

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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 drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej (ucisk klatki piersiowej — zbiór objawów Perthes'a). Podał S. Kossobudzki. — Fotografowanie dna oka u zwierząt. Przez d-ra W. Nikołajewa. (Dokończenie). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 17 czerwca r. b. — Sprawozdanie z XII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Streszczenie zbiorowe z piśmiennictwa o wczesnem rozpoznawaniu ciąży zamacicznej. (Dokończenie). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kossobudzki — Contribution à la casuistique des lésions traumatiques du thorax. L'ensemble des symptômes de Perthes. 2) D-r W. Nikołajew — La photographie du fond de l'oeil des animaux.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kossobudzki — Ein Beitrag zur Kasuistik der Traumen des Brustkorbes. Das Perthes'sche Symptomenkomplex. 2) D-r W. Nikołajew — Das Photographiren des Augengrunds der Thiere.

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

Z ODDZIAŁU D-RA MED. M. SADOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI URĄZÓW KLATKI PIERSIOWEJ (ucisk klatki piersiowej — zbiór objawów Perthes'a).

Podał

Szymon Kossobudzki

Lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

Urazy klatki piersiowej są bardzo częste i nadzwyczaj rozmaite zarówno pod względem rodzaju, rozmiarów, natężenia, jak i następstw. Najróżnorodniejsze rany, stłuczenia, mniej lub bardziej rozległe wgniecenia i złamania żeber lub mostka z uszkodzeniem lub bez uszkodzenia płuc, przepony, opłucny, serca i t. d. przesuwają się przed oczyma lekarza, mającego praktykę wśród sfer, pracujących fizycznie. Zdawałoby się, że w zakresie urazów klatki piersiowej dotychczasowa kazuistyka jest tak bogata, iż dalsze

spostrzeżenia nie mogą wnieść nic nowego. Na dowód, że tak nie jest, pozwałam sobie podać do wiadomości następujący przypadek.

A. G. 18-letni robotnik dnia 8 stycznia r. 1901 czuł się zupełnie zdrowym, zjadł obiad, jak zwykle, i po obiedzie pracował, jako maszynista, przy windzie w jednym z największych gmachów Warszawy.

W czasie gdy G. stał na korytarzu, znajomy jego przez figle poruszył windę, która zaczęła się spuszczać na dół. Chcąc ją zatrzymać, G. skoczył z korytarza do kajuty windy tak nieszczęśliwie, że upadł twarzą na dół i został ściśnięty pomiędzy brzegiem sufitu opuszczającej się kajuty i brzegiem podłogi wejścia, prowadzącego z korytarza do windy. Piersi leżały na brzegu podłogi, sufit przyciskał z góry przez plecy poniżej łopatek, głowa, ręce i górna część klatki piersiowej znajdowały się w kajucie, zwieszając się wolno, reszta ciała pozostała na korytarzu. W tem położeniu chory przebył, jak mu się zdaje, z minutę czasu, oddychając bardzo powierzchownie, z wielką trudnością, nieledwie się dusząc. Czuł mocny napływ krwi do głowy i stukanie i szum w uszach; w oczach zrobiło mu się jasno, następnie czerwono. Używszy ostatnich sił, krzyknął na człowieka, który niebacznie puścił windę w ruch. Ten w pośpiechu ruszył nie w właściwą stronę i jeszcze więcej ścisnął leżącego. G. poczuł ostateczny brak tchu; twarz mu nabrzmiała, oczy wyparło z głowy, z nosa puściła się krew; stracił wzrok zupełnie. Jak długo tak pozostawał, powiedzieć nie może, ale zdaje mu się, że krótko, może minutę, może półtorej. Wreszcie go uwolniono. Podniósł się sam, usiadł na krześle i kazał posłać po lekarza. Krew z nosa płynąć przestała zaraz po uwolnieniu, wzrok zaczął stopniowo powracać po jakich pięciu minutach. G. czuł się bardzo osłabiony i miał nieokreślony ból w szyi i twarzy. Przez cały ten czas przytomności ani na chwilę nie stracił.

Wezwany lekarz Pogotowia zastrzyknął choremu kofeinę i odwiózł go do szpitala, gdzie o 6 $\frac{1}{2}$, wieczorem znaleziono stan następujący.

Wzrost średni, budowa dość dobra, odżywianie umiarkowane. Twarz bardzo nabrzękła, opuchnięta nie jednakowo wszędzie. Najbardziej obrzękłe są powieki obu ocz; chory zaledwie trochę może je rozchyłać. Oczy mocno wysadzone naprzód z oczodołów. Ślinianki przyuszne i podszczękowe wystają w postaci wałów, dotykanie ich sprawia silny ból. Trochę mniej wystają na szyi okolice wzdłuż wielkich naczyń i gruczoł tarczowy, w tych miejscach jest także ból przy dotykaniu, ale mniejszy.

Skóra uwłosionej części głowy i szyi mocno obrzmiała. W dolnej części szyi skóra stopniowo nabiera spoistości właściwej, i zarysy szyi zbliżone są do zwykłych.

Skóra na głowie, twarzy i górnej części szyi ma sine zabarwienie, miejscami, zwłaszcza na nosie, powiekach prawie granatowe. Na tem tle jaskrawo odbijają się dzioby po przebytej ospie, które zachowały jasną właściwą barwę skóry chorego. Prócz tego na tle siniego zabarwienia skóry widzimy mnóstwo różnej wielkości plamek od ziarnka piasku, maku, do łepka szpilki, ziarnka konopi, barwy ciemno - granatowej i ciemno-czerwonej. Plamy te nie ustępują po naciśnięciu odpowiednich miejsc palcem.

Rozchyliwszy powieki, znajdujemy łącznicę powiek i gałki ocznej mocno obrzękłą, usianą szerokimi czerwonymi plamami, tak że mało miejsca pozostało o zabarwieniu prawidłowem. Rogówki zdrowe. Odruch na światło i akomodację zachowany. Ruchy gałek ocznych możliwe, ale sprawiają niezna-

czny ból. Śluzówka nosa mocno obrzmiała, ciemno czerwona, usiana mocniej zabarwionymi plamkami. U otworów nosa ślady zeschniętej krwi.

Przewody słuchowe śladów krwi nie przedstawiają. Skóra przedstawia się, jak otaczająca skóra twarzy. Badania wziernikiem nie dokonano.

Język zmian nie przedstawia. Na podniebieniu miękkim i na języczku sporo punkcikowatych ciemno-czerwonych wybroczyn. Wiernikowania krtań nie robiono.

Skóra dołów nad i podobojczykowych, skóra bocznych części szyi, okolic obu stawów barkowych, dołów nadgrzebienionych i łopatek trochę sina i usiana mnóstwem mniejszych lub większych, podobnie jak na twarzy, czerwonych i granatowych plamek.

Na plecach od kąta lewej łopatki na prawo w kierunku ukośnym ku dołowi przechodząc na 4 ctm. poniżej kąta prawej łopatki, ciągną się dwie równoległe kresy, jedna węższa, druga szersza, powstałe ze starcia naskórka. Ku dołowi skóra zupełnie zdrowa. Z przodu na klatce piersiowej kilka starc naskórka w postaci równoległych kres, idących w kierunku prostopadłym.

Ciepłota o godzinie 8-iej wieczorem $39,1^{\circ}$; tętno 96, miarowe, pełne, miękkawe; oddechów powierzchownych 22.

Obmacywanie klatki piersiowej, ściskanie w kierunku przedniotylnym bólu nie wywołuje. Chory nie kaszle, oddycha bez bólu. Opukiwanie płuc z wyjątkiem nieznacznego stłumienia w prawym wierzchołku nie wykazuje nic nieprawidłowego. Wysłuchiwanie wykrywa w tem samym miejscu oddech osłabiony. Pozatem zmian żadnych. Uderzenie wierzchołka serca w linii sutkowej lewej między 5 i 6 żebrem bardzo mocne, widzialne na znacznej przestrzeni. Tępość serca u góry między 3-iem i 4-em żebrem; granica prawa przekracza trochę linię mostkową lewą. Tony serca mocne, czyste; tony tętnicy płucnej trochę głuchawe.

Narządy jamy brzusznej zmian nie przedstawiają.

Zalecono spokojne leżenie w łóżku.

9 stycznia. Ciepłota $37,7^{\circ}$ — $37,3^{\circ}$; oddechów 20; tętno 78, miarowe mniej pełne, ale twardsze, niż dnia poprzedniego.

Chory czuje się wogóle znacznie lepiej; doświadcza bólu w górnej części przedniej ściany brzucha, zwłaszcza przy mocniejszym wdechu. Nie kaszle. Widzi zupełnie dobrze, jak przed wypadkiem.

Nabrzmienie ślinianek, tarczycy, tkanki wzdłuż wielkich naczyń szyi mniejsze, i miejsca te nie są bolesne przy nacisku. W powiekach mocniej uwydatnione siniaki w postaci granatowych smug. Łącznice podbiegnięte krwią dokoła rogówki, tak że nie można na nich znaleźć wolnego nie czerwonego miejsca. Liczba sinoczerwonych wynaczynień na podniebieniu miękkim znacznie większa. Skóra głowy i szyi przedstawia się jak poprzednio, tylko w okolicy stawów barkowych i mięśni unoszących barki petociowata wysypka wyraźniej zaznaczona. Z tyłu zmiany podobne w skórze nie przekraczają linii starcia naskórka, z przodu dołów podobojczykowych. Wogóle na tułowiu wysypka im niżej, tem jest coraz mniejsza i niklejsza.

Płuca przedstawiają się, jak poprzednio.

Granice tępości serca: górna pod 4 żebrem, prawa na lewym brzegu mostka. Uderzenie wierzchołka serca na właściwym miejscu. Tony serca prawidłowe. Szmerzy żyłne przy wysłuchiowaniu dołów nadobojczykowych.

Moczu od 6 $\frac{1}{2}$ wieczorem 8 stycznia do 2 po południu 9 stycznia, t. j. w przeciągu niespełna 20 godzin 1800 ctm. sz.; moczu o kwaśnym odczynie zawiera $\frac{1}{2}\%$ białka, a w skąpym osadzie trochę cylindrów moczanych.

Badanie dna oka wziernikiem, dokonane łaskawie przez kol. JANUSZKIEWICZA, zmian nie wykazało.

10 stycznia. Ciepłota 37,1°—36,9°; tętno 80 prawidłowe. Stan ogólny dobry; niewielki ból w plecach i prawym boku przy ruchach ciała. Oddech zupełnie swobodny. Nie kaszle. Twarz nie tak sina i nabrzmiała. Ślinianka przyuszna mniej wystaje, podżuchwowa nie widoczna. Obrzęk powiek mniejszy. Gałki oczne nie robią już wrażenia wypchniętych z oczodołów ku przodowi. Starcie naskórka na plecach zaschło, barwy czerwono brązowej. Skóra w tem miejscu na ucisk bolesna, wyrostki cierniste dziewiątego i dziesiątego kręgu grzbietowego czule na ucisk. Łaknienie dobre. Moczu w ciągu doby 1160 ctm. sz. ze śladami białka.

11 stycznia. 37,1°—37,1°. Skarży się na ból w prawym boku przy głębokich wdechach. Badanie nie wykrywa nic nieprawidłowego w tem miejscu. Obrzęku na twarzy już nie ma, sinica znacznie mniejsza; wynaczynienia na twarzy, głowie, szyi i plecach zbladły.

12 stycznia. 36,7°—36,9°. Tętno 100 pełne, mocne, miarowe. Chory bardzo zdenerwowany, co tylko w danym razie tłumaczyć może przyspieszenie tętna. Nie kaszie, uskarża się na ból w prawym boku przy oddychaniu.

Twarz nabiera wyglądu zwykłego, sinica i wynaczynienia prawie już ustąpiły. Na szyi i plecach wysypki prawie już nie znać, w dołach nad i podobojczykowych bardzo zbladła. Podano brom.

13 stycznia. Ciepłota 36,7° — 37,5°; tętno prawidłowe; ból w prawym boku.

14 stycznia. Ciepłota 36,7°—37,3°; tętno prawidłowe. Chory mniej więcej ma swój zwykły wygląd; łącznice gałek ocznych tylko jeszcze zupełnie podbiegnięte krwią, chociaż mniej obrzękłe. Na powiekach siniaki. Jest spokojny.

15 stycznia. Ból w prawym boku przy oddychaniu mniejszy. Twarz blada bez śladów obrzęku, sinicy i wynaczynień. Na powiekach siniaki, łącznice powiek tracą czerwone zabarwienie od brzegu szpary ocznej. Na szyi, w nad i podobojczykowych dołach tu i owdzie jeszcze brązowe nakrapianie skóry. W moczu białka niema.

17 stycznia. Ma się zupełnie dobrze. Ból w prawym boku przy oddychaniu nieznaczny. Skóra głowy, twarzy, szyi, piersi i pleców o zabarwieniu zwykłym. Łącznice powiek straciły zupełnie krwawy wygląd. Jako jedyne ślady urazu pozostały czerwone podbiegnięcia całej łącznicy gałek ocznych i siniaki na powiekach. Wypisuje się.

Przypadek powyższy jest tak charakterystyczny, że raz widziany pozostanie na zawsze w pamięci.

W piśmiennictwie lekarskiem mamy bardzo nieliczne opisy podobnych następstw ucisku klatki piersiowej. Widocznie warunki potrzebne do wystąpienia takiego zbioru objawów muszą być bardzo złożone i przez to rzadko mogą się spotykać.

Zasługa ustanowienia obrazu klinicznego powyższego uszkodzenia słusnie należy się PERTHES'owi, który w 1899 r. ogłosił dwa przypadki, zupełnie podobne do naszego.

(D. n.).

FOTOGRAFWANIE DNA OKA U ZWIERZĄT.

Przez

D-ra W. NIKOŁAJEWA.

(Z pracowni prof. Jana Dogiela w Kazaniu).

(Dokończenie.—Zob. N. 29).

Niektórzy autorowie, żeby uniknąć refleksu od soczewki oftalmoskopu, starali się fotografować prosty urojony obraz dna oka (GUINKOFF, FICK), a BECKMANN znów zastępował soczewki zwierciadłami wklęsłymi, spodziewając się w taki sposób zmniejszyć refleks od soczewek; nie bardzo się sprawdziły nadzieje tego autora: zwierciadła wklęsłe zmieniały otrzymane obrazy tak dalece, że wołał pracować ze szklami, niż ze zwierciadłami.

Co się zaś tyczy prób autorów, usiłujących odfotografować prosty urojony, a nie rzeczywisty obraz dna oka, to sądzimy, że przewaga pozostanie po stronie tego sposobu fotografowania, za pomocą którego można otrzymać zdjęcia obrazu rzeczywistego.

Sposób badania w obrazie odwrotnym jest najbardziej rozpowszechnionym sposobem oftalmoskopowania dla tego, że przy nim można otrzymać obraz dna oka w większych rozmiarach i widzieć go z większej odległości. Te zalety utrzymują się i przy fotografowaniu siatkówki, dla tego też fotografie obrazu rzeczywistego powinny być lepsze.

GUINKOFF fotografował prosty urojony obraz dna oka; staraliśmy się również otrzymać zdjęcia podług jego sposobu, lecz okazało się, że sposób to zbyt trudny, gdyż obserwator nie może określić położenia oka zwierzęcia i obiektywu ciemni z dorobionym do niego osobnym stożkiem i przeświecającą płytką. Ta niedogodność jest tak ważna, że nie pozwala na zdejmowanie obrazu prostego i zniewała do starania się o otrzymanie zdjęcia obrazu odwróconego.

Przy fotografowaniu dna oka używano światła bardzo różnego pod względem jakości siły. Fotografowano przy świetle słonecznym, elektrycznym, magnezyowem, wybuchającym lub powoli płonącym, dalej probowano światła cyrkonu, światła gazowego, wreszcie światła zwyczajnej lampy naftowej.

Za ogólną zasadę można przyjąć, że najodpowiedniejsze do fotografowania jest światło słoneczne, składające się z wielkiej ilości promieni, silnie działających na uczuloną płytkę fotograficzną; dalej światło elektryczne, podobne do słonecznego ze względu na promienie działające chemicznie; światło magnezyowe i światło DRUMMOND'a dają też bardzo dobre wyniki. Płomień zaś gazowy i naftowy daje światło, zawierające dużo promieni żółtych, słabo działających na płytkę.

Aby dostatecznie oświetlić wnętrze oka, potrzeba skoncentrowanego światła; tymczasem skoncentrowane światło słoneczne nie bardzo jest przydatne do fotografowania dna oka, gdyż oprócz promieni świetlnych posiada i promienie ciepłne, bardzo szkodliwe dla oka, o ile są silnie skoncentrowane. Można wprawdzie różnymi sposobami osiągnąć w pewnej mierze pochłonięcie promieni ciepłych, ale wiele się przytem traci na natężeniu oświetlenia, a więc i na wartości tego światła dla naszych celów. Niedogodność stanowi

i to, że nie codziennie mamy dzień słoneczny, a dla ustalenia promienia w określonym miejscu pracowni nieodzowne jest użycie heliostatu. Wszystko to jeszcze bardziej zwiększa trudności doświadczenia.

Sądzę, że daleko wygodniej posługiwać się w celu fotografowania dna oka światłem elektrycznym, jeśli się rozporządza tem źródłem energii w dostatecznej ilości. Wybuch magnezu, gdyby nie dym zanieczyszczający przyrządy, także nadawałby się do fotografowania; jednak nie wiem, czy te obydwa rodzaje światła: elektryczne i magnezyowe nie zaszkodzą siatkówce swoim zbyt jaskrawym światłem. W danym razie pytanie to najlepiej rozstrzygnąć na drodze doświadczalnej, choć istnieją wskazówki, że wybuch magnezu nie jest dla oka niebezpieczny. Wybuch magnezyowy, dając niezmiernie jaskrawe światło, umożliwia utrwalenie dna oka w jednej chwili. Szybkość działania wybuchu magnezyowego jest tak nadzwyczajna, iż należy się spodziewać, że przy udoskonaleniu techniki będzie można w ciągu minuty robić zdjęcia dna oka wiele razy. Tym sposobem stanie się możliwe otrzymanie całych seryi fotogramów, które pozwolą nam oceniać i obserwować ruch naczyń krwionośnych (wstęga LUMIÈRE'a). Nie mogę nic powiedzieć o świetle cyrkonu, ponieważ go nie używałem.

Światło płomienia gazowego lub naftowego mogłoby być używane, ale potrzebaby znacznie przedłużać ekspozycję (wystawienie), by otrzymać dość wyraźne zdjęcie. Zbyt długie wystawienie szkodzi powodzeniu doświadczenia, gdyż w przeciągu dłuższego okresu czasu mogą zajść rozmaite zmiany w fotografowanym obrazie, a tem samym zdjęcie nie może być wyraźne. Przy zwykłych doświadczeniach kimograficznych nad ciśnieniem krwi stan naczyń zaznacza się w odstępach 5—10—15 sekund. Trwanie zdjęcia dna ocznego nie powinno być dłuższe, gdyż w przeciągu $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ minuty naczynia mogą się wielokrotnie skurczyć i rozszerzyć, i tak długa ekspozycja jest wogóle niepożądana. A przy oświetleniu gazowym lub naftowym ekspozycja krótko trwać nie może.

GUILLOZ i GERLOFF robili zdjęcia momentalne przy wybuchu magnezyowym; przy oświetleniu cyrkonowem GERLOFF ekspozycję w ciągu pół minuty, podczas gdy GUINKOFF przy świetle słonecznym ograniczał się do dwóch sekund. Posiadamy dane, że ekspozycję niekiedy nawet $2\frac{1}{2}$ minuty dla otrzymania obrazu siatkówki.

W celu skrócenia czasu ekspozycji zalecono jak najbardziej czułe płytki; wiadomo bowiem, że, im są one czulsze, tem krótszej potrzebują ekspozycji.

GERLOFF zaznacza, że otrzymywał najlepsze wyniki, używając płytek chromowych GAEDICKE'go.

Ważny wpływ na wyniki prac fotograficznych posiada także, prócz gatunku płytek, skład wywoływaczy. GERLOFF używał hydrochinonu, ejkonogenu i pyrogallolu.

Zręczność fotografującego i obycie się jego z pewnemi płytkami i płynami wywołującymi zawsze potęguje wartość otrzymanych fotogramów. Niektórzy badacze (GUILLOZ, GERLOFF, GUINKOFF) opisywali używane przez siebie obiektywy, inni zaś to pomijają. Dowiedziono, że lepiej używać obiektywów z małą odległością ogniskową (GERLOFF i GUINKOFF), aby nie potrzeba było odsuwać płytki od obiektywu na znaczną odległość. By otrzymać wyraźny obraz dna oka na płytce, trzeba byłoby używać miecha więcej, niż podwójnej długości, przy czem znów traciłoby się dużo na sile oświetlenia.

Z podanego przez nas zarysu widać, że sprawa fotografowania siatkówki zajmowała wielu badaczów, którzy wykazali, z jakimi przytem trudnościami walczyli.

Zaznaczyłem, że GERLOFF'owi i GUILLOZ'owi udało się otrzymać fotografie dna oka ludzkiego, ale przedstawione przez nich zdjęcia są bardzo nieudatne, gdyż odbitki refleksów zasłaniają nader znaczną część powierzchni obrazu; naczynia, o ile wyszły, widać bardzo niewyraźnie, a kontury ich nie posiadają wyraźnych granic.

*

*

*

Dzięki inicjatywie prof. Jana DOGIEL'a zająłem się w pracowni farmakologicznej w Kazaniu wyszukaniem sposobu fotografowania siatkówki, pozwalającego otrzymać dobre jej zdjęcie. Po całym szeregu usiłowań udało mi się na koniec znaleźć zadawalniający sposób fotografowania dna oka przy pomocy połączenia znanych już przedtem przyrządów. Postawiwszy sobie za zadanie otrzymanie zdjęcia rzeczywistego odwrotnego obrazu dna oka, zadanie to wypełniłem. Za przedmiot służyła siatkówka żywych kotów, psów i królików; fotografowałem ją podług sposobu, opracowanego przeze mnie jeszcze w 1899 roku. Zasada zużytkowania przyrządów dla otrzymania zdjęć jest prosta: oftalmoskopując oko za pomocą wielkiego, złożonego oftalmoskopu LIEBREICH'a, otrzymujemy w jego rurze rzeczywisty obraz dna oka; ten obraz zwykle ogląda bezpośrednio nasze oko; jeżeli zastąpimy oko obserwatora przez ciemnię, zbudowaną, jak wiadomo, na podobieństwo peryferycznego narządu wzroku — oka, to powinniśmy otrzymać na matowej płytce ciemni odwrotny obraz tego, co widać było w oftalmoskopie. Oczywiście ciemnię należy opatrzyć w szkło przedmiotowe. Mój sposób polega właśnie na połączeniu wielkiego oftalmoskopu z ciemnią optyczną; w ten sposób fotografuje się dno oka.

Warunki doświadczenia są następujące: bierzemy kota (albo inne zwierzę) i przywiązawszy go do deski do góry brzuchem, robimy mu tracheotomię i zakładamy szklaną rurkę do tchawicy; do żyły kończyny wstrzykujemy roztwór kurary (8 : 1000) i kilka kropel roztworu atropiny (1 : 1000); po upływie 1—2 minut kot przestaje się ruszać i oddychać; wtedy zastosowujemy sztuczne oddychanie i odwiązujemy go od deski. Tym sposobem przygotowaliśmy zwierzę do doświadczenia: za pomocą atropiny rozszerzyliśmy źrenicę, osiągnąwszy przez to swobodniejsze przechodzenie promieni światła do oka i w odwrotnym kierunku, a za pomocą kurary unieruchomiliśmy zwierzę i jego oko; odwiązawszy kota od deski, przywracamy krążenie krwi w łapkach. Pysk pozostawiamy ściśnięty z wsadzonym mocno pomiędzy zęby kałkiem drewna, umocowanym w ściskadle, nasadzonem na podstawę (statyw), żeby tym sposobem mózg nadać głowie i oku położenie wygodne, do oftalmoskopowania. Teraz zaczynamy oftalmoskopować podług ogólnych zasad, posługując się przyśrubowanym do stolika wielkim oftalmoskopem LIEBREICH'a. Zwierciadło oftalmoskopu oświetlamy światłem palnika Auera, zawierającym dużo promieni białych, zatem aktywnych. Otrzymawszy w oftalmoskopie wyraźny obraz dna oka u kota, mamy już tem samem przedmiot, dający się fotografować. Przysuwamy więc obiektyw wraz z ciemnią prawie ściśle do otworu w tylnym końcu rury oftalmoskopu w ten sposób, aby środek soczewki oftalmoskopu, jej główne ognisko, środek obiektywu i jego punkt ogniskowy znajdowały się na jednej linii ze środkiem matówki

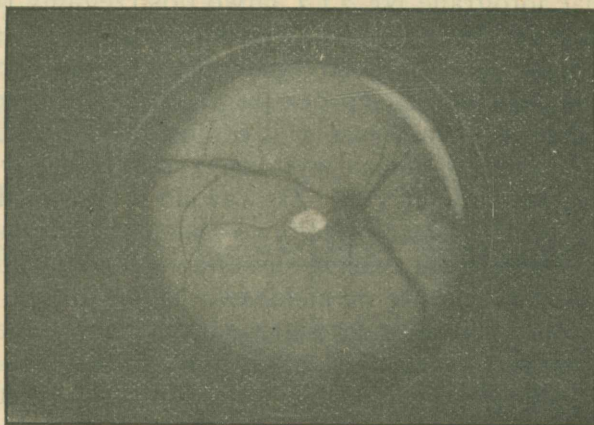
resp. uczulonej płytki. Do umocowania i przesuwania ciemni dobrze jest mieć dużą statywę używaną przez zawodowych fotografów do ciemni altanowych, myśmy wszakże posługiwali się przy fotografowaniu dna oka mocnym stołem z odpowiednim urządzeniem do poruszania ciemni w kierunku prostopa-dłym i promieniowym. Skoro ciemnia jest ustawiona w ten sposób, że na matówce zarysowuje się wyraźnie obraz, widziany w oftalmoskopie, trzeba tylko wstawić na jej miejsce płytkę uczuloną, zachowując zwykłą niezbędną ostrożność, a już mamy możność otrzymania fotografii dna oka. Tak się też dzieje w rzeczywistości przy wskazanem połączeniu oftalmoskopu i ciemni i przy opisanem obstawieniu doświadczenia. W moich doświadczeniach wy-stawienie trwało od 10—50 sekund, względnie do warunków. Używaliśmy zwyczajnych płytek LUMIÈRE'a i SCHLEUSSNER'a i izochromatycznych LUMIÈRE'a. Do wywoływania służył nam ejkonogen. Posługiwaliśmy się objekty-wami: 1) STEINHEIL'a — ortostigmat, $1:6,8$ z odległością ogniskową 120 mm. i 2) ZEISS'a anastigmat $1:6,3$ z $F = 140$ mm. Do większości doświadczeń używaliśmy obiektywu ZEISS'a, który daje zdjęcia wyraźniejsze i większe. Doświadczenia zawsze się udawały, o ile przezroczystość oka zwierzęcia by-ła prawidłowa, a nastawienie oftalmoskopu dokładne.

Przy oftalmoskopowaniu wielkim oftalmoskopem LIEBREICH'a zawsze mieliśmy do czynienia z refleksami świetlnymi: naprzód z refleksem od ro-gówki oka oftalmoskopowanego, a powtóre ze środkową plamą świetlną. Unika się refleksu od rogówki według ADAMIUK'a i GUILLOZ'a przez staranne ustawienie oftalmoskopu względem oka i przez nieznaczne pochylenie soczew-ki oftalmoskopu, a tym sposobem odbite od rogówki promienie światła od-prowadzają się na bok i albo wcale się nie fotografują, albo zajmują tylko brzeg zdjęcia. Środkowa plama świetlna, czyli refleks od przedniej i tylnej powierzchni soczewki, zajmuje środek fotografowanego pola, i na fotografii otrzymujemy ją zawsze na jednym i tem samym miejscu.

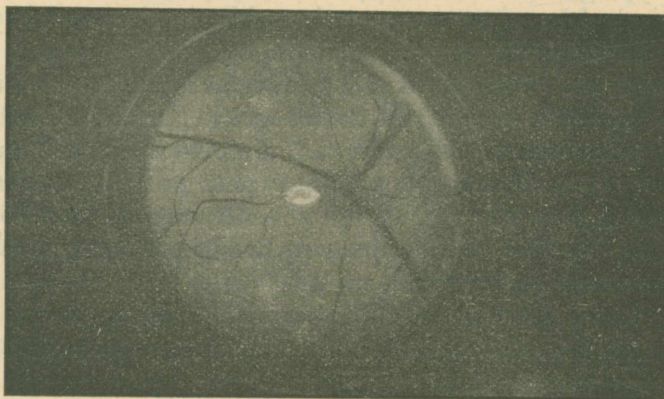
Wspólnie z moim czcigodnym nauczycielem profesorem Janem DOGIE-LEM ogłosiłem już w Arch. für die ges. Physiologie. Bd. 80 jedno doświad-czenie w powyższem obstawieniu, przy użyciu obiektywu STEINHEIL'a.

Wtedy mogliśmy przedstawić zdjęcie naczyń siatkówki kota w stanie prawidłowym i w stanie przekrwienia żylnego przy duszeniu się zwierzęcia. Obecnie z całego szeregu zdjęć, dokonanych ze zwierząt, poddanych działa-niu różnych środków, jako to azotanu sodu, ezeryny, kokainy, atropiny, er-gotyny, chloroformu, amylnitrytu, strychniny, bądź też wreszcie pobudzeniu elektrycznemu nerwu błędnego lub współczulnego — przedstawiam tylko trzy zdjęcia. Zdjęcia te są otrzymane z dna oka kota, któremu przez rurkę tracheotomijną wdmuchiowano do płuc wraz z powietrzem parę amylnitrytu. Doświadczenie odbywało się w powyżej opisany sposób, z tą tylko różnicą, że z rurką tracheotomijną połączono naczynie, zaopatrzone w kran kształtu litery T; odkręcając kran, mogliśmy wprowadzać do płuc zwierzęcia pewną ilość parującego amylnitrytu, nalanego do naczynia. Zakręcając znów kran, przerywaliśmy jego dostęp do płuc zwierzęcia. Wypada zauważyć, że warun-ki doświadczenia przez cały czas pozostawały jednakowe: czas wystawienia każdej płytki wynosił 12 sekund, czułość płytek była jednakowa, i wszystkie pochodziły z fabryki SCHLEUSSNER'a; obiektyw C. ZEISS'a z ogniskiem 140 mm. Różnica obrazów musi więc być położona na karb stopniowego działa-nia amylnitrytu na zwierzę.

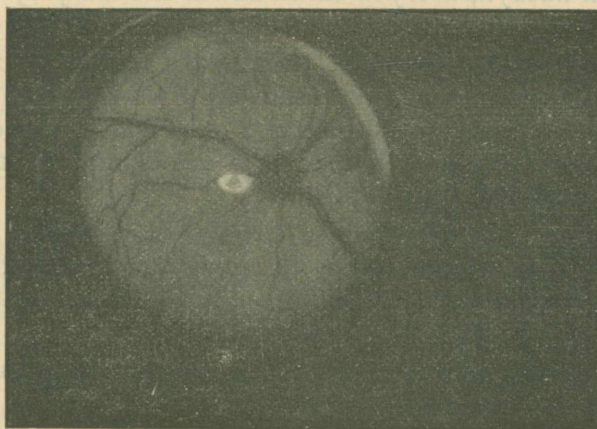
Na fotografii Nr. 1 widzimy dno oka normalnego, że tak powiem, zwie-
żęcia przed działaniem na nie amylnitrytu. Fotografia Nr. 2 została otrzyma-



Nr. 1.



Nr. 2.



Nr. 3

na po upływie 1 min. 17 sek. od początku wdmuchiwania kotowi powietrza
z parującym amylnitrytem z naczynia, do którego nalano go w ilości 0,3 cm.

sz. Po upływie 2 min. 20 sek. przerwano wdmuchiwanie amylnitrytu i kotu dostarczano tylko czyste powietrze. W 4 min. 14 sek. później otrzymano fotografię Nr. 3.

Porównując fotografie Nr. 2 i 3, łatwo dostrzegamy różnice pomiędzy nimi. Już na fotografii Nr. 2 tętnice i żyły są wyraźnie szersze, niż na fotografii Nr. 1, i naczynia, zaledwie dostrzegalne na fotografii Nr. 1, są zarysowane wyraźnie na fotografii Nr. 2; oprócz tego Nr. 2 różni się od Nr. 1 zabarwieniem tła: jest daleko ciemniejsze, t. j. tło jest odbite słabiej, niż na pierwszej fotografii. Różnicę tę można wytłomaczyć zmianą w zabarwieniu tła dna oka pod wpływem amylnitrytu. Zauważono w czasie doświadczenia, że tło dna oka kota zwykle ma barwę żółtawo-zieloną, podczas gdy po przeniknięciu amylnitrytu do ustroju zwierzęcia żółtawo-zielone zabarwienie tła dna oka prawie zawsze zamienia się na zielonawo-żółte, to jest zjawiała się większa ilość barwy żółtej, zmniejszała się zaś ilość barwy zielonej; ponieważ znów barwa żółta słabiej od zielonej oddziałuje na zwykłą płytkę uczuloną, zatem tło dna oka wypadło ciemniej na fotografii przy żółtym zabarwieniu, a jaśniej przy zielonym.

Zmiany w zabarwieniu dna oka określały się wrażeniem, otrzymanem przez oko badającego (obserwatora). Nowe zabarwienie dna oka u kota utrzymywało się krótko, i po przerwaniu oddychania amylnitrytem tło zaczynało prędkiej lub później przybierać poprzednie zwykłe zabarwienie. O prawdziwości tego przekonywa nas fotografia Nr. 3, na której tło jest już jaśniejsze (czyli bardziej zielone) od tła fotografii Nr. 2, wszakże nie posiada jeszcze takiego zabarwienia, jak w Nr. 1. Z opisu doświadczenia wiemy, że zdjęcie Nr. 3 było zrobione w 5 min. 17 sek. po zdjęciu Nr. 2 i w 4 min. 17 sek. po usunięciu amylnitrytu. W ten sposób więc dowiedziono, że zmiana w zabarwieniu tła dna oka zależy od wprowadzenia lub przerwania dostępu amylnitrytu do ustroju zwierzęcia.

Fotografia Nr. 3 tak jaskrawo różni się od fotografii Nr. 1 (normalnej) wielką ilością napelnionych i rozszerzonych naczyń, tworzących całą siatkę, że chyba nikt wątpić nie będzie, że mamy tu silne przekrwienie naczyń, rozszerzonych pod wpływem działania amylnitrytu na ustrój zwierzęcia: już tętnice rozszerzyły się znacznie, żyły zaś co najmniej w dwójnasób; widzimy tu moc drobnych naczyń, których śladu nawet nie znajdujemy na fotografii Nr. 1.

Zdjęcie Nr. 3 zostało otrzymane w 4 min. i 14 sek. po usunięciu amylnitrytu, przedtem zaś amylnitryt był dostarczany w ciągu 2 min. 20 sek., a więc działanie jego na naczynia trwało jeszcze i było wyraźniejsze, niż po upływie 1 min. 17 sek. od początku podawania. Przychodzimy do takiego wniosku, zestawiając fotografię Nr. 3 z Nr. 2.

W pracy mojej, wydrukowanej w „Niewrologiczieskom Wiestnikie“, zamieściłem jeszcze kilka doświadczeń, ilustrowanych fotografiami. Do opisanych doświadczeń używałem kotów; lecz i z dna oka królików otrzymywałem dobre zdjęcie, a średnie z dna oka psów.

Otrzymane przeze mnie wyniki fotografowania dna oka moim sposobem upoważniają mnie do wniosków następujących:

1) Przedstawiony przeze mnie sposób fotografowania siatkówki zupełnie się nada do badań laboratoryjnych.

2) Otrzymane przeze mnie zdjęcia dna oka przewyższają wyrazistością obrazu wszystkie dotychczasowe podane przez innych badaczy.

3) Po raz pierwszy otrzymałem fotografie siatkówki zwierząt ze zmianami w napełnieniu krwią i w wielkości światła naczyń pod wpływem środków lekarskich: amylnitrytu, chloroformu, strychniny, ergotyny i innych.

4) Po raz pierwszy zaznaczyłem zmianę w zabarwieniu dna oka pod wpływem amylnitrytu i chloroformu.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) B. R. GEPNER — przedstawienie chorego z mięsakiem dolnej powieki. 2) St. ZABOROWSKI — przedstawienie chorej, której usunięto metodą DOYEN'a macicę oderwaną od pochwy i pękniętą w czasie porodu oraz przedstawienie usuniętej macicy. 3) Jan PILTZ — „O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenicy w przebiegu organicznych chorób nerwowych“.

1) Kol. B. R. GEPNER przedstawił chorego, który w dzieciństwie miał *naevus telangiectodes* naokoło szpary powiekowej prawej. W 21-y roku życia barwa tej plamy stała się czarną. Przed 3-ma laty zaczął się tworzyć guz pod powieką dolną, który po wycięciu znowu odrósł i doszedł do wielkości orzecha laskowego; drugi guz melanotyczny leży ku wewnątrz od pierwszego, jest mniejszy, trzeci nie melanotyczny wisi na *tarsus* górnej powieki. G. robi rokowanie w danym przypadku niepomyślne. Badanie bowiem drobnowidzowe wyciętych kawałków, dokonane przez J. STEINHAUSA, wykazało, iż guz ten to *sarcoma alveolare*, a właściwiej *periangiosarcoma*.

2) Kol. St. ZABOROWSKI przedstawia preparat macicy i chorą, której usunął metodą DOYEN'a macicę, oderwaną od pochwy i pękniętą w czasie porodu. Wskazaniem do zabiegu było krwawienie do wolnej jamy otrzewny i ciężki stan ogólny chorej. Pęknięcie to dotyczyło piątego porodu (pierwsze cztery były operacyjne z powodu zwężenia macicy). Zaraz po pęknięciu macicy chorą rozwiązano operacyjnie przez pochwę. W trzy godziny później laparotomia. Cięcie brzuszne małe — 12 ctm. Po podwiązaniu tętnicy macicznej spostrzeżono, że od strony otrzewny pęknięcie oddzielało macicę od pęcherza, przechodziło na lewy wiąz szeroki. Od strony pochwy przerwane było całe przednie sklepienie. Z lewej strony w części pochwowej istniało pęknięcie, przepuszczające trzy palce, drążące głęboko do tkanki łącznej. Z. zdecydował się usunąć macicę zupełnie przez cięcie brzuszne metodą DOYEN'a. Cały zabieg trwał 23 minuty. Rana brzucha zagoiła się przez rychłozrost. Sposób DOYEN'a Z. uważa za lepszy, niż inne, używane dotychczas. Trwa krótko. Oddzielanie więzów macicy na tępo od więzów szerokich pociąga mniejsze krwawienie. Zaszyta zupełnie ściana brzuszna mniej jest skłonna w przyszłości do przepuklin, występujących po worku MIKULICZA. Tamponowanie pękniętej zupełnie macicy może mieć znaczenie tylko historyczne. Za zabiegi, jedynie racjonalne przy pęknięciach macicy, Z. uważa w przypadkach pęknięcia zupełnego t. j. drążącego i krwawiącego do otrzewny, laparotomię, bezpośrednie opatrzenie i wydrenowanie rany ze względem zachowaniem lub usunięciem macicy.

3) Kol. Jan PILTZ wygłosił odczyt p. t. „O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenicy w przebiegu organicznych chorób nerwowych“. W pierwszej części mówca opisał najróżnorodniejsze zniekształcenia źrenicy i zmiany w ustawieniu samej źrenicy, jakie spostrzegał w przebiegu bezwładu

postępującego, wiądu rdzenia, przymiotu mózgo-rdzeniowego i katatonii. Zaznaczył, że niekiedy objawy te występują przed symptomem ARGYLL-ROBERTSON'a. W drugiej części odczytu mówca przedstawił wyniki własnych badań doświadczalnych, dokonanych na królikach, kotach i psach i polegających na drażnieniu prądem elektrycznym oddzielnych gałązek krótkiego i długiego nerwu rzęskowego. Otrzymywał takie zmiany w konturach źrenic, jakie obserwował u chorych. Zmiany te mówca uważa za stany podrażnienia, niedowładu lub podrażnienia częściowego tęczówki, ewentualnie odpowiedniej gałązki nerwowej. Przy zaniku odpowiednich włókienek, ewentualnie komórek nerwowych, mamy *iridoplegiam partialem*. Wykład mówca uzupełnił przedstawieniem odpowiednich rysunków.

W dyskusyi sekretarz stały prof. HOYER zwraca uwagę, że u kotów dlatego nie udawały się mówcy doświadczenia, że włókna rozszerzające są w ich źrenicach inaczej ułożone.

Prezes DUNIN potwierdza spostrzeżenia mówcy, ważność tych objawów pod względem rokowania, przypuszcza, że chodzi tu o sprawę w jądrach nerwu okoruchowego.

St. Kopczyński.

SPRAWOZDANIE Z XII ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

W d. 14, 15 i 16 lipca r. b. odbył się w sali wykładowej kliniki chirurgicznej uniw. Jagiel. doroczny Zjazd chirurgów polskich. Liczba uczestników, jak to w przemówieniu wstępnem zaznaczył dożywotni prezes zjazdów prof. L. RYDYGIER, zwiększa się z roku na rok i świadczy o żywotności zjazdów i dobrą i pewną im przyszłość rokuje. W tym roku po raz pierwszy za pozwoleniem austr. ministerjum wojny oficjalnie uczestniczyli lekarze wojskowi. Bogaty program zadeklarowanych wykładów rozpoczął profesor anatomii uniw. Jagiel. d-r KOSTANECKI wykładem o t. zw. *descensus testicularum*. Godzinny blisko wykład z demonstracją licznych rysunków, pięknie i biegle wygłoszony, nie nadaje się do szczegółowego streszczenia ze względu na ogromną liczbę szczegółów, których pominięcie na dokładności sprawozdania odbićby się musiało. Zaznaczę, iż autor na podstawie badań embryologicznych i porównawczo-anatomicznych zmienia pogląd na t. zw. *gubernaculum Hunteri*. Dotychczas przypuszczano, że to mięsno-łączno-tkankowe pasmo, idąc od dna moszny do jądra, skracaniem się swem powoduje obsuwanie się tego ostatniego z jamy brzusznej do worka mosznowego. Obecnie zostało wyjaśnione; że 1) przebiega ono i pochodzi nie od dna moszny ku górze, lecz od obwodu zewnętrznej obrączki pachwinowej i w ten sposób ma dolny koniec na mocnych tkankach oparty; 2) że się ono nie skraca, lecz tylko we wzroście swym się zatrzymuje i w ten sposób przy szybkim wzroście całego ustroju zarodka, przytrzymuje niejako jądro w tem miejscu, (na tej odległości od miejsca swego dolnego przyczepu), gdzie ono się w 3-4 miesiącu życia zarodka znajdowało.

Po tym bardzo ciekawym i licznymi oklaskami zakończonym odczycie referował prof. TRZEBICKY już na zeszłorocznym zjeździe zapowiedziany temat: O operacyjnem leczeniu chłoniaków (*lymphoma*) na szyi. Autor zaznacza, że jest to choroba przeważnie wieku młodego i że np. w Szwajcaryi 6% młodych ludzi

i dzieci ją ma. Z pomiędzy wszystkich chłoniaków najczęściej bywają one na szyi (w 89% wszystkich przypadków). Pozostawione samym sobie chłoniaki te mogą ulegać wessaniu (VIRCHOW) lub też otorbieniu albo zropieniu. Zawierając prątki gruźlicze, stanowią one zawsze dla ustroju źródło zakażenia i, nie będąc leczone, dają w 36% przypadków powód do gruźlicy płuc już po $\frac{1}{2}$ — 1 roku od powstania swego (TRÉLAT). Do gruczołów prątki się przedostają z jamy ustnej i migdałków. Leczenie możliwe jest albo zachowawcze, albo operacyjne. Jako pierwsze, dobre wyniki dają kąpiele solankowe i klimat morski przy *conditio sine qua non* — dobrego odżywiania i innych warunków życia, a więc w klasach za-możnych. Leczenie operacyjne jest zawsze wskazane tam, gdzie pacjent nie może być postawiony w korzystnych warunkach zdrowotnych — więc u ludzi nie-zamożnych, a prócz tego tam, gdzie metodycznie stosowane leczenie zachowaw-cze pozostaje bez skutku lub nawet nasilenie sprawy za sobą prowadzi. Omawia-jąc sposoby operacyjne, wspomina Trz. o usiłowaniach DOLLINGER'a, by robić ze względów kosmetycznych cięcia jak najmniejsze i w miejscach niewidocz-nych (np. uwłosionych, choćby od takiego cięcia wgłęb' i po omacku operować wypadło) — i usiłowania te gani stanowczo. Wspomina o zwątpieniu BERGMAN'a w możliwość doszczętnego operowania i jego radzie — usuwać tylko łatwo do-stępne, pojedyncze, ruchome chłoniaki. Sam operuje możliwie doszczętnie, zu-pełnie długością, liczbą i położeniem cięć się nie kępując. Statystyka wyników operacyjnych dokładna być nie może, ponieważ większość pacjentów znika z oczu. Pomimo to BLASS zebrał statystykę około 200 przypadków i z nich około 58% było zupełnie uleczonych. Operacja miała dobry wpływ i na *phthisis incipiens*. TRZEBICKY za 1891—1901 operował 860 razy u 822 chorych. Z tych miał później wiadomości o 175, mianowicie 101 wyzdrowiało, u 15 nastąpiła wznova miejscowa, u 19 suchoty płuc i niezdolność do pracy, 40 zmarło. Na wy-niki pooperacyjne znów ogromny wpływ mają następne dobre warunki higieni-czne, co już ztąd jest widoczne, że w statystyce TRZEBICKIEGO 40 zmarłych i 19 suchotników byli wszyscy biedacy. Co do techniki operacyjnej najważniejszą jest rzeczą stworzyć sobie dobry dostęp do chłoniaków — bez względów kos-motycznych. Trz. ostrzega przed zapobiegawczem zapętleniem *v. jugular (comm. resp. interna)*, mającem na celu szybkie podwiązanie żyły w razie zranienia. Ta-kie zapętlenie zapobiegawcze dało mu raz silny wtórny krwotok, spowodowany zapewne upośledzeniem odżywiania ściany naczynia, wywołanem niezbędnem dla podprowadzenia ligatury wyseparowaniem. Wreszcie stwierdza TRZEBICKY, że chorzy z chłoniakami źle znoszą uśpienie chloroformowe, i że jedyny wypa-dek śmierci od chloroformu miał w takim właśnie przypadku, a zapaście miewał częściej.

Dyskusja nad tematem miała przebieg następujący.

SZUMAN (Toruń) uważa odsetkę przeciętną wyzdowień po operacji za wyż-szą od 58. Nie zaleca również cięć kosmetycznych DOLLINGER'a, gdyż operując pod skórą można uszkodzić duże naczynia, do których stosunek nigdy przewi-dzieć się nie da.

BOGDANIK (Biała) zaznacza, że na wyniki operacyjne ma ogromny wpływ to, w jakim okresie rozwoju chłoniaków je się operuje. Najlepsze — tylko prze-rosłe, gorsze zserowaciałe i zropiałe. Zaznacza, że duże nawet pakiety gruczo-łów łatwo względnie się dają usuwać, jeżeli tylko nie były zzewnątrz leczone, szczególnie jodem — w maściach lub pendzlowaniem. Jod w takim zastosowaniu wywoływać ma zapalenie zlepné dokoła gruczołów (*peradenitis*), co ogromnie utrudnia operację.

Prof. KRYŃSKI (Warszawa) w sprawie techniki zaznacza, że w odpowiednich trudniejszych przypadkach należy naprzód wypreparować pęczek naczyniowy, aby go uwidocznić i nie obrazić.

Doc. BOSSOWSKI (Kraków — szp. św. Ludwika dla dzieci) jest za operacją doszczętną u dzieci. Operował około 200 i około 50% miał wyzdrowień. Na podstawie własnych spostrzeżeń zaznacza możliwość ostrej gruźlicy ogólnej (*tbc. miliaris*) po operacji.

SZUMAN potwierdza spostrzeżenie o zrostach gruczołów po stosowaniu zewnętrznem jodu.

SAWICKI (Warszawa). Przy gruczołach niewielkich u ludzi zamożnych zaleca leczenie zachowawcze, u biednych — operację. Wznowy bywają często, ale dają się nieraz 2—3 krotną operacją doszczętnie usunąć. Za przeciwwskazanie do zabiegu doszczętnego uważa przypadki, gdzie zropienie gruczołów następuje szybko przy gorączce i wyniszczeniu chorych; tacy giną najczęściej albo od chłoroformu, albo od gruźlicy innych narządów, albo od zropienia niedostępnych gruczołów oskrzelowych lub krezkowych. Podnosi kwestyę urządzenia specjalnych sanatoryów dla chorych na chłoniaki gruźlicze.

MIECZKOWSKI (Poznań) wspomina o 3 przypadkach gruźlicy prosówkowej po operacji (17 dnia) z kliniki CZERNY'ego.

HORDYŃSKI (Kraków). Nie operuje tam, gdzie po wymacaniu nie można przewidzieć dokładnego usunięcia wszystkich gruczołów; w tych przypadkach wysyła na wieś dla leczenia ogólnego.

KADER zgadza się z HORDYŃSKIM i daje w tych przypadkach *empl. hydrarg. cinereum*. Zaleca technikę DOYEN'a: iść szybko przez gruczoły na żyłę jarzmową wspólną, podwiązać — a potem gruczoły wyluszczać ku górze. Ranę tamponuje. Często kładzie szew wtórny.

Prof. RYDYGIER zaznacza istniejącą dotychczas sprzeczność w poglądach na leczenie omawianej sprawy. Sam dawniej operował chętniej, niż obecnie. Wskazanie do operacji zależy od zamożności chorego i od jego stanu ogólnego. Dobre wyniki osiągnąć się dają leczeniem w Iwoniczu, Rabce, Rymanowie. Rokowanie ogromnie się pogarsza u operowanych, o ile są obciążeni dziedzicznie lub mają gruźlicę w płucach. Co do techniki operacyjnej — robi cięcie rozległe i dąży do wielkich naczyń, ale nie przez, lecz pod gruczołami.

(C. d. n.).

Streszczenia zbiorowe.

MAKS MUENZER.

STRESZCZENIE ZBIOROWE Z PIŚMIENNICTWA O WCZESNEM ROZPOZNAWANIU CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

(Dokończenie—Zob. Nr. 29).

Również nagła zapaść, połączona z nagłą silną anemią, powinnyby były ułatwić rozpoznanie. Niemożliwe zaś było absolutnie rozpoznanie właściwe w przypadku, który ogłosił MALHERBE („Grossesse tubaire rompue dans le perritoine“. Bulletin de la Société Anatomique de Paris 1895).

Pacjentka, która od dłuższego czasu miała przepuklinę pachwinową lewostronną, nagle zachorowała wśród objawów nagłej anuryi, żółciowych wymiotów po czterodniowym zatrzymaniu wiatrów i stolca. Przepuklina była twarda, bolesna, o bardzo napiętych powłokach. Lekarz domowy daremnie czynił próby odprowadzenia przepukliny, przy których chora zemdliała. Chorą przywieziono do kliniki.

Z wywiadów ujawnia się, że peryody się nie wstrzymały i zawsze były regularne. Peryody zawsze trwały po 8 dni, obecny peryod trwa już 6-ty dzień. Brzuch miękki nie bolesny. Opuchnięcie w okolicy pachwinowej twarde, bolesne. Przy operacji po nacięciu grubej ściany worka przepuklinowego wypuszczono na razie sporą ilość czarnej płynnej krwi — również poza wewnętrznym otworem kanału pachwinowego spora ilość płynnej krwi czarnej. Przy obejrzeniu przydatków macicy blisko tylnego końca jajowodu spostrzeżono drobny otwór, pochodzący od pęknięcia ciężarnej trąbki.

Na kongresie ginekologicznym w roku 1901 HERM. W. FREUND („Ueber wahre und vorgetauschte Extrauterin graviditæt“ — 9. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie) uwydatnił trudności rozpoznawcze w tych przypadkach, gdzie po uszkodzeniu ciąży pozamacicznej nie przychodzi wcale do wytworzenia się *haematocoeles pelvinae*, oraz w tych przypadkach, gdzie wylew krwi powstał z jakiegokolwiek innej przyczyny niezależnie od organów płciowych. FREUND zwraca uwagę na to, że zdarzają się przypadki, gdzie *haematocoele* jest po prostu wyrazem zastojów żyłnej cyrkulacji krwi, jak to się zdarza w wadach serca, nefrytach, odmie płucnej i t. d. Tak na przykład operował on raz w przypadku, gdzie wylew krwi powstał wkrótce przed kryzą obustronnego zapalenia płuc. PFANNENSTIEL w dyskusji przytoczył spostrzeżenie własne *haematocoeles retrouterinae* bez jakichkolwiek zmian chorobowych jajowodów, którą uważać można jedynie za wynik urazu *sub coitu*. (Spostrzeżenie to, jak i drugie, gdzie *haematocoele* powstała prawdopodobnie podczas ciężkiej pracy przez krwawienie z tkanek, w stanie zapalnym będących, opisał KOBER w Centralblatt für Gynäkologie 1901 Nr. 39).

OLSHAUSEN widział raz wolny wylew krwi w jamie brzusznej po urazie, drugi raz po perforacji wrzodu żołądka. Pęknięcie wrzodu żołądka wskutek zapaści nagłej synkopalnej bardzo łatwo może wywołać pomyłkę rozpoznawczą, symulując pęknięcie ciężarnego jajowodu. Naodwrot zdarzyć się może łatwo, że w przypadku pęknięcia ciężarnego jajowodu rozpoznanie mylnie zrobione będzie na perforację *ulceris rotundi ventriculi*.

MUENZER widział chorą bardzo anemiczną, u której lekarz domowy rozpoznał perforację wrzodu żołądka przy nagłym wystąpieniu zapaści — dopiero dnia następnego wyjaśniło się, że chodziło o *abortus tubarius*; operacja sprawdziła to rozpoznanie.

Tutaj należy także spostrzeżenie drugie, gdzie przebieg całej sprawy wśród zapaści był tak gwałtowny, że w pół godziny po katastrofie nastąpiła śmierć. Podejrzewano albo perforację wrzodu żołądka, albo też otrucie gwałtowne, dopiero sekcja sądowa ujawniła, że chodziło o pęknięcie jajowodu ciężarnego. MUENZER przypadek ten opisał w Berliner klinische Wochenschrift. DUEHRSEN (Archiv für Gynäkologie Bd. LIV) mówi o koincydencji perforacji wrzodu żołądka z ciążą jajowodową z pęknięciem jajowodu ciężarnego. U chorej dokonał on przy rozpoznaniu ciąży pozamacicznej ekstyrpacji macicy na drodze pochwowej; jeszcze tej samej nocy nastąpiła śmierć wskutek perforacji wrzodu żołądka. Na ścianach żołądka znaleziono bliznę po innym dawniejszym wrzodzie żołądka

ongi pękniętym. W ogólności w przypadkach, gdzie śmierć nie następuje zaraz lub wkrótce, dyagnoza pomiędzy *ulcus ventriculi* i *gravilittas ectopica* zwykle się z czasem wyjaśnia, ponieważ następstwa perforacyi wrzodu żołądka zwykle zdradzają się jako *peritonitis diffusa* lub też *circumscripta*. Również każde inne zapalenie otrzewny perforacyjue czy to wskutek perforacyi kiszki, pęcherzyka żółciowego, para-perymetrytu, *endosalpingitidis purulentae*, abscesu jajnika, może w pierwszej chwili nadmiernie utrudnić rozpoznanie ścisłe, jeżeli perforacya nastąpi nagle u osoby stosunkowo zdrowej, gdzie nie da się wyłączyć z absolutną pewnością możliwość ciąży. Lecz obraz rozlanego zapalenia otrzewny zwykle prędko staje się jasnym. Tylko jeden proces pod tym względem ogromnie utrudnia rozpoznanie i nieraz już wywoływał mylną dyagnozę: *appendicitis* i wszelkie choroby wyrostka robaczkowego i otaczających go tkanek.

Bliskie stosunki anatomotopograficzne wyrostka robaczkowego z organami płciowymi już od dłuższego czasu pilnie są studyowane. ZWEIFEL, SONNENBURG, VEIT, WINTER a szczególnie ERNEST FRAENKEL (Diagnose und Operation der Extrauterinschwangerschaft. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 27, oraz Neue Folge Nr. 229) zwracali uwagę na stosunki pomiędzy jednym a drugim cierpieniem, a w ostatnich czasach rozpatrywano przypadki *appendicitidis* podczas ciąży i wpływ tej komplikacyi na rokowanie. Jeśli przejrzeć literaturę ostatnich lat, to przyznać należy, że wyrostek robaczkowy należy do pogranicza ginekologii (Grenzgebiet der Gynaekologie), lecz że wypadaloby zmniejszyć cokolwiek pochochop do operacyjnej interwencyi w tych przypadkach. Przesadą jest, aby każdy wyrostek robaczkowy cokolwiek dłuższy i sięgający do małej miednicy wycinać! Tylko wtedy, jeżeli okaże się zgrubiałym i napewno chorobliwie zmienionym, powinien on być usunięty.

Appendicitis ujawnia się w tak różnej postaci i wśród tak różnych objawów, że nieraz rozpoznanie ścisłe pomiędzy *appendicitis* a cierpieniem organów płciowych wewnętrznych staje się niemożliwym. Głównie dotyczy to tej formy *appendicitidis*, która ograniczona jest do małej miednicy. HERMES w artykule: „Beziehungen der Appendicitidis zu Erkrankungen der weiblichen Genitalien“ rozpatrywał szczegółowo rozpoznanie różniczkowe, i co do uszkodzonej ciąży jajowodowej wyraża się tak: „w tem cierpieniu często krew, zebrana *in cavo Douglasii*, daje uczucie tak osobliwe, miękkie, jednak bez chębotania, że ułatwia ono rozpoznanie różniczkowe; dalej owe wysięki krwawe przylegają ściśle do macicy, jakby się zlewały z nią w jedną całość“. Tam, gdzie wymacujemy tego rodzaju charakterystyczny wylew krwi jasno, z pomocą przychodzą nam wywiady szczegółowe, starannie zebrane. Dziś wszelako wiemy, że *appendicitis*, która prowadzi do tak ciężkich i rozlanych ropień, jak w takich przypadkach, o których mówimy, rzadko kiedy jest produktem pierwszego ataku, a że zwykle wyrostek robaczkowy w tych przypadkach już oddawna, od wielu lat, okazuje się chorym i oddawna już wywoływał bóle i zaburzenia, chociaż nie znaczne, lecz od czasu do czasu powtarzające się. Aby dojść do rozpoznania ścisłego wypadu uwzględnić dany obraz kliniczny, objawy oraz wywiady. Zupełnie niemożliwym stanie się rozpoznanie wtedy, gdy *sub operatione* natrafimy na równoczesną sprawę chorobową w wyrostku robaczkowym oraz w przydatkach macicy, a więc między innymi ciążę jajowodową. Tak CUMMA opisuje rzadką komplikacyę appendektomii i oophoroektomii (referat: Centralblatt fuer Gynaekologie. 1901, pg. 760). Po dokończeniu wycięcia wyrostka robaczkowego (po perforacyi tegoż) nagle nastąpiło silne krwawienie z dna miednicy. Przy badaniu znaleziono tylko co pęknięty worek płodowy lewego jajnika o płodzie jednomiesięcznym. Tutaj na pewno

obraz kliniczny *appendicitidis* tak przeważał, że nikomu nie przyszło nawet do głowy podejrzewać ciążę ektopiczną po lewej stronie. Inaczej było w przypadku ELLBOGEN'a, gdzie szło o koincydencję ciąży tubarnej z appendycytem. (ELLBOGEN: Prager Medicinische Wochenschrift. 1899. Nr. 9—11).

Kobieta, która dwa lata temu rodziła piąte dziecko i miesiączkowała regularnie, zachorowała wśród objawów kilkodniowego zaparcia stolca, wymiotów oraz gorączki. W prawem *hypogastrium* wymacano guz twardy wielkości jabłka. W kilka dni później pogorszenie stanu, silna zapaść po omdleniu podczas defekacji. Wywiady, wysokie położenie guza oraz typowe napady poprzednie wskazywały jasno na *appendicitis*, tak że podejrzewano perforację wyrostka robaczkowego. Przy operacji natrafiono na przedziurawiony jajowód ciężarny, a z tylną ścianą worka płodowego był mocno zrośnięty zgrubiały i zaczerwieniony wyrostek robaczkowy.

Osobliwym co do stosunków anatomicznych, które nie pozwalały zrobić rozpoznania przed operacją, spostrzeżeniem jest to, które opisał C. WALTHER (Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale. 1897. Nov. Dec.). Objawy subiektywne, jak i obiektywne przemawiały za *appendicitis*. Guz w okolicy kiszki ślepej, nagle wystąpienie bólów i omdlenia; przy operacji znaleziono ciężarny jajowód, który rozwinął się ku górze po za *coecum*; przy pęknięciu krew rozlała się, sięgając aż pod wątrobę.

Nawet same pozostałości *appendicitidis*, zrosty wyrostka robaczkowego z innymi narządami jamy brzusznej mogą utrudnić rozpoznanie ciąży ektopicznej. KRUEGER opisuje dwa przypadki, w których worek płodowy ektopiczny był mocno zrośnięty z wyrostkiem robaczkowym. (Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen. Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XLV).

1) Pani G. zapisała się do kliniki dnia 1. XII. 1896. Dwa razy rodziła prawidłowo, ostatnia miesiączka około połowy września. Cztery tygodnie temu nagle wystąpiły silne bóle w brzuchu, lecz stan chorej się poprawił. 15 listopada bóle w prawem podbrzuszu i krwawienie ze sromu nieznaczne. 18 listopada silniejsze bóle i silniejsze krwawienie. Omdlenie, dreszcze wstrząsające. Po 8 dniach powtórzył się taki sam atak. Przy badaniu chorej znaleziono brzuch miękki, bolesny *in regione fossae iliacaе*; nigdzie nie wykryto stępienia. Po prawej stronie cokolwiek za macicą przodopochyloną i cokolwiek powiększoną ruchomy guz wielkości pomarańczy, miękki, wrażliwy na ucisk; nieznaczne krwawienie. Laparotomia: Znaleziono worek płodowy, leżący w prawej połowie miednicy, zrośnięty z pętlami kiszek. Przy dokładniejszym badaniu palcem w celu odseparowania guza od zrostów palec po prawej stronie i cokolwiek wyżej, dostaje się pod mostek, który tworzył wyrostek robaczkowy, mocno zrośnięty z workiem płodowym. W przypadku tym objawy przemawiały przeważnie za ciążą ektopiczną, a przynajmniej kazały myśleć o niej. W drugim przypadku objawy *appendicitidis* były więcej wyrażone.

2) 30-letnia kobieta rodziła dwa razy, ostatni raz cztery lata temu. W styczniu roku zeszłego poroniła w trzecim miesiącu ciąży. Ostatnia miesiączka trzy tygodnie temu. Dnia 2 kwietnia wieczorem nagle chorej nie dobrze się zrobiło: wymioty, bóle w całym brzuchu, bardzo bolesnym na dotyk. W pierwszych dniach stolec był zaparty. Piątego dnia wypróżnienie po dawce rycyny. Bolesność brzucha się zmniejsza, lecz wymioty trwają. Bóle przechodzą więcej na prawe podbrzusze. Mocz chora oddaje swobodnie. Przy zapisaniu się chorej do szpitala dnia 30 kwietnia ciepłota wykazuje 39,1°C. tętno 120. Narządy wewnętrzne zdrowe. *Portio vaginalis uteri* tuż za spojeniem łonowym, macica mała

przodopochylona, przypchnięta do spojenia łonowego; za macicą i z prawej strony jej napięta elastyczna rezystencja, wytłaczająca tylne sklepienie pochwy ku przodowi i sięgająca ku górze aż do *spina anterior superior ossis ilei*. Rezystencja ta mało jest przesuwalna, chęłboczająca i bolesna na ucisk. Stolce zaparte, oddawanie moczu swobodne. Operacja: Po otwarciu otrzewny wylewają się skąpe masy zczerniałej, źle pachnącej krwi. Jama brzuszna wypełniona wielkimi skrzepami krwi. Worek płodowy w części istnieje jeszcze, z nim wyrostek robaczkowy jest zrośnięty.

Przypadek ten pęknięcia przy ciąży ektopicznej przypomina spostrzeżenie, opisane przez ELLBOGEN'a: w obu przypadkach zarówno wywiady, jak i dolegliwości subiektywne przemawiały za cierpieniem wyrostka robaczkowego, a wynik badania narządów płciowych był niewyraźny, ponieważ często ropień perylub paratyfliczny może opuścić się aż do małej miednicy i czynić wrażenie przymacicznego nacieczenia lub guza. Tak na przykład MARX w Lekarskiej Akademii w New-Jorku przytoczył spostrzeżenie przypadku *appendicitidis*, gdzie wytworzył się ropień z tyłu po za macicą, który został otworzony przez nacięcie tylnego sklepienia pochwy. (patrz Referat w *Monatsschrift fuer Geburtshuelfe und Gynaekologie*. Bd. XI. Pg. 1149). W niektórych przypadkach odróżnienie ropni wychodzących z kiszki ślepej, od spraw chorobowych przydatków macicznych, jeśli wywiady i objawy różne nie wyjaśnią kwestyi dyagnostycznej, wyjaśni się przez odrębny charakter bólu w jednym i drugim cierpieniu: dla ropnia wyrostka robaczkowego czyli wychodzącego z kiszki ślepej charakterystyczny będzie ból przechodzący na *epigastrium*, podczas gdy stany zapalne narządów płciowych wywołują zwykle bolesność mniej więcej zlokalizowaną. W niektórych przypadkach nawet po dokonaniu operacji trudno zdać sobie sprawę z pierwotnego stanu patologicznego, szczególnie, jeśli istnieją komplikacje ze strony przydatków macicy po *appendicitis* już ukończonej lub przy podejrzeniu na ciążę ektopiczną.

FALK (Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis fuer die Geburtshuelfe und Gynaekologie. Centralblatt fuer Gynaekologie 1900 Nr. 7 pg. 193)

opowiada o kobiecie lat 24, która dwa lata temu prawidłowo urodziła dziecko i później regularnie miewała peryody. Miesiączka zatrzymała się 8 tygodni temu raz jeden. Dwa tygodnie przed przyjęciem chorej do szpitala zauważyła ona raz krwawienie ze sromu, przyczem miała wydzielić się jakaś błona czyli skórka (?) Krwawienie trwa dotąd. Anemiczna pacjentka nie gorączkuje i miewa wypróżnienia prawidłowe. Macica miękka, wyraźnie powiększona. Na prawo od macicy, w ścisłym związku z prawym kątem jajowodowym napięty elastyczny guz, wrażliwy na ucisk, kształtu cylindrycznego, wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Ponieważ po obserwacji dwutygodniowej wpływ krwawy dalej trwa, guz raczej rośnie, a nie zmniejsza się, dokonano cięcia brzuszego, licząc na to, że chodzi o ciążę ektopiczną. Wynik dyagnostyczny operacji był taki: *Pyosalpinx* o grubych ścianach, ściśle zrośniętych z wyrostkiem robaczkowym. Ciąży ektopicznej nie było, natomiast wyrostek okazał się zupełnie kruchym.

Czy w danym przypadku nie chodziło raczej może o zropiałą ciążę ektopiczną, podobnie jak w przypadku PHILIPS'a, mogło dowieść tylko badanie drobnowidzowe ściany jajowodu. W każdym razie przykład ten uczy nas dosadnie, jak trudne może być rozpoznanie w przypadkach tak powikłanych.

CATELIN (Revue de Chirurgie. 1901. Mars) przypomina, że skręcenie *hydrosalpingis*, które najczęściej spostrzegano po prawej stronie i szczególnie podczas

cięży, w stanie ostrym lub też przewlekłym może być dyagnostycznie wzięte za ciężę jajowodową, *abortus tubarius* lub też pęknięcie ciężarnego jajowodu. Przy nagłym skręceniu zwykle zjawia się nagle ból silny, często połączony z utratą przytomności, wymiotami żółciowymi i krwawieniem macicznym. Stan ogólny przedstawia się wtedy bardzo lichy, brzuch bywa wzdęty, a w brzuchu wymacuje się guz wielkości pomarańczy, ruchomy, napięty, chęłboczący. Wystąpienie nagłe objawów może wywołać podejrzenie ciąży ektopicznej z pęknięciem jajowodu, powolne i chroniczne zaś formy charakteryzują się raczej napadami bólów nie tak silnych, lecz częstymi. W takich przypadkach podejrzenie pada raczej na *appendicitis*.

Czasami, jak dowodzi OCHSNER w Chicago (na tle 16 własnych spostrzeżeń) dyzmenoroeiczne dolegliwości stoją w związku z cierpieniem *appendicitidis*, co zresztą łatwo zrozumiemy wobec stosunków anatomicznych, ponieważ, jak dowiedli WALDEYER, MARTIN, NAGEL i inni, po uniesieniu wyrostka robaczkowego ku górze, widać fałdę otrzewny, która przechodzi od wyrostka robaczkowego do górnego brzegu *ligamenti lati*, która stanowi łącznik stały czyli komunikację pomiędzy naczyniami limfatycznymi wyrostka robaczkowego a narządami płciowymi. Przez owo *ligamentum appendiculo-ovaricum* przedłużenie *mesosalpingis* ku *mesappendix*, ku więzowi szerokiemu (*Plica genito-enterica* TREITZ'a, w której leżą *vasa ovarica*) zapalenie przechodzi z jednego narządu na drugi; jako następstwo powstają różne zrosty zapalne, które wywołują przeróżne dolegliwości i utrudniają rozpoznanie różniczkowe.

(*Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie* 27. XII. 1901).

Fr. Neugebauer.

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 105 (m. 51, k. 54); przybyło od 14 czerwca do 14 lipca 153 (m. 68, k. 85); wypisało się 130 (m. 65, k. 65); zmarło 20 (m. 11, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 108 (m. 43, k. 65).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza, niż w ubiegłym miesiącu. Na zaznaczenie zasługuje znaczne zmniejszenie się tyfusu wysypkowego, który powoli wygasa, oraz, aczkolwiek w znacznie mniejszym stopniu i innych chorób gorączkowych ostrych, oprócz ospy i tyfusu brzuszego. Zanotować również należy częste względnie przypadki zimnicy. Na korzyść ubiegłego miesiąca przemawia również brak sezonowej choroby — biegunki krwawej, której pojedyncze tylko pojawiają się przypadki.

Najliczniejszą rubrykę w ubiegłym miesiącu zajęła róża, której zanotowano przypadków 25 (m. 8, k. 17), z których jeden, w którym róża była tylko powikłaniem, zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Fabryczna 4, Żelazna 37, Ogrodowa 16, 8, 47, Szpital Dz. Jezus, Kępną 2, Sienna 13, Mokotowska 49, Żórawia 22 i 30, Gnojna 1, Gęsia 49, Grzybowska 80, Biała 5, Muranowska 32, Tamka 28, Dzielna 3, oraz m. Lublin, wieś Wilcze-Zęby i Drażków.

Drugą rubrykę zajął tyfus wysypkowy, którego przybyło przypadków 22 (m. 12, k. 10) z przebiegiem dosyć ciężkim. Dwa przypadki zakończyły się niepomysłnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Pawia 57, Grzybowska 57, Kapitulna 18, Żelazna 68, 79, Smocza 42, Niska 48, Wolska 35, Zimna 3, Dzielna 24, Wolność 14, Browarna 24, Parysowska 5 (4 przypadki — cała rodzina); Chłodna 66, Górczewska 29, Radzymińska 47, Nowiniarska 16, Św. Jerska 18, Mokotów i Szczęśliwice.

Dwa razy więcej, niż w ubiegłym miesiącu, zgłosiło się chorych na ospę, mianowicie 20 (m. 8, k. 12), przeważnie nieszczepionych, z których u 4 (m. 2, k. 2) przebieg był niepomysłny. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Nowe Miasto 17, Furmańska 10, Dzielna 39, Sapieżyńska 19, Piwna 29, Wołowa 34, Krochmalna 49, Wiśłana 11, Brukowa 32, Żelazna 38, Grzybowska 57, Browarna 10, 8 i 16 (3 przypadki), Dzika 20, Ogrodowa 33 i Koźła 7.

Względnie częste były przypadki zimnicy, zanotowano przypadków 9 (m. 6, k. 3) z ulic: Gnojna 9, Tamka 49, Twarda 13, Młynarska 25, Sierakowska 6, Chłodna 66, oraz Nowe Brudno, Wola i Skoroszew.

Częściej pokazywał się tyfus brzuszny. Przyjęto przypadków 8 (m. 4, k. 4), z przebiegiem niezbyt ciężkim, pomyślnym z ulic: Ogrodowa 6, Nowiniarska 16, Ciepła 4, Muranowska 7, Krzywe Koło 12, Nowolipie 60, Góra Kalwaria i wieś Czesnów.

Z innych chorób gorączkowych przybyło: 7 przypadków zapalenia gardła, 5 — zapalenia płuc krupowego, po 3 przypadki: płonicy (Browarna 16, Twarda 12 i Wysoka 10), błonicy gardła (Grzybowska 7, Nalewki 49, Orla 15) i gruźlicy płuc; 2 — odry oraz po jednym przypadku: biegunki krwawej, gruźlicy opon mózgowych i wodowstrętu (Gęsia 89).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych przyjęliśmy 41 (m. 16, k. 25).

Biletów odmownych chorym wydano 13 (m. 3, k. 10).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 64 (m. 36, k. 28).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2968 (m. 1299, k. 1669).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 7,75%.

J. Sz waj cer.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCyny“

Szanowny Redaktorze!

Grono kolegów, złożone ze 116 lekarzy, pracujących w szpitalach warszawskich, pragnąc uczcić zasługi kolegi Teodora DUNINA dla szpitalnictwa, zebrało rb. 500 (pięćset) i ofiarowało je kol. DUNINOWI z prośbą o wybranie z kolegów szpitalnych komitetu, któryby przyznał powyższą sumę jednemu z młodszych lekarzy pod następującymi warunkami:

1) Komitet, zaraz po ukonstytuowaniu się, ogłasza w pismach o otwarciu konkursu na nagrodę imienia Teodora DUNINA.

2) Ubiegać się o nagrodę mogą tylko lekarze, którzy ukończyli medycynę w r. 1897 lub później.

3) Współubiegający się winni najdalej w ciągu 2 miesięcy od chwili ukazania się w pismach pierwszego ogłoszenia o konkursie przedstawić wybra-

nemu komitetowi, za pośrednictwem jednego z jego członków, prace swe, bądź już ogłoszone drukiem, bądź w rękopiśmie.

4) Komitet jest obowiązany rozstrzygnąć konkurs najdalej w przeciągu 3 miesięcy od chwili pierwszego ogłoszenia o konkursie.

5) Nagrodzony jest obowiązany za przyznaną mu nagrodę, którą otrzyma z rąk kolegi DUNINA, wyjechać za granicę dla pracowania w wytkniętym przez kolegę DUNINA kierunku.

6) Nagrodzony winien najdalej w ciągu roku od wyjazdu ogłosić pracę (wynik studyów za granicą), na której pod tytułem będzie wydrukowane: „Rzecz nagrodzona z funduszu lekarzy szpitalnych imienia Teodora DUNINA“.

W dniu 11 lipca r. b. kol. KARWOWSKI, KAMOCKI i E. ZIELIŃSKI wręczyli powyższą sumę (500 rb.) koledze Teodorowi DUNINOWI, który wybrał w dniu 12 lipca r. b. na członków komitetu kol. W. KAMOCKIEGO, W. JANOWSKIEGO, Br. SAWICKIEGO, J. STEINHAUSA i Edw. ZIELIŃSKIEGO pod przewodnictwem W. KAMOCKIEGO.

Wskutek tego niżej podpisany prosi uprzejmie o nadesłanie na ręce jednego z powyższych kolegów prac lub rękopisów, których autorowie pragną ubiegać się o w mowie będącą nagrodę (r. 500) i z góry się zobowiązują do spełnienia §§ 5 i 6 niniejszego ogłoszenia.

Walenty Kamocki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= REMLINGER badał mocz osobników z chorobami zakaźnymi na obecność albumoz za pomocą metody JACQUEMET'a. Wyniki badania były prawie zawsze dodatnie bez względu na rodzaj choroby zakaźnej. Im stopień zakażenia był większy, tem wyraźniej występowała reakcja. Autor nie widział zależności pomiędzy ilością białka a ilością albumoz w moczu. Treść metody JACQUEMET'a jest następująca: świeżo wypuszczony mocz mieszamy z nadmiarem soli kuchennej, odsączamy, słabo podkwaszamy kwasem octowym, zagotowujemy i po ostygnięciu odsączamy powtórnie. Usunąwszy w ten sposób fosforany i ewentualnie białko, dodajemy do przesączu $\frac{1}{3}$ objętości eteru. Ten ostatni wyciąga albumozy i tworzy na powierzchni płynu w probówce szklistej czop, który niekiedy bywa bardzo ścisły, tak że możemy wywrócić próbkę dnem do góry bez wylania płynu. (Gaz. méd. d'Orient. 15. XII. 1901).

= RONHSTEIN używa następującego sposobu w celu otrzymania z moczu preparatów mikroskopowych, dających się przechowywać przez czas dłuższy.

Mocz stawiamy w kieliszkach do lodowni na 24 godziny (w braku lodu możemy dodać tymolu i postawić mocz przy temperaturze pokojowej). Na drugi dzień zlewamy mocz z osadu, a na jego miejsce nalewamy czystej wody, wstrząśniętej z tymolem. Po powtórnej odstawieniu znowu dekantujemy i na osad nalewamy 2—3 krotną ilość 2% roztworu formaliny, silnie wstrząsamy i po raz ostatni stawiamy do odstawienia, poczem połowę płynu, stojącego nad osadem, zlewamy i na jego miejsce nalewamy równą ilość mieszaniny (*Formoli* 20,0 : *Glycerini* 125,0; *Aq. destill.* ad 200,0) Preparaty, ztąd otrzymane, przechowują się w ciągu paru lat. (Fortschr. d. Med. 2. 1902).

= FUCHS z pomiędzy 41 przypadków tyfusu brzuszego — w 14 znalazł wydzielanie bakterii z moczem. Z tej liczby — w 4 przypadkach wykazano laseczniki tyfusu; w 2 przyp. lasecznika okrężnicy; w jednym — koki; w siedmiu przypadkach rodzaj drobnoustrojów nie został bliżej określony, jednak z pewnością nie były to laseczniki EBERTH'a. W połowie przypadków *bacteriuriae* autor stosował urotropinę i na zasadzie obser-

wacyi twierdzi, że ten środek działa niejako specyficznie przy wydzielaniu laseczników tyfusu w moczu, zmniejszając znakomicie ich ilość. To też autor radzi podawać urotropinę rekonwalescentom po tyfusie brzuszny aż do zupełnego zniknięcia *bacteriuriae*. (Wien. klin. Woch. 7. 1902).

= ZUPNIK wnioskuje, że dodatni wynik reakcyi WIDAL'a pozwala nam z wszelką pewnością zrobić rozpoznanie tyfusu brzuszego, jeżeli tego cierpienia niema w wywiadach, i jeżeli choroby w danej chwili niema żółtaczki. Ujemny wynik reakcyi w początkach choroby nie wyłącza rozpoznania duru; inna rzecz, jeżeli wysoka temperatura trwa już przez czas dłuższy. Poronne postaci tyfusu zwykle nie dają odczynu WIDAL'a. Z innych spraw chorobowych aglutynacja laseczników EBERTH'a spotyka się jedynie w cierpieniach, połączonych z żółtaczką. (Zeitschr. f. Heilk. 22. 11).

= LÉVI i LEMIERRE podnoszą jeszcze raz kwestyę zaraźliwości moczu, pochodzącego od chorych tyfusowych, i opisują przypadek tyfusowego zapalenia pęcherza, które wystąpiło na 19 dzień choroby. Mocz chorego w ciągu całych 3 mie-

sięcy zawierał leukocyty i laseczki EBERTH'a w czystej hodowli. Laseczki znikły po przyjęciu 4,0 urotropiny w ciągu 6 dni. (Gaz. hebdom. de med. et de chir. 98. 1901).

= HÜHN i JOANOWICZ opisują jedyny przypadek zropienia worka bąblowca wątroby, spowodowanego przez laseczki EBERTH'a po przebytych tyfusie brzuszny. (Lecnicki viestnik 2. 1902).

= SOUQUES w przypadku marskości LAENNEC'a robił dwukrotnie *punctio abdominalis* i otrzymał za pierwszym razem 13, za drugim 15 litrów płynu podobnego do mleka, zawierającego na litr — 3,2 tłuszczu i nukleoalbuminy. Pod mikroskopem znaleziono ciała tłuszczowe i 1,200 leukocytów jednojądrowych w jednym milimetrze sześciennym płynu. Na sekcji nie znalazł autor zmian w otrzewnie; przewody limfatyczne nie były naruszone; cysterna PECQUET'a napełniona skrzeplą krwią. S. przypuszcza, że w danym przypadku miało miejsce *diapedesis* leukocytów z uciśniętych naczyń chłonnych kiszek do jamy otrzewnej; tutaj białe ciała krwi uległy rozpadowi i utworzyły zawiesinę podobną do mleka. (Soc. méd. des Hôp. 21. III. 1902).

Z.

Wiadomości bieżące.

— XII Zjazd chirurgów polskich odbył się we Lwowie w dniu 14, 15 i 16 lipca r. b.

— Następny X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się zamiast w roku 1903 dopiero w 1904. Na prezesa komitetu gospodarczego wybrany został prof. MACHEK, na zastępcę zaś jego prof. ZAKRZEWSKI.

— Na dziekana wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim wybrany został w r. b. prof. BUJWID.

— Zjazd okulistów niemieckich odbędzie się w roku bieżącym w Heidelbergu pomiędzy 4 a 6 sierpnia.

— W Berlinie pomiędzy 22 a 26 października odbędzie się konferencya międzynarodowa centralnego zarządu stowarzyszenia dla walki z gruźlicą.

— Na miejsce prof. FOURNIER'a, zajmującego katedrę syfilodologii na wydziale lekarskim w Paryżu, mianowany został d-r HALLOPEAUX.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów katalog księgarni E. Wende i S-ka.

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2⁰o).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywiccy, zołżów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BULSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncyi) l r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Józef Warszawski, Warszawa, Orla.

Aspirin

Antirheumaticum i. Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3—5 dziennie.

Salochinin

(Ester salicylowy chininy). Antipyreticum i Analgeticum zupełnie bez smaku. Wskaz.: Stany gorączkowe szereg, gorączki tyfuszowe, malaria, nerwice. (Neuralgie, Ischias).

Hedonal

Nowy Hypnoticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz.: bezsenność nerwowa szereg. w stanach depresyjnych i t. d. Daw. 1,5—2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.

Heroin hydrochl.

Wysmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003—0,005 gr. 3—4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005—0,0025 gr. 3—4 razy dziennie.

Agurin

Octan Theobromin-natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5—1 gr. pro die 3 gr.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, infekcji, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2—3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakterycydyczne własności przy najniższym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6—12 gr. dziennie, dzieciom 3—6 gr. dziennie.

Europen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Ulcus molle, Papul mad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z acobor. pulv aa p. mieszany lub jak masę 5—10%.

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żołądkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25—0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznym i w postaci łatwo wysysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Aristol

Wybitny środek zablizniający a szereg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszany lub jako 5% masę.

Trional

Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.

Mleko-Somatoza

Zawiera 5% taniny w organicznym połączeniu. Wskaz.: Dyspepsja, Neurastenia, Anemia, Gruźlica, Tyfus i Krzywica. Dla dorosłych 5—15 gr. dziennie, Dla dzieci 3—10 dziennie.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis, Tyfus.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny

PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH

O-ra Reichsteina

Warszawa—Leszno 31.

SZCZAWNICA

Sanatorium D-ra J. Kołaczewskiego przy zakładzie wodoleczniczym otwarte od maja do końca września. Środki lekarskie, klimat. picie wód mineraln. żelęcy, kefiru i mleka, kąpiele hydropatyczne, mineralno żelaziste, rzeczne, elektryczne i mechanoterapia, inhalacja i t. p. Ceny przystępne.—Kuchnia wykwinna. Prospekty na żądanie wysyła zarząd.