

GAZETA LEKARSKA

I. ZE SZPITALA MIEJSKIEGO DLA DZIECI IM. CESARZA FRYDERYKA W BERLINIE [Dyr. Prof. BAGINSKY].

Maślanka, jako pokarm dla niemowląt oraz jej wskazania lecznicze.

Podał

Stefan Kramsztyk.

I.

Żadna może z gałęzi medycyny nie przeżywa obecnie chwil tak przełomowych, jak nauka o żywieniu niemowląt i o zaburzeniach odżywienia. Pojawienie się w ostatnich czasach całego szeregu prac, które zdołały przemieścić tę kwestyę z dawnej czysto empirycznej drogi na drogę ścisłych doświadczalnych badań oraz ukazanie się nowych zupełnie poglądów, głównie przez szkołę wrocławską [CZERNY--KELLER] i berlińską [HEUBNER, FINKELSTEIN] reprezentowanych, zmusiły wszystkich wybitniejszych pediatrów, zwłaszcza niemieckich, do wypowiedzenia się w tej ważnej, a tak dalekiej od ostatecznego rozwiązania sprawie. Obok jednak czysto lekarskiego charakteru, kwestya ta posiada jeszcze i nader doniosłe znaczenie społeczne wobec olbrzymiego zmniejszenia się w ostatnich czasach liczby dzieci karmionych drogą naturalną, a wraz z tem i powiększenia się śmiertelności. Tak np. w r. 1885 było w Berlinie jeszcze 55,2% niemowląt, które ssały pierś matki lub mamki, w roku 1900 już tylko 33,2%. A wszak o ile niewielkie zadanie ma lekarz przy kierowaniu karmieniem naturalnem, o tyle wielkie i różnorodne napotyka trudności, gdy ma przeprowadzić skutecznie sztuczne żywienie niemowlęcia. Toteż każdy nowy krok na tej drodze, nowy środek czy sposób karmienia wzbudzić musi natychmiast zajęcie ogólne. Tak było z maślanką, na którą jako na pokarm dla niemowląt po raz pierwszy

zwrócił uwagę szerszych kół lekarskich TEIXEIRA de MATTOS z Rotterdamu na Zjeździe lekarzy niemieckich w Akwizgranie w r. 1900. Wnet rozpoczęto próby w wielu klinikach pediatrycznych, które wydały wyniki tak świetne, że już w roku następnym na Zjeździe w Hamburgu oznajmił SCHLOSSMANN, że nie zna żadnego innego sztucznego pokarmu, któryby w tak wielu przypadkach i to nawet u dzieci ciężko chorych, z takim skutkiem mógł być stosowany.

Maślanka nie jest bynajmniej wynalazkiem nowym. Jako pokarm dla niemowląt była ona już od lat dawnych przez włościan fryzyjskich używana [BIEDERT]. Lecz dopiero lekarz holenderski BALLOT w r. 1865 po raz pierwszy ogłosił o niej w prasie lekarskiej ¹⁾. Praca ta przeszła niepostrzeżenie, podobnie jak i ogłoszona w r. 1895 po holendersku, a w 1898 po niemiecku monografia de JAGER'a ²⁾. Pierwszą szerszemu ogółowi znaną pracę ogłosił TEIXEIRA de MATTOS w r. 1902 ³⁾. W tymże roku pojawiła się praca SALGE'go z kliniki prof. HEUBNER'a ⁴⁾ i sprawozdanie CARO'a ze szpitala prof. BAGINSKY'ego w Berlinie ⁵⁾. Po nich ukazała się znaczna liczba zarówno sprawozdań klinicznych, jak i prac z badaniem przemiany materii połączonych, i dzisiaj maślanka zdobyła sobie pełne prawo obywatelstwa na oddziałach dla niemowląt w Europie zachodniej.

Maślanka, na pokarm używana, otrzymuje się z kwaśnej śmietany, z której przy dozywaniu masła wydziela się większa część tłuszczu. Oczywiście, maślanka musi być wyrabiana przy zachowaniu jak największej czystości, a zwykły produkt, w maślarniach otrzymywany, jest zupełnie nieodpowiedni, a nawet niebezpieczny. Maślanka powinna być świeża, nie starsza nad 24 godziny. Zawiera ona 2,5—2,7 białka, 0,5—1,0% tłuszczu i około 3,0—3,5% cukru; kwaśność wynosi 7 ctm. sz. $\frac{1}{1}$ n NaOH na 100 ctm. sz. maślanki [według metody SOXLET'a—HENKEL'a]; z drobnoustrojów zawiera przeważnie prątki, wywołujące fermentację mleczną: *bacillus lacticus*, *bacillus lactis aërogenes* [ESCHERICH]. Maślanka w stanie świeżym jest więc pod względem składu swego zupełnem przeciwieństwem pokarmu kobiecego; gdy ostatni jest prawie alkalicznym przy badaniu papierkiem lakmusowym, pierwsza jest silnie kwaśną, dzięki zawartej w niej ilości kwasu mlecznego; pokarm zawiera około 1,0% białka i 3,5% tłuszczu, w maślanec białko i tłuszcz znajdują się w stosunku wręcz odwrotnym. Nie tę jednak surową maślanekę daje się dzieciom, lecz przegotowaną i odpowiednio przyrządzoną.

Według pierwotnego przepisu de JAGER'a proces ten odbywa się jak następuje: litr maślanki ogrzewa się powoli, przyczem ciągle mieszając pływ, dodaje się doń 15 gramów mąki pszennej, potem dosypuje się 60 gramów cu-

¹⁾ Nederl. Tijdschrift voor Geneeskun de 1865. II.

²⁾ „Die Verdauung und Assimilation des gesunden und kranken Säuglings, nebst einer rationellen Methode zur Säuglingsernährung“. Berlin 1898.

³⁾ Jahrbuch für Kinderheilkunde 1902, Tom 55.

⁴⁾ Jahrbuch für Kinderheilkunde 1902.

⁵⁾ Archiv für Kinderheilkunde 1902, tom 34.

kru i dorzuciwszy łyżeczkę świeżego masła, poddaje się go gotowaniu w ciągu 15 minut, przyczem gotująca się maślanka powinna zakiepieć 3 razy. Wtedy zlewa się ją do flaszek SOXLER'a i w nich jeszcze przez 5 minut gotuje. W ten sposób przygotowują maślankę w klinice prof. HEUBNER'a [por. HEUBNER „Lehrbuch der Kinderheilkunde” tom I]. W szpitalu prof. BAGINSKY'ego w Berlinie mąki dodaje się 25 grm., a cukru 35, ciecz samą gotuje nieco dłużej, aby uniknąć zakażenia prątkami gruźliczymi [por. CARO, l. c.]. Gotowa do użycia maślanka w porównaniu z pokarmem kobiecym i mlekiem krowiem przedstawia się jak następuje:

	Białko	Tłuszcz	Cukier	Krochmal	Kalorye
Pokarm kobiecy . . .	1,02	3,5	7		700
Mleko krowie . . .	3,0	3,4	4,5		700
Maślanka przyrzadzona	3,4	0,5	10,0	0,26	714
			Cukier mleczny 4,22. Cukier trzcinowy 5,88.		

Widzimy więc, że tak przyrządzona maślanka jest dość zbliżona do mleka krowiego, lecz należy wziąć pod uwagę, że mleko, przynajmniej w pierwszych miesiącach życia, daje się w stanie rozcieńczonym, przez co ilość białka znacznie jest mniejsza. Ważną cechą maślanki jest to, że kazeina w niej znajduje się już w stanie ściętym i to w delikatnej, drobno-kłaczkowej postaci; aby po przegotowaniu utrzymać ową postać kazeiny, dodaje się właśnie mąki.

Nie wszyscy jednak klinicyści trzymają się pierwotnego holenderskiego przepisu; już wkrótce po wprowadzeniu maślanki zaczęto stosować ją w postaci zmienionej; tak np. SCHLOSSMANN zamiast masła dodawał śmietany; FINKELSTEIN, pragnąc uniknąć znacznego nagromadzenia węglowodanów, zamienia cukier równoważną ilością tłuszczu i stosuje napój następującego składu: 900 ctm. sz. maślanki, 100 ctm. sz. 10% śmietany i 50 cukru odżywczego (Nährzucker) lub zamiast tego 5—15 mąki i 30—40 cukru trzcinowego¹⁾.

¹⁾ Por. FINKELSTEIN „Lehrbuch der Säuglingskrankheiten“. Berlin 1905. Połowa pierwsza.

Sam sposób otrzymywania surowej maślanki jest obecnie również nader rozmaity. Słusznie też zauważył KOEPPE ¹⁾, że t. zw. karmienie maślanką nie jest już pojęciem jednolitem i że pod nazwą tą są rozumiane różne metody. Oprócz maślanki, wyrabianej z samorodnej śmietany, używają też i maślanki ze śmietany zakwaszonej zapomocą prątków gazorodnych mlecznych w czystej hodowli ze skwaśniałego samoistnie mleka niezbianego, z zakwaszonego przez czystą hodowlę prątków mleka zbieranego, z mleka zbieranego słodkiego, nakoniec z mleka niezbianego, zakwaszonego zapomocą hodowli paciorkowców. Wzajemny stosunek do siebie różnych przetworów mlecznych, jakie dziś znajdują zastosowanie w karmieniu niemowląt, uprzytomnić sobie można zapomocą następującego rodowodu ich:



W ogromnych zakładach mlecznych wielkomijskich, które jak np. berlińskie, głównie dostarczają „maślankę lekarką“, wszystkie te produkty mleczne są należycie eksploatowane. Stąd też otrzymywana maślanka bywa bez zarzutu. Ponieważ jednak nie wszędzie jej dostać można, istnieje już dzisiaj cały szereg konserw maślanki, poczynając od wprowadzonej przez BIEDERT'a i SELTER'a „Bu Co“, a kończąc na wyrabianej w Mornheimie i najwięcej rozpowszechnionej w Niemczech „Lactoserve“.

II.

Czemu zawdzięcza maślanka wielki swój rozgłos oraz tak szybkie względnie rozpowszechnienie? Jakim jej częściom składowym przypisać należy tak znakomite skutki? W jakich przypadkach przedewszystkiem stosować ją należy? Aczkolwiek znaczna dość liczba prac, maślanec poświęconych, już w literaturze lekarskiej istnieje, pytania te jednakże dotychczas w sposób stanowczy rozwiązane jeszcze nie zostały.

Entuzjastyczny wielbiciel maślanki TEIXEIRA de MATTOS ²⁾, który podaje wyniki poliklinicznych tylko obserwacji, uważał prawie stale, że dzie-

¹⁾ „Die Ernährung mit „holländischer Säuglingsnahrung, ein Buttermilchgemisch-Danerpräparat“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1904.

²⁾ Ob. wyżej.

ci karmione maślanką zyskują 500—700 grm. tygodniowo. W trzech przypadkach uczynił on szczegółowe obliczenie ilości przyjmowanego pokarmu i wagi ciała, przyczem porównał otrzymane przez siebie dane z liczbami, wykazanymi przez FERR'a u dziecka karmionego piersią¹⁾; zgodność rzeczywiście jest uderzająca. TEIXEIRA de MATTOS stosował maślankę głównie w chronicznych zaburzeniach, lecz wskazania, jakie podaje on, są nader szerokie i nieokreślone; mianowicie należy według niego stosować ten pokarm: 1) przy niedostatku [ze względu na taniść]; 2) przy długotrwałych i daremnych próbach karmienia; 3) w każdym przypadku, który rokuje małe nadzieje. Żadnych złych wpływów ubocznych TEIXEIRA nie zauważył, a za jedyne przeciwskazanie uważał pierwsze 4 tygodnie życia niemowlęcia, kiedy maślanka pokarmu naturalnego zastąpić nie może. Tymczasem CARO²⁾ dawał ją już w pierwszym dniu życia. Na 198 przypadków w 157 otrzymał CARO dobre wyniki, jedynie przy *cholera infantum* uważał on maślankę za nieodpowiednią. Zarówno przy ostrych, jak i chronicznych zaburzeniach maślanka okazała się pokarmem znakomitym; już po 2—3 dniach wypróżnienia nabierały jasno-żółtej barwy, stawały się jednolitemi i ciastowatymi. Tygodniowo przybywało dzieciom na wadze od 150—300 gramów.

Co się tyczy wchłaniania maślanki, to SALGE³⁾ znajdował w wypróżnieniach u dzieci około 20% suchej substancji, w tem 25—27% popiołu; według niego podlegało wchłonięciu 89—90% białka i 93% tłuszczu. SCHLOSSMAN⁴⁾ wykazał u dziecka karmionego maślanką wchłanianie 96,82% tłuszczu i 93,23% azotu; cukru w kale nie znajdował. ROMMEL⁵⁾ zauważył, że przy karmieniu maślanką zatrzymywanie wszystkich części mineralnych znacznie jest mniejsze aniżeli w okresie poprzedzającym.

Aczkolwiek różni autorowie podawali rozmaite objaśnienia znakomych wyników karmienia maślanką, to jednak poważnego uzasadnienia tego nikomu dotychczas nie udało się dokonać. Już TEIXEIRA de MATTOS dopatrywał się łatwiej strawności maślanki w delikatnej, drobnokłaczkowatej postaci, w jakiej znajduje się w niej ścięta już kazeina; tegoż samego zdania są MASSANEK⁶⁾, LESCHZINER (l. c.), MOLL⁷⁾, i po części ROMMEL. Poglądy te pozostają oczywiście w ścisłej zależności od znanej hipotezy BIEDERT'a, który całą szkodliwość mleka krowiego przypisywał jednej jego części składowej, kazeinie, która w przeciwieństwie do kazeiny mleka kobiecego ścina się za-

1) Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1896.

2) „Ueber Buttermilch als Säuglingsnahrung“. Archiv f. Kinderheilkunde. 1904. tom. 34.

3) „Buttermilch als Säuglingsnahrung“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1902.

4) Ob. LESCHZINER. „Ueber die Buttermilch als Säuglingsnahrung“. Archiv. f. Kinderheilkunde, 1905. tom 40,

5) ROMMEL. „Ueber Buttermilch“. Archiv f. Kinderheilkunde. 1903. tom 37.

6) v. MASSANEK. „Ueber Buttermilch“. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1904. tom 60.

7) MOLL. Ueber die Verwendung einer modification (alkalisierten) Buttermilch als Säuglingsnahrung“. Archiv. f. Kinderheilkunde. 1905. tom. 42.

równy w naczyniu, jak i w żołądku w grubo-kłaczkowatej postaci, która trudno poddaje się trawieniu i pojawia się następnie w wypróżnieniach jako tak zw. „okruchy kazeinowe“ („*Kaseinbröckel*“). Jednakże nowe badania, przedsięwzięte przez BENDIX'a, LANGE'go, KELLER'a, RUBNER'a i HEUBNER'a, MICHEL'a i in. wykazały jednogłośnie, że owa ciężkostrawność kazeiny mleka krowiego wcale nie istnieje ¹⁾. Dowiedziono również, że wspomniane wyżej „okruchy kazeinowe“ bynajmniej nie z kazeiny są utworzone.

De JAGER tłumaczył wielką poprawę zaburzeń kiszki u dzieci przy karmieniu maślanką obecnością w tej ostatniej prątków gazorodnych mlecznych (*bacillus acidi lactici* HUEPPE, który jest identycznym z *bacillus lactis aërogenes*). Ta własność jednakże nie posiada znaczenia wobec tego, że maślankę daje się dzieciom w stanie przegotowanym.

Dalej zwracano uwagę na przeciwnie i bakteryobójcze własności kwasu mlecznego, który w świeżej maślanke znajduje się w ilości 0,5—1,05%. Jednakże RUBINSTEIN ²⁾ znalazł, że maślanka, która w stanie surowym dzięki zawartości w niej kwasu mlecznego i drobnoustrojów zabija w ciągu 24-ch godzin bakterie dyfterytu, tyfusu, tuberkulozy i *bac. pyocyaneus*, w stanie przegotowanym i do użycia gotowym ową własność traci. Że nie na kwaśnym odczynie rzecz cała polega, dowodzą i próby, czynione przez MOLL'a (l. c.) z maślanką alkalizowaną przez dodawanie 3 gramów sody do jednego litra gotowanego pokarmu.

[D. c. n.].

II. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego *).

Podał

Teodor Heiman.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w październiku 1907 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 45].

Czy przebieg był utajony, czy też towarzyszyło mu wiele z objawów powyżej opisanych, na wynik ostateczny nie ma to żadnego wpływu. Chory do-

¹⁾ Ob. HEUBNER. „Lehrbuch“. t. I, str. 143.

²⁾ RUBINSTEIN. „Ueber das Verhalten einiger pathogener Bacterien in der Buttermilch“. Archiv Kinderheilkunde. 1903. t. 36

*) W streszczeniu odczyt niniejszy wygłoszony został w sekcji otyatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)

staje nagle dreszczów i gorączki; ból głowy wzmagą się niepomieranie, pojawiają się kilkakrotne wymioty; do tego przyłącza się zapaść, utrata przytomności, przyspieszone, małe tętno, oddychanie typu CHEYNE-STOKES'a lub też zupełne porażenie oddychania, maksymalne rozszerzenie źrenic i ich nieruchomość, śpiączka i chory umiera w kilka godzin. Tu i owdzie występuje bezwład wszystkich kończyn, lub też bezwład połowiczy; drgawki są rzadkie. W pojedynczych przypadkach chory umrzeć może z przyczyny jakiejś innej choroby. Ze wszystkich ropni mózgu najłatwiej pękają ropnie zrazą skroniowego do komór bocznych i dlatego ich okres końcowy tak często rozwija się bezpośrednio z utajonego. To jest też powodem dlaczego pewna część ropni bywa znajdowana dopiero przy oględzinach pośmiertnych, inne zaś rozpoznawane zostają w okresie końcowym na krótko przed śmiercią. Okres końcowy trwać może od kilku minut do 24-ch godzin.

Środkiem pomocniczym do rozpoznania ropnia mózgu jest niekiedy przekłucie łądźwiowe. Rękoczyn ten jest wszelako przy ropniach mózgu niebezpieczny i przy podejrzeniu na nie, należy go wykonać z wielką ostrożnością, gdyż skutkiem zmian w objętości jamy czaszkowej, wywołanych odpłynięciem płynu mózgowego, można przyspieszyć pęknięcie ropnia lub wprost je wywołać, co spowodować może gwałtowne zapalenie opon mózgowych lub śmierć natychmiastową. Ostatnią częściej zauważyć można przy nowotworach mózgu skutkiem nagłego porażenia oddychania. Przekłucie łądźwiowe może nadto odkleić świeże zrasty opon miękkich i pozwolić rozszerzyć się ograniczonemu ropieniu. Jeżeli zatem z jednej strony uwzględnimy wymienione tu okoliczności, z drugiej zaś strony fakt, że wywiady i bogaty zbiór objawów ropnia mózgu najczęściej wystarczają do zapewnienia rozpoznania, należy przekłucie łądźwiowe ograniczyć tylko do pojedynczych przypadków, t. j. do takich, gdzie objawy ropnia nie są jasno wyrażone i rozpoznanie różniczkowe między ropniem mózgu a zapaleniem opon surowiczem lub ropnem napotyka na wielkie trudności. W takich przypadkach przekłucie łądźwiowe jest niezbędne jako środek pomocniczy do postawienia rozpoznania. Z otrzymanych dotąd wyników z przekłucia łądźwiowego dają się wyprowadzić następujące wnioski: 1) Płyn mętny z ciałkami ropniami bez drobnoustrojów budzi podejrzenie na ropień mózgu. 2) Płyn bardzo mętny z ciałkami ropniami i drobnoustrojami przemawia za rozlanem zapaleniem opon mózgowych. Płyn mało mętny zawierający drobnoustroje, dowodzi zajęcia opon miękkich, lecz pozostaje wątpliwem, czy zapalenie jest ograniczone, czy też rozlane. Płyn taki został wszelako też spostrzegany przy ropniach mózgu i stał się powodem smutnych następstw, gdyż ropień nie został otworzony [BIEGER, RUPRECHT, WOLFF]. Płyn nie zawierający ani ciałek ropnych, ani też bakterii otrzymuje się wtedy, gdy niema zapalenia opon, lub tylko ograniczone. Jeśli płynu jest dużo i znajduje się pod wysokim ciśnieniem, należy przedewszystkiem mieć na względzie zapalenie opon surowicze, jako też zapalenie ograniczone. 5) Płyn mętny, opalizujący, przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za zapaleniem opon gruzliczem, chociażby nie zawierał laseczek gruzliczych.

Pomimo tak licznych i tak pewnych punktów oparcia, jakie posiada rozpoznanie ropnia mózgu, nie jesteśmy zabezpieczeni od pomyłek i nawet objawy charakterystyczne mogą w błąd wprowadzić. Ograniczony ból głowy, wrażliwość przy opukiwaniu okolicy skroniowej lub potylicowej, zapalenie nerwu wzrokowego, zawroty głowy, wymioty i ogólny wygląd chorych są w wielu przypadkach miarodajnymi, a pomimo to badania pośmiertne niektórych takich przypadków wykazały na klinice w Halli, że miano do czynienia z zapaleniem ropnem opon mózgowych. W innych przypadkach objawy, wskazujące na zajęcie mózgu, są niepewne i dają się rozmaicie wytłómaczyć lub też kliniczny obraz ropnia jest zasłonięty przez powikłania. Najłatwiej daje się rozpoznać ropień zrazą skroniowego przy uwzględnieniu wywiadów i objawów. Ulubionem miejscem ropni mózgowych pochodzenia usznego jest wogóle zrazą skroniowy i mózdzek. Przy ropniach zrazą czołowego, zresztą rzadkich — w statystyce mojej było ich 3 na 362 ropnie zrazą skroniowego — brakują objawy miejscowe, podobnie jak przy nowotworach tej okolicy. Objawy jako działanie oddalone występują przy nich wtedy, gdy dosięgły pewnych rozmiarów. Do objawów tych należą: zaburzenia mowy przy umiejscowieniu ropnia po stronie lewej i bezwładny nerw twarzowy lub jednej kończyny górnej po stronie skrzyżowanej. Również rzadkimi są ropnie zrazą potylicowego i innych odcinków mózgu. Według BERGMANN'a ropnie zrazą potylicowego są początkowo ropniami zrazą skroniowego głęboko położonym, które się rozszerzyły znacznie ku tyłowi.

U dzieci, niekiedy zaś i u młodych ludzi przebiegają wszystkie powikłania wewnątrzczaszkowe cierpienia usznego, podobnie jak i sprawa zapalna ucha średniego, przy znaczniejszych objawach podrażnienia niż u dorosłych. Z tego też powodu objawy ropnia mózgowego u nich są bardzo podobne do zapalenia opon. U dzieci może zwyczajny ropień przedoponowy przedstawiać się jako ropień mózgu [KOERNER]. Nadto u dzieci objawy miejscowe nie dają się dokładnie albo też zupełnie oznaczyć.

Rozpoznanie ropnia mózdzku przedstawia wogóle znaczniejsze trudności, aniżeli ropnie zrazą skroniowego. Najczęściej obraz ropnia mózdzku jest niepewny i wieloznaczny, jego zaś rozpoznanie bardzo często nie wychodzi poza granice prawdopodobieństwa i jest możliwem dopiero po określeniu stanu ropienia lub rany na otwartym wyrostku sutkowym i na obnażonej zatoce poprzecznej. Według КОСН'a daje się obraz ropnia mózdzku podzielić na trzy typy. Do pierwszego typu należą przypadki z wyraźnymi i licznymi objawami miejscowymi; do drugiego — z wyraźnymi objawami ogólnymi mózgowymi i skąpyimi i niepewnymi objawami miejscowymi; do trzeciego — przy których ani objawy ogólne, ani też miejscowe nie są wyraźne, lecz sposób ropienia, przebieg operacji przedsięwziętych na wyrostku sutkowym, jako też przetoki głębokie, przechodzące przez oponę twardą, prowadzą do odkrycia ropnia mózdzku.

Dwa ropnie w mózgu lub mózdzku, a także po jednym w mózgu i mózdzku nie dają się prawie rozpoznać. Jeżeli po opróżnieniu ropnia objawy ogólne i miejscowe, przedtem istniejące, nie znikają całkowicie lub częściowo

i gdy w otworzonym ropniu niema zatrzymania ropy, powstaje podejrzenie na drugi ropień, którego umiejscowienie staramy się oznaczyć na mocy istniejących objawów.

Przy rozwiniętych objawach powikłania wewnątrzczaszkowego pochodzenia usznego, rozpoznanie różniczkowe między ropniem zraza skroniowego a mózdzku musi uwzględnić następujące momenty: z wyjątkiem bólu głowy, który przy ropniu zraza skroniowego najczęściej odpowiada jego umiejscowieniu, przy ropniu zaś mózdzku ma swoje siedlisko w okolicy potylicowej, lub w czole, oraz zaburzenia ze strony mięśni ocznych, wszystkie inne objawy ogólne są przy obu dwu cierpieniach jednakowe. Szczególnych objawów ogniskowych przy umiejscowieniu ropnia w półkulach mózdzku oczekiwać nie należy i z tego powodu liczba ropni mózdzku, przebiegających skrycie aż do śmierci jest daleko znaczniejszą, aniżeli przy ropniach mózgu. Ma się rozumieć, że ropnie mózdzku mogą także dawać zjawiska oddalone, polegające na zaburzeniach czynności jąder i pni sześciu ostatnich nerwów czaszkowych, lecz zdarza się to daleko rzadziej, aniżeli przy nowotworach. Zaburzenia równowagi, chodu, oddychania i ruchowe mowy, sztywność karku, szczękościsk, bieganie oczu, niedowład nerwu twarzowego po stronie chorej, niedowłady kończyn, utrata wzroku bez zaniku nerwu wzrokowego i drgawki ogólne napotykanie w wieku dziecięcym—tworzą objawy ropnia mózdzku. Zaburzenia mowy mają charakter opuszkowy [bulbarny]. Niedowłady skrzyżowane, bezwłady, skurcze, niekiedy drgawki, hemianestezya, afazyja amnestyczna i przewodnictwa, afazyja wzrokowo-słuchowa, głuchota wyrazowa, agrafa, hemiopia, opadnięcie powieki, bezwład nerwu odsiebnego oka, całkowity bezwład nerwu okoruchowego—przemawiają najczęściej za ropniem zraza skroniowego. Ropień mózdzku w dwu trzecich przypadkach daje objawy słabo wyrażone, lub żadnych miejscowych. Ropień zraza skroniowego powstaje najczęściej przy próchnieniu sklepienia jamy bębnekowej lub jamy sutkowej, ropień mózdzku przy próchnieniu ściany tylnej kości skalistej i przy ropniach błędniowych.

Tu i owdzie podane są przypadki, gdzie rozpoznano ognisko ropne w mózgu i ropień zraza skroniowego mylnie przyjęto za ropień mózdzku i odwrotnie [DRUMOND-GARNGEE, BARR i t. d.]. HAUSBERG stawił w jednym przypadku rozpoznanie na ropień mózdzku pomimo opróżnienia na drodze operacyjnej ropnia tylnej i dolnej części zraza skroniowego. Badanie pośmiertne wykazało ropień zraza skroniowego, przylegający do mózdzku.

Pewne trudności w rozpoznaniu umiejscowienia ropnia mogą powstać przy dwustronnem ropieniu z uszów; przy ropieniu mózdzku trudności te mogą być niepokonalne. Przy zaburzeniach mowy nie trudno rozpoznać, że ropień mieści się *ceteris paribus* w lewej półkuli. Ważny moment rozpoznawczy tworzy w tych razach umiejscowienie bólu przy opukiwania czaszki i strona skrzyżowanych i tożsamostronnych bezwładów.

Rozpoznanie różniczkowe między sprawą ropną w błędniaku a ropniem mózdzku przedstawia znaczne trudności, ponieważ obie choroby bardzo często istnieją jednocześnie i nadto mają wiele objawów wspól-

nych. Do tych należą: zaburzenia równowagi, sztywność karku, zawrót, wymioty, nudności, bole głowy, bieganie oczu oraz wahania gorączkowe, jeśli te występują. Zapalenie nerwu wzrokowego spostrzega się często przy ropniu mózdzku, wyjątkowo zaś przy ropieniach w błędniku, jakkolwiek może go nie być przy ropniu mózdzku. Hemialaksyi i hemiparezy nie napotyka się nigdy przy sprawach błędnikowych. Zaburzenia równowagi mogą też nie występować przy obudwu chorobach. Podług HINSBERG'a dla ropnia mózdzku charakterystyczne są ogólne objawy ropnia mózgu, jak oto: wychudnienie, słabość, zmiany psychiczne, zapalenie nerwu wzrokowego, zez, ruchowe objawy podrażnienia, zwolnienie tętna i bole karku. Często wszelako niema wszystkich tych objawów i występują tylko objawy wspólne obydwom cierpieniom. Podług H. NEUMANN'a tworzy bieganie oczu bardzo ważny objaw dla rozpoznania różniczkowego. Przy ropniach mózgu nie napotyka się go prawie nigdy. Przy ropniach mózdzku bieganie oczu odbywa się po stronie zdrowej i chorej, wzmagają się z natężeniem choroby i dochodzi ostatecznie do takiego stopnia, jakiego nigdy nie widzimy przy ropieniach błędnika.

[C. d. n.].

III. Przyczynę do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu

(*Monstra duplicia*).

Podał

Fr. Neugebauer.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

III. Przy położeniu barkowem:

Na miejscu jest obrót, gdy podczas niego stwierdzamy potworka podwójnego; zwykle starczy jedną lub dwie kończyny dolne sprowadzić, bo trzecia i czwarta zwykle samowolnie się opuszczają; w razie potrzeby sprowadzamy wszystkie cztery kończyny dolne, a zatem postępujemy, jak przy położeniu pośladowem.

STRASSMANN zasadniczo nie zgadza się na cięcie cesarskie przy *monstra duplicia*. Wypada pamiętać o tem, że bardzo często potworki takie rodzą się niedonoszone, a jeśli są donoszone, to zwykle płody są mniejsze, jak przy donoszonych bliźniętach normalnych.

Rozległość i siedziba rozdziwienia oraz kształt potworków w znaczeniu porodowem:

VEIT z punktu widzenia mechanizmu porodu rozróżniał trzy główne grupy:

1) *Monstra duplicia*, które utrudniają poród po prostu przez zwiększenie objętości płodu lub pojedynczych jego części. Są to potworki o przednim lub tylnym zdwojeniu: *Diprosopus*, *cephalo-thoracopagus* i *dipygus*.

2) *Monstra duplicia*, u których zrośnięcie dotyczy tylko jednego lub drugiego końca ciała. Wtedy ciała mogą się ułożyć w prostej linii jedno za drugim lub też udaje się sztucznie tak je ułożyć — *craniopagus*, *ischiopagus*, *pygopagus*.

3) *Monstra duplicia*, u których istnieje pewna przenikliwość oddzielnych części lub ciał względem siebie podczas porodu. Do tej grupy należą różne odmiany — *xipho-thoracopagus* i *dicephalus*.

STRASSMANN dodaje jeszcze kilka uwag ogólnych, a następnie rozpatruje szczegółowo postępowanie akuszeryjne dla różnych grup.

UWAGI OGÓLNE.

Płody zrośnięte klatką piersiową — *thoracopagus*, a głównie *xiphopagus* są względem siebie tak przesuwalne, że mogą stanąć do porodu w kierunku wprost przeciwnym. Udaje się nieraz przynajmniej przy położeniu czaszkowym wydobyć naprzód płód jeden cały bez odcinania od drugiego. Przy dwugłowiu o szyji wysokorozdwojonej przy położeniu czaszkowym w razie powstrzymanego porodu wypada dokonać dekapitacji.

Położenie miedniczkowe uważać należy za pomyślne dla porodu płodów o podwójności, niezbędnem ono jest dla *craniopagus*, a bardzo ułatwia ono poród przy *diprosopus*, *cephalo-thoracopagus* i *dicephalus dibracchius*; mniej korzystnym jest położenie miedniczkowe [pośladkowe i t. d.] dla *xiphopagus*, a gdzie chodzi o *dipygus*, a jeszcze bardziej przy *ischio-* i *pygopagus* położenie pośladkowe uważać należy za niekorzystne.

VEIT zwraca uwagę, że przy położeniach czaszkowych wobec niemożności rozpoznania ściślejszego wyrzec się musimy zalet położenia miedniczkowego (*Beckenendlage*), wtedy to:

W I grupie: *Diprosopus*, *cephalo-thoracopagus* i *dipygus* wypada dokonać ekstrakcji i rozkawałkowania jednej lub kilku części ciała.

W II grupie: wypada przy *craniopagus* sprowadzić do miednicy dolny koniec tułowia, albo też od razu przystąpić do wymóżdżenia. *Isc'io-* i *pygopagus* wymagają przy położeniu czaszkowym ręcznej pomocy dla wydobywania pośladków, a gdy przodują pośladki, wypada wydobyć kończyny dolne, wydobyć oba ciała i zwracać przytem uwagę na to, aby nie obie główki równocześnie weszły do małej miednicy, a jedna po drugiej].

W III grupie: możebną jest ekstrakcja dwugłówka dwuramiennego, rodzącego się w pośladkowym położeniu, lecz mniej doświadczony praktyk nieraz ułatwi poród albo eksenteracją albo dekapitacją przodującej główki. Przy czaszkowym położeniu już ekstrakcja przodującej główki kleszczami

bywa trudną i nieuniknioną, główka druga po urodzeniu się pierwszej albo sama wyjdzie, albo przy ręcznej trakcyi, albo też również kleszczami bywa wydobywana; zdarza się i to, że po urodzeniu pierwszej główki wyjdzie tułów oraz dolne kończyny, a w końcu dopiero druga główka. Wert jednak uważa za korzystniejsze uciąć pierwszą główkę już urodzoną, aby wtedy w rodzaju samowyzwiązania się lub na drodze obrotu na nóżki wydobyć ciało pozostałe. W wyjątkowych przypadkach druga główka *sponte* wejdzie do miednicy i może być użyta dla trakcyi w celu ukończenia porodu. Czasami pomimo obcięcia przodującej główki zachodzi potrzeba embryotomii [przejęcia obojczyków i t. d.].

Trzyramienny dwugłówek przy czaszkowem położeniu co do mechanizmu porodu zbliża się już do *theracopagus*, czteroramienny dwugłówek rodzi się jak *thoracopagus*, bo takim *eo ipso* jest. *Dicephalus* o trzech kończynach dolnych uniemożliwia trzecią kończyną swoją obniżanie się pośladków i wymaga wydobywania sztucznego tej trzeciej pojedynczej lub złanej w jedną podwójnej kończyny. Gdy chodzi o *thoracopagus* lub *xiphopagus*, możnaby odciąć jeden płód od drugiego, a potem ukończyć poród obrotem i ekstrakcją drugiego płodu, ale nawet przy martwym płodzie uda się uniknąć tego odcinania:

a) w ten sposób, że urodzone do połowy pierwsze dziecko wydobędziemy do reszty przed drugim płodem lub też

b) gdy dokonamy obrotu drugiego płodu, który wydobędziemy obok pierwszego płodu i razem z nim, tylko w położeniu odwrotnem względem pierwszego płodu.

Gdy połączenie się dwóch płodów *thoracopagus* jest bardzo rozległe, przy położeniu pośladkowem KOHL radzi wydobyć wszystkie cztery kończyny dolne i za nie pociągać, naginając części już urodzone coraz więcej na brzuscho rodzącej, aby działać głównie na płód w tyle leżący i jego główkę wydobyć.

W najgorszym razie przy mniejszem doświadczeniu należy dokonać wypatroszenia lub dekapitacyi pierwszego płodu.

Przy czaszkowem położeniu *thoracopagi* pierwsza główka wyjdzie *sponte* lub też bez wysiłku przy pomocy kleszczy, drugi płód wyjdzie zwykle bez pomocy ważniejszej, gdy dwugłówek dwuramienny częściej zmusza do interwencyi czynnej. Jak doświadczenie uczy, drugi płód zwykle po urodzeniu się pierwszego płodu układa się skośnie: wtedy wypada dokonać obrotu, chociażby nawet wydobyto już pierwszy płód w całości. Błędem jest lub niepotrzebną polypragmazyą przy porodzie *thoracopagi* obcinać główkę już urodzoną, ponieważ wtedy wypadnie dokonać obrotu tułowia jednego i drugiego. Z pewnością nie jest to łatwym zadaniem zdać sobie sprawę ze sytuacji przy poszczególnych odmianach *duplicitationis corporis* i jeśli przy jakimkolwiek porodzie, to najprędzej przy takim pomyłka znajdzie wytłómaczenie. Zawsze jednak wypada pamiętać o tem, że w tych przypadkach wszelki pośpiech jest nie na miejscu i że lekarz ma czas zastanowienia się nad mechanizmem porodu, o ile rozpoznał o jaki rodzaj *conduplicationis corporis* chodzi, aby unik-

nąć niepotrzebnych operacyj, nie powikłać położenia i nie narazić życia rodzącej jeszcze bardziej.

S Z C Z E G Ó Ł Y.

I grupa: a) *Diprosopus*. Zdwojenie dotyczy głównie przedniej części czaszki. Kleszcze, gdy potrzebne, zwykle są łatwe do założenia. Pomyłka co do rozpoznania wodogłowia jest możliwą. *Diprosopus* zdradzi się przez podwójność kości i szwów, wodogłowie zdradzi się przez rozszerzenie szwów i ciemiączek, cienkość kości paryetalnych oraz zaokrąglenie kątów. Odstępy kostne podczas bólów zamiast zmniejszać się będą się powiększały. W przypadkach wątpliwych żadną miarą nie wypada stosować kleszczy lecz perforację, czy chodzi o położenie czaszkowe, czy pośladkowe.

b) *Cephalo-thoracopagus (syncephalus, Janus i prosopothoracopagus*.

Przeważają porody przedwczesne, przy których zwykle następuje samowolne wypędzenie płodu. Zdarza się przytem i *hemicephalia*. Przy porodach trudnych może zajść potrzeba perforacji podwójnej główki, klejdotomii, eksenteracji zdwojonego tułowia.

Niezupełne zdwojenie dolne: jedna główka, dwoje ramion, pozorne zdwojenie dolnej połowy ciała, *dipygus dibracchius*. Przy czaszkowym położeniu potworek taki urodzi się łatwo. Przy pośladkowym położeniu należy ściągnąć ku dołowi nóżki; przy skośnem położeniu wypada dokonać obrotu na wszystkie kończyny dolne dla zmniejszenia objętości pośladków. Gdy ujawni się *dipygus tripus*, wypada koniecznie ściągnąć i trzecią kończynę dolną, ponieważ uniemożliwia ona wejście pośladków do miednicy. Gdy chodzi o *dipygus tetrabracchius*, który utrudnia poród jak *syncephalus*, czasami zajdzie potrzeba eksenteracji, lecz możebnym jest i poród bez tego przy ekstrakcyi za 4-ry nóżki, chociażby podział ciała sięgał aż do szyi.

II grupa: a) *Craniopagus*. Dwa płody zrosnięte pomiędzy górną częścią czaszek, zwykle symetrycznie połączonych, czasami tak, że jedna twarz zwrócona jest w prawo, druga w lewo lub też jedna ku przodowi, druga ku tyłowi. Rzadsze jest połączenie czołowe lub potylicowe. Czasami z drugiego płodu rozwinęła się tylko główka (*epicomus*). Ciała *craniopagorum* tworzą jedną prostą linię, poród zatem przy położeniu pośladkowym nie przedstawia żadnych trudności. Przy połączeniu czołowym lub potylicowym płody są cokolwiek pochylone ku sobie, lecz i to porodu nie utrudnia poważniej. MÜNSTER i GAUTIER opisali dziewczynki takie, które żyły 10 lat. Nawet przy położeniu barkowym [PLAYFAIR] obrót nie natrafia na trudności.

b) *Ischiopagus*. Płody również tworzą jedną prostą linię ciągłą. Mogą istnieć cztery kończyny dolne. W przypadku PRUNAR'a poród odbył się w położeniu czaszkowym, przy końcu wyszła główka druga. Potworek żył kilka miesięcy. Wypada mieć się na baczności, aby kończyny ogólne nie zagięły się ku górze. STERNBERG opisał poród żywego *ischiopagus* z oznakami dojrzałości, pomimo że bliźnięta miały tylko 40 i 44 ctm. długości. Podczas porodu

rozpoznano bliźnięta: ponieważ wody płodowe dawno odeszły, a bole przy pełnem roztwarciu ust macicznych ustały zupełnie, nałożono kleszcze na główkę przodującą. Główkę wydobyto z trudem, zatem sprowadzono na dół ramiona, gdy wnet obok nich ukazało się trzecie ramię. Wydobycie płodu udało się dopiero po wprowadzeniu palca do odbytnicy płodu. Drugi płód rozdził się *conduplicato corpore* z wklęśnięciem główki we wspólne brzucho. Oba płody obumarły podczas porodu. Placenta 20 ctm. szerokości. Połóg prawidłowy.

c) *Pygopagus*. Płody zrosnięte kością krzyżową i ogonową, zwrócone ku sobie zwykle grzbietem albo bokiem. Węgierskie siostry Judyta i Helena, które doczekały się wieku lat 23 tak się rodziły:

Helena rodziła się w czaszkowem położeniu, aż do pępka tułów wyszedł, wtedy poród stanął i dopiero po 3-ch godzinach wyszła dolna połowa ciała, zatem wyszły nóżki, tułów, główka Judyty. Ponieważ każdy płód miał swoją pępowinę, uratowanie życia Helena zawdzięczała prawdopodobnie temu, że w obrocie krwi jednego i drugiego płodu istniało połączenie, może być Helena uratowana została dzięki temu, że już oddychała, zanim urodziła się nareszcie Judyta, bo prawdopodobnie pępowina Heleny już nie funkcjonowała.

Jak ważnem jest sprowadzenie wszystkich czterech dolnych kończyn *pygopagi*, dowodzi spostrzeżenie MARCHAND'a.

Pomimo silnych bólów porodowych poród nie postępował; lekarz przerwał błony. Położenie czaszkowe, obrót, usiłowanie ekstrakcyi daremne. Wezwany drugi lekarz, wobec tego wsunął napowrót do macicy wydobyte przez pierwszego lekarza dwie nóżki, a ściągnął drugą parę nówek, teraz ekstrakcyja udała się, lecz u rodzącej powstała od zmiążdżenia tkanek rana po lewej stronie pęcherza: na dnie rany widoczną była *spina ossis ischii* obnażona z okostnej. Spojenie łonowe sterczało na 2 palce szerokości. Położnica wyzdrowiała. Dwa płody były nierównej długości; 47 i 40 ctm.

Gdy wszystkie cztery ramiona skierują się ku górze wypada je sprowadzić przed ekstrakcyą barków.

Gdy więc przy zrosnięciu dwóch płodów głową lub pośladkami [miednicami] przoduje jeden koniec płodu wolny, poród odbywa się bez trudności. Gdy przodują zrosnięte pomiędzy sobą dwie główki *craniopagi*, poród zakończyć można obrotem; gdy przoduje *ischio-* lub *pygopagus*, jak przy *dipygus*, wypada sprowadzić wszystkie cztery kończyny dolne. Udaje się wtedy ekstrakcyja wobec względnej do siebie przesuwalności płodów. Tak SCHULTZE wydobyl dwa płody żywe, przyczem główka w tyle leżącego płodu przesunęła się równocześnie ze szyją przedniego płodu.

III grupa: a) *Dicephalus*: wypada rozpatrzeć oddzielnie *d. dibracchius* oraz *dicephalus* o 3-ch lub 4-ch ramionach, ponieważ zależnie od liczby ramion szerokość barków i objętość zdwojonego tułowia będzie inną.

Przy *dic. dibracchius*, gdzie szerokość w barkach jest zwykle prawidłową lub mało co powiększoną, upatruję przyczynę utrudnienia porodu w szerokości barków, powiększonej przez zlanie się 2-ch barków [jedna każdego płodu] ze

sobą. Główkę przodującą, dajmy na to, wydobyto kleszczami: ponieważ barki zbyt szerokie mogą wdrążyć do miednicy, główka nie dokonywa zwrotu ku bokowi, zwrot taki sztucznie się nie udaje, główka pozostaje wkliniwaną w szparze sr mowej, jak przy innych porodach potworków o powiększonej objętości tułowia. Badanie okazuje się trudnem. Czasami udaje się wymacać drugą główkę przez powłoki brzuszne. Płód teraz leży w położeniu skośnem, główka już wyszła, w miednicy leżą dwie szyje, czasami wypada jedna rączka. Na samoobróć nie ma co liczyć, chociaż BROMIŁOW go raz nasładował sztucznie, co było bardzo ryzykownem. STRASSMANN wspomina tutaj, że płody takie rzadko rodzą się żywe, a jednak mamy takich przykładów kilka, jak braci Tocci, dwugłówka RUEFF'a oraz innych, o których powyżej wspomniałem. W trudnych przypadkach STRASSMANN zaleca dekapitację i eksenterację. Ponieważ główka już urodzona ogromnie utrudnia wszelkie rękocezy, najlepiej ją obciąć, następnie dokonać obrotu [LOEFFLER] lub eksenteracji. Gdy druga główka wdrąży do miednicy równocześnie ze szyją należącą do główki już urodzonej, pozwolona będzie próba wydobywania jej kleszczami.

Gdy mamy do czynienia z położeniem pośladkowym, można wydobyć jedną główkę po drugiej, jak tego np. dokonał bardzo zręcznie kolega SKIBNIEWSKI, lecz może zająć potrzeba ewisceracji tułowia i dekapitacji jednej główki, którą następnie wypadnie oddzielnie wydobyć, o ile *sponte* nie wyjdzie. Przy zbyt szerokich barkach zaleca STRASSMANN bardzo roztropnie jedno lub obustronną kłejdoto mię — przecięcie obojczyka.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

101. Hollaender i Pécsi. Nowa metoda leczenia raka

Będąc zwolennikami spornej, lecz nieobalanej dotychczas teorii pasywnego pochodzenia raka, autorowie występują z metodą leczniczą odpowiadającą temu założeniu. A mianowicie, jeżeli nieznaną bliżej zarazek raka istotnie należy do kategorii pierwotniaków, to trzeba gubić go środkami leczniczymi, które niszczą pierwotniaki, a więc: arsen, anilina i chinina, stosowane jednocześnie, aby organizm nasycić zabójczymi dla pierwotniaków własnościami wszystkich trzech środków chemicznych. Konkretnie sprawa się tak przedstawia, że chininę choremu podajemy wewnątrznie, podskórną zaś stosujemy w stopniowo zwiększającej się dawce *atoxyl*, t. j. anilid kwasu meta-arsenowego. Jako oznaki kliniczne osiągniętej reakcji organizmu na owe leczenie, powinno przedewszystkiem nastąpić zatrzymanie rozwoju guza, a następnie rozpad, zmniejszenie, wchłanianie i zanikanie guza, a wreszcie bliznowate zagojenie i poprawa charactwa. O ile pod wpływem takiego postępowania ognisko rakowe ulega szybkiemu stosunkowo rozpadu-

wi, to koncentrowane toksyny guza naraz dostają się do ogólnego krwiobiegu, w następstwie czego dają się widzieć objawy wchłaniania produktów rozpadu, a więc podniesienie ciepłoty lub dreszcz wstrząsający. Że jednak ten ostatni przy cierpieniach rakowych nie stanowi wogóle objawu typowego [jak np. w zimnicy], to należy oczywiście przypisać tej okoliczności że pasorzyt [domniemany] raka nie jest jakimś *haematozoon*, i wskutek tego trujące produkty jego przemiany materii dostają się do krwiobiegu tylko przypadkowo i z wolna, bądź w większej, bądź w mniejszej ilości i koncentracji, zależnie od warunków wchłaniania w chorym narządzie. W ten sposób dałoby się wytłumaczyć, że raki powierzchowne zwykle przebiegają bez objawów gorączkowych; przy rakach narządów mięsowych objawy te zdarzają się częściej a przy raku błon surowicznych — zawsze.

Rozpoczyna się leczenie od zastrzykiwania pod skórę 10% ego roztworu atoxyłu, przyczem pierwsza dawka wynosi pół strzykawki [t. j. 0,5 ctm. sz.], i codzień powiększamy ją o jedną podziałkę strzykawki PRAVAZ'a. W ten sposób chorzy dochodzą stopniowo do *maximum* swej indywidualnej tolerancji atoxyłu, t. j. 0,1—0,2 tego środka *pro dosi et pro die*. Niezmiernie rzadko występują takie objawy [niezwykła biegunka], które musimy uważać za zatrucie lekowe i które po odstawieniu lekarstwa znikają całkowicie w ciągu dni kilku. Po osiągnięciu *maximum* jednorazowej dawki, należy utrzymywać się na tej wysokości tak długo, aż nie wystąpi pierwszy objaw zaczynającego się rozpadu [t. j. dreszcze, podniesienie ciepłoty]. Nastąpienie tego objawu jest jednocześnie wskazówką do natychmiastowego przedsięwzięcia wlewań 0,7%-go roztworu soli kuchennej, w ilości 200—300,0 po dwa razy tygodniowo. Z chwilą wystąpienia dreszczy [reakcja rozpadowa], należy zmniejszać codziennie dawkę atoxyłu o jedną działkę strzykawki, aż wreszcie się dojdzie do początkowej dawki 0,5 ctm. sz. Bezpośrednio potem znów przeprowadzamy serję zastrzykiwań atoxyłu, zupełnie tak samo, jak za pierwszym razem. Procedurę tę powtarzamy dotąd, aż organizm przestanie ujawniać jakąkolwiek „reakcję”, do której stwierdzenia wystarcza obserwacja 14—20-dniowa. Na ostatni punkt autor kładzie wielki nacisk i wyraźnie zaznacza, że znikanie widocznego lub wyczuwalnego guza nie może służyć za wskazanie do zakończenia leczenia. O tem, że w organizmie niema już żadnego ukrytego ogniska raka, możemy się upewnić wtedy dopiero, jeżeli nawet same wlewania soli kuchennej nie wywołują żadnej reakcji. Przez cały ciąg leczenia chory otrzymuje trzecie antiprotozozeum, chininę, w następującej postaci:

<i>Rp. Cort. chin. Calisayae</i> . . .	15,0
<i>Cort. Condurango</i> . . .	30,0
<i>Aq. destill.</i>	300,0
<i>Macera per horas XII</i>	
<i>Dein coque ad remanent.</i>	150,0
<i>Syr. Cort. Aurant.</i>	50,0
<i>MDS.</i> 3 razy dziennie po łyżce stołowej.	

Zależnie od stanu chorego oraz znoszenia przez niego chininy, można ten dekokt wielokrotnie i nawet na czas dłuższy odstawiać. Nie mogąc, ze względu na niczne jeszcze obserwacje kliniczne, dać krytycznej oceny tej metody leczenia, stwierdzają jednakże obaj autorowie, że po pewnym czasie zastrzykiwań atoxyłu, ujawnia się taka reakcja, którą można nazwać niemal specyficzną. Po 4—6 tygodniach leczenia, a niekiedy jeszcze wcześniej, moż-

na wyraźnie zauważyć zmniejszenie się rozmiarów guza. A zatem systematyczne leczenie atoxyl-chinina prowadzi nowotwór rakowy do rozpadu, którego przejawem są dreszcze wstrząsające, jako oznaka wchłaniania toksyn; te trujące produkty nie mogą wyrządzać szkody, dzięki stosowaniu wlewań soli kuchennej. Stan ogólny, apetyt, siły i krew również ulegają poprawie. Opisana metoda lecznicza nadaje się, zdaniem jej twórców, nie tylko dla wszystkich przypadków, już niemożliwych do operowania, lecz również i dla przypadków świeżo operowanych w celu zapobiegania nawrotom.

Wien. mediz. Wochenschr., 1907 N. 11).

W. Dobrowolski.

102. Klapp. Narkoza przy sztucznie ograniczonym krwiobiegu.

Jeżeli podczas narkozy, wskutek nadmiernej ilości narkotyku, występuje paraliż ośrodków oddechowych i sercowych, staramy się rozmaitymi zabiegami nie dopuścić do zupełnego bezwładu tych ośrodków. W rzędzie stosowanych wtedy zabiegów znajduje się i dostarczanie organizmowi czystego tlenu. Jednakże taki sposób postępowania nie zawsze prowadzi do pożądanego celu, ponieważ czerwone krążki krwi, jako pochwytywające tlen, tracą tę własność pod działaniem chloroformu, a zatem i podawanie w tym razie czystego tlenu jest zupełnie bezcelowem. Aby zaś otrzymać wynik pożądaný, należałoby mieć w rezerwie pewną liczbę niezatrutych, nieporażonych chloroformem czerwonych krążków krwi. Otóż, w tym celu autor proponuje, aby przed narkozą wyłączyć z krwiobiegu pewną ilość krwi w kończynach. Najpierw tedy autor przy pomocy umiarkowanego ucisku (*Umschnürung*) wywołuje zastój krwi w każdej kończynie, a następnie zaciska zupełnie mocno, jak przy sposobie ESMARCH'a; w każdym bądź razie nie używa do tego węża gumowego, lecz zawsze opaski, którą nakłada wysoko u nasady kończyny, aby zatrzymać możliwie największą ilość krwi. Dopiero wtedy przystępują do narkotyzowania „sztucznie zmniejszonego krwiobiegu tułowia.” Czy przytem zużywa się dla osiągnięcia narkozy mniejsza ilość narkotyku, trudno rozstrzygnąć; w każdym jednak razie narkotyk z krwi tułowia nie przenika w krew obciążonych kończyn. Teoretycznie korzyść takiego postępowania jest łatwo zrozumiała. W razie jakiegokolwiek powikłania narkozy zrzućmy opaski, podnosimy kończyny w górę: krew zastoinowa, przeladowana kwasem węglanym, dostaje się do ogólnego krwiobiegu; a następnie, przez odświeżenie się tlenem ów zapas rezerwowy krwi może daleko prędszej podziałać na zatrute ośrodki, niż wszelkie inne sposoby, o ile wogóle powrót do życia tych ośrodków jest jeszcze możliwy. Ten sposób usypiania autor stosuje prawie od roku i uważa go za zasługujący na polecenie, byle nie u osobników z miażdżycą tętnic.

(*Ther. d. Gegenwart*, 1907, z. 8).

W. Dobrowolski.

ODCINEK.

Organizacya walki z rakiem *).

Opracował

Mikołaj Rejchman.

Jedną z najstraszniejszych chorób, trapiących rodzaj ludzki, jest choroba rakiem zwana. Pomimo nadzwyczajnego w ostatnich czasach rozwoju nauk lekarskich, nie zdołaliśmy dotychczas poznać przyczyny tej choroby i warunków jej rozwoju, nie potrafiliśmy znaleźć przeciwko niej skutecznego środka leczniczego. Na tę plagę ludzkości tem bardziej naszą uwagę zwrócić powinniśmy, że ona coraz bardziej się rozszerza i coraz więcej ofiar z pośród młodszej generacji zabiera. Te ostatnie fakty nie ulegają najmniejszej wątpliwości; przekonywają o tem dane statystyczne o liczbie zmarłych na raka w rozmaitych krajach; tak np. w Anglii, według statystyki WILLIAMS'a ¹⁾ śmiertelność na raka w ciągu 56-u lat powiększyła się czterokrotnie: gdy mianowicie w r. 1840 zmarło na raka 177 osób na każdy milion mieszkańców, to w r. 1896 liczba osób zmarłych wyniosła 764 na milion mieszkańców.

Urzędowa statystyka pruska wykazuje według KIRCHNER'a że w r. 1888 na milion mieszkańców w Prusach zmarło na raka 818 osób, następnie z każdym rokiem śmiertelność na raka coraz bardziej się zwiększała, tak, że już w r. 1894 zmarły na tę chorobę 1222 osoby na każdy milion mieszkańców ²⁾.

Według statystyki wielkich towarzystw asekuracyjnych niemieckich, w których się asekurują mieszkańcy różnych prowincyi państwa niemieckiego, śmiertelność na raka, pomiędzy ubezpieczonymi na życie stale wzrasta. Tak np. w Towarzystwie asekuracyjnym w Gocie [Gotha] w 1875 r. zmarło na raka 1,43% ubezpieczonych, a w r. 1899—2,36% ³⁾. Według WÜRZDORFF'a ⁴⁾ cyfra śmiertelności na raka wzrosła w Państwie Niemieckiem w ciągu 7-u lat, od 1892—1898 o 18,5%, a w Królestwie Pruskiem w ciągu 20 lat od 1875—1895 cyfra ludności zwiększyła się o 47,5%, cyfra zaś zmarłych na raka o 239%, czyli, że cyfra śmiertelności na raka okazała się pięć razy większą od cyfry wzrostu ludności, przyczem zwiększenie liczby zmarłych na raka, dotknęło ludzi i starszych i młodszych, począwszy od 20-go roku życia.

W Holandyi liczba chorych na raka znacznie się zwiększyła: w roku 1874 zmarło w tem państwie na raka 49 osób na każde 100000 mieszkań-

*) Rzecz czytana na posiedzeniu Polskiego Komitetu badania i zwalczania raka w dniu 6-go listopada 1907 r.

¹⁾ Cyt. w pracy J. JAWORSKIEGO p. t. „Przyczynki do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności“ Gaz. Lek. 1906

²⁾ Bericht ueber die vom Comité für Krebsforschung am 15 October 1900 erhobene Sammforschung. str. XV.

³⁾ J. JAWORSKI l. c.

⁴⁾ Ueber die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche. Deutsche med. Wochenschr. 1902. Nr. 10.

ców, a w roku 1897—91 osób, a zatem 80% więcej [według urzędowej statystyki holenderskiej, cyt. w pracy WÜTZDORFF'a].

Z pracy L. NENCKIEGO ¹⁾ okazuje się, iż w Szwajcaryi rak jest strasznie rozprzestrzeniony i że cyfra śmiertelności na raka stale się zwiększa: w r. 1889 wynosiła 114,4 na 100000 mieszkańców, a w r. 1898—132,4!

W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej liczba zmarłych na raka też stale wzrasta. W stanie New-York cyfra śmiertelności na raka w ciągu 10 lat, 1888—1897, wzrosła z 2473 do 4117. W stanie Massachusetts w 1856 r. zmarło na raka 12,9 na 100000 mężczyznu i 24,5 na 100000 kobiet, a w 1895 odpowiednie cyfry wynosiły 44 i 94,4. W mieście New-Yorku według ROSSWELL'a PARK'a w ciągu ostatnich 50-u lat cyfra śmiertelności na raka zwiększyła się pięciokrotnie [w r. 1840—1 : 5646 mieszkańców, a w 1890—1 : 1306 m. ²⁾].

U nas w Królestwie Polskiem dzieje się widocznie nie lepiej, jakkolwiek nie posiadamy na to pewnych statystycznych dowodów. Z mojej statystyki, tyczącej się jedynie chorych ambulatoryjnych, dotkniętych rakiem organów trawienia za lat 20, od 1884 do 1903, okazuje się, że liczba chorych w drugim dziesięcioleciu w porównaniu z pierwszym dziesięcioleciem zwiększyła się o 38,53% ³⁾. Z danych statystycznych śmiertelności na raka w m. Warszawie, zebranych dzięki nadzwyczajnej pracowitości przez J. JAWORSKIEGO ⁴⁾, wynika, że liczba zachorowań, ew. śmiertelność na raka stale i prawie stopniowo w Warszawie wzrasta; że liczba zejść śmiertelnych na raka wzrosła w Warszawie w stosunku wyższym niżby to odpowiadało przyrostowi ludności; że na raka choruje obecnie przeciętnie więcej ludzi w młodszym wieku niż poprzednio; że w Warszawie podczas okresu dwudziestoletniego, [1882—1901], na 10000 m. zmarło średnio na raka 6,62. O rozprzestrzenieniu raka w całym Królestwie Polskiem nie możemy mieć pojęcia, wobec braku mniej więcej dokładnej statystyki dla całego kraju. Kwestyę tę starali się rozstrzygnąć MAYBAUM i SERKOWSKI, urządziwszy spis jednodniowy chorych na raka 15-go stycznia 1904 roku. Wskutek różnych niepomysłnych okoliczności, a przede wszystkim uchylecia się od odpowiedzi przeszło połowa lekarzy czynnych w Królestwie Polskiem, ankieta MAYBAUMA i SERKOWSKIEGO nie mogła dać dokładnego wyniku. Na 1805 zapytanych lekarzy dało odpowiedź tylko 767, t. j. 42,5%. Z tych 767-u lekarzy 511 odpowiedziało, że w styczniu 1904 r. chorych na raka nie mieli, a 256 lekarzy nadało opisy 465 przypadków chorobnych ⁵⁾.

Ta mała cyfra chorych na raka w Królestwie Polskiem widocznie nie odpowiada rzeczywistości. J. JAWORSKI sądzi na zasadzie rachunku prawdopodobieństwa, że w Królestwie Polskiem umiera rocznie na raka około 7000 osób. Moje obrachowania w zupełności ten wniosek J. JAWORSKIEGO potwierdzają. Opierając się na kalkulacji, o której niżej będzie mowa, można przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, że w Królestwie Polskiem koło r. 1902 było w danym dniu mniej więcej 2550 chorych na raka.

¹⁾ LEON NENCKI. Die Frequenz und Verteilung des Krebses in der Schweiz an der Hand der Krebstodesfälle in den Jahren 1889—1898. Zeitschrift f. schweizerische Statistik 1900.

²⁾ Verh. d. Komittees für Krebsforschung. Berlin 1902. z. I.

³⁾ M. REJCHMAN. „Przyczynę do statystyki chorych na raka“. Gaz. Lek. 1904.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ S. SERKOWSKI i J. MAYBAUM (Łódź) „Materiały do etyologii i statystyki raka“. Gaz. Lek. 1906.

O rozprzestrzenieniu się raka w krajach pozaeuropejskich, z wyjątkiem Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej, nie możemy żadnego mieć pojęcia wobec braku odnośnej statystyki.

Bardzo interesującą rzeczą byłoby obliczyć, ilu w danym dniu może być chorych na raka w całej Europie. Dla takiego obliczenia nie mamy pewnych danych, ponieważ statystyka chorych na raka została dotychczas zebrana za pomocą spisu jednodniowego tylko w trzech krajach, mianowicie w Niemczech, w Holandyi i w Hiszpanii. Ze spisu jednodniowego niemieckiego, urządzanego 15-go października 1900 roku, wynika, że na milion mieszkańców w państwie niemieckiem jest chorych na raka 215 osób. Spis jednodniowy holenderski, w tymże dniu urządzony, wykazał, że w Holandyi na milion mieszkańców jest 286-u chorych na raka. W spisie zaś jednodniowym hiszpańskim, urządzonym w dniu 1-go września 1902 r., z powodu małej liczby odpowiedzi lekarskich nie znajdujemy wprawdzie pewnych danych, ale cyfrę chorych na raka w tym kraju i w tym dniu możemy wy kalkulować, opierając się z jednej strony na dokładnej statystyce, dostarczonej przez lekarzy jednej z prowincyi zw. Gerona, w której na 194 lekarzy, w prowincyi tej praktykujących, jeden tylko na ankietę nie odpowiedział, a z drugiej strony obliczając stosunek liczby zmarłych na raka w ciągu jednego roku [1900] w całej Hiszpanii do liczby chorych na tę chorobę w dniu jednodniowego spisu, ze stosunku znanej liczby chorych na raka do liczby zmarłych od tej choroby w prowincyi Gerona. Otóż z kalkulacyi tej wynika, że w Hiszpanii w dniu spisu jednodniowego powinno być mniej więcej 263 chorych na raka na milion mieszkańców. Ponieważ cyfry powyższe chorych na raka w krajach tak różnych pod względem rasy, kultury i warunków życiowych, jakie z jednej strony przedstawiają Niemcy i Holandya, a z drugiej Hiszpania, są bardzo do siebie zbliżone, przeto sądzę, że nie spełnię zbyt wielkiej omyłki, jeżeli wezmę średnią z tych trzech cyfr zachorowań na raka, t. j. 255 i na jej zasadzie obliczę liczbę chorych na raka w danym dniu w całej Europie. Ponieważ nasza część świata posiada około 410 milionów mieszkańców, przeto wypada, że koło roku 1902, w danym dniu było w całej Europie mniej więcej 104550 chorych na raka. W ten sam sposób obliczyć można przybliżoną cyfrę zmarłych na raka w całej Europie w ciągu jednego roku. Z urzędowych danych statystycznych, okazuje się, że w Anglii w 1899 r. zmarło na raka 829 osób ¹⁾, w Niemczech w 1898 r.—706 osób ²⁾, w Holandyi w r. 1900—937 osób ³⁾, w Hiszpanii w 1900 r. 390 osób ⁴⁾ na milion mieszkańców. Średnia ze śmiertelności na raka w czterech powyższych krajach wynosi 715.5 na milion mieszkańców. Z tego wynika, że w całej Europie w okresie czasu od 1898—1900 r. umierało prawdopodobnie na raka 293355 osób rocznie. Sądząc z powyżej podanych statystycznych dowodów stałego w różnych krajach zwiększania się liczby osób zapadających na raka, z wielkim prawdopodobieństwem przyjąć możemy, że obecnie cyfra śmiertelności od tej choroby jeszcze bardziej się wzmogła. Nie będziemy więc chyba dalecy od prawdy, gdy przyjmiemy, że w jednej tylko części świata, t. j. w Europie, umiera na raka najmniej 300000 osób rocznie.

1) Cyt. w pracy WÜTZDORFF'a.

2) WÜTZDORFF l. c.

3) Bericht der Holländischen Kommission ueber die am 15 ten Oktober 1900 im Königreich Holland in ärztlicher Behandlung gewesenen Krebskranken, 1902.

4) Bericht ueber die am 1 ten September 1902 in Spanien veranstaltete Krebsforschung, 1903.

Ze spisu jednodniowego niemieckiego okazuje się nadto, że w pewnych miejscowościach naszej części świata, śmiertelność na raka, stosunkowo do liczby ludności, znacznie przewyższa cyfrę śmiertelności dla całej Europy; tak np. lekarz TENGEN w W. Ks. Badeńskim podaje, że w tej miejscowości umiera na raka 90% wszystkich dorosłych mieszkańców. Inny lekarz fakt ten potwierdza i dodaje, że zarówno w tej, jak i w sąsiednich miejscowościach całe rodziny od raka wymierają¹⁾. Podobnych przykładów w sprawozdaniu ze spisu jednego niemieckiego znajdujemy więcej.

Powyżej wzmiankowane fakty, mianowicie coraz większe rozpowszechnianie się choroby rakiem zwanej, ogromna cyfra umierających corocznie na tę chorobę, coraz większa liczba osób w młodszym wieku chorobie tej ulegających, tudzież możliwa dziedziczność, a bardzo prawdopodobna zaraźliwość tej choroby [ob. sprawozdanie ze spisów jednodniowych w Niemczech, Holandyi i Hiszpanii], wobec braku dotychczas skutecznych środków do zapobiegania tej chorobie i do leczenia chorych nią dotkniętych [jedyna bowiem skuteczna dotychczas metoda lecznicza, t. j. usuwanie nowotworu na drodze operacyjnej, chroni od zagłady nadzwyczaj tylko małą część ogromnej liczby chorych], musiały zniewolić ucywilizowane społeczeństwa, przedewszystkiem lekarzy, do szczerego zajęcia się tą sprawą, do zbadania jej gruntownego i do szukania środków ochronnych i leczniczych. W tym celu powstały w różnych państwach zrzeszenia lekarzy, w tak zw. komitety, które postawiły sobie za zadanie wszechstronne zbadanie choroby, zw. rakiem, a przedewszystkiem jej przyczyn, i walkę z tą chorobą. Członkowie tych komitetów wobec piętrzących się trudności, nie lękają się bynajmniej nadzieją, żeby rychło dojść mogli do pomyślnego rozwiązania postawionego sobie za cel zadania. Ale w przekonaniu, że w bezczynności nie się nie robi, że każda akcja musi mieć swój początek, że chociażby obecne pokolenie lekarzy nie doszło do zamierzonego ostatecznie celu, to powinno ono przygotować przynajmniej materiały do rozwiązania tej sprawy dla następnych pokoleń, wzięły się będące w mowie komitety raźnie do dzieła.

Chronologicznie najpierwszy taki związek pod nazwą: „Society for investigating the nature and cure of cancer” powstał w Anglii w r. 1801. Następnie podobna instytucja została założona w 1892 r. we Francji. W r. 1897 założono instytut do badania raka w Buffalo w Ameryce. Pierwsze dwie instytucje niczem poważnem działalnościami swymi nie zadokumentowały, w instytucji w Buffalo pracują dotychczas dzielni badacze i prace swoje drukiem ogłaszają. Właściwie dobrze pod względem celowym zorganizowana działalność rozpoczęła się przed niedawnym dopiero czasem w Niemczech. Mianowicie dzięki inicjatywie JERZEGO MEYER'a w lutym 1900 r. zawiązał się w Berlinie komitet pod nazwą: „Komitée für Krebsforschung”, który od razu rozpoczął pracę najenergiczniejszą, najbardziej celową i najplodniejszą. Między innemi, największą dotychczas zasługą tego komitetu jest to, iż potrafił on nie tylko wciągnąć w sferę swej działalności wszystkie kraje wchodzące w skład Państwa Niemieckiego, ale pobudził i inne ucywilizowane narody do zorganizowania odpowiednich sił w celu badania raka i walki z tą chorobą, jużto dając bezpośrednio inicjatywę, już też przykład ze swojej energicznej i celowej działalności. W ten sposób powstały oddzielne komitety do badania raka w krajach Rzeszy Niemieckiej, powstał komitet holenderski, hiszpański, angielski, amerykański, węgierski, rosyjski, założono w różnych miastach Ameryki instytuty do badania raka, także zakłady ufundowano w Moskwie, w Heidelbergu i w Paryżu. I u nas, dzięki inicjatywie kol. JAWOR-

1) Bericht ueber die vom Komitée für Krebsforschung etc. str. 11.

SKIEGO zawiązał się w roku ubiegłym komitet do badania raka i walki z tą chorobą, jako sekcya Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego. Na Zjeździe tegorocznym lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie postanowiono, ze względu na jedno pochodzenie, zbliżony tryb życia, podobny sposób żywienia się mieszkańców wszystkich ziem polskich, skoncentrować prace nad badaniem i leczeniem raka w jednym z miast polskich, i uznać Komitet warszawski za instytucję centralną dla całej Polski. Komitet warszawski, widząc całą pożyteczność postanowienia, na Zjeździe tegorocznym lwowskim zapadłego, nie może się uchylić od przyjęcia na siebie tego zadania, i zapewne ze zdwojoną energią rozpocznie teraz swoją działalność praktyczną. Dotychczas Komitet warszawski był w fazie organizowania się i tworzenia planu czynności na przyszłość. Sądzę, iż nastał już czas właściwy, abysmy się ostatecznie zorganizowali i przystąpili do praktycznego urzeczywistnienia naszego zadania. Ponieważ zaś na tem polu będziemy pierwsze dopiero stawiali kroki, przeto pożyteczną może będzie dowiedzieć się i rozważyć, co już dotychczas zdołał zrobić komitet berliński i jakie ma zamiary na najbliższą przyszłość.

[D. c. n.]

Wiadomości bieżące.

— Świeżo opuścił prasę „Kalendarz lekarski” dra POLAKA. Oprócz starannie ułożonej listy lekarzy, urzędów i instytucji lekarskich oraz różnych krótkich informacji z dziedziny lecznictwa, umieszczono tam dwie prace większe, a mianowicie: podręcznik terapeutyczny i spis alfabetyczny zdrojowisk i uzdrowisk z wymienieniem ich cech głównych. Podręcznik terapeutyczny opracowany jest zbiorowo; pod różnemi kategorjami chorób spotykamy tam nazwiska znanych specjalistów naszych: BĄCKIEWICZA, DUNINA, KUCZYŃSKIEGO, KUNIEWICZA, KAMOCKIEGO, REJCHMANA, RYCHLIŃSKIEGO, A. SOKOŁOWSKIEGO, WATRASZEWSKIEGO. Ogółem zawiera Podręcznik około tysiąca recept w uzupełnieniu treściwego przeglądu metod leczniczych.

— W Wiedniu otwarte zostało Towarzystwo fizykalnej terapii. Przewodniczącym jest doc. dr MAX HZRTZ.

— Do Instytutu lekarskiego żeńskiego w Petersburgu przyjęto w r. b. 250 słuchaczek, w tem 30 na V kurs z dyplomami ukończenia wydziału lekarskiego na wszechnicach zagranicznych.

— Z powodu ciężkiej choroby prof. LIEBREICH’a katedra farmakologii na uniwersytecie berlińskim ma być wkrótce obsadzona.

Do № bieżącego dołączamy prospekt: „Laboratorium chemiczno - bakteriologiczne d-ra ST. SERKOWSKIEGO.”

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Xeroform

Środek zupełnie nietrujący, stosowany na rany jako proszek do przysypywania, posiada działanie wysuszające i odwianające, sprzyja wytwarzaniu naskórka i nie wywiera wpływu drażniącego tak na rany, jak i na ich otoczenie. Doskonale nadaje się do opatrunków suchych, które mogą być rzadko zmieniane. Posiada działanie swoiste w eczema madidans, ulcus cruris i combustiones.

Creosotal

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwożłazkowym, wybitnym lekiem przeciwżółtowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

Salif

plynny związek salicylowy. Tani środek uśmierczający ból stosowany na zewnątrz w chorobach pochodzenia gośćcowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcięzionym. Nie wywiera wpływu ubocznego na narządy wewnętrzne.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel:
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzona na Wystawie Lwowskiej medalem złotym
wszelkie



1) Injections Subcutaneae Sterelisatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione

przy temperaturze 125° i 2 ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700
próby gratis i franco

**TUSSOL**

Syrop o bardzo przyjemnym smaku w zupełności zastępujący przykrą w użyciu

S I R O L I N E

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rs. jeden.

poleca Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.



Opatentowany

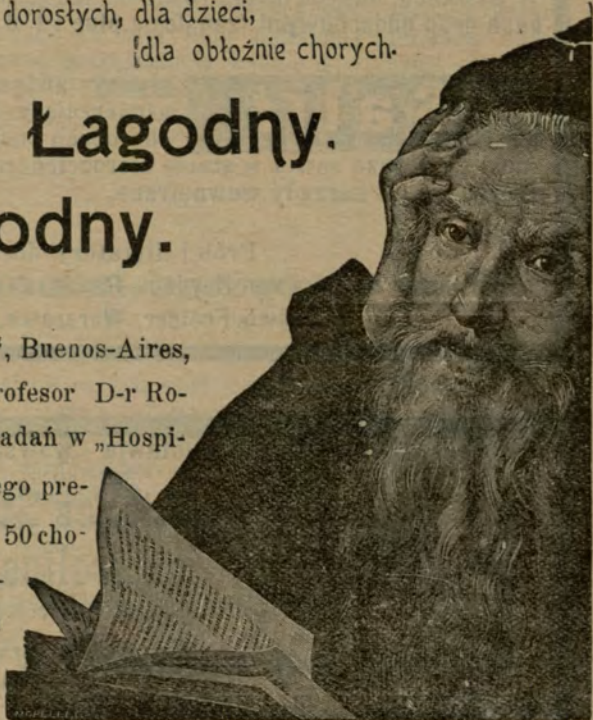
PURGEN

NOWY IDEALNY ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY

dla dorosłych, dla dzieci,
[dla obłożnie chorych.]

Smaczny. Łagodny. Niezawodny.

W „Anales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec, 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“, stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.



Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie Purgen'em i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego łagodnego środka przeczyszczającego.

D-r Antonio Maggiorani.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr. Warszawa, Senatorska 38.