

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 12

Warszawa d. 19 Marca 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . " 3 " 50 pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru połydniczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie "Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. O reakcyi Cammidgea, podała H. Karasiówna. — Padaczka i stany pokrewne, napisał L. B. Bregman (dok). — STRESZCZENIA. *Chirurgia*. 53. H. Kutscher. O dezynfekcyi rąk ze szczególnem uwzględnieniem alkoholu — *Akuszerya i choroby kobiet*. 54. F. Mendel. Zakrzepnica (thrombophilia) i wczesne wstawanie położnic i osób po cięciu brzuszem (laparotomia). — 55. Albrecht. Leczenie zakażeń posocznicznych kollargolem. — 56. Ernest Wirtz. Rokowanie w okresie połogowym po porodach o przebiegu gorączkowym. — *Choroby oczu*. 57. Ernest Runge. Choroby oczów zależne od ciąży. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — BIBLIOGRAFIA. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra Rzętkowskiego w szpitalu Wolskim  
w Warszawie.

#### O reakcyi Cammidgea

podała

H. Karasiówna.

Kliniczne badanie trzustki jest bardzo utrudnione ze względu na anatomiczne jej położenie, i, jakkolwiek badania fizyologiczne lat ostatnich wykazały ważną rolę czynności tego narządu, to jednak w rozpoznawaniu

chorób trzustki niewiele posunęliśmy się naprzód. Dla bezpośredniego badania drogą palpacyi jest główka jej tylko w wyjątkowych warunkach dostępna; mianowicie też przy bardzo cienkich powłokach brzusznych niekiedy udaje się wyczuć guzy lub torbiele na niej. Co się tyczy objawów klinicznych, to nie znamy dotąd pewnych, świadczących jedynie o cierpieniu trzustki.

W ostatnich czasach powstał cały szereg metod badania sprawności tego narządu. Wszystkie te metody, jak połykanie gluteal-

nych pastylek SAHLIEGO, próba jądrowa SCHMIDTA, wykazywanie trypsyny w kale lub w zawartości żołądka po wlaniu oliwy i wydobyciu jej wraz z zawartością, mają znaczenie o tyle, o ile dają wynik ujemny, co świadczy o zupełnym braku soku trzustkowego w jelitach, o zupełnym zawieszeniu czynności trzustki. Różnorodnych stanów chorobowych trzustki, w których części jej funkcjonują i wydzielają sok bądź bezpośrednio, bądź pośrednio—drogą wewnętrzną sekrecji do jelit, metody powyższe nie wykazują.

Dlatego też praca CAMMIDGEA, ogłoszona w „The Lancet” dnia 16 marca 1904 roku, o swoistym odczynie moczu w chorobach trzustki, wywołała żywe zainteresowanie. CAMMIDGE (według pracy AGABEKOWA — Wręcz Nr. 34 i 35 — 1907), wychodząc z założenia, że choroby trzustki powodują najczęściej zaburzenia w przemianie materii, począł szukać we krwi chorych produktów tej wadliwej przemiany.

Takim produktem, według rozumowania CAMMIDGEA, powinna być gliceryna w myśl tego, że w chorobach trzustki najczęściej spotykamy się ze zwyrodnieniem tkanki tłuszczowej, znajdującej się wokoło trzustki i pomiędzy jej zrazikami. Zwyrodniała ta tkanka tłuszczowa pod wpływem zacyznu soku trzustkowego rozpada się na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Kwasy tłuszczowe, tworząc sole wapnia, pozostają w ustroju, gliceryna zaś dostaje się do obiegu krwi. Wobec tego, że doświadczenia ze krwią nie udały się CAMMIDGEOWI ze względu na zbyt małe jej ilości, z którymi mógł prowadzić badania, zwrócił się przeto do badania moczu, mając nadzieję, że tu właśnie znajdzie potwierdzenie swych założeń teoretycznych. Poszukując w moczu gliceryny przy pomocy rozmaitych odczynów, otrzymał wreszcie CAMMIDGE w moczach pacjentów, u których podejrzewał cierpienia

trzustki, przez działanie kwasem solnym, a następnie gotowanie z phenylhydrazyną i octanem sodu kryształy podobne do kryształów glukozazonu, lecz o odmiennym punkcie topliwości. Początkowo przypuszczał CAMMIDGE, że jest to związek gliceryny z phenylhydrazyną, lecz dalsze jego badania wykazały, że tak nie jest. Późniejsze badania naprowadziły na myśl, że jest to raczej związek pentozazonu z phenylhydrazonem w połączeniu z kwasem glikuronowym.

W każdym razie, dzięki teoretycznym podstawom, zgodnym czy niezgodnym z rzeczywistością, udało się CAMMIDGEOWI wykryć jakiś anormalny składnik moczu, który z phenylhydrazyną daje kryształy żółtej barwy, ułożone najczęściej w gwiazdy lub snopki. Liczne doświadczenia przekonały CAMMIDGEA, że w różnych stanach chorobowych trzustki kryształy te są też różne.

Zauważył on mianowicie, że w sprawach nowotworowych trzustki otrzymuje się kryształy większe, grubsze, niż w stanach zapalnych. Również szybkość rozpuszczania się kryształów w 33% roztworze kwasu siarczanego jest w rozmaitych stanach chorobowych trzustki różnaita. Na tem opiera on rozpoznanie różniczkowe chorób trzustki. Podczas gdy w ostrych stanach zapalnych kryształy, otrzymane z moczu, rozpuszczają się pod wpływem kwasu w ciągu kilku sekund do 1/2 minuty, a w przewlekłych czas rozpuszczania się trwa od 1/2 do 2 minut, w sprawach nowotworowych kryształy rozpuszczają się znacznie wolniej—w ciągu 3—5 minut. Nadto wprowadził CAMMIDGE, w razie dodatniego wyniku odczynu t. zw. A, drugą próbę sublimatową t. zw. B, której dodatni wynik ma świadczyć o sprawie nowotworowej trzustki.

Posiadając olbrzymi materiał operacyjny w oddziale prof. MAYO-ROBSONA, mógł CAMMIDGE sprawdzać wyniki odczynu swego

ze stanem trzustki; mianowicie zbadal on 200 moczów i przerobił 100 kontrolnych odczynów.

W dwóch przypadkach ostryego zapalenia trzustki otrzymał wynik reakcyi dodatni. Na 50 przypadków przewlekłego zapalenia odczyn dodatni otrzymał w 30 moczach. Na 15 przypadków nowotworów trzustki w 13 był wynik odczynu dodatni. W 2 przypadkach torbieli trzustkowej mocz dał wynik odczynu dodatni.

W 35 przypadkach, w których objawy kliniczne wskazywały rzekomo choroby trzustki, wynik odczynu był ujemny; w 7-miu przypadkach żółtaczki kataralnej wynik był również ujemny. Jaskrawym dowodem dokładności owego odczynu są 2 przypadki, podane przez CAMMIDGEA. U dwóch pacjentów z objawami klinicznymi jednakowymi odczyn u jednego wypadł dodatnio, u drugiego ujemnie. Operacja u pierwszego wykazała stan zapalny trzustki, u drugiego operacja w trzustce zmian żadnych nie wykazała. W innym zaś przypadku, gdzie zrobione było przez lekarza-praktyka rozpoznanie nowotworu złośliwego trzustki, odczyn CAMMIDGEA wypadł ujemnie, a operacja, wykonana przez prof. ROBSONA, wykazała trzustkę normalną, zaś w przewodzie żółciowym mnóstwo kamieni.

Zachęcony pomyślnymi rezultatami, AGABEKOW (Wracz, Nr. 34 i 35 r. 1907) przeprowadził badania moczu według CAMMIDGEA w 50 przypadkach rozmaitych chorób. Z tych w 10 przypadkach operacja i sekcja potwierdziły wynik odczynu CAMMIDGEA. Zapalenie płuc, nowotwory złośliwe nietrzustkowe, wrzody żołądka, kataralne postaci żółtaczki, cukrzyce dawały wynik odczynu ujemny.

Według AGABEKOWA wynik odczynu ma nie tylko wielkie znaczenie przy rozpoznawaniu chorób trzustki, lecz również przy wskazaniach do operacji chorób dróg żółciowych. RIEDEL mianowicie zauważył przy operacjach na kamice żółciową częste stwardnienie główki trzustki; badania anatomo-patologiczne takiej trzustki wykazywały przerost tkanki łącznej. Według RIEDLA a także MOYNIKANA proces zapalny ze wspólnego przewodu żółciowego przechodzi często na trzustkę. O ile więc odczyn CAMMIDGEA wykaże stan zapalny trzustki, tem konieczniejszym staje się wskazanie do operacji. Okoliczność tę bardzo silnie podkreśla też prof. MAYO-ROBSON.

KEHR (Münch. Med. Woch., Nr. 21, 1909) również bardzo stanowczo zaznacza wartość odczynu CAMMIDGEA przy wskazaniach do operacji dróg żółciowych. Operację dróg żółciowych wykonywa on bez względu na to, czy reakcyja C. jest dodatnia, czy ujemna, w ostrych lub przewlekłych ropniach pęcherzyka żółciowego, przy zupełnym zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego lub też przy bólach tak dotkliwych kamicy żółciowej, że choremu przeszkadzają one w jego codziennej pracy i czynią życie ciężkiem. Natomiast w przypadkach łagodniejszych, gdzie bóle nie są objawem częstym, w t. zw. okresie utajonym (Stadium der Latenz), uważa za wskazaną operację wtedy tylko, gdy odczyn CAMMIDGEA wykazuje nie-normalny stan trzustki, i gdzie przez usunięcie kamienia z przewodu żółciowego wspólnego usuwa się przyczynę, wywołującą stan zapalny trzustki. Na 50 przypadków chorób dróg żółciowych wykonał on operację w 25.

Odczyn CAMMIDGEA przerobiony był w 32 przypadkach z wynikiem dodatnim w 25.

Z 7-iu przypadków o wyniku odczynu C. ujemnym poddało się operacji 4 pacjentów, i u tych trzustka była normalna.

Z 18 pacjentów, u których wynik reakcji był dodatni, i którzy poddali się operacji, tylko u jednego trzustka była normalna, u pozostałych 17-u trzustka była w stanie chorym.

90% przypadków stwierdziło wynik odczynu CAMMIDGEA. I jakkolwiek w jednym z późniejszych przypadków ostrego stanu zapalnego trzustki odczyn C. dał wynik ujemny, nie zachwiało to jednak wiary KEHRA w wartość doniosłą tego odczynu. Przypuszcza on możliwość pomyłki przy tak skomplikowanej jego metodzie, lub też wyraża przypuszczenie, że odczyn ten nie jest tak pewny w ostrych stanach chorobowych trzustki, jak w przewlekłych.

DREESMANN (Mch. M. W., Nr. 14, 1909), który również w przypadku ostrego zapalenia trzustki otrzymał wynik ujemny odczynu, a w przypadku ropnego zapalenia otrzewny po zapaleniu wyrostka robaczkowego, gdzie trzustka była zdrowa, wynik dodatni, na zasadzie innych przypadków, gdzie wynik odczynu zgadzał się ze stanem trzustki, nie odmawia odczynowi temu znaczenia w rozpoznawaniu chorób tego organu.

KLAUBER (Medic. Kl. Nr. 11. 1909) na zasadzie niewielkiego materiału operacyjnego i sekcyjnego uważa, że odczyn CAMMIDGEA nie jest swoisty dla chorób trzustki, lecz występuje najczęściej przy martwicy tkanki tłuszczowej. Ponieważ jednak stany zapalne trzustki najczęściej wywołane są przez martwicę tkanki tłuszczowej, wokoło niej się znajdującej, przeto odczyn ten nie jest bez wartości klinicznej.

EICHLER (Berl. kl. W., Nr: 25, 1907) wywołał u 3 psów sztucznie ostre zapalenie trzustki i, badając następnie mocz tych psów, u wszystkich otrzymał wynik odczynu C. dodatni. EICHLER nadto oznaczał punkt topliwości kryształów otrzymanych, który dochodził do 182°.

Z innej pracy EICHLERA i SCHIROKAUERA (Berl. kl. W., Nr. 8, 1909), którzy wywołali u 10-ciu psów stany zapalne trzustki, uciskając lub przewiązując ją, widzimy nieco odmiennie rezultaty. Jakkolwiek we wszystkich tych przypadkach sekcyje, zrobione po pewnym czasie, wykazały makroskopowe, a badanie anatomo-patologiczne w mniej wyrażonych makroskopowe i mikroskopowe zmiany trzustki, to jednak odczyn CAMMIDGEA, powtarzany w ciągu dni kilku, dał wynik dodatni tylko w połowie tych przypadków i to nie za każdym razem.

Doniosłe znaczenie odczynowi CAMMIDGEA w rozpoznawaniu chorób trzustki i przy wskazaniach do operacji przypisuje CHALMER-WATSON, który zbadał w tym kierunku mocz 500 chorych.

CARO i WÖRNER (Berl. Kl. W., Nr. 8, 09) podają dwa przypadki, gdzie przy dodatnim wyniku odczynu w jednym była krwotoczna nekroza, a w drugim zanik trzustki wskutek ucisku.

MAYO-ROBSON<sup>1)</sup> (Münch. Med. Woch., Nr. 23, 1909) w 64 przypadkach cholecystenterostomii wskutek zastoju żółci stwierdził w zupełności zgodność dodatnich i ujemnych wyników odczynu ze stanem trzustki.

Poza innymi jeszcze zwolennikami odczynu CAMMIDGEA, jak DUVAL, QUENU, MAASS, jest wielu, którzy patrzą dosyć sceptycznie na znaczenie jego.

Do nich należy przedewszystkiem ROTH (Zeitschr. f. klin. Med. 1909, I). Z 32 przypadków wynik odczynu ze stanem trzustki został sprawdzony w 6; w 3 przypadkach wynik ujemny otrzymał ROTH przy zupełnie zdrowej trzustce, na 10-ciu zdrowych wynik dodatni odczynu był u 2-ch, z których jeden osobnik był po ciężkim cierpieniu kiszki.

<sup>1)</sup> Gaz. Lek., Nr. 10, 1909 podług refer.

**LABBÉ** (Presse med. 1909 Nr. 11, wed. ref.) mniema, że w sprawie wartości klinicznej odczynu **CAMMIDGEA** rozporządzamy jeszcze zbyt małym materiałem doświadczalnym, to też obecnie niepodobna przypisywać mu jeszcze większego znaczenia.

**OTTO HESS** (Mitteil. a d. Grenzg. d. Med. u Chir. t. 19 z. 4, według referatu), w licznych swoich badaniach miał kilka przypadków o wyniku reakcyi ujemnym przy niewątpliwie stwierdzonych chorobach trzustki.

**SCHUMAN** i **HEGLER** (Münch. med. Woch., Nr. 37, 1909) na zasadzie 70 zbadanych przypadków, z których w 27 można było sprawdzić wynik odczynu ze stanem trzustki przy operacyi i sekcyi, nie przypisują wielkiej wartości tej próbie. Zwracają oni uwagę na zachowanie pewnych ostrożności przy wykonywaniu jej, na trudność usunięcia całkowitego cukru z moczu przez fermentacyę i t. d. Przerabiali oni kilkakrotnie próbę z moczem, do którego dodawali 0,35% i 0,1% pentozy, i tylko raz otrzymali wynik dodatni—bardzo niewielką ilość kryształów. Mocze, które dawały wyraźnie reakcyę na pentozę (orcynową i spektroskopową), również odczynu **CAMMIDGEA** nie dawały. Punktu topliwości i szybkości rozpuszczania się kryształów w kwasie siarczanym nie mogli określić ze względu na techniczne trudności—niemożność zupełnego oczyszczenia kryształów z jednej strony i na nieściśłość, z jaką oznaczamy szybkość ich rozpuszczania się.

Również niewielką wartość tej próby zaznaczają **NETZEL**, **HAM**, **GRUNER**, **CLELAND**, a szczególnie **HALDANE**, który odmawia jej wszelkiego znaczenia rozpoznawczego.

Z pracy **KOSTRZEWSKIEGO** („Przegląd lekarski” Nr. 29 i 30 1909 r.) z kliniki prof. **JAWORSKIEGO** widzimy, że na 28 zbadanych moczków wynik dodatni wypadł w 6-ciu, w pozostałych 22 przypadkach autor otrzymał wynik ujemny. Są to przeważnie przypadki, nie wy-

kazujące podejrzeń na cierpienie trzustki. W jednym przypadku, gdzie reakcyja **CAMMIDGEA** była dodatnia, sekcyja nie wykazała żadnych zmian w trzustce (autor nie podaje, czy badano trzustkę tę mikroskopowo). W drugim zaś przypadku, gdzie sekcyja wykazała stwardnienie trzustki, odczyn **CAMMIDGEA** wypadł ujemnie.

Na zakończenie powyższego przeglądu literatury dotychczas omawianej sprawy dodamy tu, że niedawno **SMOLEŃSKI** (Zeitschr. f. phys. Chem. 60,2) przeprowadził badanie kryształów, otrzymanych z moczu metodą **CAMMIDGEA**, w przypadku, gdzie trzustka była zdrowa. S. jest zdania, że miał on w danym przypadku do czynienia z sacharozą, którą też uznaje za związek **CAMMIDGEA**. Uogólnienie to, bądź co bądź, nie wydaje nam się słuszne.

Z przeglądu literatury widzimy, że, jakkolwiek wielu autorów nie przywiązuje wielkiej wagi do odczynu **CAMMIDGEA** w rozpoznawaniu chorób trzustki, to jednak wszyscy zgadzają się na to, że w moczu niektórych chorych znajduje się składnik anormalny, dający kryształy z phenylhydrazyną po zagotowaniu z kwasem solnym. Przyszłość rozstrzygnie, czy składników znajduje się w bezpośrednim związku z chorobami trzustki, i jaki jest ten związek, gdy będziemy mogli oprzeć się na bogatszym materiale doświadczalnym i pewniejszych podstawach teoretycznych.

Rezultaty prac **CAMMIDGEA** i **AGABEKOWA** pobudziły nas do przeprowadzenia badań w tym kierunku. Wybieraliśmy przeważnie przypadki, w których podejrzewaliśmy choroby trzustki, zwłaszcza zaś przypadki chorób wątroby i dróg żółciowych, gdzie w myśl **MAYO ROBSONA**, **KEHRA** i **RIEDLA** proces zapalny ze wspólnego przewodu żółciowego może się przedostać na trzustkę, wreszcie sprawy nowotworowe jamy brzusznej z wypuszczalnymi przerzutami na trzustkę, przy-

padki cukrzycy i odosobnione przypadki innych chorób wewnętrznych.

Odczyn początkowo wykonywaliśmy według pierwszego przepisu CAMMIDGEA, podanego przez AGABEKOWA w sposób następujący: Do 10 cent. sz. przesączonego moczu dodawaliśmy 1 ct. sz. stężonego kwasu solnego i gotowaliśmy w ciągu 10 minut na piaskowej kąpieli, wstawiając do kolbki lejek, służący jako kondensator. Następnie szybko ochładzaliśmy kolbkę pod kranem pędem wody. Do 5 ct. sz. przesącza dodawaliśmy 5 ct. sz. wody destylowanej i ostrożnie wsypywaliśmy 4 gramy węglanu ołowiu dla zneutralizowania kwasu solnego. Po kilku lub kilkunastu minutach, gdy  $\text{CO}_2$  już się nie wydzielał, filtrowaliśmy mieszaninę przez zwilżony filtr; do przesącza przezroczystego dodawaliśmy 2 gramy octanu sodu i 0,75 gr. chlorku phenylhydrazyny i gotowaliśmy w ciągu 3—4 minut na kąpieli piaskowej, poczem ostrożnie zlewaliśmy przez gorący filtr do probówki, którą pozostawialiśmy na dobę w temperaturze pokojowej dla osadzenia się ewentualnych kryształów. Wyżej opisanym sposobem wykonaliśmy około 35 odczynów pierwszych 25 moczów. Następne badania przeprowadziliśmy już według nowego przepisu CAMMIDGEA, podanego przez SCHMIDTTA, w sposób następujący: Do 20 cent. sz. przefiltrowanego moczu dodawaliśmy 1 ct. sz. stężonego kwasu solnego i gotowaliśmy, jak poprzednio, na kąpieli piaskowej w ciągu 10 minut. Ochładzaliśmy kolbkę pędem wody, dopełnialiśmy brakującą do 20 ct. sz. część płynu wodą destylowaną i dodawaliśmy ostrożnie 4 gramy węglanu ołowiu. Po pewnym czasie, gdy  $\text{CO}_2$  przestał się wydzielać, filtrowaliśmy przez zwilżony filtr i do przezroczystego przesącza dodawaliśmy 4 gr. *plumbi acetici tribasici*. Po kilku minutach filtrowaliśmy powtórnie przez zwilżony filtr i po dodaniu do przezroczystego płynu 2 gr. siarczanu

sodu, ogrzewaliśmy go na piaskowej kąpieli aż do zagotowania. Następnie ochładzaliśmy pędem zimnej wody, filtrowaliśmy przez zwilżony filtr, dopełnialiśmy w razie potrzeby wodą destylowaną do 18 ct. sz., dodawaliśmy 0,75 gr. phenylhydrazyny, 2 gramy octanu sodu i 1 ct. sz. 50% kwasu octowego, gotowaliśmy w ciągu 10 minut na piaskowej kąpieli, zlewaliśmy ostrożnie przez filtr zwilżony gorącą wodą do probówki. Modyfikację tę wprowadził CAMMIDGE w celu zupełnego strącenia ołowiu dla uniknięcia powstawania związków ołowianych kwasu glikuronowego.

Zaznaczymy tutaj, że w kilku przypadkach z tymi samymi moczami przerabialiśmy równocześnie odczyn według przepisu dawniejszego i zmodyfikowany i różnicy żadnej w wynikach nie zauważyliśmy. Sposób zmodyfikowany, jakkolwiek wydaje się bardzo skomplikowany, może być wykonany w ciągu godziny.

(D. n.).

---

## Padaczka i stany pokrewne.

Napisał

**L. E. Bregman.**

Ordynator szpitala na Czystem.

Referat wygłoszony na Zjeździe neurologów w Warszawie dnia 12/X 1909 roku.

(Dokończenie—Zob. Nr. 11).

Dane, które przytoczyłem, mają nie tylko znaczenie dla pojmowania patogenezy padaczki, są one także niezmiernie ważne dla leczenia, któremu teraz chcę parę słów poświęcić. Najbardziej dyskutowane jest leczenie chirurgiczne. Fedor KRAUSE, jeden

# APTEKA E. GESSNERA

Jerozolimska 27, róg Kruczej

POLECA

## DRAGÉES MENTHOLI (Antisepticum-Anestheticum)

zawierające: **Mentholi 0,02, Natr. boraciei 0,10**

stosowane przy katarze, zaflegmieniu kataralnym, zapaleniu dróg oddechowych, jak również i chronicznym krtańowym katarze.

Doza: od 6 — 10 sztuk dziennie.

Pudełko 75 kop.

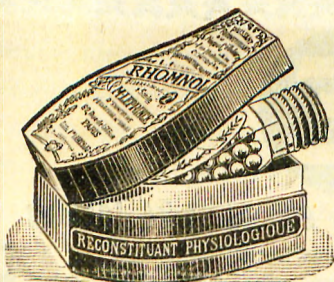
# RHOMNOL

$C^{40} H^{54} Az^{14} O^{27} P^4$

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.  
Racyonalne leczenie fosforem.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-  
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigulki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, łyżeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.



Kwas nukleinowy  
i  
Nukleofosfaty  
naturalne.

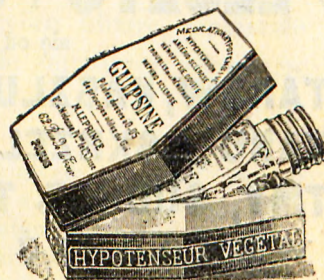
## Wzmożone ciśnienie

Miażdżycę tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie prze-  
kwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

# GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie  
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.  
6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie  
Dr. M. LEPRINCE  
62 Rue de la Toure  
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Tour Paris, France.

z najbardziej doświadczonych na tem polu, utrzymuje, że do leczenia tego nadają się wszystkie przypadki, w których sam napad lub objawy międzynaładowe wskazują na punkt wyjścia napadu w pewnej określonej części kory, a zwłaszcza na korę ruchową. W przypadkach takich padaczki napozór samoistnej znaleźć można niekiedy niespodzianie zmiany grubsze — torbiel podkorową, porencefalię lub torbiel porencefaliczną, przykrytą oponą pajęczynową. Doświadczenie chirurgiczne, jak widzimy, potwierdza dane anatomiczne. Opróżniając torbiel, K. osiągnął znakomity efekt leczniczy: napady ustawały, psychika się poprawiała. W niektórych przypadkach K. znajdował bliznę w oponach lub na powierzchni mózgu.

W innych wreszcie nie było żadnych zmian w korze. Wtedy K. wycina ośrodek, z którego drgawki biorą początek, do głębokości 5 — 8 mm., t. j. aż do istoty białej. Wytnik w wielu przypadkach jest również znakomity. Objawy porażenia, sztywność mięśni, zwiększenie odruchów, odruch BABIŃSKIEGO, zaburzenia czucia są z początku bardzo znaczne, większe, aniżeli to odpowiadałoby wyciętemu ośrodkowi (*Diaschisis* MONAKOWA), ale po paru tygodniach lub miesiącach ograniczają się do małych rozmiarów. B. ważne jest dokładne określenie ośrodka. Określenie anatomiczne na podstawie brózd i zawojów nie jest wystarczające wobec trudności oryentowania się, nawet przy względnie dużym otworze trepanacyjnym, i wielkich różnic indywidualnych. Różnice te są tak duże, że, pobudzając np. na wypukłości w bliskości linii środkowej, nie otrzymujemy kurczu kończyny dolnej, lecz głowy i kończyny górnej, czyli że ośrodek kończyny dolnej leży wtedy wyłącznie w zraziku przyśrodkowym (BRUNS). Pewne jest jedynie określenie prądem farydycznym. Należy badać ostrożnie jaknajślabszym prądem, bipolarnie lub (lepiej) mo-

nopolarnie. Na ostatnim zjeździe neurologicznym w Wiedniu KRAUSE przedstawił na tablicy 48 punktów ruchowych, które tym sposobem na korze wykazał. Wszystkie leżą w przednim zawoju środkowym. Tylny jest niepobudliwy, a staje się nim dopiero w kilka miesięcy po wyluszczeniu przedniego (ROTHMANN). BRODMANN, znany badacz kory mózgowej, badał kawalki, wycięte przez KRAUSEGO, i znajdował zawsze zmiany analogiczne z temi, które powyżej opisałem. Wytnik jest w wielu razach dobry, choć niezawsze. Nie trzeba oddawać się wielkiemu optymizmowi, jednakże, jak się ostatnio wyraził KRAUSE, najlepsze wyniki w chirurgii mózgu daje mu padaczka. Gdy zmiany histologiczne ograniczają się na małej przestrzeni, w pozostałej korze zaś są bardzo nieznaczne, wynik będzie pomyślny i trwały. Według MONAKOWA ośrodek kończyn dolnych zachowuje się inaczej nieco, niż ośrodek kończyn górnych — jest bardziej rozlany, wyluszczenie go (nawet w całości) nie powoduje często porażenia, nie ma wpływu na padaczkę JACKSONA.

Przeciw wyluszczeniu ośrodka, pierwotnie drgającego, przytaczano tę okoliczność, że blizna, powstała po operacji, stać się może punktem wyjścia nowych napadów padaczkowych. Na to KRAUSE odpowiada, że empiria przypuszczenia tego nie potwierdza. AUERBACH, który operował z (GROSSMANNEM) według tego samego sposobu z dobrym wynikiem <sup>1)</sup>, twierdzi, że tylko blizny, powstałe przy silnych objawach zapalnych (nekroza,

<sup>1)</sup> 6 przypadków: 4 z wyzdrowieniem (8 — 25 miesięcy bez napadów) i ze znaczną poprawą, i z poprawą w ciągu pół roku, potem ponowne wystąpienie napadów (w tym ostatnim przypadku płat kostny zrósł się całkowicie, czego nie było w innych przypadkach). Przypadki, operowane również z wycięciem kory ogłosili Sinclair, Schulz-Berge, Rinne.



rozmiękczenie), wywołują, padaczkę, blizna aseptyczna zaś (również jak ciała obce aseptyczne) jest nieszkodliwa.

Z oceną wyników nie należy się zbyt spieszyc, o wyzdrowieniu mówić można wtedy tylko, gdy przynajmniej w ciągu kilku (5) lat napady się nie zjawiają. KRAUSE demonstrował przypadki, w których od operacji upłynęło już 10 lat bez nawrotu choroby. Wyniki pomyślne osiąga się w  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{3}$  przypadków. W niektórych przypadkach napady powracają, ale z mniejszą siłą.

KOCHER, wychodząc z tego punktu widzenia, że powiększenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego jest przyczyną napadów padaczkowych, uważa za najważniejsze pozostawienie otworu w czaszce, względnie także w oponie twardej. Obcinając brzegi płata kostnego i opony twardej i uniemożliwiając ich zrośnięcie się, tworzy się ruchomą klapę (wentyl), która umożliwia szybkie wyrównanie wahań ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Teoria KOCHERA wydaje mi się mocno wątpliwą. W samym napadzie padaczkowym ciśnienie jest z pewnością bardzo zwiększone, co się tłumaczy zaburzeniami cyrkulacyjnymi wskutek udziału ośrodków naczynio-ruchowych, i uciskiem naczyń przez kurcze mięśni. Przy trepanacji, gdy chory dostaje napadu padaczkowego, widzi się, jak mózg się wypukla w postaci pęcherza o sinem lub fioletowym zabarwieniu (REDLICH). Niema jednak żadnych dowodów na to, że zwiększone ciśnienie jest przyczyną napadów. Zgodnie z tem nakłucie łądźwiowe w stanie epileptycznym nie odnosi żadnego skutku. Pomimo to operacje, wykonane zgodnie z tą teorią (bez wycięcia ośrodka, pierwotnie drgającego), uwieńczone były w niektórych przypadkach również pomyślnym skutkiem (KOTZENBERG i KÜMMEL, FRIEDRICH). KOTZENBERG podaje wyniki następujące: 2 przypadki z wyzdrowieniem (11 lat bez napadu), 3 z poprawą (8, 6 i 4

lata po operacji napady rzadsze i lżejsze), 1 z poprawą (ale dopiero 2 lata po operacji), 6 bez zmiany, 1 zmarł po operacji. Operacja polegała na tworzeniu płata okostno-kostnego nad okolicą ośrodka pierwotnie drgającego i wycięciu opony twardej. Niezależnie od możliwego działania obnażenia i miejscowego zmniejszenia ciśnienia (Entlastung) należy przytem jeszcze wziąć pod uwagę i ten fakt niewątpliwy, że w padaczce wszelkie zabiegi chirurgiczne powodować mogą ustawianie na pewien czas napadów.

Na zakończenie chcę jeszcze w krótkich słowach wspomnieć o leczeniu nieoperacyjnym padaczki. Brom pozostał dotychczas głównym środkiem leczniczym. Sposób FLECHSIGA—leczenie stopniowo powiększaną dawką makowca, a następnie bromem—które nam przed 10 laty wróżyło świetne wyniki w przypadkach najcięższych, liczy stosunkowo niewiele zwolenników i znajduje swe główne zastosowanie w zakładach leczniczych. Najbardziej dyskutowany jest sposób TOULOUSE i RICHER, polegający na usunięciu soli (NaCl) z diety chorego. Pożywienie, zalecane przez tych autorów, składa się z mleka (100 gr.), mięsa (300), kartofli (300), mąki (200), cukru (50), kawy (10), masła (40) i 2 jaj. BALINT zaleca pokarmy, które same już zawierają bardzo mało NaCl:—mleko (1500), masło (40 — 50), 3 jaja (zawierają razem około 2 gr. NaCl) oraz chleb (400—500), pieczony na NaBr zamiast NaCl. Pokarmy te przedstawiają wartość około 2,400 kaloryi, czyli zupełnie wystarczającą dla przeciętnego człowieka. Chleb, pieczony na NaBr., wprowadzono do handlu p. n. Bromopan, zawiera on 1 gr. NaBr na 100 gr. chleba. Mąka do pieczenia go jest również w handlu p. n. Bromofariny, sucharki na bromie (0,2 NaBr w 1 sucharku) pod nazwą *Spasmosit*.

Doświadczenie pouczyło BALINTA wkrótce, że dyeta ta nie da się zastosować przez

czas dłuższy, ponieważ chorzy odrzucają takie jednostajne jedzenie. Tem się, według niego, tłumaczy osłabienie, spostrzegane przez niektórych autorów przy podawaniu tej diety. Z tego powodu B. radzi po pewnym czasie stosowania diety ścisłej (6—8 tygodni) przejść do diety mieszanej, t. j. dodać pokarmy, zawierające same w sobie więcej NaCl—jarzyny, leguminy, mięso — potrawy te przyrządzać również na NaBr, zamiast NaCl. Zmieniając dietę tę, stosownie do wagi ciała i objawów bromizmu, osiąga się wyniki najlepsze. BARRHAM proponuje zastąpić w solniczce sól kuchenną solą bromową i następnie zważyć, wiele bromu chory przyjął.

Teoretyczne umotywowanie tego sposobu polega, jak wykazał LAUDENHEIMER, na tem, że NaCl powiększa wydzielanie się bromu i nie dopuszcza do nagromadzenia się go w ustroju w większej ilości (utworzenia „Brom-depot”). W warunkach normalnych przy podawaniu bromu ilość wydzielana jest z początku mniejsza, niż podawana, brom nagromadza się w ustroju do pewnej wysokości, a wtedy dopiero wytwarza się równowaga pomiędzy ilością przyjętą a wydzielaną. Ilość odłożonego bromu podlega różnicom indywidualnym (do 52 gr.), a od tego, b. m., zależna jest skuteczność bromu również bardzo rozmaita u różnych ludzi. Równocześnie powiększa się wydzielanie NaCl, chlor zostaje zastąpiony przez brom. Według WYSSA, otrucie bromem (*Bromismus*) nie jest niczem innym, jak zmniejszeniem zawartości soli we krwi—*Hypochlorisatio* ustroju. Przytem przedładowanie ustroju bromem sprowadza niedomogę serca i nerek. Dlatego najlepszym środkiem w tem otruciu jest podawanie NaCl w większej ilości, a chcąc u osób anemicznych i kachektycznych, u których zawartość soli kuchennej w cieczach jest zmniejszona, zapobiedz otruciu bromem, należy profilaktycznie powiększyć podawanie soli. Usuwa-

jąc możliwie NaCl z diety, osiągamy szybsze nagromadzenie się bromu w ustroju, i dlatego wystarcza wtedy mniejsza dawka bromu (1 — 2 gr. zamiast podawanych przeciętnie 4 — 6 gram.).

Z tego, co powiedziałem, wynika już, że bezwzględne stosowanie diety bez soli nie jest dla ustroju obojętne. Istotnie, niektórzy autorowie (DINGEL, RICH. MAYER, COURMONT i COURIÉ, PANDY, LUNDBORG) donoszą o niebezpieczeństwie tej metody leczniczej. Działanie bromu jest większe, ale i objawy otrucia występują znacznie prędzej, a współdziałałoby zubożenie ustroju w NaCl (*metatrophischer Bromismus* według LUNDBORGA). Autor ten spostrzegł otrucie w 80% przypadków, zwłaszcza u kobiet. W 20% nastąpiła śmierć.

Spostrzegano objawy następujące: ogólne podrażnienie, zamroczenie, osłabienie serca, trądzik (*Acne*), wypadanie zębów, mniejszą odporność względem zakażeń. Na podstawie swych spostrzeżeń PANDY i FÉRÉ utrzymują, że sposób ten jest bezcelowy i powinien być zupełnie zarzucony, że lepiej jest powiększyć dawkę bromu, tembardziej, że tolerancja ustroju względem tego środka jest b. duża. FÉRÉ dodaje jeszcze, że, gdy wskutek objawów bromizmu zmuszeni jesteśmy powrócić do NaCl, dawka bromu, która przedtem wystarczała, okazuje się niedostateczną i musi być znacznie powiększona.

Z drugiej strony jednak nie ulega wątpliwości, że zwykle w diecie naszej przyjmujemy o wiele więcej soli, aniżeli ustrój tego wymaga. Według obliczeń STRAUSSA ustrojowi wystarcza parę gramów dziennie, t. j. ta ilość, jaka jest zawarta w zwykłych naszych pokarmach. Z tego względu ograniczenie przyjmowania soli kuchennej nie jest bynajmniej niebezpieczne, a pozwoli nam zmniejszyć dawkę bromu, którego zażywanie jest dla większości chorych bardzo przykre. Takie umiarkowane stosowanie

sposobu *TOULOUSEA* <sup>2)</sup> wydaje nam się b. celowem w większości przypadków. Natomiast bezwzględne usunięcie soli według *BALINTA* jest dopuszczalne tylko w przypadkach b. ciężkich <sup>3)</sup>, gdy chodzi o szybkie i b. silne działanie bromu, i może być przeprowadzone tylko w szpitalu pod ścisłą kontrolą lekarza. W niektórych razach zastosować można także modyfikację, proponowaną przez *VOISIN* i *RENDU*, t. j. zmieniać okresy diety zwykłej i bezsolnej. Przy dyecie zwykłej autorzy zalecają powiększane stopniowo dawki bromu (do 12 gr. dziennie), przy bezsolnej zaprzestają podawania go.

Z kwestyą tą wiąże się zwykle sprawa diety, którą epileptykom zalecić mamy. Że pożywienie możliwie proste bez pikantnych przypraw jest najwłaściwsze, na to się zgadzają wszyscy. Co się tyczy jednak diety roślinno-nabiałowej z wyłączeniem mięsa i t. p. i diety czysto mlecznej, zdania są podzielone. Niektórzy (*WISŁOCKI*, *ALT*) sądzą, że ta ostatnia wpływa bezpośrednio na zmniejszenie napadów. Inni, jak np. *STRÜMPPELL*, *REDLICH*, nie przywiązują do niej wielkiego znaczenia. Na zasadzie moich spostrzeżeń przechylić się muszę raczej do tego ostatniego zdania, gdyż nie mogłem się przekonać, że sama tylko dieta mleczna lub roślinna bez podawania właściwej dawki bromu wpływa na częstość lub nasilenie napadów.

Wreszcie, co się tyczy stosowania bro-

mu, zrobić jeszcze muszę jedną uwagę. *STRÜMPPELL* ostrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem bromu, przypisuje mu ośpienie umysłowe, które się w wielu przypadkach widzi, i które kładziemy zwykle na karb padaczki, i sądzi, że po pierwszym napadzie i gdy napady powtarzają się bardzo rzadko, można się zupełnie bez bromu obejść. Natomiast *REDLICH*, opierając się na badaniach anatomicznych i faktach klinicznych (częste występowanie napadów w seryach, zwł. gdy przez dłuższy czas napadów nie było), przypuszcza, że każdy napad pozostawia po sobie ślady w mózgu i tworzy tło podatne dla następnych napadów. Z tego powodu należy wszelkie usiłowania swe skierować ku temu, ażeby zapobiedz powtarzaniu się napadów, a zatem nie zwlekać także z podawaniem bromu. Moje własne spostrzeżenia skłaniają mnie do tego samego wniosku, gdyż przy podawaniu właściwej (niezbyt wielkiej) dawki bromu nawet przez czas dłuższy nie spostrzegałem nigdy prawie przykrego działania ubocznego, a oprócz motywów, powyżej przytoczonych, na uwagę zasługuje i wzgląd moralny — oszczędzanie choremu wstrząśnienia moralnego, które z każdym napadem się łączy.

#### Wnioski:

- 1) Padaczka nie jest sprawą czynnościową, ma ona swe podłoże anatomiczne.
- 2) Różnorodne zaburzenia przemiany materii nie pozwalają wyprowadzić jednolitej teorii patogenetycznej padaczki. Znaczna część ich jest prawdopodobnie wtórna, jest następstwem napadów padaczkowych.
- 3) Leczenie chirurgiczne jest wskazane w przypadkach, w których są wskazówki na punkt wyjścia napadów. W przypadkach ciężkich przy braku takich wskazówek można spróbować trepanacji dekompresyjnej

<sup>2)</sup> *Strauss* podaje dokładne przepisy, jakie pokarmy najczęściej dawać i jak je przyrządzać.

<sup>3)</sup> *Sundborg* daje następujące wskazania: liczne napady bez wybitnych zaburzeń psychicznych lub z przemijającymi zaburzeniami ponapadowymi, brak osłupienia (stupor), otrętwiałe (torpide) postacie padaczki.

Przeciwwskazania są następujące: cierpienia narządów wewnętrznych, powikłanie histerya, rzadkie napady, charakter epileptyczny, osłupienie, idiotyzm, drażliwe (erethische) postacie padaczki.

KOCHERA. W sprawie tej należy zgromadzić większy materiał empiryczny.

4) Z leczeniem bromowem nie należy zwlekać, jeśli rozpoznanie padaczki samoist-

nej jest ustalone. Umiarkowane stosowanie sposobu TOULOUSE i RICHETA ułatwia przeprowadzenie leczenia bromowego.

## S T R E S Z C Z E N I A.

### Chirurgia.

#### 53. H. Kutscher. O dezynfekcyi rąk ze szczególnem uwzględnieniem alkoholu.

Zupełne odkażenie rąk za pomocą środków chemicznych jest niemożliwe, nawet zalecana przez GROSSIGNA nalewka jodowa nie posiada własności bakteryobójczych, zaś dobre skutki, z niej otrzymane, przypisać należy działaniu alkoholu. Na drobnoustroje skóry nawet sublimat wywiera tylko względnie niszczący wpływ. Pochodzi to od głębokiego położenia w skórze tych drobnoustrojów i otoczenia ich tłuszczem skórnym. Dla zapobieżenia temu starano się utrzymać je na skórze, t. j. przeszkodzić przejściu ich do rany. Na tem polega stosowanie rękawiczek podczas operacyi oraz rozmaitych środków, pokrywających ręce powłoką elastyczną. Alkohol stężony, wprowadzony przez FÜRBRINGERA, jest jednym z najpotężniejszych środków, przytrzymujących bakterye na rękach. FÜRBRINGER stosował mycie rąk mydłem, potem alkohol a w końcu sublimat. RIVINKE w r. 1894 odrzucił wszelkie mycie mydłem. MIKULICZ stosował wyłącznie mydło spirytusowe. SCHUMBURG stosuje mycie alkoholem 3—5 minut, umywszy przedtem ręce przez  $\frac{1}{2}$ —1 minuty w wodzie z mydłem i oczyściwszy paznogie. Badania SCHUMBURGA wykazały, że najdłuższe mycie rąk wyjałowionem mydłem i takiemiż szczotkami nie zmniejszyło liczby zarodników na rękach. Mycie rąk przez 5 minut stężonym alkoholem uczyniło ręce prawie wyjałowionemi; następne stosowanie sublimatu lub wody utlenionej nie miało już żadnego wpływu na odkażenie rąk. Odkaze-

nie rąk po alkoholu utrzymywało się przez  $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Na działanie alkoholu nie miały też wpływu rozmaite dodatki, jak eter, kwas saletrzany, formalina, aceton. Stosując odkażenie alkoholem, należy, o ile możności, unikać poprzedniego rozmiękczenia skóry rąk przez mycie wodą i mydłem. Alkohol nie działa bakteryobójczo, lecz odtłuszczająco, a przede wszystkim przez swój kurcząco-ścinający wpływ (SALZWEDEL twierdzi, że 50—60 procentowy alkohol jest bakteryobójczy). (Berl. klin. Woch. Nr. 2, str. 82).

*Teodor Heiman.*

Już w roku 1902 w podręczniku moim „Choroby narządu słuchowego” str. 149 wypowiedziałem pogląd, że do odkażenia rąk wystarczy najzupełniej obmycie rąk mydłem w ciepłej wodzie i następnie wytarcie ich alkoholem, gdyż najenergiczniejsze oczyszczanie rąk nie jest w stanie usunąć z nich wszystkich bakteryi. I jeżeli drobnoustruje trzymają się tak mocno rąk, to one i przy operacyi nie dostaną się do rany.... Skrupulatne, lecz nie przesadne oczyszczanie wystarcza najzupełniej. To samo tyczy się miejsca, mającego być operowanem. Na pogląd mój, widocznie jako nie pochodzący z zagranicy, w swoim czasie nikt u nas uwagi nie zwrócił.

(Przyp. Refer.).

### Akuszeria i choroby kobiet.

#### 54. F. Mendel. Zakrzepnica (thrombophilia) i wczesne wstawanie położnic i osób po cięciu brzuszem (laparotomia).

Z chwilą gdy chirurgowie i ginekolodzy przestali uważać pooperacyjne zatkanie żył za nieuchronne następstwo przebytej opera-

cyi, nauka o zakrzepach i zatorach wstąpiła na nowe tory, i usiłowania zwrócono do wyszukania sposobów, zapobiegających tym nieszczęsnym przypadłościom. **TRENDELENBURG** kusił się nawet na drodze operacyjnej usunąć najniebezpieczniejsze z cierpień zatorowych, mianowicie zator tętnicy płucnej; gdy jednak wątpić należy, azali przykład ten znajdzie naśladowców i świadczy tylko o odwadze i śmiałości wprawnego operatora, to głównem staraniem w leczeniu zakrzepów i zatorów powinno być wynalezienie sposobów zapobiegania im. Możliwe zaś to jest wtedy tylko, jeśli zna się gruntownie przyczyny i warunki, przy jakich krzepnięcie krwi w żywych naczyniach się odbywa.

**MORAWITZ** wykazał, że w osoczu krążącej krwi znajdują się: substancja włóknikородna, sole wapnia i prawdopodobnie także substancja zakrzeporodna (Thrombogen) jakoteż ograniczona ilość ciał, wstrzymujących krzepnięcie — ciała przeciwzakrzepowe (Antithrombina). Płytki krwi i białe ciała krwi zawierają t. z. Thrombokinazę, twór, który przez współdziałanie z substancją włóknikородną w obecności soli wapiennych wytwarza zczyn włóknikowy i w ten sposób umożliwia krzepnięcie. Ponieważ i w krwi krążącej ma miejsce ustawiczny rozpad ukształtowanych pierwocin, to thrombokinaza w małej ilości przedostaje się stale do osocza krwi; ilość ta jednak jest tak niewielka, iż ciała przeciwzakrzepowe w osoczu są dostateczne dla unicestwienia tworzącego się zczynu, lub też thrombokinaza nie może związać się z solami wapiennymi i substancją włóknikородną dla wytworzenia zakrzepu, albowiem inne, skuteczne wpływy stoją związkowi temu na przeszkodzie.

Następnie badania **COHNHEIMA** i **BAUMGARTENA** wyjaśniły, że nawet ustanie krążenia krwi w żyłach nie sprowadza skrzepnięcia krwi, gdy tymczasem zakrzep powstaje przy zupełnie prawidłowem krążeniu wtedy, gdy odżywianie śródbłónka naczyń, a więc fizyologiczna czynność jego jest uszkodzona. Na dane te, ustalone doświadczeniami i próbami w najnowszych czasach, szczególną należy zwrócić uwagę, albowiem ginekologdy za przykładem **KRÖNIGA** i chirurgowie za radą

**KÜMMELA** uważają wczesne wstawanie połoźnic i osób po dokonaniem cięciu brzuszmem za najważniejszy środek, zapobiegający wytwarzaniu się zakrzepów.

Niezaprzeczenie czynność mięśni, a raczej skurcz ich stanowi jeden z najważniejszych środków, pobudzających ruch krwi w żyłach, a w szczególności w kończynach, fakt, który przy upuszczeniu krwi z żyły (*Venaesectio*) stwierdzić można: krew, wolno wypływająca z nacięcia żyły, tryskać zaczyna silnym strumieniem, gdy mięśnie przedramienia w ruch wprawione zostaną.

Jednakowoż wczesne wstawanie operowanych nie powoduje jeszcze skurczów mięśni kończyn dolnych, albowiem stan osłabienia i bolesność ran świeżych operacyjnych nie pozwala dokonywać silnych poruszeń. Zmiana więc położenia leżącego na siedzące nie pobudza krążenia żylnego, co więcej, według prawa fizycznego ciężkości, powinien powstać zastój krwi, szczególnie w żyłach małej miednicy i dolnych kończyn, skłonnych ku temu przez przedoperacyjne zmiany, zachodzące w ich ścianach. Przyjmowano również jako przyczynę powstawania zakrzepów żylnych długo przeciągające się uspienie, wpływające na osłabienie działalności serca, jakoteż utratę krwi podczas operacyi. Ale i to przypuszczenie jest sprzeczne z codziennymi klinicznymi spostrzeżeniami.

**Al. FRAENKEL**, wbrew poglądom innych chirurgów, uważa za bezpośrednią przyczynę tworzenia się zakrzepów samą operacyę. Zdaniem jego, tak zakrzepy, rozwijające się w obrębie pola operacyjnego, jak i zakrzepy, powstające w okolicach odległych, szczególnie w kończynach dolnych, powodowane są zakażeniem posoczniczem, któremu uległa rana operacyjna.

Że zakażenie odgrywa ważną rolę w powstawaniu zakrzepów żylnych, nawet u osobników nieoperowanych, jako przykład służyć mogą rozległe żyłaki na kończynach dolnych kobiet, wolne od zakrzepów przy znacznych nawet zaburzeniach w krwiobieganiu tak długo, dopóki skóra, żyłaki pokrywająca, zabezpiecza je od wnikięcia zarazków.

Pogląd **FRAENKLA**, iż przyczyną rozwijania się zakrzepów w odległych od rany miej-

scach jest zakażenie ustroju, potwierdzają spostrzeżenia kliniczne. Bardzo często zdarza się, iż osoby najzdrowsze, bez najmniejszej przyczyny, bez urazu lub uszkodzenia na miejscu cierpienia, dostają odrazu zapalenia zakrzepowego żył na kończynach dolnych lub w małej miednicy.

Scisłe badania wykazują, że każdy nawrót zakrzepowego zapalenia żył poprzedzało ogólne zakażenie, spowodowane grypą (*influenza*), zapaleniem gardła (*angina*), gościeniem stawowym. Inne zakaźne choroby, jak zapalenie płuc, dur brzuszny powodować mogą przerzutowe zakrzepowe zapalenie żył. Tak samo sprawy zapalne miejscowe na tle zakaźnym, wywołują zakrzepowe zapalenie żył w obrębie ogniska zapalnego; przy urazowych uszkodzeniach ściany żyły ma miejsce wytwarzanie się zakrzepów.

Zpomiedzy znacznej liczby spostrzeganych zakrzepów autor szczegółowo przytacza dwa przypadki, które przez całe lata miał możność śledzenia, aby poprzeć wypowiedziane poglądy.

Każdemu lekarzowi, zdaniem autora, zdarzały się przypadki, w których, z pozornie błahych przyczyn, po wyleczonych dawno urazowych zapaleniach, po przebyciu lekkiego zapalenia gardła, po grypie lub też po innych lekkich i pomyślnie przebytych cierpieniach, rozwijają się niespodzianie rozległe zakrzepy, najczęściej w żyłach kończyn dolnych. Ale wszystkie te cierpienia żył uważane były za przypadkowe powikłania, gdy tymczasem w niektórych razach, przy powtarzaniu się tych powikłań, uważać je trzeba za oznakę chorobliwego stanu krwi, którego właściwością jest, że na każde miejscowe lub ogólne zakażenie reaguje przez wytwarzanie zakrzepów.

Występowanie sprawy zakrzepowej w okresie zdrowienia jest jednym z dowodów, iż nie uszkodzenie w krwiobiegu jest jej przyczyną; drugim dowodem jest ta okoliczność, iż zakrzep w żyłach występuje po chorobach tak lekkich, że nie może nawet być mowy o znacznym wpływie ich na serce i uszkodzeniu działalności jego. Trzeba więc przyznać, iż zakażenie jest główną przyczyną powstawania zakrzepów.

Przy ogólnym zakażeniu wzmaga się znacznie rozkład ukształtowanych pierwocin krwi, skutkiem czego wolna thrombokinaza w większej ilości przechodzi do osocza, wchodzi w związek z substancją zakrzeporodną, i wytwarza się czynnik włóknikowy w tak znacznym stopniu, iż znajdujące się w osoczu ciała przeciwzakrzepowe są niedostateczne do unicestwienia działalności czynny. Dlatego w chorobach zakaźnych wytwarza się zakrzep najprędzej w tych miejscach, w których śródbłonek żył jest najczęściej zagrożony, a więc w obrębie tych żył, w których ściany naczyń już uległy uszkodzeniu w odżywianiu swem i odporności przed nowym zakażeniem, przez poprzednie szkodliwości. Jeżeli zaś pomimo uszkodzeń śródbłonek, przy miejscowym lub ogólnym zakażeniu, zakrzep się nie wytwarza, to przyjąć należy, stosownie do dzisiejszych pojęć o krzepnięciu krwi, iż w krwi krąży dostateczna ilość ciał przeciwzakrzepowych dla zniszczenia działania thrombokinazy. W dwóch przytoczonych przypadkach autora, w których tenże mógł stwierdzić widoczną skłonność do krzepnięcia krwi w żywych naczyniach, przypuszcza on albo brak ciał przeciwzakrzepowych albo nadmiar thrombokinazy, albo też! jednocześnie brak pierwszych i obecność drugiej, w nadmiernej ilości.

Badania MORAWITZA i LOSSENA nad krwawiaczką, która, w przeciwieństwie do spostrzeganej przez autora choroby zakrzepowej charakteryzuje się niemożnością krzepnięcia krwi, wykazały brak thrombokinazy; autor więc sądzi, że, pomimo niedokonanych jeszcze ścisłych badań, słusznie uważać może, iż przyczyną chorobliwego stanu krwi w spostrzeganych przezeń przypadkach jest nadmierne wytwarzanie się thrombokinazy; stan ten krwi albo może być wrodzony albo też rozwinął się skutkiem przebytych zakażeń.

Jeżeli więc chorobę krwi, charakteryzującą się brakiem thrombokinazy, oddawna zowią *Haemophilia* (krwawiaczką), to sądzi autor że nazwa *Thrombophilia* (Zakrzepnica lub Zakrzepica) jest odpowiednia dla choroby, której objawy kliniczne a także i przyczyny wskazują na nadmierne wytwarzanie się thrombokinazy.

Rozpoznanie zakrzepnicy może być na zasadzie dłuższego spostrzegania pacjenta. Rozumie się, że nie każdy zakrzep jest wyrazem zakrzepnicy; ale gdy wciąż z rozmaitych przyczyn, po lekkich urazach, lekkich przypadłościach chorobowych wytwarzają się zakrzepy żyłne, a jednocześnie rozwija się pryszczycza przy najmniejszych podrażnieniach skóry, to wtedy ma się wszelkie prawo rozpoznać zakrzepnicę.

O przyczynach zakrzepnicy, na mocy dotychczasowego doświadczenia, nic pewnego nie można powiedzieć. Skłonność do zakrzepów nie jest ani dziedziczna, ani wrodzona, zjawia się ona albowiem między 20 — 30 rokiem życia. Z największym prawdopodobieństwem można przyjąć, że zakażenie, które raz wtargnęło do ustroju, wywołuje nadwrażliwość przyrzędu ochronnego ustroju, skutkiem czego później te same lub podobne bodźce wpływają na nadmierne wytworzenie thrombokiny, czego dowodem 2 przytoczone przypadki.

Rokowanie co do życia jest pomyślne. Zatory (*embolia*), pomimo rozległych zakrzepów, zdarzają się nadzwyczaj rzadko.

Leczenie o tyle może być zapobiegawcze, o ile podobnych pacjentów ustrzedz można od najłżejszych nawet zakażeń, a jeżeli one lub uraz mają miejsce, otoczyć jaknajwiększą troskliwością. Przy zjawieniu się zakrzepu starać się przez ułożenie z uniesioną kończyną, spokój i gorące okłady zapobiedz powiększaniu i posuwaniu się zakrzepu. Leczenie Marienbadzkie i kąpiele borowinowe okazują się odpowiednie do usunięcia pozostałości po zakrzepach.

Na zasadzie klinicznych spostrzeżeń i dzisiejszej nauki o krzepnięciu krwi stwierdzić można, jak małą rolę odgrywają w tej sprawie zwolnione krążenie krwi i osłabiona działalność serca, a jak wielkie znaczenie ma zakażenie. Osłabienie działalności serca i zły skład krwi, jak np. w blednicy, białaczce, charłactwie i innych dłużej przeciągających się chorobach, może wywrzeć wpływ na fizjologiczną czynność śród-błonna i obniżyć własność jego, wstrzymującą krzepnięcie krwi, skutkiem czego łatwiej nastąpić może jej skrzepnięcie; ale główną

pośredniczącą przyczyną skrzepnięcia i w tych przypadkach, jest zakażenie miejscowe lub ogólne. Stwierdzoną dość często przyczyną skłonności do zakrzepów po znacznych utratkach krwi, czy to przed operacją skutkiem krwawień (myomatów macicy), czy podczas operacji, nie jest wadliwe krążenie i niedostateczność ukrwienia, jak to przypuszczają zwolennicy wczesnego wstawiania, ale zwiększona krzepliwość krwi. W tych razach nie można dopatrzeć się, aby wczesne wstawianie osób po dokonaniu cięcia brzusznej było skutecznym środkiem zapobiegającym tworzeniu się zakrzepów.

Rozważywszy to wszystko, autor dochodzi do przekonania, iż wczesne wstawianie położnic i osób po cięciu brzusznej nie może zapobiedz wytworzeniu się zakrzepów. O ile wczesne wstawianie zdolne jest zapobiedz powikłaniom i wpłynąć na szybsze i mocniejsze zrośnięcie ran operacyjnych, autor jeszcze nie chce przesądzać. W każdym razie niema najmniejszego dowodu, stwierdzającego zdanie KÜMMELA, iż „im wcześniej pacjent wstanie, tem rzadziej tworzą się zakrzepy i zatory”.

(Münch. Med. Wochensh. Nr. 42. 1909).

#### 55. Albrecht. Leczenie zakażeń posocznicznych kollargolem.

Autor nie widział pomyślnych skutków z wcierań maści CRÉDÉGO; działanie kollargolu przez odbytnicę, pomimo częstych pomyślnych wyników, było o tyle niejednolite, że niemożna było go uznać za bezwzględnie skuteczne. Jedynie śródżylnie stosowanie kollargolu wywołuje bezspornie szybki odczyn w przypadku dodatniego działania; w 1/2 do 4 godzin po zastrzyknięciu 1 — 2 gr. 10% roztworu kollargolu do żyły pośrodkowej łokciowej występuje dreszcz wstrząsający z znacznym podniesieniem ciepłoty ciała i przyspieszeniem tętna i następnym, w ciągu 12 godzin, obniżeniem się ciepłoty i tętna z jednoczesną wybitną poprawą ogólnego stanu, a niekiedy z nadmiernym moczeniem. W razie potrzeby, zastrzyknięcie powtarza się po 24 godzinach i w następnych dniach. Pomimo kilkrotnych zastrzyknięć żadnego działania

nie zauważono: 1-o w przypadkach ciężkiej połogowej posocznico-ropnicy, w których stwierdzono obecność bakterii we krwi, bez względu na to, czy pacjentki wyzdrowiały, czy zmarły (9 przypadków, z których 5 zmarło i 4 wyzdrowiało); 2-o w przypadkach rozlanego ostrego zapalenia otrzewny (w 4-ch przypadkach stan bezgorączkowy po dokonaniu cięcia pochwowego, *colpotomia*); 3-o w przypadkach ciężkich ropień przymaciczych (w 4-ch przypadkach stan bezgorączkowy po dokonaniu *colpotomii*); 4-o w przypadkach jakichkolwiek umiejscowionych ropień bez jednoczesnego leczenia chirurgicznego (5 przypadków).

Wyżej podane szybkie skuteczne działania zastrzyknięć kollargolu miało miejsce w 23 przypadkach, a mianowicie: 1-o w 10 średnio ciężkich przypadkach posocznicy połogowej, w których nie stwierdzono z wszelką pewnością bakterii we krwi, i w których przez dłuższy czas trwała gorączka wchłaniająca (*fs. resorbtiva*); 2-o w 5-iu przypadkach przewlekłej posocznicy (bez stwierdzenia dodatniego bakterii we krwi); 3-o w 8-iu przypadkach ciężkich stanów posocznicznych pooperacyjnych, powstałych na tle zakażenia rany.

Z powyższego ALBRECHT wnioskuje, iż kollargol jest bezskuteczny w walce z ciężkimi, ogólnymi zakażeniami bakteriami jakoteż w przypadkach ciężkich umiejscowionych ropień, ale ma szybki wpływ leczniczy w ciężkich przypadkach zatruc (*intoxicatio*), przebiegających przy objawach ogólnego posoczniczego zakażenia (*infectio septica*). Wskazane jest wczesne użycie jego w zakażeniach połogowych, już to z powodu niepewności wczesnego rozpoznania rodzaju i ciężkości zakażenia i szybkiego skutecznego działania środka w średnio ciężkich przypadkach, już to dlatego, iż brak odczynu po zastosowaniu go stanowi niepomyślny objaw tak dla rozpoznania, jak i rokowania. Działanie kollargolu nie jest bakteryobójcze, lecz przeciwjadowe.

W końcu prelegent zachwala skuteczność kollargolu, stosowanego miejscowo, w cierpieniach pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych (2 razy tygodniowo wkrapla-

nie 5 gr. roztworu 2% kollargolu do miedniczki nerkowej).

(Münch. Med. Wochens. Nr. 51 1909).

#### 56. Ernest Wirtz. Rokowanie w okresie połogowym po porodach o przebiegu gorączkowym.

Opierając się na 212 przypadkach porodów o przebiegu gorączkowym, zebranych z pismienictwa i własnych, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Przyczyną najważniejszą gorączkowego przebiegu połogów jest przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego; pierwotna ta przyczyna wywołuje wszystkie inne współtowarzyszące objawy.

2) Im dłużej po pęknięciu pęcherza płodowego i wprowadzeniu zakażenia przeciąga się poród, tem gorsze wogóle bywa rokowanie, jest ono zupełnie niepomyślne, jeżeli poród gorączkowy trwa kilka dni.

3) Okoliczność, czy poród gorączkowy ma miejsce u pierwiastki lub wieloródki, nie wywiera na rokowanie żadnego wpływu. U wieloródek odsetka zachorowań jest większa, niż u pierwiastek, lecz różnica ta jest tylko pozorna. Rokowanie dla obu grup jest lepsze, gdy poród kończy się samodzielnie i nie wymaga zabiegu operacyjnego; jeżeli zaś ten ostatni jest zastosowany, to rokowanie dla wieloródek jest o wiele niepomyślniejsze, niż dla pierwiastek.

4) Najniebezpieczniejszem powikłaniem, mającem miejsce podczas porodu o przebiegu gorączkowym, jest odma macicy (*tympania uteri*).

5) Wysokość gorączki podczas porodu nie daje żadnych wytycznych dla przebiegu okresu połogowego.

6) Stale przyspieszone tętno przy względnie niskiej ciepłocie ciała daje powód do obaw. Rokowanie staje się niepomyślnem, gdy krzywe ciepłoty ciała i tętna przedstawiają obraz t. zw. krzyża śmiertelnego (*crux mortis*), t. j. gdy ciepłota ciała obniża się, a częstość tętna coraz bardziej się wzmacnia.

7) Nieprawidłowe przyczepienie łożyska przy porodach o przebiegu gorączkowym uważać należy za przypadłość niebezpieczną.

8) Im rzadziej dokonywany bywa zabieg operacyjny, tem pomyślniejsze jest ro-



kowanie. Jeżeli pomoc operacyjna jest nieunikniona, to im lżejsza bywa operacja i o ile mniej części miękkie skutkiem niej zostają obrażone lub poranione, tem prawdopodobniejsza jest możliwość bezgorączkowego przebiegu okresu połogowego.

9) Zabieg operacyjny z powodu gorączki podczas porodu jest wtedy wskazany, gdy nastąpiła odma macicy, gdy ciepłota ciała stale jest wysoka (powyżej 39°), przedewszystkiem zaś wtedy, gdy częstość tętna (120 i więcej uderzeń) i ogólny stan rodzącej dowodzą ciężkiego zakażenia. W innych przypadkach samodzielne rozwiązanie daje jeszcze najlepsze rokowanie dla matki i dziecka.

10) Jednem słowem, im bardziej zachowawcze jest postępowanie lekarskie przy porodach o przebiegu gorączkowym, tem pomyslniejsze jest rokowanie dla następczego okresu połogowego.

(Beiträge für Geburtshilfe u. Gynäkologie T. XIV Z. 3).

*Jakób Rosenthal.*

### Choroby oczu.

#### 57. Ernest Runge. Choroby oczów zależne od ciąży.

Ciąża, prawidłowo rozwijająca się, wywołuje bardzo rzadko zmiany w zdrowych oczach. Jeżeli zaś przebieg ciąży jest patologiczny, to warunki zmieniają się, jak również i wtedy, gdy przed zajściem istniały zboczenia w narządzie wzrokowym. WINCKEL stwierdził u 1,6% kobiet ciężarnych zboczenia wzrokowe. Cierpienia oka powstają na skutek zmian w ustroju pod wpływem ciąży, ale najcięższe cierpienia oczów podczas ciąży są wynikiem zaburzeń sprawności nerek. Te ostatnie sprowadza albo sama ciąża, albo też pod względem przyczynowym są one od niej niezależne, lecz stanowią współcześnie z ciążą występujące objawy ostrego i przewlekłego zapalenia nerek.

Najprawdopodobniejszą jednak przyczyną podrażnienia nerek jest samozatrucie ustroju przez kosmki łożyskowe lub wytwory przemiany materii płodu albo łożyska.

Ze zmian poszczególnych, występujących na oczach podczas ciąży, wymienić należy powiększone zabarwienie (*pigmentatio*) powiek,

które zazwyczaj w tym stanie spostrzega się i w innych okolicach ciała. Następnie, jako wyraz ogólnego osłabienia, miewa miejsce dość często niedomoga mięśni prostych oka, zapalenie pryszczykowate łącznicy i rogówki, a nawet jej owrzodzenie. Występować również może zmętnienie soczewki, zwięźnienie pola widzenia, kurza ślepotą (*hemeralopia*) i osłabienie przyrządu stosowniczego (akomodacyjnego), które dojść może stopniowo nawet i do porażenia akomodacji. W rzadkich tylko przypadkach spostrzegano u ciężarnych przekrwienie i oderwanie siatkówki jakoteż zapalenie nerwu wzrokowego. To ostatnie bywa najczęściej obustronne, i rozwój jego jest powolny, rokowanie wątpliwe, a wyleczenie następuje dopiero w okresie połogowym. Najlepszem leczeniem w tym razie jest wywołanie porodu przedwczesnego; wystrzegać się należy ponownej ciąży, gdyż wznowa choroby tej często miewa miejsce z daleko gorszym rokowaniem.

Najczęstszem cierpieniem oczów podczas ciąży jest białkomoczowe zapalenie siatkówki, jako objaw zaburzenia sprawności nerkowej. Anatomicznie przedstawia się jako zanik tkanki, spowodowany upośledzonym odżywianiem, które z kolei wywołane jest niedostateczną czynnością nerek. Wielu badaczy uważa je także za objaw przewlekłej mocznicy (*uraemia*), czego dowodem mają być jednocześnie występujące objawy mózgowie.

Przebieg białkomoczowego zapalenia siatkówki jest powolny; siła widzenia coraz bardziej się zmniejsza i spada stopniowo do połowy i  $\frac{1}{3}$  części. Zupełna ślepotą (*amaurosis*) następuje wtedy tylko, gdy ma miejsce oderwanie siatkówki, lub gdy występują objawy mocznicy. Rokowanie zawisłe jest od choroby podstawowej i jej objawów. Im w późniejszym okresie ciąży ma miejsce powyższe cierpienie, tem większa wogóle jest nadzieja wyzdrowienia. Jeżeli białkomocz w okresie połogowym nie znika, to rokowanie nawet pod względem życiowym (*quoad vitam*) może być bardzo niepomyślne. W przypadkach tych, jak utrzymuje SCHMIDT-RIMPLER, śmierć następuje przecięciowo w ciągu dwóch lat. Jeżeli nie ma szczególnych przeciwwskazań,

to leczenie polega na sztucznym wywołaniu poronienia, które bezwarunkowo jest wskazane, jeżeli ciąża nie przekracza 6-o miesiąca. Wogóle zapobiegać należy ponownym ciążom z powodu bezwzględnej możliwości wznowy choroby.

Ślepotą białkomoczowa (*amaurosis uraemica*), również następstwo zakłóconej czynności nerek, występuje zazwyczaj w 2-iej połowie ciąży i jest zwiastunem drgawek. Jest ona objawem zatrucia mózgu, spowodowanego zatrzymaniem składników moczu w ustroju. Ślepotą ta rozwija się zazwyczaj szybko i z małym wyjątkiem jest obustronna. Siła widzenia nagle się zmniejsza, i w ciągu 24—48 godzin następuje zupełne oślepienie. Nie w każdym przypadku możebne jest rozpoznanie ślepoty w chwili jej powstania, gdyż często jednocześnie występuje utrata przytomności i śpiączka. Wydzielanie moczu albo jest bardzo uszczuplone, albo też zupełnie nie ma miejsce. Okres ten zupełnej ślepoty jest jednak zazwyczaj bardzo krótki; przebiega on w ciągu 3 — 4 dni.

Rokowanie w ślepotcie zależne jest główne od choroby, ją powodującej; jeżeli po porodzie cierpienie nerek ustąpi, to najczęściej i ślepotą ustępuje. Jednoczesne białkomoczowe zapalenie siatkówki i drgawki znacznie pogarszają rokowanie; zależne jest ono w tedy głównie od przebiegu tych cierpień.

Leczenie ma na celu przede wszystkim usunięcie przyczyny, powodującej wytwarzanie się jądów, a to przy pomocy wzmoczenia wydzieliny skóry i nerek. Przedewszystkiem należy leczyć drgawki (*eclampsia*).

Zaburzenia wzrokowe, podczas porodu powstające, pochodzą już to z czasu ciąży, a mianowicie białkomoczowe zapalenie siatkówki i ślepotą moczniczą, których przyczyny, przebieg, rokowanie są też same, co w ciąży, już to powstają one podczas przebiegu sprawy porodowej, jak wynaczynienia na łącznicy, krwawienia do oczodołu i do ciała szklatego. Powoduje je zwiększone ciśnienie krwi i parcie natężone w okresie wydalenia płodu. Niekiedy spostrzegano ślepotę podczas porodu, występującą bez jednoczes-

negu białkomoczem, jako wyraz urazowej histeryi.

Zaburzenia wzroku w okresie połogowym są albo dalszym ciągiem chorób z czasu ciąży i porodu, albo też stanowią spóźnione objawy choroby nerek, która dopiero w czasie połogu objawia się białkomoczowym zapaleniem siatkówki lub ślepotą moczniczą. Oprócz tego w połogu zachodzą cierpienia oczów z powodu upadku odżywiania. Tu należą porażenia mięśni oczów, zmięknienie rogówki, wrzód pełzający, zaćma, krwawienia do siatkówki, zator w tętnicy środkowej siatkówki, a także spostrzegano niekiedy zapalenie nerwu wzrokowego. Rokowanie w tych ostatnich cierpieniach jest najczęściej pomyślne.

Podczas karmienia mogą również zjawiać się zaburzenia wzrokowe; są one jednakże wyrazem upośledzonego odżywiania albotę są pochodzenia histerycznego. Wskazane jest leczenie ogólne, wzmacniające ustrój, a przy cięższych objawach zaprzestanie karmienia.

Nie stanowią rzadkości cierpienia narządu wzrokowego w przebiegu sprawy zapalnej w narządach płciowych u położnic, a najczęściej przy ogólnem zakażeniu, a więc w przebiegu ropnicy (ropnie oka) przy posocznicy (*septicaemia purperalis*), (zapalenie naczyńki posocznice). Rokowanie pod względem wzroku jest w tych przypadkach bardzo niepomyślne: najczęściej następuje utrata wzroku z zanikiem gałki ocznej.

Jeżeli zakażenie ogólne uleczone zostało, to w rzadkich przypadkach cierpienie oczów ustępuje, nie pozostawiając zaburzeń wzrokowych. Najcięższe przypadki zaburzeń wzrokowych w sprawach posocznicych połogowych rozwijają się w pierwszych dwóch tygodniach połogu, i wtedy, jeżeli nawet ogólne zakażenie ustąpi, ma miejsce utrata wzroku.

Ostra małokrwistość a także przesiek z naczyń, spowodowany wodnistością krwi, jest przyczyną zaburzeń w narządzie wzrokowym wskutek utraty krwi podczas porodu i połogu. BERGER i LOEWY uważają także za przyczynę samozatrucie, utrzymują albowiem

że w pozostałej w ustroju zmniejszonej po krwotoku krwi nagromadzają się toksyczne wytwory przemiany materii, które powodować mogą objawy zatrucia. Najczęściej występują wtedy zaburzenia w obrębie nerwu wzrokowego, jak zapalenie jego, brodawki zastoinowe, zapalenie nerwów pozagalkowe, zapalenie siatkówki, jak również spostrzegano porażenia mięśni oczów, zmętnienie soczewki i krwawienia do ciała szklistego.

Niedowidzenie (*amblyopia*) i ślepotą (*amaurosis*), jakkolwiek w rzadkich przypadkach, mogą być następstwem powyższych

krwotoków i występują zazwyczaj u osobników poprzednio już osłabionych. Trwanie ślepoty waha się między 15 minutami i całymi miesiącami i prawie zawsze jest obustronne. Za przyczynę ślepoty uważano wylewy krwi do nerwów wzrokowych, ich zapalenie, małopokrwistość mózgu, żyłne zastoiny w siatkówce, zakrzep w tętnicy środkowej siatkówki i samozatrucie. Leczenie zwraca się głównie do zwalczania ostrej małopokrwistości i jej objawów.

(Berl. klin. Woch. Nr 33, 1909).

Jakób Rosenthal.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenia laryngologiczno-otyatryczne.

#### Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1909 roku.

1) A. SOKOŁOWSKI przedstawia przypadek wilka krtani u 19-letniego wieśniaka. Na lewym policzku miał on od 4-letniego owrzodzenie, które było leczone przypalaniem, lecz bez skutku, dopiero obecnie zagoiło się pod masścią MIKULICZA.

Chory przechodził zapalenie płuc, odrę, szkarlatynę i tyfus brzuszny; ma przewlekłe ropienie z prawego ucha; matka chorego i 5-letni rodzeństwo są zdrowi, ojciec prawdopodobnie zmarł na suchoty. Badanie laryngoskopowe wykazuje zgrubienie i zmarszczenie nagłośni, wyglądającej jak kalafior.

Stan bezgorączkowy, w płwocinie laseczników KOCHIA nie wykryto, reakcja MORO — wcieranie 10% tuberkuliny w skórę ramienia — dała wynik dodatni.

SOKOŁOWSKI twierdzi, że w 8% przypadków wilka skóry występuje on też w gardzieli lub krtani, które jednak nie zawsze są badane.

W dyskusji GANTZ mówi, że u 38-letniej chorej widział b. podobne zmiany na nagłośni, subiektywnie chora się na nic nie skarżyła.

LUBLINER twierdzi, że do rozpoznania

wilka nie mamy wytycznych, jedynie brak laseczników przemawia za wilkiem. LUBLINER przypomina, że z jego oddziału KENIGSTEIN opisał przypadek wilka krtani, w którym były zmiany gruzlicze na skórze pośladków.

SZLEIFSTEIN radzi za przykładem amerykańskich laryngologów iniekcje rtęci, które dają jakoby 40% wyleczeń wilka.

MESZ przypomina sobie chorobę ze zmianami na skórze nosa, w gardzieli i ze zwężeniem krtani; chorej tej pomogły pendzlowania krtani kwasem mlecznym.

KENIGSTEIN mówi, że jeden z autorów francuskich radzi w wilku galwanokaustykę.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że dawniej uważano wilka za przymiot.

2) SZUMLAŃSKI przedstawia praktyczny pulweryzator.

3) KENIGSTEIN przedstawia chorego, który 8 lat temu zaraził się przymiotem, 4 lata temu wyszły martwaki z nosa; choremu wtarło około 600 gramów szaruchy obok stosowania dużych dawek jodu, pomimo to wypadło mu prawie całe podniebienie twarde i muszle nosowe, tak, że widać wejście do trądek Eustachiusza i jam obocznych nosa.

# Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

## Nowo-karlsbadzkie kryształy

### Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczenia soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody sełerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.



## Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylenblau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropine, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.



## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne oświetlenie.

## Pracownia analityczno-lekarska

### D-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.  
Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)  
telefon 73-46 albo 44-83.

WIELKI WYBÓR

## Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków  
we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

## J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

## Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

### D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto, i Romano-skopia  
przyjęcie od 1 — 3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

ISTNIEJĄCY OD R. 1892

Dom Zdrowia dla chorych chirurgicznych,  
ginekologicznych i ortopedycznych.

D-ra E. REICHSTEINA, w Warszawie,

Leszno 38 Tel. 2208.

Potrzebny lekarz do m. SIMNA  
gub. Suwalska, powiat Kalwaryjski. Wiadomość w redakcyi  
lub adresować Winkler w  
Simnie.

Ambulatorium  
dla

## CHORYCH SERCOWYCH,

Wrocław. Onlauerstadtgraben 14

Prześwietlanie Röntgenem.

Leczenie wszelkich chorób serca.

Prospekty darmo wysyła lek. dyr. Dr. Walter Steinitz.

4) PRZYGODA przedstawia chorego, który 1/2 roku temu przechodził dur brzuszny, po którym prawa strona krtani była unieruchomiona, następnie wystąpiło unieruchomienie lewej strony krtani, zrobiono tracheotomię i rozszerzano krtani; stan znacznie się poprawił.

LUBLINER mówi, że już 30 lat temu OTTO opisał około 100 przypadków zapalenia ochrzęstny po tyfusie; LUBL. uważa je za bardzo częste cierpienie.

SZLEIFSTEIN widział tego chorego zaraz po tyfusie i rozpoznał obustronne porażenie rozszerzaczy głośni (*Posticuslähmung*).

GANTZ i KENIGSTEIN zgadzają się z SZLEIFSTEINEM.

LUBLINER mówi, że spostrzeżenia SZLEIFSTEINA rzucają nowe światło na ten przypadek, tembardziej, że tyfusowe zapalenia ochrzęstny dają zwykle gorsze zejście.

5) DEBIŃSKI pokazuje pod drobnowidzem *bacilli fusiformes* od chorego z *angina Vincenti*. Chory ten przybył do szpitala z gruźlicą krtani, 3-go dnia pobytu na prawym migdale zjawił się szaro - żółtawy nalot, potem nastąpiła zgorzel migdała, w nalocie z migdała zauważono *bacilli fusiformes*; stan ogólny chorego był dobry, bezgorączkowy, zjawił się tylko białkomocz (1/2 *pro mille*), który znikł po przejściu sprawy w gardzieli; wtedy jednak stan ogólny pogorszył się, wystąpiły obrzęki nóg. Laseczniki barwiono metodą GIEMZY; *bacillus fasiformis* jestto beztlenowiec, hodowlę zrobił LEWKOWICZ, jest ona b. nietrwała.

SZLEIFSTEIN uważa omawiane cierpienie za b. częste, szczególnie u dzieci, LUBLINER przeciwnie ma je za b. rzadkie.

DOBROWOLSKI na dużym materyale dziecięcym bardzo rzadko spostrzega przypadki podejrzane w omawianym kierunku.

#### Posiedzenie z dnia 27 Maja 1909 roku.

1) SZLEIFSTEIN przedstawia chorego, u którego co kilka tygodni zjawiają się krwawe wybroczyny w jamie ustnej: na podniebieniu i na łukach podniebiennych.

Chory od 8-iu lat jest wegetaryaninem i

cierpi na neurastenię. SZLEIFSTEIN przypuszcza chorobę WERLHOFA.

OPPENHEIM przypuszcza chorobę krwi, lecz wegeteryanizmowi nie przypisuje pod tym względem znaczenia.

DOBROWOLSKI mówi, że u przedstawianego chorego na podniebieniu znajduje się wypuklenie w postaci pęcherzyka z krwawem półkolem, na skórze chorego obecnie nie widać podbiegnięć krwawych, i podobno chory ich nigdy nie miał, a zatem DOBROWOLSKI cierpienia powyższego nie uważa za chorobę WERLHOFA, w przebiegu której bywają wybroczyny krwawe w błonach śluzowych i w skórze.

2) SZLEIFSTEIN przedstawia chorą ze zmianami w nosie i gardzieli, uważając cierpienie za wilka i dodając przytem, że GLEITSMAN i GRÜNBERG proponowali w wilku jod i rtęć.

Według DOBROWOLSKIEGO zmiany w nosie, a szczególnie w gardzieli u przedstawionej chorej więcej przemawiają za trzeciorzędnym przymiotem, niż za wilkiem.

3) SZLEIFSTEIN przedstawia preparaty *bacillus fusiformis* od 3-ch chorych na poparcie swego twierdzenia, wyrażonego na poprzednim posiedzeniu, że *angina Vincenti* jest b. częstą chorobą.

LUBLINER nie jest przekonany tymi dowodami SZLEIFSTEINA i twierdzi, iż, być może, w ambulatoryum SZLEIFSTEINA *angina Vincenti* zdarza się częściej, niż gdzieindziej, lecz w każdym razie nie tak często, jak sądzi mówca, zaś laseczniki i krętki, przedstawione przez SZLEIFSTEINA, mogą być członkami nitek włoskowca (*leptothrix*).

PRZYGODA mówi, że preparaty drobnowidzowe należałoby SZLEIFSTEINOWI poprzeć hodowlą.

ERBRICH zgadza się z oponentami, mówiąc, iż *angina Vincenti* jest bardzo rzadką chorobą.

SREBRNY uważa preparaty SZLEIFSTEINA za niepewne i tłomaczy sobie obfitość spostrzeganych przez SZLEIFSTEINA przypadków *anginae Vincenti* zbyt dużą pohopnością w rozpoznawaniu pod drobnowidzem lasecznika wrzecionowatego.

4) **MESZ** przedstawia chorego młodego człowieka z zarośnięciem lewego ucha, wytworzonym sztucznie.

Choremu założono do ucha jakiś żrący środek, pod wpływem którego powstało ropienie. Pacjentowi robiono operacje, zakładano jakieś rurki w celu rozszerzenia przewodu, lecz bez skutku. Następnie **Mesz** przytacza odpowiednią literaturę.

**M. HERTZ** widuje b. często atrezyje ucha u popisowych.

**T. HEIMAN** miał takich pacjentów w szpitalu Ujazdowskim całymi dziesiątkami, kuracja tego cierpienia jest b. trudna.

**LUBLINER** uważa wogóle każdy przypadek, dokładnie zbadany, za ciekawy dla pokazu, co zaś do atrezyji ucha, to interesujące są jej operacje.

**GUBANOWSKI** dzieli operacje w atrezyji na kosmetyczne i terapeutyczne, te ostatnie przeciw ropieniu, a z nich za najodpowiedniejszą uważa operację **SCHWARTZEGO**.

**T. HEIMAN** potwierdza powyższe zdanie **GUR.** i mówi, że 9/10 atrezyji zdarza się u popisowych.

**CHORAŻYCKI** radzi używać przy operacji atrezyji przyrządu w rodzaju instrumentu **CORDESA**, co ze skutkiem stosował w atrezyji po postrzale.

5) **LUBLINER a)** przedstawia przypadek stafilorafii, który operował w uśpieniu łyżeczką **LANDGRAFA**; chorej nałożono 4 szwy, operujący staje za pacjentem.

b) **LUBLINER** przedstawił preparat płuc z twardzielą.

6) **ERBRICH** przedstawił 2 chorych, jednego z niedowładami strun, a drugiego z rozszerzeniem aorty.

7) **M. HERTZ** przedstawił preparat kości skroniowej.

*Z. Dobrowolski.*

## BIBLIOGRAFIA

### **A. Bolland. Chemia sądowa. Tarnopol. 1910.**

Brak podręcznika chemii sądowej dotkliwie uczuwać się dawał; tam, gdzie rozstrzygnięcie zagadnień sądowo-chemicznych było potrzebne, opierać się musieliśmy na źródłach obcych. Dlatego też autor ma istotną zasługę, że podręcznik taki wydał i, co ważniejsze, dał mu układ niezmiernie praktyczny.

Wprawdzie autor unika w podręczniku zupełnie strony prawno-lekarskiej i rzecz traktuje z punktu widzenia czystej chemii analitycznej, ale to nietylko nie zmniejsza wartości podręcznika, lecz ją podnosi, gdyż, nie tracąc nic na praktyczności, podręcznik jest czysto naukowym dziełem.

Obok zwykłych metod analitycznych, uwzględniających bezwzględność czystości odczynników, autor wprowadził metody mikro-chemiczne niezmiernie ważne, zwłaszcza w chemii sądowej.

Dodatek do dzieła zawiera opis przyrządów oraz sposób przyrządzania odczynników niezbędnych dla analizy sądowej.

Książka napisana jest treściwie, dobrym językiem i odznacza się praktycznym wykładem, znamionującym doświadczenie, które autor, jako profesor akademii handlowej w Krakowie, w ciągu swej działalności nabyć musiał.

*Józef Zawadzki.*

## Wiadomości bieżące.

— Zadania konkursowe Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

a) W wydziale języka i literatury. „Życie duchowe i twórczość Juliusza Słowackiego”. Żądana jest bądź całkowita synteza krytyczna, bądź częściowe opracowanie jednego z dwu głównych okresów działalności poety (lata 1836—1842 i 1842—1849), bądź wreszcie studium nad genezą i ewolucją samego arcyzmu przy uwzględnieniu pokrewnych zjawisk w dziejach poezji i sztuki innych ludów Europy.

b) W wydziale nauk antropologicznych społecznych, historii i filozofii. „Znaczenie żywiołu etnicznego litewskiego w ewolucji polityczno - społecznej Wielkiego Księstwa Litewskiego przed Unią Lubelską”. Praca ta ma stanowić studium, oparte zarówno na wynikach badań etnograficznych, jako też na danych faktycznych, dotyczących polityczno-społecznego i kulturalnego rozwoju żywiołu rdzennie litewskiego, ze szczególnem uwzględnieniem przejawów tego żywiołu w ustawodawstwie, a mianowicie w Statucie Litewskim.

c) W wydziale nauk matematycznych i przyrodniczych. „Zbadanie pod względem mineralogicznym któregośkolwiek z terytoriów Królestwa Polskiego”. Przez terytorium rozumieć należy pewną całość geograficzną lub pewien kompleks geologiczno-petrograficzny. Praca winna wyczerpywać odnośną literaturę i opierać się nade wszystko na badaniach oryginalnych autora oraz na laboratoryjnym opracowaniu materiałów zebranych. Autor winien przedstawić duplikaty zbadanych przez się materiałów, jako też i ewentualnych preparatów mikroskopowych.

Warunki konkursu:

1. Każda z prac, ubiegających się o nagrodę konkursową, winna być napisana w języku polskim, oparta na badaniach samodzielnych i odznaczać się metodą ściśle naukową.

2. Wyłączają się z konkursu wszelkie prace charakteru kompilacyjnego, chociażby

odznaczały się zaletami układu i przedstawienia.

3. Praca konkursowa winna zawierać w sobie całkowite opracowanie tematu w granicach, w zadaniu konkursowem określonych.

4. Do konkursu przyjmowane będą tylko prace, nigdzie dotąd drukiem nieogłoszone.

5. Każda z prac konkursowych zawierać winna dokładną literaturę naukową traktowanego przedmiotu tak polską, jak i obcą.

6. Autor pracy konkursowej, za najlepszą uznaną, otrzyma nagrodę w ilości 1000 rb.

*Uwaga.* Towarzystwo Naukowe zastrzega sobie możliwość podzielenia tej sumy na dwie równe lub nierówne części, w razie gdyby z pomiędzy prac, nadesłanych na dane zadanie, dwie okazały się godnymi nagrody. W razie gdyby prócz nagrodzonych znalazły się jeszcze inne prace wyróżniające się, Towarzystwo Naukowe może je odznaczyć wzmianką zaszczytną.

7. Praca, uwieńczona nagrodą, pozostaje własnością jej autora, Towarzystwo wszakże zastrzega sobie pierwszeństwo ogłoszenia jej drukiem, po porozumieniu się z autorem.

8. Termin ostateczny do nadesłania rękopisów oznacza się na 31 grudnia 1910 roku. Po upływie tego terminu żadne rękopisy przyjmowane nie będą.

9. Rękopisy prac konkursowych winny być pisane pismem czytelnym po jednej stronie każdej karty, z szerokim marginesem. W żadnym miejscu rękopisu nie powinno być ujawnione nazwisko autora.

Pożądane jest nadsyłanie rękopisów, pisanych na maszynie, w dwóch lub trzech egzemplarzach.

10. Rękopisy należy nadsyłać bezimiennie w posyłkach poleconych pod adresem Towarzystwa Naukowego Warszawskiego — opatrzone godłem, z dołączeniem osobnej koperty opieczetowanej, opatrzonej temże godłem, co rękopis, i zawierającej wewnątrz nazwisko autora i dokładny jego adres.

11. Ogłoszenie nagród na podstawie ocen Wydziałów (§ 37 Ustawy Towarzystwa Naukowego Warszawskiego) nastąpi na dorocznym Zgromadzeniu Ogólnem Towarzystwa Naukowego Warszawskiego w roku 1911. Nazwiska autorów prac uwieńczonych ujawnione będą dopiero na tem posiedzeniu po utworzeniu kopert opieczetowanych.

12. Rękopisy prac nieuwieńczonych i nieodznaczonych wzmianką zaszczytną mogą być zwrócone wraz z kopertą opieczetowaną na żądanie w ciągu jednego roku od daty ogłoszenia wyniku konkursów.

Adres Towarzystwa Naukowego Warszawskiego: Warszawa, Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

— W dniu 3 b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III-go Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którym wygłoszono komunikaty:

1. P. J. Eismond: „Cytotropizm jaj niezapłodnionych u jeźowców”.

2. P. Z. Weyberg: „Z badań nad chemizmem biotyłów”.

3. P. J. Sosnowski: „Z badań nad przewodnictwem nerwów”.

4. P. St. Majkowska: „Z owogenezy u Pływaka (*Dytiscus*)”. (Przedst. J. Sosnowski).

— P. S. Dickstein zrzekł się urzędu Wice-Prezesa Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Na Zebraniu Ogólnem Towarzystwa, odbytem w dniu 27 lutego r. b., na Wice-Prezesa Towarzystwa wybrany został, jak już donosiliśmy, p. Zdzisław Dmochowski.

— Wydział bytu St. I. p. na posiedzeniu d. 10 b. m. przyjął w ostatecznej redakcyi z niewielkimi zmianami podany w piśmie naszym projekt przepisów o ogłoszeniach i reklamach lekarskich. W 3-ch głosowaniach mimo głosy przeciwne co do formy i treści zrównano ogłoszenia lekarzy z ogłoszeniami zakładów leczniczych. Tem właśnie projekt różni się od dotychczasowych. Opinia wydziału została złożona Zarządowi Stowarzyszenia, który prawdopodobnie wniesie tę sprawę na zebranie ogólne Stowarzyszenia

dla ostatecznej decyzji. Jesteśmy jednak pewni, że dla zastosowania przepisów tych w praktyce nie potrzeba czekać na zatwierdzenie ostateczne, i że już dziś, mając opinię miarodajną kolegów, większość stosuje się do przepisów, tembardziej, że są one o wiele liberalniejsze od dzisiaj obowiązujących.

— W Zeszytcie 3 „Zdrowia” znajdujemy artykuły: Bier: O organizacyi nadzoru nad żywnością, Bojarska: Ruch trzeźwości śródludu w Królestwie Polskiem i Rzętkowski: Co moglibyśmy zrobić dla poprawienia stanu zdrowotnego naszych wsi i osad?—oraz szereg streszczeń z walki z alkoholizmem, biologii, higieny społecznej i spraw raka.

— Na odbytem w tych dniach posiedzeniu wystawy: „Czystość—to zdrowie” uchwalono zwrócić się do autorów i wydawców z prośbą o nadsyłanie pod adresem komitetu wystawy (Senatorska, Galerya Luxenburga) prac, wydanych w języku polskim w sprawie higieny. Prace te wystawione będą w oddzielnych gablotach.

— Dowiadujemy się, że zjazd chirurgów w Warszawie odbędzie się w październiku r. b., na prezesa komitetu gospodarczego powołano kol. prof. L. Kryńskiego.

— R. t. Flügge zabrał głos w sprawie bytu lekarzy (D. m. W.) i rozważa kwestyę, czy lekarz, któremu nie wyplacono honorarium, ma prawo zafantować przedmiot, należący do chorego. I, o dziwo, rozstrzyga tę sprawę twierdząco. Robi jednak pewne zastrzeżenia. Oto nie sądzi, by można zafantować głuchemu słuchawkę, ale poprawia się zaraz i zafantowanie łańcuszka złotego uważa za słuszne, jeżeli pacjent winien jest 10 marek. Ustępuje wszakże na rzecz dotychczasowych pojęć i sądzi, że cena zafantowanego przedmiotu nie powinna przewyższać honorarium. Choremu można wziąć laskę, pierścień, nawet palto.

Cynizm berliński chyba dalej iść nie mógł, przypuszczamy, że lekarze całego świata zaprotestują przeciw takiemu pojmovaniu roli lekarza przez prusaków.



ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

# HEMATOGEN D<sup>-ra</sup> HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, zółtach, ogół. osłabieniu, bezkrwistości przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, influenzy i in. chorobach

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu bornego i salicylowego i wszelkich innych środków antibakteryjnych zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

**Absolutny brak laseczników gruźliczych** z gwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przy gotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

**Dawki dobowe:** Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju! dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

## NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach absolutnie pewne czopki przy wszelkich CIERPIENIACH HEMOROIDALNYCH do racjonalnego i pewnego usuwania wewnętrznych i zewnętrznych hemoroidów, do TAMOWANIA-KRWOTOKÓW (nawet w przypadkach zadawnionych), wybornie działające AD-STRINGENS KISZKOWE i ANTISEPTICUM. Czopki — Noridalowe odpowiadają nowoczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące sku-

teczne składniki: Całci chlorat. 0,05, Całci jodat. 0,01, Paraneprhin. 0,0001, Bals. peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas—Berlin, Kehr—Halberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—Monachium, Wright—Londyn, Silvestri—Rzym, Dawson—Londyn.

## CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Antihy-  
steri-  
cum,  
Antie-  
pilect-  
cum,

Hypnoticum. Sedativum. Specyfik dla wszelkich nerwic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego Castoreum Bromid stosuje się w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach nerwowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcyjnych nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci, w stanach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych. Środek ten zalecają: Rada dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenburg Berlin Dr. Mierzwinski, Zakład Lecznicy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Petersthal, Dr. Kühnau Wrocław.

## CASCOFERRIN „WEIGERT“

Nowy preparat żelaza, pobudzający czynność kiszek, zawiera Triferrin—Knoll w aromatyzowanym wyciągu —Caspara. Mała zawartość alkoholu. bardzo przyjemny zatwierdzonem przez Mini-

smak. Prawdziwy „Muiracitin i Noridal,“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, steryum Przemysłu i Handlu.

Zalecany przez Dra. M. Singer — Wiedeń i Radeę Sanitarnego Dr. Haupt Tharandt.

Literatura i próby gratis i franko.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.