

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Dwa nowe przypadki raka skrzelowego oraz kilka uwag ogólnych o tych nowotworach. Podał Józef Pstrokoński. — O niektórych wskazaniach do wznawiania leczenia przeciwprzymiotowego. Podał d-r J. Halpern. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCiąGI.** 80. O kryofonie. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 czerwca r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 16 czerwca r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. czerwiec r. b. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Pstrokoński—Deux nouveaux cas de cancer bronchial et quelques observations générales sur ces néoplasmes. 2) D-r J. Halpern — Sur certaines indications à la répétition du traitement antisyphtique.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Pstrokoński—Zwei neue Fälle von Bronchialkrebs und einige allgemeine Betrachtungen über diese pathologischen Neubildungen. 2) D-r J. Halpern — Ueber einige Indicationen zur Wiederholung der antisyphtischen Behandlung.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

UCZESTNIKOM

IX Zjazdu

lekarzy i przyrodników polskich
 życzenia obfitych plonów pracy
 na chwałę nauki

zasyła

REDAKCJA.

DWA NOWE PRZYPADKI RAKA SKRZELOWEGO

oraz

KILKA UWAG OGÓLNYCH O TYCH NOWOTWORACH

Podał

JÓZEF PSTROKOŃSKI

Pom. Prosektora przy katedrze Anatomii Patologicznej.

Geneza nowotworów jest dotychczas wogóle niejasna. Tylko przez rozważenie dokładne wszystkich stosunków rozwoju tkanek, ich wzrostu, zmian, którym ulegają pod wpływem rozmaitych nienormalnych czynników i t. d., można o każdym z nich przyjść do pewnej mniej lub więcej prawdopodobnej hipotezy.

Jednym z najciekawszych pod względem sposobu powstawania jest rak, rozwijający się w dali od fizyologicznego nabłonka w głębokich częściach szyi, znany od dosyć dawna pod nazwą raka skrzelowego — *carcinoma brachio-gene*. Miałem możność obserwowania dwóch przypadków tego nowotworu i uważam za odpowiednie kilka słów im poświęcić. Dodam, że rak ten należy do nowotworów rzadkich. Na przeszło 5,000 sekcyi, dokonanych w naszej pracowni w ciągu ostatnich lat 10, znaleźliśmy tylko w dwóch przypadkach guz, który bez żadnej wątpliwości zaliczyć możemy do skrzelowych raków szyi, chociaż liczba raków, skonstatowanych na tych sekcyach była dość znaczna i wynosiła 12%.

Pierwszy przypadek dotyczy Jana G., tragarza w wieku lat 49, który przybył do szpitala Dzieciątka Jezus 12 grudnia 1894 r., skarżąc się na ból, jaki odczuwa od trzech miesięcy w okolicy nadgrzebieniowej lewej. Ból ten rozchodzi się na całą lewą kończynę górną, trwa stale, czasami się zwiększa. Na sześć tygodni przedtem zauważył chory twarde guzik w okolicy nadobojczykowej lewej, który stopniowo powiększał się. W ciągu ostatnich trzech miesięcy przed wstąpieniem do szpitala, chory znacznie wychudł i opadł z sił. Przy badaniu chorego po przybyciu do szpitala stwierdzono, co następuje:

Jest on wzrostu dobrego, budowy umiarkowanej, odżywiania słabego. Skóra blada, cienka, z zanikłą prawie tkanką tłuszczową podskórną, na lewym przedramieniu i lewej ręce trochę cyanotyczna i obrzękła. Błony śluzowe również blade.

Na przedniej powierzchni szyi z lewej strony nieco nad obojczykiem widać dość znaczny guz, mający w wymiarze podłużnym 8, w poprzecznym 4 ctm. Guz ten przy dotykaniu jest twarde, jak chrząstka, niebolesny i bardzo mało ruchomy; tylko przy mocniejszym ucisku guza chory odczuwa dość silne bóle w całej lewej kończynie górnej. Skóra nad nim zupełnie niezmieniona i łatwo przesuwalna. Powierzchnia guza nierówna, brodawkowata. Guz zdaje się być zrosniętym z mięśniami i przechodzącymi w tym miejscu naczyniami szyi, które przy usiłowaniu przemieszczenia guza przesuwają się z nim razem i nie dawały się od niego oddzielić. Natomiast nie przedsta-

wiał się on zupełnie w związku z kością gnykową, z krtanią, ani z tchawicą, które przesunięte były nieco w stronę prawą; w podnoszeniu się i opuszczaniu ich przy ruchach połykowych guz żadnego udziału nie brał.

Z prawej strony szyi, pod szczęką, w okolicy stawu barkowego lewego, na karku nie znajdujemy żadnych widocznych zmian. Gruczoły chłonne na szyi w okolicy guza, jak również w lewym dole pachowym i w innych miejscach, nie są widocznie powiększone. Badanie jamy ustnej, gardzieli i przetyku nic szczególnego nie wykazuje; ślinianki są również wolne od nowotworu. Przy połykaniu chory żadnych trudności nie doświadcza. Najwięcej męczy go bóle, o których już wyżej wspomniałem, w całej lewej kończynie górnej, które przy ruchach lewą ręką zwiększają się i rozszerzają na całą lewą łopatkę. Bóle te często wywołują bezsenność, a czasami przechodzą w małym stopniu i na prawą kończynę górną; przytem nie są one ściśle ograniczone do pewnych miejsc, lecz z jednakową siłą występują we wszystkich mięśniach. Innych bólów, naprzykład ze strony głowy, twarzy i kończyn dolnych chory wcale nie doświadcza. Tylko pochylenie głowy w lewo było dosyć bolesne i wywoływało ból szyi z lewej strony; dlatego też chory prawie zawsze trzymał głowę przechyloną naprawo.

Badanie płuc, serca, śledziony i innych narządów nie wykazało jakichkolwiek zmian wyraźnych. Ze strony żołądka i kiszek nie można było również skonstatować żadnych objawów szczególnych. Mocz białka, ani innych nieprawidłowych składników nie zawierał. Tętno od samego początku było słabe, małe i wynosiło 80 uderzeń na minutę.

Badanie krwi wykazało w jednym milimetrze sześciennym 2,568,000 czerwonych ciałek krwi i 15,500 białek. Stosunek ich był 1 : 165. Po zabarwieniu preparatu krwi widać w niej było dużo komórek neutrofilowych z 4—6 jądrami, jak również wiele limfocytów.

Stan chorego w szpitalu zaczął się stopniowo pogarszać. Guz stawał się coraz większy: już w trzecim tygodniu po przybyciu chorego do szpitala rozszerzył się on z okolicy nadobojczykowej lewej na przednią część szyi i zajął okolicę wcięcia półksiężycowego rękoności mostka, a dalej ztąd począł przechodzić w okolicę nadobojczykową prawą. Jednocześnie chory zaczął doznawać duszności, wystąpił obrzęk lewostronny szyi i sinica obydwóch warg. W płucach przytem stwierdzono: w górnej części lewego z przodu i z tyłu wydech oskrzelowy, w prawem zaś oddech osłabiony.

Do poprzednich bólów w lewej kończynie górnej dołączyła się wkrótce silna bolesność w górnej części kręgosłupa, tak, że chory nie mógł leżeć na plecach. Ruchy głowy stały się również więcej utrudnione; już nie tylko pochylenie głowy w lewo, lecz i wyprostowanie jej stawało się niemożliwe, gdyż chory odczuwał przytem bardzo dotkliwe bóle w okolicy dolnych kręgow szyjowych i górnych karkowych.

W drugim miesiącu bytności chorego w szpitalu do powyższych objawów dołączyła się trudność w połykaniu, szczególnie pokarmów twardych, a na przedniej powierzchni klatki piersiowej, szczególnie z lewej strony, zaczęły występować coraz wyraźniej rozszerzone żyły drobne. Obrzęk rozszerzył się na prawą połowę szyi, sinica na wargach i obydwóch kończynach górnych powiększała się, bóle zjawiały się już w obydwóch rękach. W okolicy nadgrzebieniowej lewej stwierdzano stępienie i wyraźny oddech oskrzelowy. W końcu łaknienie chorego, małe od początku, znikło zupełnie, upadek sił i ogólna niemoc wystąpiły w wysokim stopniu, łykanie stało się prawie

niemożliwe, i chory w stanie straszego wyniszczenia w dwa miesiące po przybyciu do szpitala zmarł.

Badanie pośmiertne, wykonane w 24 godziny po śmierci, wykazało, co następuje:

Trup mocno wyniszczony. Na twarzy i górnych kończynach umiarkowany obrzęk. Skóra blada, tylko na twarzy i kończynach cyanotyczna. Ilość tkanki tłuszczowej podskórnej nadzwyczaj mała. Mięśnie słabo rozwinięte, blade.

W dolnej części szyi, z lewej strony uderza nas guz wielkości pięści, który po nad wcięciem półksiężycowem rękojeści mostka przechodzi na prawą stronę szyi. Po odseparowaniu skóry szyi i klatki piersiowej okazuje się, że nowotwór leży głęboko, nie będąc zupełnie w jakimkolwiek związku ze skórą, wypycha ku górze pierwsze lewe żebro i, idąc pod lewym obojczykiem na szyję — podnosi nad sobą niektóre mięśnie szyi, z którymi w wielu miejscach pozostaje zrosnięty. Gruczoł tarczowy znajduje się powyżej nowotworu na samym początku tchawicy i na chrząstce tarczowej, nie ma żadnej łączności z guzem i jest zupełnie prawidłowo rozwinięty. Ślinianki podżuchwowe leżą również w swem zwykłym miejscu pod mięśniem żuchwognykowym (*m. mylohyoideus*), od spodu otoczone brzuścami mięśnia dwubrzoźszego żuchwy (*m. digastricus*), nic wspólnego z nowotworem nie mając. To samo w zupełności trzeba powiedzieć o śliniankach nażuchwowych i śliniance podjęzykowej.

Po otworzeniu klatki piersiowej i ostrożnem odjęciu obojczyka okazuje się, że guz jest nieruchomy. Starając się dalej dokładnie odpreparować guz, konstatujemy, że zrasta on się mocno z kręgosłupem, i że przednie lewe części trzonów ostatnich dwóch kręgów szyjowych i pierwszych dwóch grzbietowych są mocno zajęte przez guz na przestrzeni 1 ctm. w głąb'. Po odpiłowaniu zewnętrznych części wymienionych trzonów oraz przylegających do nich łuków kręgowych okazuje się, że wszystkie korzenie nerwowe, przechodzące przez odpowiednie dziurki międzykręgowe, są zupełnie zdrowe, z nowotworem niezrosnięte i w kanale zupełnie przesuwalne. Sam rdzeń, jak i jego opony przedstawiają się również zupełnie normalnie.

Tylko po wytworzeniu zwoju międzykręgowego (*ganglion intervertebrale*) i po połączeniu się dwóch korzeni w jeden pień nerwowy, ten ostatni wdraża się w masę nowotworową i jest już tak ściśle z nią zrosnięty, że w żaden sposób nie może być odseparowany.

Dalej zrosniętymi z nowotworem, prócz otaczających mięśni, okazały się wielkie naczynia szyi, jako to: tętnica szyjowa wspólna i żyła szyjowa wewnętrzna, a także nerw błędny, które trzeba było wraz z guzem na dość znacznej przestrzeni usunąć.

Splot ramieniowy prawy i przechodząca tędy tętnica podobojczykowa były również w znacznym stopniu przezeń zajęte. Natomiast przelyk i tchawica, nie mając bliższego związku z guzem, przedstawiały się tylko mocno uciśnięte: pomiędzy nie od głównej masy guza wewnątrz i ku dołowi wtlaczał się odrostek, który powodował zwężenie światła przelyku, a następnie po nad tchawicą w dolnej jej części, nie przechodząc do śródpiersia przedniego, kierował się na prawą stronę szyi i oplatał tchawicę w ten sposób z trzech stron, przemieszczając ją na prawo. Ciekawy był stosunek guza do lewego płuca: nie będąc wcale z nim zrosnięty, odpychał on tylko wierzcho-

łek płuca ku dołowi i powodował wzrost i przemieszczenie na dół otaczającej zgrubiałej opłucny.

Przerzutów nowotworu nigdzie, nawet w najbliższych gruczołach chłonnych, nie znaleziono.

Innych ważniejszych zmian w organizmie prócz nieznacznego powiększenia wątroby i śledziony sekcyja nie wykryła.

Odpreparowany nowotwór wielkością i formą przypominał bardzo spłaszczoną główkę nowonarodzonego dziecka. Obwodowe części jego są mocno zrosnięte z tkankami otaczającymi, jak na przykład mięśniami, naczyniami i nerwami. Powierzchnia guza jest dość gładka, blada, sucha z jasnym żółtawym odcieniem.

Przy obmacywaniu z zewnątrz guz wszędzie niemal przedstawia się mniej więcej jednako twardym. Wyjątek pod tym względem stanowią tylne części guza, gdzie konsystencya pod palcem wyczuwa się więcej miękka.

Na przekroju nowotwór w trzech czwartych częściach okazuje się wszędzie twardym, ziarnistym, suchym, szarawo-bladym, miejscami żółtawym. Pozostała czwarta część guza głównie od tyłu jest mocno rozmiękła, żółta i posiada kaszowatą zawartość, która z powierzchni przekroju z łatwością pendzelkiem lub jakim tępym narzędziem odseparowana od części twardych guza i usunięta być może.

Badanie drobnowidzowe skrawków z rozmaitych miejsc guza (preparaty barwione były metodą podwójną: hematoksyliną i eozyną, hematoksyliną i sposobem v. GIESON'a, a tak że pikrokarminem i innymi barwnikami) dało wyniki następujące:

Nowotwór na całej przestrzeni wykazuje budowę jednostajną. Składa się on mianowicie wszędzie tylko z dwóch bardzo wyraźnie odgraniczonych od siebie tkanek: tkanki nabłonkowej i tkanki łącznej.

Pierwsza tkanka w nowotworze jest obfitsza, dominująca: tworzy ona w rozmaitych miejscach jasno zarysowane ogniska o postaci wielościennej, okrągłej, podłużnej i t. d., które — posyłając od siebie odrostki — łączą się w sieć. Oczka tej sieci wypełnia podścielisko łączno-tkankowe.

Tkanka nabłonkowa guza posiada typowy charakter epidermoidalny. Układ komórek w samych ogniskach jest taki, jaki zazwyczaj widzimy w rogowatych rakach skóry. Obwodowe części ogniska tworzą się z komórek drobnych krótko-cylindrycznych, wielościennych. Posuwając się dalej do wnętrza ogniska, spostrzegamy, jak komórki stają się większe, okrągławe, soczewkowate, połączone odrostkami protoplazmatycznymi; dalej ku środkowi ogniska spłaszczają się coraz bardziej, tracą wyrostki protoplazmatyczne i nakoniec przybierają charakter łuszczyk epidermoidalnych, najczęściej układających się w ciała epidermoidalne, ciała perłowate (*Globes épidermiques*, *Perlkuigel*). W komórkach zrogowaciałych jądro prawie zawsze widzimy spłaszczone, a w protoplazmie czasami silnie barwiące się za pomocą hematoksyliny, karminu alunowego i zasadowych barwników anilinowych ziarenka, które zupełnie przypominają ziarenka keratohyalinowe fizyologicznego naskórka.

Muszę również zaznaczyć, iż na wielu skrawkach spostrzegamy, iż ciała nabłonkowe, poczynając od swych części środkowych, rozpadają się i tworzą drobnoziarnistą kaszowatą masę.

Co się tyczy tkanki łącznej, która stanowi podścielisko dla tkanki nabłonkowej, to należy ona do zwyczajnej tkanki łącznej o niewielkiej ilości komórek stałych. Oprócz komórek stałych spotykamy w rozmaitych miejscach zwykle niezbyt wielkie nacieczenie komórkami drobnymi okrągłymi, podobnymi do leukocytów. Ilość widocznych naczyń krwionośnych w tkance łącznej jest bardzo mała. W miejscach obwodowych guza, gdzie guz wraстал w mięśnie lub naczynia, tkanka łączna podścieliska łączy się z tkanką łączną tych ostatnich.

Wobec powyższej budowy drobnowidzowej nowotwór nasz można uważać tylko za raka rogowatego — *carcinoma keratodes*, zupełnie podobnego do tego, jaki zazwyczaj powstaje z naskórka. Za tem przemawia: typowe rozmieszczenie komórek nabłonkowych, zbliżone bardzo do tego, jakie widzi się w fizyologicznym naskórku, obecność komórek nabłonkowych, połączonych za pomocą zrostków protoplazmatycznych, wyraźne rogowacenie komórek z widocznym występowaniem ziarenek keratohyaliny, układanie się zrogowiałych komórek w ciała perlówate.

W drugim przypadku, który chcę poniżej opisać, rak głębokich części szyi klinicznie przebiegał skrycie i dopiero przypadkowo na sekcji wykryty został.

Dotyczy on do 69-letniego Józefa L., z zawodu szewca, który w dniu 25 sierpnia 1899 r. przybył do szpitala Dzieciątka Jezus, skarżąc się na silny ból w prawym boku, duszność, kaszel i utrzymując, że od roku już jest chory, lecz że w ostatnich czasach objawy powyższe znacznie się wzmogły, przy czem wystąpiło wielkie osłabienie.

Badanie obiektywne chorego wykazało, co następuje: stłumienie z tyłu, idące od prawego szczytu płuca do środka łopatki, obecność drobnych wilgotnych rzeżeń w obydwóch szczytach płucnych, występujących głównie z tyłu przy kaszlu, osłabienie oddechu również z tyłu w górnej połowie prawego płuca, brak zupełny gorączki. Na podstawie powyższych danych rozpoznano włóknistą postać suchot płucnych, tembardziej, że i przy badaniu kilkakrotnem płwociny udało się raz jeden pod drobnowidzem znaleźć niewielką ilość laseczników gruźliczych. Prócz tego skonstatowano u chorego umiarkowaną rozedmę w dolnych odcinkach obydwóch płuc i dość dużą arteriosklerozę w tętnicach obwodowych ciała.

Innych ważniejszych zmian nigdzie nie zauważono. Tętno było małe, dosyć twarde i wynosiło siedmdziesiąt parę uderzeń na minutę. Mocz nie patologicznego nie przedstawiał.

Chory w szpitalu przeleżał dwa miesiące. Przez ten cały czas żadnych nowych objawów, prócz przytoczonych wyżej, nie można było skonstatować. Skarżył on się tylko na bóle, występujące coraz mocniej w prawym boku, które, podług jego słów, szły od góry od pierwszego żebra i rozchodziły się na cały bok. Za to wyniszczenie chorego z każdym tygodniem wzmagało się znacznie, chociaż zmiany ze strony płuc, przypisywane gruźlicy, widocznie nie postępowały naprzód, aż w końcu doprowadziło do zejścia śmiertelnego.

Sekcja, dokonana na drugi dzień po śmierci chorego, wykazała:

Trup wzrostu wysokiego, budowy średniej, mocno wyniszczony. Klatka piersiowa płaska. Skóra blada, umiarkowanie gruba. Tkanki podskórnej tłuszczowej bardzo mało. W okolicy kostek na obydwóch dolnych kończynach niewielki obrzęk. Mięśnie blade, mało rozwinięte.

Szyja przy zewnętrznych oględzinach nie przedstawiała żadnych zmian wyraźnych. Dopiero przy wyjmowaniu prawego płuca w górnej części za tylnym jego brzegiem natrafiono na guzowatość, która przy bliższym rozpatrzeniu okazała się nowotworem. Nowotwór ów poczynął się na szyi z prawej strony okrągłąwą głową bezpośrednio przy trzonach dwóch ostatnich kręgów szyjowych. Ztąd w postaci tworów spłaszczonych, soczewkowatego przechodził po za opłucną prawą do klatki piersiowej. Największa grubość tego guza dochodziła 4—5 ctm. Brzeg jego wewnętrzny zrasta się z trzonami dwóch ostatnich kręgów szyjowych i czterech górnych grzbietowych, które na swej przedniej powierzchni są mocno nacieczone tkanką nowotworową. W miejscu, gdzie trzony kręgów uległy największemu zwyrodnieniu na wysokości czterech górnych żeber, kręgosłup tworzy łukowate zagięcie i odchodzi od swej pionowej linii na lewo na odległość prawie dwóch ctm. (*scoliosis*). Brzeg zewnętrzny guza dosięgł linii pachowej tylnej; koniec dolny dochodził do 6-go żebra. Z przodu guza zgrubiła opłucna ścienna zrosnięta była z opłucną trzewową.

Tyłną swoją powierzchnią nowotwór przylegał do żeber i mięśni międzyżebrowych, przyczem miejscami zrastał się z nimi tak silnie, że oderwać go było trudno. Trzy górne żebra w miejscach przyrostu do nich guza przedstawiają się mocno infiltrowane tkanką nowotworową, są miękkie i łamają się z wielką łatwością. Nakoniec w dwóch miejscach grubymi odrostkami przenikał on przez przestrzenie międzyżebrowe do dołu pachowego prawego, gdzie końce odrostków grubiały i zlewały się w twór gruszkowaty wielkości jaja kurzego. Dokola ostatniego guza gruczoly chłonne były powiększone, stwardniałe i niektóre dochodziły do wielkości orzecha laskowego.

W swej części szyjowej guz przedstawiał się dość mocno zrosniętym z długim mięśniem szyi, jak również obrastał niektóre mniejsze głębiej leżące naczynia szyi, które, rosnąc głęboko, napotykał na swej drodze. Wielkie naczynia szyi, jako znajdujące się więcej powierzchownie, w tym przypadku pozostały przez nowotwór zupełnie zaoszczędzone. Za to tchawica i przełyk, choć niezrosnięte, okazały się przez masę nowotworową przemieszczone na lewo i delikatnie z nią sklejone. Splot barkowy prawy przez nowotwór zajęty był tylko w słabym stopniu.

Stosunek guza do gruczolu tarczowego na szyi był podobny do tego, jak w poprzednim przypadku: gruczol ten o budowie normalnej znajdował się w swem zwykłym miejscu, przyczem prawy zraz jego przeszło na 2 ctm. był wyżej położony ponad guzem i żadnego związku z nim nie miał. Również najmniejszej łączności z nowotworem nie posiadały ślinianki podżuchwowe i inne.

Z opisu stosunku anatomicznego nowotworu do otaczających części wiadać, że nie miał on żadnego związku ze skórą, od której oddzielony był na całej przestrzeni tkanką podskórną, mięśniami i przylegającymi tworami szyi lub klatki piersiowej.

Z innych zmian znaleziono na sekcji następujące: *Phthisis fibrosa utriusque apicis* — sprawę dosyć zresztą ograniczoną, *Emphysema pulmonum*, *Dilatatio cordis dextri*, *Arteriosclerosis*, *Lymphectasiae oesophagi*, *Hepar muscatum*.

Lecz ciekawszy dla nas od tych zmian był twardy guziczek, znaleziony w bocznej ścianie pęcherza w samej warstwie mięśniowej na 2 ctm. powyżej gruczolu krokowego. Guziczek wielkości jajka gołębiego nie był wcale zrosnięty z wyżej leżącą błoną śluzową pęcherza: ta ostatnia nieco za-

czewieniona i pokryta maleńkimi brodawkami przesuwała się nad nim z wszelką łatwością. Tak samo guzik ów nie miał żadnej łączności z gruczołem krokowym, który, nie będąc zupełnie powiększony, na przekroju ujawniał budowę normalną.

Innych podobnych guzików, a także jakichkolwiek zmian widocznych w pozostałych narządach i tkankach, jak również w centralnym układzie nerwowym nie skonstatowano więcej.

Na przekroju nowotwór przedstawiał się gładkim, słabo ziarnistym, białoszarym, wszędzie twardym, miejscami nawet jak chrząstka. Naczyn w nim było bardzo mało.

Budowa drobnowidzowa guza (skrawki były barwione w taki sam sposób, jak za pierwszym razem) dowiodła nam, że mamy do czynienia również z rakiem rogowatym, jak w przypadku pierwszym. Guz i tutaj wszędzie składają dwie tkanki: tkanka nabłonkowa i tkanka łączna. Ostatnia ilościowo posiada wszędzie znaczną przewagę nad pierwszą i, tworząc podścielisko dla pierwszej, składa się ze zbitej tkanki łącznej o wielkiej ilości włókien, a bardzo małej komórek.

Tkanka nabłonkowa tworzy wszędzie ciała rakowe, chociaż mniej liczne, niż w raku poprzednim, niemniej jednak charakterystyczne: składają się one na obwodzie z komórek drobnych cylindrycznych, które w kierunku ku częściom ośrodkowym stopniowo zwiększają się, robią się soczewkowatymi, błonka ich grubieje i staje się wyraźniejszą, — na koniec, w częściach, odpowiadających środkowi ogniska rakowego, spotykamy komórki płaskie, zrogowaciałe, które nierzadko układają się w ciała kuliste, wyglądem swym przypominające łuski cebuli. Soczewkowate komórki nabłonkowe także łączą się z sobą krótkimi protoplazmatycznymi wyrostkami. Utworzone w powyższy sposób ciała rakowe o formie często wrzecionowatej, wydłużonej są mniejsze i zawierają nieraz mniej ciał perlówatych, niż w przypadku pierwszym.

(D. n.).

O niektórych wskazaniach DO WZNAWIANIA LECZENIA PRZECIWPZYMIOTOWEGO.

Podał

D-r JAKÓB HALPERN,

lekarz ambulatoryum szpitala św. Rocha w Warszawie.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 26 czerwca r. b

(Dokończenie. — Zob. Nr. 28).

A jednak wspomniany wyżej w przypadku FUHRMANN'a (i szeregu podobnych przypadków) niewątpliwy pomyślny wpływ merkuryusza na jad przymiotowy w okresie utajenia wskazuje między innymi, iż, lecząc przymiot tylko podczas objawów przymiotowych, nie czynimy wszystkiego, co czynić z korzyścią dla chorego możemy, lecząc w odpowiednich chwilach i w okresie utajenia. Pod tym względem zasługują na uwagę następujące spostrzeżenia.

Kobieta 24 lat, dobrze zbudowana, średnio odżywiana, nieco małokrwista, przybyła do mnie 22 listopada 1897 r. z rozszaniami nieprawidłowo *ad dorsum manus et digitorum* silnie swędzącymi, wielkości łebka od szpilki, bladoróżowemi, twardemi grudkami (KNÖTCHEN) i pęcherzykami o przezroczystej surowiczej zawartości oraz powstałemi po rozdrapaniu ich ekskorycjami i strupkami. Po zastosowaniu wskazanego przeciwko temu cierpieniu leczenia ustąpiło ono po 3-ch tygodniach. 2-go lutego 1898 r. chora przybyła do mnie znowu z poprzednim cierpieniem, przyczem okazało się, iż jest ona w 4-ym miesiącu ciąży. Pomimo zastosowania odpowiedniego leczenia cierpienie na ten raz nie ustępowało. Po kilku tygodniach trwania tegoż przypadkowym sposobem dowiedziałem się, iż mężem chorej jest były mój pacjent, który leczył się u mnie w 1894 r. z powodu *papulae aggregatae ad abdomen et antibrachium dextrum*, wobec czego, a także wobec faktu, iż pierwsze dziecko chorej, urodzone blisko rok przedtem, zmarło, zastosowałem ze względu na płód wcierania *uncti cinerei* à 3,0. Już po 8-iu wcieraniach cierpienie rąk widocznie zaczęło się poprawiać, a po 18 zostało zupełnie usunięte, chociaż z rozpoczęciem poprawy chora z powodu prawie zupełnego ustania swędzenia zaprzestała miejscowego leczenia, unikając tylko szkodliwości. Na uwagę zasługuje, iż jednocześnie z ustaniem swędzenia uspokoiło się i podrażnienie ogólne układu nerwowego, z którym w widocznym związku było swędzenie, wahając się przy jego wahaniami.

Przypadek ten mnie zastanowił. Badając w tym kierunku inne przypadki przymiotu, przekonałem się, iż w wielu razach objawy patologiczne przymiotowej natury ze strony różnych narządów, przy zestawieniu ich z nawrotem przymiotu w jakimś narządzie, przy uwzględnieniu wyników przeciwprzymiotowego leczenia, nasuwają myśl o wzajemnym związku tych spraw, przyczem albo rozwijający się przymiot jakiegoś narządu wywołuje objawy patologiczne nieprzymiotowej natury w tym lub owym narządzie, albo też odwrotnie, objawy patologiczne nieprzymiotowej natury rozmaitych narządów dają impuls do rozwoju objawów przymiotowych w tych lub owych narządach. Najczęściej daje się to obserwować u osobników z eretycznym układem nerwowym, u których rozwojowi tych objawów sprzyja prawdopodobnie łatwość odruchów. Z objawów, manifestujących rozpoczynający się rozwój nawrotu przymiotu w jakimś narządzie, mogących być przytem dokładnie skonstatowanemi jako objawy nieprzymiotowej natury, najczęściej występują różne postaci *seborrhoeae*, *hyperidrosis*, *folliculitis* oraz komplikujące je cierpienia: pryszczycyca i t. d.; z objawów, dających impuls do rozwoju nawrotu przymiotu w jakimś narządzie, najczęściej dają się obserwować połączone z gorączką rozmaite cierpienia. Wobec takiej różnorodności postaci chorobowych w stosunku do nawrotów przymiotu trudno jest nieraz mieć to przekonanie, iż omawiany związek nie jest przypadkowy, tem bardziej, że nie zawsze można wysledzić takie związane z nawrotem przymiotu patologiczne nieprzymiotowe objawy; ma to zwykle miejsce prawdopodobnie nie dla tego, że tych objawów *resp.* nawrotów w rzeczywistości często niema, jakby to można było przypuszczać np. wobec znanych prodromalnych, mało uwzględnianych przy wskazaniach do leczenia, tylko przypadkowych i przypadkowo więcej wyraźnych i wyraźniej z nawrotami przymiotu związanych takich objawów, lecz że odpowiednio do doświadczenia FOURNIER'a i innych, obostrzenie sprawy przymiotowej nie zawsze ujawnia się w postaci nawrotu

o wyraźnym umiejscowieniu i wyraźnych objawach przymiotowych, i że z powodu w wielu razach mniej znacznych zaburzeń w odżywianiu i czynności ustroju lub jakiegoś narządu choroby nie szukają przeciwko nim porady, często nawet wcale nie zwracają na nie uwagi lub zapominają o nich, czemu szczególnie sprzyja powolny, absorbujący wiele czasu przebieg cierpień przymiotowych, niekiedy dłuższa pauza między ujawnieniem nawrotu przymiotu i omawianymi objawami i często późne zwracanie się o poradę do lekarza. Dla tego też najmniej pewności co do wskazanego związku można mieć w przebiegu późnych cierpień przymiotowych. Wobec tego przytoczę następujący, więcej charakterystyczny przypadek.

Mężczyzna 23 lat, dobrze zbudowany, średnio odżywiany, nieco mało-krwisty, przybył do mnie 5 maja 1898 r. z *sclerosis initialis exulcerata ad sulcum coronarium*, *exanthema maculosum opulentum*, *angina erythematos*a, *lymphadenitis universalis*. Zastosowano 6 zastrzyknięć 5% sublimatu podług metody ŁUKASIEWICZA. W sierpniu i wrześniu 1898 r. 30 kąpiele siarczanych w Busku wraz z tyłomaż wcieraniami *ungti cinerei* à 4,0. 20 listopada 1898 r. chory przybył do mnie z *defluviū debile* oraz nieco dokuczliwym swędzeniem *capillitii* z powodu dość obfitej *pityriasis*, szczególnie w środkowej części *capillitii*. O *alopecia syphilitica diffusa* nie mogło być w danym przypadku mowy, zaś brak wszelkich wykwitów przymiotowych nie tylko na ciele, lecz i *in capillitio*, brak wszelkiego śladu ześrodkowania *defluviū* w ograniczonych miejscach wyłączał *alopeciam areolarem syphiliticam*. Leczenie za pomocą wskazanych przeciwko *pityriasis capillitii* środków nie mogło w zupełności usunąć swędzenia, aż 12 grudnia 1898 r. chory przybył do mnie z czerwonymi, mniejszymi nieco od soczewicy, nie wzniesionymi nad powierzchnię skóry, nigdzie nie pokrytymi łuszczącym się nabłonkiem *papulae ad palmas et plantas*, oraz ostro ograniczonym, wielkości soczewicy, okrągłym z lekka wzniesionem zacierwieniem *ad uvulam*, które w dalszym przebiegu wkrótce okazało się pokrytem szarawym nabłonkiem. Zastosowano 5 zastrzyknięć 8% *Hydrargyri sozodolici* podług metody SCHWIMMER'a. Już po drugim zastrzyknięciu swędzenie *in capillitio* ustało i nawet po zaprzestaniu przez chorego miejscowego przeciwko *pityriasis* leczenia nie wróciło się, pozostała tylko lekka *pityriasis*, która, jako stan zwykły i niedokuczliwy, chorego niczem nie niepokoiła. 26-go maja 1899 r. chory przybył do mnie znowu z poprzednim przykrem swędzeniem *in capillitio* z powodu wzmożonej *pityriasis*, a 14 czerwca 1899 r. *ad collum et ad abdomen* okazały się grupy nielicznych, gładkich, bez śladu zapadania w środkowych częściach, bez śladu łuszczenia, *papulae lenticulares*. Zastosowano 6 zastrzyknięć *Hydrargyri sozodolici*, jak wyżej, i już po drugim zastrzyknięciu swędzenie ustąpiło, jak i poprzednim razem. Gdy następnie 17 grudnia 1899 r. chory przybył do mnie znowu z poprzednim swędzeniem *in capillitio*, połączonym na ten raz z *seborrhoea oleosa faciei* wraz z nielicznymi *comedones* i wykwitami *acne* oraz wyraźnym ogólnym podrażnieniem układu nerwowego, zastosowałem przeciwprzymiotowe leczenie (4 zastrzyknięcia *Hydrargyri sozodolici*, jak wyżej) ze względu nie tylko na charakterystyczny poprzedni przebieg choroby, lecz i ze względu na to, iż długotrwała pauza w leczeniu przeciwprzymiotowym w myśl FOURNIER'a była wskazaniem do wznowienia tegoż. Już po pierwszym wstrzyknięciu ogólny stan chorego widocznie się poprawił, a po drugim *pityriasis capillitii* oraz *seborrhoea faciei* ustały, pomimo to, iż chory nie zmienił w niczem poprzednich zwykłych swoich warunków utrzymywania *capillitii et faciei*. Obserwowałem na-

stępnie chorego do końca lutego 1900 r., nie okazywał żadnych objawów przymiotowych.

Fakty powyższe wskazują, iż jad przymiotowy nie zupełnie biernie zachowuje się w okresie utajenia, a przynajmniej w niektórych jego momentach. Toż samo wskazują inne jeszcze dane.

Jak pokazały badania NEUMANN'a²²⁾, jeszcze przez długi czas po zniknięciu drugorzędnych objawów przymiotowych znajdują się pod naskórkiem, w skórze właściwej oraz innych tkankach komórki wysiękowe, kryjące jad przymiotowy. Według NEUMANN'a komórki te, rozmnażając się, wywołują nawroty, które NEUMANN uważa z tego powodu jako epizody nieprzerwanego naturalnego przebiegu sprawy przymiotowej i z tego punktu widzenia uznaje metodę leczenia FOURNIER'a nie tylko podczas objawów przymiotowych, lecz i w okresie utajenia, w zasadzie jako zupełnie właściwą, zarzucając jej tylko szablonowość.

Nie mniej światła na sprawę przymiotową w okresie utajenia rzuca *leucoderma* oraz inne zjawiska barwnikowe w naskórku. Jak pokazały badania moje²³⁾, usuwając sprzeczności wyników badań RIEHL'a, EHRMANN'a, AEBY'ego, KOELLIKER'a, KARG'a, JARISCH'a i innych, co do zachowania się barwnika w naskórku, wędrownie zawierające barwnik komórki skóry właściwej przenikają między komórki naskórka, rozpadają się tam na części, tracą wyraźne swe kontury i pochłaniane bywają przez dystalne końce komórek naskórka. W głębszych warstwach skóry właściwej barwnik w wędrownych komórkach przedstawia się w postaci drobnych, jasnych, nielicznych, niekiedy pojedynczych ziarenek, w miarę zaś zbliżania się ku naskórkowi liczba, wielkość, ciemność tych ziarenek się zwiększa. Oczywiście więc w komórkach wędrownych barwnikowych, bez względu na miejsce ich pochodzenia, zjawiają się pierwsze ślady barwnika w samej skórze właściwej, i tu ilość jego się zwiększa. Badając tę kwestyę w dalszym ciągu, przekonałem się, iż jednocześnie prawie ze zwiększeniem się ilości barwnika zwykle wydłużają się wypustki wędrownych komórek oraz zwiększa się liczba tych wypustek. Wobec tego mimowoli przychodzi na myśl, iż barwnik zjawia się w wędrownych komórkach przy warunkach, sprzyjających ich ruchom dowolnym. Ponieważ zaś więcej stosunkowo barwnika spotykamy w najczulszych miejscach ciała, gdzie przeto odruchy na naczynia krwionośne są niezmiernie żywe, gdzie wahania się w krążeniu krwi muszą być przeto silne; ponieważ więcej barwnika zjawia się w naskórku przy drażnieniu go (przez wpływy atmosferyczne i inne), przy zaburzeniach w układzie nerwowym, a zatem przy wpływach, odgrywających rolę w wahanii się szerokości naczyń i, co za tem idzie, wahanii się i często zwalnianiu prądu soków, więc mimowoli nasuwa się myśl, iż te wpływy sprzyjają dowolnym ruchom komórek wędrownych, ruchom, być może, kompensującym poniekąd zwolniony bieg soków, sprzyjają więc występowaniu w nich barwnika, o ile, ma się rozumieć, niema ewentualnego zaniku zdolności do wytwarzania tegoż. Zgadza się z tem fakt silniejszego zabarwienia naskórka przy najróżnorodniejszych warunkach, mających jednak jeden warunek konieczny: wpływu na bieg soków. Zresztą, jakiegokolwiek są bliższe szczegóły związku między barwnikowe-

²²⁾ Viert. f. Derm. u. Syph. 1885. Porówn. Unna. Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid. Berlin. klin. Woch. 1892 i Caspary. Festschr. gew. F. I. Pick. 1898. Arch. f. Derm. und Syph.

mi komórkami wędrownymi i układem nerwowym, sam związek ten podług NOTHWAGL'a ²⁴⁾ wobec klinicznych faktów zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Ponieważ, nie mówiąc już o sprawach barwnikowych naskórka, występujących w związku z wykwitami przymiotowymi, w okresie utajenia mamy dość często takie długotrwałe sprawy barwnikowe, jak *leucoderma* i przymiot barwnikowy (*Pigmentsyphilis*), więc prócz występującej w różnych tkankach wspomnianej wyżej sprawy wysiękowej NEUMANN'a, prócz nieprawidłowej sprawy odżywiania w skórze, która to nieprawidłowość wyraża się w patologicznem zabarwieniu naskórka, zwiększonym lub zmniejszonym, mamy często w okresie utajenia nieprawidłowy stan pewnych sfer układu nerwowego, — mniejsza o to, czy ten stan jest zależny od sprawy wysiękowej NEUMANN'a w tym układzie, czy też od szczególnego może stosunku jadu przymiotowego do tkanki nerwowej. Zgadza się z tem między innymi obserwowany przez SZADKA ²⁵⁾ związek między *leucoderma* i patologicznym stanem układu nerwowego oraz wskazany przez NEISSER'a ²⁶⁾ fakt wzmożonego odżywiania naskórka w *leucoderma*.

Jak dowiodły badania NUSSBAUMA ²⁷⁾, już normalna funkcya narządów wpływa na wahanie się odporności ustroju. Tem bardziej więc powinna wpływać w tym kierunku funkcya patologiczna, jaką podług opisanego wyżej mamy często w okresie utajenia przymiotowego, gdyż czynność taka, odbywając się przy wspomnianych warunkach nieprawidłowego stanu odżywiania się tkanek, tem bardziej wpływa w sposób ujemny na skład krwi, tem bardziej drażni zakończenia miejscowych nerwów czuciowych, jak na to w innym miejscu zwróciłem uwagę, a z powodu wspomnianej często nieprawidłowej innerwacyi tem bardziej wywołuje dalsze konsekwencye tych czynników dla układu nerwowego i dla całego ustroju lub oddzielnych jego narządów.

Ponieważ w przebiegu *leucoderma* i barwnikowego przymiotu bardzo często nie mamy żadnych innych wyraźnych zaburzeń czynnościowych, więc okazuje się, iż nie zważając na patologiczne warunki, jakie mamy w sprawie wysiękowej NEUMANN'a ²⁸⁾, w sprawie barwnikowej w skórze, w alteracyi układu nerwowego czynność regulacyjna ustroju zdolna jest utrzymywać równowagę o tyle, iż sprawy te przebiegają poniekąd skrycie. Z tego po części wynika, iż w przypadkach, gdzie wspomnianych spraw barwnikowych nie mamy, brak wyraźnych objawów chorobowych w okresie utajenia nie daje nam prawa twierdzić, iż jad przymiotowy zachowuje się wtedy biernie; przeciwnie, już na mocy sprawy wysiękowej NEUMANN'a powinniśmy przypuszczać, iż, jeżeli nie zawsze, to w wielu razach rzecz się ma inaczej, tylko że istnieje wspomniana równowaga. Przy naruszeniu jednak tej równowagi powstają w okresie utajenia opisane wyżej objawy patologiczne nieprzymiotowej natury w związku ze sprawą przymiotową, objawy, które z powodu stosunku swego do nawrotów, do obostrzeń przymiotu, powinny stanowić wskazanie do odpowiedniego nawiązywania do nich specyficznego leczenia —

²³⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.

²⁴⁾ Zeitschr. f. Klin. Med. 1885.

²⁵⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. 1886. Ref.

²⁶⁾ Viert. f. Derm. und Syph. 1883.

²⁷⁾ Gaz. Lekarska. 1900. Nr. 25.

²⁸⁾ Zur Entstehung der Krankheiten durch Reflexe. Wien. Allgem. med. Ztg. 1891.

bądź niezwłocznie, bądź też w najbliższej, ze względu na ewentualne inne jeszcze wskazujące warunki, odpowiedniejszej chwili, — przy jednoczesnym lub ewentualnie uprzednim właściwym tym objawom jako takim leczeniu, szczególnie, o ile trwanie pauzy w specyficznym leczeniu i ewentualne przeciwwskazanie ze strony ogólnego stanu odżywiania, ze strony zbyt oddalonego związku patologicznych nieprzymiotowych objawów z przymiotem (dotyczy to np. do związku żołądka z przymiotem, jak to wskazał RICORD) it. d., nie są temu na przeszkodzie. Postępowanie takie tem bardziej jest wskazane, iż wobec obserwacji FOURNIER'a i innych obostrzenia przymiotu ujawniają się nie tylko wyraźnie umiejscowionymi i wyraźnie przymiotowymi objawami, lecz i rozmaitemi formami cierpień, nic charakterystycznego li tylko dla przymiotu nie mającemi.

Na związek między objawami nieprzymiotowej natury i sprawą przymiotową zwracali już uwagę BAZIN²⁹⁾ i inni, FOURNIER zaś między innymi na fakcie tego związku oparł swoje leczenie intermittujące przymiotu, wszakże metoda jego, nie uwzględniając w każdym oddzielnym przypadku tych objawów nieprzymiotowej natury jako wskazań do leczenia, gdyż nie uwzględniając ich związku z obostrzeniami sprawy przymiotowej u danego osobnika i dla tego stosując leczenie bez względu na to, czy takowe wskazania w danej chwili istnieją czy nie, często każe walczyć z przymiotem w chwilach regulacji sprawy przymiotowej przez czynność obronną ustroju, pozostawiać go zaś bez leczenia w chwilach istnienia wskazujących naruszoną regulację objawów, i dla tego też w tym punkcie nie można odeprzeć zarzutów przeciwników metody FOURNIER'a, tem bardziej, że w leczeniu przeciwpzymiotowym nie mamy powodu nie uwzględniać stosunku między działaniem czynności obronnej tkanek i działaniem przeciwpzymiotowego leczenia³⁰⁾.

Ponieważ objawy patologiczne nie przymiotowe w okresie utajenia, występujące w jakimś narządzie nie za sprawą rozwijającego się w innym jakimś narządzie przymiotu, lecz za sprawą różnych innych wpływów, jak wskazano wyżej, często sprzyjają rozwojowi sprawy przymiotowej w tymże lub oddalonych narządach, co się zresztą łatwo objaśnia deprymującym drogą bezpośredniego miejscowego drażnienia lub drogą zmiany składu krwi i innerwacji wpływem wspomnianych nieprzymiotowych objawów chorobowych na wytwarzanie przez tkanki obronnych przeciwko szkodliwym wpływom, a więc i przeciwko jadu przymiotowemu, substancji³¹⁾, więc dłuższe trwanie tych objawów nieprzymiotowej natury, mające możność deprymującego wpływania na czynność obronną ustroju, stanowi wskazanie do odpowiedniego nawiązywania do nich przeciwpzymiotowego leczenia — bądź we wcześniejszej bądź, ze względu na ewentualne inne jeszcze wskazujące warunki, w późniejszej nieco chwili, — szczególnie przy uwzględnieniu wymaganych przez FOURNIER'a pauz, koniecznych podług niego głównie dla skuteczności środków przeciwpzymiotowych, oraz ewentualnych przeciwwskazań.

Stosując metodę FOURNIER'a przy uwzględnieniu wyłuszczonej wskazań, unikniemy zarzucanej jej szablonowości w leczeniu, szkodliwej już cho-

²⁹⁾ Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides. 1866.

³⁰⁾ Buttersack. Immunität und Heilung im Lichte der Physiologie und Biologie. Virchow's Archiv. 1895.

³¹⁾ Kruse. Krankheitsserregung. Die Mikroorganismen.... Flügge 1896. Lang. Wien. med. Wochen. 1900. Nr. 23.

ciężby z moralnego względu, a zwracając pilną uwagę na szczegóły życia walczącego z przymiotem ustroju, na objawy upadku jego czynności obronnej, objawy, przyjmujące czasami postać lekkiego, niekiedy dłużej trwającego ogólnego niezdrovia, łatwiej unikniemy nieodpowiedniego nasycania ustroju merkuryuszem, niż jak to jest możebne przy niejako ślepem stosowaniu tego środka bez bliższych, wynikających z życia ustroju, gdyż sprzężonych z obostrzeniami przymiotu, wskazań.

Z takim postępowaniem nie jest bynajmniej w sprzeczności wspomniany przypadek FUHRMANN'a, który na pozór możnaby przytoczyć na korzyść poglądu, iż leczenie przymiotu w okresie utajenia jest wskazane nawet wtedy, kiedy opisanych objawów nieprzymiotowych wcale niema. Jeżeli zauważyć, jakie obszerne, graniczące z patologicznymi lub wprost patologiczne zmiany wywołuje w ustroju ciąża, to oczywiście podług wyluszczonego wyżej zdolna jest ona sprzyjać rozwojowi sprawy przymiotowej, naruszając wspomnianą wyżej równowagę między jadem przymiotowym i czynnością obronną ustroju, i jako taka podchodzi pod wspomniane wskazania do odpowiedniego nawiązywania do niej specyficznego leczenia.

Zbyt mało mamy jeszcze danych, aby być w stanie ustanowić ogólniejsze prawidła, jakie mianowicie objawy trzeba uważać jako wskazówkę wspomnianej naruszonej równowagi, i dla tego ocena tego musi jeszcze w każdym oddzielnym przypadku zależeć od lekarza, ważnem jednak jest, iż stosując przytem leczenie specyficzne nie częściej, niż na to zezwalają wymagane przez FOURNIER'a (z wymienionego wyżej powodu) pauzy oraz ogólne przeciwwskazania przy stosowaniu specyficznego leczenia, nawet w razie mniej dokładnej oceny nie tylko unikniemy szablonowości przy odpowiedniem nawiązywaniu leczenia do wspomnianych wskazówek naruszonej równowagi, lecz także nie uchybimy głównym zasadom metody FOURNIER'a

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

80. A. BREITENSTEIN. **O kryofinie.** O nowym tym środku przeciwgorączkowym i bóle kojącym, bardzo pochlebnie wyraża się autor na zasadzie danych z literatury ostatnich lat, jako też własnych 50 spostrzeżeń.

Kryofina (*Methylglykolphenitidid*) jest to biały proszek, bez smaku i zapachu, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo w wysokoku, eterze i chloroformie. Dla dorosłych dawka wynosi 0,5—1,0, dzienna 3,0. Dla dzieci 0,2—0,5 raz lub dwa razy dziennie (od 4—12 lat). W żadnym z przypadków SONNENBACK, BRESLER'a, SCHREIBER'a HUERLIMAN'a, EICHHORST'a i autora nie spostrzegano szkodliwych następstw lub nieprzyjemnych ubocznych skutków tego leku. Przeciwgorączkowe działanie ujawnia kryofina już po 15 minutach, a w 2—3 godzin po zadaniu leku ciepota spada do stanu normalnego, poczem powolnie wzmaga się na nowo. Działanie to objawia się w wielu chorobach gorączkowych: płonicy (EICHHORST), influenzy (BRESLER), durze, zapaleniu płuc, a nawet w gruźlicy. Wymiotów następnych, zaburzeń żołądkowych, wysypek i t. p., jak, wyżej powiedziano, nie spostrzegano nigdy, ani u dorosłych, ani u dzieci (HUERLIMANN).

Jeszcze silniejsze działanie, niż przeciw gorączce, objawia kryofina przy bólach najrozmaitszego pochodzenia; pod tym względem lepsza jest od antypiry-

ny, fenacetyny, exalginy i salicylu, z wyjątkiem ostrego gośćca stawowego, w którym przetwory salicylowe skuteczniej działają.

W migrenie, bólach głowy uremicznego pochodzenia, w *meningitis*, neura-
stycznym bólu głowy, w *poriostitis luetica* objawowe działanie kryofiny było do-
skonale. Kojąco działa również na bóle neuralgiczne, neurytyczne, na dolegli-
wości w cierpieniach opłucny, w anginie, w *tuberculosis dorsalis*. W świeżej rwie kulszo-
wej (*ischias*) kojące działanie kryofiny uważa EICHHORST za poprostu zadziwiające.

Sam autor z doskonałym skutkiem stosował ją już to w rozmaitych cho-
robach gorączkowych, już też w różnego pochodzenia bólach: w rwie kulszowej,
lumbago, nerwicach międzyżebrowych, wysiękach opłucny i t. p. Zauważył on
nadto lekkie nasenne działanie tego nowego środka, które przypisać jednak
można uspokojeniu się cierpień.

Wobec takich działań kryofiny, potwierdzonych przez kilku sumiennych
badaczy, wprowadzenie jej do praktyki jest wskazane.

(*Therap. Monatshefte. Hft. 3. 1900.*)

L. W.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 Czerwca r. 1900.

TREŚĆ: Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Wł. KRAJEWSKIEGO: „O rozpoznawaniu i leczeniu
perityphlitis“.

Kol. SZTEYNER sądzi, że lepiej jest podzielić *appendicitis* na 3 grupy: *appendi-
citis simplex, purulenta et perforativa*. Tylko przypadki z *appendicitis simplex* nada-
ją się do leczenia wewnętrznego. W przypadkach 2 i 3 grupy należy operować.
Rozpoznanie jednak tych dwóch postaci nie jest tak łatwe, jakby się zdawało.
Są bowiem przypadki, w których ani ciepłota, ani ogólny stan chorych nie są
tak złe, a jednak następuje przedziurawienie. Przypadki te kwalifikują się do
wczesnej operacji. W tych razach zazwyczaj po kilku dniach poprawy odrazu
występuje pogorszenie tak nagłe, że operacja zwykle bywa spóźniona.

Co do techniki operacji, a mianowicie, co do powstających po operacji
przepuklin, to kol. SZTEYNER przypuszcza, że tworzenie się przepuklin jest
w związku z zakładaniem worka MIKULICZA. W tych razach zamiast worka MI-
KULICZA należy zakładać szew dwupiętrowy i cienkie paski z gazy jodoformowej.

W przypadkach, gdzie chloroformowanie chorych jest z tych lub innych
względów niemożliwe, kol. SZTEYNER sądzi, że możnaby znieczulać chorych przez
zastrzykiwanie im roztworu kokainy pod oponę pajęczą rdzenia w okolicy
łędźwiowej.

Kol. A. GABSZEWICZ sądzi, że kol. KRAJEWSKI za krótko zatrzymał się nad
przypadkami septycznymi *perityphlitis*.

Zdaniem kol. GABSZEWICZA, w rozlanem zapaleniu otrzewny tylko wczesne
operowanie może dawać jeszcze jakąś nadzieję uratowania chorych.

Kol. F. STĘPKOWSKI, zaznaczywszy, że *perityphlitis* może zjawiać się w każ-
dym okresie ciąży, podczas porodu i w położu, przytacza odpowiednią statystykę,
dotyczącą powikłań ciąży, porodu i położu zapaleniami wyrostka robaczkow-
ego. W tych razach dotychczas rokowanie jest niepomyślne.

Zdaniem kol. STĘPKOWSKIEGO, należałoby w każdym przypadku operować.
Jeżeli napady *appendicitidis* były już przed ciążą, to należy operować nawet wte-
dy, kiedy objawy są bardzo łagodne, a szczególnie, gdy ciąża jest jeszcze we
wczesnych okresach.

Kol. H. ODERFELD nie zgadza się na robienie próbnego przekłucia, które, jeżeli możemy wykonywać, to tylko przed samą operacją. W przypadkach, kiedy chorzy nie chcą poddać się operacji, kol. ODERFELD jest przeciwny stosowaniu u nich masażu, sądzi bowiem, że masowaniem możemy wyrządzić szkodę choremu, ponieważ otrzewna w *appendicitis* jest krucha. Jako środek paliatywny kol. ODERFELD zaleca w tych razach rozgrzewające kompresy, kąpiele słone, okłady z błota.

Kol. Br. SAWICKI jest zdania, że żadna klasyfikacja dla ułatwienia w rokowaniu i leczeniu spraw okołokątnicznych nie odpowiada w zupełności celowi. Kol. SAWICKI zwraca uwagę na jeden objaw, który może mieć niejakię znaczenie dyagnostyczne w przypadkach o dłuższym przebiegu, gdzie lawatya nie może zaszkodzić. Objawem takim jest bolesność przy wlewaniach HEGAR'a, ilekroć woda dochodzi do *coecum*. Kol. SAWICKI spostrzegł przypadek, w którym po za gorączką i opowiadaniem, iż chory kilkakrotnie zapadał dawniej na *appendicitis*, istniał tylko ten objaw; nie było zaś ani guza, ani bólów, umiejscowionych przy ucisku, i t. p. Kol. SAWICKI spostrzegł ten objaw kilkakrotnie.

Co się tyczy leczenia, to, zdaniem kol. SAWICKIEGO, dziś chirurgowie prawie wszędzie są o wiele wstrzeźliwsi pod względem operacji, niż kilka lat temu. Reakcyę taką spowodowały z jednej strony spostrzeżenia, iż znaczna liczba chorych może wyzdrowieć bez operacji, z drugiej zaś przeświadczenie, że laparotomia wcale nie jest rękoczynem niewinnym, zwłaszcza przy zadrażnieniu otrzewny. Jak obecnie, praktycznie tylko, a przytem zbyt ogólnikowo wiemy, że na szkodliwość laparotomii wpływają: oziębianie otrzewny, jej wysuszenie, czynniki mechaniczne, wreszcie wpływy chemiczne. Chirurgia stara się dziś o tyle o ile unikać tych szkodliwości, nie można jednakże dzisiejszego postępowania nazwać wystarczającym, i dopiero doświadczenie w pracowni w połączeniu ze spostrzeganiem klinicznym może dać nam wskazówki, w jakich warunkach należy wykonywać laparotomię.

Kol. SAWICKI wierzy, że dzisiejszy sposób otwierania jamy brzusznej ulegnie gruntownej zmianie, a wówczas nie będzie potrzeby tak obawiać się tej operacji w zapaści.

Co się tyczy techniki operacyjnej w ostrem zapaleniu otrzewny, to wiele pozostaje tu do zrobienia.

W tych przypadkach, w których wytworzył się ropień ograniczony, kol. SAWICKI wykonywa cięcie po nad więzem POUPART'a i tak, jak prelegent, stara się wynaleźć w ścianie brzusznej nacieczone miejsca, by tędy dotrzeć do ropnia. Często bywa, że wyrostek, a zatem i ropień, leżą w dole biodrowym, a więc wprost od przedniej ściany nie można tam się przedostać. W tych razach kol. SAWICKI odłuszcza otrzewnę ku dołowi i tam stara się wynaleźć punkt, w którym nacieczenie przylega bezpośrednio do ściany. Po otworzeniu ograniczonego ropnia niektórzy chirurgowie, jak to prelegent w przypadkach operacji *à froid* czyni, zamykają otrzewnę zupełnie. Kol. SAWICKI jest zdania, że w ten sposób postępować można tylko przy ropniach małych i tylko tam, gdzie chirurg operuje *à froid*. W innych razach bezpieczniej zakładać paski gazy. Wyrostka wyszukiwać tam, gdzie to jest połączone z pewną trudnością, kol. SAWICKI nie radzi, by nie odklejać zrostów.

Kol. M. BIRO podnosi trudność rozpoznawania ropni w okolicy wyrostka robaczkowego. Bardzo często znajduje się guzowatość ograniczona w okolicy dotkniętego wyrostka, o konsystencyi dość twardej, nie dająca jednak objawów chęłbotania. Tylko przebieg ciepłoty każe się domyślać, że ma się do czynienia

z ropniem w obrębie wyrostka. Przestroga, by unikać w takich razach przekucia próbnego utrudnia rozpoznanie ropnia.

Kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ przytacza kilka zdań z pracy prof. BOBROW'a, który, będąc bezwzględny przeciwnikiem stosowania makowca w *perityphlitis*, radzi natomiast środki czyszczące, o ile nie ma podejrzenia na przedziurawienie wyrostka lub na rozlane zapalenie otrzewny.

Zdaniem kol. DASZKIEWICZA, wobec niezmiernych trudności rozpoznawczych co do określenia, czy w danym przypadku nie ma, czy też nie grozi przedziurawienie, środki czyszczące mogą być szkodliwe. W niektórych jednak przypadkach, gdzie np. było kilka nawrotów, w samym początku zapalenia, powstałego szczególnie po wyraźnym błędzie dyetetycznym, przy niezbyt burzliwych objawach miejscowych i ogólnych środków przeczyszczający istotną korzyść przynieść może. Makowiec jest pożyteczny, ale stosowanie jego należy przerwać z chwilą wystąpienia objawów silnego wzdęcia brzucha lub też zatrucia.

Zgodnie ze spostrzeżeniem kol. CHEŁCHOWSKIEGO, kol. DASZKIEWICZ przypuszcza możliwość związku przyczynowego między rodzajem pożywienia i częstością *perityphlitis* u różnych klas ludności. Najczęściej spostrzegał on cierpienie to u klasy zamożnej, względnie rzadziej u przeciętnej ludności żydowskiej; najrzadziej u włościan.

Nakoniec kol. DASZKIEWICZ podkreśla potrzebę badania przez odbytnicę w każdym przypadku, gdzie istnieje podejrzenie zapalenia wyrostka; jako postulat zaś stawia konieczność takiego zbadania przed uznaniem chorego za wyleczonego zupełnie. Niejednokrotnie bowiem przy braku wszelkich objawów subiektywnych i obiektywnych w miejscu zwykłym, badanie przez odbytnicę wykazuje obecność guza w jamie DOUGLAS'a, a takiego chorego za wyleczonego uznać niepodobna.

Kol. J. GARBOWSKI wyraża przekonanie, że masaż, stosowany u tych chorych, którzy nie zgadzają się na operację, daje często dobre wyniki. Kol. GARBOWSKI otrzymał w kilku przypadkach wyleczenie. Masować można w kilka tygodni po napadzie, kiedy niema gorączki, kiedy nastąpią już zrosty. Masaż należy stosować oględnie.

Kol. R. SKOWROŃSKI również jest zdania, że masaż daje niekiedy dobre wyniki.

W odpowiedzi na powyższe uwagi kol. KRAJEWSKI przypomina o swoim podziale spraw okołokątnicznych, zaznaczając, że grupę *epityphlitis chronica* należy wyodrębnić, ponieważ przebieg, rokowanie i zejście bywają w tych razach odmienne. Do tej kategorii chorych należy również zaliczyć i chorych z *epityphlitis tuberculosa et actinomycotica*, gdyż sprawy te, jako takie, nie zawsze dają się rozpoznać od samego początku.

Wprowadzając nazwę *epityphlitis latens*, kol. KRAJEWSKI rozumie tu te przypadki, w których chorzy czują się zdrowymi, lecz mają jeszcze stwardnienie; chorzy ci powinni być ściśle obserwowani.

Przechodząc do wskazań do operacji, kol. KRAJEWSKI jeszcze raz przypomina swe wnioski w tym względzie, nadmieniając, że niektórzy z kolegów nie zrozumieli go dobrze.

Zdaniem kol. KRAJEWSKIEGO, wszystkie przypadki *epityphlitis* są z ropieniem. Operować jednak należy tam, gdzie jest dużo ropy, gdzie stan ogólny chorego pogarsza się, gdzie przez czas dłuższy trwa gorączka. Każdego chorego z podejrzeniem na *perityphlitis* należy badać przez odbytnicę.

Co do próbnego przekłucia, to kol. KRAJEWSKI obawia się je wykonywać, gdyż gazy z kiszki mogą dostać się do jamy ropnia i pogorszyć stan chorego.

W ostrym napadzie *perityphlitis* kol. KRAJEWSKI zaleca makowiec, lawatywy HEGAR'owskie; jest przeciwnikiem podawania oleju.

Co do masażu, to, zdaniem kol. KRAJEWSKIEGO, nie mamy kryterium, kiedy stosować masaż. Kol. KRAJEWSKI nie przeczy, że masaż pomódz może. W kwestyi techniki operacyjnej kol. KRAJEWSKI zaznacza, że usuwa zawsze wyrostek, o ile nie obawia się, że może porozrywać zrosty.

Kol. KRAJEWSKI zgadza się z kol. SAWICKIM, aby w tych przypadkach, gdzie to jest możliwe, nie otwierać jamy otrzewny. Jest on również za wprowadzaniem pasków z gazy jodoformowej zamiast worka MIKULICZA.

Kol. DUNIN jeszcze raz podkreśla, aby w wątpliwych przypadkach robić przekłucie próbne, które w wielu razach wykazuje ropę tam, gdzie nie podejrzewano jej obecności. Zdaniem kol. DUNINA, operując zawczasie, nigdy nie tracimy; operując zaś późno, możemy dużo stracić. Wreszcie kol. DUNIN sądzi, że masaż może wyleczyć chorego.

Kol. REJCHMAN powtarza jeszcze raz, że w ostrym napadzie *perityphlitis* nie należy operować, choć w każdym przypadku bywa ropienie.

Co się tyczy masażu, to kol. REJCHMAN nie śmie twierdzić, aby po masażu nie miało nastąpić wyleczenie, lecz bywa to i bez stosowania masażu.

Aug. Logucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 16 czerwea r. b.

D-r S. KOZŁOWSKI odczytał rzecz: „O żywieniu się ludu wiejskiego“.

Z krótkiego zarysu historycznego o stanie włościan naszych od XVI wieku (zaprowadzenie pańszczyzny) do połowy XIX w. wynikałoby, że byt ich w XVI i XVII wiekach nie był tak zły, lepszy może, niż w krajach ościennych. Najgorszy pod każdym względem, a tem samem i co do pożywienia, był stan włościan w pierwszej połowie XIX wieku. Z ostatnich kilkunastu lat mamy prace, poświęcone wprost lub ubocznie sprawie żywienia się ludu wiejskiego. K. rozróżnia między niemi prace gabinetowe, które posilkują się danemi ze statystyki państwowej; prace, oparte na danych, otrzymanych z własnej obserwacji i prace, dla których materiałem były odpowiedzi na rozesłane kwestyonaryusze. Opierać wnioski o dostateczności lub niedostateczności pożywienia na pracach gabinetowych okazało się nazbyt ryzykownem. W pracach tych znajdowano wogóle niskie cyfry białka (od 84 do 123,7 gr.) i tłuszczów (24,24 do 34,6 gr.) w pożywieniu wieśniaka. Prace późniejsze, empiryczne, o wiele dokładniejsze, wykazały cyfry wyższe (białka 130 do 152 gr., tłuszczów od 50 do 74 gr.), wyjaśniły nadto bardzo wiele szczegółów, tyczących się pożywienia ludu wiejskiego. I te prace jednak, również jak i poprzednie, nie dają dokładnej odpowiedzi na to, czy żywienie ludu jest dostateczne, czy też nie, gdyż uwzględniają tylko jedną stronę przedmiotu, mianowicie dowóz żywności, a o przyswajaniu spożytej mają bardzo niedokładne wiadomości.

Chcąc dać początek w wypełnieniu tej luki, K. zrobił kilkanaście określeń dobowej ilości wydzielanego moczu przez ludzi, pracujących na wsi, raz podczas

Wielkiego Postu, drugi raz (u tych samych) po przewodniej Niedzieli. Mocznik oznaczal metodą azometryczną KNOPP'a-BORODIN'a. Ilość azotu (obliczaną na mocznik) przyjęto jako współczynnik przyswojonego białka.

Otrzymane cyfry wykazują niezmiernie małe ilości wydzielonego mocznika przeciętnie od 8,4 do 13,4 gr. podczas Wielkiego Postu, a od 16,4 do 24,8 gr. po Przewodniej Niedzieli. Są to cyfry $1\frac{1}{2}$ do 3 razy niższe od przyjmowanych przez fizyologię za normę dla dorosłego zdrowego mężczyzny (30 do 40 gr.).

Tak małe ilości wydzielanego mocznika każą przypuszczać, że przy pożywieniu przeważnie roślinnem przyswajanie białka jest bez porównania gorsze, niż przy dyecie mięsnej, chybaży znaczna część azotu z przyswojonego białka wydzielala się jako gaz przez płuca i skórę. Możliwe także, że ustroj ludzi, przystosowanych przez całe stulecia do minimalnych ilości białka, postępuje sobie z nim odmiennie od tych ustrojów, które braku białka nie znały.

Pożywienie ludności wiejskiej charakteryzuje nadmiar wodań węgla, a brak tłuszczów i pokarmów pochodzenia zwierzęcego. Jest ono w ogóle trudnostrawne, monotonne i zwykle nieumiejętnie przyrządzone, grube, kwaśne, łatwo ulegające fermentacyi i przez to powodujące rozwolnienie i niedostateczne wyzyskanie pokarmów. Kartofle nie stanowią wprawdzie głównej podstawy pożywienia, jednak nasz wieśniak spożywa ich przeciętnie około 1500 gr. dziennie. Niedostatecznem pożywieniem tłumaczy się niski wzrost, waga, oraz późne dojrzewanie włościan. Brak białka zwierzęcego szczególnie jest dotkliwy dla rozwoju dzieci. Zamożniejsi włościanie poprawiają swe pożywienie, głównie dbają o zwiększenie tłuszczów i o używki, mniej zaś o mięso. Mięsa włościanie jadają za wiele na raz i nie umieją go przyrządzać. Przy przejściu do pożywienia miejskiego mięsnego często doznają zaburzeń w trawieniu.

Jeżeli w pożywieniu chłopca zawsze brakuje pokarmów pochodzenia zwierzęcego (mleka, masła, sera, jaj), to ten brak jedynych, można powiedzieć, odżywczych pierwiastków podczas dni postu z olejem stokroć dotkliwiej uczuwać się daje. Włościanie u nas w wielu jeszcze okolicach obserwują posty z olejem przez 154 dni do roku, przepisy zaś ogólne kościoła zakazują używania nabiału jedynie tylko w Wielkim poście, i to oprócz Niedziel. W inne zaś dni postne, jeżeli gdzie dziś nie wolno używać nabiału, to tylko na mocy miejscowego zwyczaju, uświęconego wiekami, który ma też siłę prawa. Jednakże dla niektórych dyecezyi naszego kraju biskupi w różnych czasach wyrobili dyspensy od tego prawa, nawet na wszystkie dni Wielkiego Postu, z wyjątkiem czwartku, piątku i soboty Wielkiego Tygodnia (dla archidyecezyi Gnieźnieńskiej, dyecezyi Poznańskiej i Płockiej). Ogólnej dyspensy dla całego kraju Stolica Apostolska nie udzielała.

W dyecezyi Warszawskiej np., dzięki jednej z takich dyspens, dozwolone jest używanie nabiału we wszystkie bez wyjątku dni postne, nawet w Wielkim poście.

Dla poprawienia dzisiejszego stanu rzeczy pożądane byłoby dokładniejsze zaznajamianie parafian przez proboszczów z dobrodziejstwem, jakie dają uzyskane już dla naszego kraju dyspensy, wyjednanie dyspensy stałej i dla innych dyecezyi na używanie nabiału we wszystkie dni postne, jaką to dyspensę posiada obecnie dyecezya Warszawska. Dalej pożądane są szkoły kucharskie ludowe, zwiększenie ordynaryi dla służby dworskiej, polepszenie pastwników dla krów służby folwarcznej, oraz to wszystko, co zmierza do poprawy bytu włościan i do powiększenia produkcji artykułów spożywczych (komasacya gruntów, rozwój ogrodnictwa, rybołówstwa, pszczelnictwa i t. d.).

W rozprawach zwracano uwagę, że niezmiernie niskie cyfry dobowej ilości mocznika okazuje i najuboższa ludność warszawska w szpitalach. Wymagania co do postów w różnych okolicach kraju są różne, a nawet w różnych parafiach tej samej okolicy. Na Węgrzech uświęcono zwyczajem, że dodatek słoniny do strawy nie łamie postu. W niektórych, i to najzamożniejszych gospodarstwach, powstaje w ostatnim czasie bardzo uciążliwa dla służby i zasługująca na potępienie inowacya — zamiana możliwości utrzymywania krowy na pieniądze lub na gotowe mleko. Uchwalono wystąpić do władz duchownych z odpowiednią petycją o wprowadzenie w życie wyjednaných dyspens wbrew zakorzenionemu u ludu zwyczajowi przechowywania zniesionej już przez Kościół tradycyi. Postanowiono ułożyć odezwę do towarzystw rolniczych o najhigieniczniejszych i najtańszych, w obecnych warunkach, sposobach poprawienia pożywienia służby.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. czerwiec r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 73 (m. 32, k. 41); przybyło w czerwcu 138 (m. 68, k. 70); wypisało się 124 (m. 52, k. 72); zmarło 17 (m. 12, k. 5); pozostało na miesiąc następny chorych 70 (m. 36, k. 34).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w maju, głównie z powodu znacznego wzmagania się ospy, róży oraz pojawiania się biegunki krwawej, choć w rozmiarach, jak dotychczas, bardzo skromnych. Na zaznaczenie zasługuje prawie zupełne wygaśnięcie pod koniec miesiąca tyfusu wysypkowego.

Najliczniejszą rubrykę, dwa razy większą, niż w czerwcu roku zeszłego, stanowiła w dalszym ciągu ospa, której było przypadków 37 (m. 24, k. 13), z przebiegiem ciężkim, powikłanym. Śmiercią zakończyło się przypadków 8 (m. 6, k. 2), wszystkie u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Twarda 23, Przemysłowa 5, 7, 13 i 10, Pawia 75, Elektoralna 35, Wronia 13 i 32 (2 przypadki), Wilcza 54 i 18, Krucza 21, Wolska 47 (2 przypadki), Jasna 1, Wileńska 11, Hoża 27, Chmielna 16, Petersburska 10 (2 przypadki), Wołyńska 11, Ciepła 13, Chłodna 23 i 2, Moskiewska 44, wieś Wola (5 przypadków), Czyste i Zieleniec.

Drugą rubrykę również większą znacznie, niż w miesiącu ubiegłym, stanowiła róża, której zanotowano przypadków 29 (m. 9, k. 20). Przypadków śmierci nie było. Chorzy przybyli z ulic i domów: Miodowa 5 (2 przypadki), Wiejska 13 i 9, Piwna 7, Solec 62, Nowy-Świat 52 i 56, Mokotowska 27, Chmielna 132 i 11, Kapucyńska 13, Śliska 48, Nowolipie 9, Hortensya 5, Senatorska 28, Kościelna 6, Nowogrodzka 39, Ząbkowska 29, Dzielna 83, Grzybowska 37 i 5, Pańska 11 i 13, Sosnowa 3, Chłodna 16, Królewska 27, Błonie i wieś Moczydło.

W jednej prawie mierze trzymał się tyfus brzuszny, którego mieliśmy przypadków 9 (m. 7, k. 2), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Młynarska 10, Marszałkowska 149, Krochmalna 25, Terespolska 16, Czerniakowska 67, Muranowska 42, wieś Wola, Szopy i Marcelin.

Więcej znacznie zanotowano biegunki krwawej, przypadków 8 (m. 5, k. 3) pomyślnie zakończonych z ulic: Ząbkowska 19 (2 przypadki), Krucza 10, Podwałe 19, Przejazd 4, Wolska 35 i wieś Grobniaki.

Częściej również widywaliśmy błonicę gardła przypadków 5 (m. 2, k. 3) z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Bielańska 21, Rybaki 31, Strzelecka 5, Nowolipie 42 i wieś Wola.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 6 przypadków zapalenia gardła 5 — grypy, po 4 — odry i tyfusu wysypkowego [Radzymińska 13, wieś Wola (3 przypadki)], zimnicy, reumatyzmu wielostawowego i gruźlicy płuc; 2 przypadki płonicy (Plac Warecki 3, Zaokopowa 3); oraz po jednym przypadku: nosacizny (Wronia 34), zapalenia płuc krupowego i przymiotu.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 13 (m. 7, k. 6).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 13 (m. 4, k. 5).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 35 (m. 11, k. 24).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2301 (m. 1085, k. 1216)

Śmiertelność miesięczna wynosi 8,05%.

J. Szawajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— GERARD MARCHAND spostrzegł 3 razy zapalenie gruczołów limfatycznych po nad kiszka ślepą, niezależnie od zapalenia wyrostka robaczkowego, a prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego. W pierwszym przypadku stwierdzono w dole biodrowym prawym guz wielkości dużego orzecha u młodej dziewczyny, która dwa razy przedstawiła objawy zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy operacyi znaleziono wyrostek zdrowym, lecz na przedniej powierzchni kiszki ślepej znaleziono 2

duże gruczoły limfatyczne, z których jeden w stanie ropienia. Inna znowu chora 18-letnia od 5 do 6 lat doznawała bólu w dole biodrowym prawym; przy operacyi autor znalazł wyrostek zdrowym, a na przedniej powierzchni kiszki ślepej zrosnięty z nią gruczoł w stanie rozmiękczenia. Nakoniec w 3 przypadku, u dziecka 12-letniego, autor znalazł zapalenie gruczołów limfatycznych również w dole biodrowym prawym. Dwie pierwsze chore pochodziły z rodziny gruźliczej. (Sem. med. Nr. 15. 1900).

Wiadomości bieżące.

— Od Zarządu Towarzystwa Dorażnej pomocy lekarskiej w Warszawie, otrzymaliśmy, co następuje: Pragnąc w „Kalendarzu Informacyjno-Encyklopedycznym“ na r. 1900, wydawanym na dochód Pogotowia ratunkowego, dać jaknajściślejsze informacye i adresy, Zarząd Towarzystwa uprasza za łaskawem pośrednictwem Szanownego Pana p.p. lekarzy i dentystów o łaskawe nadsyłanie w ciągu m. lipca i sierpnia dokładnych adresów do kancelaryi Towarzystwa (Leszno 25). Zarząd ma nadzieję, że w ten sposób uzyska adresy dokładne i zupełne, co leży i w interesie osób powyżej wymienionych.

— IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Wszelkich wyjaśnień udziela prof. Ciechanowski (Wielopole 4) listownie lub ustnie od 5½—6½.

W sekcji XI zgłoszono: 41—43) Doc. d-r Popielski (Petersburg): a) O sposobie działania pilokarpiny na gruczoły. b) Zwoje miejscowe w trzustce, jako ośrodki odruchowe. c) Przyczynek do fizjologii zwoju trzewiowego (418—420)

W sekcji V (botanicznej) gospodarzem jest prof. d-r Rostafiński (Garncarska 14), sekretarzem prof. R. Gutwiński (Retoryka 9). Zgłoszono następujące wykłady:

1) Prof. d-r E. Janczewski (Kraków):
O porzeczkach (421)

2—3) D-r F. Błoński: a) Rzecz o zag-
wi lekarskiej w Polsce. b) Przyczynek
do sprawy jedno- lub wielogatunkowo-
ści jemioli. (422—3)

4) J. Kosiński: Badania z dziedziny
fiziologii pleśni (424)

5) R. Gutwiński: O florze glonów
Morskiego oka (425)

6) Prof. d-r Rostafiński (Kraków): O
pokrewieństwie granatu. (426)

W sekcji XIV. A. 60) D-r Borzy-
mowski (Warszawa): Przedstawienie o-
patrunku aseptycznego własnego po-
mysłu. (427)

W sekcji XIII. 34—5 D-r M. Rosz-
kowski: a) Przyczynek do nauki o o-
dkazaniu przewodu pokarmowego u
dzieci nadtlenkiem wapna. b) O nowej
reakcji chemicznej mleka kobiecego
i określeniu wieku dziecięcia na pod-
stawie takowej. (428—9)

36) D-r J. Landau i d-r Steuermark:
Przedstawienie przypadków chorob-
wych. (430)

37) D-r J. Sędziak; Znaczenie laryn-
gologii, rynologii i otiatrii dla ogólnej
medycyny. (431)

Komitet gospodarczy uchwalił urzą-
dzić następujące posiedzenia wspólne:

A. Sekcje XX i XXI w niedzielę 22
lipca o godz. 10 rano, w jednej z sal
„Collegium novum“. Gospodarz: prof. dr.
Wachholz. Porządek dzienny: 1) d-r
Gantkowski: „Ogólny pogląd na parta-
ctwo i sposoby jego zwalczania“; 2) d-r
Szcz. Bronowski: „Etyka lekarska i wy-
jawianie prawdy“; 3) d-r E. F. Fronczak:
„Stan medycyny w Stanach Zjednoczo-
nych Ameryki Północnej“.

B. Sekcje XIV. A. i XIV. B. w nie-
dziele 22 lipca o godz. 10 rano, w innej
sali „Collegium novum“. Gospodarz:
prof. d-r Pieniążek. Na porządku dzien-
nym: „O wskazaniach do chirurgicznego
leczenia przewlekłego ropienia ucha
środkowego“. Sprawozdawcy: d-r Hei-
man i d-r Guranowski. (Uwaga. W ra-
zie wczesnego ukończenia obrad w tym
przedmiocie, obradować będą przez resz-
tę przedpołudnia obie sekcje w dal-
szym ciągu z osobna).

C. Posiedzenie zbiorowe wszystkich
sekcji, poświęcone sprawie gruźlicy,
w poniedziałek 23 lipca o godz. 9 rano
w Auli „Collegium novum“. Gospodarz
prof. d-r Cybulski. (Porządek dzienny
był już dawniej ogłoszony).

D. Sekcje XXI i XXIV w poniedzia-
łek 23 lipca o godz. 3 po południu w sa-

li Kopernika w „Collegium novum“. Gospodarz prof. d-r Jordan. (Porządek dzienny tego posiedzenia, jako II. posiedzenia sekcji XXIV, był już dawniej ogłoszony).

E. Sekcje XIV. A. XIII i XII w po-
niedziałek 23 lipca o godz. 3 po południu w Auli „Collegium novum“. Gospodarz prof. d-r Korczyński. Na porządku dziennym: 1) „Patogeneza żółtaczki“ prof. Browicz; 2) „O leczeniu kamicy żółciowej“, sprawozdawcy d-r Krajewski i d-r Rejchman; 3) „O leczeniu wrzodu żołądka“, sprawozdawcy prof. Gluziński i prof. Rydygier.

F. Sekcje VII i XXI we wtorek 24 lipca o godzinie 9 rano. Gospodarz: dyr. Ingarden. Porządek dzienny będzie ogłoszony w Nr. 1 „Dziennika Zjazdu“.

Uwaga. W posiedzeniach A, D, E i F. mogą uczestniczyć dowolnie także członkowie innych sekcji, prócz wymienionych w nagłówku. W posiedzeniu zaś C. mogą nieuczestniczyć te sekcje przyrodnicze, którymby nawet własnych przedmiotów obrad na to nie pozwalał.

Ogólny program Zjazdu ustalono ostatecznie, jak następuje:

Piątek 20 lipca o godz. 7 wieczór zebranie uczestników dla wzajemnego zapoznania się w salach hotelu Saskiego (ulica św. Jana).

Sobota 21 lipca o godz. 8 rano odprawi Ks. Biskup nabożeństwo w kościele P. Maryi. O 9 rano otwarcie Zjazdu i I posiedzenie ogólne w sali teatru miejskiego. Posiedzenie to zagai przewodniczący Komitetu gosp. prof. Kostański, poczem po wyborze prezesów honorowych i zarządu Zjazdu, przemawiać będą: prezydent miasta, oraz przedstawiciele Akademii umiejętności i Uniwersytetu, Wydziału lekarskiego i Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Następnie po odczytaniu spisu delegacji, nadesłanych pism i telegramów zda sekretarz komitetu gosp. sprawę z uchwiał poprzednich zjazdów i ich wykonania. Z kolei wygłoszą wykłady: prof. Nencki z Petersburga: „Przyszłe zadania chemii biologicznej“ i prof. Baranowski z Warszawy: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“. Po wyborze sędziów wystawowych, przedstawieniu projektu zmian ustawy Zjazdów imieniem Komitetu gosp. przez przewodniczącego prof. Witkowskiego, oraz wyborze komisji dla tej sprawy i dla obrania miejsca przyszłego Zjazdu, zakończy się posiedzenie zaprosze-

niem zebranych na otwarcie wystawy. O 12-ej w południe otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiej w gmachu b. gimnazjum Nowodworskiego (ul. św. Anny). O 4 po poł. posiedzenia sekcyjne w „Collegium novum“ i przyległych gmachach. O 9 wieczór raut w sali „Sokoła“ (ul. Wolska), wydany dla uczestników Zjazdu przez Komitet gospodarczy.

Niedziela 22 lipca. Od 7—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych. O 10 rano posiedzenia sekcyjne w „Collegium novum“ i sąsiednich gmachach. W tym czasie odbędą się posiedzenia wspólne sekcji XXI z XX, i XIV A. z XIV B. O 1½ po południu wycieczka na Bielany, gdzie uczestników podejmować będzie podwieczorkiem Komitet gospodarczy. Wieczorem tego dnia nie odbędzie się żadne zebranie, ażeby uczestnikom, nie biorącym udziału w wycieczce, lub wcześniej z niej powracającym, umożliwić skorzystanie z przedstawienia teatralnego.

Poniedziałek 23 lipca. Od 6—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych. O 9 rano posiedzenie zbiorowe wszystkich sekcji, poświęcone sprawie gruźlicy, w Auli „Collegium novum“ (ewentualnie posiedzenia tych poszczególnych sekcji, które w posiedzeniu zbiorowym dla braku czasu nie będą mogły uczestniczyć). O 3 po południu posiedzenia sekcyjne w „Collegium novum“ i gmachach sąsiednich. W tym czasie odbędą się posiedzenia wspólne sekcji XXI z XXIV i sekcji XII XIII z XIV. A., pierwsze w sali Kopernika, drugie w Auli „Collegium novum“. O 6 wieczór zwiedzanie parku Jordana. O 8½ wieczór raut, wydany dla uczestników Zjazdu przez miasto Kraków.

Wtorek 24 lipca. Od 7—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych. O 9 rano posiedzenia sekcyjne w klinikach i zakładach lekarskich i przyrodniczych, zresztą zaś w „Collegium novum“. W tym czasie odbędzie się posiedzenie wspólne sekcji VII z XXI. O 3 po południu II posiedzenie ogólne w sali teatru miejskiego i zamknięcie Zjazdu. Posiedzenie to zagał przewodniczący Zjazdu (wybrany na I posiedzeniu), poczem po odczytaniu przez sekretarza Komitetu gosp. reszty nadesłanych pism i telegramów, wykładac będzie prof. Hoyer z Warszawy: „O po-

jęciu przyczynowości w teorii i w praktyce“. Nastąpią wnioski, sprawozdanie Komisji o projekcie zmian ustawy Zjazdów, ewentualny wybór Delegacji IX Zjazdu, w końcu pożegnanie i zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu gosp. prof. Kostaneckiego. Wieczorem tego dnia nie będzie żadnego zebrania towarzyskiego, ażeby uczestnikom Zjazdu umożliwić bytność w teatrze.

Środa 25 lipca. Wycieczka do kopalń wielickich. Wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk.

Uczestnicy, którzy zapłacili wkładkę, a nie odebrali osobiście karty uczestnictwa, otrzymają ją natychmiast po przyjeździe do Krakowa w biurze Komitetu kwaterunkowego, urzędującym na dworcu kolei, za okazaniem pokwitowania wkładki lub podaniem nazwiska. Na karcie uczestnictwa, wręczonej na dworcu, znajdują uczestnicy adres zamówionego mieszkania.

Uczestnicy, którzy wkładki nie wnieśli, a zamówili mieszkania, otrzymają adres zamówionego mieszkania, również zaraz po przyjeździe w biurze kwaterunkowym na dworcu kolei, poczem za złożeniem wkładki otrzymają karty uczestnictwa w biurze informacyjnym Komitetu (Colleg. novum, ul. Jagiellońska).

Uczestnicy, którzy nie zgłosili się z góry do Komitetu, mogą to uczynić po przybyciu na miejsce w biurze informacyjnym (Collegium novum). Jeżeli potrzebować będą mieszkania powinni zgłosić się zaraz po przyjeździe do biura kwaterunkowego na dworcu, jeżeli zaś mają mieszkanie skądinąd zapewnione, zechcą we wspólnym interesie podać swój adres w Krakowie Komitetowi na dworcu lub w „Collegium novum“ do Zjazdowej księgi adresów.

Komitet gosp. stara się o utworzenie na czas Zjazdu w „Collegium novum“ biura pocztowego dla uczestników. Nawet jednak, gdyby starania te nie odniosły skutku, mogą uczestnicy korespondencye swoje odbierać najdogodniej przez Biuro informacyjne w „Collegium novum“, zalecając zatem już teraz, aby listy do nich adresowano: Pan X. na ręce Komitetu gosp. IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. „Collegium novum“ ul. Jagiellońska, Kraków. *Ciechanowski.*

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. *Ambulatoryum* codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. *Ambulatoryum* codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W *ambulatoryum* codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. T. XLIV. Dr. Zualzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ *L'indop. méd.* 21 Juin 1893. Dr. Lefort. „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbaeid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Rada dworu Prof. Dr. Fleiner. „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona—Patentowany.

Literatura:

Rada tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa. Małyj Zlatoustinskij pereulok dom Hirsza.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

URYSOLWINA MAHLA

CYTRYNIAN LITYNO—MOCZNIKOWY

Fizjologiczne diureticum

przetwór rozpuszczający kwas moczowy

Skład w aptece

K. WENDY