

GAZETA LEKARSKA.

I.

O ZACHOWAWCZEM (KONSERWATYWNEM) WYŁUSZCZANIU WŁÓKNIAKÓW MACICY.

Podał

Dr Józef Bogdanik [Biała, Śląsk Austriacki].

[Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].

— 2 —

Trzy postaci włókniaków macicy nadają się do wyluszczenia, przyczem ochronić można chorą od utraty macicy, narządu tak ważnego w życiu niewiasty. Ponieważ miałem sposobność kilkakrotnego operowania wszystkich tych trzech postaci, przeto je przedstawię, opisując dotyczące je operacje.

Najdostępniejszą postacią są włókniaki, wychodzące z błony śluzowej macicy, powodujące krwotoki wśród bólów, zbliżonych do porodowych. Rozpoznanie ich jest łatwe, bo jeżeli guz dojdzie do pewnej wielkości, namacać go można przez rozszerzone ujście maciczne. Celem usunięcia takiego guza nikt zapewne nie poświęci całej macicy, bo nowotwór łatwo przez pochwę da się wyluszczyć. Wystarczy zazwyczaj ujęcie guza silnymi szczypcami, poczem przez kręcenie odkręcić można szypułkę, na której najczęściej wisi. Gojenie się rany następuje szybko, a nawrotów cierpienia dotąd nie miałem, jakkolwiek w jednym przypadku, który operowałem w roku 1890, usunąłem guz wielkości dwóch pięści, który narodzony do pochwy, powodował ropienie z następczą gorączką [posocznicą].

Drugą postacią, nie sprawiającą znaczniejszych trudności w wyluszczeniu, są włókniaki podotrzewnowe. Okazany Panom guz, dość duży bo skurczony w formalinie [ma 23 ctm. w obwodzie], operowałem w dniu 25. IV. 1900 r. U wdowy 40-letniej, która nigdy nie rodziła namacać można było guz złączony z ciałem macicy, z nią razem poruszalny a dochodzący na dwa palce poniżej pępka. Jamę otrzewnową otworzyłem w linii białej poniżej pępka, poczem wyważyłem na zewnątrz ciało macicy razem z nowotworem. Guz był usadowiony podotrzewnowo na górnej i tylnej powierzchni macicy. Otrzewnę naciąłem w linii środkowej na tylnej powierzchni macicy przez największą wypukłość guza, potem oddzieliłem na tępo otrzewnę od nowotworu a następnie

oddzieliłem palcami nowotwór od ciała macicy, co się bardzo łatwo skutecznie dało. Broczące naczynia podwiązałem katgutem karbolowym, takimże materiałem zaszyłem otrzewną, przeciętą na tylnej powierzchni macicy. Po odprowadzeniu macicy do jamy otrzewnowej, założyłem szew piętrowy na ranę w powłokach brzusznych, używając do szwów pogłębionych katgutu karbolowego, do szycia skóry—*fil de Florence*. Chora przez trzy tygodnie lekko gorączkowała, bo się utworzył naciek na tylnej powierzchni macicy, który powoli uległ wessaniu. Szpital opuściła wyleczona i dotąd jest całkiem zdrowa. Nawrotów nie ma.

Trzecią wreszcie postacią, dającą się zachowawczo wyłuszczyć, są włókniaki śródściennne macicy. Okazany Panom włókniak duży, mający obwodu 45 ctm., pochodzi od kobiety lat 34 liczącej, przyjętej do szpitala w dniu 2. VIII. 1897 r. Ciało macicy powiększone, sięgało nieco powyżej pępka, ruchome, bez żadnych guzowatości. Wyraz twarzy kachektyczny, tętno bardzo nikle, kończyny dolne obrzmiałe. Po zwykłym przygotowaniu chorej, poprowadziłem dnia 3. VIII. 1897 r. cięcie w linii białej, sięgające od pępka aż na trzy palce powyżej spojenia kości łonowych, a że przez otwór ten jeszcze guza z jamy otrzewnowej na zewnątrz nie można było wydobyć, rozszerzyłem cięcie ku górze na 3 ctm. powyżej pępka i po lewej stronie tegoż. Teraz wydobyłem macicę razem z guzem na zewnątrz. Aby zapobiedz krwotokowi ze ścian macicy, przewiązałem szyjkę gazą wyjałowioną. Następnie naciąłem przednią ścianę macicy w linii środkowej, jakby do cięcia cesarskiego, a dotarłszy do guza, wyłuszczyłem go po części na tępo palcami, po części nożyczkami. Wydobyty guz w postaci jajowatej ważył 1,300 grm. Oczyszczywszy ranę w macicy gazą wyjałowioną, spoilem przecięty mięsień szwem kuśnierskim z katgutu karbolowego, przyczem uważałem, aby igłą nie przebić błony śluzowej macicy, a potem spoilem szwem kuśnierskim otrzewną macicy. Oczyszczywszy dokładnie jamę otrzewnową, wyłuszczyłem jeszcze podotrzewnowy włókniak z tylnej powierzchni macicy, wielkości orzecha laskowego, potem odprowadziłem macicę. Szew piętrowy powłok brzusznych. Opatrzenie gazą wyjałowioną. Stan ogólny chorej po operacji rychło się poprawił, przypadłości ze strony jamy otrzewnowej nie było żadnych z wyjątkiem zatrzymania moczu. Rana wygoiła się przez rychłozrost. W dniu 4. IX., t. j. niespełna w 5 tygodni po operacji, chora opuściła szpital i wtedy ważyła 44,5 kilogr., a gdy się ponownie przedstawiła w rok później [18. IX. 1898] ważyła 75 kilogr.; funkcyje macicy prawidłowe. Obecnie stan ten sam.

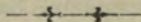
Trzy te postaci włókniaków, które na podstawie operowanych przypadków przedstawiłem, pouczają jakie być powinno w zasadzie postępowanie chirurga. Uratowanie takiego narządu jakim jest macica, nie jest obojętnem dla kobiety, bo jak doświadczenie poucza, często występują po wyłuszczeniu macicy neurozy i psychozy. Wyłuszczenie włókniaków podotrzewnowych, a nawet śródściennnych sprawia mniej trudności, aniżeli wyłuszczenie macicy przez pochwę i gojenie postępuje szybciej.

II. O UŻYCIU FONENDOSKOPU BARRI-BIANCHI.

Podał

Dr H. Cybulski,

I asystent zakładu dra BREHMER'a w Görbersdorfie.



Fonendoskop, noszący powyżej podaną nazwę, jest już od dłuższego czasu w użyciu. Był już niejednokrotnie poddawany krytyce, o ile atoli wiem, w naszej literaturze nie było o nim obszerniejszej wzmianki.

W ostatnich czasach zjawilo się w handlu wiele przyrządów, noszących nazwę endo fonendoskopów, uniwersalnych stetoskopów i innych, które się mniej lub więcej udatnem naśladownictwem typowego przyrządu; o nim więc tylko mówić będę.

Przyrząd ten składa się z czulej platy celuloïdynowej, która jest w połączeniu z metalową oprawą, w środku wydrążoną—i mającą formę dużego kieszonkowego zegarka; na drugiej powierzchni znajdują się dwa otwory, komunikujące się z wewnętrzną próżnią i służą do umocowania dwóch rurek gumowych, zakładanych do ucha.

W ostatnich czasach powstała pewna modyfikacya powyżej podanego przyrządu, polegająca na tym, że oprócz tego istnieje, trzeci niewielki otwór, łączący wewnętrzną próżnię i który może być dowolnie zamykany lub otwierany za pomocą metalowej płytki. Oprócz tego istnieje w obydwóch modyfikacyach przyrząd do osłuchiwania miejsc bardzo ograniczonych, tak np. szczytów płucnych, tonów serca; składa się on z krótkiej pałeczki, osadzonej na płycie celuloïdynowej za pomocą drugiej, w którą zostaje wkręcany. Do celów osłuchiwania płuc należy używać tylko pojedynczej płyty.

Z dwóch wyżej podanych modyfikacyi stanowczo wyżej należy postawić wzór z przesuwalną płytką (*Drehscheibe*), daje bowiem obraz daleko bardziej zbliżony do obrazu, otrzymywanego za pomocą ucha.

Fonendoskopu używam stale od 1 $\frac{1}{2}$ roku i zawsze jednocześnie porównywałem dane, przezeń dostarczone, uchem; na podstawie więc tego postaram się przedstawić w krótkości zalety i wady tego przyrządu. Używałem go w następujący sposób:

Przedewszystkiem zakładałem tylko jedną rurkę słuchową, podczas gdy otwór dla drugiej został zamknięty. Daje to o tyle lepsze rezultaty, że tony, słyszane w ten sposób, nie są tak ogłuszające, jak przy słuchaniu dwiema rurkami a zarazem uboczne szmery nie są tak silne.

Otwór trzeci, zawsze pozostawał otwartym, w ten sposób bowiem szmery płucne otrzymywano więcej zbliżone do rzeczywistych, przy zamkniętym bowiem trzecim otworze tony i szmery przyjmują nieco więcej amforyczny charakter.

W ten sposób używany, fonendoskop daje się doskonale zastosować do osłuchiwania, aczkolwiek nie jest wolny od ubocznych szmerów i użycie jego wymaga pewnej, zresztą nieznacznej, wprawy.

Natomiast jest to przyrząd niesłychanie wygodny, uwalnia bowiem lekarza od zbliżania ucha do niezbyt czystej skóry i ma tę wyższość pod tym względem także nad zwyczajnym stetoskopem, że pozwala na osłuchiwanie całej klatki piersiowej bez zmiany położenia słuchającego.

Jest zarazem przyrządem bezpiecznym, pozwala bowiem osłuchiwać w pewnym oddaleniu i unikać jednocześnie kaszlu chorego. Co zaś do wyników, otrzymywanych przez fonendoskop w porównaniu z wynikami, otrzymywanymi za pomocą ucha, to da się zauważyć następująca różnica.

Przy osłuchiwaniu serca tak całą płatą jak i przy stosowaniu pałeczki, tony czyste wychodzą zupełnie jednakowo i prawie nieco silniej, niż przy osłuchiwaniu stetoskopem; lekkie szmery sercowe wychodzą nieco mniej wyraźnie i słabiej, głośnie szmery jednakowo. Fonendoskop atoli nie zmienia ani charakteru, ani tembru tonów sercowych i szmerów.

Przy osłuchiwaniu płuc, to przedewszystkiem należy zauważyć, że fonendoskop daje się z pewnym trudem zastosować do osłuchiwania szczytów płucnych z przodu, gdyż jako przyrząd dosyć duży nie pasuje często do jamy nadobojczykowej. Daje się to naprawić w ten sposób, że ręką unosimy część skóry i przysuwamy szczelnie do fonendoskopu. W ten sposób nawet u osób z bardzo zapadniętymi dołami nadobojczykowymi daje się wysłuchiwanie tej okolicy dokładnie uskutecznić. W innych okolicach klatki piersiowej osłuchiwanie za pomocą tego przyrządu nie przedstawia żadnej trudności.

Oddech pęcherzykowy słyszy się za pomocą fonendoskopu głośnie i wyraźniej niż uchem, atoli nieco szorstko, charakter jego jednak znacznie się nie zmienia. W starych systemach bez przesuwalnej płytki przyjmował on zawsze nieco amforyczny przydźwięk.

Oddech oskrzelowy słyszy się bardzo wyraźnie i głośno, głośnie niż uchem lub zwyczajnym stetoskopem i wcale nie zmienia swego charakteru.

Oddechy tak zwane nieokreślone, to jest oskrzelowo-pęcherzykowe, lub pęcherzykowo-oskrzelowe słycać głośnie i wyraźniej na ogół, niż uchem.

Oddech amforyczny na ogół słycać nieco mniej wyraźne niż uchem lub stetoskopem. Głośny oddech, wysłuchiwany nad wielkimi jamami płucnymi, słyszy się bardzo wyraźnie, atoli cichy oddech amforyczny nad mniejszemi lub głębiej leżącemi jamami płucnymi słycać prawie zawsze mniej wyraźnie niż uchem.

Co się tyczy rzężeń płucnych, to je słycać o wiele silniej, wyraźniej niż uchem, przyczem wszelkie rzężenia płucne przy pewnej wprawie w użyciu tego przyrządu dają się z największą łatwością odróżnić od ubocznych szmerów, powstających wskutek niedość silnego przykładania przyrządu do skóry lub z innych powodów.

Drobne rzężenia, jak trzeszczenia [krepitacye], słyszy się znacznie wyraźniej i dobitniej niż uchem; tak samo subkrepitacye. Rzężenia wilgotne,

tak drobno jak średnio lub grubo-pęcherzykowe słyhać znacznie wyraźniej i dobitniej niż uchem.

Rzężenia dźwięczne natomiast słyhać nieco mniej wyraźnie i są często pozbawione tego charakteru, atoli przy pewnej wprawie dają się doskonale odróżnić od rzężeń wilgotnych. Natomiast nieco w głębi powstające dźwięczne rzężenia rzadko dają się fonendoskopem wykazać.

Suche rzężenia, świsty i t. d. wychodzą silniej i głośniej, niż przy wysłuchiowaniu uchem.

Tarcie opłucnej słyhać o wiele wyraźniej i silniej niż uchem. Nieraz uchem nie udawało się stwierdzić nic pewnego, podczas gdy fonendoskop wykazywał znaczne tarcie opłucnej. Pod tym względem fonendoskop daje o wiele wyższe rezultaty. Wogóle zaś biorąc, wszelkie rzężenia słyhać o wiele silniej, pewniej, wyraźniej niż uchem.

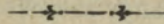
Oceniając wogóle ten przyrząd, można stwierdzić, że przy pewnych brakach posiada pod wielu względami cenne zalety i że wobec tego do celów dyagnostycznych bardzo dobrze się nadaje ¹⁾.

Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS

III. O WPLYWIE ALKOHOŁU NA KRĄŻENIE KRWI.

Podał

I. Świętochowski.



[Dokończenie — Patrz Nr. 44].

Jako dowód przedstawiam wyniki swych doświadczeń w odpowiedniem oświetleniu.

Przedewszystkiem co do obserwowanego przyśpieszenia tętna.

Do dziś dnia bardzo często spotkać się można ze zdaniem w rodzaju: tętnica stała się pełniejszą, skurcze serca częstszymi, *vulgo*—praca serca się poprawiła [JAKSCH]. Wniosek taki zgoła jest błędnym. Serce w organizmie zwierzęcym ma ściśle wyznaczoną pracę dostarczania pewnej ilości krwi do poszczególnych narządów. Dajmy na to np., że do mózgu musi ono dostarczyć na minutę jakąś ilość X. Czy ono teraz dostarczy to X przy pomocy 60 swych skurczów, czy 120, to dla mózgu będzie to mniej więcej obojętne, gdyż odżywianie jego na tem nie ucierpi, ale jak mamy sobie tłómaczyć to zdwojenie

¹⁾ Przyrząd kosztuje 16 marek 50 fen.

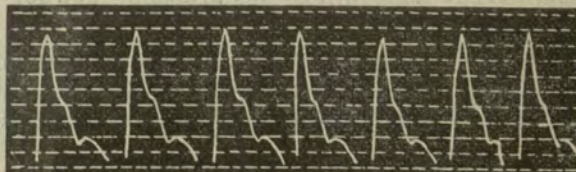
częstości skurczów serca? Chyba nie inaczej, jak tylko, że, jeżeli serce, chcąc w jednostkę czasu dostarczyć do mózgu pewną jednostkę krwi, musi "zdwoić" swe skurcze — to te skurcze muszą być dwa razy słabsze, niż poprzednie. Inaczej być nie może, bo otrzymalibyśmy przekrwienie mózgu. Zdaje się, że to jest tak jasnym i logicznym, że stosując ten pogląd do alkoholu możemy śmiało orzec, iż przyspieszenie tętna pod jego wpływem następuje jako kompensata osłabionych skurczów serca. Wreszcie powyżej włączzone zdanie co do stosunku częstości tętna do stanu serca znajduje potwierdzenie w klinicznych obserwacjach: chyba nikt nie odda pierwszeństwa tętnu o 120 uderzeniach nad tętnem, dajmy na to o 60-ciu, rzecz prosta *ceteris paribus*, a przynajmniej przy tem samem, wyczuwanem pod palcem ciśnieniu krwi. Bez względu na całą oczywistość postawionego przeze mnie powyżej postulatu, możnaby jednakowoż zrobić taki zarzut: a może też po alkoholu, chociaż skurcze serca przyspieszają się, ale nie słabną, a powiększona ilość krwi wyrzucanej z serca w jednostkę czasu rozchodzi się w porozszerzanych tętnicach. Wszak sfigmograficzne badania wykazują niewątpliwe rozszerzenie ich, może więc serce dla podtrzymania niezbędnego ciśnienia, zachowując poprzednią siłę skurczów, lub nawet zwiększając ją musi jeszcze i powiększyć ich częstość. Chcąc dać odpowiedź na powyższy zarzut, należało wpieryw przekonać się, jakie będą następstwa po alkoholu u osób, u których tętnice w ten lub inny sposób zostały, że tak powiem, unieruchomione, t. j. pozbawione możności rozszerzania się.

Mogą być dwa takie stany tętnicy: jeden przy jej sklerozie, a drugi, wręcz przeciwny, przy umyślnem rozszerzeniu jej *ad maximum* wpieryw, zanim przystąpimy do stosowania alkoholu. W jednym i w drugim wypadku, średnica tętnicy będzie zabezpieczoną od zmian przez cały czas doświadczenia.

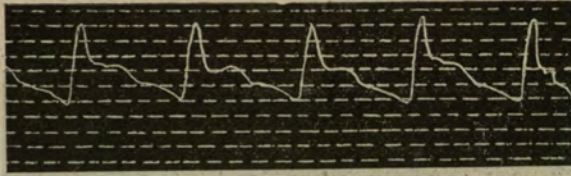
Jako przykład doświadczeń przy tętnicach pierwszego rodzaju, t. j. sklerozowanych, może służyć doświadczenie tabl. Nr. VI. Obserwujemy w nim: przyspieszenie tętna, brak podwyższenia ciśnienia i oczywiście brak jakichkolwiek sfigmograficznych zmian, czyli zmian w szerokości tętnicy. Gdyby zarzut, jaki postawiliśmy sobie poprzednio, był słuszny, to powinniśmy obok przyspieszenia tętna i braku zmian sfigmograficznych otrzymać jeszcze i podwyższenie ciśnienia, które byłoby wtedy dopiero dowodem istotnego wzmożenia siły skurczów lewej komórki.

Jeszcze wyraźniej występuje to w doświadczeniu Tabl. Nr. IX, mianowicie: brak wskutek sklerozy zmian w szerokości tętnicy, znaczne przyspieszenie

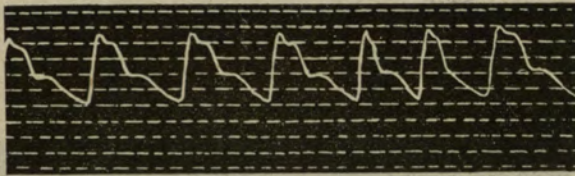
Tablica IX.



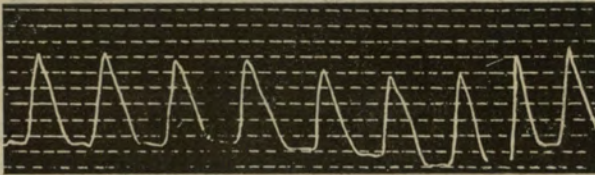
S. J. 48 lat. *Arteriosclerosis*. Bez alkoholu.



5 min. po alkoholu.



po 20-tu min.



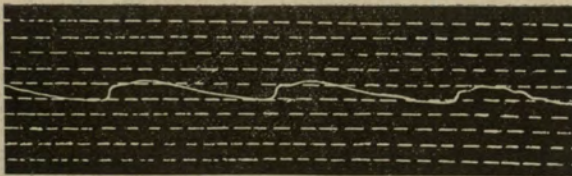
po *Amylnitricie*.

tętna i jednocześnie znaczny spadek ciśnienia krwi, bez względu nawet, jak widzimy, na wzmożoną co do częstości skurczów akcję serca.

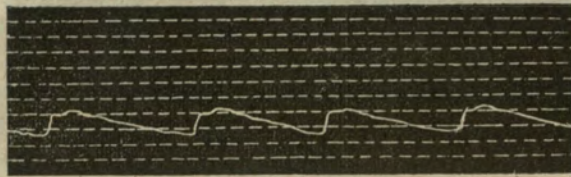
W doświadczeniu Nr. X, także przy sklerozie tętnic, otrzymujemy: częstość pulsu prawie bez zmian, szerokość tętnic zupełnie bez zmian, a ciśnienie również opada. Tutaj stosunek alkoholu do mięśnia sercowego jeszcze wybitniej się ujawnia, bo spadek ciśnienia już nie może być tłumaczony czem innym, jak tylko osłabieniem siły skurczów tego mięśnia.

Klinicznych doświadczeń na osobnikach z całkowicie rozluźnionymi tętnicami nie mogłem wykonywać, gdyż, po pierwsze: nie znamy takiego chorobowego stanu, przy którym moglibyśmy orzec, że tętnice całkowicie straciły swój tonus, a powtóre: sztuczne znów przez dłuższy czas rozszerzanie ich przy pomocy *Amylnitritu* byłoby zbyt ryzykownem.

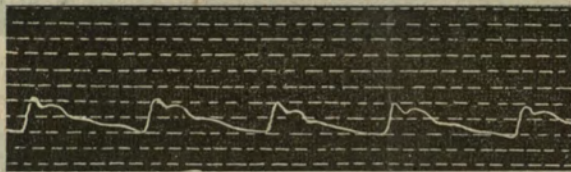
Tablica X.



W. Ch. 61 lat. *Nephritis acuta*. Bez alkoholu.



20 min. po alkoholu.



po alkoholu i po *Amylnitricie*.

Zmuszony więc byłem zadowolić się tylko tem rozszerzeniem, jakie powstaje pod wpływem wysokiej ciepłoty. W tym celu stosowałem alkohol u ludzi zanurzonych do gorącej kąpeli o ciepłocie 40° C., naturalnie wypróbowawszy w pierw, jaki u danego osobnika wywiera wpływ sama tylko kąpiel, bez alkoholu.

Podaję wyniki tych doświadczeń, ale bez sfigmograficznych rysunków, gdyż zdejmowanie ich w kąpeli było ze względów technicznych bardzo utrudnione.

I.

Ignacy G. 23 lat. <i>Ischias</i> .	Kąpiel bez alkoholu	Czas	Norm.	po 5 min.	po 10 min.	po 15 min.	po 20 min.	po 25 min.	po 30 min.	po 35 min.	po 40 min.	po 45 min.	po 50 min.	po 55 min.	po 60 min.	
		Częstość pulsu	60	80	—	88	90	96	—	96	94	92	94	—	—	
		Ciśnienie . . .	14	12½	—	10½	10	9¾	—	9	9	9½	9½	—	—	
		Kąpiel z alkoholem	Częstość pulsu	62	96	112	112	—	120	120	120	122	120	120	—	—
			Ciśnienie . . .	14	11½	11	10½	10¼	9½	9½	9½	10	9½	9½	—	—

II.

Józef K. 19 lat. <i>Neurasthenia.</i>	Kąpiel bez alkoholu	Czas	Norm.	po 5 min.	po 10 min.	po 15 min.	po 20 min.	po 25 min.	po 30 min.	po 35 min.	po 40 min.	po 45 min.	po 50 min.	po 55 min.	po 60 min.
		Częstość pulsu	68	100	104	104	104	108	104	100	100	104	100	—	—
		Ciśnienie . .	14 ³ / ₄	13	11 ¹ / ₂	10 ¹ / ₂	10	10	10	10 ¹ / ₄	10	10 ¹ / ₄	10	—	—
		Częstość pulsu	74	88	108	108	112	116	112	116	116	116	114	—	—
	Kąpiel z alkoholem	Ciśnienie . .	14 ³ / ₄	13	11 ³ / ₄	11	10 ¹ / ₄	9	9	8	8 ¹ / ₂	8	8 ¹ / ₂	—	—

W pierwszym doświadczeniu otrzymaliśmy znaczne przyspieszenie tętna, podczas gdy ciśnienie pozostało prawie bez zmian, w drugim zaś przyspieszenie tętna było mniejsze, ale za to ciśnienie uległo większemu niżeniu. Wniosek stąd, że w pierwszym wypadku, w którym serce skompensowało swą osłabioną czynność przez powiększenie ilości skurczów, to ciśnienie pozostało bez zmian, a w drugim, w którym częstość skurczów dla niewiadomych dla nas przyczyn nie mogła się zwiększyć, rezultatem był spadek ciśnienia.

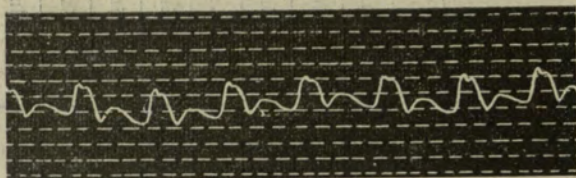
Powyższe doświadczenia opatrzyć jeszcze muszę klinicznym spostrzeżeniem, że samą kąpiel, jakkolwiek bardzo gorącą, bo 40°, obadwaj młodzi ludzie znosili bardzo dobrze, po zastosowaniu zaś alkoholu tak jeden, jak i drugi już po upływie 15—20 minut skarżyli się na omdlewanie, zawrót głowy i znaczne osłabienie.

Stosując alkohol w stanach gorączkowych, przy których również spotykamy się z mniejszym, lub większym rozluźnieniem tętnic, zależnym prawdopodobnie od toksycznych wpływów na wazomotory, otrzymujemy mniej więcej podobne wyniki, jak to widzimy np. w doświadczeniu Nr. II, gdzie obok bardzo nieznacznego rozszerzenia tętnic spotykamy się z przyspieszeniem tętna i spadkiem ciśnienia. Jeszcze wybitniej występuje to w doświadczeniu Nr. XI (*phthisis pulm.* ciepłota 39°), gdzie sfigmograf nie wykazuje najmniejszej zmiany, czyli tętnica nie rozszerzyła się więcej, częstość tętna ta sama, a ciśnienie opada i to dość znacznie nawet.

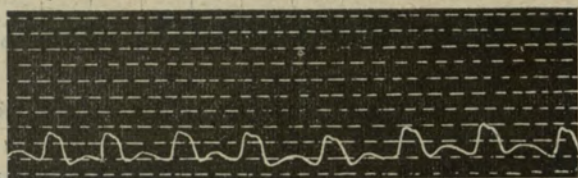
Tablica XI.



W. K. 25 lat. *Phthisis pulm.* Ciepłota 38°. Bez alkoholu.



5 min. po alkoholu.



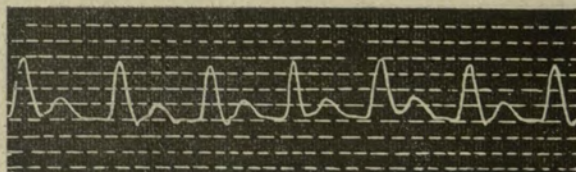
po 25-ciu min.

Jednym słowem, czy będziemy przy takim, czy innym stanie światła tętnic zapatrywać się na pracę serca po alkoholu, to zawsze musimy dojść do jednego i tego samego wniosku, t. j. że częstość tętna wskazuje przy tych warunkach na osłabienie siły skurczów.

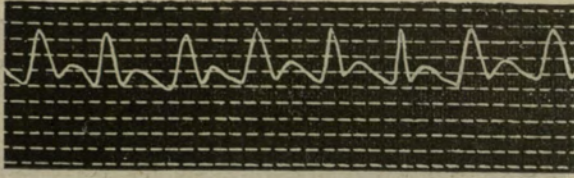
Analiza powyższych doświadczeń doprowadza nas jednocześnie do bardzo ciekawych spostrzeżeń, mianowicie: jak cały układ krwionośny kombinuje pracę pojedynczych swych ogniw, by ostatecznie zadość mózdz uczynić zapotrzebowaniu krwi przez poszczególne narządy i zwalczyć szkodliwy insult, jaki mu wprowadzamy pod postacią alkoholu.

Jeżeli ma on w rozporządzeniu dostateczną ilość siły zapasowej, to walka ta pomyślnie kończy się dla ustroju,—w razie przeciwnym musi dojść do mniej korzystnych następstw. Jako dowód przedstawiam jedno z najciekawszych doświadczeń, jakim rozporządzam [Tabl. XII].

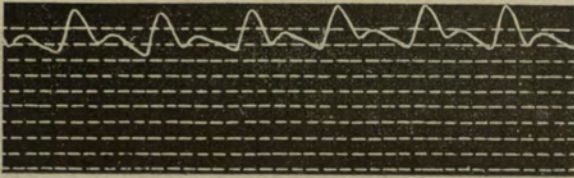
Tablica XII.



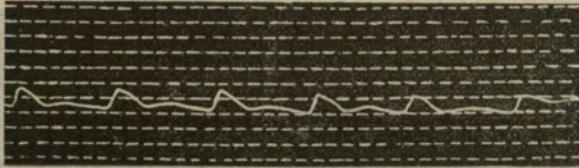
W. R. 33 lat. *Phthisis pulm.* Ciepłota 38°. Bez alkoholu.



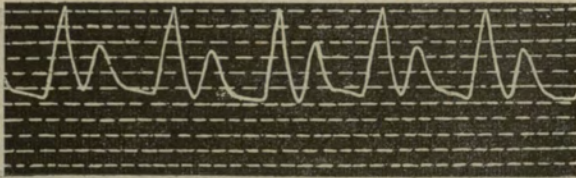
10 min. po alkoholu.



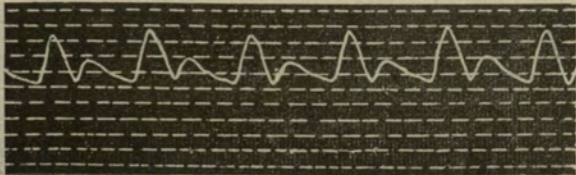
po 30-tu min.



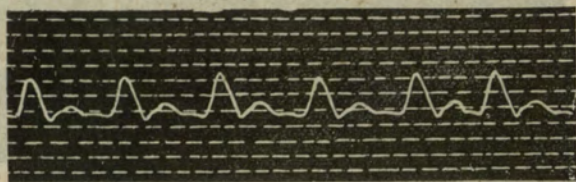
35 min. po alkoholu. *Collapsus*



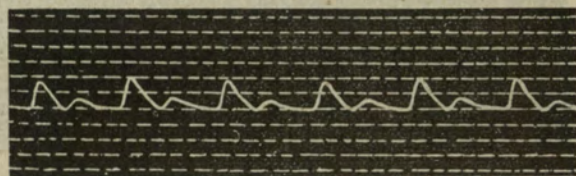
5 min. po *Kollapsie* i po alkoholu.



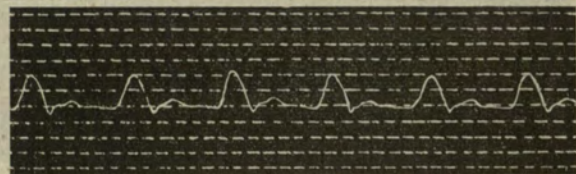
po 10-ciu min.



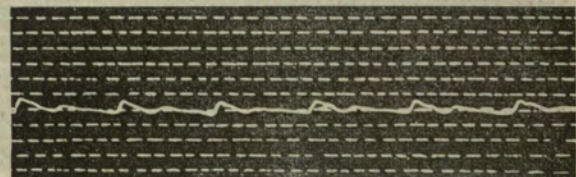
po 15 tu min.



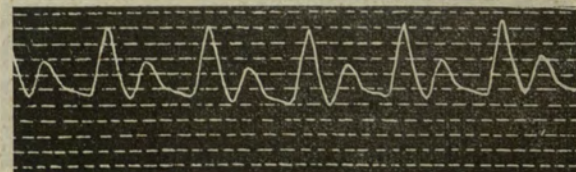
po 18-tu min.



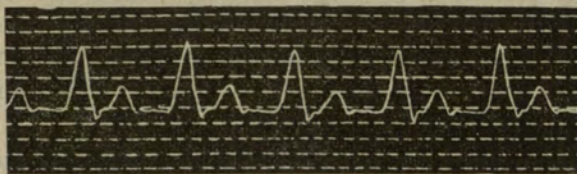
po 20-tu min.



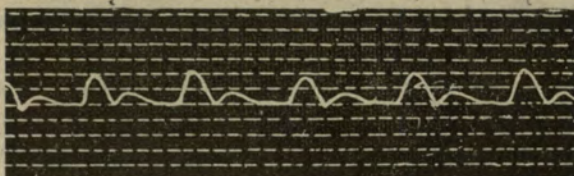
po 23-eh min. II *collaps*.



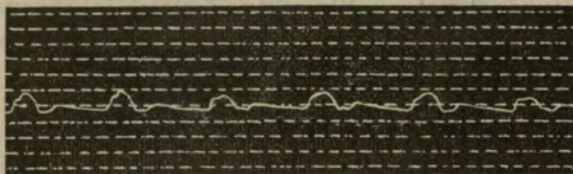
zaraz po II *kollapsie* i po alkoholu.



po 5-ciu min.



po 10-ciu min.



po 15-tu min. [zaczynający się III collaps.].

Chory suchotnik, gorączkujący, ciepłota $38\frac{1}{2}$; sfigmograf wykazuje ogromne rozluźnienie tętnicy, prawie *ad maximum*, częstość tętna 112; ciśnienie tak niskie, że niepodobna go było określić. Oczywiście mamy do czynienia z osobnikiem, u którego układ krwionośny, że użyję tego wyrażenia—pracuje z rezerwą i zgóry można było przypuszczać, iż dostatecznym będzie najmniejszy osłabiający jego pracę czynnik, by go wyprowadzić całkowicie z równowagi. W doświadczeniu z alkoholem znaleźliśmy potwierdzenie tego przypuszczenia. Przedewszystkiem tętnica prawie, że nie uległa większemu rozluźnieniu, tętno przez pierwsze 15 minut nie przyśpieszone, później staje się nawet rzadszem, niż przed alkoholem. Po 30 minutach wstępująca fala zaczyna się zmniejszać, a w 5 minut potem następuje *collapsus*. Chory dostał jeszcze 25 ctm. sz. koniaku.

Po tej powtórnej dawce częstość tętna pozostaje bez zmiany; fale: wstępująca i odbita nieco powiększają się, lecz tylko przez pierwsze 5 minut. Po 18-tu minutach wyraźne zmniejszenie się tych fal, a po 23-ich minutach drugi *collapsus* nie-

co już silniejszy. Chory, na mocy panującego przekonania o ożywym wpływie alkoholu, dostaje trzecią dawkę koniaku w ilości 25 ctm. sz. Rezultat w częstoci tętna i sfigmograficznym rysunku otrzymujemy ten sam, co i po drugiej dawce, wszelako tym razem po 15-u, a nawet już po 10-iu minutach następują oznaki zbliżającego się trzeciego kollapsu, po którym chory osłabł prawie do całkowitej utraty przytomności.

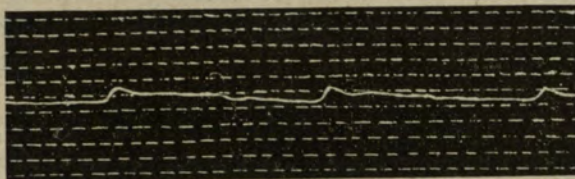
W wypadku powyższym mieliśmy do czynienia z takim stopniem wyczerpania, czy siły mięśnia sercowego, czy wreszcie sił odnośnej części układu nerwowego, że częstość skurczów nie mogła wynagrodzić ich siły; co więcej, należałoby nawet przypuszczać, że w danym wypadku ów mechanizm, reprezentujący częstość skurczów, który we wszystkich niemal innych doświadczeniach okazywał się najwięcej odpornym względem alkoholu, bo zazwyczaj jeszcze przyspieszał swą pracę, w tym razie uległ jego porażającemu wpływowi i reagował przez zmniejszenie częstości uderzeń tętna. Doświadczenie powyższe daje nam jaskrawy i bardzo pouczający przykład leczniczej wartości alkoholu. Tutaj już nie tylko nie było nawet mowy o podnieceniu przez alkohol pracy serca, ale należało się obawiać, że właśnie jego wpływ mógł tę pracę całkowicie uniemożliwić.

Chcąc możliwie wyczerpać wszystkie drogi klinicznych badań, zastosowałem alkohol jeszcze w jednym stanie wyczerpania siły mięśnia sercowego, mianowicie przy t. zw. hemisystolii. Jak wiadomo, hemisystolią nazywamy ten rodzaj pracy serca, przy którym dwum skurczom serca odpowiada jedna fala tętna na tętnicach obwodowych. W tych wypadkach każdy drugi skurcz jest o tyle stały, że nie wystarcza do wywołania dającej się wyczuć fali. Dla tego mianowicie hemisystolija okazuje się tutaj podatną, gdyż najłżejsza poprawa w sile skurczów serca musiałaby się niezwłocznie ujawnić na sfigmograficznym rysunku przez wstawienie nowej zupełnie fali tętna, *resp.* przez zdwojenie częstości tętna. U chorego, z którym robiłem doświadczenia dosyć było jednokrotnego przejścia się przez pokój, by ta druga fala już wyraźnie się zaczynała zaznaczać gdyby więc alkohol wywierał choć najmniejszy podniecający wpływ, to już byśmy mogli namacalnie go zauważyć. Alkohol jednak tych własności nie wykazał, gdyż po zastosowaniu go rysunek sfigmograficzny nie ujawnił drugiej fali [Tabl. XIII].

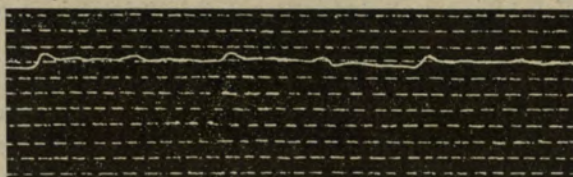
Tablica XIII.



Hemisystolia.—Tętno przy całkowitym spokoju chorego.



Tętno po jednokrotnem przejściu się chorego przez pokój.



Tętno po dwukrotnem przejściu się chorego przez pokój.



Tętno po alkoholu przy zupełnym spokoju.

Reasumując wszystkie poszczególne wnioski, do jakich kolejno przychodziliśmy, wypada alkoholowi nie tylko odmówić podniecających własności, ale należy go uznać za środek, jakkolwiek w dość słabym stopniu, ale obniżający skuteczność pracy całego mechanizmu krążenia.

Ostateczny ten wniosek najlepiej licuje z wpływem, jaki alkohol wywiera na szereg innych układów organizmu ludzkiego. W układzie nerwowym np. owo pozorne podniecenie, owa wesołość, mowność, szczerzość i otwartość są właśnie objawami poczynającego się porażenia utrzymujących je poprzednio na wodzy ośrodków psychomotornych. Niewątpliwem jest, że ta pierwotna *loquacitas* alkoholika, a bredzenie bez związku i niekiedy nawet całkowita utrata przytomności, są tylko krańcowymi stopniami jednej i tej samej sprawy. Jeżeli chory po wypiciu kieliska wódki czuje się pozornie lepiej, to ta rzekoma jego euforya może być odniesioną tylko na karb stłumienia, bądź uczucia bólu, bądź świadomości o swym stanie chorobowym; podobnie pijak marznie na śmierć, gdyż nie odczuwa bólu, a ma przymroczone pojęcie o grożącym mu niebezpieczeństwie.

W układzie mięśniowym porażający wpływ alkoholu występuje również wybitnie.

Doświadczenia na tym punkcie były wielokrotne i bardzo wielostronne, a zawsze jednakowo zgodne w swych rezultatach. Że robotnik po alkoholu może na razie zacząć usilniej pracować, to dowodzi tylko, że mniej odczuwa zmęczenie swych mięśni, czemu skutecznie jeszcze dopomaga pewna brawura, zjawiająca się również pod wpływem alkoholu, ale to tylko wszystko na razie, bo suma ogólnie wyprodukowanej pracy będzie zawsze mniejszą, niż przed alkoholem.

W zakresie systemu trawienia, zaczyna także przeważać ogólne mniemanie, że jakkolwiek soki trawienne w pierwszej chwili obficie zaczynają się wydzielać, następnie jednak wyraźnie i daleko znacznie zmniejszają się.

Co do ogólnej przemiany materii, to nie bez znaczenia mogą być fakty, ustanowione i poparte licznymi doświadczeniami przez DELÉARDE'a z instytutu PASTEUR'a, że zwierzęta uodpornione przeciw tęzczowi, tracą od alkoholu swą odporność i odwrotnie, alkoholizowane, dają się nadzwyczaj trudno uodpornić. Przy wściekliznie, jeśli były poprzednio uodpornione, to odporności od alkoholu nie tracą, ale tej ostatniej niepodobna osiągnąć, jeśli jednocześnie stosujemy alkohol. Również w tych warunkach niepodobna uodpornić je względem karbunkułu.

Jak widzimy więc, alkohol we wszystkich składowych częściach organizmu wywiera swój mniej, lub więcej wyraźny porażający wpływ; dlaczegóżby więc na mięsień sercowy miał tak specjalnie korzystnie działać?

Niektórzy przypisują szczególne znaczenie olejkom eterycznym, jakie zawarte są w starych winach, koniakach, miodach, i t. p.

Część swych doświadczeń wykonywałem z bardzo kosztownym, bo 8-mio rublowym koniakiem i żadnej różnicy w jego działaniu w stosunku do zwyczajnej wódki nie widziałem. To nawet, wzmiankowane przeze mnie powyżej doświadczenie, przy którym chory trzykrotnie uległ zapaści, było właśnie wykonywane z tym koniakiem.

Że mogą się zdarzyć wypadki, przy których lekarz dla pohamowania wrażliwości, czy nadmiernej nerwowej pobudliwości chorego uzna za właściwe zastosować alkohol, nie przeczę, ale zdaje się, że też to będzie i jedyne pole dla terapii alkoholowej; w stosunku zaś do mięśnia sercowego wpływ alkoholu, jakkolwiek w stopniu względnie dość umiarkowanym, ale stanowczo winniśmy uznać za ujemny.

NOTATKI LEKARSKIE.

3. O odróżnianiu lasecznika Koch'a od lasecznika smegmae.

W Nr. 30-ym czasopisma „*Ctbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten*“ z 1901 r. dr. A. MOELLER [z Belzig'u] w odczycie, wygłoszo-

nym w Londynie na Kongresie gruźliczym, podaje wynik swoich badań w sprawie odróżniania lasecznika gruźliczego KOCH'a od tak zwanych laseczników pseudo-tuberkulicznych, do których zalicza: *bacillus leprae*, *bac. smegmae*, *bac. Avis*, *bac. PETRI-RABINOWITSCH*, znalezione przez nich w maśle i w mleku, tak zwany *Mistbacillus*, znalezione przez autora w gnoju i kale przeżuwających zwierząt i *bac. Timothei*. O lasecznikach pseudo-tuberkulicznych jeden z nas [PODCZASKI] poda wkrótce szczegółowe badania.

Obecnie chcemy tylko zaznaczyć sposób odróżniania lasecznika gruźliczego KOCH'a od lasecznika *smegmae*, ponieważ oba te laseczniki, mogą się znajdować w wydzielinach ludzkich jak oto: w kale, ropie, moczu i t. p. i przy nieodpowiednim badaniu powodować błędne rozpoznanie. Dr A. MOELLER w swojej pracy zaznacza, że lasecznik *smegmae* jest odporny, to jest nie odbarwia się kwasami mineralnymi i jest mniej odporny, aniżeli lasecznik gruźliczy KOCH'a na alkohol. Hodowli z lasecznika *smegmae* dr A. M. nie otrzymał. Stąd różniczkowe kliniczne rozpoznanie tych dwóch laseczników podług dra A. MÖLLER'a jeśli nie jest niemożliwym, to w każdym razie nader trudne. Badania zaś nasze, dokonywane od lat kilku, wykazały, iż lasecznik *smegmae* jakkolwiek morfologicznie nie odróżnia się do lasecznika tuberkulicznego KOCH'a i nie daje hodowli, daje się jednak stanowczo odróżnić drogą barwienia. Jest on bowiem odporny na kwasy mineralne, lecz odbarwia się za pomocą alkoholu i daje się następnie podbarwiać, np.: błękitem metylenowym. Barwienie zatem z odbarwianiem kwasami mineralnymi i alkoholem stanowczo wyodrębnia te dwa laseczniki od siebie.

Leon Nencki, T. Podczaski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 24. IX. 1901 r.

1) NEUGEBAUER przedstawił usunięty przez niego za pomocą cięcia brzuszego płód pozamaciczny żeński, który 6 tygodni temu obumarł w 7-ym miesiącu ciąży.

2) OLTUSZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zbroczeń mowy“, Rzecz ta drukowana będzie w Gazecie.

Posiedzenie z dnia 8. X. 1901 r.

1) KOZERSKI przedstawił chorą lat 20, dotkniętą rzadkiem nader cierpieniem skóry (*epidermolysis bullosa hereditaria c. atrophica consecutiva*), polegającym na wrodzonym nieledwie tworzeniu się na skórze pęcherzów, które, niejednokrotnie na jednym i tem samym miejscu powstając, pozostawiają po sobie blizny. U przedstawionej chorej cierpienie to zaczęło występować już w 9-ym dniu życia. W obecnej chwili najwięcej zmienioną przedstawia się skóra na obwodowych częściach kończyn: posiada barwę wiśniowo-siną, jest bliznowato zwyrodniałą, pargaminową, pooraną głębokimi, rzadkimi bruzdami i miejscami pokrytą przez pęcherze wielkie, surowicze, krwawe lub ropnej zawartości. Podobne pęcherze zrzadka widać i na normalnej skórze muszli usznych, szyi, tułowia, ramion i ud. Skóra rąk jest w stanie silnie posuniętego zaniku, twarda, napięta, gładka, woskowo połyskująca, skurczona. Brak zupełny paznokci u rąk i nóg, nawet ich łożysko zupełnie zatarte przez bliznowatą skórę.

Pośród 9-rka rodzeństwa chorej, na tę samą chorobę cierpi jeszcze 10-letnia siostra, u której pierwszy pęcherz zjawił się w 2 tygodnie po przyjściu na świat.

2) Z. ENDELMAN przedstawił dwie kobiety, u których dokonane zostało przez JUROWSKIEGO cięcie cesarskie sposobem FRITSCH'a.

3) NEUGEBAUER przedstawił preparat znacznych rozmiarów włóniaka [obwód pionowy 51 ctm., poprzeczny 36 ctm.] szyjki macicznej, usuniętego u 36 letniej kobiety *per vaginam* za pomocą grajcarca francuskiego. N., omawiając przebieg operacji, wskazuje na korzyści, jakie daje posiłkowanie się tym narzędziem.

4) BRONOWSKI, przedstawivszy dwie chore, wypowiedział słów kilka w kwestyi względnej uleczalności gruźlicy u dzieci w wieku przed okresem rozpoczynającego się rozwoju płciowego. Przedstawione dziewczynki, lat 11 i 12, przybyły do szpitala na Pradze z objawami ciężkiej gruźlicy ogólnej, a mianowicie gruźlicy płuc, kiszek, gruczołów chłonnych, uszu, przy wysokiej ciepłocie ciała [39°, 40° C.], przy ogólnem osłabieniu i wyniszczeniu organizmu i bieguncce. Po 6-iu miesiącach leczenia w szpitalu obie chore wypisały się wprawdzie z objawami nacieczenia w górnych odcinkach płuc, ale w stałchłonne bezgorączkowym, bez biegunki, z znacznie zmniejszonymi gruczołami nymi, bez ropienia z uszów i z znacznym przybytkiem na wadze. Laseczniki Koch'a w płwocinie u jednej chorej znikły zupełnie, u drugiej zaś wykrywano je z trudnością, przedtem zaś były bardzo liczne. Te dodatnie wyniki kuracji B. przypisuje szczególnym warunkom, w jakich znajduje się organizm dziecka, do czasu rozpoczynającego się rozwoju płciowego. Warunki te polegają: 1) na lepszem odżywianiu się dzieci i 2) żywszej przemianie materji, aniżeli u dorosłych. Wskutek pewnych anatomicznych warunków organizmu dziecięcego wogóle i kanału pokarmowego w szczególności, wchłanianie pokarmów odbywa się u dzieci znacznie lepiej, a zdolność ich przyswajania daleko większa, niż u dorosłych. Na istnienie u dzieci szybszej, aniżeli u dorosłych przemiany materji, zdaniem B., wskazuje wiele danych: dzieci jedzą stosunkowo więcej niż dorośli, więcej wydzielają moczu i więcej przyjmują tlenu. Że ten ostatni fakt ma miejsce, B. dopatruje się w tem, że u dzieci prawe komory serca są większe, tętnica płucna z rozgałęzzeniami jest szerszą, niż u dorosłych, przez co krew u dzieci dopływa do płuc w większej stosunkowo ilości, pozostaje pod mniejszym ciśnieniem, co znowu sprzyja pochłonięciu tlenu i wydalaniu kwasu węglowego. Wzmózona przemiana materji u dzieci ma tę jeszcze cechę, że przychody zawsze są większe od rozchodów, część bowiem rozchodów musi iść na wzrost organizmu. Wszystkie powyżej wskazane warunki, szeroko przez prelegenta omówione, jak również jeszcze i ta okoliczność, że dzieci mniej narażone są na wyczerpujące wrażenia psychiczne, sprawiają, że ustrój dziecięcy, zdaniem prelegenta, więcej odporny jest w walce z gruźlicą, niż dorosłych.

W dyskusyi BIRO wskazuje, że przeciwko pogładowi prelegenta przemawia fakt, że śmiertelność wśród dzieci jest ogromna i że całe grupy chorobowe istnieją tylko u dzieci.

Prof. BARANOWSKI na ogół podziela poglądy mówcy i zaznacza, że choć wrażliwość na zarazki u dzieci jest większa, lecz wobec pewnych zarazków organizm dziecka jest odporniejszy; że tę odporność można zwiększyć, dowodzą doskonale wyniki leczenia w tych przypadkach, kiedy organizm z bardzo ciężkich warunków przechodzi do lepszych. Co się tyczy przypadków prelegenta, to w nich mogły się odbywać dwie sprawy równoległe: *pneumonia catarrhalis* i sprawa swoista gruźlicza. Pierwsza sprawa mogła ustąpić, a druga trwać dalej, choć w stopniu znacznie słabszym.

RZĘTKOWSKI zaznacza, że gruźlica u dzieci wogóle przebiega łżej i dotyczy najczęściej narządów mniej ważnych. W płucach istnieją u dzieci jakieś nieznanne nam bliżej warunki, które nie pozwalają na osiedlanie się tam zarazków, a przynajmniej na rozwijanie się tam ciężkiej postaci gruźlicy.

POLIKIER żałuje, że mówca nie zebrał odpowiedniej statystyki.

ŻURAKOWSKI ALEKSANDER na dowód, że dzieci są mniej wrażliwe na gruźlicę, przytacza fakt, że umiejscawia się ona u dzieci przeważnie w gruczołach chłonnych, w narządach obronczych organizmu.

NUSBAUM zwraca uwagę na konieczność rozróżniania wrażliwości t. j. łatwości wtargnięcia do ustroju zarazków od odporności t. j. zdolności do walki z ustrojami.

MARKIEWICZ zaznacza, że przy zbieraniu odpowiedniej statystyki należy uwzględnić nie tylko to, ile osób w danym wieku umiera na daną chorobę, lecz jeszcze, ile osób w danej ludności należy do danej kategorii wiekowej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

116. Justesen. O wpływie rozmaitych pokarmów na wydzielanie kwasu solnego i na ciśnienie osmotyczne w normalnym żołądku ludzkim.

W ostatnich latach próbowano rozwiązać pytanie, czy rozmaite pokarmy wywołują określony wpływ na pojedyncze funkcje żołądka. SCHÜLE doszedł do wniosku, że jakość pokarmów nie ma znacznego wpływu na wydzielanie kwasu solnego. Według STRAUSS'a podawanie tłuszczów i cukru znacznie obniża wydzielanie kwasu solnego. Według VERHAEGEN'a cukier obniża wydzielanie kwasu solnego, natomiast mięso wywołuje wydzielanie soku żołądkowego z wysoką zawartością. HEMMETTER i PAWŁOW [badania na psach] otrzymywali wysokie cyfry kwaśności po pożywieniu białkowym, mniejsze po węglowodanach. Autor czynił doświadczenia oddzielnie z pokarmami stałymi i oddzielnie z płynnymi. Otóż przy stopniowym przejściu od podawania samego mięsa otrzymywał: 1) stopniowe zwiększanie się ilości całkowitego kwasu solnego do podwójnej wysokości, 2) stopniowe zwiększanie się ilości wolnego kwasu solnego, aczkolwiek w stopniu już mniejszym, 3) stopniowe przedłużanie się czasu trwania trawienia, 4) zachowywanie się kwaśności ogólnej przypominało zachowywanie się kwaśności od kwasu solnego, 5) przy rozmaitych ilościach wagowych rozmaitych pokarmów — ilości odpowiadających im kalorii, oraz najwyższe cyfry ogólnych kwaśności wahały się w kierunkach odwrotnych.

Próby z pokarmami płynnymi w porównaniu ze stałymi wykazały co następuje: 1) ogólna kwaśność nie przenosi nigdy 50 [przeciętne 40], wolny kwas solny nie przekracza 30; 2) trwanie trawienia jest względnie krótkie [1½—2 godziny]. Jakkolwiek określanie ogólnej kwaśności i wolnego kwasu solnego posiada swoje znaczenie kliniczne, nie daje ono jednak, według autora, należytego pojęcia o wydzielniczej sprawności gruczołów żołądkowych, ponieważ część wyprodukowanego kwasu solnego zostaje związana w sole. Należy się tutaj kierować ilością chlorków, wyrobionych przez żołądek, którą możemy określić, odjąwszy od ogólnej ilości chlorków w zawartości żołądka ilość chlorków, wprowadzonych z pokarmami.

Badania autora wykazały, że pomimo największych różnic w pokarmach, pomimo największych wahań w ilościach ogólnej kwasności i wolnego kwasu solnego, cyfra chlorków („*der haematogene Chlor*“) podlega wahaniom minimalnym 90—110.

Prócz wydzielania kwasu solnego, prócz wydzielania zaczynów trawienych, [które nie weszło w zakres pracy autora], istnieje w żołądku jeszcze jedna sprawa wydzielnicza, a mianowicie: wydzielanie wody. Spostrzegano od dawna, że w pewnych przypadkach można znaleźć w żołądku wody więcej, aniżeli było do niego wprowadzonej. Według VERHAEGEN'a jest to sprawa przestankowa, odbywająca się w odźwierniku; uważa on ją za aparat samoobronny organizmu przeciwko nadwyżce wolnego kwasu solnego. Od czasu badań doświadczałnych WINTER'a, ROTH'a i STRAUSS'a wysunęła się na widownię kwestya molekularnej koncentracji zawartości żołądka, oraz powstała nowa metoda badania wydzielniczej czynności żołądka: metoda kryoskopowa [wprowadzona do medycyny przez KORANYI'ego]. Wiadomo jest, że płyn posiada tem niższy punkt zamarzania [punkt kryoskopowy], im więcej substancji rozpuszczonych w sobie zawiera, czyli im większą molekularną koncentrację posiada. Z punktu zamarzania więc danego płynu można wytworzyć sobie pojęcie o jego molekularnej koncentracji. rozmaite punkty zamarzania pojedynczych płynów sprowadzamy do wody destylowanej, jeżeli więc np. roztwór posiada punkt kryoskopowy o $0,33^{\circ}$ C. niższy od punktu zamarzania wody destylowanej, wtedy mówimy, że jego obniżenie punktu kryoskopowego [= Δ] wynosi $0,33^{\circ}$ C. WINTER wykazał, że surowica krwi posiada $\Delta = 0,56^{\circ}$ C. Stwierdził on prócz tego, że żołądek czczy oraz zawartość jego w końcu trawienia posiadają Δ niższe, aniżeli surowica krwi, wskutek czego podczas spokoju organu nie może przejść z krwi do żołądka żaden płyn [przeciętnie $\Delta = 0,36^{\circ}$ C.— $0,55^{\circ}$ C.]. Prędkość, z jaką żołądek zmienia pierwotną koncentrację wprowadzonego pokarmu na taką, któraby znajdowała się zewnątrz podanych granic, stanowi energię trawienią żołądka. NaCl, stanowiąca $\frac{1}{4}$ wszystkich rozpuszczonych substancji, według hipotezy v. ARRHENIUS'a odgrywa ogromną rolę w zachodzących tu sprawach osmotycznych.

ROTH i STRAUSS doszli do przekonania na podstawie badań kryoskopowych, że żołądek jest narządem *par excellence* wydzielniczym, lecz w nieznacznym stopniu wchłaniającym: przygotowuje on tylko pokarmy do wchłaniania w przewodzie kiszkiowym. Płyny, wprowadzone do żołądka, stosownie do swej koncentracji dadzą się podzielić na hyper- hypo- i izotoniczne w stosunku do surowicy krwi. Ciekawym jest fakt, że rozcieńczeniu podlegają roztwory nie tylko hipertoniczne, lecz i hypo- i izotoniczne z krwią „choć w tym ostatnim przypadku woda dostaje się do żołądka raczej wbrew prawom ciśnienia osmotycznego, aniżeli zgodnie z niemi. Oczywiście czynność żywego nabłonka odgrywa tu rolę niepoślednią. Wydzielanie, mające na celu rozcieńczenie zawartości żołądka, w stanach chorobowych podlega wahaniom bardzo nieznacznym.

Przechodząc do streszczenia wyników własnych doświadczeń, autor zaznacza, że przy podawaniu najrozmaitszych pokarmów zawsze spotykamy się z jednym faktem, mianowicie: ku końcowi trawienia wszystkie wielkości Δ dążą do jednego określonego punktu — pomiędzy $0,37$ — $0,44^{\circ}$; są to t. zw. „granice stałe“ (*Contanzzone*), między którymi zachodzą minimalne wahania. Stan ten nazywamy *gastroizotonią*. Autor przy pomocy metody kryoskopowej określił stopień koncentracji rozmaitych substancji pokarmowych. Twierdzi mianowicie, że w określaniu koncentracji molekularnej mamy pewniejszy wskaźnik dla badań porównawczych co do reakcji wydzielniczej żołądka na rozmaite substancje pokarmowe — od używanych dotychczas obli-

czeń kolorymetrycznych i wagowych. Jasne jest, że otrzymywane cyfry kwasu solnego wykazywać muszą rozmaite wielkości stosownie do tego, czy zawartość żołądka rozcieńczona została w mniejszych lub większych ilościach wody, chociażby absolutne postaci wydzielonego kwasu solnego były jednakowe. Tylko przy stosowaniu rozczywnów ekwimolekularnych wykluczyć możemy poważne źródło błędów i otrzymać dokładne pojęcie o wpływie stosowanych pokarmów i leków.

(*Zeitschrift für klinische Medicin*. 1907. T. 41. Z. 5 i 6).

Władysław Sterling.

117. Schmidt. Przyczynek do sposobów wczesnego rozpoznawania tyfusu brzuszego.

Rozpoznanie tyfusu brzuszego we wczesnym okresie należy do trudniejszych zadań dyagnostyki. Wprawdzie mamy obecnie środek pomocniczy w serodyagnostyce [próbą VIDAL'a]; są to jednak badania laboratoryjne i dlatego tem większe mają znaczenie wszystkie badania, dające możność wczesnego rozpoznania tyfusu brzuszego jedynie na zasadzie badania chorego.

Otóż zmiany w krtani pozwalają rozpoznać tyfus brzuszny w tym już okresie, kiedy obraz kliniczny jest jeszcze bardzo niejasny. Zmiany w krtani w dalszym przebiegu tyfusu ogólnie są znane; w danym razie chodzi o zmiany w krtani, występujące jako jedne z pierwszych, ja przynajmniej bardzo wczesne objawy tyfusu.

Autor obserwował dwa przypadki tyfusu, w których znalazł jednakowe zmiany w krtani. Pierwszy przypadek dotyczył chorego, który zjawił się do szpitala w 14-y m dniu choroby. Choroba zaczęła się silnym bólem głowy, krzyża i gardła [chory z trudnością mógł łykać]. Przy badaniu na skórze brzucha i pleców wysypka nie typowa dla tyfusu brzuszego, przypominająca najbardziej wysypkę ospową w pierwszym okresie jej powstawania. Śledziona niepowiększona, niewysuwalna i niebolesna, język wilgotny.

W krtani następujące zmiany: górny brzeg nagłośni, więcej zwrócony ku krtaniowej powierzchni, pokryty białym, trochę wystającym nad powierzchnię, nalotem, otoczonym czerwoną obwódką; krtaniowa, szczególnie zaś językowa powierzchnia nagłośni, bardzo czerwona. Znaczna prócz tego czerwoność obydwóch chrząstek nalewkowych. W danym przypadku, wobec bólów krzyża na początku choroby i wysypki bardzo zbliżonej do wysypki ospowej, można było postawić rozpoznanie ospy. Następny przebieg choroby, jak również i próba VIDAL'a stwierdziły tyfus brzuszny. W drugim przypadku z typowymi objawami tyfusu brzuszego, bez znacznych skarg chorego ze strony gardła [prócz lekkiego drapania], autor w 10-y m dniu choroby znalazł przy badaniu krtani nagłośnię bardzo zaczerwienioną i obrzmiałą; wolny brzeg jej na szerokość 2 mm. {znacznie zgrubiał i pokryty białym, wystającym nad powierzchnię nalotem; prócz tego na granicy twardego i miękkiego podniebienia trzy czerwone plamy (*roseolae*)—reszta błony śluzowej krtani biała i nieobrzmiąta.

Obrzmienie i czerwoność nagłośni w obydwóch przypadkach powoli zmniejszały się, nalot znikł, nie pozostawiając żadnego śladu. W obydwóch przypadkach tyfusu brzuszego mamy do czynienia z identycznymi zmianami krtani; są to objawy zapalne, ściśle ograniczone do nagłośni, a właściwie górnego jej brzegu; biały nalot powstał skutkiem nekrozy i łuszczenia się powierzchniowych warstw błony śluzowej. Obydwa przypadki tyfusu brzuszego należały do lekkich; okazuje się więc, że zmiany w krtani mogą być i w lekkich przypadkach tyfusu, nie tylko w ciężkich, jak ogólnie przypuszczano. Ze

strony głosu żadnych zmian nie było, co jest bardzo naturalne wobec tego, że zajęta była tylko nagłośnia. Do owrzodzeń nie doszło, sprawa cała była powierzchowna. Znaczenie zmian w krtani *resp.* nagłośni przy tyfusie brzuszny dla dyagnostyki różniczkowej potwierdza przypadek KOBLER'a. Chodziło o kombinację tyfusu z malaryą. Rozpoznanie malaryi opierało się na anamnezie, typie gorączki i badaniu krwi—jednoczesny ból gardła skłonił do laryngoskopowania chorego. Obraz krtaniowy [taki sam jak i w poprzednich przypadkach] naprowadził KOBLER'a na myśl, że w danym przypadku mamy prócz malaryi i tyfus brzuszny. Rzeczywiście, dalszy przebieg choroby najzupełniej potwierdził rozpoznanie, a mianowicie: kombinację malaryi z tyfusem brzuszny.

Zmiany w krtani przy tyfusie brzuszny ogromne mają znaczenie dyagnostyczne w przypadkach niejasnych spraw gorączkowych. Zmiany w krtani występują jeżeli nie na samym początku choroby, to w każdym razie w tym czasie, kiedy obraz kliniczny nie przedstawia się jeszcze zupełnie jasno i wyraźnie. W każdym wątpliwym przypadku należy zbadać krtani, nawet jeżeli niema żadnych skarg ze strony gardła.

(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde. Nr. 4. r. 1901.*)

Maurycy Hertz.

118. Mohr i Salomon [z kliniki v. NOORDEN'a]. Badania nad fizyologią i patologią powstawania i wydzielania się kwasu szczawiowego u ludzi.

Znaczenie, powstawanie i wydzielanie się kwasu szczawiowego w moczu stanowi przedmiot ciągłych dociekań medycyny wewnętrznej i chemii fizyologicznej. Przy badaniach nad fizyologią wydzielania się kwasu szczawiowego nasuwają się następujące pytania:

Czy kwas szczawiowy zostaje wytwarzany przez ustrój ludzki?

FUERBRINGER na podstawie swych analiz ilościowych sądzi, że kwas szczawiowy jest normalnym składnikiem moczu ludzkiego, a więc wytwarza się w warunkach normalnych w samym ustroju. Pogląd ten został w ostatnich czasach stwierdzony niezbitcie przez wielu badaczy. Autorzy referowanej pracy również znajdowali średnio 1,5—6 mgr. kwasu szczawiowego w moczu osobników, otrzymujących pokarmy bez tego kwasu, jak: mleko, jaja, masło, śmietanę i t. p. [Dyeta mleczna, widzimy stąd, nie usuwa kwasu szczawiowego z moczu, jak mniemali ESBACH i DUNLOP].

Czy istnieje oksalurja pokarmowa?

Wiele roślin, spożywanych przez nas, zawiera kwas szczawiowy. Nasuwa się pytanie, jak wpływa na wydzielanie kwasu szczawiowego zawartość tegoż w pokarmach. Już C. SCHMIDT powątpiewał o możliwości przejścia do moczu spożytego kwasu szczawiowego *resp.* jego soli. W ostatnich czasach ABELES przyłączył się do zdania SCHMIDT'a. Opierając się na badaniach własnych, uważa on szczawiany za sole obojętne dla ustroju. Szczawiany rozpuszczalne przechodzą, według niego, w kiskach w nierozpuszczalny szczawian wapnia i jako takie wychodzą wraz z kałem. Jednak liczne badania innych uczonych dowiodły, że przechodzenie do moczu spożytego wraz z pokarmami kwasu szczawiowego jest faktem rzeczywistym. Co prawda, do moczu i kału przechodzi tylko nieznaczna część tegoż, trzeba zatem przypuszczać, że większa część kwasu szczawiowego rozmaitych potraw zostaje w ustroju utlenioną do CO_2 i H_2O . Przypuszczenie podobne wyjaśnia wiele sprzeczności w rezultatach badań nad wydzielaniem się kwasu szczawiowego. Dotychczas jednak nie wiemy nic, dlaczego ten przejściowy produkt przemiany—za taki powinniśmy poczytywać kwas szczawiowy—zjawia się w moczu raz w większej, drugi raz

w mniejszej ilości. Jedni [PROUT, BENECKE] upatrują przyczynę tego w zbyt powolnej przemianie materji, inni [GALLOIS, FUERBRINGER] w nieprawidłowem utlenianiu się kwasu moczowego.

Co i jak wpływa na ilość kwasu szczawowego w moczu?

Wprowadzanie do ustroju np. kwasu solnego niewątpliwie zwiększa ilość kwasu szczawowego w moczu. Jest to *a priori* łatwe do zrozumienia, ponieważ szczawian wapnia rozpuszcza się w kwasie solnym. Autorzy w jednym przypadku skonstatowali u chorego, który brał *ac. muriat. dil.*, podniesienie się ilości kwasu szczawowego w moczu z 6,9 mgr. do 19 mgr.

Przy wprowadzaniu alkaliu ilość kwasu szczawowego w moczu zmniejszyła się.

Z jakiego materiału komórki ustroju wytwarzają normalnie kwas szczawowy?

Jedni twierdzą, że z węglowodanów i ciał azotowych, NEUBAUER zaś wykazał, że na zewnątrz ciała kwas szczawowy może powstawać [jako produkt rozpadowy] zarówno z tłuszczów, jak węglowodanów i białka, a następnie, co przed nim stwierdził już WOHLER, że kreatyna, guanina, krochmal, cukier gronowy, cukier mleczny, tyrozyna, kwas jabłeczny, cytrynowy, bursztynowy, waleryanowy, masłowy etc. mogą—przy przetapianiu z alkaliami—dać początek kwasowi szczawowemu. Jednakże WESLEY MILLS i LUETHIE stwierdzili stanowczo, że karmienie węglowodanami pozostaje zupełnie bez wpływu na ilość wydalonego kwasu szczawowego, a SALKOWSKI mniema, że dodatek węglowodanów i tłuszczu może ograniczyć kwas szczawowy w moczu w takim stopniu, jak np. wydzielanie acetonu.

Z trzech dużych grup pokarmów pozostałoby więc jako źródło kwasu szczawowego białko, właściwiej grupa pokarmów azotowych. Zgadza się z tem fakt, że mięsożerny pies wydziela stosunkowo więcej, niż człowiek, kwasu szczawowego. Co się tyczy różnych rodzajów ciał azotowych, to niewątpliwie [stwierdziły i badania naszych autorów—MOHR'a i SALOMON'a] karmienie żelatyną i tkankami łącznymi wywołuje zwiększone wydzielanie się kwasu szczawowego.

Ostateczny wniosek autorów co do powstawania kwasu szczawowego, oparty na całym szeregu ścisłych badań [patrz oryginał], jest taki: kwas szczawowy jest produktem przemiany substancji azotowych ciała, a wydzielanie się jego znajduje się w ścisłym związku z wydzielaniem się kwasu moczowego; nie można jednak wykazać bezpośredniego wpływu rozpadu ciał białkowych na ilość wydzielającego się kwasu.

Zaraz po wykryciu kwasu szczawowego w moczu ludzkim zwrócono główną uwagę nań ze względów patologicznych. Szczególnie zajmowano się sprawą tą w pierwszej ćwierci i w połowie ubiegłego stulecia, gdy PROUT stworzył pewien obraz chorobowy, który nazwał *oxaluria* albo *dieta szczawową*, i który chciał pomieścić w rzędzie chorób tak zw. ustrojowych. Jednak GALLOIS i inni uczeni, opierając się na licznych spostrzeżeniach klinicznych, nie chcieli uznać znaczenia tego kwasu dla ustroju ludzkiego; wykazali natomiast, że w pewnych, zupełnie normalnych warunkach, można znaleźć w moczu każdego zdrowego człowieka kryształki kwasu szczawowego *resp.* jego soli. Z drugiej strony nadmieniali oni, że w niektórych chorobach, jak w nasieniotoce, pewnych chorobach ustroju nerwowego i narządów trawienia, kwas szczawowy znajduje się w ilości zwiększonej. Obecnie nie uznajemy oksaluryi jako cierpienia samobistnego, w rodzaju moczówki cukrowej; wiemy jednak, że w niektórych razach zachodzi fizjologiczne zwiększone wydzielanie się kwasu szczawowego.

Co do etjologii i istoty oksaluryi, to przypisują tu znaczenie dziedziczności [BEGBIE], upośledzeniu układu nerwowego [BERO] nieostate -

nej asymilacji kwasu szczawiowego, wprowadzonego z pokarmami [PROUT], zaburzeń w narządach oddechowych [LEHMANN] i t. d.

W jakich chorobach spostrzegamy zwiększone wydzielanie się kwasu szczawiowego?

Na zasadzie badań własnych i obcych, autorowie twierdzą, że w neurastenii stale mamy do czynienia z oksalucją; co się tyczy zaś chorób innych, jak: moczwka cukrowa, dna, otłuszczenie, kamica żółciowa i in., to wyniki badań różnych autorów często przeczą sobie wzajemnie, jest to więc sprawa dotychczas nierozstrzygnięta.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin* T. 70, Z. 5 i 6). J. Lipsztat.

119. Hensay. O trawieniu wodorów węgla przez ślinę w żołądku.

Dotychczas różnią się poglądy autorów na udział śliny w trawieniu węglowodanów. Nawet ci, którzy udział ten uważają za znaczny, nie określają bliżej, ile z tych węglowodanów, jakie zwykle spożywamy, zostaje przetrawionych jeszcze przed opuszczeniem żołądka, to jest, ile z nich podlega dopiero działaniu trzustki.

Jedni uczeni, jak NEUMEISTER, BRUECKE, BOAS, EWALD i inni twierdzą, że w żołądku, nawet po spożyciu obfitej ilości węglowodanów, udaje się wykryć tylko ślady cukru i że „u człowieka działanie chemiczne śliny jest żadne, ponieważ, gdy tylko pokarmy, zawierające krochmal, wejdą do żołądka, działanie ptyaliny zostaje zniesione przez kwaśny sok żołądkowy” [NEUMEISTER]. Inni natomiast, jak badacze z ostatniej doby: WEINSTEIN i LEHMAN, utrzymują że działanie śliny jest dość znaczne i bardzo szybkie i że przez to amyloliza w żołądku nie jest tak nieznaczna, jak myślano dotychczas.

Dla wydania sądu o amylolizie, jaka zachodzi u człowieka w ustach i żołądku, autor określał w zawartości żołądka, w pewien czas po spożyciu pokarmu z węglowodanów, stosunek węglowodanów rozpuszczonych do nierozpuszczonych.

Doświadczenia te (po szczegóły odsyłamy czytelników do artykułu oryginalnego), wykonane z zachowaniem pewnych ostrożności na ludziach zdrowych, z zupełnie normalnem trawieniem, wykazały, że bardzo dużo krochmalu, w każdym razie więcej, niż by się można było spodziewać, rozpuszcza się od działania śliny i że ślina, prócz znaczenia fizycznego, posiada wcale dużą i ważną dla ustroju wartość chemiczną.

Autor okazyjnie badał i wchłanianie cukru przez ściany żołądka. Użył w tym celu sposobu MERING'a [emulsja z papki owocowej resp. cukru i tłuszczu: żołądek tłuszczu nie wchłania, gdyby się więc cukier wchłaniał, to zmieniłby się stosunek między cukrem a tłuszczem na korzyść tłuszczu], lecz doświadczenia te nie dały żadnego rezultatu stanowczego.

(*Münchener medicinische Wochenschrift* 1901, Nr. 30). J. Lipsztat.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 2 listopada r. b. odbyło się w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem nadzwyczajne posiedzenie, poświęcone wyłącznie uczczeniu zasług i pamięci ś. p. prof. MARCELEGO NENCKIEGO. W sali posiedzeń Towarzystwa, ozdobionej portretem

nieboszczyka, prócz bardzo wielu członków Towarzystwa, zgromadzili się przyrodnicy, kilku aptekarzy i członków rodziny ś. p. NENCKIEGO. Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa Towarzystwa kol. S. MARKIEWICZA, przemawiali kolejno, kol. NUSBAUM o witalizmie i poglądach w tym względzie NENCKIEGO i kol. PRUSZYŃSKI o zasługach M. NENCKIEGO na polu badań chemicznych i bakteriologicznych; kol. JAKOWSKI o pracach NENCKIEGO, dotyczących trawienia i kol. PALMIŃSKI o odkryciach NENCKIEGO, dotyczących księgosuszu i surowicy przeciwksięgosuszowej. Prace te, malujące dosadnie zasługi naukowe nieodżałowanej pamięci prof. M. NENCKIEGO, zyskały ogólny poklask audytorium. Wszystkie te prace znajdują czytelnicy wydrukowane w Nr 46 i 47 „Gazety“, które będą wyłącznie na ten cel poświęcone. Na temże posiedzeniu prezes zawiadomił, iż zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wystąpi z projektem zawieszenia portretu ś. p. NENCKIEGO na stałe w sali posiedzeń Towarzystwa i porozumie się z Towarzystwem chemików i przyrodników Warszawskich, celem obmyślenia sposobu utrwalenia pamięci prof. M. NENCKIEGO.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. Medycyna № 41.

E. FLATAU i J. KOELICHEN. O stwardnieniu rozsianem (*sclerosis multiplex*), przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*) [C. d.].
 I. SACHS. Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historii ginekologii [D. n.]. — № 42. T. CZAPLIŃKI. O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit. Sposzczerzenie kliniczne i doświadczalne. E. FLATAU i I. KOELICHEN. O stwardnieniu rozsianem (*sclerosis multiplex*) przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*) [C. d.]. — № 43. S. MUTERMILCH. Ś. p. dr MARCELI NENCKI [Wspomnienie pośmiertne]. E. FLATAU i J. KOELICHEN. O stwardnieniu rozsianem (*Sclerosis multiplex*) przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego [Dk.]. CZAPLIŃKI. O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit [C. d.]. — № 44. STEINHAUS. O nowotworach mieszanych ślinianek. T. CZAPLIŃKI. O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit [Dk.]. — *Przegląd Lekarski* № 39. A. FROMMER. O próbach zastąpienia jodoformu węglem. L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii [Dk.]. I. FELS. O „zaraath“ biblii hebrajskiej. Przyczynek do historii trądu [Dk.]. — № 41. L. RYDYGIER. Nowy sposób podwiązania tętn. bezimiennej oraz opis przypadku podwiązania tętn. podobojczykowej. I. KRZYŻKOWSKI. Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika. W. HERMAN. Przyczynek do techniki wycinania wyrostka robaczkowego. — № 42. R. BARAŃCZ. Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy [tracheoplastyki]. I. KRZYŻKOWSKI. Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika [Dk.]. — № 43. Prof. BROWICZ. W sprawie pochodzenia substancji skrobiowatej. A. WĄTOREK. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej. — № 44. T. ZALEWSKI. Przyczynek do nauki o postępowaniu pooperacyjnem po atykoantrotomii. Prof. BROWICZ. W sprawie pochodzenia substancji skrobiowatej [Dk.]. A. WĄTOREK. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej [C. d.]. — *Kronika Lekarska* № 19. K. CIĄGLIŃSKI. Parę słów o cierpieniach ośrodków nerwowych u dzieci z niezwykle przebiegiem. E. FLATAU i I. KOELICHEN. O zapaleniu rdzenia [C. d.]. — № 20. D. MORACZEWSKI. O odczynnikach fizjologicznych. E. FLATAU i I. KOELICHEN. O zapaleniu rdzenia [C. d.]. № 21. I. ZAWADZKI. Ś. p. prof. MARCELI NENCKI. J. JAWORSKI. Z rysów charakteru prof. MARCELEGO NENCKIEGO. R. MOROZEWICZ. Zatrzymanie moczu u dziecka, jako powikłanie influenzy. (*Atonia aut paresis vesicae urinariae*). E. FLATAU i I. KOELICHEN. O zapaleniu rdzenia [C. d.].

MERAN.

6-2

Dr. Romuald Binder,

Polak, praktykuje jak w poprzednich 7 latach od września do czerwca Willa
Gotensik Habsburgerstrasse.

NATURALNA**Maryenbadzka sól zdrojowa**

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

WSKAZANIA:

Zastępować może źródło maryenbadzkie we wszystkich przypadkach,
w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Maryenbadu. W przy-
padkach tych naturalna sól maryenbadzka jest nie tylko najtańszym, lecz
i najlepszym środkiem przy ogólnem otłuszczeniu, otłuszczeniu wątroby
serca, zaparciu stolca i pletorze.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach materiałów aptecznych
i wód mineralnych oraz bezpośrednio w ekspedycji głównej
w Maryenbadzie (Czechy). 12-9

Wody mineralne, pochodzące ze źródła de l'ÉTAT

VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Uprasza się o wymienianie źródła.

22-17

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomby, zęby sztuczne, aparaty.

0-9

Krucza 41.

NAŁECZÓW

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyjątkiem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor **Dr. A. Puławski,**

0—2

Lekarz zakładu **Dr. B. Malewski.**

Sanatorium międzynarodowe


52—25 Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor **D-r Med. Humbert**

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszymi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

 Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

A. Hirsch.

Sanatorium
RIVIERA

SANREMO

Kierownik **Dr. CURT STERN**

Zakład leczniczy dla chorych piersiowych i gardłanych.

Największy komfort, halle do leżenia, ogród słoneczny wolny od kurzu, piękny widok na morze. Prospekty od Administracji gratis i franco.

Dr. Zdzisław Dobrowolski

3—3

Ordynator oddziału dla chorób gardła, nosa i uszu w Warsz. Szpit. Dziec. powrócił i przyjmuje zrana i od g. 5—7 pp. ul. Warecka Nr. 9.

Instytut chemiczno - bakteryologiczny

F. M. Blumenthala

4—2

Moskwa, Mylnikow pereuł. Nr. 4.

Następny dziesięciodniowy kurs praktyczny bakteryologii lekarskiej,
chemii i mikroskopii zaczyna się 15 stycznia 1902 r.

Szczegóły ustnie i piśmiennie. — Zgłaszać się należy zawczasu.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY 44—6

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań-Piła (Posen-Schneidemühl).

Adres: Kowanówko p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

CAŁY ROK OTWARTY

26—13

Zakład kąpielowy wód siarczanych i Sanatorium
w Swoszowicach pod Krakowem

wśród parku stuletniego i lasu szpilkowego, 5 kilometrów od Krakowa, stacja kolei, poczta i telegraf w miejscu, 18 razy dziennie połączony z Krakowem koleją i omnibusami.

Znane w polsce od XV wieku Swoszowickie wody siarczane przewyższają swą siłą i skutecznością inne tego rodzaju wody krajowe i zagraniczne; leczą: przewlekły gościec stawowy, mięśniowy, jakoteż dnę (podagrę) choroby serca na podstawie reumatycznej, nerwobóle szczególnie ischias — porażenia tak centralne, jak obwodowe — kifę we wszystkich jej postaciach — choroby skórne, połączone z przerostem i zgrubnieniem warstw skóry — przewlekłe zatrucia rtęcią i ołowiem, obrażenia kości, różne choroby nerwowe.

W nowo urządzonym Sanatorium z centralnie ogrzaniem łaźniakami, mieszkaniami, korytarzami i ogrodem zimowym, ogrzana jest woda siarczana w najnowszy sposób (ulepszoną metodą Czernickiego) używany w pierwszorzędnym zakładach zagranicznych, wskutek czego nie utracą nic ze swych składników i dlatego kąpiele siarczane Swoszowickie są pierwszorządne szczególnie w połączeniu z kąpielami i tuzami elektrycznymi. W leżalniach galwanizacja, faradyzacja, elektromasaż i wszelkie procedury elektroterapeutyczne i hydroterapeutyczne, wykonywane przez lekarza zakładowego. — Zakład kąpielowy letni również w czasie zimnej pory centralnie ogrzany otwarty od 1 maja do 1 października

Mieszkania odnowione; w kwietniu, maju, wrześniu i październiku o trzecią część tańsze. Muzyka zakładowa. Pensjonat i restauracja w miejscu. Ceny umiarkowane. Bliższe szczegóły udziela

Zarząd.