

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 34.

Warszawa d. 25 Sierpnia 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek cięcia cesarskiego wskutek osteomalacji. Podał d-r Gracyan Piszczewski. — Kilka przypadków ciężkiego ogólnego zakażenia z pierwszymi objawami ze strony powiek. Podał B. R. Gepner. — Streszczenia i wyciągi. 92. Przyczynę do patogenezy kamieni żółciowych. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie sekcji laryngologiczno-otytrycznej. Protokół z dnia 26. IV. i 31. V. 1906 r. — Odcinek. Warszawski dom wychowawczy ks. Baudouina w świetle historii. Podał d-r B. Korybut-Daszkiewicz. (Ciąg dalszy). — Drobne wiadomości. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r G. Piszczewski — Un cas de section césarienne à cause d'ostéomalacie. 2) D-r B. R. Gepner — Quelques cas d'infection grave générale avec les premiers symptômes du côté des paupières.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r G. Piszczewski — Ein Fall von Kaiserschnitt in Folge von Osteomalacie. 2) D-r B. R. Gepner — Einige Fälle von schwerer Allgemeinfektion mit den ersten Symptomen seitens der Lider.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z przytułku położniczego w Częstochowie.

Przypadek cięcia cesarskiego wskutek osteomalacji.

Podał

D-r. GRACYAN PISARZEWSKI.

Anna Kapa, lat 33, wstąpiła do przytułku 10-go maja 1904 r., dokąd została skierowaną przez kol. BRZEZIŃSKIEGO z Zawiercia dla wykonania cięcia cesarskiego wskutek zmian w mie

dnicy. Anamneza chorej przedstawia się w sposób następujący. Do 19 roku życia była zupełnie zdrowa i pracowała w fabryce. Miesiączka zjawiała się w 17-ym roku, była prawidłowa co 4 tygodnie w przeciągu 4 dni. W 19-ym roku życia bez żadnych widocznych przyczyn zaczęły się jakieś nieokreślone niedomagania w rodzaju silnych bólów w nogach, rękach i tułowiu, które zmusiły A. Kapę do leżenia w łóżku i odebrały jej zupełnie możność ruchów. Leżała, podług jej wyrażenia, w łóżku, jak kłoda, przez 4 lata, poczem objawy chorobowe powoli zaczęły ustę-

pować, bóle złagodniały, i mogła powoli zacząć się ruszać. Przy ruchach i wstawaniu zauważała zmiany w koście, które tu bliżej opiszę. W 32-roku życia wyszła za mąż i wkrótce zaszła. Ciąża przeszła jej dosyć dobrze, chociaż czuła się bardzo osłabioną, cierpiała na bóle głowy i omdlenia, nogi puchły, i dużo kaszlała; obecnie liczy, że jest w ostatnim miesiącu ciąży. Daty ostatniego peryodu, ani pierwszych ruchów nie pamięta. Przed kilku dniami miała kilkakrotnie napady drgawek, o czym nie pamięta, ponieważ była nieprzytomna.

Kol. BRZEZIŃSKI (w Zawierciu), który widział chorą podczas napadów, nie może ściśle określić, czy były to napady mocznic, czy też eklampsji. W chwili przybycia do przytułku jest zupełnie przytomna i oprócz kaszlu i lekkiego bólu głowy nie skarży się na żadne dolegliwości.

Przy badaniu, które miało miejsce w przytułku wkrótce po przybyciu chorej, znalazłem: A. Kapa, 33 lata, wzrost 137 ctm., twarz nalana, obrzękła, kończyny dolne spuchnięte, częsty, męczący kaszel zależny od rozlanego zapalenia oskrzeli. Tony serca głucho, wymiary powiększone nieznacznie w obu kierunkach, mocz zawiera dużą ilość białka. Ponieważ Kapa prawie nie mogła ustać na nogach, więc badanie szkieletu było bardzo utrudnione i przedstawia się tak: W dolnej części kręgosłupa wklęsnięcie ku przodowi i naprawo. Prawa strona miednicy podniesiona ku górze i wklęsła, lewa opuszczona i odchylona ku tyłowi. Spojenie łonowe przedstawia się pod postacią silnie wystającego dzioba, widocznego zdaleka. Prawa dolna kończyna pałkowato wygięta na zewnątrz, przyczem największe wygięcie wypada na dolną część uda i górną goleni. Lewa kończyna znacznie gorzej rozwinięta, zgięta ku wewnątrz, i największe zgięcie przypada na dolną część uda. Ruchy w obydwóch stawach kolanowych, jak aktywne, tak i passywne, możliwe, chociaż znacznie ograniczone; stopy obrzękłe

przedstawiają formę stóp płaskich. Wymiary miednicy były robione przed i po operacji, przy wyjściu chorej z przytułku. Wymiary te są następujące: *Dist. Crist.* 23. *D. spinalis* 19. *Conj. ext.* 18, *conjugat. diagonalis* 6.

Przy obliczaniu *conjugatae diagonalis* można było albo raczej trzeba było brać dwa rodzaje wymiarów. Ponieważ kości łonowe schodziły się w kształcie dzioba tak blisko, że tylko w dolnej części można było włożyć pomiędzy nie końce palca, więc, jeżeli liczylibyśmy odległość od *promontorium* do zewnętrznego końca dzioba, otrzymalibyśmy 11½ ctm. Jeżeli zaś, chcąc mieć dokładną miarę długości C. D., jaką przedstawiała odległość od *promontorium* do miejsca, gdzie gałęzie kości łonowych schodziły się na tyle blisko, że prawie się zlewały w jedno i pomiędzy nimi nie było już miejsca wolnego, to odległość ta wynosiła 6 ctm.

Brzuch obwisły, położenie płodu pośladkowe, pośladki zwrócone na prawo. Tony serca płodu słyszalne dość wyraźnie koło pępka.

Badanie wewnętrzne, b. utrudnione wskutek niemożności przedostania się dwoma palcami pomiędzy spojenie łonowe i *promontorium*, wykazuje, że szyja maciczna jest drożna dla jednego palca, miękka, rozpulchniona, wody nie odchodzą, bóle rzadkie i słabe. Wobec tych danych, rozpoznawszy miednicę osteomalyczną z tak znacznym zwężeniem, że poród ani siłą natury, ani sztucznie ukończony być nie mógł, przystąpiłem do cięcia cesarskiego, które zrobiłem w obecności i przy łaskawej pomocy kolegów PIETRASIEWICZA, NOWAKA, GARLICKIEJ i BRZOWSKIEGO w uśpieniu chloroformowem po uprzednim zastrzyknięciu morfiny. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się sporo płynu surowiczego, szaro zabarwionego, jako oznaka przesięku do jamy otrzewny.

Cięcie w macicy zrobiłem podłużne, przebiłem błony i wydobyłem płód rodzaju żeńskiego, omdlały (przyszedł do siebie po kilku minutach), wyjąłem ręką łożysko i zaszyłem macicę

dwupiętrowym szwem jedwabnym węzełkowym. Obydwa jajniki po podwiązaniu odciałem. Co do techniki operacji, to wykonałem ją tak samo, jak w poprzednio opisanych przeze mnie dwóch przypadkach (Medycyna 1903 rok) i dlatego nie będę tu powtarzał. Na macicę nie nakładałem podwiązek, lecz uciskał dolny jej odcinek kolega PIETRASIEWICZ; krwawienie było bardzo nieznaczne. Macica kurczyła się bardzo słabo, krew sączyła się pomiędzy szwami, i trzeba było nakładać sporo szwów dodatkowych na otrzewną, by pokryć ranę macicy. Operacja trwała 1½ godziny, chora zniosła operację dobrze. Przebieg pooperacyjny był przez pierwsze kilkanaście dni gorączkowy i zakłócony przez pierwsze trzy dni wymiotami, chociaż stan ogólny był względnie niezły; stolec i wiatry zaczęły odchodzić po trzech dniach, i powoli pacjentka zaczęła się poprawiać. Dalszy przebieg operacyjny był znów zakłócony zropieniem trzech szwów brzusznych i odleżyną na krzyżu, co podtrzymywało gorączkę w organizmie, i tak już bardzo zniszczonym i wycieńczonym.

Przedstawiając opis tego przypadku, miałem na myśli uprzytomnić Sz. Kolegom sam proces chorobowy osteomalacji, względnie bardzo rzadko u nas spostrzegany i w naszym polskim piśmiennictwie opisany zaledwie kilka razy. Wogóle osteomalacja nie należy u nas do częstych chorób, tak, że najwięcej uczęszczane kliniki mają zaledwie zanotowanych po kilka lub kilkanaście przypadków.

Właściwie opisana chora przedstawia osteomalację nie w samym jej rozwoju, lecz zmiany zależne od byłego procesu. Choroba sama u naszej chorej jakby wygasła, pozostawiając tylko swe skutki. Nawet ciąża, podczas której proces patologiczny zwykle się pogarsza, nie miała wpływu ujemnego; nie było ani bólów w kościach, ani nie wystąpiły nowe skrzywienia lub zmiany w kończynach, dawniej już zajętych, lub też w nowych uczestkach szkieletu. Ponieważ chora przedstawiała prawdziwy konglome-

rat chorób (nerki, płuca, serce — osteomalacja) tak że ku ogólnemu naszemu zdziwieniu przyniosła tę w każdym razie ciężką operację, i nie było żadnych danych, że przy następnych ciążach nie nastąpiłoby pogorszenie sprawy, więc, chcąc ją zabezpieczyć od możliwości powtórnego zajścia w ciążę, wyciąłem obydwaj jajniki. Kastrację wykonałem, jak powiedziałem, w celu usunięcia możliwości zajścia, lecz zarazem wybrałem kastrację, a nie rezekcję trąbek dlatego, ponieważ, jak wiadomo, sama przez się kastracja jest najlepszym i, jak obecnie, prawie jedynym środkiem usunięcia tego tak ciężkiego cierpienia.

Osteomalacja —rozmięczenie kości— pomimo wybitnych swych objawów i zainteresowania, jakie wskutek tego wywołała pomiędzy badaczami, jest wciąż jeszcze ciemną zagadką jak co do przyczyny, jaka ją wywołuje, tak i samej sprawy anatomicznej, jaka w niej ma miejsce. Jedno tylko napewno możemy powiedzieć, że jest to choroba, rozwijająca się w wieku dojrzałym i u kobiet. Najwcześniejszy wiek, w którym spostrzegana była osteomalacja, jest 15 lat, tak, że nie tylko z wyników leczenia (kastracja), lecz i samego czasu, w którym rozwija się choroba, możemy, a nawet musimy wnosić, że funkcje jajnika odgrywają tu główną rolę. Wszystkie dotychczas spostrzegane przypadki osteomalacji u mężczyzn przy więcej szczegółowym badaniu okazały się innymi chorobami, tak, że faktycznie osteomalację musimy nazwać chorobą kobiet, i to kobiet w okresie fizyologicznej dojrzałości.

Co do samego rozprzestrzenienia cierpienia, to zajmuje ono przeważnie miejsca młodszych górskich formacji Europy —Alpy, Apeniny wraz z ich odnogami. Rzadko cierpienie to spotyka się w równinach i gołych wyniosłościach północy, północno-zachodniej i północno-wschodniej Europy oraz w miejscowościach diluwialnego pochodzenia. SCHÖNBERG (1) np. przytacza, że do 1887 roku były znane tylko 3 przy-

padki osteomalacji w Norwegii. ARNATT (2) zaznacza, że cierpienie to zdarza się w Ost-Indiach znacznie częściej, aniżeli *rhachitis*, i wogóle jest znacznie częstsze, niż w Europie. KEHRER (3) zaprzecza wpływom gleby i powietrza i twierdzi, że rozpowszechnienie osteomalacji jest bardzo nierównomierne i prawdopodobnie nie zależy od warunków klimatu i formacji ziemi, lecz od innych bliżej nie znanych nam przyczyn.

Jako dowód słuszności poglądu KEHRER'a przytacza THORN (4), że są miejscowości, gdzie przypadki osteomalacji bywały przedtem znacznie częstsze. Inni jeszcze, jak GELPHE (5), w badaniach swych doszli do wniosków, że miejscowości, w których częściej spotykamy osteomalację, posiadają wodę z znaczną zawartością wapna.

Co do warunków życia, to niezaprzeczenie osteomalacja spostrzegana bywa częściej w biednej klasie ludności, w każdym razie nie jest to choroba proletariatu, i, jak np. MEYER (6), KEHRER (7), ZWEIFEL (8) i FEHLING (9) są zdania, mylnie uważane było dotąd za cierpienie właściwe klasie ubogiej, a KEHRER (l. c.) wciąż twierdzi, że złe odżywianie, nieodpowiednie mieszkanie i inne podobne ujemne wpływy mogą być wyłączone conajmniej w jednej trzeciej części spostrzeganych przypadków.

Jak widzimy, patogeneza osteomalacji jest jeszcze bardzo ciemna i oprócz faktów, że cierpienie to nagabuje wyłącznie kobiety w okresie dojrzałości płciowej, że pogarsza się nie tylko podczas ciąży, lecz i przy każdym miesięczkowaniu, i że wycięcie jajników sprowadza uleczenie choroby, nie wiele więcej wiemy. Fakty te jednak dostatecznie przekonywają nas, że jajniki odgrywają ogromną rolę w omawianem cierpieniu i w ich nieprawidłowej funkcji powinniśmy znaleźć przyczynę choroby. Że funkcja jajnika nie ogranicza się li tylko na wydzielaniu jajka, lecz że jajnik wnosi do organizmu kobiety nieznanne nam bliżej i nie zbadane dotąd produkty chemiczne, mamy dowód w blednicy i

zmianach chorobowych, jakie występują u kobiet, pozbawionych jajników. Jak blednica prawdziwa rozwija się tylko w okresie dojrzałości płciowej, tak i osteomalacja również zdarza się tylko w tym okresie, i chociaż badania dotąd nie pozwalają nam określić istoty cierpienia zmuszają jednak do przyjęcia zależności od jajników, od ich nienormalnej działalności. W większości przypadków rezultaty badania jajników wypadają ujemnie. Ani zmian anatomicznych, ani mikroskopowych nie zdołano wykazać, a jeżeli były znajdowane jakie zmiany, to nie były one charakterystyczne dla omawianego cierpienia. Nie w anatomicznej więc zmianie, lecz w zmienionej funkcji jajników należy szukać przyczyny tego tak jeszcze zagadkowego cierpienia.

Co się tyczy osteomalacji, to w początkach choroby chore skarżą się na nieokreślone bóle w różnych częściach ciała, ogólne niedomaganie i osłabienie. Objawy te, po większej części, w początku bywają na tyle mało charakterystyczne, że przyjmujemy je za reumatyzm mięśniowy, dyskrację moczanową i t. p. i jako takie leczymy. Stopniowo jednak objawy potęgują się; niektóre kości, szczególnie kości miednicy i żebra stają się bardzo czułe i dotkliwymi na najmniejszy ucisk; bóle przybierają tępy albo też ostry neuralgiczny charakter i wzmagają się. Do tego wszystkiego przyłącza się drżenie mięśni, osłabienie i ciężkość nóg, bolesne skurcze mięśni, szczególnie zginaczy.

Wskutek miękkości i podatności kości ulegają zmianom, przede wszystkim kości miednicy, jako dźwigające cały ciężar ciała. Kość krzyżowa poddaje się ku przodowi i wtłacza się pomiędzy talerze kości miedniczych; wskutek tego następuje odpowiednie wygięcie kręgow części brzusznej, i chora staje się faktycznie niższą, jakby mniejszą. Wskutek ucisku bioder talerze kości miednicy wyginają się, odchylają się, stają się więcej płaskimi i nieprawidłowymi w swej

formie, zmniejszając pojemność miednicy. Kości łonowe wskutek ucisku kręgosłupa i bioder wysuwają się ku przodowi, schodzą się swymi wewnętrznymi częściami i tworzą mniej lub więcej znaczny dziób, sterzący naprzód.

Dolne kończyny zwracają się ku środkowi, wyginają się to mniej, to więcej, chociaż zwykle zmiany, w nich spostrzegane, nie bywają znaczne, gdyż chora już to wskutek bólów w kościach, już to wskutek ogólnego osłabienia prędko zmuszona bywa położyć się do łóżka. W naszym przypadku zmiany w kościach dolnych kończyn są znaczne i typowe dla omawianego cierpienia. Po za kośćmi miednicy największym zmianom ulegają zazwyczaj kości klatki piersiowej, mianowicie żebra; sam przez się ciężar górnych kończyn wywołuje zapadnięcie się klatki piersiowej i wygięcie jej ku przodowi i różne zmiany w formie klatki. W naszym przypadku zmiany w żebrach były nieznaczne; klatka piersiowa przedstawiała się wąską, spłaszczoną, lecz nie okazywała wybitniejszych lub więcej charakterystycznych zmian. Po za obrębem szkieletu spotykamy zwykle przewlekły nieżyt w oskrzelach (objaśniany wydzielaniem się przez błony śluzowe soli wapiennych), zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w formie częstego rozwolnienia i b. często białkomocz. Ciągłe, silne i uporczywe bóle wyczerpują chorą, odbierają jej sen i możność odpoczynku, ponieważ kości są tak bolesne, że leżenie czas jakiś na jednej stronie staje się niemożliwym.

Pomimo nawet daleko posuniętej choroby miesiączkowanie zwykle istnieje, i każda regularność pogarsza stan chorej, sprowadzając nowe bóle, potęgując dawniejsze. Przebieg choroby trwa lata całe, przyczem samoistne wyleczenie zdarza się często.

Pierwszym objawem poprawy bywa zmniejszenie się bólów, powrót łaknienia, i chora stopniowo zaczyna się poprawiać, podnosić, zachowując jako ślad przebytej choroby nie dające się usunąć zmiany szkieletu.

Jeżeli nie wiele pozytywnego możemy przytoczyć dla objaśnienia przyczyn powstawania osteomalacji, to tem mniej również wiemy o samym przebiegu cierpienia, jego mikroskopowych zmianach i przyczynach, wywołujących rozmięczenie kości. Pomimo całego szeregu badań, zajmujących się badaniem omawianego cierpienia, mamy tu wiele jeszcze ciemnych punktów.

Wiemy tylko napewno, że proces chorobowy polega na rozmięczeniu kości i pozbawieniu ich soli wapiennych. Jedni, np. W MEYER (10), opierając się na mikroskopowym i chemicznym badaniu osteomalacji, przebiegającej nie podczas ciąży, utrzymują, że choroba ta nie przedstawia sprawy zapalnej, lecz że ma tu miejsce proste odwapnienie starych kości. Inni, jak v. JAKSCH, kładą nacisk na dowiedzioną zmniejszoną zasadowość krwi, tego samego zdania jest i WINCKEL, lecz z drugiej strony nie brak i przeciwników tego poglądu, jak np. FEHLING (11).

Wobec panującej mody bakteryologicznej nie zbrakło głosów, że jest to cierpienie pasorzytnicze, wywołane bakteriami *sui generis*, i zwolennicy tego poglądu, jak np.: KEHRER (12), SLOWIJS (13), BAUMAN (14) i FRUZZI (15) wprost uznawali chorobę tę za pasorzytniczą, przyczem ten ostatni, t. j. FRUZZI, miał podobno wyhodować z krwi chorej na osteomalację swoisty grzybek, podobny do gronkowca.

FEHLING (16), którego pogląd obecnie można uważać za najwięcej racjonalny, uważa osteomalację za chorobliwą, nadmierną wrażliwość vasodilatatorów, powstającą wskutek wadliwej działalności jajników.

Nadmiernie pobudzona wrażliwość ma działać odruchowo na sploty nerwu sympatycznego i wywoływać zastój żylny; ten znów powoduje przekrwienie, rozpuszczenie soli wapiennych i rozplywanie się substancji kostnej. Tkanki przymaciczne są zazwyczaj silnie przepełnione krwią, i, chociaż mięszk jajników często nie

przedstawia zmian widocznych, jednak trzeba przyjąć wzmogoną ich działalność, na co wskazuje nadmierna płodność takich kobiet.

W konkluzji FEHLING zaznacza, że jest to podług niego nerwica troficzna i jako potwierdzenie swego poglądu przytacza to, że usunięcie jajników usuwa zarazem i samo cierpienie. Nie pozbawienie możności zajścia w ciążę leczy kobietę, dotkniętą osteomalacją, lecz usunięcie jajników, ponieważ razem z kastracją usuwamy przyczynę, wywołującą nerwicę troficzną.

Chociaż inni, jak np. HOFMEYER (17), nie znaleźli w operowanych przez się przypadkach wspomnianego znacznego bogactwa naczyń i ich rozszerzenia, i chociaż w niektórych przypadkach opisanych przez SCHAUTA'ę (18) i GUENIOT'a, (19) nastąpiło wyleczenie po klasycznym cięciu cesarskim bez wycięcia jajników, i chociaż teoria FEHLING'a nie objaśnia nam wszystkich szczegółów rozwoju choroby, ani jej rozprzestrzenienia, to jednak trzeba ją uważać za ważny krok naprzód. Sprowadzając osteomalację do rzędu nerwic troficznych, zależnych od nie normalnej funkcji jajników, daje nam możliwość leczenia tej tak strasznej choroby za pomocą usunięcia nieprawidłowo funkcjonujących organów t. j. kastracji. Że teoria ta ma rację bytu, dowodzą tego najlepiej liczne przypadki uzdrowienia po kastracji.

Dane mikroskopowe przytaczam podług HEINRICHA BAYER'a, prof. Strasburskiego uniwersytetu (Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe).

„Specyalne i najwięcej zasługujące na uwagę zmiany szkieletu powstają wskutek rozmiękczenia kości i pozbawienia ich wapna. Odwapnienie to zaczyna się od kanałów HAVERS'a i rozprzestrzenia się coraz więcej ku obwodowi.

Tym sposobem z twardej, ścisłej kostnej substancji powstaje podobna do kości substancja miękka, pozbawiona wapna, która się szczególnie intensywnie barwi karminem. Te t. zw.

„Karminzonen” zamieniają się coraz więcej przez rosnący szpik kostny, przez co rozszerzają się przestrzenie tkanki gąbczastej; liczne kostne beleczki, podziurawione przez liczne również kanały VOLKMANN'a, zanikają, i zanik tkanki robi coraz większe postępy.

Takim sposobem kość traci swoją twardość, jakby była odwapniona za pomocą kwasu. Powstają załamania, zagięcia, złamania i w następstwie tworzenie się blizn kostnych (*callus*).

Jeżeli proces rozmiękczenia dosięga obwodu, to ostatecznie kość staje się miękką, jak wosk (*osteomalacia cerea*). Podobnego tłamczenia cierpienia, jako zaniku tkanki normalnej, t. j. odwapnienia z następczem rozpuszczeniem się podstawy kostnej, nie przyznają niektórzy autorzy; przeciwnie, owe kostne pasy karminowe (Karminzonen) uważają za nowo-tworzącą się tkankę kostną, ale taką, która patologicznie rozwija się i podlega zwapnieniu. Tak np. v. RECKLINGHAUSEN wykazał, że w omawianem cierpieniu powstaje równocześnie z rozpuszczeniem kości i tworzenie się nowej, która zamienia kostną masywną tkankę na porowatą, miękką masę. Podobny proces najwięcej można zauważyć w miejscach, które podlegają najsilniejszemu ciśnieniu. W ten sposób w kościach osteomalatycznych ginie coraz więcej normalna beleczkowata budowa, i równocześnie z miejscami więcej zbitymi i twardymi występują obszary zupełnie miękkie, rozmiękczone, gdzie kostny belkowaty fundament daje się wykazać w nieprawidłowych i bez wszelkiego planu rozrzuconych uczałkach. Dopóki cierpienie znajduje się w stadium rozwoju, szpik kostny obfituje w krew, przedstawia się nawet częściowo przekrwionym (hemorrhagicznym), albo też zawiera masę pigmentu. Później odnawia się tłuszczowa część składowa szpiku, i nawet podlega zwapnieniu nanowo substancja gąbczasta. W ten sposób może nastąpić wyzdrowienie, naturalnie z zachowaniem zmian formy, jakie powstały przedtem w rozmięczonych kościach.

dalej, zaczyna się wątpić o trafności rozpoznania i szuka się innych przyczyn. Jeżeli chory ma przypadkiem ropienie z ucha, przypisuje się gorączkę powikłaniu ze strony ucha i myśli się o operacji. Jako ilustrację przytacza S. następujący przypadek. U chłopca 18-letniego w 7 tygodni tyfusu wystąpiła gorączka przepuszczająca — jeden z konsultantów zwrócił uwagę na ropienie z ucha, i zdecydowano otworzyć wyrostek sutkowy. Wezwany do wykonania operacji chirurg w tak czarnych barwach przedstawił rodzinie ewentualny rezultat operacji, że jej zaniechano. Na drugi dzień ciepłota ciała spadła — chory wyzdrowiał. Co się tyczy operowania w przypadkach rozlanego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, to S. nie mógłby polecić operacji w tych razach.

HEIMAN zaznacza, że przedewszystkiem dla ustalenia rozpoznania charakteru zapalenia opon należy wykonać nakłucie lędźwiowe i zbadać wydobyty płyn. Ale znalezienie leukocytów w płynie nie wystarcza do zdecydowania charakteru, należy znaleźć bakterie. Co się tyczy operowania, to badania wykazały, że *meningitis serosa* może przebiegać pod postacią zapalenia rozlanego, i w tych właśnie przypadkach operacja daje wyniki pomyślne. Ponieważ zaś nie mamy pewnych kryteriów, odróżniających rozlane zapalenie opon mózgowych od surowiczego, więc stąd pochodzą próby operowania i przypadków pierwszej kategorii. Z drugiej strony istnieją w piśmiennictwie dwa przypadki niewątpliwego zapalenia ropnego opon, gdzie operacja dała wynik dodatni. Bywają zresztą przypadki ropnia zewnątrzoponowego, przebiegające pod postacią rozlanego zapalenia opon. W tych przypadkach przystępuje się do operacji bez pewnego rozpoznania.

Protokół z dnia 31. V. 1906 r.

1) KENIGSTEIN przedstawił:

a) Kobieta 22 letnią, która w 15 roku życia zauważyła zatkanie lewej jamy nosowej. Dwa razy operowano ją bez skutku (jakie operacje były robione, K. nie wie). Przy badaniu okazało się, że lewe nozdrze tylne jest zamknięte przegrodą kostną.

b) Kobieta 18-letnią, którą widział przed laty trzema, dotkniętą wówczas zanikowym nie-

żytem nosa. W roku bieżącym zaczęła doznawać zatkania nosa i bólu. Przy badaniu znalazł K. na przegrodzie chrzęstnej owrzodzenie i guziczki, na skórze nosa również guziczki. Rozpoznanie: *lupus nasi*. Po jednorazowym naświetleniu promieniami X przez KOZERSKIEGO widać obecnie małe owrzodzenie na przegrodzie, w innych miejscach blizna.

W dyskusji nad przypadkiem pierwszym CHORĄŻYCKI zakomunikował, że przedstawioną chorą operował przed 1½ rokiem z powodu *atresia choanae ossea*. Jedynie galwanokauterem był w stanie zrobić otwór, mający około 8 mm. średnicy. Usiłowanie powiększenia otworu podwójnym dłutkiem nie udało się z powodu twardości kości. Przez pewien czas oddychała nosem dobrze. W tych dniach była u CH. i opowiedziała, że w ½ roku po pierwszej operacji zwróciła się do WRÓBLEWSKIEGO, który znalazł na miejscu zrobionego otworu bliznę, zrobił powtórna operację, po której chora oddychała swobodnie przez 5 miesięcy, gdy po pierwszej operacji poprawa trwała tylko 3 tygodnie. Obecnie CH. proponuje zrobić mały otwór i naokoło usunąć całą kość.

SREBRNY sądzi, że najwłaściwszą metodą operacyjną byłoby usunięcie kostnej przegrody dłutem z następczem rozszerzaniem metodycznym.

MEYERSON zaleca świder HARTMANN'a z następczem opilowaniem brzegów kości. Dłutko uważa za niebezpieczne, a galwanokauter za niewystarczający.

CHORĄŻYCKI obawiał się mocno uderzać młotkiem, aby nie wywołać jakiegoś uszkodzenia. Po wypaleniu otworu użył piły, ale okazało się, że nasze piły nosowe są za krótkie.

LUBLINER uważa, że atrezje kostne nozdrzy tylnych w praktyce dla dłuta są niedostępne. Dla każdego przypadku potrzebny jest odpowiedni przyrząd. Możeby dała się zastosować trefina elektryczna.

SREBRNY nie może sobie uprzytomnić, jakim niebezpieczeństwem może grozić dłutko w rękach doświadczonego specjalisty.

RONTALER w podobnym przypadku użył długiego dłutka — nie ma przytem żadnego niebezpieczeństwa. Trudność polega na łatwym ześlizgiwaniu się dłuta. Po zrobieniu otworu tenże wkrótce zarósł.

MEYERSON uważa świder za narzędzie delikatniejsze. Zamiast zwykłych krótkich pił nosowych trzeba używać dłuższych.

DRABCZYK widział u JURASZA zastosowanie elektrolizy w przypadku kostnego zarośnięcia nozdrza tylnego. Posiedzeń było bardzo dużo, każde trwało około 10 minut. Siła do 10 miliamperów. Rezultat nie jest mu wiadomy.

HEIMAN przed kilku laty przebił przegrodę kostną frezą elektryczną. O rezultacie nie wie.

KENIGSTEIN zamierza po wytamponowaniu jamy nosogardzielowej operować dłutkiem HAJEK'a.

SOKOŁOWSKI przypomina, że o atrezyi nozdrzy tylnych pisał u nas MEYERSON, ostatnio BAUROWICZ.

SREBRNY nie zdaje sobie dokładnie sprawy ze sposobu, w jaki KENIGSTEIN chce tamponować jamę nosogardzielową: wprowadzony od strony jamy ustnej tampon nie będzie się trzymał, wprowadzony zaś przez zdrową jamę nosową przy pomocy rurki BELLOCQUE'a, umieści się w okolicy otwartego nozdrza tylnego. Zresztą planowaną przez KENIGSTEINA tamponadę uważa za zbyteczną.

SOKOŁOWSKI jest tego samego zdania.

KARWOWSKI występuje w obronie lekceważonej elektrolizy, przy pomocy której usunął taką atrezyę kostną. Chory dotychczas doskonale oddycha. Liczba posiedzeń nie była wielka.

W dyskusji nad drugim przypadkiem KENIGSTEIN'a MEYERSON oświadcza, że nie widzi blizny na całej powierzchni chorej, zaledwie na samym brzegu widać rąbek bliznowaty, który może już był i dawniej. Po zatem znajduje owrzodzenie. Rezultatu wyraźnego nie może skonstatować.

KARWOWSKI przychylił się do zdania MEYERSONA.

SREBRNY zwraca uwagę, że dla ocenienia stanu obecnego należałoby znać stan przed naświetleniem. W danym przypadku jednak istotnie wyraźnego rezultatu nie widać. W innym

przypadku wilka skóry nosa po jednorazowym naświetleniu widział rezultat zdumiewający.

2) ŻEBROWSKI zakomunikował następujące spostrzeżenia:

a) Agent policyjny, postrzelony kulą rewolwerową. Kula weszła przez wyrostek sutkowy lewy, wyszła przez jamę HIGHMOR'a prawą. Błona bębenkowa nie uszkodzona. Obfite krwawienie z nosa, przegroda bez wątpienia musiała być przebita. Po 2 tygodniach zupełne wyzdrowienie. Kula minęła szczęśliwie po drodze nerw twarzowy, *art. maxill. interna*, nie mówiąc już o tętnicy szyjowej. Na drugi dzień krwawienie z nosa ustało, pomimo to jednak nie udało się odnaleźć miejsca przebicia przegrody.

b) Nadzorca więzienny, postrzelony kulą rewolwerową. Kula weszła przez prawy wyrostek sutkowy, przebiła przegrodę nosa i wyszła przez lewą jamę HIGHMOR'a. Wyrostek zębodołowy wyrwany, jama HIGHMOR'a wypełniona odłamkami kości — przez tę ostatnią można było wejść do jamy nosowej. Jamę HIGHMOR'a wytamponowano gazą jodoformową — nałożono opatrunek. Wyzdrowienie. Ż. przedstawił kliszę roentgenowską tego przypadku. Ubytek kości prawdopodobnie wypadnie zastąpić protezą. W książce Passow'a „Die Vorletzungen des Gehörorgans” niema opisu zranienia wyrostka, podobnego do dwóch przez Ż. zakomunikowanych przypadków.

HEIMAN zapytuje o stan słuchu.

ŻEBROWSKI badał słuch w pierwszym przypadku. Słuch był bardzo przytępiony. Niskie tony chory słyszał dobrze, wysokie gorzej. Osłabienie słuchu zdaje się być następstwem wstrząśnienia labiryntu.

HEIMAN widział przypadek takiego postrzału ze złamaniem kostnego przewodu słuchowego na granicy chrzęstnego. Kule nie zostały wydobyte. Ten sam osobnik potem wymierzył sobie dwa strzały w głowę, kule pozostały w mózgu. Chory żyje.

Zygmunt Srebrny.

O D C I N E K.

WARSZAWSKI DOM WYCHOWAWCZY

Ks. BAUDOUINA

w świetle historii.

Według odczytów w Seceyi Wychow. Warsz. Tow. Hig

Podał

D-r B. KORYBUT-DASZKIEWICZ.

Ordynator Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 33).

Sprawa ta była palącą, istotnie bowiem prawie od początku istnienia instytutu Dzieciątka Jezus kobiety wiejskie nie były płatne regularnie, tak że dług szpitala z tego źródła, przez Komitet z końcem roku 1838 obliczony, wynosił z górą 50000 złp. Nie mogło to, naturalnie, zachęcać do brania dzieci na wychowanie na wieś, a ztąd płynęły i zgubne dla nich następstwa, jak przepełnienie szpitala i znaczna śmiertelność w takich warunkach.

Odtąd, t. j. od 1 czerwca 1839 roku, kobiety wiejskie miały co kwartał odbierać całkowitą należność. Prócz tego lekarz inspektor służby wewnętrznej szpitala miał obowiązek robienia wyboru między kobietami, przybywającymi po dzieci, i nie powierzania dzieci tym, które nie miały pokarmu lub z innych względów odpowiedniej nie przedstawiały gwarancji. Dwa razy na rok w kwartałach letnich dzieci miały być przynoszone do szpitala dla sprawdzenia ich stanu zdrowia, sposobu obchodzenia się z nimi ich opiekunów i zaszczepienia w razie potrzeby ospy ochronnej. Do bardzo ważnych rozporządzeń Komitetu należy zapewnienie kobiet wiejskich, „że wychowanców swych będą mogły bez żadnych trudności zatrzymywać jako własne dzieci. „Jest to bowiem najpewniejszy i najużyteczniejszy kierunek, jaki może dać dom podrzutek swym wychowancom, bo któż tym nieszczęśliwym isto-

tom lepiej zastąpić zdoła rodzica nad tę, która ich własnymi wykarmi piersiami? Kto swobodniejsze w Kraju naszym podać może zatrudnienie nad stan rolniczy?”.

Tak dosłownie brzmią humanitarne motywy, którymi kierował się komitet. Do dalszych, a nie mniej ważnych spraw, poruszonych przez Komitet, należało podniesienie wynagrodzenia mamek z 98 złp. na 200 złp. rocznie.

W rzeczywistości stosunki w tym kierunku panowały okropne; mamki rekrutowały się z najgorszej klasy ludności, najczęściej były wybierane z pośród kobiet, przez policję nadsyłanych, i tylko te, które już nigdzie w domach prywatnych zajęcia znaleźć nie mogły. Wo bec braku kandydatek odpowiednich nie robiono między nimi wyboru, i często mamki z małą ilością pokarmu karmiły po troje, czworo niemowląt.

Nie przeto dziwnego, że rocznie na 800 niemowląt w szpitalu umierało 500.

Podwyższenie wynagrodzenia mamkom zwiększyło liczbę kandydatek, ułatwiło ich wybór; uregulowanie sprawy wynagrodzenia kobiet wiejskich zachęciło do brania dzieci na wieś, i z końcem 1839 roku już znaczny postęp w całym tym smutnym obrazie zaczął się ujawniać. Liczba podrzutek wynosiła w r. 1839 około 40 na miesiąc, że jednak kobiety wiejskie często się po dzieci zgłaszać poczęły, liczba ich w szpitalu rzadko przewyższała liczbę kilkunastu, tak że komplet mamek z 22 na 12 zmniejszono.

Dla porównania, o ile się poprawiły stosunki w szpitalu po zaprowadzeniu wyżej wyliczonych reform, pozwolę sobie przytoczyć niektóre dane statystyczne z tegoż samego „Zdania sprawy czynności Rady Głównej Opiekuńczej instytutów dobroczynnych” w roku 1839.

A więc, gdy w pierwszych 6-iu miesiącach 1839 roku utrzymywano zakład według dawnych porządków, przybyło do szpitala niemowląt 438, umarło 212; — w drugim półroczu już po zapro-

wadzeniu reformy, przyjęto niemowląt 278, umarło 87.

Liczba dzieci na utrzymaniu szpitalnem wynosiła;

z końcem roku 1838	
1) Dzieci większych w szpitalu	487
2) Niemowląt	54
3) Dzieci po wsiach	872
Ogółem 1413	

z końcem roku 1839:	
1) Dzieci większych w szpitalu	33
2) Niemowląt	29
3) Dzieci po wsiach	958
Ogółem 1030	

Jak widzimy, liczba dzieci starszych w szpitalu wybitnie się zmniejszyła dla zasady, wyrażonej przez Komitet, by zakład dzieci większych zwinąć, utrzymując w szpitalu tylko te z nich, które rzeczywiście pomocy lekarskiej potrzebowały.

Prócz reform komitetu, dotyczących bezpośrednio domu podrzutków, były i inne, skierowane do właściwego szpitala dla chorych, o nich jednak, ponieważ nas bezpośrednio nie obchodzą, mówić nie będziemy.

Wspomnieć nam tylko wypada o ustanowieniu posady lekarza inspektora, stale zamieszkalego w szpitalu, którego obowiązki Komitet w oddzielnej instrukcyi wyjaśnił. Stanowisko to odpowiadało mniej więcej stanowisku dzisiejszego lekarza miejscowego.

Duszą wyżej wymienionych reform był D-r Med. Aleksander Le-BRUN, który też wkrótce zajął posadę lekarza naczelnego szpitala D-ka Jezus; był on tedy pierwszym lekarzem naczelnym; pojawił się więc — nowy tytuł i urząd.

Do zarządu powierzonym mu szpitalem wziął się D-r Le BRUN z niezwykłą gorliwością, położywszy na tem polu niespożyte zasługi.

Odrzucał też począł drukować w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego coroczne sprawozdania z całego szpitala D-ka Jezus; pierwsze z nich nosi tytuł: „Sprawozdanie lekarskie z czynności szpitala D-ka Jezus w Warszawie 1841 r. (T. VII).

„Nie masz prawie przeznaczenia szpitalom właściwego, od którego szpital D-ka Jezus był wolnym”.

„Jest on domem podrzutków i mamek; wychowuje sieroty, mieści wszelkiego rodzaju chorych, daje przytułek kalekom i wiekiem obciążonym, przyjmuje kobiety brzemiennie i rodzące, mieści w sobie szkołę akuserek i klinikę położniczą, jest wreszcie jedynym domem w całym Królestwie dla obłąkanych niewiast”; tak charakteryzuje obowiązki i zadania szpitala Dz. Jezus jego pierwszy lekarz naczelną D-r Med. Le BRUN.

W sprawozdaniu swem zaznacza D-r Med. Le BRUN, że w roku 1841 już było o 294 podrzutków więcej, niż w roku poprzednim; przewiduje także, że cyfra ta jeszcze znacznie zwiększać się będzie dzięki zniesieniu opłaty za podruczone dzieci i zmniejszeniu, po zaprowadzeniu reform, śmiertelności ich.

Przy sposobności notuje on fakt podrzucania dzieci do koła nawet już chodzących, zależy to od niesłusznego ułatwiania tego bądź co bądź przestępstwa przez samą zwierzchność; wobec czego proponuje wprowadzenie jawnego przyjmowania niemowląt, a nie posługiwanie się kołem dla podrzutków.

Nakoniec zaznacza on i znaczne zmniejszenie się śmiertelności wśród niemowląt po wprowadzeniu reform.

„W ogólności, na liczbę 1044 podrzutków z roku zeszłego, licząc już w to pozostałych z r. 1840, zmarło w szpitalu 215, co czyni 20 na sto, czyli 1 na 6. Co za różnica ze śmiertelnością niemowląt przed rokiem 1839-ym, gdy ich zaledwie $\frac{1}{20}$ część przy życiu zostawała!” — pisze D-r Le Brun.

Ze słów powyższych widać, jak dobroczynna i potrzebna była reforma z 1832 roku.

Wkrótce potem, bo 2 maja 1842 roku, wydany został Ukaz o głównym zarządzie szpitalów i wogóle zakładów dobroczynnych w Królestwie; Ukaz ten podniósł Radę główną do stooddzielnej władzy, jako oddzielny wydział w komisji rządowej spraw wewnętrznych i duchownych; — oznaczył on prawa i obowiązki Rady głównej, jako też służby lekarskiej i szpitalnej.

§ 396 przepisów szczegółowych Ukazu dla szpitala Dz. Jezus wyraźnie zaznacza, że niemowlęta mają pozostawać w zakładzie tylko do czasu przekonania się o ich stanie zdrowia i zaszczepienia im ospy ochronnej.

Funkcjonujące dotąd koło dla podrzutek według tychże przepisów miało nadal pozostać.

Szpital jeneralny Augusta III-go i zakład Baudouinowski Dz. Jezus mają się odtąd zwać szpitalem Dz. Jezus.

Opieka z urzędu księdza wizytatora misjonarza usuniętą została zupełnie.

Do ważniejszych faktów w następnych latach zanotować wypada nam to, że po raz pierwszy w 1844-ym roku lekarz FRYDRYCH odbył rewizję stanu zdrowia wszystkich dzieci zakładowych, umieszczonych na wsiach. Był to nowy sposób dozoru nad warunkami życia, w jakich się te dzieci znajdują.

Już z końcem 1843 roku zaprowadzono i dziś istniejące sznurki, zakończone plombami z numerem porządkowym i rokiem, odbitymi na nich dla znaczenia dzieci szpitalnych; te t. zw. „plomby” były zawieszane na szyjkach dzieci.

W roku 1845-ym ustanowiła Rada główna t. zw. „biuro admissyi”, przeznaczone dla jawnego przyjmowania za małą opłatą dzieci na wychowanie; w 1847 r. zaczęło już ono funkcjonować, przez to też wciąż jeszcze funkcjonujące koło w myśl dawniejszych propozycji Le BRUN’a zaczęło z wolna tracić swe znaczenie.

W roku 1849-ym zaznaczyć należy rzadki fakt, a mianowicie, że aż 516 dzieci włościanie na zupełną własność do siebie przyjęli, — skutkiem czego zmniejszyła się wielce liczba dzieci szpitalnych, na wychowaniu będących.

Do ważniejszych faktów w dziejach szpitala w r. 1858-ym należy wydanie przez Radę szczegółową główniejszych zasad postępowania dla opiekunek parafialnych, które na skutek tejże Rady przyjęły opiekę nad dziećmi szpitala Dz. Jezus, po za jego obrębem na wychowaniu będącemi.

Do główniejszych punktów tej instrukcji należą wskazówki, że opiekunki mają sprawdzać, w jakich warunkach pod względem zdrowotnym znajdują się dzieci, u kobiet wiejskich na wychowaniu będące, — pod jakim są też tam wpływem moralnym. O spostrzeżeniach swoich pod tym względem opiekunki miały prawo zawiadomić Radę szczegółową, co naturalnie znacznie ułatwiało kontrolę nad dziećmi na wsi będącemi.

Chcąc zachęcić kobiety wiejskie do przyjmowania dzieci na wychowanie, Rada szczegó-

łowa przestrzegała regularnej wypłaty należnego im wynagrodzenia i zaręczyła im zwrot opłaty za przejazd do Warszawy i napowrót, jako też zapewniła zwrot kosztów za leczenie dzieci, na wsi pod ich opieką pozostających.

Opłaty, jakie w owych czasach kobiety wiejskie pobierały za wychowanie dzieci, rocznie wynosiły: za niemowlęta przy piersi złp. 96, za starsze zaś złp. 72.

W roku 1870-ym skończyły swoją działalność Rady Opiekuńcze, a ich obowiązki przebrane zostały na Miejską Radę Dobroczynności Publicznej.

Nastąpiło to wskutek Najwyższego Ukazu do Senatu z d. 19 czerwca 1870 r., w którym znajdujemy zalecenie, by projektowana reforma była przeprowadzona do 1 Września tegoż roku.

Pierwszym naczelnikiem Zakładów Dobroczynnych w Warszawie został rzeczywisty radca stanu Zaborowski.

Decyzją tejże Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej z d. 26 lipca 7 Sierpnia 1871 r. od dnia 1/13 września 1871 roku zamknięciem zostaje kółko do podrzucania niemowląt, a zamiast tegoż urzędzonym został: „Kantor dla jawnego przyjmowania dzieci w oficynie szpitalnej przy bramie od ulicy Szpitalnej, w którym przyjmowanie dzieci i odsyłanie tychże do oddziału mamek (z wyjątkiem czynności kancelaryjno-administracyjnych) powierzonym być ma troskliwość dwóch Sióstr Miłosierdzia i. t. d.”. W tych słowach zwraca się kurator szpitala Dz. Jezus pod adresem: „Do Najprzewielebniejszej Matki Wizytorki Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia w Warszawie”, komunikując Jej rozporządzenie w tym przedmiocie — Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej.

Kantor więc dla jawnego przyjmowania niemowląt zjawia się zamiast funkcjonującego już od roku 1845-go „biura admissyi”, które dotychczas obok kołowrotka istniało.

Rada Miejska Warszawskiej Dobroczynności Publicznej, podając do wiadomości o tem swoim rozporządzeniu, motywuje je potrzebą odnowienia gmachów szpitalnych i mówi tylko o czasowym zniesieniu kółka dla niemowląt „do czasu nowego ogłoszenia”. Faktem jed-

nak jest to, że od tego czasu kołowrotek istnieć zupełnie przestał.

W tejże odezwie do publiczności — Rada Miejska Dob. Publicznej zaznacza, że „Kantor ten w każdym czasie otwartym będzie dla przyjmowania dzieci, niemających roku życia, to jest takich, które potrzebują pokarmu piersiowego.

Osoby, przynoszące dzieci, obowiązane są wymienić: imię, nazwisko, religię, wiek, miejsce zamieszkania, tak swoje, jak i rodziców, to jest ojca albo matki dziecka, tudzież czy zostało ochrzczone, w jakim obrządku, i jakie mu nadano imiona.

Szczegóły powyższe, o ile dotyczą osób, przynoszących dzieci, powinny być stwierdzone książeczkami legitymacyjnymi.

Po raz pierwszy w czasie tym spotykamy w aktach urzędowych nazwę: „Wospitatielnyj dom”.

Dosłownem tłumaczeniem na język nasz będzie dzisiejsza nazwa instytucji: „Dom Wychowawczy”.

Wprawdzie i w późniejszych czasach akty urzędowe mówią o: „Domu Podrzutków”, powoli jednak utrwała się ostatecznie przyjęty tytuł Domu Wychowawczego.

Jednocześnie z otwarciem kantoru dla jawnego przyjmowania niemowląt Rada Miejska Dobroczynności Publicznej daje specjalną instrukcję, określającą sposób przyjmowania dzieci do Domu Wychowawczego.

Wobec tego, że instrukcją tą z niewielkimi zmianami i w dzisiejszych czasach się posługujemy, pozwolę ją sobie w tłumaczeniu przytoczyć:

§1. Do Domu Wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus przymowane są tylko niemowlęta, nie mające skończonego roku życia, t. j., takie które potrzebują karmienia piersią.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= RUBESKA opisał rzadkie bardzo spostrzeżenie włókniaka przegrody pochwowo odbytnicowej, utrudniającego poród. 30-letnia po raz szósty rodząca zapisała się 1897 r. do kliniki położniczej w Pradze. Pierwszy poród *sponte*, drugi *ope forcipis*, trzeci *sponte*, czwarty *ope forcipis*. Lekarz wtedy skonstatował jakiś guz i radził w razie nowej ciąży udać się do kliniki. W roku 1896 przy piątej ciąży wywołano poród przedwczesny z perforacją czaszki dziecka. Obecnie rozpoznano *sub partu fibroma septi rectovaginalis*: główka zatrzymała się nad wejściem do miednicy małej. Guz twardy, kulisty, wielkości pomarańczy; na-

cięto ścianę tylną pochwy na guzie, wyluszczonego guz prawie że na tępo, przyczem powstała mała dziura *in peritonaeo*, zaraz ją zaszyto. Ranę pochwową zaszyto katgutem. Po godzinie odeszły wody, i urodziło się *sponte* żywe dziecko. *Prima reunio*, wyzdrowienie gładkie. Guz ważył 320 gramów. Guz istniał od lat czterech. RUBESKA radzi akuszerom, aby obecnie więcej kierowali się zasadami chirurgicznymi: dawniej zastosowanoby ewentrację, perforację płodu żywego i t. d., o wiele racjonalniej jest usunąć przeszkodę, chociażby *sub ipso partu*, niż poświęcić bez potrzeby dziecko.

(Zentralblatt f. Gynaekol. N. 11. 1906).

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, i innych chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; 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 zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

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

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—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.

Skład główny na Rossyę: Bolsze—Ochtsenskaja Apteka „Otd. Hematogen“, St. Petersburg.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzel'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum—
Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Acute laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żoły, kaszel oskrzelowy, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obłitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesięczk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesięczkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Galernaja, 20.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnich badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH przy aptece

FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Fachingen i Selters.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEJICZNY D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Marszałkowska 149, telefon 42,17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych. Gimnastyka ortopedyczna, masaż. Przy zakładzie własna pracownia przyrządów ortopedycznych.

Dr. Romualda Bindera

Zakład wodoleczniczy i sanatorium

Willa Stefania w Meranie

otwarty od 1-go września do czerwca.

Łagodna, sucha i słoneczna zima, sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, masażem, gimnastyką leczniczą, kąpielami świetlnymi i słonecznymi, owocami, dietą i wero-dowaniem.

Terapia sportowo - terenowa.

Wszelki komfort, wspaiałe urządzenie. Piersio-wo-chorych zakład nieprzyjmuje.

Prospekty wysyła D-r Binder

(leczy po za zakładem i dozwala korzystać z urzą-dzeń zakładowych także eksteruiatom).

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Przy szybkim przebiegu cierpienia miednica staje się miękką, giętką i do tego stopnia podatną, że pod naparciem przodującej główki dziecka może się rozszerzać i pozwala na przejście płodu. Jest to t. zw. kauczukowa miednica. Po wygaśnięciu cierpienia tworzą się zmiany, które robią poród *per vias naturales* niemożliwym. Tego rodzaju zmiany widzimy u naszej chorej, i w danym przypadku nie było wyboru w postępowaniu podczas porodu, i jedynie cięcie cesarskie mogło ocalić i matkę i dziecko“.

Przechodzimy teraz do leczenia. *Inventa causa cessit morbus* — stare to dobre przysłowie daje się w zupełności zastosować do leczenia osteomalacji. Jeżeli teoria FEHLING'a jest słuszna, w takim razie leczenie, polegające na usunięciu nienormalnego wpływu jajników, powinno być zupełnie usprawiedliwione, i w myśl tej teorii podał FEHLING kastrację jako sposób leczenia osteomalacji. I rzeczywiście, kastracja usuwa rozwój choroby; ustępują przedewszystkiem bóle, które tak wyniszczają organizm chorej, kości stają się więcej twardymi, i chora powraca do zdrowia, zachowując, jako ślad przebytej choroby, nie dające się wyrównać zmiany w kośćcu. Już wcześniej nawet, nie znając jeszcze patogenetyz cierpienia i nie dowierzając teorii FEHLING'a, a widząc tylko ujemne skutki ciąży, radzili i wykonywali całkowite wycięcie macicy. Jednym z pierwszych, który, opierając się na teorii FEHLING'a, wykonał klasyczne cięcie cesarskie z wycięciem jajników, był nasz rodak prof. MADUROWICZ. Wynik jak jego operacji, tak i drugiej, wykonanej przez jego asystenta BRAUNA, był zupełnie pomyślny; obydwie chore powróciły do zdrowia, bóle znikły bardzo prędko, by nie pojawiać się już więcej. Trzeci podobny przypadek opisali w literaturze naszej PODGÓRSKI i HARAJEWICZ (Przegląd lekarski 1893 r.), gdzie efekt wycięcia jajników był również doskonały, a nawet o tyle lepszy, że bóle znikły zaraz po wytrzebieniu. Nie przytaczam tutaj licznie opisanych podobnych przypadków

z obcej literatury, gdyż i te, w naszej literaturze opisane, nie tylko potwierdzają słuszność teorii FEHLING'a, nie tylko wskazują, że powinniśmy przyczyny osteomalacji szukać w nienormalnej funkcji jajników, lecz zarazem dają nam broń w ręce przeciw temu straszному cierpieniu. Z chwilą, gdy rozpoznanie osteomalacji nie podlega wątpliwości, powinniśmy wykonać kastrację, ponieważ zabieg ten napewno usuwa rozwój cierpienia, lecz samą chorobę.

Oprócz leczenia operacyjnego probowano również leczenia ogólnego wzmacniającego, a więc podawano fosfor, żelazo, chinę i arszenik, leczono również prądem stałym. D-r GLASNER (Orvosi Hetilap. 1903 r. N. 38 — 40. Streszczenie w Zentralblatt für Gynäkologie N. 50. 1904 r.) widział b. dobre wyniki przy równoczesnem podawaniu fosforu i wodanu chloralu (15 : 300 — 3 łyżki dziennie), przy czem bóle podobno ustępowały dość szybko, i stan chorych poprawiał się znacznie. Przy tego rodzaju leczeniu — wewnętrznymi środkami — otrzymywano nieraz dobre wyniki, chociaż efekt podobnego leczenia nie był wybitny. Całych miesięcy trzeba było, aby osiągnąć poprawę, i w dodatku chora miała zawsze zawieszony nad sobą miecz Damoklesa, że może zająć w ciążę, i wygaśle cierpienie może znów powrócić pod wpływem ujemnego wpływu ciąży. Dlatego też, jako jedynie racjonalne leczenie, przynajmniej obecnie, trzeba uważać usunięcie jajników, które leczy i samą chorobę i zapobiega jej powrotowi.

LITERATURA.

- 1) SCHÖNBERG. Klinisch. Aarlug 1887 (Cent. f. Gyn. 1888 pag. 493).
- 2) ARNATT. Transact. of the obstetr. Soc. of. Edinburgh 1885. X. pag. 9.
- 3) KEHRER. Deutsche Med. Wochenschr. 1889. 49.
- 4) THORN. C. f. G. 1891. pag. 828.
- 5) GELPHE. C. f. G. 1891. pag. 1016.
- 6) MEYER. C. f. G. 1890. p. 436.

- 7) KEHRER. L. c.
- 8) ZWEIFEL. C. f. G. 1889. p. 731.
- 9) FEHLING. Berl. Congr. X. (C. f. G.). 1890. p. 8.
- 10) W. MEYER. C. f. G. 1890. p. 436.
- 11) FEHLING. L. c.
- 12) KEHRER. C. f. G. 1889 p. 731.
- 13) SOLOVIJ. C. f. G. 1892. p. 745.
- 14) BAUMAN. C. f. G. 1889. p. 871.
- 15) FRUZZI. Annali di ostetr. e. Gin. 1891 N. 10 (C. f. G. 1892. p. 574).
- 16) FEHLING. C. f. G. 1889. p. 530 i 732.
- 17) HOFMEIER. C. f. G. 1891. p. 226.
- 18) SCHAUTA. Wiener Med. Wochen. 1890. N. 19.
- 19) GUENIOT. C. f. G. 1892. p. 775.

Kilka przypadków ciężkiego ogólnego zakażenia z pierwszymi objawami ze strony powiek.

Podał
B. R. GEPNER.

Dziewczynka, 2½ roku mająca, uderzona została przez braciszka drewnianą zabawką w okolicę lewego oka. Na razie rodzice przykładali zimną wodę; chwilowy obrzęk miejscowy szybko ustąpił, dziecko tego dnia i następnego było spokojne.

Trzeciego dnia od rana dziewczynka była rozdrażniona, marudziła, skarżyła się na zimno, miała nawet kilkakrotnie wstrząsające dreszcze, nie przyjmowała pokarmu. Jednocześnie powieki oka lewego mocno zapuchły. Wówczas byłem wezwany do chorej.

Zastałem dziecko w półśnie, bardzo szybko oddychające. Lewe oko zupełnie zamknięte górna powieka mocno obrzękła, skóra jej napięta, zaczerwieniona, błyszcząca; tuż pod brwią małe zdrapanie naskórka na przestrzeni około centymetra. Czerwoność skóry ostrej granicy

nie miała. Obrzęk sięgał ku górze po za brew, był nieco ciastowaty, przy palpacji nie znalazłem nigdzie ani stwardnienia, ani miejsca bolesnego. Gruczoły przeduszne powiększone. Ciężkość 38,6°. Tętno 160. Wywinąwszy z trudnością górną powiekę, znalazłem łącznicę jej nieco nastrzykniętą, błyszczącą, na niej parę kłaczek włóknikowych, nie przylegających do jej powierzchni. Wypływu z worka łącznicowego nie ma. Gałka oczna nie podrażniona, źrenica dobrze oddziaływa na światło. Obrzęk przechodzi przez nos i na powieki prawego oka. W moczu białka nie znalazłem. Zastosowałem ustawiczne ciepłe, wilgotne okłady.

Powyżej opisany obraz chorobowy występujący po urazie, ze względu na stan ogólny i charakter tętna nie odpowiedni do ciepłoty, nasunął mi podejrzenie zakażenia paciorkowcami. Uprzedziłem rodziców, że choroba jest bardzo poważna, a zejście jej może być złe, i odrazu zaznaczyłem, że prawdopodobnie wypadnie zastosować „surowicę“.

Nazajutrz rano (4 dzień) stan zmienił się o tyle, że już obydwie oczy były tak silnie zapuchnięte, że o wywinęciu powiek nie było mowy. Dziecko ciągle w półśnie, postępuje chwilami. Tętno > 160. Ciężkość 37,9°. W moczu białka niema. Zakażenie paciorkowcami wydawało mi się niewątpliwem. Wezwany na naradę kol. KARWACKI podzielił moje przypuszczenie, i niezwłocznie zrobiliśmy zastrzyknięcie surowicy TAVEL'a w ilości 10 cm. sz. O 8 wieczorem stan ogólny bez zmiany, tylko z prawego oka, t.j. tego, które później zapuchło, ukazała się wydzielina płynna, szarawa, dość obfita. Zebrałem ją na szkiełko przedmiotowe do zbadania.

Następnego dnia (5 dzień) o 11 przed południem zastałem dziecko już na nogach. Noc spędziło dosyć spokojnie. Obydwie oczy zlekka otwiera, choć z trudnością. Na skórze powiek, mniej zaczerwienionej, zaczęły się tworzyć fałdy. Gałki bez podrażnienia, wydzieliny nie ma.

Tętno 120. Ciepłota 37°. Szóstego dnia pozostało tylko nieznaczne zaczerwienienie skóry powieki górnej lewej. Dziecko dość wesołe, bawiło się z rodzeństwem, było tylko mocno osłabione.

Wziernik oczny nie wykrył żadnych zmian na dnie oczu.

Zbraną na szkiełku wydzielinę zbadał łaskawie kol. KARWACKI i doniósł mi, że znalazł „czystą hodowlę *Diplobacillus Morax-Axenfeld*”, po za tem nie, i wyraził mniemanie, że może zbyt-ecznie uciekaliśmy się do surowicy TAVEL’a.

Wiemy wszyscy, że wspomniane prątki zdarzają się w wydzielinie łącznicy często, bo nie tylko w klinicznie klasycznej „*Conjunctivitis subacuta Morax-Axenfeld*”, ale również, jako domieszka wraz z innymi drobnoustrojami, w różnych sprawach, a nawet w zdrowym worku łącznicowym. W tej chorobie wydzielina bywa wogóle skąpa, nie podobna do tej, jaką w opisanym przypadku widzieliśmy. Wydzieliny tej w pierwszych dniach choroby nie było, ukazała się niespodzianie dopiero trzeciego dnia, już po zastożowaniu surowicy, i to tylko w oku prawem, które później zostało zajęte. Wynik badania był dla mnie zupełnie nieoczekiwany. Zamiast spodziewanego paciorkowca, znaleziono ustrój, nigdy nie posądzany o zdolność wywołania tak ciężkiej sprawy ogólnej. Kliniczny obraz przypominał raczej różę, w żadnym razie nie *conjunctivitis Morax-Axenfeld*. A jednak wynik badania był niewątpliwy. Nie znałem z literatury opisu podobnego spostrzeżenia, dla pewności jednak zwróciłem się do prof. AXENFELD’a we Fryburgu, jednego, że tak powiem, z ojców chrzestnych *diplobacillus’a*, z prośbą o wyrażenie swego zdania. I dla A. przypadek ten okazał się zupełnie nowym, widywał on bowiem ten ustrój w ciężkich postaciach spraw zapalnych łącznicy, ale były to choroby czysto miejscowe.

Również dziwnem się wydaje, że wydzielina i *diplobacillus* były tylko w oku, które później zachorowało, z oka lewego, jak wspomnia-

łem, żadnej wydzieliny nie było. Z tem wszystkim fakt pozostaje faktem, godnym zaznaczenia.

Postać chorobową tego rodzaju, jak w opisanym tu przypadku, spotykam nie po raz pierwszy.

Pokrótkę wspomnę poprzednie spostrzeżenia.

1) Dziewczynka 3-letnia obudziła się rano z gorączką i zapuchniętym okiem lewym. Czerwoność skóry powieki górnej, mocno napiętej. Żadnej wydzieliny. Gruczoły przeduszne zajęte. Bardzo szybkie tętno (150—170). Ciepłota 39,3°. W ciągu trzech dni stan ciężki, senność, zajęcie *sensorii*. Gorące okłady na oko, maść jodoformowa, podtrzymywanie działalności serca. Po tygodniu wyzdrowienie. Urazu wywiady nie wykryły.

2) Chłopiec 7-letni stąpnął bosą nogą na żarzący się węgiel. Na pięcie ślad oparzenia. Po 36 godzinach dreszcz, stan gorączkowy. Powieka górna lewego oka obrzękła, napięta, zaczerwieniona. Gałka oczna bez podrażnienia. *Sensorium* bardzo zajęte. Nazajutrz w obrzękłej powiece ukazuje się jakby zagłębienie, pokryte skórą ścięnczałą, szaro-fioletową. Obrzęk przechodzi na drugie oko. Na trzeci dzień *exitus laetalis* wśród objawów *septicopyaemiae*.

3) W ambulatoryum Instytutu oftalmicznego jeden z kolegów (d-r J. ETTINGER) przedstawił mi dziecko 1½ roczne „z dziwnym stanem zapalnym powiek”, bez ograniczonego ogniska zapalnego, bez wydzieliny lub nalotów na łącznicy, z podniesieniem ciepłoty ciała i tętnem ledwie wyczuwalnem. Dziecko miało przed paru dniami zadrażniony policzek. Opierając się na wspomnianych wyżej przypadkach, postawiłem rokowanie złe *quoad vitam*. Nazajutrz matka przyszła, prosząc o podpisanie aktu zejścia.

4) Chłopiec 5-letni po niewielkim urazie (stłuczenie ze zdarcie naskórka przy kości jarzmowej) zachorował po upływie 48 godzin wśród identycznych objawów. Po dreszczu ciepłota bar.

dzo podniesiona, przytomność niepełna, obrzęk powiek obu oczów z zaczerwienieniem rozlanem skóry. Na 5 dzień choroby surowica MARMOREK'a. *Exitus laetalis* na 7 dzień.

5) Kol. CZYŻEWSKI obserwował w moim imieniu przypadek zupełnie identyczny z pierwszym. TAVEL. Wyzdrowienie po paru dniach.

Duże podobieństwo, nieledwie identyczność przebiegu choroby w opisanych przypadkach zniewała mnie do połączenia ich w jedną całość. Wszystkie dotyczą dzieci. W większości ich zaznaczono istnienie nic nie znaczącego zresztą urazu. Z tych sześciu przypadków — cztery własne spostrzegałem w praktyce prywatnej, o badaniu zwłok nie było mowy.

Pozwalam sobie przytoczyć tu jeszcze jeden przypadek, trochę różny co do przebiegu, ale mojem zdaniem tego samego pochodzenia urazowego, z zakażeniem paciorkowcowem. Pod względem chronologicznym powinien on zająć pierwsze miejsce. Dotyczy on noworodka, wydobytego kleszczami. Pod lewem uchem duże zdarcie naskórka. Ojciec przechodził *gonorrhoeam*; neurastenik, czytany w „popularnej medycynie”, obawiał się ciągle ropnego zapalenia łącznicy mającego przyjść na świat dziecka. Wielokrotne badania narządów płciowych tak ojca, jak i matki, nie wykryły dwoinek NEISSER'a. Na 2 czy 3 dzień po urodzeniu dziecka występują zmiany na jednym oku. Powieki obrzękłe, wydzielina kłaczkowata. Wezwany lekarz, prawdopodobnie suggestyjonowany przez ojca, tryprofoba, przyjmuje sprawę za ropne zapalenie noworodków i stosuje lapis. Na 5 dzień jestem wezwany i zastaję obraz kliniczny *Conjunctivitis diphtheritica*. Stosuję (lat temu 8) okłady gorące, przemywania ciepłe co godzina, maść jodoformową. Zdarcie naskórka po kleszczach po-

krywa się szarym nalotem. W następstwie zajęcie drugiego oka, *Rhinitis membranacea*, *epididymitis*, *mors* wśród objawów *septico-pyemiae*. Badanie bakteriologiczne wydzieliny łącznicy wykryło „czystą” hodowlę streptokoków (d-r Al. ŻURAKOWSKI). Na żadne surowice (zresztą nie wiele ich mieliśmy w owym czasie do rozporządzenia) rodzice się nie zgadzali.

Brak opisów przypadków podobnych do moich nie tylko w naszej, ale i w obcej literaturze skłonił mnie do poddania ich opinii kolegów. Zdawało mi się, że wszystkie te przypadki mają za przyczynę zakażenie paciorkowcami; ostatni, względnie najściślej badany, przekonanie to pozornie nieco zachwiał. Spostrzeżenia te nie mogły być zupełnie kompletne: nie było badania bakteriologicznego krwi, ani też badania zwłok, ale to rzecz, niestety, aż nazbyt częsta w praktyce prywatnej, szczególnie, gdy chodzi o dziecko. Że nieznaczne obrażenie może stanowić *portam ineundi* dla zakażenia ogólnego, wszystkim wiadomo; z pewnością koledzy innych specjalności spotykali się z równie ciężkimi przypadkami po zadrapaniu lub innym nie na pozór nie znaczącym urazie. W moje ręce dostały się te, w których od początku wystąpiły na pierwszy plan objawy oczne, a raczej powiekowe.

Wspomniałem powyżej, że kol. KARWACKI, donosząc mi o wyniku badania drobnowidzowego, wyraził się, że może zbyt często stosowaliśmy surowicę. Pozwolę sobie być innego zdania. Tak wybitna i nader szybka poprawa w stanie ogólnym i miejscowym po iniekcji nie może być uważana tylko za „*post hoc*”, ale za „*propter hoc*”, i mam mocne przekonanie, że tylko dzięki surowicy TAVEL'a dziecko zostało uratowane.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

92. A. LORAND. Przyczynę do patogenezy kamieni żółciowych.

Autor, znany z dochodzeń swoich co do znaczenia gruczołu tarczowego oraz gruczołów rodzajnych, zwłaszcza jajników, bądź to w fizyologicznym, bądź to w chorobowym stanie ustroju, podnosi też w pracy omawianej wpływ ich na powstawanie kamieni żółciowych. Dochodzenia swoje opiera na całym szeregu spostrzeżeń oraz konsekwencji, z tychże wypływających i wzajemnie się wiążących.

Zastój żółci oraz ułatwiona skutkiem tegoż inwazyja bakteryjna dróg żółciowych stanowią dwa główne czynniki w patogenezie kamicy. Zapalenie, jakie się wywiązuje pod wpływem wymienionych czynników, stanowi bezpośrednią przyczynę tworzenia się kamyczków (NAUNYN). Zastojowi takiemu sprzyja wszystko to, co sprzyja nagromadzeniu się, *resp.* co staje na przeszkodzie swobodnemu odpływowi nagromadzającej się żółci w kierunku dwunastnicy. Tu więc zaliczyć należy: znacznie zwiększone wytwarzanie się jej, jakie spostrzegać się daje przy dyecie mięsnej (KÜHNE, BARBERA) i obfitem pićciu wody (KÜHNE); ponieważ żółć wytwarza się w komórkach wątroby ze krwi, *resp.* sekrecja jej zależna jest od krążenia w żyłach wrotnej i jej gałęziach — wszelkie przeto zaburzenia, w krążeniu owem zachodzące, muszą się odbijać na jej wydzielaniu; z racji wytwarzania się żółci w komórkach wątroby wszelkie patologiczne zmiany, zachodzące w histologicznej jej budowie, muszą wpływać i na sekrecję żółci — odpływ jej może być tamowany uciskiem dróg żółciowych skutkiem ściągania się tkanki łącznej; stan atoniczny pozostałych pod wpływem nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*) gładkich włókien mięśniowych przewodów żółciowych — których to włókien rytmiczne kurczenie się w stanie prawidłowym ułatwia odpływ żółci — może tu również sprzyjać zastojowi; pamiętać jeszcze należy, że kurczenie się przepony w czasie

oddechania też niepoślednią odgrywa rolę w opróżnianiu pęcherzyka żółciowego. Wszelkie wreszcie zatkanie światła drogi żółciowej czy to wskutek zapalenia, czy to ucisku i t. d. nieodmiennie do zastojów takiego prowadzi.

Dopóki żółć w drogach swoich krąży swobodnie i swobodnie też i obficie odpływa ku dwunastnicy, dopóty inwazyja bakteryjna — której — zdaniem autora w stanie normalnym już sam skośny kierunek ujścia przewodu żółciowego do dwunastnicy też stoi na przeszkodzie — albo wcale miejsca nie ma, albo nieliczne tylko drobnoustroje w żółci wykazać się dają. Wraz jednak z powstaniem zastojów żółciowych inwazyja taka — jak to wykazują spostrzeżenia CHARCOT'a, GOMBAULT'a, GILBERT'a i innych, którym w warunkach wymienionych doświadczalnie udawało się wywołać tworzenie się kamyczków — staje się nieuniknioną. Inwazyji takiej sprzyja stan atoniczny muskulatury kiszek, *resp.* uparte zaparcie stolców wraz ze skutkami tegoż t. j. stagnacją oraz gniciem mas kałowych. Ponieważ кишки i przewody żółciowe znajdują się pod wpływem tegoż samego nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*), podrażnienie przeto tego nerwu, powstrzymując perystaltykę kishkową, jednocześnie sprzyja zwióczeniu gładkich włókien mięśniowych wzmiankowanych przewodów, ztąd więc staje się jasnym, że przy szwankującej perystaltyce jelitowej szwankować też musi równorzędnie i krążenie żółci w wątrobie.

Nawykowe zaparcie stolca na tle atonii kishkowej ważną przeto bardzo rolę odgrywa w patogenezie kamicy, zwłaszcza u kobiet, które, wogóle częściej podlegając takiemu zaparciu, częściej też podlegają i kamicy. Większą jej częstość u kobiet starano się jeszcze objaśnić wpływem ciąż, które, stając się powodem rozmaitych zmian w położeniu i funkcji narządów brzusznych (opadnięcie trzew, zepchnięcie wątroby, nerek, utrudniony odpływ żółci przez zepchnięty przewód żółciowy pęcherzykowy, ato-

nia kiszek), *resp.* wpływając na funkcję kiszek i wątroby, szczególnie właśnie usposabiać mają do kamicy. Że nie ciąży jednak tylko taką w patogenezie kamicy u kobiet odgrywa rolę, jak to chcą mieć niektórzy autorowie — za dowód służyć mogą wieloliczne obserwowane przez L. przypadki jej u kobiet, które nigdy nie rodziły (nie zachodziły w ciążę), *resp.* i u bardzo młodych dziewcząt. We wszystkich takich, ostatnio wymienionych przypadkach (gdzie ciąż nie było) stwierdzał on stale otyłość pochodzenia wewnętrznego (*obesité endogène*) której podłożem były zmiany (zwyrodnienia) w gruczole tarczowym i jajnikach. To też, jeśli w ślad za niektórymi autorami godzić się trzeba, że otyłość sprzyja powstawaniu kamicy, to jednak na twierdzenie takie godzić się można jedynie w tym sensie, że otyłość taka spowodowana jest tą samą przyczyną, co i jednocześnie istniejąca kamica, *resp.* że pierwiastkową przyczyną obu tych spraw są zmiany w wyżej wymienionych gruczołach, że, jeśli ten rodzaj otyłości *resp.* kamienie żółciowe najczęściej spostrzega się u kobiet, które wielokrotnie już były w ciąży, to przypisywać rzecz tę należy właśnie zmianom, jakie zaszły w owych gruczołach pod wpływem ciąży lub chorób zakaźnych.

Nadto notuje tu L., że kamica najczęściej spostrzegać się daje u ludzi starszych, co stoi też w związku z obserwacjami HARTLEY'a, VERMEHREN'a i in., którzy wykazali, że gruczoł tarczowy ulega zmianom (zwyrodnieniu), począwszy od pewnego wieku. Zgodnie z tem kamienie żółciowe najczęściej pojawiają się właśnie u osobników, dotkniętych już niedostatecznością czynnościową (zwyrodnieniem) gruczołu, i naodwrot nader rzadko w przypadkach *hyperthyreoidiae*.

Zresztą za takim związkiem między zmianami gruczołowymi a kamcią przemawia cały szereg obserwacji klinicznych. I tak, HERTOGUE wykazuje częstość kamicy w przypadkach *hyperthyreoidiae benignae*; BUSHAU notuje u dotkniętych obrzękiem śluzowym przypadki śmierci, spowodowane uwięzieniem kamieni; TRUDDEN, MACKENZIE i in. znajdowali u osobników takich zmiany w wątrobie (marskość) i w jej naczyniach — *endarteriitis*, *periarteriitis*. Według VERMEHREN'a w obrzęku śluzowym bywa *hepatitis interstit.* ze zgrubieniem ścian naczyń

krwionośnych i przewodów żółciowych; ROGOWITCH i inni znajdowali silne przekrwienie wątroby po dokonanej tyroidektomii, ALBERTONI i FERRONI znajdowali w takich przypadkach zwyrodnienie tłuszczowe wątroby. ROSENBLAT stwierdził po tyroidektomii zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątroby i rozszerzenie żył międzyżyzrikowych; JEANDELISE zapalenie wątroby po tyro-paratyroidektomii; KISHI (Japończyk) zmiany w naczyniach u zwierząt (150) po tyroidektomii. Wreszcie BLUMREICH i JACOBI znaleźli po wyluszczeniu gruczołu tarczowego znaczne rozszerzenie pęcherzyka żółciowego, a GLEY, LAULANIÉ wykazali w moczu zwierząt, poddanych takiej operacji, obecność soli oraz barwników żółciowych.

Naodwrot, zaburzenia w zakresie dróg żółciowych mogą stawać się powodem zaburzeń ze strony gruczołu tarczowego: HURTHLE notuje nadmierne wydzielanie się substancji koloidalnej (*hyperthyroidia*) po przewiązaniu przewodu żółciowego wspólnego (*duct. choledoch.*); LINDEMANN — w przypadkach chronicznej żółtaczki wskutek ucisku tegoż przewodu — także zwiększone wydzielanie się tej substancji.

Zmiany w jajnikach mogą również powodować zmiany i zaburzenia ze strony wątroby: SENATOR i FLEISCHMANN notują u niektórych kobiet żółtaczkę w czasie miesiączki (*Icterus menstrualis*); DUNCAN notuje *icterus* w przypadku *amenorrhoeae*; także przypadki żółtaczki spostrzegane były w przypadkach *dysmenorrhoeae* albo w zatrzymaniu się miesiączki. BENET i HENOCH spostrzegali w takich przypadkach obrzmienie wątroby, które ustępowało wnet po pojawieniu się odpływu miesięcznego.

Zjawiska tego rodzaju znajdują objaśnienie swoje w ścisłym stosunku, jaki zachodzi między gruczołem tarczowym a jajnikami — w fakcie, że zmiany w tym wywołują odpowiednie zmiany — *resp.* zmiany czynnościowe w tamtych i naodwrot. Większa zaś częstość niedostateczności tyreoidalnej u kobiet objaśnia się właśnie tem, że u nich dojrzałość płciowa, miesiączka, ciąża, karmienie piersią, zatrzymanie się miesiączki (*menopausis*) nieodmiennie odbija się na stanie gruczołu tarczowego, *resp.* staje się powodem wyczerpania tegoż skutkiem dłuższej mniej lub więcej intensywnej jego czynności. Z tych to właśnie względów i kamica żółciowa

bywa częstsza u kobiet, niż u mężczyzn. Nie zależy więc tu ona jedynie od braku przeponowego typu oddychania, od ucisku wątroby gorsetem, ani nawet wprost od ciąży — lecz od wyczerpania gruczołu tarczowego skutkiem ciąży i karmienia.

Powstawanie kamicy żółciowej przy niedostateczności tyreoidalnej lub jajnikowej objaśnia się szwankującą funkcją wszystkich tych czynników, które normalnie współdziałają prawidłowemu krążeniu żółci w wątrobie. Naprzód więc typowym przejawem takiej niedostateczności tyreoidalnej jest niedomoga (*atonia*) kiszki łącznie z opuszczeniem trzew (*enteroptosis*) i upartym zaparciem stolca. (W obrzęku śluzowym spostrzega się atonia wogóle mięśni ustroju, i tem się też objaśnia owo łatwe męczenie się (mięśniowe) tego rodzaju chorych. HERTOGUE też zaznacza *enteroptosis* oraz uparte zaparcie stolca jako typowy przejaw *hypothyroidiae benignae*). Dalej, ponieważ w niedostateczności tyreoidalnej wszystkie wogóle wydzieliny (sekrety) ulegają zmniejszeniu się, więc i wydzielanie żółci również staje się mniej obfitem. Na wydzielanie się jej nie mały też wpływ okazują zmiany histologiczne, jakie w niedostateczności takiej zauważyć się dają w wątrobie — a mianowicie — pojawienie się zmian właściwych marskości — i ucisk dróg żółciowych przez tkankę cyrrotyczną.

Niedostateczność tyreoidalna znakomicie sprzyja inwazyjom bakteryjnym; faktem niezbitym wykazany (LANZ, EDMUNDS) jest, że zwierzęta, którym wycięto gruczoł tarczowy, bardzo prędko stają się ofiarą rozmaitych zakażeń; zda-

niem autora, nie ulega wątpliwości, że właśnie *glandulae sanguineo - vasculosae*, zwłaszcza *gl. thyroidea*, szczególnie chronią ustrój od infekcji.

Tak więc w niedostateczności tyreoidalnej kryje się owo źródło współdziałania rozmaitych czynników, sprzyjających zastojowi żółci oraz imigracji bakteryjnej dróg żółciowych, a *eo ipso* zapaleniu i tworzeniu się kamieni, w rzędzie zaś czynników tych wybitną rolę odgrywa uparte zaparcie stolca ze względu na towarzyszący mu atoniczny stan włókien mięśniowych dróg żółciowych oraz pęcherzyka żółciowego. Zaparcie nawykowe, jakie spostrzega się w zmianach gruczołów rodzajnych, również na tejże drodze (*n. splanchnicus*) sprzyja powstawaniu kamicy. Zdaniem prof. KISCH'a i THEICHAHER'a we wszelkich cierpieniach macicznych *resp.* jajnikowych szwankują (powstrzymują się) ruchy robaczkowe kiszki.

Tak więc niedostateczność tyreoidalna, czy też jajnikowa stać się mogą przyczyną kamicy, a ponieważ, jak to najnowsze badania wykazują, w stanach tych przemiana materii w ustroju szwankuje, przeto i na dyatezę kamicową zapatrywać się tu należy, jako na wyraz szwankującej takiej przemiany.

W przypadkach takich nie dochodzi do niedostateczności zupełnej, jakiej wyrazem jest już obrzęk śluzowy — lecz sprawa ogranicza się do stanu względnie częstego — niedostateczności częściowej — *hypothyroidia*, jednym z następstw której jest właśnie kamica żółciowa.

(Archives gener. de medecine. N. 15. 1906 r.).

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia sekcji laryngologiczno-otyatrycznej.

Protokół z dnia 26. IV. 1906 r.

SOKOŁOWSKI wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Władysławie WRÓBLEWSKIM i wezwał obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

HEIMAN zakomunikował następujące spostrzeżenia z praktyki:

1) U kobiety, dotkniętej od dłuższego czasu cukromoczem, wytworzył się czyrak na wewnętrznej powierzchni płatka usznego. Stosowano w ciągu kilku dni środki zewnętrzne; gdy wezwany został H., znalazł gangrenę płatka,

który wkrótce odpadł. Chora w kilka dni później zmarła. O ile zatem cierpienia ucha średniego u chorych na cukrzycę przebiegają tak samo, jak u zdrowych ludzi, o tyle, jak się okazuje, czyraki mogą mieć przebieg bardzo niepomysłny.

2) Kobieta, dotknięta od lat 12 eukromozem, miała przed laty wylew krwi do siatkówki. W ostatnich dniach wystąpiła u niej głuchota błędnikowa, wywołana prawdopodobnie również wylewem krwawym.

3) U 8-letniego chłopca, któremu otworzono wyrostek sutkowy, znalazł H. obraz ropnicy i zaproponował powtórna operację. Okazało się, że błona twarda na przestrzeni szóstka była silnie zgrubiała. H. otworzył zatokę poprzeczną, z której wydobył zakrzep (demonstracja) i następnie wyciął całą przednią ścianę zatoki. Żyłę szyjowej nie podwijał, ponieważ była zatkana zakrzepem. Dziś pierwszy raz pokazała się krew z zatoki. Obecnie — 4 dni po operacji — ciepłota 37,8°. Stan ogólny lepszy.

4) Starzec 75-letni zachorował na ucho, skarżył się na osłabienie i ból w okolicy wyrostka sutkowego przy dotykaniu. H. wykonał trepanację — przyczem otworzył niechcący zatokę poprzeczną, bardzo ku przodowi wysuniętą, bez złych skutków. Znalezione ropień naokoło zatoki. Po 5 tygodniach wyzdrowienie. Wiek podeszły nie stanowi zatem przeciwwskazania do operacji.

5) Chłopiec 10-letni z przewlekłym ropieniem z ucha od dwóch dni gorączkuje. H. wykonał operację radykalną. Na drugi dzień wystąpiła na muszli usznej róża, która po 3 dniach znikła. Obecnie chory ma się dobrze. Ponieważ róża wystąpiła niemal natychmiast po operacji, nie można więc pomiędzy różą a operacją upatrywać związku. Jak ostrożnym należy być przy decydowaniu operacji w przypadkach przewlekłych ropień usznych, którym towarzyszy gorączka, dowodzą dwa następujące spostrzeżenia. Przed kilkunastu laty H. widział chłopca z ropieniem obustronnym z uszów, silnie gorączkującego. Zdecydowano wykonać obustronną trepanację. Badając chorego, H. zwrócił uwagę na ból, jakiego chory doznawał przy obmacywaniu głowy — ból był powierzchowny. H. radził wstrzymać się z operacją. Następnego dnia pokazała się róża, która przewędrowała całe

ciało i zakończyła się pomyślnie. W innym przypadku, gdzie zamierzono przystąpić do otwarcia wyrostka sutkowego, okazał się tyfus.

6) W ostatnich czasach radzą operować nawet w przypadkach rozlanego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Z tego powodu H. przytoczył następujące spostrzeżenie. U 8-letniej dziewczynki z obrazem rozlanego zapalenia opon, ale przytomnej wykonał H. trepanację wyrostka sutkowego z otwarciem jamy czaszkowej na znacznej przestrzeni. Opona twarda była normalna. H. przeciął ją i zrobił kilka nakłuć istoty mózgowej, ale ropy nie znalazł. Po 18 godzinach nastąpiła śmierć. Ropienie było z obu uszów, nastroczało się więc pytanie, z której strony operować. Ponieważ jednak był niedowład nerwu twarzowego jednostronny, więc H. kierował się właśnie stroną tego porażenia.

ŻEBROWSKI spostrzegał w dwóch przypadkach różę w kilka dni po trepanacji wyrostka sutkowego, róża przeszła na całą głowę i twarz. W obu przypadkach rana trepanacyjna zaczęła się zaciągać i wreszcie zagoiła się znacznie prędzej, niż zwykle. Ztąd Ż. wyciąga wniosek, że róża po trepanacji wyrostka sutkowego przebiega łagodniej, niż zwykle.

HEIMAN nie podziela tego zdania i przytacza przypadek śmierci z powodu zapalenia opon mózgowych po róży, która wystąpiła po trepanacji wyrostka sutkowego.

SREBRNY na potwierdzenie zdania, że czyraki zewnętrznego przewodu słuchowego u chorych na cukrzycę czasem odznaczają się złośliwym przebiegiem, przytacza przypadek tego rodzaju, w którym rana po przecięciu zagoiła się zaledwie po upływie miesiąca. S. zwraca też uwagę na trudności dyagnostyczne róży owłosionej części głowy, której domyślać się tylko można z powodu bolesności przy dotykaniu głowy. Rozpoznanie staje się pewnem dopiero po przejściu róży na twarz.

SOKOŁOWSKI zatrzymuje się na przypadkach przewlekłych ropień usznych, w których przebiegu występuje gorączka, mylnie przypisywana powikłaniom ze strony uszów. Bywają bowiem przypadki tyfusu, trwającego wbrew ogólnie przyjętemu zdaniu po 6 i 8 tygodni. W takich razach, gdy zwykły 3 tygodniowy termin gorączki minął, a gorączka jednak trwa

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb. 6 kop. —	Z przesyłką	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	„ 3 „ —	pocztową	półrocznie	3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10, na I-oj i ostatniej stronnicy k. 20

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9½—11½ rano.

OGŁOSZENIA.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształ Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania 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 selcerskiej: Pić należy tykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Apteczce E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 6o.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Salit

Płynny związek kwasu salicylowego. Tani, szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą). Pośród zewnętrznych środków salicylowych odznacza się najmniejszą własnością drażniącą na skórę, gdyż wolny od formaldehydu. Nowy, zupełnie nie drażniący preparat srebro-proteinat do miejscowego leczenia dyfteryi, silne i głębokie działanie antyseptyczne, gdyż rozpuszczalny w płynach tkankowych, wydzielinie etc. (w wodzie nie rozpuszcza się). Miejscowe leczenie dyfteryi za pomocą omorolu dopełnia leczenie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikanía. Leczy również i inne zakaźne błony śluzowe.

Xeroform

środek na zadziżnienie.

Jest najlepszym środkiem zastępującym jodoform. Absolutnie nietrujący, nie drażni, wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę. Silny środek odwadniający. Najszybciej działający

Próby i literatury dostarcza: Fabryka Chemiczna von Heydena, Radebeul—Drezno
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dyle-
 tetyczny i orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD
 wodolecznicy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

Wstrzykiwania podskórne wyjąłowane

W 1 C. C.

Adrenalinum $\frac{1}{1000}$ gutt. 2

Antipirinum 0,25

Camphora 0,10 — 0,20 in oleo.

Camphora 0,10 — inaether et oleo 33 %

atovainum 0,05

Tuberculinum Kochii 0,001 — 0,002 — 0,005 — 0,01

Serum Trunecek 1 — 2 — 5 C. C.

PRZYGOTOWAŁA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.



Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR
Narzędzi Chirurgicznych
 najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii
 najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
 odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-
 Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego,
 Kuniewiczza, Natansona, Ryłki, Thieme-
 go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyj-
 muje osoby, dotknięte chorobami ko-
 bieci, jako też spodziewające się słab.,
 za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
 całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Zakład leczniczy

dla chorób żołądka i kiszek

D-rów W. Róбина A. Tuchendlera

Nowogrodzka 30, róg Marszałkowskiej

Od 10—12 przyjmuje D-r TUCHENDLER
 od 1—3 — D-r RÓBIN.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
 przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszel-
 kiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.