 gra-
 mów zawierających.

Próby i literaturę dostarczamy na żądanie pp. lekarzy.

Jedyni fabrykanci: **F. Hoffmann-La Roche et C-ie.**

Fabryka chemiczno-farmaceutycznych produktów.
Bazylea (Szwajcarya), Grenzach (Baden).

Airol
„Roche“

najlepszy, bezwon-
 ny preparat zastę-
 pujący jodoform.

Asterol
„Roche“

Preparat Hg, roz-
 puszczalny w wo-
 dzie nie ścina biał-
 ka, nie drażni,
 nie niszczy
 narzędzi

Thigenol
„Roche“

Syntetyczny pre-
 parat siarki z 10%
 org. związ. siarki
 Bezwonny prepa-
 rat i zastępujący
 Ichtjol.

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXXII.

miesiąc, czasem co kilka miesięcy, napady bólów w brzuchu bez wyraźnego umiejscowienia, które zwykle nawiedzały ją wieczorami, trwały krótko, nazajutrz przechodziły; cierpienie to określała jako kurcze żołądka i nie leczyła się nigdy systematycznie. Badanie płuc i serca zmian chorobowych nie wykazało. Chorą widziałem pierwszy raz wieczorem koło godziny 7-ej i znalazłem ciepłotę 38,7°, tętno 110, słabe, mało napięte, z prędkim wznoszeniem się fali; brzuch wzdęty dosyć znacznie, opukiwanie wykazuje odgłos bębnowy, nieco stępiiony w prawej okolicy biodrowej. Przy obmacywaniu brzucha chora skarży się na bolesność przy mocniejszym ucisku; bolesność jednak wybitniej jest wyrażona w prawym dole biodrowym, gdzie wyczuć się daje naciek wielkości jaja, umiejscowiony prawie pośrodku między ością przednią kości biodrowej a łukiem żebrowym; naciek ten jest dosyć ściśle ograniczony tak, że w kierunku ku miednicy i wątrobie nie rozprzestrzenia się; przy uważnem badaniu i ocenieniu wrażliwości—dochodzimy do wniosku, że ani wątroba, ani części płciowe nie mają związku ze znalezionym nakiem. Macica i przydatki zmian żadnych nie przedstawiają; macica nieco powiększona, wydzieliny z narządów płciowych nie zauważono. Wątroba przy opukiwaniu nie wydaje się powiększona, badanie dotykem wskutek rozdęcia brzucha i wrażliwości jest niemożliwe. Ogólny stan chorej jest niedobry: nos wydłużony, oczy zapadnięte, podkrążone, robi wrażenie ciężko chorej. Zalecono jej łód na brzuch i opium z kokainą.

Rozpoznanie zrobiłem *appendicitis*, chociaż umiejscowienie guza nie odpowiadało zwykłemu umiejscowieniu nacieku w zapaleniu wyrostka; fakt ten jednak nie mógł wykluczyć mego rozpoznania, zważywszy, że położenie wyrostka bywa zmienne. Niewyraźne napady powrotnych bólów, o których dowiedziałem się z wywiadów, mogły do pewnego stopnia potwierdzić moje

rozpoznanie, skoro bóle te przyjąć za napady kolki wyrostkowej. Przy rozpoznaniu różniczkowym danego przypadku musiałem wykluczyć dwa cierpienia: kamienie żółciowe z zapaleniem pęcherzyka i cierpienia położowe. Zapalenie pęcherzyka żółciowego i kamienie wykluczyłem na zasadach następujących: forma i umiejscowienie nacieku, charakter bólów poprzedzających, brak kiedykolwiek żółtaczki, prędkie i zupełne ustawianie bólów przy poprzednich napadach, brak wrażliwości wątroby przy ucisku. Badanie narządów płciowych nie wykazało śladu cierpienia jajników, przymacicza, trąbek; naciek znaleziony nie miał też związku z narządami małej miednicy. Stan ogólny chorej, początek cierpienia, naciek, wymioty, zaparcie stolca, silne bóle w brzuchu, *antecedentia*, wszystko przemawiało za sprawą zapalną wyrostka z zajęciem ograniczonem otrzewny: *appendicitis acuta cum peritonitide circumscripta*.

Następnego dnia, t. j. 11 sierpnia, a trzeciego choroby, stan nieco się poprawił, mianowicie bóle w brzuchu mniejsze, i wymioty rzadziej trapiły chorą (opium). Ciepłota ranna 38,6°, wieczorna 39,8°; tętno 120; terapia ta sama. 12-go sierpnia: wymioty prawie ustały; stolca nie było; ciepłota 39,0° rano; wieczorem 39,2°; tętno 120. 13-go sierpnia: stan nieco lepszy; ciepłota rano 37,9°; w południe 38,8°; wieczorem 37,8°; tętno 100. 14-go sierpnia: ciepłota rano 37,3°; w południe 38,1°; wieczorem 37,6°. 15-go sierpnia: ciepłota rano 37,6°; w południe 38,9°; wieczorem 39,0°; tętno 100, przyczem zauważono naciek mniej bolesny, jednak tenże przez te dni powiększył się i ma tendencję do rozprzestrzeniania się ku górze; wieczorem wystąpiła czkawka dosyć uporczywa; chora ma wygląd coraz gorszy, tętno nieco częstsze, dochodzi do 120 i słabsze. 16-go sierpnia: ciepłota 37,5° rano; 37,8° w południe; wieczorem 38,4°; tętno 120; mam przekonanie, że naciek zbliża się ku wątro-

bie; poty, stan ogólny ciężki; wezwalem na radę prof. TRZEBICKIEGO z Krakowa.

17-go: ciepłota rano 38°; tętno 110. Stan ogólny zły; czkawka częsta; tętno słabe (po użyciu dużych dawek kofeiny); ciepłota w południe 38,8°. Na naradzie z prof. TRZEBICKIM dochodzimy do przekonania, że mamy do czynienia z zapaleniem wyrostka, z wytworzeniem się ropnia okołowyrostkowego, że sprawa zapalna posuwa się stopniowo ku górze; lekka żółtaczką, która już dnia poprzedniego się zjawiała, przemawia za zajęciem prawdopodobnie wątroby, gdy jednocześnie niema oznak zajęcia nerek (brak białka w moczu przez cały czas choroby). Zgodziliśmy się zupełnie na rozpoznanie, należało więc rozstrzygnąć kwestię dalszego leczenia: czy przestać na leczeniu wewnętrznym, czy też wykonać zabieg operacyjny?

Badanie *per vaginam* nie wykazało chelbortania; prof. TRZEBICKI wyraził opinię, że nie ma wrażenia zebranego ropnia w danym przypadku, że jednak stan jest ciężki, tętno 120, ciepłota wysoka, sprawa się nie umiejscawia, idzie ku górze, a prawdopodobnie i wątroba zaczyna przyjmować w niej udział, w obawie więc następczego rozległego ropienia — postanowiono wykonać niezwłocznie operację, zaprosiwszy do pomocy kolegę WEINZIEHNERA.

Operację wykonał prof. TRZEBICKI w domu chorej; pokój do operacji był przygotowany dnia poprzedniego. Przy przecięciu ścian brzucha znaleziono, wyraźnie, nacieczenie mięśni; starał się prof. TRZEBICKI iść drogą zaotrzewną i w ten sposób dojść do ropnia, odłuszczać jednak otrzewną. Ropnia w okolicy badanej nie znaleziono. Wobec jednak nacieków mięśni i ograniczonych nacieków pod otrzewną otworzono szeroko jamę brzuszną; wyrostek robaczkowy długi, cienki, miękki, żadnych zmian nie przedstawiał; za kiszka ślepą, pod otrzewną znaleziono kilka plam szarożółtych, wielkości od 5-ciu do 15-stu kopiejkówki, złogi te — włóknikowo-ropne, nie zlewające się

z sobą, szły w postaci wysepek ku górze; małe nacieki, w liczbie kilku, znaleziono także pod wątrobą, a na brzegu górnej powierzchni wątroby widać było dwie plamki wielkości grochu; pęcherzyk żółciowy, badany okiem i dotykiem, przedstawiał się normalnie, był miernie wypełniony żółcią i żadnych zboczeń nie wykazywał. Operację zakończono, założywszy worki MIKULICZA, dużą ranę zmniejszono przez nałożenie kilku szwów. Chora zabieg zniosła dobrze, przynajmniej nie zauważono pod wieczór znacniejszego osłabienia, tętno 120, ciepłota 39°.

18.VIII. Stan niezły, tętno 100; ciepłota rano 37,8°; w południe 38,1°; wieczorem 38°; bólów, wymiotów, czkawki niema.

19.VIII. Miała stolce, ciepłota 37°; — 37,4°; — 37,8°; tętno 110. 20.VIII stolce miała, bólów nie ma, ciepłota 37°; 37,7°; 37,4°. 21.VIII, ciepłota 36,7°; 37,7°; 37,4°; tętno 90. 22.VIII, ciepłota rano 37°; wieczorem 37,5°; opatrunek leży zupełnie luźno, zmieniono wierzchnią warstwę gazy, krwią przesiąkniętej. Przez 7 dni następnych temperatura rano normalna, nie dochodzi 37°; południowa czasami, wieczorna zwykle przekracza nieco 37,5°, raz tylko była 38,3°. Stan ogólny poprawia się, tętno około 90, skarży się tylko czasami na bóle w brzuchu.

30.VIII. *Status afebrilis*; opatrunek przesiąknięty żółcią i ropą, przy badaniu widzimy duży ograniczony ropień pod wątrobą, po przecięciu którego wyłania się pęcherzyk, i wypływa obfita żółciowa, ropna wydzielina; otworu w pęcherzyku nie znalazłem, a dla badania nie chciałem robić większej rany po opróżnieniu ropnia.

31.VIII; 1, 2, 3.IX. Opatrunek zmienia się codziennie i jest obficie żółcią i ropą przesiąknięty, pęcherzyka nie widać w ranie, która się zwęża, palcem wyczuwam pęcherzyk, jakby zgrubiały miejscowo.

4.IX. Na opatrunku ropa, żółci nie widać, rana po przecięciu ropnia zwęża się.

Od 5 do 15 października rana ropieje mniej, żółć stale się wydziela w niewielkiej ilo-

ści. Stan bez zmiany przy ogólnej, powolnej poprawie trwa do 15 listopada. Chora chodzi trochę, czuje się dosyć dobrze, wyjeżdża z mojej porady do Krakowa do prof. TRZEBICKIEGO, który znajduje jej stan dobrym, radzi dalej robić opatrunki i komunikuje mi listownie, że uważa za zbytęcną wszelką interwencję chirurgiczną na pęcherzyku żółciowym, widocznie przedziurawionym.

Dopiero 15 grudnia rana się zagoiła. W sześć tygodni rana znów się otworzyła, i przez kilka tygodni wydzielala się żółć, potem nastąpiło zagojenie. W dwamiesiące później jeszcze raz otworzyła się rana, i jeszcze raz przez kilka tygodni była obfita wydzielina żółciowa, tym już razem rana zagoiła się na dobre; została przepuklina brzuszna. Chora była na kuracji w Karlsbadzie (z porady innego lekarza); do dnia dzisiejszego jest zdrowa, skarży się tylko, że musi chodzić w pasie i że cierpi na zaparcie stolca.

Staralem się o dokładny opis tego przypadku i całego przebiegu choroby, ponieważ przypadek ten z wielu względów jest bardzo ciekawy i nasuwa lekarzowi wiele rozmaitych wątpliwości.

Naprzód z czem właściwie mieliśmy do czynienia? Według mego zdania, rozpoznanie anatomiczne brzmić tu powinno: *paratyphlitis* dawnych autorów (OPOLZER, BOUSSARD) t. j. zapalenie tkanki łącznej zaotrzewnowej i leżącej za kiszka ślepą i za okrężnicą wstępującą, zapalenie to z charakterem flegmony ma skłonność do szerzenia się daleko po tkance łącznej, wysepkami zajmuje otrzewną i dochodzi do okolicy wątroby, która bierze udział w cierpieniu, sądząc ze znalezionych ognisk zapalnych pod i na powierzchni wątroby.

Uznając w danym przypadku *paratyphlitis*, nie mamy żadnych faktycznych danych co do przyczyny tego cierpienia, skąd nastąpiła infekcja tkanki łącznej, gdzie było pierwotne źródło zakażenia. Pęcherzyk żółciowy i wyrostek znaleziono przy operacji niezmienionym, jak rów-

nież *genitalia*. A jednak trudno przypuścić, aby sama tkanka łączna była pierwotnem siedliskiem cierpienia, i aby sprawy zapalne w niej się zaczęły, gdyż spraw takich samoistnych nie uznaje: ani anatomia patologiczna, ani klinika. Według mego zdania, przypadek ten wskazuje, że zapalenie ślepej кишки dawnych internistów istnieć może, że, chociaż to są rzadkie przypadki, jednak kieszka ślepa może być wyjściem spraw zapalnych, przechodzących na tkankę łączną przy zdrowym wyrostku, który powszechnie uważany jest za przyczynę zapaleń w okolicy ślepej кишки i notabene zupełnie słusznie. Ten przypadek jednak wskazuje, że i sama kieszka ślepa, bez udziału wyrostka, może być przyczyną i punktem wyjścia spraw zapalnych, gdyż inaczey przypadku tego wytłomaczyć nie mogę. Według mnie, było tutaj pierwotnie zajęcie ślepej кишки ze sprawą ropiejącą, wrzodziejącą, może być, na tle traumatycznym lub odleżynowym; owo właśnie cierpienie кишки wywołało drogą naczyń chłonnych szerzącą się po tkance łącznej sprawę zapalną z charakterem włóknikoworopnym. Rozumie się, jest to tylko przypuszczenie, gdyż, wobec braku innych źródeł zakażenia, tylko w ten sposób przypadek ten zrozumieć można. Że pierwotne *typhlitis* z następczem *perityphlitis* faktycznie się zdarza, wskazuje przypadek, operowany przez d-ra JORDANA, a przebiegający pod postacią ograniczonego ropnego zapalenia okołokatniczego. JORDAN wyciął wyrostek i zmian w nim nie znalazł; na przedniej ścianie kątnicy, zrosniętej z kioskami, znalazł bliznę i nacieczenie, po wycięciu zaś кишки na słuzówce płaskie owrzodzenie, które powstało prawdopodobnie wskutek nacieku mas kałowych i posłużyło za punkt wyjścia do rozwoju zapalenia ścian кишки z ograniczonem zapaleniem otrzewny.

Nie tylko kieszka ślepa, lecz i inne części кишки grubej mogą być siedliskiem umiejscowionych spraw zapalnych, zajmujących wszystkie kieszki z udziałem otrzewny. *Pericolitis*, opi-

sane przez WINDSCHEID'a w r. 1889, było spotykane i opisywane przez FLEINER'a i innych; *sygmoiditis*, opisane przez MAYOR'a w 1893 r., a spotrzegane ostatnimi czasy, przekonywają, że i dawnego *typhlitis* odrzucić nie mamy prawa.

Następnie nie mniej ciekawą sprawą jest wytworzenie się w drugim tygodniu po operacji ropnia pod wątrobą i przetoki żółciowej.

Sprawę tę objaśniam sobie w ten sposób: zapalenie, które szerzyło się ku wątrobie, wskutek interwencji chirurgicznej, zostało umiejscowione i do pewnego stopnia przerwane; nacieki jednak pod wątrobą, już istniejące, nie były dostatecznie odkryte i leżały po za obrębem działania worka MIKULICZA; tam to właśnie wytworzyło się ropienie ograniczone—ropień pod wątrobą, który się następnie otworzył do pęcherzyka żółciowego, ztąd właśnie powstała przetoka; że sprawa wytworzyła się w ciągu 2 pierwszych tygodni po operacji, dowodzi ciągły stan podgorączkowy chorej i bóle w brzuchu, na które chora się skarżyła przed pierwszą zmianą opatrunku. Brak zmian w pęcherzyku żółciowym podczas operacji przemawia za tem, że tylko w ten sposób należy sobie tłumaczyć powstanie przetoki.

Nareszcie przypadek ten nasuwa poważne pytanie, czy zabieg operacyjny był w danym razie potrzebny, czy też zbyteczny?

Podczas operacji znaleziono sprawę zapalną włóknikowo-ropną, szerzącą się wysepkami. Sprawa ta miała charakter ropny, lecz nie przyszło jeszcze do zebrania ropy w większej ilości. Otóż—pytanie, czy tego rodzaju sprawa nie mogłaby się rozejść bez tak poważnego zabiegu? Szkoda, że nie zrobiono kultur z nacieków, może natura grzybków rozjaśniłaby tę sprawę dość zawilą.

Osobiście mam to przekonanie, że operacja uratowała chorą; tam, gdzie miejsca cierpiące obnażone były, gdzie tampony przylegały do cierpiących tkanek, sprawa się ograniczała, i nie nastąpiło obfite ropienie; miejsca zaś głę

bokie, zakażone, niedostępne dla interwencji, uległy dalszemu rozwojowi sprawy ropnej, i wytworzył się duży ropień z jego następstwami. Rozumie się, mój sposób widzenia może nie znaleźć uznania i można zupełnie inaczej w tej sprawie rozumować; dlatego właśnie opisuję ten przypadek, że nastrocza tyle pytań i obszernę pole do dyskusji.

Z oddziału D-ra B. KORYBUT-DASZKIEWICZA w Warszaw.
Domu Wychowawczym Ks. Beaudoin'a.

O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci.

Podał

D-r J. SMOLEŃSKI, Asystent Oddziału.

Według odczytu w Warszawskim Towarz. Lekarskiem.

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr 35).

Przejdziemy teraz do naszych obserwacji; tu przedewszystkiem zaznaczymy, że wobec dołączenia do pracy naszej obszernej tablicy pozwalamy sobie na pominięcie szczegółowych historii chorób, co powiększyłoby i tak już obszerny nasz artykuł; wszystkie spostrzeżenia nasze były skrupulatnie notowane przy codziennej wizycie lekarskiej na właściwych kartach szpitalnych, a dołączone tablice przedstawiają niejako krótkie streszczenie historii chorób naszych pacjentów.

Ogółem dostawało glicero-fosfaty w różnej postaci 30 dzieci; ponieważ jednak czworo dzieci z ogólnej liczby poddawane były powtór-nemu leczeniu, możemy tedy wnioski nasze opierać jakby na 34 obserwacjach; w liczbie 30 dzieci mieliśmy ssawców (w wieku od 1 mie-

Imię i nazwisko dziecka.	Wiek dziecka.	R O Z P O Z N A N I E	Czas trwania leczenia.	Waga dziecka w ostatnich tygo- dniach przed rozpo- częciem leczenia.			Średnia normalna waga w danym wieku.	Stosunek wagi danego dziecka do średniej nor- malnej w procentach (%).	Przybytek lub ubytek tygodniach w c			
				1	2	3			1	2	3	4
onek Pop.	1 r. 10 m.	Tbc. pulmon. Rhachitis. Otitis med. sinistra. Enteritis follicularis chron. Ausemia.	77	—	—	7600	11200	68	+4—	5—	— 0	+4—
Józia B.	4 l. 8 m.	Rhachitis. Anaemia. Bronchitis chron. Collitis ac. Gingivitis ulcero- sa. Otitis med. duplex. Lymphadeni- tis in fossa axillari sinistra. Paraly- sis n. facialis.	27	—	—	12000	14700	79	0	0	+4—	— 00
Antoś K.	5 lat	Rhachitis. Scrophulosis. Bronchitis chr. Anaemia. Lues hereditaria.	30	—	—	9000	15000	60	+2—	— 00	+3—	— 00
Broncia	5 lat	Rhachitis. Anaemia. Scrophulosis.	14	—	—	16000	15000	107	+4—	— 00	—	—
Kw.	5 l. 1 m.	Idem.	14	—	—	1600	15125	106	+2—	— 00	—	—
Bartek Z.	1 r. 3 m.	Rhachitis. Anaemia. Bronchitis chron. Dyspepsia.	21	6500	6800	6500	9850	66	+4—	— 00	+200	—
Brońca D.	12 m.	Enteritis follicularis chron Eczema pectoris.	32	—	6600	6600	9200	72	0	+200	0	+80
Olesia L.	1 r. 1 m.	Anaemia. Angina diphteritica.	55	6720	6950	6920	9450	73	+260	— 130	— 530	— 170
Józia P.	12 m.	Rhachitis. Anaemia.	7	8000	8130	8250	9200	90	+200	—	—	—
Kazio M.	11 1/2 m.	Debilitas. Rhachitis. Septico-pyae- mia (rhinitis, otitis med. dextra, fu- neculosis, impetigo bullosa, lym- phadenitis colli). Tracheo-bronchi- tis chron. Dyspepsia. Anaemia.	40	—	4500	4500	9100	49	+250	0	+100	+50
Stasia K.	1 r. 3 m.	Debilitas. Rhachitis. Anaemia. Mi- krocephalia.	35	—	—	4800	9850	49	+50	+50	— 120	+60
Pt.	1 1/2 m.	Inanities.	24	3300	3500	3500	4125	85	+150	— 400	+50	+240
Irenka Ol.	8 m.	Rhachitis. Influenza. Dyspepsia.	10	—	5400	5400	8000	68	+200	0	—	—
zabelka R.	4 1/2 m.	Rhachitis incip. Dyspepsia	12	4830	4620	4570	6250	73	+30	+70	—	—
Zosia W.	2 m. 22 dni	Inanities.	12	3710	3760	3760	5050	74	+60	+180	—	—
Michalinka H.	2 l. 1 1/2 m.	Rhachitis. Scrophulosis. Angina follicul. Conjunctivitis. Tuberculosis pulmonum. Otitis med. duplex. Rhi- nitis haemorrhagica.	14	—	—	6900	11680	59	+2—	— 00	—	—

w oddzielnych			Ogólny przyrbytek, lub ubytek wagi przez cały czas leczenia.	Jaki powinien być średni przyrbytek wagi przez czas trwania leczenia.	Przyrbytek lub ubytek wagi dziecka w pierwszych tygodniach po ukończeniu leczenia.				Powikłania chorobowe w czasie leczenia.	Zachowanie się apetytu.	U W A G I.
7	8	9-11			1	2	3	4			
+7-	-00	+ 500	+2100	380	+5-	-0	-0	-	-	Niezwykła poprawa apetytu.	Zadziwiająca poprawa stanu ogólnego mimo stych wahań gorączkowych w związku z gruźlicą płuc. W rok po obserwacji: dziecko zmarło n z powodu pęknięcia tętniaka serca (aneurysma dis ex endo-peri- et myocardiitide tuberculosa); leziono rozległą gruźlicę płuc i innych narząd
-	-	-	+400	80	+1-	-0	-0	-	-	Poprawa	Paraliż nerwu twarzowego był w związku z zajęciem ropnem ucha średniego i zajęciem wyrostkowego, wskutek czego była wykonana trepanacja wyrostka.
-	-	-	+500	125	+2-	-0	-0	-	Pneumonia catarrhalis w 1 i 2 tygod. leczenia.	Poprawa	Mimo to, że dziecko przechodziło kataralne zapalenie płuc w czasie leczenia, przybyło mu je (w czasie leczenia) 500,0.
-	-	-	+400	60	-4-	-0	-0	-	-	Wybitna poprawa.	Leczenie po 14 dniach z powodu braku lekarstwa było przerwane; podczas miesięcznej przerwy w dawaniu leku nbyło dziecku wagi 400,0; po ponownem rozpoczęciu leczenia przez 14 dni przywzrosło do wagi 400,0.
-	-	-	+200	60	-	-	-	-	-	Idem.	
-	-	-	+600	140	-	-	-	-	-	Poprawa.	Przed rozpoczęciem leczenia dziecko przez dłuższy traciło humor i apetyt, już w krótkim przeciągu czasu po rozpoczęciu leczenia wybitnie zaczęła się poprawa humoru i apetytu.
-	-	-	+400	270	+100	+50	-	-	-	Poprawa.	10 dnia po rozpoczęciu leczenia przypadło odłuszczenie od piersi.
200	+400	-	+280	360	-	-	-	-	W 2, 3, 4, 5 tygodniach leczenia Typhus abdominalis.	Bez różnicy.	W II, III, IV i V tygodniach leczenia dziecko rowało na tyfus brzuszny, w czasie którego straciło wagi 830,0, mimo to jednak w ciągu 55 dni leczenia ogólny przyrbytek wagi był 280,0.
-	-	-	+200	60	-	-	-	-	Dentitio difficilis	Nieznaczna poprawa.	Obserwacja trwała bardzo krótko z powodu samowyleczenia dziecka ze szpitala.
-	-	-	+500	340	+320	+160	-	-	Status febrilis z powodu otitis media dextra.	Znaczna poprawa.	Zadziwiająco znaczny przyrbytek wagi (500,0 w ciągu 40 dni) mimo ciężkiej choroby dziecka przywzrosło w gorączkowych.
-	-	-	+80	230	-100	-	-	-	-	Nieznaczna poprawa.	W trzecim tygodniu leczenia była odłączona od piersi. Po ukończeniu leczenia przeszła ciężką gruźlicę. Zmarła w 10 miesięcy później (Pneumonia catarrhalis, hydrocephalus congenitus internus).
240	-	-	+40	600	+210	-	-	-	Pneumonia catarrhalis w 2 tyg. lec.	Nieznaczna poprawa.	W drugim tygodniu leczenia przechodziło do ciężkiego zapalenia płuc kataralne, przyczem straciło wagi 400,0.
-	-	-	+200	120	-100	+280	-	-	-	Poprawa.	Objawy niestrawnościowe rozpoczęły się przed rozpoczęciem i trwały w czasie stosowania leku.
-	-	-	+130	240	+230	+170	-	-	-	Nieznaczna poprawa.	Przed rozpoczęciem leczenia notowany był znaczny ubytek wagi; w czasie 12 dni leczenia przywzrosło do 130,0 i stan ogólny się poprawił.
-	-	-	+240	350	+40	-40	-	-	-	Nieznaczna poprawa	Przed rozpoczęciem leczenia w ciągu 3 tygodni przybyło tylko 50,0; w ciągu 2 tygodni leczenia przywzrosło do 240,0.
-	-	-	+200	60	-	-	-	-	-	Znaczna poprawa.	W przeciągu całej kuracji dziecko gorączkowe (febris hectica); z uszu i nosa wydzielali się śluzowo-ropiasto-krwawy; wkrótce jednak stan się poprawił, i dziecko zostało wypisane ze szpitala.

Imię i nazwisko dziecka.	Wiek dziecka.	R O Z P O Z N A N I E.	Czas trwania leczenia.	Waga dziecka w ostatnich tygo- dniach przed rozpo- częciem leczenia.			Średnia normalna waga w danym wieku.	Stosunek wagi danego dziecka do średniej nor- malnej w procentach (%).	Przybytek lub ubytek tygodniach w			
				1	2	3			1	2	3	4
Bolek J.	7½ m.	Rhachitis. Athrepsia. Morbilli.	12	—	—	3280	7800	42	+270	+160	—	—
Vojciech M.	3 l.	Scrophulosis. Rhachitis. Bronchitis chron. tuberculosa (?).	27	—	7750	7700	13000	59	0	0	0	0
Zygmus	1½ m.	Dyspepsia.	14	—	3050	3000	4125	73	+140	+220	—	—
J.	2 m. 21 dz.	Rhachitis incip. Inanities. Dyspepsia.	20 10 J.	—	3560	3520	5025	70	-270	0	+200	—
Bolek Cyr.	5 m.	Athrepsia. Otitis med. duplex. Bronchitis et Enteritis chronica.	15 11 J.	—	3550	3500	6550	53	-130	+100	—	—
Ryszard C.	12 m.	Rhachitis. Pneumonia catarr. sinistra. Scabies. Enteritis follicul. Bronchi- tis chron. Anaemia.	17 17 J.	4430	4470	4570	9200	50	+90	+160	—	—
Adeleia R.	4½ m.	Rhachitis incipiens. Soor. Dyspepsia.	20 10 J.	3160	3190	3250	6250	52	-180	+110	+190	—
Oleś St.	1 m.	Dyspepsia	20 10 J.	—	3900	3900	3750	104	0	0	+200	—
Józia Ptr.	1 m.	Debilitas vitae congenita. Dyspepsia	12 12 J.	2350	2200	2120	3750	56	+25	+150	—	—
Anastazya P.	5 m.	Rhachitis. Dyspepsia.	12 12 J.	3500	3630	3570	6550	54	+45	+330	—	—
Władzio Kr.	8 m.	Rhachitis. Bronchitis chron. Vari- cella. Dyspepsia.	20 10 J.	3800	3700	3800	8000	49	+100	+200	0	—
Vojciech Z.	1 m.	Debilitas vitae congenita. Dyspepsia.	12 12 J.	—	—	2250	3750	60	+280	+140	—	—
Maryanna W.	4 m.	Dyspepsia.	20 10 J.	3050	3250	2960	5950	50	+140	0	+90	—
Stasio B.	5 m.	Rhachitis. Inanities. Bronchitis chron. Dyspepsia.	12 6 J.	4120	3820	3710	6560	57	+100	—	—	—
Mania Wł.	3½ m.	Rhachitis incip. Dyspepsia. Bron- chitis chron.	12 12 J.	3760	3660	3430	5600	61	-80	-160	—	—
	5½ m.	Idem.	18 9 J.	3500	3500	3590	6825	53	+10	-50	—	—
Aleksy	11 m. 10 dn.	Rhachitis. Scrophulosis. Bronchitis chron. Furunculosis. Enteritis folli- cularis chron. Impetigo bullosa. Eczema pectoris et dorsi.	20 15 J.	—	—	5300	9030	59	-200	+150	+450	—
R.	12 m. 23 dni	Rhachitis. Scrophulosis. Bronchitis chron. Enteritis follicularis exacer- bata.	32	—	5800	5800	9400	61	+300	-750	+300	+350

w oddzielnych			Ogólny przybytek, lub ubytek wagi przez cały czas leczenia.	Izaki powinien być średni przybytek wagi przez czas trwania leczenia.	Przybytek lub ubytek wagi dziecka w pierwszych tygodniach po ukończeniu leczenia.				Powikłania chorobowe w czasie leczenia.	Zachowanie się apetytu.	U W A G I.
7	8	9—11			1	2	3	4			
—	—	—	+430	160	—	—	—	—	—	Poprawa.	Odrę dziecko przechodziło na 3 tygodnie po poczęciu leczenia; znaczny przybytek wagi się leczenia można było położyć na karh zdrowienia po odrze (?).
—	—	—	0	75	—	—	—	—	Gorączka hektyczna bliżej nieokreślona.	Bez różnicy	Gorączka zależała prawdopodobnie od lymphitis tuberculosa.
—	—	—	+360	350	+70	+0	+30	+100	—	Bez różnicy	Dwa razy stosowano leczenie (interne et sub pierwsza kuracja dała napozór lepsze wy drugą; znaczniejsze przybytki na wadze no w pierwszych dwóch tygodniach po przerwa giej seryi leczenia.
—	—	—	—70	500	+330	+120	—	—	—	Poprawa	
—	—	—	—30	275	—	—	—	—	Meningismus.	Bez różnicy	Leczenie pozostało na pozór bez żadnego w śmierć nastąpiła po 11 zastrzykiwaniu. Au hyperaemia cerebri, brouchitis chronica, follicularis chronica, tumor hepatis et li
—	—	—	+250	145	—100	+300	—	—	—	Poprawa.	Stan ogólny a nadewszystko humor dziec cznie się poprawił.
—	—	—	+120	400	+180	+50	—	—	—	Znaczna poprawa	Na miejscu każdego zastrzyknięcia wystę wylewy krwawe. Kilkakrotna zmiana ma w czasie leczenia.
—	—	—	+200	500	—	—	—	—	—	Nieznaczna poprawa	Leczenie pozostało napozór bez żadnego w oprócz nieznacznej poprawy w łaknien
—	—	—	+175	300	+110	—	—	—	—	Znaczna poprawa.	W ostatnich trzech tygodniach przed lecze stopniowa utrata wagi; dwa tygodnie lecze znaczyły się nieznacznym przybatkiem wagi
—	—	—	+375	220	—	—	—	—	—	Poprawa	Wybitny przybytek wagi, który się szcze zaznaczył w drugim tygodniu leczenia
—	—	—	+300	240	+50	+150	—	—	—	Nieznaczna poprawa	Przybytek wagi dość znaczny, jeżeli przy pod uwagę, że w ostatnich tygodniach przed c zęciem leczenia waga prawie się nie powie
—	—	—	+420	300	—	—	—	—	—	Poprawa	Dziecko zmarło wkrótce po ukończeniu l z powodu zapalenia płuc kataralnego
—	—	—	+230	400	—90	—30	—	—	—	Bez różnicy	Napozór leczenie nie wywarło wpływu dod
—	—	—	+100	220	—	—	—	—	—	Poprawa	Obserwacja przerwana wskutek zachorow dziecka na błonicę i przeniesienia do odd chorych błoniecznych.
—	—	—	—240	280	+60	+40	+210	—	—	Bez różnicy	Dziecko poddawane było leczeniu dwa razy rwa 50 dniową i w obu przypadkach w cz czenia traciło na wadze; natomiast w ciąg wszych tygodni po ukończeniu leczenia obser no względnie znaczne powiększanie się v
—	—	—	—40	330	0	+250	—	—	—	Bez różnicy	
—	—	—	+400	170	+250	—150	0	—	—	Bez różnicy	Dwa razy stosowano leczenie z przerwą 43 (Podczas pierwszej seryi wstrzykiwań zauw mimo ciężkiej choroby dziecka, niezwykle zw nie się jego wagi (w 20 dni — 400,0). Po ra: lek był podawany do wewnątrz; w tym czasie (2 tydzień leczenia) wystąpiło obostrenie kieszek z gorączką; i w ciągu jednego tygodn eko straciło na wadze 750,0, mimo to jednak cze przybytki wyrównały stratę tak, że w c dni przybyło mu 240,0, t. j. blisko tyle, ile no w danym wieku przybywać wagi powin
—	—	—	+240	270	+60	—100	—	—	Enteritis follicularis st. febrilis.	Poprawa	

sięca do 11½ miesięcy) — 19 i dzieci starszych (od 1 — 5 lat) — 11.

Przerwy w kuracji u wyżej wymienionych czworga dzieci trwały od 1 — 2 miesięcy. Średni czas trwania obserwacji wynosił około 24 dni (najkrótszy 7 dni, najdłuższy 77 dni).

Wewnętrznie podawaliśmy lek w 20 przypadkach, podskórnie w 14 (od 9 do 17 zastrzykiwań).

Do wewnętrznego leczenia stosowaliśmy przeważnie gotowy preparat, składający się z *Calcaria et Natr. glycerino-phosphoricum*, znajdujący się w handlu pod nazwą glycerophosphate granulé ROBIN¹⁾, rzadziej zaś roztwór z *Calcaria et Natrium glycerino-phosphoricum* z dodatkiem zwykłego syropu (*Calcariae glycerino-phosphoricae*—2,0 do 2,5, *Natrii glycerino-phosphorici* 0,5 *Aq. destillatae* 160,0, *Syr. simplicis* 20,0 *Ds.* po 2 — 3 łyżki stołowe na dzień w zależności od wieku dziecka). Nawiasem dodać nam wypada, że wyżej przytoczony roztwór po paru dniach stania najczęściej zawierał na dnie butelki ciemnowy osad i wogóle był mniej chętnie przyjmowany przez dzieci starsze, niż bardzo lubiany przez nie preparat gotowy. Do zastrzykiwań podskórnych używaliśmy gotowego wyjałowionego roztworu *Natrii glycerino-phosphorici*, zawartego w ampulkach szklanych (roztwór prof. ROBIN'a).

Patrz tablice str. 757 — 760.

Jak widzimy z tablicy naszej, większa część dzieci była chora na choroby ogólne, ustrojowe, połączone z upadkiem odżywiania; w niektórych (i to niezbyt rzadko) razach mieliśmy do czynienia z ciężkimi chorobami, połączonymi z gorączką. Najczęstszym powodem, a raczej wskazaniem leczniczym bywał dla nas upadek odżywiania u naszych pacjentów, będący w związku

z tą lub inną chorobą, z mniej lub więcej wybitnym brakiem łaknienia.

Ze względu na trudności techniczne (zbieranie moczu i kału u dzieci, skomplikowane sposoby badania etc.) nie mogliśmy śledzić wpływu leczenia na przemianę materii u naszych małych pacjentów; wnioski tedy nasze co do skuteczności podjętego leczenia opierać się będą głównie na danych, jakich nam dostarczało dokładne ważenie dzieci, i na zachowaniu się łaknienia u poddanych leczeniu.

Dodać winniśmy, że w większości przypadków dla ułatwienia kontroli nad przypuszczalnym wpływem naszego leczenia na zachowanie się wagi obserwowanych dzieci staraliśmy się przez 2 — 3 lub więcej tygodni ważyć je systematycznie przed leczeniem co tydzień i dopiero wtedy rozpoczynać leczenie; w niektórych jednak przypadkach, dla przyczyn mniej lub więcej od nas niezależnych, nie udało się nam zachować tej pożądanej ostrożności, potrzebnej do następczego wnioskowania; jednak w 24 przypadkach z ogólnej liczby posiadamy dane, o których wyżej mówiliśmy.

Dla łatwiejszego oryentowania się w stanie odżywiania naszych dzieci w chwili rozpoczęcia naszych spostrzeżeń obliczyliśmy stosunek ich wagi do wagi średniej normalnej dla danego wieku w procentach; średni % wagi dzieci w stosunku do normy dla danego wieku wynosił dla naszych małych pacjentów około 65-ciu. Dodać tu winniśmy, że w bardzo wyjątkowych przypadkach ten stosunek wykazał nam wagę bliską normalnej dla danego wieku lub też nieco przekraczał średnią normę. Dla zdania sobie sprawy, jak się zachowywała waga dzieci po ukończeniu leczenia w przypadkach (22-ch), gdzie się to okazało możliwym, wazyliśmy je jeszcze przez kilka tygodni i dane, zdobyte tą drogą, przytoczyliśmy w oddzielnej podziałce.

Dla łatwiejszego oryentowania się w zachowaniu się wagi w stosunku do czasu obser-

1) Uwaga: Doza dla ssawców: 2 razy na dzień po miarce, znajdującej się przy butelce z proszkiem, starszym dzieciom od 1 do 2-eh miarek 2 razy na dzień (2 miarki odpowiadają $\pm$ 0,3 glicero-fosfatów).

wacy zamieściliśmy w tablicy podziałkę dla oznaczenia średniego normalnego przybytku na wadze dla danego wieku w obserwowanym okresie czasu (leczenia).

O ile w czasie prowadzonej kuracji wystąpiły jakiegokolwiek powikłania chorobowe, mogące mieć dodatkowy ujemny wpływ na za-

chowanie się wagi naszych pacjentów, odnotowaliśmy je w oddzielnej podziałce.

W podziałce pod tytułem: „uwagi“ umieściliśmy niektóre dane, mające związek z przebiegiem choroby, lub też krótkie wnioski co do skuteczności leczenia.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

132. WESENER. Rozpoznanie i profilaktyka tyfusu brzuszego.

Na mocy materiału, obejmującego 690 przypadków tyfusu brzuszego, spostrzeganych w ciągu ostatnich lat 12, autor określa znaczenie głównych objawów tej choroby: gorączki, powiększenia śledziony, różyczki, diazo-odeczynu, próby GRUBER-WIDAL'a oraz obecności laseczników EBERTH'a.

Na 690 przypadków tyfusu brzuszego (w Aachen) było zejść 81, co stanowi 11,7%.

Co do przebiegu gorączki, autor podziela pogląd EWALD'a, że gorączka w tyfusie utraciła w ostatnich czasach swój znany typ i często okazuje się zupełnie nietypową. Wyczuwalne powiększenie śledziony stwierdzono w 60,4%. Niewątpliwa różyczka istniała w 78,5% przypadków. Odczyn diazowy wypadł dodatnio w 85,2%. Odczyn GRUBER-WIDAL'a był dodatni w 75,1%.

Z powyższego widać, że najpewniejszym i najczęstszym objawem tyfusu brzuszego jest odczyn diazowy. Brak tego odczynu na wysokości choroby silnie przemawia przeciw tyfusowi. Mowa tu o braku stałym, gdyż nierzadko zdarza się, że odczyn ten nawet w najcięższym tyfusie przez parę dni nie występuje, potem zaś nagle się zjawia. Wadę tego odczynu i to bardzo ważną stanowi okoliczność, że występuje również w wielu innych chorobach, które pod względem różniczkowo-dyagnostycznym przedstawiają wielkie trudności i łatwo za tyfus wzię-

te być mogą: *tuberculosis miliaris*, *pneumonia crouposa*, *influenza*, *sepsis*.

Drugie miejsce pod względem dyagnostycznym zajmuje różyczka. Brak różyczki nie przemawia przeciw tyfusowi, z drugiej zaś strony obecność jej nie świadczy jeszcze o tyfusie, gdyż spotykamy różyczkę także w gruźlicy prosówkowej i posocznicy. Spotykamy nadto wykwyty na skórze, zwłaszcza u chorych skłonnych do pocenia się, które trudno od różyczki odróżnić się dają.

Poglądy na znaczenie rozpoznawcze próby WIDAL'a są bardzo podzielone. Przy wykonywaniu tej próby należy zadość uczynić licznym wymaganiom, na które niedawno STERN zwrócił uwagę. Wartość tego odczynu obniża okoliczność, że nierzadko zdarzają się przypadki wątpliwe, w których bakterie wprowadzie obumierają, lecz nie zlepiają się, albo też występuje wprowadzie aglutynacja, lecz częściowa. Uderzający jest nadto fakt, że odczyn okazuje często nieprawidłowe zachowanie się: u niektórych członków rodziny, chorującej na tyfus, próba wypadła dodatnio, u innych—ujemnie. Znaczenie próby WIDAL'a obniża się jeszcze przez to, że liczni badacze stwierdzili wynik dodatni również w innych chorobach.

Autor otrzymał dodatni wynik w *endocarditis maligna*, *tuberculosis miliaris*, *influenza* i *sepsis*, przyczem oględziny pośmiertne w tych przypadkach stwierdziły brak zmian tyfuso-

wych. Następnie wiadomo, że, gdy znajdujemy u chorego gorączkującego dodatnią próbę WIDAL'a, musimy liczyć się z możliwością, że chory przechodził przed pewnym czasem, być może, zupełnie lekki tyfus, a obecnie cierpi na co innego.

Wyczuwalna śledziona stanowi najmuiej pewną oznakę rozpoznawczą. Pomijając już to, że możność wyczuwania śledziony zależy od wielu okoliczności, zauważyć należy, że w wielu innych chorobach śledziona jest macalna.

Autor zwraca uwagę na mniej znane warunki, w których śledzionę wyczuć można, jak np. u młodych dziewcząt z wrzodem żołądka, u dzieci z przebytą krzywicą. Gdy u tych osobników występuje choroba gorączkowa, łatwo przyjąć ją można za tyfus.

Bakteryologiczne stwierdzenie tyfusu (w wypróbnieniach, krwi z płamek różyczki) jest bardzo kłopotliwe i wymaga pracowni bakteriologicznej, w której moglibyśmy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe od innych laseczników.

Tak więc rozpoznanie tyfusu, pomimo wielu postępów w tej dziedzinie, przedstawia się jeszcze obecnie trudnem. Kwestya rozpoznania uległa nawet pewnemu powikłaniu dzięki wykryciu paratyfusu. GWRN odkrył w 1898 r. laseczniki, napotykanne w chorobie podobnej do tyfusu (gorączka, różyczka, powiększenie śledziony i t. d.) i różniące się od laseczników tyfusowych. W r. 1900 SCHOTTMÜLLER ogłosił również szereg podobnych przypadków i nadał im miano paratyfusu. Od tego czasu liczba prac o paratyfusie wzrosła. Ustalono dwa typy (A i B) laseczników paratyfusowych. Ostatnie różnią się między sobą i od laseczników tyfusowych tem, że próba z fermentacją wypadła dodatnio, dalej, że kolonie nieco inaczej wyglądają i wreszcie brakiem aglutynacji lub też bardzo słabą aglutynacją przy działaniu na nie surowicy tyfusowej, podczas gdy surowica chorych paratyfusowych daje z nimi aglutynację nawet przy bardzo znacznych rozcieńczeniach, aż do 1 : 40.000. Objawy kliniczne są jednakowe z tą różnicą, że przebieg paratyfusu jest o wiele łagodniejszy, gdyż dotychczas opisano bardzo mało zejść śmiertelnych. Wskutek tego nasze dotychczasowe wiadomości o zmianach anatomicznych w paratyfusie są jeszcze dość skąpe. Okazało się jednak, że niema tu swoistego zajęcia

gruczołów limfatycznych w kiszkach, jak w tyfusie brzuszny, lecz jedynie mało rozprzestrzenione i płytkie owrzodzenie w błonie śluzowej kiszek. Bądź co bądź, uchodząca dotąd za dogmat jedność etiologiczna tyfusu brzuszno-go poważnie zachwiana została.

Profilaktyka społeczna opiera się na tem, że w największej części przypadków woda jest rozsadnikiem zarażenia, i że zarażenie wskutek stykania się ustępuje przynajmniej w wielkich miastach na plan drugorzędny. Zrozumiałem jest przeto, że z wprowadzeniem wodociągów i kanalizacyi liczba zachorowań znacznie zmalała. Centralne zaopatrywanie miast w wodę zawiera jednak w sobie pewne niebezpieczeństwo. Jeżeli zarodki tyfusu przedostaną się raz do rur wodociągowych, to wyniknąć ztąd może rozległa epidemia. W ostatniem 10 leciu opisano kilka podobnych zdarzeń. Niedawno temu KUCHANOWO wysunął na pierwszy plan znaczenie zarażenia przez stykanie. Moment ten jednak zastosować można głównie do wsi i wogóle mniejszych miejscowości.

Z pomiędzy wielu środków zapobiegawczych autor szczegółowiej zastanawia się nad obowiązkiem komunikowania odpowiedniej władzy przypadków zachorowania na tyfus, nad odosobnianiem chorych tyfusowych oraz odkazaniem.

Obowiązek zawiadamiania władzy o wszystkich przypadkach tyfusu natrafia na znaczne trudności, gdyż rozpoznanie tej choroby jest często niepewne i trudne. Wymagać należy, by lekarze komunikowali także o przypadkach podejrzanych, przyczem określić należy dokładnie, co za podejrzany przypadek uważać należy.

Co do izolacyi, to zauważyć należy, że dawniej dzielono choroby zakaźne na kontagijne, miazmatyczne i kontagijno-miazmatyczne. Odosobniano tylko pierwsze, 2-ch zaś ostatnich kategorii nie. Obecnie dzielimy choroby zaraźliwe na takie, w których zarazek przenosi się bezpośrednio z chorego na zdrowego, oraz takie, w których zarażenie odbywa się pośrednio, przez pośrednictwo istot żywych lub nieożywionych. Pierwszy rodzaj zarażenia rozpada się na zarażenie wskutek zetknięcia i na zarażenie przez powietrze. Przy pierwszym potrzeba, ażeby zdrowy człowiek znalazł się w styczności z chorym, przy drugim — ażeby się tylko znaj-

dował w otoczeniu, bliskości chorego. W tym drugim wypadku, którego znanymi przykładami są ostre wysypki, ospa, odra, szkarlatyna, tyfus plamisty, błonica oraz gruźlica, zarazek udziela się od chorego otaczającemu powietrzu, a zatem przez kaszel (znane zakażenie kropelkami płwociny — FLÜGGE), albo przez to, że wydzielina pozostaje jeszcze zaraźliwą w stanie suchym, a więc istnieją formy trwałe.

W obu tych razach teoretycznie konieczne jest odosobnienie chorych. Poznano wprawdzie w ostatnich czasach 2 momenty, których dawniej nie uwzględniano należycie. Jest to po 1) zmienna jadowitość (Virulenz) sprawców zakażenia, po 2) odporność lub skłonność pojedynczego osobnika. Pod tymi 2 względami choroby istotnie bardzo różnią się co do swej zaraźliwości. Do ospy i odry np. każdy osobnik posiada skłonność nieograniczoną, do szkarlatyny i dyfterytu już o wiele mniejszą, najmniejszą zaś do gruźlicy. Jad ospowy zachowuje swą siłę przez czas bardzo długi, podczas gdy w innych chorobach sprawca zakażenia zazwyczaj szybko ginie. Wszystkie te różnice uwzględnić należy przy przepisach, dotyczących odosobnienia. Ponieważ w tyfusie brzuszny zakażenie przez powietrze nie ma miejsca, lecz odbywa się przez zetknięcie lub pośrednio, ponieważ prócz tego lasecznik tyfusu ma ograniczony tylko okres życia, przeto słusznie nie zaliczano dotychczas tyfusu do rzędu tych chorób, które wymagają ścisłego odosobnienia. Dawniej odmawiano nawet tyfusowi bezpośredniej zaraźliwości i przyjmowano, że wypróżnienia tyfusowe muszą przez pewien czas przebywać w ziemi, ażeby znowu stać się zaraźliwymi. Okazało się jednak, że tak nie jest: wypróżnienia tyfusowe zdolne są do bezpośredniego zarażenia. Dawniej wypróżnienia chorych tyfusowych zazwyczaj zagrzebywano, obecnie zaś traktuje się je najrozmaitszymi środkami odkażającymi. Jeszcze na jedną ważną okoliczność zwrócono w nowszych czasach uwagę.

PETRUSCHKY wykazał kilka lat temu (1899), że mocz chorych tyfusowych w wielu razach zawiera zdolne do życia laseczniki tyfusowe. Dane PETRUSCHKY'ego wielokrotnie potwierdzone zostały: okazało się, że w 25 — 30% przypadków tyfusu w moczu znajdują się żywe laseczniki tyfusowe. Odnosne badania wykazały, że

w wielu przypadkach laseczniki tyfusowe zjawiają się w moczu dopiero w okresie zdrowienia i przez długi czas nie znikają z moczu. Z tego względu zwrócono w ostatnich czasach baczniejszą uwagę na odkażanie moczu. Posiadamy prócz tego w urotropinie środek, który bardzo szybko usuwa laseczniki tyfusowe z moczu.

Chorzy tyfusowi w szpitalach winni być możliwie odosobnieni.

Co się tyczy odkażania, to, niestety, zbyt mało uwagi zwraca się na odkażanie w czasie choroby, zbyt wiele zaś na odkażanie po ukończeniu choroby. Pierwsze, jak wiadomo, dotyczy wypróżnień, moczu, pościeli, bielizny oraz wszystkich przedmiotów, z którymi chory się stykał. Należy tu także odkażanie służby i pielęgniarzy. Jeśli to bieżące odkażanie (fortlaufende Desinfection) wykonane było niedbale, to mało pomoże nawet najenergiczniejsze odkażanie po skończeniu choroby (Schlussdesinfection). To ostatnie, o ile dotyczy mieszkania, wykonywa się obecnie najczęściej za pomocą formaliny. Bardzo energicznie winny być odkażane wszystkie te miejsca, gdzie chory oddawał wypróżnienia i mocz (ustępy, nocniki, miednice i inne naczynia...), a ponieważ odkażanie za pomocą formaliny tu nie wystarcza, przeto zastosować należy metody dawniejsze. Bardzo ważnem jest, ażeby odkażenie końcowe odbyło się dopiero wówczas, gdy chory już nie jest więcej zdolny do zarażenia otoczenia, gdyż w przeciwnym razie wartość tego odkażenia jest zupełnie uludna.

(Münch. med. Woch. N. 23 i 24. r. 1904).

P. S.

133. TRENDLENBURG (Lipsk). Przyczyna bólów w kolce kiszkowej, wątrobowej i nerkowej.

Wbrew twierdzeniu NOETHNAGEL'a, który kolkę uważa za skutek silnego spastycznego skurczu sciany kiszek, autor wykazuje, że nie taka wcale jest przyczyna cierpienia. W dowodzeniu swojem opiera się na fakcie, że wszelkie operacje chirurgiczne na kiszkach (dokonywane w znieczuleniu miejscowem) — włączając tu też ucisk, zszywanie i t. p., są niebolesne i że ten brak bolesności dotyczy wszystkich trzech warstw кишки: surowiczej, mięśniowej i śluzowej. Za to wszelkie pociąganie, targanie, rozciąganie krezki powoduje żywy ból. Otóż w krezce to właśnie

należy poszukiwać przyczyny bólów w kolce. W jakim więc sposób do takiego targania krezki dochodzi? Przy zwężeniu kiszki rozdęte i wężowato powyginane pętlice jej leżą powyżej miejsca zwężonego; jeśli teraz pojawia się skurcz jej, który ma charakter skurczu tonicznego i rozszerza się na dłuższy jej odcinek, to na całej przestrzeni, objętej skurczem, wzrasta ciśnienie wewnętrzne na ściany danego odcinka. Gdyby kiszka leżała zupełnie swobodnie i nie miała krezki, to pod wpływem takiego równomiernego wewnętrznego ciśnienia w danym odcinku tenże przybrałby kierunek prostoliniowy, niby rurka elastyczna. Ponieważ jednak ze względu na kreskę dokonać tego nie może, przeto przy daremnem usiłowaniu przyjęcia takiego kierunku rozciąga i targa kreskę. W ten sposób należy sobie tłumaczyć powstawanie bólów w kolce a także i to, że takie tylko skurcze są bolesne, które zajmują większy odcinek kiszki. Bóle mogą występować nie tylko przy zwężeniu kiszki, lecz wogóle przy silnem rozdęciu i gwałtownie spotęgowanej czynności jej na większej długości. Mechanizm tu takiż sam.

W ten sam sposób powstają bóle w kiszce grubej. Przy skurczu wypełnionej *flexurae sigmoidae* wskutek dążenia jej do prostoliniowego wydłużenia się następuje rozciąganie *mesosigmoidei* — więc ból. Ból w *colon* należy też sobie tłumaczyć usiłowaniem kiszki do przyjęcia prostoliniowego kierunku, lecz tu praca jest większa ze względu na oba zgięcia — *flexura coli dextr. et sinistra*. Dążąc do pokonania tych przeszkód, kiszka powoduje bóle wskutek targania swojego przyczepu, zwłaszcza w okolicy wymienionych zgięć.

Istnieje jeszcze inny rodzaj kolki, nazwany przez NOTHNAGEL'a *colica inflammatoria*, który występuje w ostrym zapaleniu kiszek i który obok nadmiernie spotęgowanego ruchu robaczkowego cechuje się też silnym tonicznym skurczem, zajmującym oddzielne odcinki kiszek; ten to skurcz ma być według N. przyczyną kolki. Autor, opierając się na doświadczeniach, wykazujących niebolesność ścian kiszki, zaprzecza takiemu objaśnieniu bólu, źródła jego też poszukuje w krezce i zgodnie z LENNANDER'em za przyczynę bólu uznaje tu zapalenie naczyń i gruczołów limfatycznych. Na poparcie tego twierdzenia przytacza, że owrzodzenia kiszek, po-

wstałe na tle chroniczno - zapalnym — przymiotowej, gruźliczej natury — są niebolesne, natomiast w wąglikowym cierpieniu kiszek bywają mocne bóle, które objaśnia silnem krwotocznym zapaleniem gruczołów limfatycznych w krezce.

W *colica saturnina* ból nie jest skutkiem skurczu kiszek, a zalicza się do grupy nerwobólów. *Crises abdominales* w *tabes* też nie zależą od towarzyszącego im skurczu kiszek.

Dalej, zaprzeczając twierdzeniu NOTHNAGEL'a, jakoby skurcz toniczny muskulatury wskutek ucisku na zakończenia nerwów był powodem bólu w kolce wątrobowej i nerkowej — autor twierdzi, że i w tych postaciach kolki za przyczynę bólu należy uważać rozciąganie i targanie nerwów poza narządem (*retroperitoneal*), będące z kolei wynikiem zastojów wydzieliny w odpowiednich narządach i idącego w parze ze skurczem spotęgowanego w nich ciśnienia wewnętrznego.

Nadto wiadomem jest z doświadczenia, że operacje chirurgiczne, jak również i zabiegi pooperacyjne, na pęcherzyku żółciowym dokonywane, bólu nie powodują żadnego, o ile tylko unika się pociągania i targania. Objaśnia się to tem, że pęcherzyk żółciowy oraz przewody żółciowe — jak historia ich rozwoju wskazuje — są jedynie wypochwieniem przewodu pokarmowego, w którym — jak wyżej wzmiankowano — brak nerwów czuciowych — tem samem brak ich i w pęcherzyku i przewodach — ztąd brak bólu. A więc i tu typowego napadu kolki nie można sobie objaśnić mechanicznem drażnieniem uwięzłego w przewodzie kamienia, ani też skurczem pęcherzyka żółciowego i przewodów, wypełnionych prąca na ich ściany żółcią — a raczej pociąganiem i targaniem przewodów w miejscu ich fiksacji — co z kolei powoduje pociąganie i targanie przebiegających tu nerwów czuciowych i ból. Jeśli tak na sprawę się zapatrywać, to łatwo będzie sobie objaśnić objawy kolki wątrobowej, wywołane nie uwięzłym kamieniem, lecz innymi przyczynami. Kamień gra tu jedynie rolę czysto mechaniczną i sam bezpośrednio bólu nie powoduje. Każda więc inna przyczyna, która — równie jak kamień, powoduje nagłe zamknięcie przewodu żółciowego i wzmożenie ciśnienia w nim żółci, może drogą rozciągania i targania na miejscu jego fiksacji stać się

powodem bólów. Tu wspomnieć należy o bąblowcu, jeśli tenże nagle uciśnie przewód żółciowy; takież sam wpływ może okazać wadliwa konfiguracja i kierunek (zagięcie się) przewodu, jak to się zdarza przy tak zwanym wędrującym pęcherzyku żółciowym (Wandergallenblase — KRUKENBERG).

Po za tem sprawy zapalne około pęcherzyka i przewodów żółciowych też powodują bóle, lecz tu już obraz typowych bólów kolkowych staje się niewyraźnym, i bóle takie zapalne odpowiadają raczej bólom w krezce, spowodowanym zapaleniem naczyń i gruczołów limfatycznych.

Co się tyczy kolki nerkowej, to występuje ona nie tylko przy kamieniach nerkowych, lecz i w ostrym zapalnym nawale, w *hydro-nephrosis*, gruźlicy nerek, i wogóle przy powstrzymanym odpływie moczu z miedniczek wskutek jakiegokolwiek bądź przeszkody (kamień w moczowodzie, zagięcie, skręcenie moczowodu, wytworzenie się zastawki i t. d.). Ztąd widzimy, że przyczyną bólu tutaj nie jest skurcz spastyczny i ucisk nerwów w samej ścianie moczowodu, lecz rozciąganie, targanie, spowodowane zastojem i parciem moczu w miedniczkach—wskutek przeszkody mechanicznej. W sposobie więc występowania tu bólów daje się dopatrzeć pewną analogia z występowaniem ich w kolce wątrobowej. Sondowanie moczowodów wcale bólów nie powoduje, co wskazuje, że ich błona śluzowa nie posiada nerwów czuciowych, bliższych jednak szczegółów o nerwach czuciowych wogóle w ścianie moczowodu, jak dotąd, brak.

F. Gr.

134. ROLLY. W sprawie rozpoznawania tyfusu brzuszego.

Przy rozpoznawaniu tyfusu brzuszego wielką rolę grają obok zwykłych metod klinicznych badania metody bakteriologiczne. Podczas gdy dawniej musieliśmy zadawałać się ogólnym wyglądem tyfusowym (*status typhosus*), przebiegiem gorączki, obrzmieniem śledziony, charakterystycznie nieznaczłą częstością tętna, występowaniem różyczki, zmniejszeniem liczby białych ciałek krwi oraz niektórymi innymi objawami, obecnie mamy możność szybko i pewnie stwierdzić obecność laseczników tyfusowych w krążącej krwi. Postępując podług przepisów SCHOTTMÜLLER'a, wyciągamy za pomocą wyja-

łowionej szprycy LUER'a 20 ctm. sz. krwi z żyły ramieniowej po ściągnięciu ramienia przepaską elastyczną. Krew tę mieszamy z płynnym ostudzonym do 42—45° agarom glicerynowym i mieszaninę rozlewamy do jałowych szalek PERRI'ego. Ostatnie wstawiamy do termostatu i po 1—2 dniach badamy na zawartość bakteryi.

Badając w ten sposób krew 50 tyfusowych i podejrzanych na tyfus chorych, autor zdołał wyhodować z niej laseczники w 44 przypadkach, a zatem u 88% wszystkich chorych. Ilość hodowli tyfusowych wahała się w szerokich granicach: od 1 do 480 kolonii na 20 ctm. sz. krwi. W początku i na wysokości choroby laseczники występują, zdaje się, częściej i w większej liczbie, niż ku końcowi. W okresie bezgorączkowym bezpośrednio po zniknięciu gorączki autor ani razu nie mógł znaleźć we krwi laseczników. Z liczby znajdowanych laseczników nie można wyciągać żadnych wniosków prognostycznych, gdyż przypadki z dużą liczbą laseczników przebiegały niekiedy łagodnie i odwrotnie.

Z tablicy, przez autora załączonej, widzimy dalej, że u 16 chorych w pierwszych dniach choroby próba aglutynacyjna wypadła ujemnie, podczas gdy wspomniane powyżej badanie bakteriologiczne wykrywało już we krwi obecność laseczników tyfusowych. A zatem właśnie w początku choroby, gdy większość znanych objawów tyfusu zawodzi (różyczka, aglutynacja i t. d.), badanie bakteriologiczne krwi stanowi nieoceniony środek dyagnostyczny, którego nigdy zaniechać nie należy, gdy chodzi o wczesne i pewne rozpoznanie tyfusu.

Przy całej swej prostocie i pewności wzmiankowana metoda połączona jest jednak dla lekarza praktyka z ogromnymi trudnościami, gdyż wymaga pracowni bakteriologicznej ze złożonym instrumentarium, termostatami, odżywkami i t. d. Dla udogodnienia i ułatwienia autor podaje sposób zachowania wyciągniętej z żyły krwi w stanie płynnym, ażeby mógł ją przesłać dla odpowiedniego badania do pracowni bakteriologicznej. Sposób ten polega na następującem: rozpuszczamy 5 grm. peptonu i 50 grm. cukru gronowego w 100 ctm. sz. wody, gotujemy roztwór w ciągu 5—10 min. i rozlewamy w duże (50 ctm. pojemności) probówki po 20 ctm. sz. roztworu. Probówki te zostają wyjałowione i zatkane wyjałowionym korkiem. Ze

szprycy LUFER'a wlewamy do takiej próbówki 20 ctm. krwi i skłócamy. Krew nie ścina się po dłuższym nawet czasie i może być przesłana do pracowni. Laseczники rozmnażają się w tej mieszaninie w ciągu dnia w nieznacznym tylko stopniu.

Autor uprosił również próbę aglutynacyjną. Próba ta występuje, jak wiadomo, dopiero w końcu pierwszego, częściej zaś w początku drugiego tygodnia choroby. Wykonanie jej jest również bardzo skomplikowane, gdyż wymaga świeżych hodowli bulionowych lasecznika tyfusowego, termostatu, jałowych odżywek i t. d. Z tego powodu FICKER celem uproszczenia postępowania podał płyn, który umożliwia wykonanie próby GRUBER-WIDAL'a bez zastosowania żywych laseczników tyfusowych. Płyn taki w postaci emulsji wprowadził on do handlu (FICKER'a Typhusdiagnostikum), załączając szczegółowy opis próby. Podobny płyn, w którym laseczniki zabite zostały za pomocą toluolu lub formolu, podaje także autor. Płyn ten ma pewne zalety przed płynem FICKER'a, gdyż pozwala na śledzenie aglutynacji pod mikroskopem, podczas gdy przy środku FICKER'a jest to niemożliwe, ponieważ w nim większość laseczników jest zniszczona i oczywiście rozrta. Badanie zaś mikroskopowe aglutynacji znacznie ścisłością przewyższa badanie makroskopowe, do którego jedynie zdolny jest płyn FICKER'a.

Próbkę wykonywa się w ten sposób, że do małej próbówki wpuszczamy za pomocą kropelnika kilka kropel płynu i dolewamy za pomocą takiegoż kropelnika odpowiednią, stosownie do rozcieńczenia, jakiego osiągnąć pragniemy, liczbę kropel surowicy.

Próba, w ten sposób wykonana, występuje w tych samych rozcieńczeniach, co z żywymi lasecznikami, lecz nieco później (o $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godz.). Makroskopowo aglutynacja zjawia się najpóźniej po 12 godz., mikroskopowo już po $\frac{1}{4}$ —2 godzinach. Jeśli po 2 godz. próba jeszcze nie wystąpiła, to można być pewnym, że jest ona wogóle negatywna.

Płyn autora odznacza się wielką trwałością: obecnie po 7 miesiącach nie stracił on nic ze swej wartości. Mała flaszeczka (z kroplomierzem) tego płynu wystarcza do bardzo wielu prób. (Münch. med. Woch. 1904. N. 24).

S. P.

135. E. DOERNBERGER. Zapalenie płuc objawy oponowe (meningismus) i niemota.

Autor spostrzegał przypadek zapalenia płuc zrazikowego u dziecka 3½ lat z objawami oponowymi i niemotą przemijającą. Przypadek ten nastroczył autorowi przy porównywaniu z odnośnymi spostrzeżeniami, zaczerpniętymi z literatury, następujące uwagi, dotyczące rozpoznania zapalenia płuc oraz niektórych powikłań w sferze nerwowej.

Rozpoznanie różniczkowe między nieżyto-
wym zapaleniem płuc zrazikowym a krupowym zapaleniem płuc zrazikowym jest niemożliwe. To samo płuco zawierać może ogniska nieżytowe i krupowe (włóknikowe). SCHLESINGER uważa wtórne zapalenia płuc tylko w najrzadszych przypadkach za krupowe. Do odróżnienia zapalenia nieżyto-
wego od włóknikowego oznaki fizyczne nadają się w znacznie mniejszym stopniu, niż początek i przebieg cierpienia. BIEDERT utrzymuje, że zapalenie włóknikowe występuje niekiedy w postaci drobnych i licznych ognisk, zapalenie zaś nieżytowe stopniowo zająć może znaczniejsze obszary płuc. HENOCH również przytacza przypadki, w których odróżnienie kliniczne obu postaci zapalenia było niemożliwe.

Co się tyczy danych bakteriologicznych, to wiemy już obecnie, że dwuziarniaki FRAENKEL'a występują w większości przypadków nieżyto-
wego zapalenia płuc bądź to w czystej hodowli, bądź też razem z gronkowcami, łańcuszkowcami, lasecznikami FRIEDLAENDER'a. Bakteryologiczne rozgraniczenie obu rodzajów zapalenia płuc nie istnieje. Toksynom, wytwarzanym przez wzmiankowane wyżej bakterie, przypisuje się powstawanie rozmaitych powikłań, z pomiędzy których autor specjalnie omawia powikłania ze strony mózgu.

O postaci mózgowej zapalenia płuc (*pneumonia cerebialis*, *meningismus*) jest zazwyczaj mowa tylko w zapaleniu płuc włóknikowym. Pod tą nazwą rozumiemy stan, przypominający zapalenie opon mózgowych, poczęści także stan tyfusowy i przebiegający z gorączką, śpiączką, bredzeniem i skurczami mięśniowymi. Zwolnienie i niemiarkowość tętna i oddechu, wymioty, zmiany w kolorze twarzy (objaw TROUSSEAU), zez i nierównomierność źrenic (obydwa te objawy opisane zostały także przy *meningismus*), w dalszym przebiegu niedowłady i przykurczenia,

wreszcie w wielu przypadkach zejście śmiertelne: wszystkie te objawy właściwe są zapaleniu opon mózgowych, nie zaś temu, co zwiemy „*meningismus s. pseudomeningitis*“. Przekucie lędźwiowe daje w *meningitis purulenta* płyn mętny lub ropny, w *meningismus* zaś — płyn czysty. Objawy oponowe (*meningismus*) występują albo w początku cierpienia, albo w *acme* rozwoju, albo wreszcie już po spadku gorączki, przyczem ta ostatnia na nowo się zjawia. Zdaniem wielu autorów, powikłanie to najczęściej występuje wówczas, gdy sprawa zapalna obejmuje wierzchołek lub płat górny, szczególnie z prawej strony.

Co się tyczy przyczyn meningizmu, to przyjmuje się rozmaite. Zależność od wysokiej gorączki, która wywoływać ma ostre przekrwienie mózgu, poddana została z wielu stron w wątpliwość, jakkolwiek MARFAN niejednokrotnie znajdował przy oględzinach pośmiertnych przekrwienie opon i kory mózgowej, a ZIEMSEN — *arachnitiDEM spinalem* z wysiękiem surowiczym obok lekkiego wodogłowia (*hydrocephalus internus*). Wpływ toksyn przyjmuje większość autorów. Skłonność osobnicza do objawów nerwowych, pochodzenie od rodziców neuropatycznych lub alkoholików gra niewątpliwie dużą rolę. Okoliczność, że objawy mózgowe przyłączają się najczęściej do zapalenia prawego górnego płata, LANGGAARD tłumaczy tem, że ucisk *venae anonymae dextrae* ze strony obrzmiałego prawego szczytu wywołuje przekrwienie mózgu. Na zależność objawów mózgowych od dużych dawek wyskoku, podawanych w celu leczniczym, zwracać należy baczną uwagę, zwłaszcza u dzieci, których tolerancja względem wyskoku jest bardzo mała. Ostatnimi czasy wielu autorów radzi przy leczeniu obchodzić się wogóle bez wyskoku, który działa wprawdzie początkowo pobudzająco, lecz w następstwie wywołuje działania porażające.

Przemijająca afazja, która wystąpiła w przypadku autora, zdarza się nierzadko w wieku dziecięcym, w listeryi, przy przestkach, po tyfusie, odrze i innych chorobach zakaźnych. Odróżnić ją należy od afazji, występującej u dzieci po ciężkich chorobach i zależnej od wylewu krwi, zatoru lub ogniska rozmiękania. Powstawanie przemijającej afazji postawić można w zależności od zmian w krążeniu krwi, ma-

łokrwistości w następstwie ciężkiej choroby albo też od działań toksyn na komórki zwojowe.

Afazję przejściową uważać należy za zaburzenie ruchowe, czyli ataktyczne. Zaburzenie (nie zmiana anatomiczna) dotyczy tu 3 zwoju czołowego (BROCA). Lokalizacja lewostronna jest najczęstsza, lecz zdarza się nierzadko i prawostronna. BIEDERT wspomina podług BOUCHUT'a brak afazji przy ropniu 2 i 3 lewego zwoju czołowego, dalej zaburzenia mowy w cierpieniu prawej półkuli, podług zaś SACHS'a 20 przypadków afazji u dzieci z lewostronnym bezwładem połowicznym. W przypadku D. afazja istniała obok skurczów klonicznych lewych kończyn i przeciągnięcia lewej połowy twarzy. Zasługuje na uwagę także to, że chory D., podobnie jak wiele wogóle dzieci, był po części mańkutem.

Powolna, wlokąca się mowa (*bradyphasia*), spotykana w pierwszych dniach rekonwalescencji po długich i odznaczających się także innymi objawami nerwowymi tyfusach, istniała również w przypadku D. po ustąpieniu niemoty.

(Münch. med. Woch. N. 19. 1904).

S. P.

136. W. TÜRK. Przyczynek do poznania obrazu chorobowego: „*Polycythaemia, tumor lienis cum cyanosi*“.

T. uzupełnia liczbę 14 opisanych przypadków tego cierpienia swoimi 7 - ma i podaje na tej podstawie symptomatologię i patogenezę tej rzadkiej choroby. Objawy subiektywne są mało charakterystyczne, tak że lekarz może być w błąd wprowadzony. A więc bóle głowy, zawroty, nudności z wymiotami, zaparcie, bóle w lewej połowie brzucha, niekiedy nawet chory sam spostrzega guz w okolicy śledziony. Obiektywnie znajduje się wtedy znaczne zwiększenie liczby czerwonych krążków, średnio 8,5—10 milionów, niekiedy 12 m., znaczne zwiększenie zawartości hemoglobiny: 120—200% w porównaniu z normą oraz leukocytoza neutrofilowa (do 30,000), niekiedy także z eozynofilią, prawie zawsze jednak ze zwiększeniem odsetki t. zw. Mastzellen. Czerwone krążki mają barwę normalną lub są cokolwiek blade, postać mają przeważnie prawidłową, a obok tego znajdujemy niewielką liczbę poikilocytów, trochę normoblastów i myelocytów neutrofilowych. Objawy te są wyrazem niewątpliwiej pletory, wywołującej rozszerzenie

i przepelnienie drobnych naczyń skórnych twarzy i błon śluzowych, wskutek czego znajdujemy w tych miejscach ciemno-purpurowe zabarwienie, coś w rodzaju sinicy. Objaw może nie wystąpić, jeżeli naczynia dostępnych dla oka części skóry i błon śluzowych nie ulegają rozszerzeniu. Pełnokrwistość ta powoduje także owe objawy mózgowie, urobilinurę, objawy ze strony żołądka i kiszek, obecność białka i walczków w moczu oraz krwotoki wewnętrzne.

Poza tem znajdujemy powiększenie śledziony najrozmaitszej wielkości, czasem narząd ten wystaje na 2—3 palców z pod łuku żebrowego, niekiedy jednak sięgać może do dołu biodrowego; bardzo jednak rzadko brak powiększenia śledziony. W 2 przypadkach autora w wątrobie znaleziono marskość rąk przerostową.

Co się tyczy patogenety, to autor uważa zmiany we krwi jako objaw najważniejszy zależny od wzmożonej czynności, a być nawet może, i od hiperplazji erytroblastycznej części szpiku kostnego z dodatkiem pewnego stopnia podrażnienia i leukoblastycznej części szpiku. Rola śledziony jest tu jeszcze niewyjaśniona. Autorowie francuscy utrzymują, że przyczyną całej choroby jest znaleziona przez nich gruźlica śledziony, jest to jednak rzeczą wątpliwą, gdyż w wielu innych przypadkach gruźlicy w ustroju całym wcale nie znaleziono. Należy przypuszczać, że rozmaite cierpienia śledziony, a więc i gruźlica, a być może, że i cierpienie wątroby i śledziony mogą wtórnie wywołać podobne zmiany we krwi. Nie zawsze jednak tak bywa, czego dowodzi brak niekiedy pow. śledziony lub obecność śledziony normalnej. Autor sądzi że mamy tu do czynienia nie z jedną chorobą, lecz z dwiema, wtórną, zależną od zmian w śledzionie i wątrobie, i pierwotną zależną od cierpienia szpiku, a więc analogiczną białaczce. W celach leczniczych jeden z autorów wykonał upusty krwi i dawał pokarmy, nie obfitujące w żelazo bez wyniku. Autor po energicznej kuracji arsenikiem widział skutek pomyślny.

(Wiener kl. Wochenschr. 1904. N. 6 i 7).

St. Klein.

137. H. HEINEKE (Lipsk). **Przyczynek do nauki o działaniu promieni radu na tkanki zwierzęce.**

Powołując się na artykuł swój (w Münch. Med. Woch. N. 18) o działaniu promieni Rönt-

GEN'a na różne tkanki, a szczególnie na narządy krwiotwórcze — jak szpik kostny, śledzionę, gruczoły limfatyczne kiszek, *gl. thymus*, autor przypomina wykazany tam niszczący wpływ ich na tkanki limfoidalne wszystkich narządów ustroju wogóle, przypomina zniszczenie komórek miazgi śledziony, szpiku kostnego, zwiększenie ilości pigmentu w śledzionie, dalej niezwykłą nierównomierność ich działania — co do siły i czasu — na tkanki zwierzęce, z których jedne silnie i szybko ulegają wpływowi ekspozycji (*folliculi lymphatici* ulegają zniszczeniu już po upływie kilku do 24 godzin od czasu ekspozycji), inne wolniej (skóra wymaga znacznie dłuższego czasu do ujawnienia odczynu), jeszcze inne wreszcie zupełnie odpornie względem nich się zachowują.

Promienie radu pod względem fizyologicznego działania zdają się prawie nie różnić od promieni RÖNTGEN'a. Tak samo, jak tamte, działają one na skórę, co potwierdza się też skutecznem ich oddziaływaniem na rakowce (*cancroid*) i inne jej cierpienia. Te i tamte jednakowo wywołują zmiany w jądrze, powodujące *azoospermiam* (SCHOLTZ i SELDIN). Te i tamte według PERTHES'a jednakowo wpływają na dzielenie się komórek. Myszy giną przy jednakowych objawach pod działaniem czy to promieni radu, czy też RÖNTGEN'a; w śledzionie ich wykazać się daje rozpad *folliculic. lymph.*, zanik miazgi i zwiększenie się ilości barwnika.

Jak działają promienie radu specjalnie na tkanki limfoidalne? Dla rozstrzygnięcia tego pytania autor robił doświadczenia na świnkach morskich; pomieszczał 20 mg. bromkuradu w kapsułce gumowej i tę, zaszytą w woreczek z gazy, przytwierdzał na skórze lewej strony piersi młodej świnki morskiej. Rad pozostawał tu tyle godzin, ile przypuszczalnie potrzeba było dla osiągnięcia maksymalnych zmian w tkance limfoidalnej. Następnie zwierzęta były pozbawiane życia za pomocą chloroformu.

Sekcyje wykazały, że promienie radu tak samo zupełnie działają na tkanki limfoidalne, jak promienie RÖNTGEN'a, że w ciągu kilku godzin powodują rozpad jąder limfocytów we wszystkich narządach, uległych działaniu radu.

Z powyższego wypływa, że promienie radu, tak samo jak i promienie RÖNTGEN'a, działają na tkanki limfoidalne poprzez nieuszkodzoną skórę.

Jeśli działanie ich wydawało się czazem nieco słabsze, to było to raczej następstwem niezmiernie małej ilości zastosowanego radu; można je jednak znacznie wzmocnić, jeśli sól radu wprowadzić w bezpośrednie zetknięcie z tkanką badaną (jeśli np. po wykonaniu laparotomii przez 5 minut trzymać ją bezpośrednio na jednym z biegunów śledziony). W ostatnim razie wystarcza już kilkuminutowa ekspozycja do wywołania zadziwiających zmian w ciągu kilku następnych godzin.

Autor kończy konkluzją, że działanie promieni radu uważa za jednoznaczne z działaniem promieni RÖNTGEN'a, i że oba te rodzaje promieni uważać należałoby za identyczne pod względem ich natury fizycznej.

F. Gr.

138. SCHOTT. Poszukiwania nad zawartością hemoglobiny we krwi chorych sercowych.

Fizykalno-dietetyczne leczenie przewlekłych chorób serca, szczególnie zaś leczenie balneologiczno-gimnastyczne, zyskało już obecnie tylu zwolenników, że nie rozprawia się już więcej o tem, czy metody te okazują działanie pomyślne na cierpienia sercowe, lecz o tem, w jaki sposób wpływają na serce i na cały ustrój.

Wyniki leczenia balneologiczno-gimnastycznego dowodzą wogóle działania tonizującego, wzmacniającego ustrój: zdrowy wygląd, wzrost siły mięśniowej, zwłaszcza zaś zwiększona zdolność do chodzenia i wspinania się, lepszy sen i łaknienie — oto często spostrzegany skutek tego leczenia. Prócz tego znika rozszerze-

nie serca i podnosi się ciśnienie w tętnicach. Badań, dotyczących składu krwi przed kuracją i po niej, dotychczas nie mamy. Posługując się hemoglobinometrem DARE'a, autor u 120 chorych z rozmaitemi przewlekłymi cierpieniami serca określił zawartość hemoglobiny przed rozpoczęciem leczenia za pomocą kąpieli i gimnastyki i po ukończonem leczeniu. Z przytoczonych wyników widzimy, że w rozmaitych chorobach serca (słabość mięśnia sercowego, wady zastawkowe proste i skombinowane, choroba BASEDOW'a, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego z jednoczesnem cierpieniem nerek lub bez tegoż i t. d.) leczenie balneologiczno-gimnastyczne w stanie jest podnieść obniżoną poprzednio zawartość hemoglobiny. Zdarzają się naturalnie przypadki, w których podwyżka ta okazuje się małą. Podług spostrzeżeń autora, o wiele łatwiej udaje się zwiększyć ilość hemoglobiny u osób młodych i w średnich latach będących, niż w wieku starym. Nawet wówczas, gdy osobniki starsze czują się po przebytem leczeniu o wiele lepiej, zawartość hemoglobiny u nich nie okazuje żadnego powiększenia. Nadmierne wysiłki cielesne, silne afekty, szczególnie zaś choroby gorączkowe zdolne są w ciągu krótkiego czasu obniżyć zawartość hemoglobiny.

Jednocześnie z określaniem hemoglobiny autor mierzył u swych chorych ciśnienie krwi (za pomocą tonometru GAERTNER'a) i doszedł do wniosku, że po przebytej kuracji ulega ono zwiększeniu.

(Münch. med. Woch. N. 19, 1904).

S. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Za pomocą nowej metody opukiwania, t. zw. „signe de tapotage“, ERNI był w stanie rozpoznawać jamy w płucach przy gruźlicy, w przypadkach, w których brakło zwykłych objawów. Celem wywołania tego zjawiska, opukuje się klatkę piersiową w okolicy szczytu

zlekka nożykiem, ujętym za ostrze (np. do rozcinania papieru). Można wtedy stwierdzić, że uderzenie nim wywołuje w pewnych punktach reakcję, mianowicie chory dostaje za każdym razem napadu kaszlu i wydala większe ilości płwociny. W miarę zbliżania się do takiego

odcinka reagującego chory uskarża się niekiedy na uczucie, jak gdyby się coś w piersiach poruszało, lecz bez uczucia bólu. Gdy się w tem samym miejscu opukuje kilkakrotnie, to skóra przybiera zabarwienie niebieskawe, i tworzą się podbiegnięcia. Objaw opukowy ogranicza się ściśle do szczytu; E. nie znalazł go nigdy poniżej 3-ego żebra od przodu i poniżej grzebienia łopatki od tyłu. Najlepiej opukiwać dół podobojczykowy. We wszystkich przypadkach istniała daleko posunięta gruźlica; płwocina miała cechy pochodzącej z jamy, zawierała laseczki i włókna sprężyste. Aby objaw nastąpił, jama musi leżeć powierzchownie, tuż po za klatką piersiową. E opisuje 25-letnią chorą, u której brakło wszelkich objawów jamy, i tylko powyższe opukiwanie wykryło istnienie jamy.

(Sem. méd. 10 — 1904).

= DARIER zaleca zastąpienie atropiny bromkiem metylatropiny w praktyce ocznej. Niebezpieczeństwo atropiny polega na zwiększeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego, co może wywołać lub podnieść objawy jaskry. Kokaina, homatropina i eufatmina są to środki rozszerzające źrenicę, nie posiadające w znacznej mierze wad atropiny, lecz dwa ostatnie są zbyt drogie, a kokaina niekiedy wywołuje lekkie zmętnienie rogówki. Skutkiem tego D. proponuje metylatropinę w postaci soli bromowej w roztworze 1%-ym. U emetropów występuje *maximum* rozszerzenia źrenicy po 30 — 45 minutach; po 12 godzinach stan ten się zmniejsza, a nazajutrz znika. Porażenie akomodacji i rozszerzenie źrenicy ustępują po wpuszczeniu kilku kropel roztworu ezeryny. Przez połączenie metylatropiny z kokainą (Rp. Methylatropini bromati 0,05; Cocaini hydrochl. 0,1; Ag. 10,0) otrzymał D. środek doskonały dla miopów i emetropów, mniej dogodny dla hipermetropów i presbiopów. Środek ten wskazany jest: 1) gdy chodzi o rozpoznanie zapalenia tęczy w okresie

początkowym, i jest obawa jaskry; 2) celem dokładnego oznaczenia refrakcyi; 3) w celach oftalmoskopowych dla rozszerzenia źrenicy. Przetwór wyrabiany jest przez fabrykę MERCK'a i daje się również zastosować przeciw potom u suchotników oraz ślinotokowi u neurasteników.

(Bull. de l'acad. de méd. 18 — 1903).

= MÜLLER podaje dogodny sposób chemicznego wykrywania ropy w moczu, opisany już dawniej przez PRIBRAM'a. Do 5—10 ctm. sz. moczu dodaje się kroplami ługu potasowego i kłóci się. Nukleina w jądrach komórek ropnych pęcznieje i tworzy równomierną masę galaretowatą. Nie wolno dodawać nadmiaru ługu.

(Sitz. Ber. der phys. med. Ges. zu Würzb. 4—1903).

= PFAEHLER opisuje torbiel jajnika, zasługującą na uwagę ze względu na swe olbrzymie rozmiary i wagę. Podczas operacyi wypuszczono 74 litry płynu; sam guz ważył 3 kilo.

(Korr. Bl. f. Schw. A. 7 — 1904).

= WICKHAM opisuje 4 przypadki raka, w których chorzy skarżyli się jedynie na swędzenie skóry; były to 3 raki żołądka i 1 w okolicy śledziony. Zdaniem autora, tworzące się skutkiem zaburzeń dyspeptycznych toksyny są przyczyną swędzenia. Objaw ten wystąpić może na długo przed zjawieniem się zwykłych oznak raka i dlatego posiada znaczenie praktyczne, podobnie jak swędzenie w mocznicy, cukrzycy i t. d. (Scalpel. 36 — 1904).

= EBEL zdaje sprawę z 199 przypadków raka wargi dolnej z kliniki WÖLFLE'a. Ze 180 operowanych otrzymano dalsze wiadomości o 148. Było 185 mężczyzn i 14 kobiet. Średni wiek 60 lat; jedna chora miała lat 15 wieku. Czas trwania choroby wynosił od miesiąca do 15 lat; w 80% choroba trwała rok, w 15% 3 lata; w 5% wyżej 3 lat. Ze 148 chorych około 60% nie miało recydywy po 3 latach.

(Beitr. z. klin. Chir. T. 40).

Wiadomości bieżące.

— Wydział Tow. „Bratniej Pomocy słuchaczy Politechniki“ podaje do publicznej wiadomości, że w łonie T-wa zawiązaną została „Komisya informacyjna“, która listownie i ustnie udziela informacji kolegom, zamierzającym zapisać się po wakacjach na Lwowską Politechnikę. Ustnych informacji zasięgać można codziennie prócz świąt i niedziel od godziny 12 — 1½ w południe w lokalu „Bratniej pomocy“, w gmachu Politechniki. Zgłaszający się po informację listownie winien nadesłać markę na odpowiedź. Zapisy w Politechnice rozpoczną się d. 1 października i trwać będą do 15 października włącznie. Zgłaszający się po 15 października muszą uzyskać pozwolenie na spóźniony wpis. Nowo-wstępujący na Politechnikę koledzy, posiadający maturę gimnazjum klasycznego, będą poddani egzaminowi z geometrii wykresnej i rysunków odręcznych. Egzamin ten przed specjalną komisją odbywać się będzie po 15 października. Przez T-wo „Bratniej Pomocy“ zorganizowane zostaną w drugiej poło-

wie września i pierwszej października kursa przygotowawcze do egzaminu z geometrii wykresnej.

Termin i szczegóły zostaną później ogłoszone.

— W Anglii bardziej, niż gdzieindziej, zmniejsza się stopniowo liczba osób, wstępujących na wydział lekarski. W przeciągu dzieściolecia od r. 1890 do 1900 liczba studentów medyków spadła prawie do połowy: w r. 1890 było ich 1308, w r. zaś 1900 zaledwie 779.

— W lipcu r. b. w Paryżu zaczął wychodzić nowy miesięcznik, poświęcony badaniom nad ciałami promieniotwórczymi, pod nazwą „Le Radium“. Do komitetu redakcyjnego należą pomiędzy innymi: d' ARSONVAL, BEQUEREL, BECLÈRE, BLONDLOT, BOUCHARD, CURIE, DANYSZ, FINSSEN.

— Od 1 października r. b. zacznie wychodzić w Nowym Jorku codzienne pismo lekarskie „Daily Medical Journal“ pod redakcją d-ra W. CURRAN'a.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w sierpniu 1904 r.

Gazeta Lekarska.

N. 32. 1) F. Malinowski. Syfilis dziecięcy wczesny.

2) B. Łuczycki. Przypadek syfilisu mostu Waroła.

N. 33. 1) Władysław Wróblewski. Przyczynki do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych. (Dok.).

2) Jan Koelichen. O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle trypomem. (Dok.).

N. 34. 1) Adam Greliński. Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza.

2) Wł. Żenczykowski. Sprawozdanie z przypadków gruźlicy kiszek u młodzieży w Domu Zdrowia Towarzystwa „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem.

N. 35. 1) Władysław Sterling. Badania nad czuciem wibracyjnym i jego znaczeniem klinicznym.

2) Adam Greliński. Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza. (Dok.).

Kronika Lekarska.

Zeszyt 15. Jan Sędziak. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani. (C. d.).

Zeszyt 16. Jan Sędziak. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

N. 7. 1) Zygmunt Kramsztyk. Organizacja pracy lekarskiej polskiej.

2) Józef Bieliński. Założenie Wydziału Lekarskiego w Warszawie. (C. d.).

3) Zygmunt Kramsztyk. Przyjmowanie chorych do szpitala.

Zdrowie.

Zeszyt 8. L. Wernic. Stan zdrowotny dzieci szkół miejskich Kalisza oraz stan higieniczny samych szkół. (Dok.).

Lekarz.

N. 15. 1) A. Białobrzewski. O zaziębieniu.

2) Jakób i Anna Puterman. Kilka słów o mleku krwi.

3) W. K. Współudział kobiety w walce z gruźlicą. (C. d.).

4) Br. Sport letni.

5) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.)

N. 16. 1) L. W. Nerwowość wśród dzieci i zapobieganie jej.

2) Mieczysław Themerson. Szkoły początkowe. (Dok.).

3) Jakób i Anna Puterman. Kilka słów o mleku krwi. (C. d.).

4) H. Uliński. O piegach, opaleniu i t. z plamach wątrobianych.

5) W. K. Współudział kobiety w walce z gruźlicą. (Dok.).

6) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.).

Ginekologia.

N. 7. A. Mars. Klinika Położniczo-Ginekologiczna Lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki. (Dok.).

Przegląd dentystyczny.

N. 7 i 8. 1) Alojzy Wachsmann. Leczenie zębów z miazgą zranioną lub przypaloną arsenikiem.

2) J. Żizka. Stosunek chorób zębów do gruczołów chłonnych podżuchwowych.

Przegląd Felczerski

N. 15. J. F. Medycyna w Japonii. (C. d.).

N. 16. J. F. Medycyna w Japonii. (Dok.).

Przegląd Lekarski.

N. 32. 1) Ksawery Lewkowicz O cytologicznym badaniu wysięków i przesieków.

2) J. Fels. Przypadek kilowego zapalenia stawu kolanowego.

3) R. Spira. Ciała obce w uchu.

N. 33. 1) Adam Gettlich. Przypadek ubocznego działania surowicy przeciwbłoniczej.

2) Ksawery Lewkowicz. O cytologicznym badaniu wysięków i przesieków. (C. d.).

3) Rafał Spira. Pęknięcie błony bębenkowej.

N. 34. 1) Z. Sowiński. W sprawie lasecznika Lisle'a i Jullien'a w kile.

2) Ksawery Lewkowicz. O cytologicznym badaniu wysięków i przesieków. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

N. 8. 1) G. Gittelmacher. Ś. p. Władysław Niemilowicz.

2) Alfred Sokolowski. Obawa przed suchotami. (Phthisobia).

Przegląd Higieniczny.

N. 8 i 9. 1) Maślanka. Kanalizacja miasta Lwowa.

2) Bier. Instytucja lekarzy szkolnych dla szkół miejskich miasta Krakowa.

3) Panek. Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy. (C. d.).

Głos Lekarzy.

N. 15. 1) Położenie materialne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

2) Protest izb lekarskich przeciw § 43 e) ordynacji dla lekarzy.

3) Z Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

4) Z niwy dziennikarskiej.

5) Taryfa lekarska. (C. d.).

6) Memoriał lekarzy Polaków w Wielkopolsce, wystosowany do Izby lekarskiej w Poznaniu.

N. 16. 1) Uzdrowotnienie Galicyi.

2) Położenie materialne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

3) Z niwy dziennikarskiej.

4) Taryfa Lekarska. (C. d.).

5) Przed wizytą d-ra Körber'a.

6) Przeciw specyfikom. (C. d.).

7) W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych. (Dok.).

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny i odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — iak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zołzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty. Jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwyczejniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: Apteka na Bolszaj Ochcie w S.-Petersburg. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla dzieci — 1 — 2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla dorosłych — 1 — 2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Spzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) r. l. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

« Lecythyne naturalna, wydobyta z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym stanie »
« związków organicznych o szczególnie energiczem działaniu, którem się odznaczają »
« wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące. »

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

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

GRANULE CLIN'A zawierające Lecythynę naturalną chemicznie czystą
ŁATWY DO ZAŻYWANIA, GŁÓWNIIE SIĘ ZAŁECA U DZIECI.

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

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

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

Jedno wstrzyknięcie dziennie.

WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE

NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIEŃIE, ZMĘCZENIE,
RACHITYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.

Dozy dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

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

ALFONS MANN
Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
 Tłomackie 3.—Telefon 1025.
 Egzystująca od roku 1819.

Poleca ostatnie nowości: Dilatory maciczne Bossi'ego, zmodyfikowane; przyrząd D-ra Michale do szycia skóry: Strzykawki do parafiny D-ra Kantorowicza. Strzykawki całe metalowe, Szimmelbusza, od 1 do 150 grm. Najnowsze młotki perkusyjne D-ra Legroux! Przyrząd d-ra Noëla do masażu ucha. Trąbki słuchowe. Specjalność! Bandaże rupturowe i pasy brzuszne!

ELIXIR POLIBROMURÉ YVON

Zawierający bromek potasu zmieszany z innymi bromkami alkaliów, które sprzyjają skuteczniejszemu działaniu środka. Elixir Yvon zawiera nadto gorzkie substancje tonizujące, oraz skutecznie przeczyszczające, które wzmagają czynności żołądka i pobudzają łaknienie.

Preparat ten może być stosowany w dużych dawkach i długo. Uznany przez najwyższe powagi lekarskie w Paryżu przeciw: Epilepsji, Histerji, Neurastenii, chorobom nerwowym wogóle, Newralgii, Spermatorrhoea, Diabetes, nerwowym bólom żołądka (Gastralgii) etc.

Lepinois et. C-ie 5, rue de La Feuillade, Paris.

D-ra LEWALDA

pod Wrocławiem

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych i umysłowych w Obernigk.

PROSPEKTY, Adres dla telegramów:

D-r LEWALD — Obernigk.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH przy aptece **FR. KARPIŃSKIEGO**

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
 Faschingen i Selters.



Wstrzykiwania podskórne wyjalowione w zatopionych ampulkach z zawartością

Natrium Kakodylicum 0,05 in 1 c. c.

Natrium Kakodylicum 0,075 in 1 c. c.

Natrium Kakodylicum 0,1 in 1 c. c.

ORAZ

Dragées Arsykodyles

(Ferr. Kakodylic. 0,025).

Od 1 do 4 pigulek dziennie.

przygotowała Apteka E. Gessnera w Warszawie.