

GAZETA LEKARSKA

I. Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety, w podeszłym wieku będącej.

Napisał

A. Ciechomski.

Pani F. B., wdowa po senatorze, urodziła się w listopadzie 1814 r.; za mąż wyszła w 25-ym roku życia, urodziła 10-ro dzieci i wogóle zawsze czuła się zdrową. Nie pamięta dokładnie, kiedy uczuła powiększanie się brzucha, wszakże przed 8-iu już laty ś. p. kol. Wroczyński z Białej stwierdził guz w jamie brzusznej i radził usunięcie jego. Inni, mając na względzie, obok niewielkich dolegliwości, podeszły wiek pacjentki, odradzali operację. W ciągu kilku lat brzuch powiększył się trochę a bóle niekiedy bywały mocniejsze.

Przed rokiem po raz pierwszy widziałem chorą wraz z kol. Staniszewskim, który od pewnego już czasu miał ją w swej opiece. U osoby wysokiego wzrostu, dość szczupłej, o twarzy pomarszczonej i cerze wyżółkłej, obok wybitnej miażdżycy naczyń krwionośnych znaleźliśmy brzuch mocno powiększony i napięty z powodu guza, który sięgał ponad pępek mniej więcej na szerokość 2-ch palców. Badanie przez pochwę wykazało, że guz pochodzi z prawego więzadła szerokiego, *resp.* z prawego jajnika oraz, że jest prawie nieruchomy, jakkolwiek nie wkliniowany do miednicy małej, co naprowadziło nas na przypuszczenie obszernych zrostów z powłokami brzuszniemi. Wyraźny wzrost guza ostatnimi czasy, tudzież częste, mocne bóle w brzuchu, niekiedy wymioty oraz uporczywe zaparcia stolca w zupełności upoważniały nas do do zalecenia operacji, na co jednak chora nie zgodziła się, powołując się na swe lata.

Objawy powyższe w ciągu roku znakomicie spotężniały; zamiast zaparcie występowała od czasu do czasu wyraźna niedrożność kiszki, która trwała nieraz dwie lub trzy doby; niedrożności owej towarzyszyły wymioty po każdym jedzeniu, tudzież mocne bóle w brzuchu. Guz ostatnimi czasy wzrastał szybko, wreszcie wypełnił całkowicie jamę brzuszną, sięgając obu łuków żeberowych.

W dniu 20-ym października 1901 r. na naradzie ujrzelśmy chorą widać się z bólu, nadto stwierdziliśmy brak stolca i wiatrów od 3-ch dni, wymioty po każdym napoju, oraz tętno 120 obok stanu bezgorączkowego. W ciągu ostatnich

kilku dni rysy twarzy mocno zaostrzyły się, oczy głęboko wpadły, a skóra, dotąd pomarszczona i żółta, przybrała odcień brązowy. Badanie szczegółowe wykazało wówczas następujące zmiany: brzuch olbrzymio powiększony i kopułowato wypukłony, na całej powierzchni strasznie napiętych powłok brzusznych wyczuć się daje falowanie płynu, a odgłos tępy przy opukiwaniu sięga do łuków żebrowych i wyrostka mieczykowatego; na klatce piersiowej z lewej strony, powyżej łuku żebrowego na nieznacznej przestrzeni słyszeć się daje przy opukiwaniu odgłos bębenny, pochodzący widocznie od żołądka.

Przy badaniu dwuręcznem niema mowy o poruszeniu guza, macica zgięta ku przodowi i na lewo, sklepienią mocno napięte, nie pozwalają potwierdzić poprzedniego rozpoznania co do pochodzenia guza z prawego jajnika. Mocz bez białka; oddawanie moczu częste i utrudnione; stopy umiarkowanie obrzmiałe.

O ile dawniej pacjentka nie chciała słyszeć o operacji, o tyle teraz chętnie zgodziła się na nią, mając przed oczyma widmo głodowej śmierci.

W d. 23. X. 1901 r. przy pomocy kolegów STANISZEWSKIEGO, A. PRZYBOROWSKIEGO i LEWENSTERN przystąpiłem do laparotomii po zastrzyknięciu pod skórę morfiny oraz po znieczuleniu powłok brzusznych zapomocą płynu SCHLEICH'a. Przedostawszy się do otrzewnej ściennej, przekonałem się, że jest mocno zgrubiała i zrosnięta ze ścianą guza; zrost ów na tyle był potężny, że nie podobna było oddzielić go na tępo. Po obnażeniu niewielkiej powierzchni guza, przekłułem ścianę jego trójgrancem i wypuściłem zeń niespełna 12 litrów gąszczy ciemnowisniowej barwy. Podczas dalszych prób wydobywania torby zapomocą przecinania lub odklejania na tępo z pewnym wysiłkiem zrostów, chora zaczęła wymiotować, prawdopodobnie wskutek działania morfiny oraz zaczęła tak strasznie jęczeć z powodu bólu, że musiałem przerwać swą czynność, obawiając się zbytniego wyczerpania operowanej; dopiero po uspieniu chloroformem a zarazem po uspokojeniu się wymiotów mogłem powrócić do przerwanego zabiegu. Pomimo całkowitego opróżnienia torby oraz pomimo rozległego przecięcia powłok brzusznych, nie mogłem przedostać się do górnej granicy guza, *resp.* do wolnej jamy otrzewnowej; po przedłużeniu cięcia w smudze białej prawie do wyrostka mieczykowatego oraz po oddzieleniu obszernem przedniej powierzchni torby od otrzewnej ściennej, dotarłem wreszcie ku górze do b. mocnego i szerokiego zrostu sieci; po obkluciu i przecięciu jej znalazłem głębiej niemniej potężny zrost okrężnicy i krezki poprzeczniczej na górnej i obu bocznych powierzchniach guza, a nieco niżej podobny zrost z kątnicą esowatą i jej krezką. Po ostrożnem oddzieleniu powyższych trzew, przedostałem się na tylną powierzchnię guza; tu znowu odkleiłem szereg pętlic jelita cienkiego i nareszcie dosięgnąłem podstawy guza w więzadle szerokim prawem. Słowem, na całej powierzchni olbrzymiej torby nie było 1 cm. □ wolnego od zrostu; krwawienie było dość obfite. Po usunięciu guza wprowadziłem worek MIKULICZA, a na powłoki brzuszne nałożyłem szew dwupiętrowy. Pomimo pośpiechu operacja trwała 2½ godziny, chora wszakże zniosła ją doskonale i oprzytomniała rychło, tembardziej, że wyżyła zaledwie 8,0 chloroformu. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny i zadziwiająco łagodny. Po kilku dniach chora tak czuła się

już rzeźką, że niemal przemocą należało trzymać ją w łóżku. Po 8-iu dniach usunąłem worek MIKULICZA, po 12-tu—resztę szwów ze ściany brzusznej.

Pomimo, że chora zaczęła wówczas już 88-y rok życia, gojenie się kanału postępowało dość szybko, a stan ogólny z każdym dniem prawie wyraźnie się poprawiał. W 3-im tygodniu mogła już dobrze chodzić, a w 7-ym stwierdziłem zupełne zagojenie się rany.

Obecnie, zatem w rok przeszło po operacji, chora cieszy się jak najlepszym zdrowiem, utyła znacznie, na twarzy wybielała i czuje w sobie wielki zapas sił; na bliznie w smudze białej nie widać ani śladu przepukliny.

II. Z PRACOWNI FIZJOLOGICZNEJ PROF. HERMANA MUNK'A W BERLINIE.

O OŚRODKACH KOROWYCH MIĘŚNI OCZNYCH.

Podał

Władysław Sterling.

[Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warsz. dnia 26-go maja r. b.].

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 29].

Co do samej techniki doświadczenia, zrobię tylko następujące uwagi. Przed operacją zwierzę było narkotyzowane; dla osiągnięcia narkozy wstrzykiwałem zwierzętom podskórnie 0,15—0,20 *Morphii muriatici* w 5%-ym roztworze [wiek psów operowanych wahał się pomiędzy 9 miesiącami a rokiem], w pół godziny zaś potem zwierzę było eteryzowane. Po otwarciu czaszki zapomocą trepanu i przecięciu opony twardej odpowiednie terytoryum kory drażnione było zapomocą saneczkowatego aparatu du Bois-REYMOND'a o małym elemencie DANIEL'a. Ponieważ dla wywołania objawów ruchowych z „*Nackenregion*“ potrzebne są prądy dość znacznej siły, należy więc po każdym drażnieniu zrobić odpowiednią pauzę, gdyż inaczej łatwo występują drgawki epileptyczne, które niweczą mozolnie przygotowane doświadczenie. Zwracam uwagę, że drażnienie prądem elektrycznym rozpoczynać można dopiero wtedy, kiedy zwierzę zupełnie ochłonęło od działania eteru i kiedy przez dłuższy czas pozostaje stale rzeźkie.

Już przy pierwszym zaraz doświadczeniu stwierdzony został fakt dotychczas nieuwzględniony, że istnieje w terytoryum t. zw. „*Nackenregion*“ w zrazie czołowym psa punkt, z którego przy drażnieniu prądem otrzymać można izolowane ruchy gałek ocznych. Punkt ten odznacza się dość stałym umiejscowieniem; leży on w wewnętrznej części tylnego odcinka „*Nackenregion*“ i najczęściej

ciej odpowiada miejscu, oznaczonemu na schemacie moim liczbą 6. Czasem jednak terytorium, z którego udaje się otrzymać izolowane ruchy oczu, zajmuje przestrzeń obszerniejszą, wogóle jednak w doświadczeniach moich nigdy nie przekraczało granic przestrzeni trójkątnej, jaką otrzymamy, jeżeli połączymy liniami prostymi punkty 6a, 5 i 9.

Co do samych ruchów gałek ocznych, to są to skojarzone ruchy obu gałek w kierunku strony naprzeciwległej drażnionej półkuli. Zaznaczyć należy, że dokładna obserwacja oka, odpowiadającego stronie operowanej, wskutek warunków doświadczenia [umocowanie głowy, zwieszające się ciężarki na haczykach dla odciążenia części miękkich],—jest utrudniona; zazwyczaj trzeba było ograniczać się do dokładnej obserwacji oka strony naprzeciwległej półkuli drażnionej. O ile jednak spostrzeganie ruchów obu gałek było możliwe, dało ono stwierdzić następujące fakty: czasem przy drażnieniu jednego punktu i przy zastosowaniu jednej siły prądu obie gałki robią ekskursje niejednakowej amplitudy; czasem ruch ten nie odbywa się ściśle w płaszczyźnie poziomej, lecz gałki poruszają się ku stronie naprzeciwległej i ku górze lub też ku dołowi, czasem nawet bywa tak, że jedna gałka odchyła się ku stronie naprzeciwległej i ku górze, druga zaś ku stronie naprzeciwległej i ku dołowi. Nie udało mi się jednak stwierdzić żadnej stałości w występowaniu tych uchyleń od płaszczyzny poziomej a tembardziej różniczkować żadnych ośrodków dla ruchów w tych kierunkach.

Opisane powyżej ruchy gałek ocznych występowały przy pewnej określonej sile prądu, która wahała się pomiędzy 70—55 mm [siłę prądu oznaczam w milimetrach odległości rolek jednej od drugiej]. Rozpatrzmy teraz jak reaguje wykryty punkt na prądy, leżące poza temi granicami. Jeżeli rozpocząć drażnienie od prądu siły 100 mm, to częstokroć nie otrzymamy żadnego efektu, czasem jednak już przy tej sile prądu otrzymujemy wyraźne rozwarście powiek. Wogóle prądy, wywołujące rozwarście powiek, wahają się pomiędzy 100—70 mm. To samo miejsce, które przy prądach 100—70 mm daje przy drażnieniu rozwarście powiek, przy prądach 70—55 mm daje wyraźne ruchy gałek ocznych ku stronie naprzeciwległej. Uważam więc rozwarście powiek niejako za stadium przygotowawcze do ruchów gałek ocznych.

Gdyby zadowolili się drażnieniem opisanego punktu zapomocą prądów stałych, możnaby przyjsć do wniosku, że stanowi on ośrodek dla izolowanych obustronnych ruchów gałek ocznych. Ponieważ jednak przypuszczenie to już *a priori* wydawało się nieprawdopodobne, postępowalem w ten sposób, że, stwierdziwszy punkt, z którego przy pewnej sile prądu otrzymujemy ruchy gałek ocznych, nie odejmując elektrod od tego punktu, wzmacniałem stopniowo siłę prądu. Przy takim postępowaniu i wzmacnianiu siły prądu do 70—50 mm, do ruchów ocznych stale dołączały się ruchy karku, *resp.* ruchy głowy ku stronie naprzeciwległej. Zjawisko to występowało we wszystkich doświadczeniach z taką stałością, że nie podobna było położyć go na karb przypadku. Zaznaczam także specjalnie i podkreślam fakt ten, że różnica w sile prądu, potrzebnej do wywołania izolowanych ruchów oczu z jednej strony a dołączania się do nich skurczów mięśni karku [*resp.* występowanie ruchów głowy] z drugiej strony,

była niemal zawsze wielkością stałą [10—20 mm]. Gdyby ruchy gałek dawały się wywołać przy sile prądu 80 mm, a skurcz mięśni karku dołączał się do nich dopiero przy prądzie np. 30—20 mm, fakt ten nie posiadałby dla nas żadnego znaczenia; lecz we wszystkich niemal doświadczeniach różnica powyższa była wielkością tak nieznaczną, że byliśmy w prawie wykluczyć tutaj przejście prądu na inne ośrodki korowe.

Zauważyć należy, że właściwe ruchy głowy dają się spostrzegać tylko wtedy, jeżeli zwierzę ma głowę wolną; warunki jednak doświadczenia [umocowanie głowy] nie pozwalały na jej ekskursję, to też w protokole doświadczeń mówiłem zawsze o „skurczach mięśni karku”. Jakkolwiek obserwacja tych ruchów nie przedstawia żadnych trudności, chciałbym ostrzedz jednak przed możliwym źródłem pomyłek, które następczać mogą inne ruchy mięśniowe, występujące już przy słabych prądach: są to z jednej strony ruchy oddechowe, do których dołącza się gra mięśni karku, z drugiej zaś strony dowolne ruchy zwierzęcia, które są pożądanym objawem jego „rzeźkości”. Stąd wynikają dwa prawa: drażnienie kory prądem dokonywać należy 1) podczas pauzy pomiędzy pojedynczymi ruchami oddechowymi i 2) podczas zupełnego spokoju zwierzęcia. Zresztą skurcz mięśni karku pod działaniem prądu jest zjawiskiem tak charakterystycznym, że, kto raz je spostrzegł, nie popełni omyłek.

Chciałbym zaznaczyć także, że wyniki, otrzymywane z drugiej półkuli, *resp.* z półkuli później operowanej należy oceniać z wielką ostrożnością; napotykałem tu następujące modyfikacje: 1) albo wyniki, otrzymywane z obu półkul, były identyczne, 2) albo druga półkula była zupełnie niepobudliwa, 3) albo wreszcie ruchy oczu i mięśni karku otrzymywałem przy słabszych prądach, aniżeli z półkuli pierwszej operowanej. O ile punkt drugi łatwo jest położyć na karb wyczerpania mózgu oraz wysychania jego powierzchni, pomimo zwilżania jej (tamponami, przesiąkniętymi letnią wodą wyjałowioną), o tyle punkt trzeci, być może, tłumaczyć sobie należy wzmaganiem się przewodnictwa substancji nerwowej oraz zmniejszaniem się oporu pod wpływem działania prądu.

Tak więc rozpatrując wyniki drażnienia ośrodka dla mięśni oczu i mięśni karku w „*Nackenregion*“ zrazu czołowego u psa, dochodzimy do przekonania, że mięśnie oczu łąa t w i e j są p o b u d l i w e, mięśnie zaś karku trudniej dostępne dla prądu. Rozpatrując odpowiednią literaturę, spotykamy dane następujące. Przypomnę przedewszystkiem interesujące spostrzeżenie BAGINSKY'ego, którego badania dotyczyły ruchów muszli usznej przy drażnieniu t. zw. „sfery słuchowej”. Pierwszem zjawiskiem, które spostrzegł on przy drażnieniu dolnego odcinka płatu ciemieniowego, było otwarcie powiek i ruchy gałek ocznych ku stronie naprzeciwległej, przy zwiększaniu zaś siły prądu do ruchów oczu dołączały się ruchy odpowiedniej muszli usznej. Zjawiska te występowały we wszystkich doświadczeniach BAGINSKY'ego z powyższej kolei. R. du Bois REYMOND i SILEK przy drażnieniu ośrodka HIRTZIG'a z „terytorium nerwu twarzowego” (*Facialisgebiet*), otrzymywali ruch gałki ocznej po jednej stronie przy 130—120 mm, czyli przy takich prądach, przy jakich żadne mięśnie nie dają widocznego skurczu. To samo da się powiedzieć o ruchach oczu, otrzymywanych ze „sfery wzrokowej” [МУНК].

A więc łatwa pobudliwość mięśni ocznych przy drażnieniu kory mózgowej est stałym zjawiskiem fizyologicznym, którego celowość łatwo zrozumieć, jeżeli uprzytomnić sobie, jak doniosłą rolę w życiu zwierzęcia odgrywają ruchy oczu, które są niemal pierwszą reakcją na wrażenia zewnętrzne. Zjawisko to da się pogodzić także z ogólnym prawem, sformułowanym przez HIRTZIG'a, polegającym na tem, że dla wywołania ruchów pewnych mięśni prąd musi być tem silniejszy, im większy ciężar mają mięśnie te do przewyciężenia przy wykonaniu tego ruchu. Że w wypadku tym chodzi nie o skurcz pojedynczych mięśni lub ich części, lecz o skojarzoną czynność całych grup mięśniowych, przejawiającą się z pewnej określonej czynności fizyologicznej, dowodzi ciekawy fakt, który udało mi się spostrzegać kilka razy: jeżeli, mianowicie, nie zadowolę się obserwacją powierzchowną ruchów karku, lub wyczuwaniem ewentualnych skurczów jego mięśni, lecz po przecięciu skóry grzbietu obnażę mięśnie karku i uczynię ruchy ich widocznymi dla oka, to można przekonać się, że czasem przy takiej sile prądu, przy której jeszcze niewidoczne są r u c h y karku, kurczą się pojedyncze mięśnie karku lub też pojedyncze części tych mięśni. MUNK spostrzegł to samo zjawisko na muskulaturze kręgosłupa: obnażał on mięśnie kręgosłupa i czasem już przy prądach 80—60 mm przy zupełnej nieruchomości kręgosłupa otrzymywał skurcze pojedynczych mięśni grzbietu pó jednej lub obu stronach. Na wynikach, otrzymanych przy drażnieniu innych punktów w „*Nackenregion*”, nie będę się zatrzymywał, gdyż nie wnoszą one nic nowego do rzeczy dawniej wiadomych, zresztą widoczne są z załączonego protokołu doświadczeń.

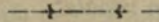
Nasuwa się teraz pytanie, jak należy scharakteryzować stwierdzony z „*Nackenregion*” ośrodek i jak tłómaczyć sobie powstawanie ruchów ocznych przy drażnieniu tego ośrodka? Już sam fakt, że przy drażnieniu punktu tego otrzymujemy ruchy obustronne, przemawia za tem, że mamy tutaj do czynienia nie z bezpośrednim ośrodkiem dla ruchów ocznych, lecz z ośrodkiem wyższego porządku. Zresztą już *a priori* nieprawdopodobne jest, ażeby mięśnie oczu posiadały ośrodek swój z okolicy, która zarządza mięśniami karku, gdyż umiejscowienie ośrodków ruchowych w korze mózgowej odpowiada anatomicznej kolei odpowiednich narządów. Widoczne to jest choćby z tejże „*Nackenregion*”, gdzie terytorjum, z którego wychodzą impulsy, unerwiające mięśnie krtani, jak wykazał KRAUSE, leży w tej samej okolicy, skąd otrzymujemy ruchy przednich mięśni szyi, jakkolwiek funkcya tych mięśni nie ma nic wspólnego z funkcją mięśni krtani. Powstaje więc pytanie, czy pomimo, że z danego ośrodka możemy otrzymać ruchy oczne, jako ruchy izolowane, a skurcz mięśni karku, *resp.* boczny ruch głowy dołącza się do nich dopiero po wzmocnieniu prądu do pewnej wysokości, nie należy uważać ruchów oczu za wtórne, a ruchów głowy za zjawisko pierwotne, fakt zaś, że przy drażnieniu prądem otrzymujemy ruchy oczu przed ruchami głowy — złożyć na karb łatwiejszej pobudliwości tych mięśni? Gdyby przypuszczenie powyższe było prawdziwe, wtedy należałoby ruchy oczu uważać za skojarzone z ruchami karku, *resp.* głowy, to znaczy należałoby przypuścić, że połączenia pomiędzy drogami centralnymi dla mięśni oczu i mięśni karku wytwarzają się w układzie nerwowym ośrodkowym w skutek tego, że czynności obu tych grup mięśniowych występują zazwyczaj współrzędnie. W takim

razie ruchom ocznym, otrzymywnym przy drażnieniu „*Nackenregion*”, przypadałoby stanowisko zupełnie odrębne w stosunku do ruchów ocznych, wywoływanych z innych terytoryów kory, a mianowicie stanowisko ruchów nabytych w ciągu życia, podczas gdy ruchy oczu, otrzymywane z innych części kory, są wrodzone, jak ruchy, otrzymywane z ośrodka Hitzig'a, lub ruchy otrzymywane przy drażnieniu „sfery wzrokowej”, które MUNK uważa za wrodzone odruchy niższego porządku. [D. n.]

III. SYFILIS NEREK.

Opracował

Wacław Sterling.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 29].

Dane te, uważane przez ogół za wystarczające do stwierdzenia syfilisu nerek, znalazły bardzo surowego, lecz sprawiedliwego krytyka w osobie KARVONEN'a. Z punktu widzenia klinicznego, zgadza się on na pierwszy postulat MAURIAO'a, czyni jednak bardzo poważne zastrzeżenia. Przedewszystkiem, powiada K., nie przy każdym zapaleniu nerek powstaje obrzęk, dalej, nie możemy patrzeć na białkomoc i na obrzęk, jako na objawy nerkowe równoznacznej wartości, wreszcie, żadną miarą niewolno rachować nam początku zapalenia nerek od dnia, w którym po raz pierwszy zauważyliśmy obrzęk.

Punkt drugi—współczesne istnienie cierpienia nerek z innymi objawami syfilisu—ma za sobą wiele słuszności, o ile chodzi o okres wtórny, gdyż wtedy liczniejsze grupy objawów zwykle występują współcześnie. Dzieje się to jednak tylko zwykle, lecz nie zawsze, wskutek czego syfilityczna sprawa w nerkach może powstać niezależnie od wystąpienia lub niewystąpienia innych objawów. Prócz tego wiadomem jest, jak często objawy wtórne są słabo wyrażone, tak, że mogą przejść zupełnie niepostrzeżenie. Wreszcie są przypadki, w których jedynym objawem okresu wtórnego jest zajęcie jednego tylko narządu. Jeszcze mniejszą wartość rozpoznawczą ma ten punkt w przypadkach okresu trzeciorzędnego, gdyż *a priori* rzadziej możemy się spodziewać wtedy objawów współczesnych. M. dużą wagę przywiązuje do tych objawów syfilisu, zwłaszcza, jeżeli objawy te są ze strony narządów wewnętrznych. Osobliwie cenną wskazówkę, jego zdaniem, mamy w zajęciu wątroby i śledziony, gdyż w przypadkach zastarzałego syfilisu zmiany te są niechybnie połączone ze zmianami w nerkach. „*C'est une espèce de trilogie pathologique*“. Jakkolwiek trylogia ta daje się spotkać i w innych chorobach ogólnych, w przebiegu syfilisu jednak zjawia się tak stale, z taką osobliwą predylekcyą, że to daje nam

prawo do uważania zajęcia tych trzech narządów za pewną cechę patognomiczną. Na to znowu odpowiada KARVONEN, że właściwie trylogię tę możemy spotkać dopiero w późnym okresie trzeciorzędnym, przeważnie zaś przy zwyrodnieniu skrobiowatym, przez co wartość tej wskazówki dla postawienia rozpoznania ulega znacznemu ograniczeniu. W wystąpieniu swem przeciw MAURIAĆ'owi K. idzie jeszcze dalej i, trzeba przyznać, z wielką dozą słuszności.

Czyż syfilityk nie może zachorować na nieswoiste, „banalne“ zapalenie nerek podczas trwania objawów specyficznych? Wprost przeciwnie, gdyż anemia, zmęczenie, brak apetytu i t. p., wogóle okres wysypkowy, z towarzyszącą mu tak częstą lekką gorączką i okres nawrotu, bezwarunkowo wytwarzają pewne usposobienie, ułatwiające powstanie „banalnego“ cierpienia nerek.

Przejdźmy z kolei do punktu trzeciego. MAURIAĆ podwójną wagę przywiązuje do jodku potasu, uważając środek ten w przypadkach syfilisu nerek i za lekarstwo i za zabieg rozpoznawczy. *„Il est formellement indiqué d'administrer ce médicament (KJ) chez tous les syphilitiques, qui deviennent albuminuriques, alors même que les apperences sont contraires à l'hypothèse d'une intervention de la syphilis dans la pathogénie de l'affection rénale“.*

I tu K. występuje z bardzo słusznymi uwagami w wyczerpującej swej monografii. Przedewszystkiem są zmiany syfilityczne, które już z natury swej nie mogą poddać się leczeniu swoistemu. Taki stan rzeczy mamy w okresie wytwarzania się blizny sklerotycznej, lub przy całkowitem zamknięciu tętnicy końcowej. Jeżeli w takich przypadkach nie zauważymy dodatniego wpływu środków swoistych, nie będzie to zupełnie świadczyło przeciw swoistemu podkładowi cierpienia nerkowego. Z drugiej strony rtęć i jodek potasu mogą okazywać lecznicze swe działanie w pewnym przynajmniej stopniu i na sprawy niesyfilityczne.

Dalej, musimy słusznie ocenić rolę wszystkich zabiegów higienicznych i dyetetycznych, stosowanych, prócz środków swoistych, przy leczeniu spraw nerkowych, żeby mózdz zdać sobie sprawę, jaką część zasługi na karb środków tych położyć winniśmy.

Wreszcie omawia K. krytycznie ostatni, negatywny postulat MAURIAĆ'a—rozpoznawanie syfilisu nerek na zasadzie braku innych czynników etyologicznych. Wiadomem jest wszakże, jak częste są przypadki zapalenia nerek, których etyologia, pomimo najskrzętniejszych poszukiwań, zostaje zupełnie niewyjaśniona. W statystyce BAMBERGER'a na 33% pierwotnych postaci choroby BRIGHT'a etyologia znana jest tylko dla mniejszości przypadków; według FUCHS'a etyologia zapaleń nerek w 40% przypadków jest zupełnie ciemna. Widzimy więc, jak niewiele względnie daje nam ten postulat.

Niestety, *la critique est aisée, l'art est difficile*. Dzisiejszy stan wiedzy o syfilisie nerek pozwolił KARVONEN'owi zburzyć postulaty MAURIAĆ'a, nie pozwalając mu jednak na gruzach tych zbudować nic nowego, coby nam sprawę tę ostatecznie wyświeśliło. Wobec tego musimy poprzestać na tem, co nam M. daje i pamiętać o jego zdaniu, tyczącem się rozpoznania syfilitycznego zapalenia nerek: *„c'est un diagnostic, qui est instinctif plutôt que basé sur des preuves“*

matérielles; mais c'est un diagnostic cependant très pratique, puisqu'il implique logiquement l'emploi d'une médication spécifique“.

Jeżeli znajdziemy w moczu syfilityka białko, zanim zaczniemy mówić o cierpieniu nerek swoim, czy „banalnym“, musimy przedewszystkiem upewnić się, czy znalezione białko jest rzeczywiście nerkowego pochodzenia. Zastrzeżenie to jest dość ważne, gdyż istnieją sprawy, łatwo nas w błąd wprowadzić mogące. Przedewszystkiem najrozmaitsze cierpienia, na tle rzeżączki powstające, mogą powodować białkomocz, gdzie białko nie z nerek początek swój bierze. Od błędu ustrzeże nas obecność nitek, ciałek ropnych, aczkolwiek różniczkowanie zupełnie pewnych danych dostarczyć nam nie może, wobec rzeżączkowych spraw, zachodzących w samych nerkach [porów. pracę moją „Białkomocz przy rzeżączce“ Gaz. Lek. 1899.]. Łatwiej sprawę tę maskować może spermaturia, przy której mocz może być zupełnie przezroczystym; w osadzie jednak, otrzymanym przez centryfugowanie moczu, znajdziemy nitki nasienne. Dalej, tu też należy zaliczyć przypadki odczynu białkowego, powstającego u osób z zapaleniem gruczołu krokowego nierzeżączkowe. I tu również w osadzie moczu, poddanego działaniu centryfugi, znajdziemy elementy gruczołu krokowego. Jeżeli badany gruczoł krokowy okaże się powiększonym, soczystym, pochodzenie tego białka w zupełności będzie wyjaśnione. Należy również pamiętać, że stare zapalenie nerek, zwłaszcza nerka zmarszczona, może powodować skąpy, nawet przemijający białkomocz. Wreszcie, jeżeli białkomocz, występujący w przebiegu syfilisu, nie znika całkowicie pod wpływem leczenia, nie przemawia to jeszcze przeciw jego swoistości, gdyż właśnie podawany środek leczniczy trwanie białkomoczu, a nawet obostrzenie sprawy może powodować.

Ze wszystkiego powyższego widzimy, z jakimi trudnościami trzeba się borykać przy stwierdzeniu syfilitycznego cierpienia nerek i ilu warunkom rozpoznanie to, aby się ostać, odpowiadać musi.

IV. Cierpienia nerek, występujące wskutek syfilisu nabytego.

Białkomocz syfilityczny.

Wspominaliśmy wyżej, że na mocy teoretycznych przypuszczeń mamy prawo *a priori* mówić o zmianach swoistych w nerce przy syfilisie. Przypuszczenia te muszą mieć zakres niezbyt szeroki, gdyż istotny czynnik chorobotwórczy jest nam nieznany. Mimo to całokształt syfilisu skłania nas do zapatrywania się nań, jako na: 1) cierpienie zakaźne i — według wszelkiego prawdopodobieństwa—2) pochodzenia drobnoustrojowego. Jako cierpienie zakaźne, może syfilis powodować podrażnienie nerek „toksyczne“, podobnie, jak to ma miejsce z innymi chorobami zakaźnymi. W podrażnieniach tego rodzaju głównie ucierpi nabłonek nerkowy, podlegając zmianom rozlanego zwyrodnienia. Jako objaw kliniczny takiego mięższowego zapalenia nerek, wystąpi zwykły białkomocz.

Zmiany te, mające swe źródło w toksynach, mogą ustąpić tylko wtedy, kiedy toksyny przestaną się wytwarzać, t. j. po zabiciu drobnoustrojów pod wpływem leczenia. Co się tyczy punktu drugiego, syfilis, jako cierpienie pochodzenia drobnoustrojowego, może wywoływać w tkankach zmiany sobie tylko właściwe, swoiste, jak to widzimy np. w gumacie, który jest tworem swoistym, cechującym okres późny, lub w wykwitach różyczki syfilitycznej okresu wczesnego. Z biegiem czasu teren, na którym przyzwyczajono się spotykać wykwity okresu wtórnego, znacznie się rozszerzył: tak, LANG mówi o podrażnieniu opony twardej, SCHNABEL stwierdza [zapomocą oftalmoskopu zmiany dna oka w okresie różyczki, wreszcie, znane są nam wczesne syfilityczne przekrwienia wątroby i t. d. Cechą charakterystyczną tych zmian jest wytwarzanie się licznych, ograniczonych ognisk przekrwienia lub nacieczenia. Ogniska te sadowią się przeważnie w tkance łącznej i podlegają łatwo leczeniu. Otóż takiego rodzaju zmian możemy również spodziewać się w nerkach. Widzimy więc, że ostrą sprawą syfilityczną mogą być dotknięte: i mięsz nerek — będzie to toksyczne zapalenie nerek, i tkanka śródmiąższowa — będzie to zapalenie bakteryjne [KARVONEN].

Patogeneza białkomoczu syfilitycznego mało jest znana. „Przyczyna zwykłego białkomoczu syfilitycznego, powiada NEUMANN (16), zdaje się być warunkowaną przez podniesienie ciśnienia w kłębkach Malpigiusza, których ściana staje się przepuszczalną i pozwala białku przechodzić — lub przez zmianę budowy ściany naczyń (i *endoarteriitis* HEUBNER'a), kiedy ściana staje się przepuszczalną dla białka“. Niektóre dane, mogące zdaniem N. rzucić pewne światło na powstawanie białkomoczu, a nawet zapalenia nerek we wczesnych okresach syfilisu, możemy otrzymać ze zmian, jakie zachodzą w tych okresach we krwi pod wpływem syfilisu. CORVISART, SCHIFF i STOKVIS zwrócili uwagę na to, że niektóre rodzaje białka, przedostając się w znacznie większych ilościach do krwi, wywołują białkomocz. Wprawdzie zjawisku temu niejednokrotnie odmawiano wiarygodności, mimo to jest ono pewnikiem, o ile chodzi o białko kurze. Wiemy również, że niektóre środki drażniące — jak terpentyna, kantarydyna, kubebina — o ile dostaną się do krwi, powodują w małych ilościach białkomocz, w większych — zapalenie nerek. Dalej, zapomocą środków, rozpuszczających ciała krwi, jak np. eteru, możemy wywołać hemoglobinurę. Wreszcie, badania WILBUSZEWICZA i in. stwierdziły, że w drugim okresie wylegania i w okresie drugorzędnym wykazać można znaczne zmniejszenie się liczby czerwonych krążków wskutek ich rozpadu. Produkty rozpadniętych krążków, a właściwie hemoglobina, wydzielając się przez nerki, powoduje podrażnienie, występujące pod postacią nie tylko zwykłego białkomoczu, lecz nawet i zapalenia nerek. Do wniosku tego dochodzimy i drogą obserwacji klinicznej i drogą doświadczalną.

Wywody swoje w tej sprawie kończy N. słowami: „aczkolwiek niema na to bezpośrednich dowodów, może z całą pewnością być przyjęte, że jad syfilityczny, analogicznie do toksyn, wytworzonych przez bakterie, przy danych okolicznościach bezpośrednio wywołuje podrażnienie [nerek, mające w swych wynikach białkomocz lub zapalenie nerek“.

Następująca tablica pouczy nas o częstości występowania białkomoczu syfilitycznego.

Autor	Rok	Liczba spostrzeżeń	% przypadków białkomoczu	U w a g i
BRADLEY	1871	20	10	
FÜRBRINGER	1885	100	12	
PETERSEN	1890	200	3,8—5,3	Tylko przypadki <i>albuminuriae verae</i> ; w okresie trzeciorz. częstość=5,3%, we wcześniejszych—3,8%.
WELANDER	1891	280	2,9	
SCHWIMMER JUSTUS	1892	250	9,2	W tej liczbie dużo przypadków <i>album. mercurialis</i>
HELLER	1895	282	0,0 (0,4?)	
WELANDER	1896	601	2,8	Chorzy szpitalni 1893—5 } Wyłącznie pewne przypadki <i>album. renalis</i>
	1896	828	1,2	Chorzy prywatni 1891—5 }
KARVONEN	1898	216	2,3	Wyłącznie przypadki białkomoczu nerkowego wczesnego.

Jeżeli zwrócimy uwagę na cyfry, wyrażające wyniki badań poszczególnych autorów, uderzy nas wahanie się danych tych w dość szerokich granicach. Wahanie to należy położyć na karb niejednakowych warunków, w jakich badania były dokonywane, a mianowicie, nie wszyscy z jednakową dozą krytycyzmu przyjmowali dane przypadki za syfilityczne, nie wszyscy posługiwali się jednymi i tymi samymi odczynnikami. W każdym jednak razie z zestawienia cyfr tych wnioskować możemy, że o ile przedmiotem badań były wyłącznie pewne przypadki białkomoczu nerkowego, odsetka tych przypadków jest względnie mała, czyli, że wogóle sprawa, którą się tu zajmujemy, należy do rzadkich.

Białkomocz występuje we wszystkich okresach syfilisu. W okresach wczesnych występuje on zwykle wkrótce po wysypce, trwa przez pewien czas i znika. Często też występuje on podczas *acme* wysypki, lub nieco później i znika po pewnym czasie. Godnem jest uwagi, że ten objaw syfilisu znika wcześniej, niż inne, towarzyszące mu. Zjawisko to daje się poniekąd tłómaczyć przez pewnego rodzaju *restitutionem* zmienionej tkanki nerkowej, jeżeli nie *ad integrum*, to przynajmniej do stanu takiego, który klinicznie rozpoznać się nie da, gdyż nie jest w stanie powodować występowania białka w moczu. Wyjaśnienie będzie dla nas o wiele pełniejsze, jeżeli uprzytomnimy sobie, że znaczna ilość rtęci właśnie przez nerki się wydziela, tak że z natury rzeczy chora tkanka nerkowa względnie dużo z leczenia korzysta.

Co do czasu występowania białkomoczu, przypada on o wiele częściej równocześnie z pierwszą wysypką, niż z nawrotami. Stosunek odnośny u KARVONEN'a wyraża się przez 6,3%:1,3%. Trudno stwierdzić pewną zależność pomiędzy ciężkością danego przypadku syfilisu a ciężkością towarzyszącego mu białkomoczu, jakkolwiek pojedyncze spostrzeżenia zdają się za tem przemawiać.

Przy białkomoczu okresów wczesnych ilość dobową moczu i barwa nie ulegają żadnym widocznym zmianom, natomiast ciężar gatunkowy zwykle przekracza normę. Często białko występuje po wysiłkach fizycznych. Mikroskop wykazuje pojedyncze wałeczki i leukocyty, żadnych jednak elementów nerkowych nie wykrywa.

Jakie białko spotykamy w moczu? Jakkolwiek znajdowano nukleoalbuminę, przeważa jednak, o ile się zdaje, pepton, gdyż ten rodzaj białka znalazł GERHARDT u trzeciorzędnych syfilityków, a według POEHL'a nawet $\frac{2}{3}$ wszystkich syfilityków ma lekką peptonurę. Do podobnych wniosków doszedł i SZWYKOWSKI.

Jakkolwiek według NEUMANN'a białkomocz syfilityczny znika bez żadnych zabiegów leczniczych, to jednak i wywody teoretyczne, i dane praktyczne nakazują nam stosowanie rtęci.

Rokowanie na ogół jest dobre, gdyż cierpienie ustępuje przy leczeniu po 1—3 tygodniach. Są jednak przypadki, rzadkie wprawdzie, trwające miesiącami i przechodzące w zapalenie nerek, takie jednak zejścia warunkowane są ujemnymi wpływami zewnętrznymi. Im później białkomocz występuje, tem poważniejsze jest rokowanie. Zwyródnienie skrobiowate czyni rokowanie złem, nawet pomimo nieznaczących objawów ze strony nerek. [C. d. n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

21. **Styptolum.** Styptol, nowy środek leczniczy przeciwko krwotokom macicznym.

RUDOLF KATZ (*Therapeutische Monatshefte*. 1903. 6. str. 314) na mocy obserwacji 54-ch przypadków krwawienia macicznego rozmaitego pochodzenia podaje swe wyniki, jakie otrzymywał, stosując nowy środek leczniczy, styptol, przeciwko temu groźnemu nieraz objawowi.

Styptol jest to związek kwasu ftalowego z kotarniną, czyli tak zwany: **ftalan kotarniny obojętny** (*Cotarninum phtalicum neutrale*).

Jak wiadomo, kotarnina jest zasadą, którą swego czasu WOEHLER otrzymał przez utlenienie alkaloidu makowcowego—narkotyny (*Narcotinum*).

Już dawniej znano działanie przeciwkrwotoczne kotarniny, a od pewnego czasu duże przeciw rozpowszechnienie w tym kierunku zyskała **styptycyzna**

(*Stypticinum*), która jest—związkiem kwasu solnego z kotarniną, czyli chlorkiem kotarniny (*Cotarninum muriaticum, s. hydrochloricum*).

Doświadczenie nauczyło, że i kwas ftalowy (*Acidum phthalicum*) tamuje krwawienia. Z tego powodu zaczęto stosować związek dwu tych ciał, t. j. ftalan kotarniny. Soli tej mamy dwa gatunki: kwaśną i obojętną. Otóż, kwaśny ftalan kotarniny, jakkolwiek odznacza się własnością tamowania krwawienia, jednakże ma tę niedogodną stronę, że drażni tkanki, z którymi się styka.

Dlatego też w celach leczniczych stosuje się sól obojętną, t. j. obojętny ftalan kotarniny, który również wstrzymuje krwawienia, a nie drażni przytem tkanek. Ten właśnie obojętny ftalan kotarniny nosi nazwę styptolu (*Styptolum*).

Przedstawia się pod postacią proszku żółtego, krystalicznego. Łatwo rozpuszcza się w wodzie. Zawiera 73% kotarniny.

Co się tyczy samego kwasu ftalowego, to doświadczenia fizyologiczne wykazały, że jest zupełnie nieszkodliwym dla organizmu ludzkiego i zwierzęcego. Toż samo można powiedzieć i o jego związku z kotarniną.

Styptol można podawać albo wprost w proszku, albo w postaci pastylek.

Dawką wynosi 0,05—0,10 trzy lub cztery razy dziennie. Każda pastylka zawiera 0,05 styptolu.

Tak proszek, jak i pastylki chorzy chętnie przyjmują i dobrze znoszą. Nawet dłuższe stosowanie styptolu nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów.

KATZ, stosując styptol przeciwko najrozmaitszego rodzaju krwawieniom macicznym, prawie zawsze otrzymywał doskonale wyniki.

Środek wzmiankowany można bez szkody przez długi czas chorym podawać, a ma on i tę wyższość nad innymi podobnymi lekami, że obok działania przeciwkrwotocznego (*stypticum*) wywiera także i wpływ kojący (*sedativum*), co bardzo wydatnie można zauważyć przy miesiączce bolesnej (*dysmenorrhoea*) i co zresztą łatwo sobie objaśnić tem, że dany środek leczniczy, bądź co bądź, należy do grupy makowcowej.

Według KATZ'a, wskazanym bywa styptol w następujących stanach:

1) w krwawieniach macicznych, występujących poza okresem miesiączkowania, a szczególnie po wykonaniu jakiejbądź operacji, np. po wyskrobaniu macicy (*abrasio*);

2) przeciwko zbyt silnemu krwawieniu miesiączkowemu wogóle;

3) przeciwko krwawieniom klimakterycznym, jeśli, rozumie się, podstawy owych krwawień nie stanowią nowotwory złośliwe; chociaż spostrzegano i przypadki, w których od wewnętrznego stosowania styptolu ustawały i krwawienia, zależne od niemożliwego do operowania raka szyi macicznej;

4) przeciwko zbyt dużym krwawieniom, zależnym od mięśniaków (*myomata uteri*), mianowicie wówczas, gdy jeszcze niema wskazania do operacji, albo gdy chore na nią zgodzić się jeszcze nie chcą;

5) przeciwko krwawieniom zbyt dużym, występującym albo jako następstwo choroby przydatków (*adnexa*), choroby tkanki łącznej miedniczej, albo jako następstwo stałej zmiany położenia macicy;

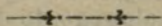
6) wreszcie przeciwko krwawieniom podczas brzemienności. Okoliczność ta jest bardzo ważna pod tym względem, że w tych razach styptycyna jest przeciwwskazaną, gdyż wywołuje bóle porodowe, czego przy stosowaniu styptolu dotąd nie zauważono.

Wiktor Grostern

ODCINEK.

„RUDKA“

uzdrowisko dla niezamożnych chorych piersiowych.



Wiadomo wszystkim, iż dziś nauka uważa gruźlicę płucną za chorobę uleczalną, przyczem leczenie jej winno odbywać się na zupełnie odmiennych, niż dawniej sądzono, zasadach. Wiara w skuteczność całej masy dawniej stosowanych środków farmaceutycznych upadła całkowicie. Natomiast wysunięto na pierwszy plan trzy warunki nieodzownie potrzebne do zwalczania tej największej bodaj plagi, nawiedzającej ustrój człowieka w okresie pełni jego rozwoju, mianowicie: 1) jak najwięcej jak najlepszego, *resp.* najmniej drobnoustrojów zawierającego powietrza, 2) dobre i obfite odżywianie, 3) spokój fizyczny.

Pierwszy czynnik wydaje się najważniejszym, albowiem z powietrza „nieczystego“ przedostają się do płuc najrozmaitsze zarazki, których działalność w znacznym stopniu pogorsza stan zdrowia suchotników; ustrój daleko łatwiej i skuteczniej walczy z lasecznikami gruźlicy, gdy nie jest jednocześnie atakowany przez cały szereg innych drobnoustrojów. Badania powietrza szpitalnych, nawet naogół wzorowo urządzonych i utrzymanych, daje wyniki bardzo smutne: w 1 ctm. sz. mieści się zarazków nie mniej, jak 40000; stąd zatem wniosek prosty, że w szpitalach ogólnych leczenie suchotników jest niemożliwe. Ideał czystości powietrza daje nam atmosfera gór wysokich, gdzie zarazków prawie wcale niema [powietrze aseptyczne], tam też poczęto urządzać uzdrowiska, a wyniki otrzymywane były nadspodziewanie dobre. Oczywiście leczenie w górach może być dostępne tylko dla ludzi zamożnych, choćby dlatego, że nie każdy kraj posiada odpowiednio wysokie góry. Ostatecznie jednak przekonano się, że i bez gór przebywanie na świeżem powietrzu przy przestrzeganiu trzech wyżej wskazanych punktów daje prawie nie gorsze wyniki. Tą drogą okazało się możliwem zakładanie uzdrowisk na szerszą skalę niemal wszędzie, co znacznie zmniejszyło koszt leczenia i pozwoliło suchotnikom niezamożnym leczyć się, jak należy.

Europa zachodnia, a zwłaszcza Niemcy i Austria, posiada już dziś cały szereg takich uzdrowisk, a liczba ich stale się powiększa. U nas do ostatnich czasów biedni chorzy „piersiowi“ nie mogli leczyć się wcale [przebywania ich na salach ogólnych naszych szpitalów miejskich w żaden sposób leczeniem nazwać nie można].

Dopiero rok zeszły pchnął interesującą nas sprawę na nowe tory: z inicjatywy lekarskiej przy poparciu szerszego ogółu rozpoczęto budowę pierwszego u nas uzdrowiska dla niezamożnych suchotników.

Na ten cel STANISŁAW książę LUBOMIRSKI przeznaczył do wyboru przestrzeń 20-to morgową z pośród 10-włókowego obszaru leśnego [las iglasty, kilkudziesięcioletni na glebie suchej] w obrębie „Rudka“ zwanym. Miejscowość ta posiada bardzo wygodną komunikację, albowiem leży w odległości trzywiorstowej od stacyi Mrozy [do Warszawy dwie godziny jazdy].

Budowę uzdrowiska rozpoczęto w roku zeszłym podług planów pułdniczego p. FRANCISZKA LILPOPA, któremu wskazówek fachowych udzielił dr DUNIN. Za podstawy projektu przyjęto system korytarzowy z uwzględnieniem następujących punktów: 1) budynek, przeznaczony dla pomieszczenia chorych, frontem swym, gdzie wychodzą okna pokoiw sypialnych, ma być zwrócony na południo-zachód. Kierunek czysto południowy byłby w danym razie nieodpowiedni z tego względu, iż pozbawiałby on chorych możliwości korzystania z promieni zachodnich, dzięki którym u nas w porze letniej możliwy jest pobyt na dworzu do późnego wieczora, 2) miejsca przed tym budynkiem przeznacza się na leżalnie w części otwarte, w części kryte, 3) sala jadalna oraz kuchnie mieścić się będą w gmachu-oddzielnym, 4) pokoje dla chorych nie mogą być większe nad dwułożkowe.

Ogółem mamy budynków cztery, oraz studnię artezyjską. Gmach główny [oznaczony na planie literą A]. Jest to budynek murowany, jak zresztą i wszystkie pozostałe, posiadający piwnice, parter, dwa piętra i poddasze. Mieszczą się tu na dole i kancelarya, trzy gabinety lekarskie, ciemnia laryngologiczna, sala dzienna [czytelnia], hala, szatnia, pokój dla służby, do czyszczenia ubrania, klozety i umywalnie; prócz tego jeden pokój dwułożkowy oraz 7 jednołożkowych; pokoje te, oknami zwrócone na południo-zachód, wychodzą na korytarz wspólny z oknami północnymi. Na piętrze pierwszym mamy: mieszkanie asystentów, pokoje dla służby, umywalnie, klozety i 5 pokoiw dwułożkowych, oraz 13 jednołożkowych. Drugie piętro, prócz takiej samej, jak na piętrze pierwszym liczby pokoiw dla chorych, mieści mieszkanie sióstr miłosierdzia, pokoje dla służby, umywalnie i klozety. Poddasze [3-ie piętro] przeznaczono wyłącznie dla służby.

Objętość pokoju, przeznaczonego dla jednego chorego, wynosi z górą 50 metrów, dla dwóch—75. Ogrzewanie wszędzie centralne, oświetlenie elektryczne. Każdy pokój zaopatrzony jest w wodę. Specjalnych urządzeń wentylacyjnych zakład posiadać nie będzie; zastąpią je często otwierane „nadokenniki”.

W urządzeniu wszystkich pomieszczeń uwzględniono konieczność dokładnego ich oczyszczenia i przewietrzania; poza tem szczegóły wszystkie będą oczywiście skromne, lecz trwałe i, co najważniejsze, celowe.

Od strony frontowej budynku A urządzone będą leżalnie, idące lekkim łukiem wzdłuż całego gmachu.

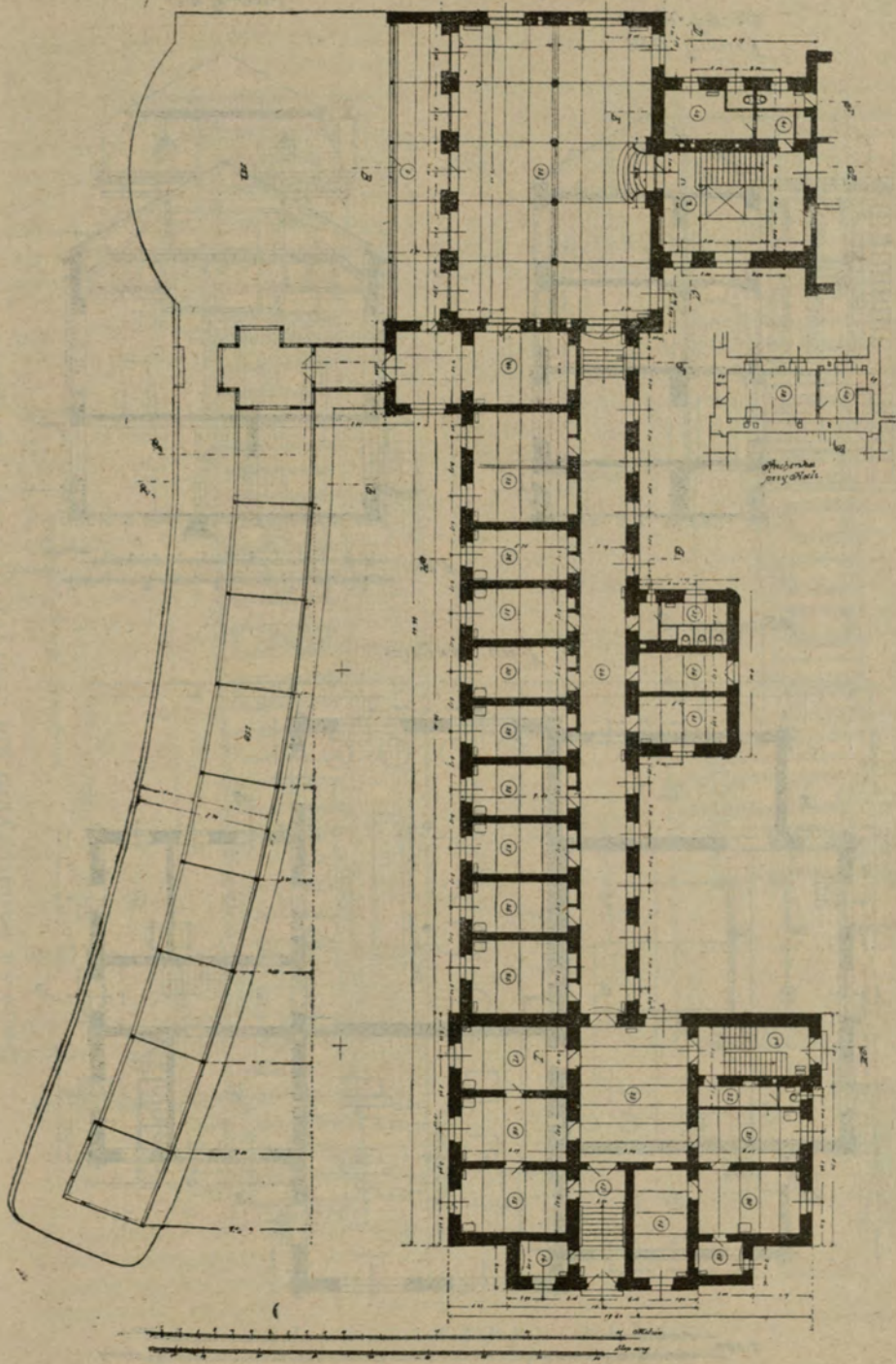
Obecnie postawiono dopiero jedno skrzydło gmachu, którego dokończenie skuteczni się później, gdy napłyną konieczne ku temu środki. Wówczas uzdrowisko mieścić będzie 120 osób, podczas gdy dziś wystarczy ono zaledwie na połowę zasadniczo projektowanej liczby chorych.

Do budynku A w kierunku prostopadłym od strony północnej przylega gmach, oznaczony na planie literą B. Składa się on, jak i poprzedni z suterenu, parteru i dwóch pięter. W suterenach pomieszczono: kąpiele, salę do leczenia wodą, pokój gymnastyczny, rozbieralnię i gabinet lekarski. Na parterze mamy salę stołową [ogólną], kuchenkę do gotowania herbaty, mleka, kawy i t. d., kredens, szatnię i przedsionki. Prócz tego w sali stołowej mieścić się będzie ołtarz [oddzielony drzwiami]. Pierwsze piętro przeznaczono na kuchnię z należącemi do niej pomieszczeniami [spiżarnia, obieralnia jarzyn, pokój do zmywania naczyń]. Drugie piętro mieści mieszkanie służby.

W odległości około 80-iu metrów od powyższych budynków postawiono jednopiętrowy gmach (C), mieszczący kotłownię, maszyny parowe, akumulatory, skład węgla, pralnię mechaniczną, skład brudnej bielizny, kamerę dezynfekcyjną, warsztat kowalski, suszarnię, magiel i mieszkanie oficjalisty.

Na uboczu stanął budynek mieszkalny dla służby [lit. E na planie], mieszczący 4 izby na parterze i dwie na poddaszu. Poza tem wszystkim projekto-

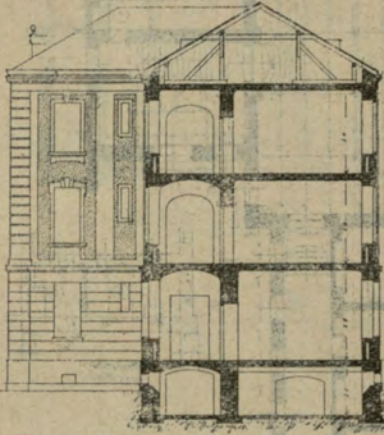
©Białystok 02.
Pisze pastorek



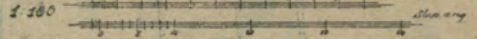
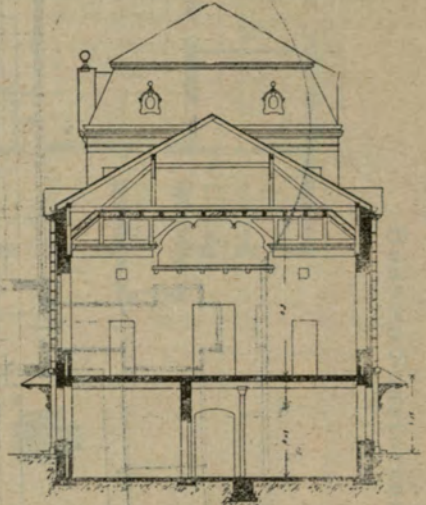
Budowa Sanatorium dla chorych piersiowych „Rudka“.

Wyjāti z projektu budowniczego Franciszka Lipopa.

Будыnek A
Pierśń A H

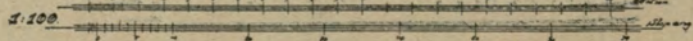
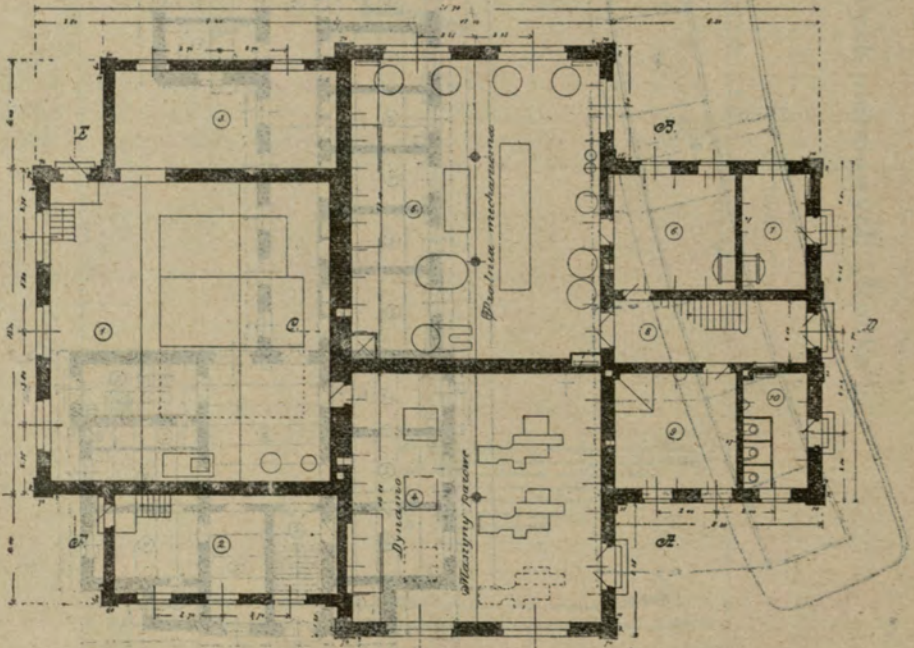


Будыnek B
Pierśń B H



Будыnek C

Plan posilno

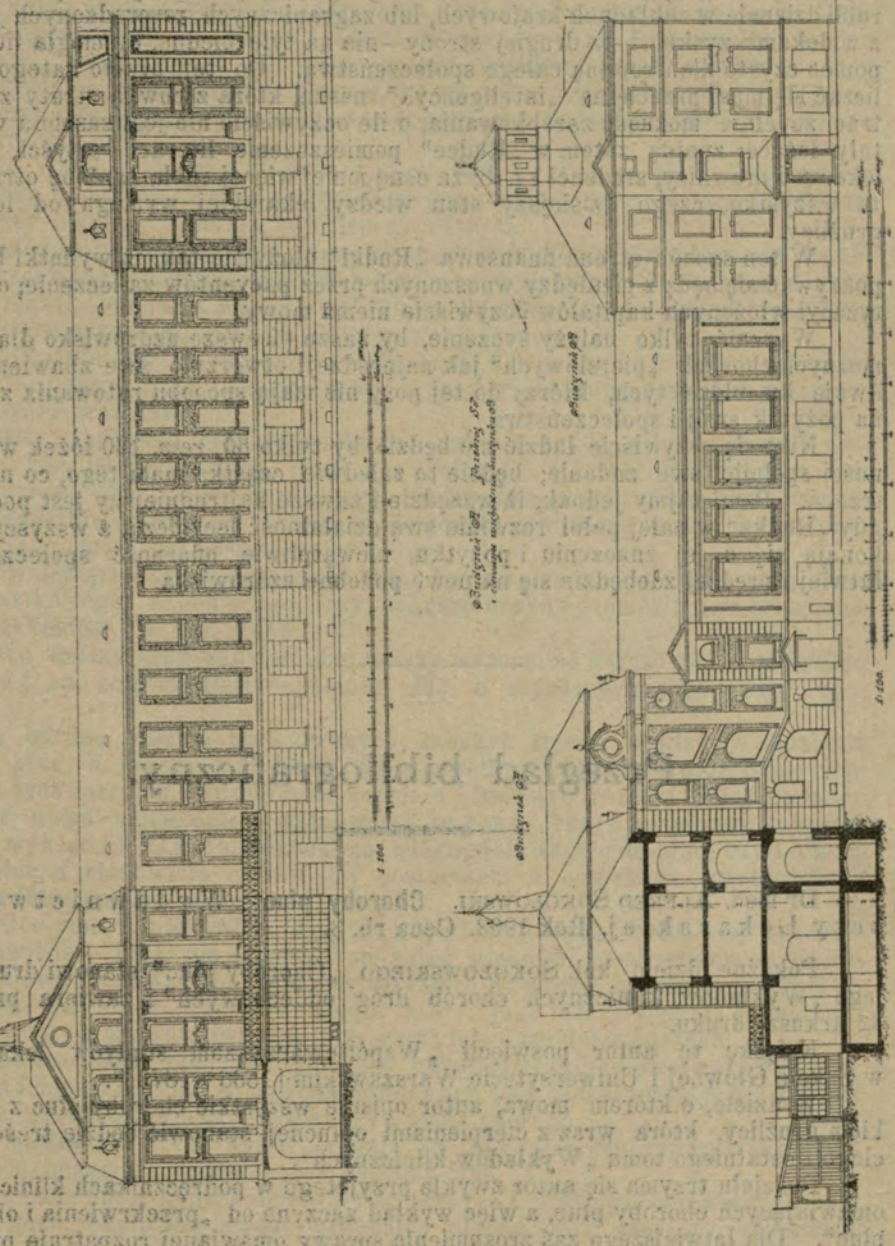


Wyjtki z projektu budowniczego Franciszka Lilpopa.

Budowa Sanatorium dla chorych pierśiowych „Rudka”.

Budowa Sanatorium dla chorych piersiowych „Rudka“.

oBudynek of *Silencing* polshchennoe



Wyjtki z projektu budowniczego Franciszka Lilpopa.

wana jest willa oddzielna dla lekarza naczelnego, której budowa rozpocznie się zapewne dopiero wówczas, gdy uzdrowisko rozszerzone zostanie do pożądaných rozmiarów [na 120 chorych].

Uzdrowisko to ma za zadanie leczenia przede wszystkim ludzi niezamożnych tej kategorii, która jest za mało bogatą na to, by mogła płacić po 5 do 10-ru rubli dziennie w zakładach krajowych, lub zagranicznych, prowadzonych jedynie z widokami zysku, i—z drugiej strony—nie na tyle biedną, by mogła liczyć na pomoc czysto filantropijną całego społeczeństwa. Do tej przeto kategorii zaliczać się musi przeciętna „inteligencja” nasza, która z chwilą utraty zdrowia traci zupełnie możliwość zarobkowania, o ile oczywiście nie jest zasobna w kapitały leżące; znajdują zatem w „Rudce” pomieszczenie literaci, artyści, młodszy lekarze i prawnicy, studenci i t. d.; za cenę mniej więcej rubla za dobę otrzymują to wszystko, czego dzisiejszy stan wiedzy lekarskiej wymaga od leczenia gruźlicy.

W ten sposób strona finansowa „Rudki” ułoży się tak, iż wydatki bieżące pokrywać się będą z pieniędzy wnoszonych przez pacjentów za leczenie; o amortyzacji włożonych kapitałów oczywiście niema mowy.

Wyrazić tylko należy życzenie, by nasze pierwsze uzdrowisko dla niezamożnych chorych „piersiowych” jak najprędzej utworzyło swe zbawienne podwoje ku uldze tych, którzy do tej pory nie mają sposobu ratowania zdrowia na pożytek swój i społeczeństwa.

Nikt się oczywiście ludzi nie będzie, by tylko 60, *resp.* 120 łóżek w zupełności spełniło swe zadanie; będzie to zaledwie cząstka mała tego, co nam potrzeba. Pamiętajmy jednak, iż wszędzie i zawsze najtrudniejszy jest początek: gdy „Rudka” w całej pełni rozwinie swą działalność leczniczą, a wszyscy przekonają się o jej znaczeniu i pożytku, niewątpliwie ofiarność społeczeństwa łatwiej i prędzej zdobędzie się na nowe podobne uzdrowiska.

Przegląd bibliograficzny.

Dr med. ALFRED SOKOŁOWSKI. **Choroby płuc.** Wydawnictwo Gazyety Lekarskiej. Rok 1903. Cena rb. 3.

Pokaźne dzieło kol. SOKOŁOWSKIEGO „Choroby płuc” stanowi drugi tom jego „Wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych” i zawiera przeszło 32 arkusze druku.

Książkę tę autor poświęcił „Współtowarzyszom studyów lekarskich w Szkole Głównej i Uniwersytecie Warszawskim [1868—1873]”.

W dziele, o którym mowa, autor opisuje wszystkie choroby płuc z wyjątkiem gruźlicy, która wraz z cierpieniami opłucnej stanowić będzie treść trzeciego i ostatniego tomu „Wykładów klinicznych”.

Podziału trzyma się autor zwykle przyjętego w podręcznikach klinicznych, omawiających choroby płuc, a więc wykład zaczyna od „przekrwienia i obrzęku płuc”. Dla łatwiejszego zaś zrozumienia sprawy omawianej rozpatruje przede wszystkim jasno i drobiazgowo układ krwionośny płuc, a dopiero potem przechodzi do opisu przekrwienia czynnego, biernego i obrzęku płuc.

W rozdziale tym znajdujemy nie tylko jasno skreślony obraz kliniczny, ale skrupulatnie opisaną etiologię, anatomię patologiczną, rozmaite teorie przekrwienia i obrzęku, oraz leczenie. Wogóle rzecz można, że rozdział ten, zwykle w innych podręcznikach sucho przedstawiony, czyta się tu z niezmierną łatwością i z prawdziwym zajęciem.

Wykład drugi zajmuje się zakrzepem i zatorem tętnicy płucnej oraz zawalem krwotocznym płuc. Jest to rozdział również świetnie opracowany i bardzo zajmujący. Rozpatruje w nim autor zatory większej gałęzi tętnicy płucnej, zatory średniej gałązki tętnicy płucnej, zatory naczyń włosowatych, zatory pasożytnicze, zatory, wywołane przez nowotwory, zatory barwnikowe, tłuszczowe i powietrzne.

Nie mniej ciekawym i pouczającym jest wykład trzeci: „o krwiopłuciu i krwotoku płucnym“. Każdy młody lekarz przestuduje go z ogromną korzyścią, a i starszy lekarz z wielkim zajęciem go odczyta.

Rozedma i niedodma płuc, stanowiące treść wykładu czwartego, są doskonale opracowane; szczególniej tyczy się to rozedmy płucnej, którą autor drobniawo opisał, opierając się na własnych spostrzeżeniach, zebranych w szpitalu i w praktyce prywatnej, oraz na najnowszych pracach.

Najważniejszą, bo najobszerniejszą część dzieła stanowi: „ostre zapalenie płuc“, które autor dzieli na ostre zrazowe, czyli włóknikowe zapalenie płuc i zapalenie ostre zrazikowe.

Samo „zapalenie płuc włóknikowe“ zajmuje aż 8½ arkusza druku i rozdzielone jest na 5 wykładów, czyli rozdziałów [V. VI. VII. VIII i IX]. Jest to prawdziwa, gruntownie opracowana monografia, w której uwzględnione zostały wszystkie najnowsze prace zagraniczne, wszystkie prace polskie oraz liczny własny materiał obserwacyjny autora.

Również gruntownie opracował autor kwestyę zapalenia płuc kataralnego, czyli zrazikowego, zajmującego trzy arkusze druku i stanowiącego przedmiot trzech wykładów [X, XI, XII].

Jako dalszy ciąg zapaleń płuc należy wspomnieć bardzo ciekawy wykład [XIII] o t. zw. komórkowym zapaleniu płuc, o zapaleniu zachłystowem i opadodem.

Do bardzo pięknie opracowanych zaliczyć trzeba wykłady o zapaleniu ropnem płuc, o ropniu płuc [XIV] i o zgorzeli płuc [XV]. Autor, omawiając leczenie tych cierpień, szczegółowo rozbiiera i kwestyę leczenia chirurgicznego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że każdy lekarz z wielkim zajęciem odczyta wykład [XVI]: o przewlekłym włóknistym zapaleniu płuc, czyli o marskości płuc, a mianowicie o dwu jej postaciach: o ogniskach ograniczonych i o stwardnieniach rozlanych.

Pylice płuc, a mianowicie: węglika, żelazica i kamica płucna—są wybornie przedstawione. Tutaj nie zadowolił się autor własnymi spostrzeżeniami, literaturą krajową i zagraniczną, ale, zwłaszcza co do pylicy węglowej, sięgnął po wskazówki do kolegi CZAJKOWSKIEGO, który, jako lekarz szpitala górniczego w Sosnowcu, ma niewątpliwie pod tym względem duże doświadczenie.

Z nowotworów płuc [XVII] autor uwzględnił tylko nowotwory złośliwe, jak: raka i mięsaka; tylko te bowiem nowotwory dają charakterystyczne objawy kliniczne, pozwalające na rozpoznanie za życia chorego.

W wykładzie XIX autor zajmuje się syfilisem płuc, w wykładzie XX promienią, nosacizną, karbunkulem i dżumą płuc.

Wreszcie autor kończy dzieło wykładem XXI, w którym omawia: pasożyty roślinne płuc, czyli tak zwane grzybnice płucne oraz pasożyty zwierzęce, a z tych ostatnich szczególnie rozbiiera kwestyę bąblowca płuc.

Nie chcąc zostawić żadnej luki w dziale chorób płuc, autor na zakończenie omawia jeszcze kwestyę, należącą właściwie do chirurgii, a mianowicie: rany,

peknięcia i ciała obce płuc, a czyni to głównie dlatego, że chorzy dotknięci temi cierpieniami, najczęściej o pierwszą pomoc zgłaszają się do internisty.

Z tego krótkiego sprawozdania widać, że autor dał nam całkowity obraz obecnego stanu nauki o chorobach płuc. Dość tu zaraz muszę, że jakkolwiek autorowi szło głównie o kliniczną stronę, z czego, nawiasem mówiąc, wybornie się wywiązał, to jednakże wszędzie uwzględnił i stronę czysto naukową; nigdzie nie pominął ani najnowszych badań bakteriologicznych, fizjologicznych, ani najnowszych teorii.

Czytając dzieło kol. SOKOŁOWSKIEGO, od razu można ocenić, że pisał je nie zwyczajny, bezkrytyczny kompilator. W każdym wykładzie znać wytrawnego klinicystę, który od trzydziestu kilku lat pilnie studiował wszystkie prace nasze i zagraniczne, sam uważnie i dużo obserwował, notował i krytycznie zestawiał w jedną całość. A jakkolwiek autor w swem dziele wszystkie najważniejsze uwzględnił prace, nie obciążał jednakże umysłu słuchacza zbyt wieloma cytatai, zbytnią zawiloscią; przeciwnie, wykład prowadzi w sposób jasny, zrozumiały i pociągający. Nie zadawała się suchem przytaczaniem zdań, poglądów i teorii rozmaitych klinicystów, ale wszystko to krytycznie rozpatruje i niepotrzebny balast odrzuca. To też całe dzieło czyta się niezmiernie łatwo, bez żadnego znużenia i z ogromnem zajęciem. Na pochwałę również zapisać muszę i tę okoliczność, że autor bardzo obszernie uwzględnił klinicystów francuskich, gdy dotąd nasi lekarze internisci studiowali i przytaczali przeważnie klinicystów niemieckich.

Możemy doprawdy być wdzięczni koledze SOKOŁOWSKIEMU za wzbogacenie naszej literatury lekarskiej dziełem tak wybornie opracowanem; korzystać z niego będzie z prawdziwym pożytkiem wiele, wiele pokoleń lekarskich.

Z upragnieniem też wyczekujemy pojawienia się trzeciego tomu, którego treść stanowią choroby oplucnej i gruźlica płuc. Nie wątpię ani na chwilę, że będzie to praca jeszcze lepsza, że będzie niejako koroną całego dzieła; autor bowiem od pierwszej chwili swej praktyki lekarskiej głównie temu działowi cierpień płucnych się poświęcił.

Wiktor Grostern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

38. Riegel. O tętnie paradoksalnem.

Tętnem paradoksalnem nazywamy takie tętno, które przy wdychu słabnie lub zupełnie znika. Objaw ten pierwszy zauważył GRIESINGER przy zapaleniu włóknikowem osierdzia i śródpiersia (*mediastinopericarditis fibrosa*), dokładniejsze jednak badania w tym kierunku winniśmy KUSSMAUL'OWI, który tętno paradoksalne objaśnił w następujący sposób: zwrócił on mianowicie uwagę, że bliźnowata tkanka łączna zewnątrz-osierdziowa może tworzyć pierścienie ściągające około dużych naczyń, wchodzących lub wychodzących z serca. Podczas więc wdychu i przy ruchach klatki piersiowej pierścienie te mogą chwilowo zaciskać naczynia krwionośne; tętno staje się wówczas bardzo małym lub zupełnie znika pomimo, że ruchy serca odbywają się bez przerwy. KUSSMAUL sądził, że objaw ten właściwym jest dla jednej tylko tej sprawy i nadawał mu wielkie znaczenie

rozpoznawcze. Późniejsze jednak spostrzeżenia przekonały, że tętno paradoksalne może powstać i bez zapalenia tkanki łącznej zewnątrz-osierdziowej, tak np. BAEUMLER i TRAUBE spostrzegali je w zapaleniu osierdza z obfitym wysiękiem, RIEGEL u młodych osobników, rekonwalescentów, następnie znajdowano ten objaw w zapaleniu płuc, oskrzeli, przy dużych wysiękach opłucnej, zwyrodnieniu mięśniowem serca, osłabieniu czynności serca i t. d. Co więcej, SOMMERBRODT uważał tętno paradoksalne za objaw zupełnie normalny. Autor nie zgadza się ze zdaniem tego ostatniego, ponieważ ani razu nie widział tego objawu u osobnika zupełnie zdrowego. Według RIEGEL'a, mylne wyniki SOMMERBRODT'a, powstały wskutek niedokładnego badania klinicznego. Tętno paradoksalne może powstać w trojaki sposób: jeden z tych sposobów ma miejsce w zapaleniu włóknikowem osierdza i śródpiersia, jest to sposób czysto mechaniczny, objaśniony przez KUSSMAUL'a, zależny od zwężenia aorty przez pęczki włókniste, przyczem serce pracuje wówczas nie tylko ze zwykłą siłą, ale nawet i z większem napięciem dla zwalczenia zwężenia aorty.

Dalej tętno paradoksalne może powstawać wskutek zwężenia głównych dróg, powietrze doprowadzających: w normalnych warunkach istnieje nieznaczna różnica w tętnie, zależna od ujemnego ciśnienia podczas wdychania, która nie przejawia się sfigmograficznie; otóż to ujemne ciśnienie wdechowe przy zwężeniu dróg, powietrze doprowadzających, znacznie wzmacnia się, przez co powstaje tętno paradoksalne: w jednym przypadku zwężenia krtani, obserwowanym przez autora, tętno paradoksalne natychmiast po tracheotomii znikło.

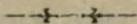
Nareszcie tętno paradoksalne może powstać wskutek osłabionej czynności serca. Objaśnia się to tem, że ujemne ciśnienie wdechowe, nie wywierając żadnego wpływu na zdrowe serce, może stanowić pewną przeszkodę dla słabego serca, *respective* wywołać tętno paradoksalne. Otóż, coś podobnego spotykamy u rekonwalescentów.

Rozumie się, iż możemy mieć, do czynienia i z takimi przypadkami, gdzie tętno paradoksalne jest skutkiem kilku wyżej wspomnianych czynników, jako to: mechaniczna przeszkoda, osłabienie czynności serca i wzmożone ciśnienie wdechowe. A zatem skonstatowawszy tętno paradoksalne, powinniśmy w każdym pojedyńczym przypadku postarać się rozpoznać sposób jego powstania.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903 r. Nr. 20).

Springer.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— ENSLIN wykonał w klinice UHTHOFF'a we Wrocławiu szereg doświadczeń nad dyagnostycznym zastosowaniem zastrzykiwań tuberkuliny w zapaleniu mięszowem rogówki. Zastrzykiwał w tym celu po uprzednim starannem stwierdzeniu bezgorączkowego stanu u pacjentów stopniowo powiększane dawki tuberkuliny w 0,25% -ym roztworze fenolu, poczynając od $\frac{1}{10}$ mg, później zaś $\frac{1}{4}$ —1—3 nawet 5 mg w 2—4-dniowych odstępach. Zastrzykiwania robione były w plecy pomiędzy łopatkami, poczem starannie mierzono ciepłotę co dwie godziny. Odczyn miejscowy, występujący pod postacią zwiększonego nastryknięcia rzęskowego i łącznicowego trudny jest do skonstatowania przy mięszowem zapaleniu rogówki, rozpoznawcze znaczenie może mieć przeto jedynie charakterystyczne, nagle powstające i równie nagle opadające podwyższenie ciepłoty.

Z 24-ch przez Esslin'a badanych chorych u 11-tu, dotkniętych dziedzicznym przymiotem, w jednym tylko przypadku wystąpiło nietypowe zresztą podwyższenie ciepłoty.

W 8-ju przypadkach, w których istniały dane, pozwalające na dość pewne rozpoznanie gruźlicy, otrzymano wyraźny odczyn: z pomiędzy tych w 2-ch przypadkach już po $\frac{1}{10}$ mg, w pięciu—po 1 mg i w jednych—po 3 mg tuberkuliny.

W pięciu pozostałych przypadkach z ogólnej liczby 24 nie skonstatowano klinicznie ani przymiotu, ani gruźlicy. Czterech chorych tej kategorii okazało podwyższenie ciepłoty po 3 mg tuberkuliny, lecz bez charakterystycznego przebiegu.

(*Deutsche med. Wochenschr.* № 8 i 9).

— M. B. Stokvis opisał ciekawy przypadek długotrwałej i uporczywej sinicy, zależnej od samozatrucia produktami trawienia kiszkowego. Przypadek powyższy dotyczył 38-letniego żołnierza armii kolonialnej holenderskiej, cierpiącego od 6-ju lat na uporczywą biegunkę, której nabawił się w koloniach. Chory ten w trzecim roku choroby powrócił do Holandii i od tej pory aż do samej śmierci wyróżniał się wybitną sinicą, przyczem biegunka wciąż trwała.

Stan ogólny zdawał się być zupełnie normalnym. Ciepłota ciała była też normalna, z wyjątkiem kończyn, które były zawsze zimne. Na całym ciele chorego widoczną była sinica. Stolce cuchnące, płynne lub papkowate powtarzały się pomimo wszelkiego leczenia 5—6 razy dziennie. W kale znaleziono pierwotniaki. W moczu, pod innymi względami jakościowo i ilościowo normalnym, wykryto methemoglobinę. Badanie spektroskopowe błony śluzowej i skóry chorego zapomocą przeświecania dowiodło również obecności w nich methemoglobiny, zresztą nie stałej a czasowej. Badanie krwi nie wykryło plazmodyi malarycznych. Opierając się jeszcze na innych danych chemicznych, Stokvis sądzi, że substancja, powodująca sinicę, nie pochodziła bezpośrednio ze krwi, ale z kiszek: możliwym jest, że rezorbcyja skatolu powoduje tworzenie się methemoglobiny. W 5 miesięcy po opuszczeniu szpitala chory ten zapadł nagle na niedrożność kiszek, powikłaną zapaleniem otrzewnej. Pomimo laparotomii z rezekcją кишки, chory zmarł. Na sekcji znaleziono przekrwienie błony śluzowej кишки z licznymi niegłębokimi owrzodzeniami na jej powierzchni.

(*Semaine médicale.* 1903. № 5).

S. J.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł zeszyt I miesięcznika „Ginekologia”, poświęconego chorobom kobiecym i położnictwu, którego wydawcą i redaktorem jest kol. CZESŁAW STANKIEWICZ. „Jako wyraz głębokiej czci dla piśmiennictwa ojczystego podjęliśmy próbę, pisze Redakcja, zestawienia w jedną całość wszystkich prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa”. I istotnie treścią zeszytu I jest tylko wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych do r. 1902 włącznie. Wykaz ten ma wypełnić pierwsze zeszyty „Ginekologii”. Nowe czasopismo wyróżnia się ładnym drukiem i papierem. Życzymy mu, aby i treść zasłużyła na użycie podobnego przymiotnika.

— Wkrótce znacznie wychodzić nowe czasopismo „*Zeitschrift für Krebsforschung*” pod redakcją prof. HANSEMANN'a i prof. G. MEYER'a.

— № 28 czasopisma „*Wiener klinische Wochenschrift*” jest poświęcony prof. CHROBAK'owi dla uczczenia 60-letniej rocznicy jego urodzin.

— Na katedrę psychiatrii i chorób nerwowych po HITZIG'u w Halli, zaproszony został prof. ZIEHEN z Utrechtu.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 18.

J. SAKS. Czy dzieci nowonarodzone należy kąpać? G. PISARZEWSKI. Dwa przypadki ciężcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu.—№ 19. W. MORACZEWSKI. Chemia fizyczna i zastosowanie jej do medycyny. O. GOLDBERG. Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych.—№ 20. O. GOLDBERG. Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych [dk.]. W. MORACZEWSKI. Chemia fizyczna i zastosowanie jej do medycyny [dk.].—№ 21. A. LEŚNIEWSKI. Przyczynek do chirurgii kiszek. S. STANISZAWSKI. Przypadek tęcza przyrannego, leczony surowicą. — № 22. A. MALINIAK. O wiciówcach (*flagellata*) w zawartości żołądka. A. LEŚNIEWSKI. Przyczynek do chirurgii kiszek [c. d.].—№ 23. W. STERLING. Przyczynek do badań nad chorobą MORVAN'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu. A. LEŚNIEWSKI. Przyczynek do chirurgii kiszek [dk.].—№ 24. J. BOGDANIK. Urazowe pęknięcie кишки grubej. W. STERLING. Przyczynek do badań nad chorobą MORVAN'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu [c. d.]. — *Przegląd Lekarski* № 18. L. POPIELSKI. O podstawowych własnościach soku trzustkowego. F. SŁĘK. O rozległej resekcji klatki piersiowej z powodu złośliwych nowotworów.—№ 21. L. POPIELSKI. O podstawowych własnościach soku trzustkowego [dk.]. A. FAWICKI i W. ORŁOWSKI. W sprawie rozpoznawania niezłotowego zapalenia miedniczek nerkowych [c. d.]. A. LANGIE. Hygiena wzroku w okresie szkolnym [c. d.]. R. SPIRA. Dalsze typowe i atypowe formy afazy [c. d.].—№ 24. J. STODZIŃSKI. Rzadki przypadek gronkowcowego zająęcia skóry (*staphylococcum cutis*) w cukrzycy. W. CHŁUMSKY. Nowa pelota, wywierająca ucisk automatycznie. L. FEUERSTEIN i K. PANEK. Przyczynek do nauki o mleczo-moczu (*chyluria*) [c. d.].—№ 25. Z. ORŁOWSKI. Rzadki przypadek zatoru tętnicy głównej w przebiegu duru brzuszego. L. FEUERSTEIN i K. PANEK. Przyczynek do nauki o mleczo-moczu (*chyluria*) [dk.].—*Kronika Lekarska*. Zeszyt 9. Z. GRUZIŃSKI. O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy padaczką i histeryą [dk.]. S. SWIŻAWSKI. Kąpiele i łaźnie w dawnej Polsce.—Zeszyt 11. B. MOTZ. Leczenie rzeżączki przewlekłej.—*Krytyka Lekarska* № 5. J. JAWORSKI. Klinika i pracownia kliniczna. Fr. GIEDROYÓ. Król Władysław IV [Historia choroby] [dk.].—№ 6. G. LEWIN. Walka z gruźlicą zapomocą sanatoryjów ludowych swojskich. J. JAWORSKI. Klinika i pracownia kliniczna [dk.]. A. ŻURAKOWSKI. O pracowniach szpitalnych. J. BIELIŃSKI. Założenie wydziału Lekarskiego w Warszawie.—*Zirowie* № 5. J. PIOTROWSKI. O charłowaniu ciała. S. KOPZYŃSKI. Nerwowość młodzieży szkolnej. S. SERKOWSKI. Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi [dk.].—№ 6 i 7. I. POLAK. Narady nad higieną prowincyi. K. CHEŁCHOWSKI. O zadaniach Towarzystwa Hygienicznego w zakresie higieny ludu. O. HEWELKE. Projekt organizacyi nadzoru sanitarnego obywatelskiego. Streszczenie narady Czasowej Komisji Sanitarnej przy Sekcyi Rolnej z dnia 16-go lutego 1903 r. nad programem narad w sprawie zdrowotności mniejszych miast i wsi w Królu Polskiem, odbytej w Towarzystwie Hygienicznym Warszawskiem w kwietniu 1903 r. KLARNER. W sprawie najpilniejszych potrzeb mniejszych miast pod względem sanitarnym. Fr. GRODECKI. Najpilniejsze potrzeby sanitarne naszych miasteczek. A. MICHAŁOWSKI. Żelechów wobec kwestyi uzdrowotnienia miast prowincjonalnych.—Wnioski Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego w sprawie uzdrowotnienia mniejszych miast i wsi. K. RAKOWIECKI. Obecny stan higieny chaty włościańskiej. H. DOBRZYCKI. Projekt chaty zdrowotnej dla jednej rodziny włościańskiej. W. BIEGAŃSKI. Sprawa praktyki lekarskiej ludowej [d. n.].

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka za m. czerwiec 1903 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 11-Юля 1903. Друк К. Коваловського, Warszawa Mazowiecka 8.

Wstrzykiwania podskórne wyjałowione w zatopionych ampulkach z zawartością

Ferrum Kakodylicum 0,05 in 1 c. c.

Ferrum Kakodylicum 0,075 in 1 c. c.

Ferrum Kakodylicum 0,1 in 1 c. c.

oraz

Dragées Arsykodyles (Ferr. Kakodylic. 0,025).
Od 1 do 4 pigułek dziennie

przygotowała

Apteka E. GESSNERA

w Warszawie.

FABRYKA CHEMICZNA VON HEYDEN RADEBEUL-DREZNO.

COLLARGOLUM Credé'go (przetwór srebra rozpuszczalny w wodzie) Do weterania masę Credé'go, w roztworze stosuje się w postaci wstrzykiwań wewnętrznych przy chorobach septycznych.

ITROL Przetwór srebra nadaje się do leczenia ran, chorób oczu i narządów płciowych, zwłaszcza przy rzeżączce i owrzodzeniach wenerycznych. Stosuje się w bardzo małych ilościach.

ACOIN Środek znieczulający miejscowo, przydatny w chirurgii, okulistyce i dentyście. Jest on mniej trujący niż kokaina, a działanie jego trwa dłużej.

Kwas acetylosalicylowy. Hyrgol (Hydrargyrum colotdale). Solveol. Hexametylen-tetramin. Diacetylform. hydrochl.

Literaturę przesyła Fabryka chemiczna Heyden'a w Radebeul-Drezno lub przedstawiciel na Królestwo Polskie LUDWIK FREIDER, Warszawa, Leszno 60.

D-r FRANCISZEK CHŁAPOWSKI

ordynuje, jak w zeszłych latach, i w tym sezonie

w **KISSINGEN** w Bawarii, Prinz-Regentenstr. 9. (Tuż obok kurhauzu.

Prywatna klinika dla chorych potrzebujących opieki i szczególnej dyety.