

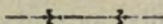
GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYZYNEK

DO SPRAWY DZIEDZICZENIA SZTUCZNEJ ODPORNOŚCI PRZECIW BŁONICY.

Napisał

Dr S. Dzierzowski.



W poprzednim ¹⁾ moim artykule rozpatrywałem przyczyny, wskutek których odporność bywa dziedziczną tylko po matce, nigdy zaś po ojcu. Wskazałem wtedy, że warunki do nabycia odporności są o wiele lepsze dla komórek jaja w ustroju matki, niż dla nabłonka zarodkowego i ciała nasiennego w ustroju ojca. Następnie wykazałem, że prócz możliwości znacznego uodpornienia jaja w samym pęcherzyku, istnieją jeszcze warunki, sprzyjające nabyciu odporności tak przez jajo zapłodnione, jak i przez sam płód w pierwszych chwilach rozwoju zarodka a nawet w okresie późniejszym, po utworzeniu się łożyska, chociaż w tym ostatnim okresie warunki wyżej wskazane są o wiele gorsze, ponieważ łożysko nie dopuszcza antytoksyny do płodu. Opierając się, z jednej strony, na obecności w ustroju matki warunków, pozwalających na bezpośrednie przejście antytoksyny do jaja i płodu, z drugiej strony na tem, iż noworodek, pochodzący od matki uodpornionej, prędko utracą swoją odporność, wypowiedziałem wtedy zdanie, że odporność noworodka powinniśmy uważać nie za oddziedziczną, lecz za nabytą przez jajo, albo płód w łonie matki. Aby stwierdzić te moje przypuszczenia, trzeba było dowieść, 1) że antytoksyna, krążąca we krwi matki, może przechodzić w jajo podczas dojrzewania w pęcherzyku GRAAF'a; 2) że mogące powstawać podczas dojrzewania jaja enzymy, nie niszczą antytoksyny, wreszcie, 3) że antytoksyna, która się znajduje w jaju, nie bywa obracaną na materiał twórczy [z utratą jednoczesną własności swoistych], lecz pozostaje w stanie niezmienionym i jako taka staje się przyczyną odporności noworodka.

Ponieważ jaja ssaków do badań, w tym celu prowadzonych, nie nadają się wskutek trudności natury technicznej, przeto badałem jaja ptasie [kurze], w któ-

¹⁾ Patrz Gaz. Lekar. z r. 1900 Nr. 22.

rych pierwsze okresy rozwoju embryonalnego są do pewnego stopnia analogicznie z takimże rozwojem płodu u ssaków.

W tym celu na wiosnę 1899 roku rozpocząłem uodpornianie 12 kur i dwu kogutów przez wstrzykiwania podskórne coraz to wzrastających dawek toksyny [dyfterycznej]. Ten sposób uodporniania jest dla kur bardzo bolesny; w miejscach wstrzykiwań tworzą się znaczne obrzmienia, wypadają pierze i puch, często następuje zgorzel, ptaki tracą na wadze i prędko giną, poczęści od działania swoistego toksyny dyfterytycznej, poczęści zaś od innych chorób, które łatwo nawiedzają organizm nienormalny.

Ze wszystkich kur, które tym razem uodporniałem, ocalała tylko jedna. Zniosła ona ostatnie wstrzyknięcie 2 ctm. sześciennych toksyny [której 0,01 ctm. sz. stanowi minimalną dawkę śmiertelną dla świnki morskiej wagi 250 grm.]. Lecząc z niej pociechy nie miałem, ponieważ nie zniosła ani jednego jaja.

Przypuszczając, że uodporniane szkodliwie wpływa na czynności płciowe [sposstrzegamy toż zresztą u ssaków], przerwałem wstrzykiwania toksyny, ale gdy i potem, po upływie trzech tygodni kura nie niosła, zabiłem ją, chcąc korzystać z krwi jej do określenia siły antytoksyny. Okazało się, że surowica odpowiadała sile nie wiele większej nad zwykłą jednostkę normalną, czyli, że była wogóle bardzo nieznaczna; trzeba to wziąć za skutek osłabienia jej w ciągu owych trzech tygodni po zaprzestaniu zastrzykiwań toksyny. Gdy w ten sposób minął czas niesienia, przerwałem swoje doświadczenia, a dopiero na wiosnę 1900 roku rozpocząłem je znowu, stosując już inną metodę postępowania. W połowie marca nabyłem 4 kury, które już zaczęły nieść jaja, i koguta z tego samego stadka. Zbadałem przedewszystkiem pierwsze jaja, które zniosły te kury u mnie, a gdy przekonałem się, że ani żółtko, ani białko nie posiada żadnej własności antytoksycznej w stosunku do toksyny błoniczej, rozpocząłem uodpornianie wszystkich czterech kur za pomocą przedwstępnego zastrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej. W ciągu 4 tygodni zastrzykiwałem im pod skórę co 4 dni po kilka centymetrów sześciennych surowicy przeciwbłoniczej, nie zawierającej karbolu, [o sile 300 jednostek w jednym centymetrze sześciennym], tak, iż przez cały czas tego przedwstępnego uodporniania każda kura dostała od 30 do 50 cent. sz. surowicy. Nie wszystkie kury otrzymywały za każdym razem jednakową ilość antytoksyny: zależało to od tego, w jaki sposób reagowały.

Chociaż zastrzykiwania nie wpływały na nie ujemnie, jaja zaś znosiły one regularnie co 2-i — 3-i dzień, jednak, widząc, iż tracą na wadze, bałem się przystąpić bezpośrednio do uodporniania ich toksyną. Dlatego też trzy kury pozostawiłem w spokoju do 10 maja do poprawienia się, czwartą zaś uodporniałem w dalszym ciągu biernie, zastrzykując samą tylko surowicę przeciwbłoniczą. Niestety kura ta, otrzymawszy za jednym razem dawkę 15 ctm. [sz. surowicy, przestała nieść jaja. W ten sposób pozostało mi badać jajo, zniesione po 10-iu tylko centymetrach sześciennych surowicy [o sile 300 jedn.]. Szukałem zawartej w niem antytoksyny i ku wielkiemu memu zdumieniu znalazłem, iż włas-

ności antytoksyczne posiadało tylko żółtko, natomiast białko nie zawierało wcale antytoksyny.

Ściśle przeprowadzone określenie ilości antytoksyny, zawartej w żółtku, wykazało, że 0,4 cent. sz. tejże zupełnie neutralizuje dziesięciokrotną najmniejszą śmiertelną ilość toksyny, czyli że 1 cent. sz. żółtka zawiera 0,25 jedn. antytoksyny.

Wynik podobny dodał mi otuchy. 10-go maja zastrzyknęłam po raz pierwszy pozostałym trzem kurom czystą toksynę błoniczą [bez karbolu] w ilości 0,01 ctm. sz. Po 10 dniach powtórzyłam to, a ponieważ kury, jak zdawało się, nie reagowały zbyt silnie, zwiększyłam dawkę pięciokrotnie, to jest zastrzyknęłam każdej 0,05 tej samej toksyny. I to zastrzykiwanie przeszło szczęśliwie, chociaż jedna kura przestała nieść jaja. Wobec tego następną dawkę podwoiłam tylko, to jest zastrzyknęłam po 0,1 ctm. sz. toksyny. A jednak ku wielkiemu memu zmartwieniu jedna z kur, ta właśnie, co przestała nieść jaja po przedostatniej dawce, zdechła, gdy tymczasem dwie pozostałe niosły dalej. Przykre doświadczenie zmusiło mię do wyrzeczenia się pierwotnego zamiaru — uodporniania li tylko toksyną; zastrzykiwałam więc w dalszym ciągu obu pozostałym kurom jednocześnie, lecz oddzielnie, surowicę przeciwbłoniczą i toksynę błoniczą. Zmieniając sposób uodporniania, zwróciłem jednocześnie uwagę na polepszenie warunków higienicznych: z widnej piwnicy, w której dotąd przebywały moje kury, przeniósłem je na otwarte powietrze w miejsce oparkanione wewnątrz parku ¹⁾.

Za radą Dyrektora Cesarskiego Towarzystwa hodowli ptaków, pana W. K. DERR'a, zmieniłem rodzaj pożywienia i zacząłem dawać mym kurom, prócz owsa i siemienia lnianego, codziennie trochę suszonego mięsa w małych kawałkach i jaja mrówcze, otrzymane dzięki uprzejmości wspomnianego p. Dyrektora. W tych warunkach obydwie kury w czasie od 1-go czerwca do 26-go lipca dostały 6 nowych iniekcji toksyny i doszły do dawki 2,5 cent. sz. na jeden raz. Przez ten czas aż do 4-go sierpnia wyłącznie zniosły one 42 jajka, które posłużyły mi właśnie do badań. Rozdzieliłem je na 4 części: jedną część użyłem do wykrycia obecności i określenia siły antytoksyny, w nich zawartej, drugą—do określenia, w jaki sposób wpływają na antytoksynę enzymy, które się wytwarzają przy wysiadywaniu jaj, trzecią—do wylęgania kurcząt, czwartą—do zbadania, w której części żółtka [twórczej, czy też odżywczej] znajduje się antytoksyna i które z ciał białkowych żółtka posiada własności antytoksyczne. Do wykazania obecności antytoksyny w jajach i określenia jej siły wziąłem jaja, zniesione przed otrzymaniem przez kury dawki toksyny w ilości 1,5 cent. sz. Badania nad temi jajami wykazały, iż jaja z 8-go i 9-go maja, to jest zniesione po przerwaniu przedwstępnego uodporniania biernego, a przed rozpoczęciem uodporniania czynnego [za pomocą toksyny], nie zawierały anty-

¹⁾ Doświadczenia były wykonane w Instytucie Medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

toksyny ani w żółtku, ani też w białku, tak samo, jak jaja z 18-go i 20-go marca, zmiesione jeszcze przed nadpornianiem biernem. Maksymalna ilość białka, jaką brałem do mieszania z toksyną [dziesięciokrotną śmiertelną dawką] wynosiła 6 centymetrów sześciennych, a maksymalna ilość żółtka — 2 ctm. sz. Większych ilości nie brałem, ponieważ one same przez się są jadowitemi dla świnek morskich. Zbadałem 18 jaj: 13 z okresu przed otrzymaniem przez kurę 1,5 cent. sz. toksyny, 5 zaś z okresu po wszyknięciu ostatniem [2,5 cent. sz.]. We wszystkich zbadanych przeze mnie jajach znajdowałem antytoksynę tylko w żółtku; w białku natomiast ani razu nie udało mi się wykryć nawet śladu antytoksyny.

[Białko kurze składa się głównie z albuminy, globulina zaś stanowi w niem tylko 6,7 % wszystkich ciał białkowych. Ponieważ własności antytoksyczne posiada tylko ta ostatnia (*globulina*), można więc było przypuszczać, że trudno będzie wykazać antytoksynę w białku kurzem ze względu na małą zawartość w nim globuliny i stosunkowo znaczną jadowitość albuminy, co nie pozwala zastrzykiwać pod skórę znaczniejszych ilości białka kurzego. Dla tego też za pomocą siarczanu magnezu strąciłem globulinę w białku 6-iu jaj kur uodpornionych, osad skłóciłem z wodą i za pomocą dyalizatora oddzieliłem sole. W zawartości dyalizatora, tak w tej globulinie, która wypadła po uprzedniem rozpuszczeniu w roztworze soli kuchennej, jak i w tej, która pozostała w roztworze dyalizy, szukałem antytoksyny, lecz i w tym wypadku bezowocnie. Godnem jest uwagi, że białko kurze, które służy wyłącznie za materyał odżywczy dla płodu, nie zawiera antytoksyny, tak samo jak i substancje, które płód otrzymuje za pośrednictwem łożyska].

Ilość antytoksyny, wykrytej przeze mnie w żółtku, wahała się między 0,1 a jednostką, zależnie od tego, z jakiego okresu uodpornienia było jajo.

Aby określić wpływ fermentów, tworzących się podczas wysiadywania jaja, na antytoksynę [zawartą w żółtku], włożyłem do termostatu przy 37° jedno jajo z pierwszego okresu [przed otrzymaniem przez kurę 1,5 ctm. sz. toksyny], a następnie 3 jaja z trzeciego okresu [po otrzymaniu przez kurę 2,5 ctm. sz. toksyny]. Po 10 dniach otworzyłem skorupę pierwszego jaja i znalazłem w niej płód ptasi wagi około 2 gram. Za pomocą pipetki wyssałem część żółtka i białka, wyjąłem następnie płód, obmyłem wodą, rozdrobiłem go w moździerzu po dodaniu 2 ctm. sz. roztworu fizyologicznego soli kuchennej i w małej prasce zrobiłem z niego wyciąg. Wyciąg ten, po zmieszaniu z dziesięciokrotną ilością toksyny, zastrzyknąłem pod skórę śwince morskiej, ważącej około 250 gram. Piątego dnia świnka zdechła. Wynika ztąd, że płód zawierał antytoksynę, która zneutralizowała znaczną część toksyny, gdyż w razie przeciwnym świnka powinna była zdechnąć już w ciągu pierwszej doby. Badanie żółtka wykazało, iż 0,5 ctm. sz. neutralizowało dziesięciokrotną najmniejszą ilość toksyny, t. j. że żółtko w każdym centymetrze sześciennym zawierało 0,2 jednostki antytoksyny.

Co się tyczy białka, to okazało się, iż świnka, ważąca 310 gramów, po otrzymaniu mieszaniny z 2 centymetrów sz. białka i 10 śmiertelnych dawek toksyny, pozostała przy życiu, chociaż reakcja miejscowa wystąpiła dość silnie. Opisanie tu przeze mnie doświadczenie dowodzi, że 1-o antytoksyna, znajdująca się w żółtku, nie ginie od działania fermentów, że 2-o wskutek dy-

fuzyi, która zachodzi między żółtkiem a białkiem, część antytoksyny przechodzi do białka i że 3 o antytoksyna żółtka przechodzi do płodu. Wspomniałem wyżej, iż celem powtórzenia tego doświadczenia włożyłem do termostatu 3 jaja z trzeciego okresu, aby co tydzień otwierać jedno jajo do zbadania, lecz niestety, jaja, jak się okazało, nie były zapłodnione i doświadczenie spełzło na niczem.

Do zbadania kwestyi, czy kurczęta, które dopiero co wykluły się z jaj, zawierających antytoksynę, również ją zawierają i gdzie ona się w nich znajduje, przeznaczyłem 18 jaj z drugiego okresu, to jest, gdy kury, które je zniosły, posiadały największą odporność [dawki od 1,5 do 2,5 ctm. sz. toksyny na raz]. Na jaja te posadzono dwie najlepsze kwoki z Cesarskiego Towarzystwa hodowli ptaków. [Uważam tu za swój miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie Dyrektorowi Towarzystwa, panu W. K. DERR'owi za jego uczynność i pomoc]. Z jaj tych wylęgło się wszystkiego 8 kurcząt; wszystkie pozostałe jaja okazały się niezapłodnionemi. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że większość jaj, które nie dały kurcząt, należała do najpóźniejszych chwil uodporniania, to możemy przypuścić, że działały tu te same czynniki, które stanowią przyczynę bezpłodności znacznie uodpornionych samic z rodzaju ssących [np. kłaczy, kóz i suk, uodpornionych przeciw błonicy, oraz krów podczas uodporniania przeciw morowi bydła rogatego]. Z liczby kurcząt tych, jedno zdechło w kilka godzin po wykluciu się, pozostałe zaś siedm użyłem do badań. Czworo kurcząt zbadalem na drugi dzień po wykluciu się: przez dekapitację wypuszczono z nich krew, następnie zdjęto skórę i oddzielono pęcherz żółciowy i kiszki; resztę części rozdrobiono w moździerz, po dodaniu 10 ctm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej [nasyconego chloroformem] i wyciśnięto w maleńkiej prasce.

Ponieważ dwoje kurcząt powstało z jaj jednej kury [białej], dwoje zaś innych z jaj innej [pstrej], i ponieważ ilość krwi, którą otrzymałem z każdego kurczęcia, była bardzo nieznaczna, zmieszałem więc krew dwojga kurcząt, pochodzących z jednej i tej samej matki. Licząc, iż znajdę w niej tylko niewielką ilość antytoksyny, zmieszałem całą tę krew z dziesięciokrotną śmiertelną dawką toksyny i zastrzyknąłem te mieszanki dwom świnkom morskim pod skórę celem wykazania w nich obecności antytoksyny. Nacieczenie nie powstało, a to świadczy bezspornie o obecności antytoksyny błoniczej we krwi świezo wylęgłych kurcząt. Wyciągi, które zostały przygotowane z każdego z 3 kurcząt oddzielnie, zbadano na zawartość w nich antytoksyny. Okazało się, iż zawierały one bardzo niewielką ilość tejże, tak iż wszystkie świnki, które otrzymały mieszanki wyciągów z dziesięciokrotną śmiertelną dawką toksyny, zdechły, chociaż koniec nastąpił dość późno, szczególnie po daniu mieszanki z wyciągiem kurcząt po pstrej kurze [w jednym przypadku nastąpił dopiero 6-go dnia]. Fakt ten wykazuje, że antytoksyna zbiera się wyłącznie w surowicy krwi i każe przypuszczać, iż różnica w ilościach antytoksyny, którą wykryto w wyciągach i która wykazała się przez krótsze lub dłuższe pozostawanie przy życiu świnek, służących do doświadczeń, powinna być objaśnianą przez mniej albo więcej zupełne usunięcie krwi przy dekapitacji.

Troje innych kurcząt, wylęglých z jaj, na których siedziała druga kokoszka, były zbadane 6-go dnia po przyjsciu na świat. Dwoje było po białej kurze, jedno po pstrej. Dwoje kurcząt, po jednym z każdej matki, zabito za pomocą dekapitacyi, krew zaś zebrano. Ponieważ w ciągu owych sześciu dni kurczęta podrosły, to otrzymałem z nich tyle krwi, że już mogłem zebrać surowicę i użyć jej do trzech określeń siły antytoksyny. Mogłem w ten sposób już orientować się w ilościach tej ostatniej.

Krew zebrałem w płaskich miseczkach, aby nie tracić jej od ruchów drgawkowych, występujących podczas wypuszczania; nie chcąc zaś, aby schła, gdy znajduje się podczas oddzielania surowicy w naczyniu z dużą powierzchnią parującą, wstawiłem te małe miseczki w dużą miskę płaską, do której nalałem wody chloformowej i nakryłem to wszystko kołpakiem. Po sześciu godzinach surowica odstąpiła się; wtedy wyssałem ją ostrożnie za pomocą pipety i tym sposobem otrzymałem z każdego kurczęcia blisko 2 centymetry sześciennie zupełnie czystej, słabo opalizującej surowicy. Po odmierzeniu 1, 0,5, 0,2, 0,1 cent. sz. surowicy kurczęcia po białej kurze, zmieszałem każdą odmierzoną porcyę z dziesięciokrotną najmniejszą śmiertelną ilością toksyny [dla świnki 250 gramowej] i otrzymane mieszanki zastrzyknałem świnkom morskim, z których każda ważyła koło 250 grm. Świnki, które otrzymały mieszanki, zawierające 1 i 0,5 ctm. sz. surowicy, pozostały bez nacieczenia; natomiast świnki, które otrzymały 0,2 ctm. sz. surowicy, miały niewielkie nacieczenia w miejscu zastrzykiwania, świnka zaś, której dano 0,1 ctm. sz. surowicy, padła 4-go dnia. Przekonaliśmy się w ten sposób, że siła surowicy kurczęcia po białej kurze była nieco mniejsza, niż 0,2 i nie większa niż 0,5 normalnej jednostki antytoksyny.

[D. n.]

Z ODDZIAŁU DRA MED. ANT. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

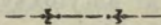
II. W KWESTYI PATOGENEZY ŚWIERZBIĄCZKI

(*Prurigo*).

Podał

Dr. Robert Bernhardt,

lekarz szpitala ś-go Łazarza w Warszawie.



W ostatnich czasach spostrzegalem przypadek świerzbiączki (*prurigo*), zasługujący na szczególną uwagę z tego względu, iż rzuca promyk światła na wciąż jeszcze zagadkową patogenę tego cierpienia.

Dawid Lejb Ch... 21 lat liczący, nauczyciel szkółki żydowskiej, zapisał się do oddziału dnia 5 II, 1901, z powodu swędzącej wysypki, umiejscowionej na kończynach. (Księgi głównej № 690).

Ojciec pacjenta umarł na tyfus (brzuszny?), matka cierpi na reumatyzm. Z 10-garodzeństwa pięcioro umarło (przyczyn śmierci matka określić nie umie), reszta cieszy się dobrem zdrowiem. Nikt też z rodzeństwa nie jest dotknięty taką wysypką, jaką ma nasz pacjent.

W drugim roku życia (5 kwartałów) Ch. nagle zachorował: ciepłota była znacznie podniesiona, stan ogólny—dosyć ciężki. Gdy objawy ogólne mijały, zauważono porażenie kończyny górnej prawej [widocznie ostre porażenie dziecięce]. Ruchomość w tej kończynie już nie powróciła; przeciwnie—z biegiem czasu rozwijał się coraz znaczniejszy zanik i osłabienie mięśni. Pod koniec drugiego lub w początkach trzeciego roku życia poczęły się tworzyć „jakieś strupy“ na uwłosiowej skórze głowy (*favus*); wówczas też obrzmiały gruczoły chłonne podżuchwowe i szyjowe. Do leczenia strupienia zabrano się dopiero w sześć lat później, i w tym też czasie, t. j. w 8 roku życia wystąpiła po raz pierwszy ta swędząca wysypka, na którą pacjent dotychczas cierpi. Wysypka nigdy zupełnie nie zniknęła, choć w lecie zwykle zmniejszała się, jak również i swędzenie; zimą jednak zawsze następowało bardzo znaczne nasilenie i wówczas swędzenie sięgało najwyższego stopnia. Pacjent kilkakrotnie cierpiał na bardzo silne i uporczywe bóle głowy, które trwały po kilka tygodni i niezmiernie go wyczerpywały.

Stan obecny jest następujący:

Mężczyzna wzrostu średniego, odżywiania dobrego. Budowa ciała uległa pewnym zmianom w zależności od wyż. wzmiankowanego porażenia prawej kończyny górnej. Prawa połowa klatki piersiowej jest węższa niż lewa. Skrzywienie boczne kręgosłupa na prawo. Prawa łopatka węższa i krótsza od lewej; długość jej wynosi 11,5 ctm., zaś lewej 14 ctm. Prawa kończyna górna jest niemal zupełnie bezwładna, bardzo ścięńczona i widocznie krótsza od lewej.

Na skórze widzimy wysypkę, która się mieści tylko na kończynach: na lewej górnej i symetrycznie na obu dolnych. Zajęte są wyłącznie powierzchnie wyprostne kończyny górnej i przednio-zewnętrzne kończyn dolnych, przy czem skóra goleni jest więcej zmieniona niż skóra uda, zaś znowu przedramienia—znaczniej niż ramienia. W pomienionych miejscach skóra jest daleko ciemniej zabarwiona niż normalnie, znacznie zgrubiała i twarda, a jej powierzchnia jest sucha i nieco się łuszczy. Na tej zgrubiałej skórze znajdują się liczne grudki dosięgające wielkości soczewicy, barwy od blado-różowej do różowoczerwonej, dosyć twarde; na wierzchołkach większości grudek można zauważyć małe krwawe strupki. Obok tych guziczków widać kilka małych czyraków, znaczną ilość liszajców (*impetigines*) w różnych okresach rozwoju, a prócz tego liczne ekskoriacje linijne [skutki drapania].

W przeciwieństwie do powierzchni wyprostnych, skóra powierzchni przedniej kończyny górnej lewej i powierzchni tylnych kończyn dolnych jest zupełnie normalna; na goleniach tylko widać tu i owdzie kilka oddzielnych grudek.

Co się tyczy kończyny górnej prawej, to tę wysypka zupełnie ominęła, a jak zaświadcza pacjent i jego matka, w ciągu całego trwania choroby wysypki nigdy nie było na kończynie porażonej. Nadto zauważę, iż skóra tej kończyny znajduje się poniekąd w stanie zaniku: jest ona delikatna, cienka, miękka i jakby mniej elastyczna.

Na tułowiu i twarzy skóra nie uległa żadnym zmianom. Na głowie, w okolicy czołowej, a także na wierzchołku włosy są miejscami bardzo rzadkie, miejscami zaś skóra zupełnie wyłysiała i posiada wszelkie cechy blizny zanikowej (*favus abactus*).

Opisana wysypka powoduje bardzo silne swędzenie, które dokucza choremu zwłaszcza w nocy. Pacjent jednak zwraca uwagę na to, że swędzenie występuje tylko w kończynach dolnych i w lewej górnej, w kończynie zaś porażonej [prawej górnej] swędzenia nigdy nie odczuwa.

Blony śluzowe niezmienione. Gruczoły chłonne pachwinowe, a zwłaszcza udowe są z obu stron powiększone w stopniu bardzo znacznym; te ostatnie, razem wzięte, tworzą guz, wielkości jaja gęsiego. Również powiększone są gruczoły pachowe i łokciowe lewe, podczas gdy prawe pozostały niezmiennymi.

Ze strony narządów wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Mocz przezroczysty, ciężar właściwy 1,013, oddziaływanie kwaśne, białka i cukru nie zawiera. Mocznik w ilości 20,4 g. na dobę; fosforany opadają bardzo obficie.

Badanie układu nerwowego, łaskawie dokonane przez dra W. GAJKIEWICZA, wykazało: Prawa kończyna górna jest krótsza od lewej, a jej mięśnie znajdują się w stanie daleko posuniętego zaniku. Obwód ramienia prawego [15 ctm. od wyrostka kruczego] 14,5, a lewego 24,5 ctm. Ruchy w stawach omawianej kończyny są bardzo ograniczone, jednak do pewnego stopnia możliwe. Nadwichnienie stawu barkowego prawego. Skurczenie (*contractura*) w stawie łokciowym prawym. Długość ramienia prawego 31 ctm., przedramienia 25 ctm., ręki — 13,5 ctm. = 69,5 ctm., zaś lewej kończyny górnej (33,5 — 26,5 — 14,5) = 74,5 ctm. Mięśnie piersiowe prawe uległy znacznemu zanikowi.

Czucie skórne w kończynie górnej prawej, jak również w innych miejscach ciała jest wszędzie dobrze zachowane i zupełnie prawidłowe. Dotykanie, ból i ciepłotę chory odczuwa wszędzie jednakowo.

Czynność nerwów naczynio-ruchowych kończyny górnej prawej jest zachowana. Pod wpływem ciepła i wezykatoryi następuje rozszerzenie, a pod wpływem zimna — skurcz naczyń takiegoż natężenia, jak w innych miejscach ciała. Przy podrażnieniu mechanicznym [za pomocą pióra lub paznogcia] powstaje także smuga czerwona, jak gdzieindziej; wydaje się ona jakby cokolwiek bledszą, niż na kończynie zdrowej.

Odruch łokciowy prawy jest zniesiony; pobudliwości mechaniczne mięśni kończyny górnej prawej również niema. Odruchy innych kończyn są zachowane i prawidłowe: odruch rzepekowy — nieco wzmożony.

Na prąd faradyczny nie działają: mięśnie piersiowe, naramienny prawy, trójgłowy ramienia prawego i wogóle wszystkie mięśnie barku i ramienia prawego, a także mięśnie wyprostne napięstka prawego (*m.m. extensores carpi*). Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni kończyny górnej lewej i kończyn dolnych jest zupełnie prawidłowa. Oddawanie moczu i kału odbywa się normalnie. Nerwy czaszkowe—bez zmian. Dno oka normalne; źrenice prawidłowo oddziałują na światło. Świadomość zupełna. Inteligencya słaba.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznano świerzbiączkę (*prurigo*) i porażenie prawej kończyny górnej, spowodowane przebytem w wieku dziecięcym zapaleniem rogów przednich rdzenia [ostre porażenie dziecięce]. Co jednak przedewszystkiem zwraca na się uwagę i nadaje spostrzeganemu przypadkowi cechę odrębności, to ta okoliczność, iż świerzbiączka, która wystąpiła dopiero w kilka lat po porażeniu, zupełnie oszczędziła dotkniętą bezwładem kończynę. Jakie wnioski można wyprowadzić z tej obserwacji i jak je zastosować do pojmwania jeszcze zagadkowej patogenezy w mowie będącego cierpienia? Na te pytania postaram się odpowiedzieć po uprzednim treściwym rozpatrzeniu obecnego stanu nauki o świerzbiączce.

Swędzenie i charakterystyczne grudki na skórze należą do nierozłączalnych, nierozdzielnych objawów świerzbiączki. Tego nikt nigdy nie poddawał w wątpliwość,—rozchodziło się tylko o to, który z tych objawów uważać za pierwotny, za przyczynowy. W mistrzowskim swym opisie FERDYNAD HERBRA (1) wskazuje na ten fakt, że pierwszym objawem świerzbiączki są grudki, swędzenie zaś występuje wtórnie i tylko w tych miejscach, gdzie już zjawily się zmiany anatomiczne; zależy zaś ono od spowodowanego przez powstanie grudek podrażnienia nerwów czuciowych. To też wystarczy, jego zdaniem, usunięcie grudek przez odpowiednie leczenie, aby ustało i swędzenie. Aliści CAZENAVE (2) oświetlił tę sprawę zupełnie inaczej. Według niego świerzbiączka jest nerwicą; naczulność nerwów skóry jest zjawiskiem pierwotnem; ona to powoduje swędzenie, podczas gdy grudki powstają dopiero wtórnie — skutek drapania. Te dwa wręcz przeciwne poglądy, które utrzymały się po dzień dzisiejszy, dały impuls do całego szeregu prac, mających na celu rozwiązanie spornej kwestyi. Pogląd CAZENAV'a znalazł żywe poparcie zwłaszcza wśród autorów francuskich, a po doświadczeniach JACQUET'a (3) oparł się nawet na więcej obiektywnym gruncie. Przy niektórych wysypkach pochodzenia naczynio-ruchowego JACQUET owijał jedną z kończyn grubą warstwą waty, usuwając w taki sposób możność drapania się. Przy takich warunkach zmiany na skórze szybko znikaly, podczas gdy swędzenie trwało w dalszym ciągu; wystarczyło jednak zdjąć na jakiś czas opatrunek, a pod wpływem ciągłego drapania wysypka niebawem powracała. Obserwacja ta, pozornie przemawiająca na korzyść teorii CAZENAV'a, nawet upoważniła JACQUET'a do wypowiedzenia znanego aforyzmu, że „ce n'est pas l'élément éruptif qui est prurigineux, c'est le prurit qui est éruptif“. Myśl ta w zastosowaniu do świerzbiączki została też przyjęta, a jednocześnie uzupełniona przez L. BROcq'a (4). W licznych pracach tego badacza, przeważnie poświęconych rehabilitacji „liszajów“ (*lichen*) starych autorów, kwestya świerzbiączki omawiana jest bardzo obszernie. Obok

typowego *prurigo Hebrae* opisuje BROcq dosyć liczne odmiany i postaci poronne tego cierpienia, z każdej jednak strony wyziera myśl o pochodzeniu nerwowem świerzbiączki. Jego zdaniem, omawiane cierpienie należy do t. zw. *névrodermite cutané* i winno być zaliczone do nerwic skóry; swędzenie zatem ma być pierwszym objawem, zmiany zaś na skórze powstają dopiero wtórnie wskutek drażnienia mechanicznego—drapania etc. BROcq jednak wyraźnie zaznacza, iż samo drażnienie jeszcze nie wystarcza do wywołania zmian skórnych; aby te powstać mogły, niezbędnem jest usposobienie indywidualne, odziedziczone lub nabyte, od którego dopiero zależeć będzie, czy w danym przypadku rozwinię się świerzbiączka lub pokrzywka, *lichen ruber*, *dermatitis herpetiformis Duhringi* i t. d. Pogląd taki w zupełności podziela VIDAL (5), który usposobienie limfatyczne uważa za moment sprzyjający powstawaniu świerzbiączki. Do zwolenników teorii VIDAL—BROcq—JACQUET'a należą też BESNIER (6), HALLOPEAU (7), EHLERS (8), BONFIGLI (9) i in. TOMMASOLI (10) również sądzi, że swędzenie jest objawem pierwotnym.

W przeciwieństwie do szkoły francuskiej, wiedeńska, niemiecka, a po części i amerykańska, trzymają się przeważnie poglądu FERDYNANDA HEBRY, że tylko wymienię KAPOSÍ'ego (11), NEUMANN'a (12), JARISCH'a (13), RIEHL'a (14), CASPARY'ego (15), JADASSOHN'a (16), JAMES C. WHITE'a (17), JANOVSKY'ego (18), i in. Nie zbywa jednak i na zdaniach odmiennych. Tak AUSPITZ (19) uważa świerzbiączkę za samoistną nerwicę czuciową, połączoną z pewnego rodzaju skurczem przewlekłym m. m. *arractorum pilorum*, znajdujących się w stanie przerostu. Przeciwno takiemu skurczowi przemawia jednak okoliczność, iż wysypka przy świerzbiączce bynajmniej nie jest podobna do t. zw. skóry gęsiej, a przerost mięśni znajdowano też w innych cierpieniach; następnie, iż atropina, jak to wykazał CASPARY (l. c.), pozostaje bez wpływu na skurcz, a wreszcie, iż grudki nie zawsze rozwijają się dokoła torebek włosowych (KROMAYER i in.). Pogląd AUSPITZ'a w ogólnych zarysach podziela też HANS HEBRA (20). Sądzi on, że świerzbiączka należy do nerwic czuciowych skóry, że zatem swędzenie jest zjawiskiem pierwotnem; nie uznaje on jednak współistnienia nerwicy ruchowej—skurczu m. m. *arrectorum pil.*

SCHWIMMER (21) zalicza omawiane cierpienie do nerwic troficznych, a to na zasadzie następujących danych. Świerzbiączka, jak wiadomo, poczyna się zwykle od pokrzywki, którą w tym razie cechują niezmierną uporczywość i stopniowe przejście w grudki. Wspomniane własności, zdaniem tego autora, znakomicie wyróżniają tę postać pokrzywki wśród innych, pospolitych i zniewalają do zaliczenia jej do grupy form mieszanych, będących wynikiem współdziałania nerwicy naczynio-ruchowej i troficznej. Oprócz tego, również potwierdzać mają słuszność poglądu SCHWIMMER'a, spostrzegane przy *prurigo ferox*, zaburzenia w odżywianiu skóry.

Teorii naczynio-ruchowej hołdują NEISSER (22), KROMAYER (23), i in. Zmiany patologiczne przy świerzbiączce, zdaniem NEISSER'a, zależą od pierwotnych zaburzeń czynnościowych nerwów naczynio-ruchowych. Wskutek podrażnienia nerwów rozszerzających naczynia, powstaje przekrwienie czynne, które pociąga za sobą wzmocnienie przesiąkania. Sprawa więc jest zupełnie

analogiczna (?) z tą, jaka zachodzi przy pokrzywce, różni się zaś tylko przebiegiem przewlekłym. To też pierwotne wykwity świerzbiączki określa NEISSER, jako drobniutką pokrzywkę, nadmieniając jednak, iż grudki i swędzenie należą do zjawisk jednoczesnych, nierozdzielnych. Świerzbiączka więc, podług tej teorii, zaliczona jest do nerwie skóry, w których zaburzenia, czucia (*paraesthesia*) i zaburzenia naczynio-ruchowe występują jednocześnie.

[D. n.]

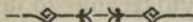
III. PRZYCZYNEK

DO OCENIENIA WARTOŚCI SPOSOBU LECZENIA SUCHOTNIKÓW

W DOMU.

Podał

Stanisław Łagowski.



W № 43 „Gazety Lekarskiej“, z r. 1900, ogłosiłem streszczenie pracy ROSEN'a [z polikliniki prof. MENDELSONN'a w Berlinie] o sposobie leczenia suchotników w domu. W pracy tej autor opiera się na 60 spostrzeganych przypadkach, nie podaje jednak ani jednej historii choroby. Dla tego to, a także wobec żywego zainteresowania, jakie ostatnimi czasy sprawa leczenia gruźlicy wywołała i wśród naszych kół lekarskich, czuję się w prawie podać do wiadomości ogółu, wprawdzie jeden tylko, leczony przeze mnie według wskazówek ROSEN'a, przypadek, ale za to ze szczegółową historią choroby.

Przypadek ten dotyczył młodego, bo zaledwo 20-letniego subiekta z piwiarni, pochodzącego z rodziny zdrowej, nie obciążonej wrodzonym usposobieniem do jakichkolwiek chorób. W dzieciństwie pacjent przeszedł ospę, a w wieku młodocianym, prócz częstych katarów nosa i oskrzeli, miewał kilkakrotne napady osłabienia czynności serca, które się objawiały w nagle występujących i szybko przemijających omdleniach. Warunki, w jakich żył, odpowiadały pewnemu stopniowi dobrobytu mieszczańskiego i nie wymagały żadnych nadzwyczajnych ani fizycznych, ani umysłowych wysiłków. Z innych osobistych danych, które w taki lub inny sposób mogły wpływać na stan zdrowia chorego, zanotować należy nadużycie wysokości; pacjent od 13 r. życia zaczął pić wódkę i piwo, osobliwie to ostatnie, a chociaż nie stał się nałogowym pijakiem, doszedł jednak w tym kierunku, jak na swój wiek, do pewnej perfekcji, gdyż mógł wypijać po 5 i więcej butelek piwa dziennie.

Przed dwoma laty, mając już prawie stały katar oskrzeli z napadami kurczowego i niezmiernie męczącego kaszlu, po parogodzinnej jeździe konno, zbyt niemiernie rozgrzaniu i następnym nagłym ochłodzeniu zewnętrznych powłok ciała, zapadł pod koniec grudnia na lewostronne zapalenie opłucnej, które

wkrótce przeszło i na lewe płuco z charakterem zapalenia krupowego. Gdy po 5-ciu tygodniach trwania choroby w stanie zdrowia pacjenta żadnej nie było poprawy, wezwany na naradę kol. DOBRZYCKI, opierając się na towarzyszących chorobie wybitnych objawach zgęszczenia mięszsu płucnego w szczycie lewego płuca, był już wówczas zdania, że cała ta sprawa rozwija się na tle gruźlicy, tembardziej, że i gorączka miała charakter gorączki trawiającej. Przytem radził zrobić próbne przekłucie, by się przekonać o charakterze wysięku. Przekłucia tego dokonał kol. BRON. SAWICKI i z 2-ch miejsc pomiędzy 5-em a 6-em żebrem na plecach wydobył cuchnącą ropę. A że i oddech był bardzo cuchnący, przyszedł do wniosku, że w danym przypadku mamy do czynienia z ropniem lewego płuca, łączącym się z drogami oddechowymi. Wobec tego zaproponował wycięcie żebra i wypuszczenie ropy. W tym celu chory przewieziony został na klinikę prof. KOSIŃSKIEGO, gdzie przebył prawie dwa tygodnie. Wykonane wówczas kilkakrotne badanie płwociny na laseczniki Косн'а dało wynik ujemny. Prof. KOSIŃSKI przy próbnym przekłuciu, zrobionym poniżej, a mianowicie pomiędzy 6-em a 7-em i 7-em a 8-em żebrem, ropy nie znalazł, sądził więc, że, jeżeli i tu mamy ropień jeden lub kilka, to muszą być one nader ograniczone i leżeć głęboko, dla tego też, mając na względzie ciężki stan zdrowia pacjenta, wyniszczonego już 2 miesiące prawie trwającą gorączką o typie *feb. continua*, nie chciał przystępować do tak poważnej i rzadko wyzdrowieniem się kończącej pneumotomii i kazał go zabrać do domu. W parę dni potem chory dostał napadu niezmiernie bolesnego kaszlu, podczas którego wypuł ogromne ilości śluzowo-ropnej cuchnącej plwociny. Napady takie powtórzyły się jeszcze razy kilka, poczem gorączka z typu *fb. continua* przeszła w typ *fb. remittens* i nareszcie, po 3-ch z górą miesiącach, licząc od początku choroby, ustąpiła zupełnie, a wtedy pacjent szybko zaczął powracać do zdrowia, wziął się do dawnych swych zajęć i w ciągu całego 1½-rocznego okresu czasu czuł się znakomicie, chociaż pić nie przestał.

W połowie września r. b. po spędzeniu nocy na tańcach zapadł na zdrowiu na nowo. Pojawiły się dreszcze, gorączka, kłucie w lewym boku i kaszel. Badanie wykazało:

Chory wzrostu prawie wysokiego [178 ctm.], silnej budowy, wybornie odżywiony [waga ciała 180 fnt.]. Klatka piersiowa długa i wązka, okolica podobojezykowa lewa nieco zakłębnięta. Odgłos w wierzchołku lewego płuca stłumiony, oddech na przestrzeni około 3-ch cali kw. oskrzelowy, a w całym lewym płucu nieokreślony, głos w szczycie oskrzelowy (*bronchophonia*), w całym płucu wzmocniony, nadto gdzie niegdzie rżenia. Na przestrzeni prawego płuca odgłos jasny, oddech pęcherzykowy zaostrozony, głos prawidłowy. Kaszel częsty, lecz mały, przyczem chory z trudnością odkasłuje nie wielkie ilości czysto-śluzowej plwociny. Badanie na laseczniki Косн'а tym razem nie było dokonane. Stan gardzieli, jako też i stan oddychania nosem prawidłowe. Granice serca zwykłe, tony czyste i jasne, *arhythmia*. Ciepłota rano 37°, wieczorem 38,7°. Tętno pełne, 90 uderzeń na minutę. Częstość oddechów 30 na minutę. Brzuch miękki, przy uciskaniu podatny, język obłożony, stolec raz na dzień, twardy. Brak łaknienia, nocą obfite poty.

Na podstawie zarówno danych anamnestycznych, jako też i zbioru wyżej opisanych objawów, określiłem chorobę jako suchoty płucne; mając zaś na względzie brak etyologicznych momentów dziedzicznych, wyborne odżywienie i dawniej już wykazany brak w płwocinie laseczników Косн'а, przypuszczałem, iż jest to postać łżejsza, która pozwala na bardziej pomyślne rokowanie.

Ponieważ pacjent nie miał środków na leczenie się w specjalnym zakładzie, więc, idąc za wskazówkami ROSEN'а, postanowiłem urządzić mu z jego własnego mieszkania rodzaj małego sanatorium. Dodać muszę, że chory znajdował się w tych szczęśliwych warunkach, że mógł mieć na swoją osobę jeden pokój i należyłą opiekę.

Pokój ów, z którego kazałem powynosić część sprzętów, zawierał około 60-ciu metr. sz. powietrza, mieścił się na 1-em piętrze, a duże jego okno weneckie wychodziło na południo-wschód. Drzwi od kuchni zostały szczelnie na klucz zamknięte, by do pokoju nie dopuścić pary i śwędū, rodzina komunikowała się przez przyległy pokój. Łóżko ustawiono blisko okien, samo zaś okno wobec pięknego stanu pogody radziłem i dniem i nocą trzymać otwarte; w ten sposób osiągałem odpowiednią wentylację powietrza pokojowego, a codzienne wycieranie mokrą ścierką podłogi zapewniało dostateczny stopień jego wilgoci.

Choremu, ubranemu w jedną tylko rozpiętą bawełnianą koszulę, zaleciłem leżeć w łóżku pod przykryciem lekkiej a cieplej wełnianej kołdry, o ile można spokojnie, t. j. z wyłączeniem jakiegokolwiek czynności umysłowej, nawet rozmowy. Zrana tylko przepisane były wycierania całego ciała zimną wodą. Przepisy co do liczby godzin snu, spoczynku, ruchu, ilości i jakości pożywienia, środków aptecznych codziennie były modyfikowane stosownie do takich lub innych zmian, zachodzących w stanie zdrowia chorego. Przepisy te na każdy dzień były ujęte w pewien określony schemat z pytaniami, na które pacjent obowiązany był piśmienne dawać odpowiedzi. Dla przykładu przytaczam w tem miejscu schemat z dnia jednego. [Patrz str. 384.]

Badanie dokonywane było raz na tydzień. W ciągu pierwszego tygodnia, licząc od dnia 14. IX. do 25. IX. włącznie, ciepłota trzymała się stale prawie na jednej wysokości, a mianowicie w godzinach rannych była 37,5° do 38,2°, w wieczornych 38,3° do 39°, przytem czasami wstrząsające dreszcze. W tym tygodniu zabroniłem choremu jakiegokolwiek ruchu, a całemi dniami obowiązany był spoczywać w łóżku pod ciepłym przykryciem. Gdy raz jeden przełamał ten zakaz, ubrał się i na ½ godziny wyszedł na powietrze, ciepłota po powrocie z przechadzki podniosła się do 40,3°, nastąpił napad bolesnego kaszlu, podczas którego pacjent wypluł ogromne ilości śluzowo-ropnej, z łatwością opadającej na dno szklanki i cuchnącej płwociny. Gorączce towarzyszył wybitny brak łaknienia tak, że chory żywił się dziennie zaledwo 3-ma szklankami mleka, szklanką kleiku owsianego i szklanką herbaty. Skóra i błony śluzowe pobladły, obfite poty spostrzegać można było nie tylko w nocy, ale i w dzień, ile tylko razy chory zasnął. Spał zaś na dobę do 13-tu godzin. Stolce przez cały tydzień bywały raz na dobę, gęstawe. Podczas badania dnia

Dnia 10. X. Schemat, wypełniony przez chorego.

Godziny	Sen czuwanie	Ruch, spo- czynek, zaję- cia fizyczne	Pozostawa- nie w pokoju, na powietrzu, stan pogody	Rozmowa, wizyty, zaję- cia umyślo- we	Jedzenie i picie według masy i wagi	Temperatura	Środki apteczne
7— 8	Cz.	Spoczynek			$\frac{3}{4}$ funt. kotlet wieprzowy z 8 kar ofami, szklanka herbaty i bułka z masłem	36,7	
8— 9	Cz.	Ruch	W pokoju				
9—10	Cz.	Ruch	W pokoju i sklepie				
10—11	Cz.	Spoczynek			Talerz czerniny z klus- kami		
11—12	Cz.	Spoczynek					
12— 1	Cz.	Ruch	Na powietrzu dzień, chłodny, pogodny i jasny		$\frac{1}{2}$ funta sztuki mięsa z ogórkiem, talerz krupni- ku, kieliszek koniaku, szklanka piwa		
1— 2	S.	Spoczynek					
2— 3	S.	—					
3— 4	S.	—					
4— 5	Cz.	—		Wizyta	$\frac{1}{4}$ funta śliwek, 2 szklan- ki piwa		
5— 6	Cz.	—					
6— 7	Cz.	—			$\frac{3}{4}$ funta befsztyku z 5-ma kartoflami, 2 szklanki her- baty, 2 kawałki chleba z masłem		
7— 8	Cz.	Siedzenie		Czytanie gazet		36,9	
8— 9	Cz.	Spoczynek					
9—10	Cz.	—					
10— 7	S.	—					

Schemat, wypełniony przeze mnie.

	Godz.		Godz.		Godz.		Godz.	
Sen	12	Spoczynek	21	Pozostawa- nie w pokoju	23	Spokój umy- słowy		
Czuwanie	12	Ruch	3	Pozostawa- nie na po- trze	1	Zajęcia umy- słowe	2	
Przyjmo- wanie po- żywienia	Mięso $\frac{13}{4}$ funta	Jajka — —	Kartofle i warzywa, k. szt. 13, ogórek 1, śliwek $\frac{1}{4}$ funta	Chleb, bułki dzien. $\frac{1}{4}$ funta	Tłuszcz masło etc., 6 łutów	Mąka, Cukier Zupa, czerniny talerz	Mleko — — —	Wy- skok i inne napoje (woda sodo- wa), kieli- szek, piwa 3 szklan- ki 3 szklanki herbaty, $\frac{1}{2}$ syfona wody selcerskiej
				Zmiany i wa- ga	ciała: 17 $\frac{1}{4}$	funt y		

26. IX. znalazłem: waga ciała 170 fnt., a więc w ciągu tygodnia spadła o 10 fnt., w płucach stan bez zmiany, tylko w lewym płucu rżenia stały się o wiele liczniejsze i zajęły większą przestrzeń.

W ciągu 2-go tygodnia od 26. IX. do 2. X. ciepłota ciała pozostawała ta sama; ostatni dzień jej wzniesienia przypadł na 1. X. i wówczas zrana mieliśmy 38°, wieczorem 38,5°. Sen dobry [11—13 godz. na dobę], poty po dawnemu. Stolce raz na dobę. Apetyt trochę się poprawił; prócz mleka, kleiku i herbaty chory zaczął jeść i mięso wołowe skrobane w postaci $\frac{1}{4}$ funt. kotletów po jednym lub dwa dziennie. Dnia 3. X. znalazłem: waga ciała 170 funt., w płucach rżenia zniknęły.

Trzeci tydzień od 2. X. do 9. X. upłynął bez gorączki [ciepłota zrana 36° do 36,7°, wieczorem 36,5° do 37°]. Łaknienie znacznie się zwiększyło. W przepisach co do pożywienia uważałem za stosowne trzymać się zasady, by pacjent spożywał pokarm mieszany co do ilości i jakości, mniej więcej taki, jaki spożywali i inni zdrowi członkowie jego rodziny, wobec jednak wybitnego zwiększenia się łaknienia właściwie spożywał on daleko większe ilości, a mianowicie na dobę około 1½ do 2 funt. mięsa różnego gatunku [wołowe, cielęce, wieprzowe, drób], 3 szklanki mleka, talerz, lub dwa, zupy pożywnej [czerniny, zupy rakowej, pomidorowej i t. d.], jarzyn, chleba i masła dowolni, nadto kieliszek koniaku i 2 do 3 szklanek piwa. Sen w tym tygodniu był również dobry, poty tylko w nocy, kaszel mały, stolce raz na dobę. Chory czuje się o wiele rzeświejszy, to też pozwoliłem mu na ruch jednogodzinny powolny w pokoju, na czytanie gazet lub powieści [1 godz. na dobę] i na przyjmowanie odwiedzających [1 godz.]. Dnia 10. X. waga ciała: 174 funt., w płucach stan bez zmiany.

Czwarty tydzień od 9. X. do 16. X. Ogólny stan, jak w tygodniu poprzednim. Łaknienie i sen zadawałające, poty zmniejszyły się, sił o wiele więcej. Pozwoliłem na 2, później na 3 godz. ruchu, z których 2 w pokoju, a 1, wobec pięknej jeszcze wówczas pogody, na powietrzu. Dnia 17. X. waga ciała: 179 funt., w płucach stan bez zmiany.

Piąty tydzień od 16. X. do 23. X. Ogólny stan bardzo dobry. Nocne poty zniknęły, wygląd trochę się poprawił, a humor stał się weselszy i pewniejszy siebie. Łaknienie i sen wyborne. Pozwoliłem na 4 godz. ruchu, z których 2 w pokoju, 2 na powietrzu. Dnia 24. X. waga ciała: 182 funt. w płucach stan bez zmiany.

Radziłem, by chory jeszcze i nadal choć z miesiąc jeden pędził podobny tryb życia, nie chciał jednak na to się zgodzić, a czując się na siłach, wziął się do swych zajęć. Zaleciłem mu więc tylko, by unikał wszelkich warunków, które mogłyby powodować głębokie ruchy oddechowe, by przynajmniej 12 godzin na dobę zużywał na spoczynek, ubierał się odpowiednio t. j. na gołym ciele nosił tylko jedną lnianą lub bawełnianą koszulę, a za to wierzchnią odzież brał na siebie cieplejszą, a głównie, by zupełnie zaprzestał pić.

Przepisów tych pacjent nie trzymał się wcale, lecz postępował naodwrot, t. j. używał wiele forsownego ruchu, odbywał podróże, nie będąc ciepło ubrany, a głównie spędzał noce przy kufu w zadymionych i zakurzonych salach.

To też dnia 9. XI. po wstrząsającym dreszczu ciepłota ciała podniosła się do 40,5°, pojawił się suchy kaszel, chrypka i poty, a obecnie mamy gorączkę trawiącą o typie *feb. remittens* z rannymi zwolnieniami i wieczornymi nasileniami, dochodzącymi do 40,7°. Waga ciała w dniu zachorowania była 179 funt., a w ciągu tygodnia spadła o 9 funt., dziś bowiem, dnia 17. XI. chory waży 170 funt. W płucach: w szczycie lewego fizykalne dane są te same, poniżej mamy odgłos jasny, oddech pęcherzykowy zaostrzony, głos wzmocniony, a zaczynając od 6-go żebra aż do dolnej granicy płuca, znajdujemy wybitne stłumienie, oddech niesłyszalny, głos oskrzelowy, a więc objawy nowego nacieczenia; w prawym płucu stan bez zmiany. Okazuje się tedy, że i w lżejszych, nie postępujących postaciach gruźlicy tak samo, jak i w wielu innych chorobach na wyzdrowienie możemy liczyć u tych tylko chorych, którzy mają niezłomną chęć wyzdrowienia.

W każdym razie wynik wyżej wymienionego sposobu postępowania, które i teraz stosuję na nowo, był pomyślny, a byłby o wiele pomyślniejszy, gdyby pacjent posiadał oną niezłomną chęć wyzdrowienia, gdyby był wziął się do zajęć wówczas, gdy objawy kataralne znikną doszczętnie, a następnie gdyby był prowadził zalecony tryb życia. Sam sposób postępowania nie jest niczem innym, jak tylko przyjętem w sanatoryach postępowaniem dyetetyczno-hygienicznym, którego główna zasada — to oszczędzanie narządów oddechowych. I, rzeczywiście, spoczynek całego ciała z powolnym i równomiernym oddychaniem, absolutny spokój fizyczny i umysłowy w równym chyba stopniu przyczynia się do otorbienia i zabliznienia ognisk gruźliczych, co i świeże powietrze. Spoczynek ów nadto powoduje jeszcze i mniejsze zużycie, co nie jest bez znaczenia dla przyrostu na wadze ciała.

Co do piśmiennej kontroli, którą ROSEN zaleca w leczeniu suchotników w domu, to o ile wnioskować mogę z jednego przypadku, bardzo się ona chorym podoba i może być niezmiernie pożyteczna, gdyż lekarzowi daje wiele cennych wskazówek, a chorych znowu uczy, jak mają i nadal odpowiednio do celu swe życie urządzić, wymaga jednak pewnego rozgarnięcia umysłowego i dla tego zapewne u wielu naszych chorych z klasy robotniczej zastosować się nie da. A szkoda, bo, choć nie wątpię, że i my w niedługim czasie doczekamy się specjalnych sanatoryów dla suchotników, to jednak wszyscy nie znajdują tam pomieszczenia, a ogromna większość zmuszona będzie leczyć się w domu.

W końcu zaznaczyć muszę, że drobiazgową kontrolą nad urządzeniem mieszkania, jego przewietrzaniem, ogrzewaniem i czystością, dalej nad spaniem, jedzeniem, odzieżą i osobistymi stosunkami chorego pochłania sporo czasu i prawdę powiedział ROSEN, że jeden lekarz wielu tego rodzaju pacjentów jednocześnie mieć w swej opiece nie może. Mimo to, zdaniem mojem, o ile sił mu starczy, nie powinien on im odmawiać swojej pomocy. Gdy bowiem choć część tej tak licznej, niestety, kategorii chorych przez zaprowadzenie w domu postępowania dyetetyczno-hygienicznego odzyska zdrowie i stanie się napowrót zdolna do pracy, to lekarz nie tylko osiągnie zadowolenie moralne, ale i swemu społeczeństwu znaczną wyświadczy przysługę, gdyż, jak twierdzi nasz ekonomista SUPRŃSKI, nie kapitał stanowi bogactwo narodów, nie ziemia i skarby jej

przyrodzone, lecz człowiek, jego praca i wytwórczość, im przeto więcej będziemy mieli uzdolnionych do pracy jednostek, tem większe będzie i bogactwo narodowe kraju.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

37. G. Engelhardt. Przyczynek do nauki o psychozach pooperacyjnych.

PARÉ, chirurg z 16-go wieku, wspomina o możliwości zaburzeń psychicznych przy operacjach [MARLIER]. Pierwszy opis psychozy pooperacyjnej, bardzo podobny z punktu widzenia tegoczesnego do *delirium alcoholicum*, zawdzięczamy DUPUYTREN'owi [1819].

Z biegiem czasu nagromadziło się wiele obserwacji w tym kierunku. Opisywano zaburzenia psychiczne po operacjach ocznych [HERZOG, SICHEL, LAUNE, MAGNE, ZEHENTER, SCHMIDT-RIMPLER, SCHNABEL, FRANKL-HOCHWART it. d.], po operacjach ginekologicznych [COURTY, LOSSEN, ODERBRECHT, BARWELL, FORTON, ILE, POLAILLON, TILBROWN, SAENGER, AHLFELD, POZZI i wielu i innych]; po wycięciu prostnicy i operacji guzów hemoroidalnych [MARTIN], po założeniu sztucznego odbytu [FERRARINI, DEBOVE i RENDU] wreszcie po różnych operacjach, nawet po wyjęciu zęba [MARLIER, LE DENTU, BATAILLE, PLUDER it. d.].

Najczęściej psychozy występują po operacjach ocznych i ginekologicznych. ROHÉ na 196 obserwacji znalazł 65 operacji na narządach płciowych, 35 operacji katarakty.

Częstość psychoz po operacjach ocznych objaśniano pozbawieniem nagłem mózgu jednej z dróg odbierania wrażeń, przez co kontrola nad wrażeniami odbieranymi inną drogą jest utrudniona [stąd źródło halucynacji].

FRANKL-HOCHWART podnosił znacznie ciemności, spokoju absolutnego i odgraniczenia od świata zewnętrznego, jako źródła psychoz.

W kwestyi istoty i etyologii psychoz pooperacyjnych ogłoszono mnóstwo poglądów.

DUPUYTREN oddzielał psychozę tę od innych pod nazwą *delirium nervosum*.

ARLT, LAUNE i inni również oddzielali pojęcie pooperacyjnej psychozy od *delirium alcoholicum*. FESTAL [1877] starał się dowieść identityczności tych dwóch postaci.

SCHNABEL [1880] uważa pooperacyjne psychozy za identityczne z *delirium senile*.

ROSE w swojej monografii: *Delirium tremens i Delirium traumaticum* [1884] występuje przeciw samoistości psychozy *delirium nervosum* w rozumieniu DUPUYTREN'a t. j. jako swoistego, pooperacyjnego cierpienia.

BATAILLE [1887] psychozy w swych obserwacjach uważa za objaw histeryi.

TILBROWN, SAENGER, AHLFELD pooperacyjne psychozy uważają w przeważnej części za przejaw już uprzednio istniejącego cierpienia.

WERTH przeciwnie twierdzi, że zawsze dadzą się wyosobnić przypadki, w których nie da się stwierdzić ani usposobienia do chorób nerwowych, ani uprzedniej psychozy.

LE DENTU [1891] zaznacza różnicę pooperacyjnych psychoz od *delirium tremens*. Zaburzenia te dzieli na psychozy z podnieceniem i depresją. Uważa operację za czynnik wywołujący przy istniejącem cierpieniu psychicznem, nerwowem, przewlekłym alkoholizmie, morfinomanii, zaburzeniach nerek i t. d.

Wreszcie w wielu przypadkach psychozy pooperacyjne należy sprowadzić do zatrucia wessanemi produktami septycznemi [BILLROTH], zawartością kiszek [BUTTLER-SMITHE], jodoformem i t. d.

RÉGIS [1898] uwadniał działanie chloroformu na osłabiony układ nerwowy.

MARANDON de MONTYEL [1899] oddziela psychozy, mające swe źródło w zatruciu organizmu [alkohol, jodoform, septicemia] i szybko przechodzące od tych, które powstają u osób usposobionych do chorób psychicznych i które trwają dłużej. Operację uważa za ostatni powód wywołujący psychozę. Pooperacyjna psychoza może przybierać wszystkie postaci chorób umysłowych.

Częstość zaburzeń takich u kobiet po operacjach ginekologicznych objaśnia się tem, że kobiety wogóle są więcej usposobione do cierpienia umysłowych, przytem u kobiet wykonywane są przeważnie operacje ginekologiczne.

Podług BATIGNE [1898] psychozy częściej się napotyka u osób ze zwiotczalym brzuchem, opuszczoną nerką, rozszerzeniami żołądka i żył, skrzywieniami macicy i cierpieniami, które zależą od pierwotnego cierpienia układu nerwowego.

PLUDER podnosi znaczenie dużych strat krwi, kacheksyi, odruchów [operacje na narządach wzroku i słuchu].

Obecnie panuje w nauce przeważnie zdanie MARANDON de MONTYEL'a, które podziela KRAFFT-EBING, SEELIGMAN, MAURANGE, BATIGNE, FENAYRON i t. d., że operacja może wtedy tylko u dotąd zdrowych psychicznie wywołać psychozę, jeżeli istnieje w danym przypadku dziedziczne lub osobiste nabyte obciążenie. Oczywiście psychozy toksyczne są wyłączone.

Z najnowszych obserwacyi ciekawem jest spostrzeżenie PAGANSTECHE'r'a, gdzie nieznaczne skaleczenie u obciążonego osobnika doprowadziło w 32 godziny do śmierci [?].

Wogóle zarówno przebieg, jak i trwanie i rokowanie w psychozach pooperacyjnych są bardzo rozmaite. Trwanie bywa od paru godzin do paru miesięcy i dłużej, z zejściem w wyzdrowienie, śmierć, lub wtórne zniedołężnienie.

Co do częstości psychoz w stosunku do operacyi, podane są następujące dane:

WERTH na 300 ginekologicznych operacyi widział 6 razy psychozę.

WEISS na 700—7 razy.

DENIS z obserwacyi różnych oblicza 2,5%.

HOWARD-KELLY na 2000 laparotomii obserwował 8 razy psychozę.

SAVAGE przy 483 obustronnych owariotomiach 4 razy znalazł zaburzenia psychiczne.

E. dzieli psychozy pooperacyjne na: 1) zaburzenia dotąd zdrowych psychicznie osób, 2) psychozy u psychicznie chorych. Psychozy pierwszej kategorii mogą się rozwinąć wskutek zatrucia alkoholem, kokainą, morfiną, chloroformem, jadami organizowanemi (*septicaemia*), wskutek cierpienia nerek i kiszek.

Prócz tego drugą grupę przyczyn stanowią: pobudzenie psychiczne, rozpacz, troska, obawa przed operacją, osłabiające krwotoki, bóle silne i t. d.

U kobiet wchodzi tu w grę szczególnie psychicznie momenty przy operacyach na narządach płciowych, przedwczesne *elimacterium*, utrata zdolności i charakteru płciowego i t. d.

Odruchy bólowe i szok psychiczny grają dużą rolę szczególnie u obciążonych osób.

Wogóle widzimy, że obecnie pojawienie się psychoz kooperacyjnych bywa ściśle związane z istnieniem momentów usposabiających.

Złego przebiegu psychozy należy oczekiwać w tych wypadkach, gdzie rezultat operacji uwidacznia się późno, lub gdzie istnieje długotrwałe ropienie i gorączka. Przy takich warunkach psychoza może przejść w *paranoiam secundariam*.

Nie każdy zresztą zabieg chirurgiczny u obciążonych prowadzi do psychozy, przeciwnie, operacja niekiedy może wywrzeć dodatni wpływ na cierpienie umysłowe np. psychozy odruchowe.

U osób, które się do chirurgów zwracają pod wpływem chorobliwych idei, operacja ma zwykle zły wpływ na psychozę.

Przy peryodycznym i cyklicznym obłąkaniu operacja, zdaje się, nie wywołuje napadu.

Podług PICKÉ u maniaków i epileptyków operacja może być powodem wybuchu manii i epilepsji. SEMERLING jest tegoż zdania. BRAUN mniema przeciwnie, przynajmniej co do epilepsji.

Bardzo jest prawdopodobnym, że u paranoików operacja może być powodem obostrzenia się cierpienia umysłowego.

E. podaje opisy siedmiu swych obserwacji. Z pomiędzy pięciu kobiet [2 w *climacterium*, 2 w bardzo podeszłym wieku] jedna uległa melancholii po operacji guza nerki, druga po odjęciu uda popadła w podniecenie z bredzeniem i halucynacjami i następczą apatią, trzecia miała napad podniecenia z halucynacjami, trwający 14 dni po rezeckji kolana, u czwartej wystąpiły ataki epileptyczne [post amputationem mammae] z następczym obłąkaniem zupełnym.

Piąta, silnie dziedzicznie obciążona, miała napad manii jedynie wskutek narkozy.

Z przypadków tych drugi i czwarty zakończyły się niepomyślnem zejściem *in dementia secundariam*.

Obarczenie dziedziczne stwierdził E. u jednej tylko kobiety. W pozostałych przypadkach można było doszukać się innych, wyraźnie usposabiających momentów, z wyjątkiem pierwszego, gdzie etyologia była ciemna.

Z pomiędzy dwóch mężczyzn jeden był silnie obciążony dziedzicznie, hipochondryk [po wycięciu wyrostka robaczkowego—*delirium halucinatorium*, następnie *paranoia*], drugi nie obciążony, lecz silnie wycieńczony przez zapalenie płuc, ropne zapalenie opłucnej, nadużycie alkoholu, zapadł na *delirium acutum*; po pewnym czasie wyzdrowiał.

E. stawia następujące tezy:

1) Kooperacyjne psychozy rozwijają się tylko u osobników usposobionych [dziedziczność, zatrucia przewlekłe, smutek, troski].

2) Wstrząśnieniu wskutek operacji należy przyznać stanowisko momentu, wywołującego psychozę u usposobionych do niej.

3) Są przypadki psychoz kooperacyjnych, których etyologia dotąd pozostała ciemną.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Grudzień. 1900.*) B. Bartkiewicz.

38. Maks Wolff. Rezeckja nerek i jej skutki.

Autor wykonał szereg operacji nerkowych u 35 zwierząt [królików, psów i świnek morskich]. W liczbie tej było 14 rezeckji jednostronnych, 2 dwustronne, 8 rezeckji, połączonych z wyluszczeniem drugiej nerki, 5 obustronnych rozszcpień nerek za pomocą cięcia sekcyjnego, 6 zwykłych wyluszczeń nerki.

Przy swych zabiegach W. używał prostego cięcia lędźwiowego [SIMON]. Po dojściu do nerki, wycinał z jej wypukłego brzegu kliny różnej wielkości w kierunku poprzecznym do osi głównej nerki. Silne krwawienie tamował, niezbyt przyciskając do siebie obie powierzchnie rany nerki z następczem nałożeniem 2—3 głębokich szwów z katgut. Ranę skórną zaszywał szwem piętrowym, bez drenu. Gojenie przeważnie przez rychłozrost.

Operacye na obu nerkach wykonywał W. w różnych odstępach czasu: od 1½ do 7 tygodni. Zwierzęta, użyte do doświadczeń, były zupełnie zdrowe, a nerki ich, jak wykazało badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków, nie przedstawiały żadnych zmian patologicznych.

Zabijano zwierzęta po operacyi w różnych odstępach czasu: od 2 dni do 5—7 tygodni. Niektóre zabito dopiero w 3—4 lata po operacyi.

Stosunkowo bardzo ciężkie zabiegi chirurgiczne, np. wycięcie jednej nerki i rezekcyę ⅓—½ drugiej, zwierzęta znosiły bardzo dobrze.

W ciągu pierwszych dni po operacyi w moczu bywały ślady białka i krwi.

We wszystkich wypadkach po zabiciu zwierzęcia obie nerki były poddane starannemu drobnowidzowemu badaniu.

Wykonanie rezekcyi obustronnej pozwalało na zbadanie sprawy gojenia się nerki w różnych okresach u jednego i tego samego zwierzęcia.

Z badań tych okazało się, że powierzchnie rany skleją się za pomocą krwawego skrzepu. W drugim już dniu po operacyi widać w okolicy, w której była wykonana rezekcyja, zawał nieprawidłowy, czasem klinowy z wyraźnymi zmianami degeneracyjnymi. Po 10—14 dniach zawał ów ulega organizacyi przez wrastającą z brzegów tkankę łączną.

Zmiany regeneracyjne w postaci figur karyokinetycznych można zauważyć na granicy zdrowej tkanki nerki już po upływie 2 dni od operacyi. W pewnej nieznacznej liczbie kanalików może dojść do regeneracyi złuszczonego i uległego nekrozie nabłonka; przeważnie jednak szybko mnożący się nabłonek wypełnia światło kanalików i tworzy z nich pasma masywne komórek. Pasma te ulegają następnie zanikowi, uciśnięte przez kurczącą się młodą tkankę łączną.

W każdym razie zmiany rozrostowe ograniczają się tylko do mnożenia się wewnątrzkanalikowego. Do utworzenia nowych kłębuszków lub nowych kanalików, jak to twierdzili PISENTI, BARTH i PODWYSOCKI, nie dochodzi nigdy.

Nerka, na której wykonano rezekcyę, powiększa się znacznie, jeżeli przytem została wyłuszczonej druga nerka. Powiększanie to zależy od przerostowych zjawisk w komórkach nabłonka kanalików. Na fotogramach, podanych przez W., widać znaczne powiększenie komórek i rozszerzenie światła kanalików.

Proste rozszczepienie nerki, sięgające aż do miedniczki nerkowej goi się również dobrze. Na miejscu cięcia powstaje równa blizna linijna.

Wogóle rezekowana raz, lub wielokrotnie, nerka nie tylko zdolna jest do kompensacyi strat, jakie poniosła przez utratę swego mięszu, lecz w przeważnej liczbie wypadków może zastąpić i drugą nerkę wyłuszczonej.

U ludzi podobnie ciężkich zabiegów, jak wyłuszczenie jednej nerki i rezekcyja ½ drugiej, dotąd nie wykonano.

Są jednak obserwacye, wykazujące, że u ludzi również następuje szybkie gojenie się rany nerki i kompensacyjny przerost pozostałych okolic. Zanim się jednak do takiej rezekcyi u człowieka przystąpi, trzeba być pewnym, że pozostałe części nerki posiadają zdolność do przerostu, na co wpływa w znacznej mierze wiek i stopień odżywiania.

Na zakończenie W. przytacza szereg operacji nerek [częściowych rezekcji] wykonanych u ludzi z powodu ropienia, zranień, przetok moczowych, guzów, torbieli, gruźlicy oraz w celu dyagnostycznym.

W ostatnim dziale zawarte są przypadki, operowane przez BLOCH'a [7] KÜMMEL'a [1], LENANDER'a [1].

Niepewna dyagnoza, często podejrzenie *pyelitidis calculosae, tbc. renis*, i t. d. były tu powodem *nephrotomiae*, połączonej z wycięciem małego kawałka do zbadania. Przeważnie wykrywano *nephritis chronica*; raz nerka okazała się z r o w ą z u p e ł n i e.

(Berlin 1900, str. 82, tablic 20).

Bartkiewicz.

39. R. Fueth. O drenowaniu jamy brzusznej.

Autor, opierając się na szeregu spostrzeżeń własnych, podaje interesujący przyczynek do kwestyi pooperacyjnego drenowania jamy brzusznej w przypadkach powikłanych.

Przy pomocy cięcia brzuszno usunął on u 44-letniej pacjentki zrakowaciałą macicę oraz oba jajowody (*hydrosalpinx*). Po usunięciu macicy wprowadził od góry przez *cavum Douglasi* sączek gruby z gazy jodoformowej do pochwy a ranę brzuszną zaszył na ślepo. Po wydobyciu sączka, przez ranę wypadła do pochwy i aż przed otwór sromowy sieć. Odprowadzono ją do jamy brzusznej i założono nowy tampon do pochwy. Następnego dnia, pomimo ławatywy, wiatry nie odchodziły. Nazajutrz znów gazę zmieniono. Sieć ponownie nie wypadła, lecz stolca nie było po ławatywie; również daremnie dokonano wysokiego wlewania wody i wdmuchiwanie powietrza do odbytnicy w położeniu łokcjo-kolanowem chorej. Nareszcie zastosowano kalomel w dawkach po 3 decygramy co trzy godziny i rozpoczęto przygotowania do operacji wtórnej. Dotychczas stan subiektywny chorej, poza przypadkowymi napadami bólów kurczowych, był zupełnie dobry, bez śladu gorączki; tętno było prawidłowe; przy dyecie ścisłej w przeciągu ostatnich dwóch dni nie było ani wymiotów, ani wzdęcia brzucha, lecz żadną miarą przy pomocy środków mechanicznych nie udawało się wywołać stolca lub wiatrów. Po zastosowaniu kalomelu obraz kliniczny zaraz się zmienił. Zjawiły się wnet nudności, wymioty i silne bóle w brzuchu. Nastąpiło wzdęcie brzucha, lecz stolców jak niebyło tak i niema. Podejrzenie na niedrożność kiszki stało się pewnością. Ponieważ przypuszczano zamknięcie kiszki przez odnogę sieci i ponieważ nie było co liczyć na samowolne usunięcie przeszkody, przystąpiono do operacji. Po przecięciu ściany brzusznej wydobyto wszystkie pętle kiszki na zewnątrz [ewentracja], wzdęcie dotyczyło całej kiszki cienkiej. Odnoga sieci była silnie zrośnięta ze ścianą zatoki DOUGLAS'a, silnie napięta i ona to wywołała zagięcie się pętli jelita krętego. Łatwo udało się odseparować ową odnogę sieci i wydobyć pętlę kiszki z jamy DOUGLAS'a. Miejsce zagięcia kiszki zdradzało pewną zmianę barwy, lecz nie było jeszcze na tyle zmienione, żeby groziło przedziurawieniem.

Z drugiej strony, stan tej pętli kiszkowej dowodził, że jedynie racjonalnym postępowaniem w tym przypadku było natychmiastowe przystąpienie do operacji. Tylko po części udało się przez ucisk posunąć kolumnę kałową przez owe zwężenie do próżnej, zapadniętej kiszki grubej. Ponieważ nie udało się dokonać w całości repozycji do jamy brzusznej wzdętej i pełnej kiszki cienkiej, FEUTH na dwóch pętlach, wywieszonych z jamy brzusznej, dokonał po jednym nacięciu z boku i przez te otwory opróżnił kiszki z zawartości.

Przy tej manipulacji, ma się rozumieć, i ręce i narzędzia i kompresy zuwalane zostały kałem, pomimo wszelkiej ostrożności. Po zeszyciu dwóch ran kiszkowych i starannej dezynfekcji wprowadzono kiszkę do jamy brzusznej. Ze względu jednak na zanieczyszczenie i rąk i pola operacyjnego, odstąpiono zupełnie od zaszywania rany brzusznej i, wypchano całą jamę gazą wyjałowioną jodoformową, a powyżej gazy zbliżono skórne brzegi rany do siebie kilkoma luź-

nymi szwami jedwabnymi aż na odstęp może dwóch palców. Tamponacya ta równocześnie unieruchomiła gazę i zapobiegała ewentracyi kiszek, działając też jako sączek.

Przebieg pooperacyjny był szczęśliwy. Gazę trzeba było z powodu bardzo obfitych wydzielin zmieniać dwa razy dziennie. Dawano trzy razy dziennie po 20 kropeł *tincturae opii*, pomimo to zjawily się obfite rozwolnienia, tak że trzeba było stosować i inne *antidiarrhoica*. Tętno, pod koniec operacyi mające 120 uderzeń na minutę, po operacyi się poprawiło, gorączki nie było. Po 14-tu dniach spróbowano zbliżyć brzegi rany do siebie przy pomocy plastra lepkiego. Dopiero wtedy po raz pierwszy wystąpiła gorączka wskutek zatrzymania wydzielin z rany. Dla tego też FEUTH na razie rzekł się zamiaru okrowawienia brzegów rany i zeszycia ich ze sobą. Po upływie znów dwóch tygodni rana tak się zmniejszyła, że żadna pętla kiszek nie wtaczała się pomiędzy brzegi rany i zagojenie się doszczętne pozostawiono siłom natury.

Chora wypisała się ze szpitala uleczona.

Zarówno wypadnięcie sieci, jak i niedrożność kiszek w tym przypadku były wywołane przez stosowanie drenażu brzuszno-pochwowego. FEUTH dotychczas z jak najlepszym skutkiem drenaował przy wszystkich wyłuszczeniach przez drogę górną (*myoma uteri, carcinoma uteri*, zwyrodnienia przydatków macicy). Prócz powyżej opisanego przypadku, FEUTH jeszcze i w drugim, po wyłuszczeniu macicy myomatycznej przez cięcie brzuszne, miał do czynienia z wypadnięciem sieci przez ranę pochwową. [Tęgo rodzaju komplikacyi pooperacyjnej po pochwowych ekstyrpacyach macicy zrakowaciałej w piśmiennictwie opisywano już cały szereg — Przyp. spraw.]. Ponieważ w tym drugim przypadku przebieg po odprowadzeniu sieci był gładki, FEUTH nie widział przyczyny od tego sposobu postępowania odstąpić, pomimo że inni koniecznie radzą zaszyć ranę otrzewnową. FEUTH koniecznie pragnął przez stosowanie sączka utrzymać na sucho pole operacyjne. Uderzającą dla niego zawsze była ilość płynu, wydzielana przez ranę.

FEUTH nie przypuszcza, aby obfitość tej wydzieliny była wywołana działaniem małego sączka z gazy, a przypuszcza, że sekrecya ta jest po prostu skutkiem insultu, spowodowanego przez samą operacyę i że bez stosowania sączka cała ilość tej wydzieliny pozostałaby w jamie brzusznej i mogłaby wywołać niepożądane powikłania. Jeszcze bardziej uderzyła go obfitsza ilość wydzieliny pooperacyjnej po cięciu brzuszem ze stosowaniem sączka. W ostatnich czasach miał on kilkakrotnie sposobność przekonania się o tem przy *appendicitis* w okresie ostrym, gdzie zostawił całą ranę szeroko otwartą. To samo widział w ostatnich czasach w dwóch przypadkach rany klutej brzucha. W obu przypadkach powypadały wnętrzości. W pierwszym przypadku wyciął 30 centymetrów kiszki, w drugim musiał zaszyć kiszkę w trzech miejscach. Pętłe kiszki były zawalane i kałem i brudem zewnętrznego pochodzenia. W pierwszym przypadku operował w 14 godzin, w drugim w 6 godzin po poranieniu. W obu przypadkach po obmyciu pęteli kiszek wodą sublimatową i wytarciu ich gazą, wprowadził kiszkę do jamy brzusznej, ranę zaś brzuszną znacznie rozszerzył i w całej długości drenaował gazą. W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Czy powstanie z czasem przepuklina w bliźnie, tego dziś powiedzieć nie można jeszcze. W pierwszym przypadku, pomimo stosowania makuśca, nastąpiło rozwolnienie, w drugim, gdzie tylko pierwszego dnia dawano *opium*, rozwolnienia nie było wcale. Natomiast FEUTH stracił dwóch innych operowanych, gdzie po ranach klutych brzucha kiszkę zeszył, oczyścił i wprowadził do jamy brzusznej, zmniejszając szwami ranę brzuszną na tyle, aby wązki pasek gazy jodoformowej mógł służyć za sączek. W obu przypadkach wywiązało się śmiertelne zapalenie otrzewnej, tak samo, jak w jednym przypadku niedrożności kiszek.

FUETH zatem przyszedł do przekonania, że w powyżej opisanych szczęśliwych przypadkach pomyślny wynik zawdzięcza jedynie temu, że pozostawił ranę brzuszną szeroko otwartą.

Przy operacji, dokonywanej z powodu niedrożności kiszek FUETH pragnąłby pozostawić otwartą całą ranę brzuszną, również radziłby stosowanie szerokiego sączka przy górnem wyluszczeniu macicy z powodu *carcinoma cervicis uteri*, a przy wyluszczeniach przez pochwę radzi szeroko wytamponować pochwę oraz *cavum Douglasii*.

W przypadkach czystych, bez podejrzenia jakiegokolwiek zanieczyszczenia, FUETH, aby zapobiedz wypadnięciu kiszek i wtórnemu *ileus*, radzi zaszywać otrzewną a przy otwarciu pochwy przy ekstyrpacyach całkowitych macicy z przydatkami, tamponować szeroko pochwę oraz ranę aż pod sam szew otrzewnowy, jak radził dawniej BARDENHEUER. *Fr. Neugebauer.*

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 26. II. 1901.

1) SZTEYNER przedstawił mężczyznę 26-letniego, wyleczonego z ogólnego posokowatego zapalenia otrzewnej za pomocą cięcia brzusznego. Chory przybył do szpitala 11-go dnia choroby w stanie rozpaczliwym: zapadła twarz, zimne kończyny, drobne i częste tętno, silne bóle w całym brzuchu. Po otworzeniu brzucha cięciem skośnem z prawej strony, wylała się znaczna ilość posokowatego, cuchnącego zgnilizną wysięku; oddzielne pętle kiszek, niezlepione, mocno zaczerwienione i wzdęte pokryte były wysiękiem włóknikowo-ropnym. Założono trzy sączki i przemyto dokładnie jamę brzuszną dużą ilością wody ciepłej wyjałowionej. Drugiego dnia po operacji zaczął się wydzielać z rany kał. Pomimo to ciepłota ciała zaczęła opadać, potem coraz więcej zmniejszała się ilość wydzielanego kału, a w 10 tygodni po operacji nastąpiło zagojenie.

2) BORZYMOWSKI przedstawił chorego, któremu wyciął raka dolnej wargi w ten sposób, że, zrobiwszy cięcie od lewego do prawego kąta szczęki dolnej, podwiązawszy *art. maxillarem extr. sin.* i *v. facialem comm. sin.* i oddzieliwszy od skóry i mięśni podszczękowych tkankę tłuszczową, wyluszczył tę ostatnią razem z gruczołami, naczyniami krwionośnymi i chłonnymi—aż do miejsca, z którego wyciął klin z rakiem dolnej wargi. Operując w ten sposób, B. miał na celu wyluszczyć nietylko pierwotne ognisko nowotworowe i wtórnie zwyrodniałe gruczoły, lecz również i całą drogę, po której kroczył nowotwór.

3) GROSELIK odczytał rzecz p. t.: „Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu“. Autor szczegółowo opisuje przypadek, w którym wskutek zwężenia wylotu pęcherzowego moczowodu nastąpiło znaczne rozszerzenie moczowodu. Cięcie nadłonowe wykazało, że z prawej strony trójkąta LIEUTAUD'a istnieje guz, pozostający w bezpośrednim związku z moczowodem, wadliwie rozwiniętym. Jedynym objawem zбочenia był napad bólu, przypominającego kolkę nerkową, tudzież ropomocz, trwający od roku.

Zdaniem G. ślepe zakończenie moczowodu w ścianie pęcherza lub zwężenie wylotu powoduje tworzenie się torbieli, które zatem nie stanowią odrębnej postaci chorobowej, jak mniemają rozmaici autorowie.

Posiedzenie z dnia 5. III. 1901.

1) KRAUZE przedstawił 25-letniego mężczyznę, któremu wykonał gastroenterostomię z powodu znacznego zwężenia odźwiernika pochodzenia bliznowatego, powstałego prawdopodobnie po skrycie przebiegającym wrzodzie żołądka.

Operacja polegała na otwarciu jamy brzusznej i połączeniu kiszki z żołądkiem za pomocą szwu dwupiętrowego. W ciągu pierwszych 24 godzin po operacji chory dostawał po łyżeczce wody i po kawałku lodu, począwszy od drugiej doby—po kilka łyżeczek mleka i herbaty; od 10-go dnia przyjmuje stałe pokarmy. Dolegliwości, które przedtem dokuczały choremu [palenie w okolicy żołądka, uczucie silnej kwaśności w ustach po jedzeniu], przeszły.

Następnie K. przedstawił trzymiesięczne dziecko, które urodziło się z brakiem połowy prawej nogi (*amputatio spontanea cruris dextri*) oraz z niekształceniem palców u lewej rączki.

2) BORZYMOWSKI przedstawił przyrząd swój do podawania ligatur.

3) HEIMAN wypowiedział rzecz „o cholesteatomacie ucha“. Na wstępie H. zaznacza, że pod cholesteatomami rozumieć należy guzy rozmaitej wielkości, koloru perlistego lub żółto-brunatnego, składające się z otoczki i zawartości, stanowiącej warstwowato ułożone zrogowaciałe komórki naskórkowe, między którymi znajdują się kryształy cholestearyny, rozmaite drobnoustroje, czasem laseczniki gruźlicze i komórki olbrzymie. Co się tyczy genezy tych guzów, to H. skłania się ku pogładowi tych autorów, którzy twierdzą, że cholesteatomy ucha są zwykle produktami przewlekłych spraw zapalnych ucha środkowego, mogą jednak stanowić również nowotwory pierwotne. W dalszym ciągu odczytu H. omawia objawy kliniczne, rozpoznawanie tego cierpienia, jak również następstwa, jakie cholesteatomy ucha powodować mogą. W kwestyi leczenia H. jest zdania, że tam, gdzie niema bezpośrednio groźących objawów, wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej, tam należy się spieszyć z operacją doszczętną, lecz ograniczyć się do leczenia objawowego, które daje nieraz wyniki pomyślne.

Na pytanie RZĘTKOWSKIEGO, czy komórki olbrzymie i laseczniki gruźlicze w omawianych przez prelegenta przypadkach znajdowano jedynie w cholesteatomatach, H. odpowiada, że podług statystyki BEZOLD'a w 35% podobnych przypadków stwierdzono również ogólną gruźlicę.

STEINHAUS uważa wszystkie cholesteatomy za twory morfologicznie identyczne i we wszystkich przypadkach za nowotwory prawdziwe bez względu na to, czy powstały one wskutek przewlekłych spraw zapalnych, czy też wskutek zbożeń rozwojowych. Napotykanie w cholesteatomatach komórki olbrzymie mają, zdaniem S., charakter nekrofagów t. j. komórek, wchłaniających produkty przemian wstecznych i nekrozy tkanek. Laseczniki gruźlicze znajdowano tylko wtedy, kiedy obok nowotworu istniała gruźlica ogólna.

GURANOWSKI zaznacza, że pierwotne cholesteatomy w uchu środkowym są nader rzadkie, najczęściej zaś mamy do czynienia z tworami, podobnymi do cholesteatomatów—z pseudocholesteatomatami, które w przeważnej liczbie przypadków powstają przy zajęciu sprawą chorobową górnego odcinka jamy bębnekowej t. j. atyki i przy przedziurawieniach błony SHRAPNEL'a. W przypadkach tych, przy istniejącem ropieniu w attyce, łatwo może wrastać naskórek z brzegów przedziurawionej błony lub z przewodu słuchowego do jamki atyki i znajdując pozbawioną normalnego nabłonka błonę śluzową, na niej się rozrastać.

HEIMAN nie zgadza się z poglądami STEINHAUSA i GURANOWSKIEGO.

Posiedzenie z dn. 19 III. 1901.

1) BERNHARDT przedstawił chorego ze świerzbiczką. Opis tego przypadku podany jest w numerze bieżącym.

2) NEUGEBAUER przedstawił dwa rzadkie nader okazy anatomiczne przepukliny sznurka pępkowego (*hernia funiculi umbilicalis*), pochodzące od niedonoszonych i nieżywo urodzonych dzieci. W obu przypadkach istniały prócz tego liczne wady rozwojowe.

3) MUTERMILCH STANISŁAW przedstawił płyn mleczny, otrzymany z prawej opłucnej u dziewczynki 5-cio miesięcznej, która przed trzema tygodniami uległa silnemu uderzeniu w prawy bok. Od tygodnia dziecko pokasłuje, a przy badaniu przedmiotowem otrzymuje się stłumienie odgłosu opukowego poniżej łopatkii oraz osłabienie oddechu na miejscu stępienia. Próbne przekłucie na miejscu stłuczenia wykazało obecność w jamie opłucnej płynu białego z odcieniem żółtawym, podobnego do mleka, odczynu alkalicznego, ciężaru gat. 1017, zawierającego [badanie mikroskopowe] drobnutki ziareka [kuleczki tłuszczu], liczne białe ciała krwi jednojądrowe [limfocyty] i nieliczne czerwone krążki. Zdaniem M., w danym przypadku mamy do czynienia z wylewem mleczu pokarmowego (*chylus*) do jamy opłucnej (*hydrothorax chylusus*), spowodowanym przez pęknięcie nie samego pnia przewodu piersiowego, lecz jednej z jego gałęzi, które tenże posiadać może jako bardzo częstą anomalię.

4) ODERFELD przedstawił chorą, po dokonaniu operacji *cholecystotomiae transhepaticae*. Chora przybyła do szpitala w stanie gorączkowym, ze skargami na bóle w prawym dole biodrowym, zaparcie, niekiedy wymioty. Przy badaniu stwierdzono istnienie w prawym dole biodrowym guza nieruchomego, bolesnego, zawierającego, jak wykazała punkcja, ropę. Przy laparotomii natrafiono na płat wątroby, sięgający do *spina ossis ilei ant. sup.*, a pod płatem na guz silnie z dołą powierzchnią płata zrosnięty. Niepodobna było ani odzielić, ani wydobyć guza na zewnątrz. Wobec tego O. wszyl wzmiankowany płat do ściany brzusznej, a przeciąwszy żegadłem PACQUELIN'a tkankę wątroby na grubość 5 ctm., opróżnił ropień *resp.* ów wyczuwalny guz. Znaleziono w nim kilkanaście kamieni żółciowych.

5) KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił 29-letniego histeryka, niezwykle podatnego do sugestyi. Chory, dziedzicznie mocno obarczony, dotknięty wadą serca, od 15 roku życia nadużywał napojów wyskokowych, w 25 roku życia po raz pierwszy dostał napadu ogólnych dgawek z utratą przytomności; napad taki powtarzał się później kilkakrotnie. W końcu r. z. chory znajdował się w ciągu 4 miesięcy w szpitalu w Wiedniu z dyagnozą: *embolia cerebri, hemiplegia sinistra*. Z objawami lewostronnego bezwładu połowicznego przybył przy końcu stycznia r. b. do szpitala św. Ducha, gdzie rozpoznano porażenie połowiczne pochodzenia histerycznego, biorąc pod uwagę—wiotkość porażenia, brak różnicy w odruchach ściągnowych po obu stronach, brak wszelkich zaburzeń ze strony nerwu twarzewego i podjęzykowego, istnienie zaburzeń czynnościowych o charakterze czynnościowym. K. poddał chorego sugestyi hipnotycznej i po 3 seansach chory mógł już chodzić i prawidłowo poruszać lewą ręką. Podczas posiedzenia K. uspił chorego i demonstrował obecnym w stanie hipnozy: przykurczenia, bezwład, afekty, katalepsję, nadezulość i znieczulenia, halucynacje intra i posthypnotyczne. Pośród dających się u chorego wywołać objawów K. wyróżnia: t. zw. odtwarzenie dawniejszych osobowości i zmiany samotyczne—zwolnienie i przyspieszenie tętna pod wpływem sugestyi, obrzęk, zaczerwienienie i tworzenie się pęcherzyków z płynem surowiczym po przyłożeniu mniemanych wezykatoryi [bibuła zmaczana w wodzie przy odpowiedniej sugestyi].

FLATAU i WISŁOCKI zaznaczają, że demonstrowane przez K. przejawy działania sugestyi należą do zwykłych i ogólnie znanych objawów hipnozy, co do których istnienia nie wątpi dziś żaden lekarz.

BREGMAN nie wyklucza u danego chorego symulacji, jest on zbyt dobrze wytresowany, jak na tak krótki czas. B. zaznacza przytem, że uważa hipnotyzm pod względem leczniczym jako *ultimum refugium*, które stosować należy dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków.

KORYBUT-DASZKIEWICZ uważa przypadek demonstrowany za ciekawy choćby z tego względu, że istniały w nim objawy, które do tego stopnia symulowały obraz choroby organicznej, że w błąd wprowadziły lekarzy.

LUBLINER podnosi sprawę afonii histerycznej i trudności jej leczenia.

ZIELIŃSKI zaznacza, iż halucynacje pohypnotyczne odznaczają się brakiem wyrazistości.

KOPCZYŃSKI odpowiada, że wyraźnych objawów „somatycznych“ nie mógł demonstrować, gdyż do wywołania ich potrzeba dłuższego czasu. Symulację całkowicie K. w danym przypadku wyklucza. Chorego demonstrował K. 1-o dla wykazania ważności rozpoznania, 2-o jako osobnika niezwykle podatnego na sugestję i 3-o dla zdemonstrowania niektórych, zdaniem K., nie często spotykanych objawów hypnozy.

Wiadomości bieżące.

— W № 14 r. b. podaliśmy wiadomość o zawiązaniu się Towarzystwa przeciw syfilitycznego. Powracamy jeszcze raz do tego tematu. Obok alkoholizmu i gruźlicy, syfilis należy do największych klęsk socyalnych, czyniących w społeczeństwach ogromne spustoszenia. Słusznie też we Francji nazywają je „la triade des pestes modernes“. Przeciw alkoholizmowi i suchotom płucnym walczą skutecznie od pewnego już czasu społeczeństwa i jednostki. Najmniej myślano dotychczas o syfilisie, może z powodu fałszywej pruderyi, choć i ten niszczy nie tylko jednostki, lecz całe rodziny a nawet i dalsze pokolenia. A szerzy się on ogromnie, dzięki, między innymi, wielkim przekształceniom ekonomicznym drugiej połowy ubiegłego stulecia; wzrost niepomierny ludności miast kosztem wsi, powstanie wielkich zbiorowisk ludzi [fabryki], przymusowa służba wojskowa i t. p. Poczucie konieczności walki socyalnej z syfilisem było bodźcem do dojścia do skutku „Conference internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes“, która zebrała się we wrześniu 1899 r. w Brukseli. Uczni członkowie tej konferencyi, do wszystkich krajów cywilizowanych należący, zgodzili się, aby w każdym kraju oddzielnie wystąpiono do walki przeciw syfiliśowi. Inicyatywę zorganizowania we Francyi takiej walki dał prof. FOURNIER, który zebrałszy 105 członków, zwołał ich na posiedzenie w dniu 31 marca r. b. celem zawiązania „Société de prophylaxie sanitaire et morale“. Zdecydowano na tem posiedzeniu porzucić fałszywy wstyd i wystąpić jawnie przed społeczeństwem z tem, iż chodzi tu o choroby weneryczne i dla tego nadano towarzystwu nazwę „Ligue contre la syphilis“. Celem jego—starać się wszelkimi sposobami o zmniejszenie częstości syfilisu i chorób wenerycznych. Do towarzystwa tego przyjmowani są nie tylko lekarze, lecz i osoby postronne, a nawet kobiety. Opłata: 10 franków rocznie lub 200 jednorazowo. Na prezesa towarzystwa wybrano prof. FOURNIER'a, na wiceprezesa: senatora BERANGER'a, prof. BRISSAUD'a i LA PILEUR'a, na sekretarza ogólnego BARTHELEMY'ego.

— 13 października r. b. przypada 88-a rocznica urodzin VIRCHOW'a dla której uczczenia zawiązał się w Berlinie komitet celem zgromadzenia jak największej sumy pieniężnej dla wyposażenia istniejącej już od r. 1881 „VIRCHOW-STIFTUNG“ o celach czysto naukowych. Tym sposobem Niemcy chcą „dem Altmeister zeigen, dass sie ihn ehren für alle Zeit“; Do komitetu, prócz kilkuset różnych uczonych z Niemiec, zaproszono po jednym członku ze wszystkich państw świata cywilizowanego, pomiędzy którymi figurują nazwiska: LANNELONGUE'a, KITASATO, LISTER'a, BACCELLI'ego, STOKVIS'a, TOLDT'a, SKLIFASSOWSKI'ego RETZIUS'a i innych.

— IV kongres Niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego odbędzie się między 29 maja a 1 Czerwca r. b. w Giessen pod przewodnictwem prof. LÖHLEIN'a. Na porządku dziennym postawiono do obrad kwestye: raka macicy [referenci: FREUND ze Strasburga i WINTER ze Królewca] i eklampsyi [referenci: FEHLING ze Strasburga i WYDER z Zurychu].

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE, 55/57,

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.),
dla kuracyi tuczającej i odtluszczającej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—3

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Lecznica Chirurgiczna

D-ra A. GRÜNBAUMA.

WARSZAWA

12—8

25 Nowolipki 25

Przyjmuje pacjentów, kwalifikujących się do operacyi, na stałe pomieszczenia.

Cena 2—4 rb. dziennie.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—11

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).
№ 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899) i № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga Kalkstrasse 26.

Skład główny na Królestwo i Rossyę Zachodnią

Aptekarz **H. Bierthümpfel**, Warszawa, Marszałkowska 133.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni dla celów
dyagnostyki lekarskiej **rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne,**
analizy moczu głównia, oraz badania płwociny, nasienia, kału i t. d.
Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej

Dr. W. MALESZEWSKI 0-4

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października.

w Karlsbadzie.
„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

KEMMERN. 4-3

Wody siarczane i borowina

Miejscowość oddalona o 40 wiorst od Rygi, Droga Żelazną Rygsko-Tokkumską. Sezon r. 1900 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września. — Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno - solne, alkaliczno-igliwiowe, błotne, błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 3000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skrofulicznymi, skórnymi i kobiecemi.

Nowa łaźienka dla kąpiei błotnych, których może wydać dziennie do 250.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzone, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 140 do 150 rubli za 6 tygodni. Pensjonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 kop. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dyliżansów po 20 kop. tam i z powrotem, Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 30 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby, pragnące mieć szczegółowe wiadomości, raczą się zwracać pod następującym adresem:

KEMMERN, powiat Rygski.
Dyrektor Zakładu D-r Med. A. Sotin.

Warszawski Zakład Ginekologiczny 0-7

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera, przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości. Opłata dziennie od 1.50 do 5 rb.

Zakład leczniczy D-ra SOLMANA 9-9

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p. p.