

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 12.

Warszawa d. 23 Marca 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { 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: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowym zabiegu operacyjnym w jaskrze (*glaucoma*) — *cyclodialysis*. Po-
dał Dr. Leon Endelman. (Dokończenie). — Krzywica w wieku młodzieńczym (*Rachitis adolescentium*). Podał Dr. Sta-
niław Pechkranc. — Streszczenia i wyciągi. 18. Payr. W sprawie leczenia operacyjnego próchnienia w stawie szczy-
topolicowym (*Malum suboccipitale*). 19. H. Thiele i Kurt Wolf. Zabójcze działanie światła na bakterye. — Z Towar-
zystwa lekarskiego. Posiedzenie z dnia 28 grudnia 1906 r. — Ruch chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława za
czas od 14 stycznia do 14 lutego b. r. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Leon Endelman. —
Sur un nouveau traitement opératoire du glaucome. 2) D-r
Stanisław Pechkranc. — Le rachitisme en âge juvenile.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Leon Endelman.
— Über ein neues operatives Verfahren bei Glaucom. 2)
D-r Stanisław Pechkranc. — Rachitis im Jugendalter.

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

PRACE ORYGINALNE.

O NOWYM ZABIEGU OPERACYJNYM w jaskrze

(*glaucoma*) — *cyclodialysis*.
(Z kliniki oftalmicznej we Wrocławiu).

Podał
Leon Endelman.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 11).

Przypatrzmy się teraz jego dalszemu prze-
biegowi.

24. XI. 1905. Chora została po raz drugi
do kliniki przyjęta. W ciągu lata—2 silne na-

pady jaskry na lewym oku, połączone z mocny-
mi bólami głowy, które ustępowały pod działa-
niem ezeryny. Na prawym oku występują dość
częste napady w nieprawidłowych odstępach
czasu, co 1—4 tygodnie, również w połączeniu
z bólami prawej połowy głowy. Pewien ból
w okolicy prawego oka uczuwa chora prawie
bezustannie.

Lewe oko bez zmiany; $T=n$, $V=\frac{6}{36}$. Pr. o.:

$T=+0,5-1$. Soczewka zmętniała, tarcza ner-
wu wzrokowego zaledwie widoczna. Oko jest

silnie na zewnątrz i nieco ku górze odchylone. Źrenica od *maximum* rozszerzona, silnie zaniżła tęczęwka tworzy wąski rąbek u obwodu z szerokim kolobomatem ku dołowi. $V=0$.

25. XI. 1905. Prawe oko — *cyclodialysis*. Ciecz wodna nie wypływa, tylko przednia komora staje się nieco bardziej płytką.

26. XI. 1905. Wieczorem dnia poprzedniego napad silnych bólów w operowanym oku. $T=n$ — nieco niżej, aniżeli normalnie, w ciałku szklistem nieco czerwonego zabarwienia.

27. XI. 1905. Ciałko szkliste całkowicie krwią przesiąknięte. Przednia komora płytka. $T=n$.

3. XII. 1905. T przez cały czas $=n$, dziś nawet nieco minus. Ciałko szkliste daje się znów nieco przeświecić. Na operowanym miejscu — płaskie wypuklenie łącznicy, bolesne przy dotyku. Chora wciąż uskarża się na bóle w oku.

7. XII. 1905. Na prawem oku znów trudno dojrzeć tarczę nerwu. $T=n$.

12. XII. 1905. Na miejscu operacji wciąż nieznaczne wzniesienie łącznicy, lecz już niebolesne przy dotyku. $T=n$.

13. XII. 1905. Chora opuszcza klinikę.

3. I. 1906. Chora znów wstępuje do kliniki. Kilkakrotne napady bólów w oku prawem, mało ustępujące pod ezeryną. T było często podniesione (przy badaniu ambulatoryjnym), obecnie prawie $=n$.

4. I. 1906. Wyluszczenie prawej gałki pod narkozą.

Przypadek N. 3 (u HEINE'go).

W. Ludwik, 74 l. W 1887 r. iridektomia na lewem oku. Od 1888 napady jaskry i na prawem oku. W r. 1889 r. iridektomia na prawem oku. W 1896 r. na prawem oku operacja (iridektomia lub sklerotomia?), po tem ciągle wkraplanie ezeryny.

17. V. 1904. Prawe oko: $T+2$, silny na-

pad jaskry. V — ruchy ręki na przestrzeni $\frac{1}{2}$ metra. Lewe oko: $T=n$. $V=\frac{6}{24}$.

19. V. 1904. Na prawem oku — *sclerot. ant.*

26. V. Pr. o. V = palce na $\frac{1}{4}$ m.

20. VI. Pr. o. V = palce na 3 m.

23. VI. Pr. o. $T+1$. *Sclerotomia ant.*

25. VII. Pr. o. $T+1$. Tętnienie tętnic. *Sclerotomia post.*

6. VIII. Pr. o. $T+1$. Tętnienie tętnic. *Sclerotomia post.*

23. VIII. Pr. o. $T+1$. Tętnienie tętnic. *Sclerotomia post.*

26. VIII. Pr. o. $T+1$. Tętnienie tętnic. *Sclerotomia post.*

8. II. 1906. Prawe oko. *Cyclodialysis* ku górze i zewnątrz. W następstwie operacji silny napad bólów i wylew krwi do przedniej komory.

10. II. Bóle zupełnie ustały. T wciąż podniesione, lecz widocznie się zmniejsza.

12. II. Bóle w oku nie wracają. $T+1$. Krew z przedniej komory częściowo się zrezorbowała. Bóle głowy, ogólnie jednak poprawa.

22. II. Prawe oko. *Cyclodialysis* — na wewnątrz i ku górze. Przed wieczorem znów silne napady bólów. $\frac{3}{4}$ przedniej komory zapełnione krwią. $T+2$

24. II. $T+0,5$ do $+1$.

25. II. $T=n$. Krew z przedniej komory rezorbuje się dobrze.

26. II. Chory zostaje wypisany z kliniki. Stan subiektywny dobry.

11. III. Na wewnątrz i ku dołowi *amotio chorioid. (?)*. Męty ciałka szklistego. Od czasu do czasu zdarzają się lekkie napady, następujące pod działaniem ezeryny i rozgrzewającego okładu. Subiektywnie: znaczna poprawa. $T+1$. Krew z przedniej komory uległa rezorpcji.

7. VII. $T+1$. W pewnych odstępach czasu zdarzają się napady, lecz wogóle znaczna poprawa.

Przypadek ten zalicza HEINE do rzędu u-

miarkowanych popraw. Następny jego przebieg wskazuje dalszy opis choroby.

26. X. 1905. Lewe oko—*st. idem*. Prawe oko—wciąż jeszcze nieco podniesione ciśnienie. Przy wzernikowaniu—od dołu szary odbłysek i wzniesione wężykowate naczynia (*amotio retinae* lub *chorioidae*?). Męty w ciałku szklistem. Tarcza n. w. dobrze widoczna, ekskawacya glaukomatyczna, tętnienia niema. Subiektywnie chory uczuwa znaczne polepszenie, lecz co pewien czas zdarzają się lekkie napady.

19. XII. 1905. Prawe oko. T + 1. Dno oka dobrze widoczne, tętnienia niema. Czasami lekkie napady.

8. II. 1906. Lewe oko — *st. id.* Prawe oko—tarcza widoczna, ekskawacya bez zmiany, pulsacyi niema, od dołu *amotio pellucida*(?), niewielkie męty ciała szklistego. T+1. Względnie stan niezły. Bóle zjawiają się, lecz ustępują pod działaniem aspiryny.

19. IV. 1906. Prawe oko. T+1. Męty ciała szklistego, *amotio* bez zmiany, w ekskawacyi n. w.—mały krwotoczek. Lekkie napady wciąż się zdarzają na oku prawem.

Przypadek N. 11 (u HEINE'go).

B. Ludwik, 71 l. *Glaucoma simplex* na obu oczach.

17. IV. 1900. V pr. o.=palce na $\frac{1}{3}$ m.

11. IX. 1901. Prawe oko V=palce obwodowo na $\frac{1}{4}$ m. *Excavatio glauc.* Iridektomia.

6. I. 1902. Prawe oko V=palce na $\frac{1}{3}$ m.

14. I. 1902. Lewe oko V: +1,5 D. $\frac{6}{10}$, charakterystyczne zwężenie pola widzenia.

15. I. 1902. Lewe oko—iridektomia.

1. III, 1902. Prawe oko — *st. id.* Lewe oko +1,5 D. $\frac{6}{10}$. T. n.

18. VI. 1903. Lewe oko +2,0 D. $\frac{6}{16}$ *Sclerotomy ant.* T. n.

6. X. 1903. Lewe oko +1,5 D. $\frac{6}{24}$. T. Lewe oko > Prawe oko.

7. X. 1903. Lewe oko. *Sclerotomy ant.*

14. X. Lewe oko V = $\frac{6}{18}$.

10. V. 1904. *St. idem*.

19. III. 1905. Lewe oko V + 1,5 D = $\frac{6}{36}$. P. P. oko—uczucie światła ze skroniowej strony.

30. III. 1905. T. lewe oko > T. prawe oko. L. oko—*cyclodialysis*. Ciecz wodna nie wypływa. T. niezmienione.

5. IV. 1905. T. n.

15. IV. 1905. T. wciąż normalne. Chory zostaje wypisany z kliniki.

12. VII. 1905. V. *idem*. T. n. Pole widzenia cokolwiek bardziej zwężone.

6. IX. 1905. *St. idem*.

Przypadek ten zalicza HEINE do rzędu wyleczeń; dalszy jego przebieg potwierdza to:

29. IX. 1905. T. n. $\frac{6}{36}$ (lewe oko). Prawe oko V=0.

27. X. 1905. Lewe oko. T. n. V = $\frac{6}{36}$.

15. XII. 1905. T. n. V = $\frac{3}{12}$.

15. II. 1906. T. n. V = $\frac{4}{24}$.

17. IV. 1906. T. może nieco +, lecz V = $\frac{3}{18}$, pole widzenia bez zmiany.

Przytoczonych wyżej trzech bardziej szczegółowych historii chorób starczy dla potwierdzenia wniosku, jaki wyciągnąć się daje z dłuższej obserwacyi operowanych tą metodą chorych: w przypadkach jaskry zapalnej z towarzyszącymi jej napadami bólów—*cyclodialysis* przynieść może tylko niejaką ulgę na pewien czas, najczęściej jednak po pewnym czasie ciśnienie się podnosi, a z niem wracają i bóle; w przypadkach zaś *glaucoma simplex* i *glaucoma chronicum*, bez wyraźnych napadów i z lekko

tylko podniesionem ciśnieniem — *cyclodialysis*, o ile pozwalają przypuszczać przypadki HEINE'go, daje długotrwale dodatnie wyniki, wstrzymując rozwój sprawy chorobowej i zachowując te czynności, jakie oko przed operacją posiadało.

Zwrócić uwagę należy, że pierwsza serya przypadków HEINE'go (26) tyczy się, z małymi wyjątkami, oczu, uległych już zupełnej lub prawie zupełnej ślepotcie, dlategoż pod względem czynnościowym nie mogła operacja w tych przypadkach dać jakichkolwiek wybitnych wyników. W drugiej seryi (30 przypadków) operował HEINE oczy, w których czynności zostały zachowane w mniejszym lub większym stopniu, lecz ze względu na krótkotrwałość obserwacji HEINE tylko ogólnikowo dzieli się z czytelnikami rezultatami operacji, które prawie zawsze odpowiadały pokładanym w niej nadziejom.

Na zasadzie własnego doświadczenia wypowiada ostatnio ¹⁾ HEINE przekonanie, że, jak dotychczas, *cyclodialysis* jest najskuteczniejszym środkiem ku zwalczaniu jaskry. Zakreśla on, co prawda, pewne granice dla tej operacji i stara się postawić dla niej ścisłe wskazania. Według HEINE'go, w przypadkach, gdzie sprawa chorobowa daje się powstrzymywać umiarkowaniem użyciem ezeryny i pilokarpiny, wogóle należy się powstrzymywać od wszelkich zabiegów operacyjnych, głównie, gdzie chodzi o „ostatnie“ oko. Jeśli, mimo miejscowe i ogólne leczenie, napady jaskry trwają dalej, lub pole widzenia ulega dalszemu zwężeniu, wtedy uniknąć już nie można zabiegu operacyjnego. Mowa tu być może o jednej z trzech operacji: sklerotomii, iridektomii lub cyklodializie. Zupełnie słusznie uważa on sklerotomię za zabieg niewystarczający, który może tylko odgrywać rolę środka pomocniczego przy iridektomii.

Przy zamknięciu źrenicy, znacznych przednich lub tylnych zrostach, przy *leucoma adhaerens* (więc przy wtórnej jaskrze przyp. aut.), jeśli jednocześnie ma się na widoku działanie optyczne, jest i nadal pozostanie iridektomia operacją nieczem nie zastąpioną. Również i w przypadkach *glaucoma fulminans*, według HEINE'go, należy uciec się do iridektomii, gdyż przy cyklodializie możemy nie wywołać natychmiastowego obniżenia ciśnienia i tem samem jeszcze więcej czasu stracić. Natomiast, zdaniem H., w innych postaciach jaskry cyklodializa ma tę wyższość nad iridektomią, że w skuteczności jej nie ustępuje, a, prócz tego, ma dobre strony, których ostatnia nie posiada. Za bardzo pouczające w tym względzie uważa H. dwa przypadki obustronnej jaskry. W obu tych przypadkach (*glaucoma inflam. chronicum*) zmiany, wywołane sprawą chorobową, były prawie jednobrzmiące w obu oczach, z których jedno zostało poddane iridektomii, drugie — cyklodializie. W jednym z tych przypadków cyklodializa odniosła prędko i pewny skutek, na oku zaś, gdzie została dokonana iridektomia, należało po 4-tygodniach wykonać wtórnie cyklodializę, i wtedy dopiero ciśnienie uległo obniżeniu. W drugim przypadku w oku, na którem została wykonana cyklodializa, nastąpiło uregulowanie ciśnienia i polepszenie siły wzroku, w oku zaś, gdzie miała miejsce iridektomia, obniżyło się ciśnienie, lecz upadek siły wzroku wzmógł się jeszcze.

Prawie we wszystkich przypadkach, gdzie mogłem się przekonać osobiście o skutkach cyklodializy, bezpośrednio w krótkim czasie po operacji (1—3 dni) następowało bardzo wydatne obniżenie śródgałkowego ciśnienia, a z niem znikwały w większym lub mniejszym stopniu wszelkie objawy jaskry i skargi chorych.

Zwróciła też moją uwagę okoliczność, którą udało mi się parę razy spostrzegać, że krew, która nie tak rzadko wylewa się do przedniej k omory podczas iridektomii, a co i przy cyklo-

¹⁾ Weitere Erfahrungen nirt der Cyclodialyse
Münch. Med. Woch. Nr. 2. 1906.

dializie się zdarza, daleko szybciej wchłania się w oku, gdzie została dokonana cyklodializa, aniżeli po iridektomii. U pewnego chorego, u którego w odstępie tygodniowym na jednym oku dokonano iridektomii, a później na drugim cyklodializy, i gdzie po operacji w obu przednich komorach był wylew krwi, krew z oka po cyklodializie została wchłonięta w 5 — 6 dni, w oku zaś po iridektomii na to trzeba było około trzech tygodni. Świadczy to, mojem zdaniem, o dobrych warunkach krążenia, jakie wytwarzają się po cyklodializie w oku, dotkniętem jaskrą, przynajmniej w krótkim czasie po operacji.

Mimo to wszystko nie mogę podzielać optymizmu HEINE'go, który uważa cyklodializę za najskuteczniejszy zabieg operacyjny w jaskrze i przypisuje jej wyższość nad iridektomią. Jak to już wyżej zaznaczyłem, przy dalszej obserwacji pierwszej seryi przypadków H., po cyklodializie, głównie zaś w przypadkach jaskry zapalnej, zdarzają się nawroty cierpienia, co również mogłem spostrzegać i w przypadkach, gdzie byłem obecny podczas dokonywania operacji i mogłem następnie przez pewien czas chorych obserwować. Po cyklodializie ciśnienie śródgałkowe ulega wahaniom: w 2 — 3 dni po operacji zazwyczaj się obniża, lecz po pewnym czasie znów się podnosi, aby później się wyrównać i t. d. Wymaga to bacznej uwagi ze strony lekarza, który w przebiegu pooperacyjnym często uciekać się musi do ezeryny i pilokarpiny, nie mówiąc już o tem, że w pierwszy dzień, dwa dni po cyklodializie wkraplanie ezeryny jest prawie konieczne, gdyż obniżenie ciśnienia, szczególnie, gdy z rozmysłem nie wypuszczamy cieczy wodnej podczas operacji, następuje zwykle w tych razach dopiero po 2—3 dniach. Musimy, chyba, wyznać, że po iridektomii daleko rzadziej spotykamy się z podobnymi objawami, i że w przypadkach jaskry napadowej iridektomia rzetelne korzyści zazwyczaj przynosi. Prawda, że i po iridektomii zdarzać

się mogą nawroty jaskry, i sprawa chorobowa dalej postępować może w oku, lecz wątpliwem jest, czy w takich razach cyklodializa odniosłaby lepszy skutek. Doświadczenie, zdobyte z iridektomią, nakazuje nam stosować ją, jako najpewniejszy, jak dotychczas, zabieg operacyjny we wszystkich przypadkach t. z. zapalnej jaskry, z mniej lub więcej wyraźnymi napadami, cechującymi to cierpienie. Jeśli już po dokonanej iridektomii mimo to zauważymy nawroty cierpienia lub dalsze postępowanie sprawy chorobowej, objawiające się, jak wiadomo, ciągłym obniżaniem się siły wzroku, zwężaniem się pola widzenia i t. d., wtedy już uciec się możemy do cyklodializy, która niekiedy, jak to wskazują niektóre przypadki HEINE'go, i w takich razach oddać może rzetelne przysługi, jeśli niezupełnie uleczać chorobę, to przynajmniej powstrzymując jej zgubny bieg. Również i w przypadkach *glaucoma absolutum*, przy trwających wciąż napadach bólów powinniśmy najpierw wypróbować cyklodializy, zanim zdecydujemy się na wyluszczenie gałki.

Jeśli dla wyżej wskazanych powodów powinniśmy, według mego zdania, określić pewne granice dla stosowania cyklodializy w przypadkach jaskry zapalnej ostrej, to, o ile wskazują wyniki, z nią otrzymane, w przypadkach jaskry zapalnej przewlekłej, bez wyraźnych napadów, a głównie w przypadkach *glaucoma simplex*, zdaje się ta operacja dawać lepsze wyniki, aniżeli iridektomia. Wypowiadam to zdanie na zasadzie tych danych, jakie miałem sposobność spostrzegać w klinice wrocławskiej, lecz, rozumiem się, dopiero liczniejszy materiał operacyjny, poparty dokładnem badaniem czynności oczu przed i po operacji i przez dostatecznie długi czas obserwowany, dać może rękojmię, że w tych postaciach jaskry cyklodializa oddać może rzetelniejsze usługi, aniżeli którykolwiek z innych zabiegów operacyjnych, stosowanych w takich razach. Najbardziej cenne pod tym względem będą przypadki obu-

stronnej jaskry, gdzie na jednym oku zostanie dokonana iridektomia, na drugim—cyklodializa, gdyż w ten sposób doskonale dadzą się zestawić wyniki tych dwu zabiegów.

Również i w przypadkach *buphthalmus*, *hydrophthalmus* i t. p. cyklodializa zdaje się więcej obiecywać, aniżeli iridektomia.

Reasumując wszystko, co wyżej zostało powiedziane, przyjść musimy do wniosku, że cyklodializa nie jest w stanie wyrugować iridektomii z rzędu zabiegów operacyjnych przeciwko jaskrze, jak to myśli HEINE, lecz zarazem otrzymujemy w niej nową metodę leczniczą, która w pewnych postaciach tej choroby oddać może choremu rzetelne korzyści. Technika tej operacji nie jest trudna, a w pewnych razach nawet łatwiejsza od iridektomii. Niebezpieczeństwa dla chorego nie pociąga ona prawie żadnego: przy prowadzeniu cięcia po przez białkową łatwo uniknąć przedziurawienia gałki aż do ciała szklanego, jeśli tylko postępuje się dostatecznie ostrożnie i nie przekłują się lancą skłery, lecz stopniowo ją się nacina. Od czasu do czasu nacinanie skłery należy przerywać i próbować, czy szpadel daje się łatwo wprowadzić. Kiedy to udało się już uczynić, to zwykle koniec szpadla napotyka u *lig. pectinatum* na opór, co nie powinno odstraszyć od użycia pewnego gwałtu dla jego przewyciężenia. Należy tylko bacznie trzymać się wewnętrznej powierzchni skłery, *resp.* rogówki. Wylew krwi do przedniej komory, jaki w tym momencie operacji powstać może, nie bywa nigdy znaczny i, bądź co bądź, jak to wyżej zaznaczyłem, szybko ulega wchłonięciu. Podrażnienie gałki, jakie występuje bezpośrednio po operacji, nie zatrważającego nie przedstawia, chorzy uskarżają się tylko przy dotyku gałki na ból w okolicy ciała rzęskowego, co w pierwsze kilka dni po operacji utrudnia nieco badanie ciśnienia gałki. W jednym tylko przypadku w rok po operacji na miejscu, gdzie była wykonana cy-

klodializa, widziałem małe, wielkości łepka od szpilki, czarnego koloru wypuklenie białkówek, zlekka bolesne przy dotyku.

Krzywica w wieku młodzieńczym

(*Rachitis adolescentium*).

(Z powodu artykułu dra Wł. Sterlinga p. t. „*Dystrophia ossium progressiva*“¹⁾).

podał

Stanisław Pechkranc.

W ostatnich numerach „Medycyny“ z r. b. ukazała się praca dra STERLINGA, szeroko omawiająca przypadek cierpienia kostnego z postępującym przebiegiem u chłopca kilkonastoletniego. Autor tej pracy, napisanej z wielką sumiennością i dużym talentem, zalicza swój przypadek do cierpień wtórnych układu kostnego, do tej samej kategorii, co rozmaite artropaty w cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego, jak wiał rdzenia, *syringomyelia*, *osteoarthropathie hypertrophiantes* MARIE'go i t. d. Zdaniem autora, przypadek jego, spostrzegany z przerwami kilkomiesięcznymi prawie 3 lata, „nie daje się pomieścić w ramki żadnego ze znanych dzisiaj typów klinicznych“, stanowi więc coś odrębnego, jakieś *novum*, które autor ochrzcił mianem „*Dystrophiae ossium progressivae*“ — widocznie na modłę „*Dystrophiae musculorum progressivae*“.

W rozdziale, traktującym o rozpoznawaniu różniczkowym, kol. STERLING z wielką ścisłością i drobiazgowością przeprowadził granice między swoim przypadkiem a innymi zbliżonymi klinicznie postaciami chorobowymi.

W jednym tylko miejscu, moim zdaniem, różniczkowanie to szwankuje, a mianowicie, gdy

¹⁾ Medycyna 1907 r. N-ry 5—10.

autor usiłuje odgraniczyć swój przypadek od krzywicy. Rozdział ten nie może być uważany za przekonywający. Powiem nawet więcej: być może, że tego rozdziału wcale nie byłoby, gdyby autor nie wyszedł był z założenia, że krzywica występuje wyłącznie w początkowym okresie rozwoju układu kostnego, jak to zazwyczaj podają podręczniki (pomiędzy 4 miesiącem a końcem 2 roku). To zdanie autora wymaga sprostowania, gdyż, pomijając już opisane w literaturze niewątpliwie przypadki wrodzonej krzywicy, zaznaczyć musimy, że już oddawna fakt istnienia późnej krzywicy napewno jest ustalony. W niniejszej notatce nie mam bynajmniej zamiaru szczegółowo uwzględnić literaturę tego przedmiotu, poprzestanę tedy na przytoczeniu najważniejszych dat, które jednak, jak sądzę, wystarczą, aby przekonać wątpiących. Takich zaś, o ile mi wiadomo, jest u nas bardzo wielu. Największa liczba opisów krzywicy wieku młodzieńczego wyszła z pod pióra pisarzy angielskich (CLUTTON, PITTS, LUCAS i in.), choć i w literaturze niemieckiej również znajdujemy odnośne spostrzeżenia, że tu wspomnę tylko o WEINLECHNER'ze i takim gruntownym znawcy krzywicy, jakim niewątpliwie jest KASSOWITZ. W opisanych przez tych autorów przypadkach początek cierpienia układu kostnego przypadał na wiek pomiędzy 8 a 12 rokiem.

W kilku przypadkach cierpienie wystąpiło po ostrych chorobach zakaźnych, zwłaszcza po odrze. LUCAS stwierdził w okresie młodzieńczym występowanie zmian w kościach kręgosłupa (skoliozę) i kończyn dolnych (*pes planus, valgus*) jednocześnie z objawami małokrwistości i białkomoczem przepuszczającym. KIRMISSON również uważa niektóre przypadki skoliozy w wieku młodzieńczym za przejaw sprawy krzywiczej w kręgach. Dane te ²⁾, odnoszące się do dawniejszej literatury, dowodzą, że już przesz-

ło 20 lat temu lekarze nie wątpili o występowaniu krzywicy w latach młodzieńczych. Możliwym jest wprawdzie, że w niektórych z tych przypadków błędnie przyjęto np. osteomalację za krzywicę, niepodobna jednak w ten sposób sądzić o wszystkich owych przypadkach, gdyż obraz kliniczny w wyrażonych przypadkach tych cierpień jest odmienny: w osteomalacji nie znajdujemy przedewszystkiem zgrubień guzowatych na nasadach kości długich, owego najbardziej charakterystycznego znamienia krzywicy. W ostatnich czasach badania radiograficzne wielce ułatwiły należyte rozpoznanie krzywicy młodzieńczej.

Badań takich ostatnio dokonał, między innymi, H. CLUTTON. Autor ten na posiedzeniu Towarzystwa klinicznego londyńskiego 12 października 1906 r. przedstawił 24 letniego mężczyznę, który już od 3 lat jest pod jego obserwacją. Przy przyjęciu chorego do szpitala epifizy kości długich były zgrubiałe i kończyny dolne znacznie zniekształcone. W 12 roku życia rozwinęły się *genua valga*, tak że chory, ażeby mógł chodzić, musiał otrzymać podporę z szyn. W 16 roku życia chory poddał się osteotomii na obu kolanach. Najbardziej uderzające w tym przypadku było wygięcie obu kolan ku tyłowi. Skiagramy wykazały, że cierpienie zaczęło się na granicy epifiz i trwało musiało bardzo długo. Cień kości długich wykazywał w bliskości epifiz o wiele cieńszą warstwę *substantiae compactae*, niż zwykle, jak również powiększoną i przeświecającą substancję szpikową. W tem właśnie miejscu nastąpiło skrzywienie kości ku tyłowi. Na dolnym końcu epifiz *radii et ulnae* rentgenogram również stwierdził zmiany krzywicze. Sprawa chorobowa w tym przypadku zaczęła się w 12 roku życia i do najwyższego punktu doszła w 19 roku.

U 2 innych, przedstawionych przez CLUTTON'a chorych cierpienie świeżo zaczęło się w 12 i 14 roku i ograniczało się, jak to wykazały

²⁾ Zaczepnięte z „Wykładów z dziedziny patologii“ Charcot — Bouchard — Brissaud. 1893.

rentgenogramy, do epifiz. CLUTTON uważa ten wiek za bardzo predysponujący do krzywicy skutkiem znacznych wysiłków fizycznych i umysłowych, związanych z wychowaniem. E. M. LITTLE przytacza na tem samem posiedzeniu historię 17 letniej dziewczyny, która zmarła przy objawach mózgowych. Do 5 lat była zupełnie zdrowa, potem zaś wystąpiły objawy rachityczne. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono rozległe typowe zmiany krzywice na epifizach, a dyafizy kości rurkowych były tak miękkie, że z łatwością dawały się krajać. LUCAS opowiada, że wielokrotnie spostrzegał krzywicę w okresie dojrzewania płciowego. GODLEE uważa za bardzo prawdopodobne, że późno występująca krzywica przedstawia często nawrót przebytej w dzieciństwie choroby, która została przeoczona. ELMSLIE przedstawia 2 przypadki późnej krzywicy i nadmienia, że często bardzo trudno jest przedstawić dowód, że choroby dawniej, t. j. w dzieciństwie, rzeczywiście nie miał żadnych objawów krzywicy. Badając w tym kierunku szereg dzieci, u połowy z nich znalazł objawy przebytej krzywicy, podczas gdy wszystkiego 10% matek wiedziało o istnieniu tych oznak. CLUTTON zaś przeciwnie uważa za możliwe, że choroba *ab initio* powstać może w każdej porze okresu wzrostu. Już dawniej panujący pogląd, że objawy krzywicy dziecięcej mogą rozwinąć się w zupełnie jednakowy sposób także w wieku młodzieńczym, znalazł w badaniach rentgenowskich zupełne potwierdzenie. *Coxa vara i genu valgum* pozostają w każdym razie w związku z krzywicą młodzieńczą, jakkolwiek sprawy patologiczne na epifizach przedstawiać mogą pewne zбочenia.

Z powyższego z dostateczną chyba jasnością wynika, że występowanie krzywicy w latach młodzieńczych żadnej wątpliwości ulegać nie może, jakkolwiek chcielibyśmy na tę sprawę krytycznie się zapatrywać. Można więc nawet powiedzieć: przypadków krzywicy młodzień-

czej nie można uważać za tak znowu rzadkie, skoro na jednym posiedzeniu zdołano przedstawić aż 5 odpowiednich przypadków.

Jeśli dalej weźmiemy pod uwagę okoliczność, że prócz form wyraźnych, typowych, zdarzają się najprawdopodobniej liczne przypadki niewyraźne, mono — lub oligosymptomatyczne, jak to jaskrawie występuje w krzywicy dziecięcej, natenczas powyższy nasz pogląd okaże się zupełnie usprawiedliwionym.

Powracamy znów do przypadku kol. STERLINGA. Z danych, dopiero co przytoczonych, wynika, że niesłuszne jest zdanie autora, że w jego przypadku już sam wiek chorego wyłącza krzywicę. Nie sprzeciwia się również przyjęciu krzywicy okoliczność, że na pewien czas przed wystąpieniem zniekształceń istniało osłabienie i pewien zanik mięśni kończyn, gdyż jest to zwykły objaw już w *rachitis infantilis*. Dzieci, jak wiadomo, bardzo często przestają chodzić znacznie wcześniej, niż wystąpią widoczne zgrubienia końców kości długich. Zależy to zapewne głównie od przekrwienia warstw podokostnowych, chrząstki nasadowej i istoty szpikowej, — przekrwienia, w którym KASSOWITZ upatruje nawet charakter zapalny, — choć pewien udział w tem bierze także osłabienie, wiotkość i mniejsze lub większe wychudzenie, zanik mięśni, które to objawy tak często w krzywicy napotykamy.

Zanim przejdziemy do rozbioru innych, mających znaczenie rozpoznawcze objawów w przypadku kol. S., rzucmy okiem na fotografię chorego. Ten pokraczny, koszlawy wygląd chorego, kształt przysadzysty, niski wzrost, duża głowa, zdeformowana klatka piersiowa, wzdęty, jak u batrachów, brzuch, wychudłe kończyny z wydatnymi guzowatymi zgrubieniami w okolicach stawów, a nawet typowe „podwójne stawy“ w dolnej części przedramion: wszystko to składa się na tak doskonały obraz krzywicy, że zaiste trudno wymarzyć sobie obraz bardziej

typowy. Pomimo to autor upatruje tu tylko pewną „analogię kliniczną“ z krzywicą.

Znam osobiście chorego z pierwszych okresów jego choroby. Był on wtedy pod moją obserwacją w szpitalu Żydowskim przez szereg tygodni. Zmiany w kośćcu zaczęły wówczas dopiero co się rozwijać. Chory już wtedy dotknięty był bólami głównie w kończynach dolnych i osłabieniem układu mięśniowego. Wobec niewyraźnych jeszcze podówczas zmian w kościach trudno było coś stanowczego powiedzieć o przyrodzie tego cierpienia.

To też na miesięcznym zebraniu lekarzy szpitalnych demonstrowałem chorego, jako dotkniętego szczególnie jakąś postacią osteopatyi, którą wówczas osobiście skłonny byłem poczytać za wyraz trofoneurozy, jak to obecnie czyni kol. STERLING. Obecnie po 3 letniem niemal trwaniu choroby natura jej wydaje mi się o wiele jaśniejszą, gdyż typ wyraźnie się zarysował. Nie upatruję żadnej przeszkody do przyjęcia krzywicy w niektórych szczegółach, przytoczonych przez kol. S., jak np. w rodzaju deformacyi klatki piersiowej. Wprawdzie w krzywicy spotykamy najczęściej kurzą klatkę z wypukłym mostkiem i spłaszczeniem bocznych części klatki piersiowej (*pectus carinatum*), podczas gdy w przypadku kol. S. istniało „stożkowate rozszerzenie klatki piersiowej w części dolnej przeważnie z łódkowatym zapadnięciem górnej części mostka“.

Ale czyż ta okoliczność może przeciw krzywicy przemawiać? W cierpieniu tem spostrzegamy, jak wiadomo, dwojakiego rodzaju zmiany w kościach. Jedne nierozłącznie związane z samą przyrodą sprawy chorobowej; są to zgrubienia nasad kości, uwarunkowane nadmiernem bujaniem tkanki osteogenetycznej obok niedostatecznego odkładania się soli wapiennych w tych tkankach. Drugie — przypadkowe, zależne od warunków zewnętrznych (jak ucisk, wywierany przez twarde przedmioty, ciśnienie atmosferyczne, ciężar ciała, skurcze mięśni i t. d.)

działających na kości dekalcyfikowane, rozmiękczone. Do tej ostatniej kategorii należą właśnie zniekształcenia klatki piersiowej, kręgosłupa, kości długich. Forma więc i kierunek tych zniekształceń nie jest rzeczą stałą i istotną dla krzywicy. A zresztą, w klatce piersiowej chorego kol. St. znajdujemy cechy dość znamienne dla krzywicy: rozszerzenie dolnego odcinka klatki piersiowej, pewne ścieśnienie, przypłaszczenie środkowej części jej z boków, jak to widać na fotografii, oraz, o czem kol. St. przy omawianiu rozpoznania różniczkowego zapomniał powiedzieć, zgrubienia guzowate i zagięcie prawie pod kątem 90° „na miejscach, odpowiadających przejściu kostnej części żebra w chrząstkową 11 górnych żeber“³⁾. Nie brak dalej zmian kifo - skoliotycznych, utrudniających czynność serca, skąd częste skargi chorego na bicie serca.

Dalej autor uważa, że zmiany w kończynach dolnych u jego chorego znacznie różnią się od zmian, jakie spotykamy w krzywicy, gdyż w jego przypadku istnieją wyłącznie zgrubienia w okolicach stawów, w krzywicy zaś występują silne zniekształcenia kończyn (*genu valgum*, *genu varum*, *pes valgus*, *pes varus*, *pes planus*). O znaczeniu zniekształceń zależnych od wpływów zewnętrznych na rozmiękczone wskutek odwapnienia kości mówiłem już wyżej; tu dodam tylko, że u jednego rachityka występuje *pes varus*, *valgus* lub *planus*, u drugiego *genu valgum* lub *varum*, a u 3-go zgięcie kości udowej pod kątem 135° , jak to właśnie miało miejsce w przypadku kol. STERLINGA. W życiu widzimy tylko fragmenty tych schematycznych obrazów, które kreślą podręczniki. Stosuje się to przedewszystkiem do krzywicy.

Pomijam tu takie objawy u chorego kol. St., mające przemawiać przeciw krzywicy, jak znaczne osłabienie siły mięśni oraz pewien ich za-

³⁾ Cytow. z opisu zmian układu kostnego.

nik, wzmożenie odruchów, zwłaszcza kolanowych (podczas gdy w krzywicy odruchy są normalne albo osłabione), brak objawów ze strony krtani (*spasmus glottidis*), gdyż każdy przyzna, że są to rzeczy małej wagi w kwestyi rozpoznania krzywicy. Nie mogę się jednak powstrzymać od uwagi, że „czaszka wielka, lecz nie hydrocefaliczna“ u chorego kol. St. już w każdym razie nie może świadczyć przeciw krzywicy, gdyż *hydrocephalus* jest tylko powikłaniem krzywicy, nie zaś jej objawem. Duża czaszka rachityczna i czaszka hydrocefaliczna są to 2 rzeczy zupełnie odmienne.

Przechodzę wreszcie do najważniejszego punktu różniczkowo-rozpoznawczego, a mianowicie do obrazu rentgenoskopowego. Tu autora przedewszystkiem uderza fakt, że staw napiętkowy — „wbrew temu, co dawała inspekcja i palpacja, zupełnie nie jest powiększony“. Otrzymano „wprawdzie okrągławo - guzowaty zwiększony cień, odpowiadający temu, co kilkakrotnie wykazywała inspekcja i palpacja, lecz cień ten zupełnie nie zależy od zgrubienia kości; ma on zupełnie to samo natężenie co cień, jaki dają części miękkie lub tkanka łączna“. Bardzo słuszna uwaga! Właśnie z tkanką łączną mamy tu do czynienia, i okoliczność ta właśnie świadczy niedwuznacznie o zmianach rachitycznych *in stadio evolutionis* w prześwietlonej okolicy. Przypominam w tem miejscu, że zgrubienie na końcach stawowych kości długich zależne jest w krzywicy zarówno od patologicznie wzmożonej proliferacji elementów anatomicznych warstwy chondroidalnej na granicy chrząstki końcowej, jakoteż od zaburzeń w procesie kostnienia warstwy przykostnowej kości. Warstwy osteogenetyczne podokostnowe są w krzywicy silnie unaczynione i bardzo miękkie, a przytem bardzo zgrubiałe. Mogą one wywołać w środku diafizy zgrubienie wrzecionowate, które zapewne ma na myśli kol. St., mówiąc o zgrubieniu diafiz w krzywicy, z drugiej zaś strony głównie one biorą udział w wytwarzaniu gu-

zowatych zgrubień nasad kości długich. Bogactwo w naczynia włosowate tej tkanki łącznej czyni ją podobną do tkanki śledzionowej. Tkanka taka innego cienia, niż ten, który otrzymał kol. STERLING, dać nie może. Jeśli zatem, z jednej strony, rentgenogram przemawia przeciw pozostałościom (*residua*) dawniej przebytej krzywicy, gdyż w tym razie otrzymanoby bardzo intensywny cień od sklerozowanej kości, to, z drugiej strony, tłumaczy się on bardzo naturalnie i bez wszelkiego przymusu w sensie zmian rachitycznych. Nie mniej naturalnie tłumaczy się wyświetlenie diafiz kości przedramienia, niewyraźne kontury *substantiae compactae*, której np. w dolnej $\frac{1}{3}$ części *ulnae* nie widać zupełnie i która wyżej jest widoczna, lecz ścięczała. Żadnej nie ulega wątpliwości, że zależy to od dekalcyfikacji kości, rezorpcji tkanki kostnej trzonu oraz prawdopodobnie od rozszerzenia przestworu szpikowego. To samo da się powiedzieć o skiagramie kości napiętka, *metacarpī*, stawowych końców kości goleni i uda, gdyż sprawa anatomo patologiczna, warunkująca obraz rentgenoskopowy, jest wszędzie jednakowa. Pouczające jest także zestawienie danych rentgenoskopowych kol. STERLINGA z wyżej przytoczonymi danymi, otrzymanymi przez CLUTTON'a. Zauważę tu jeszcze, że brak normalnej struktury kości, t. j. równoległych beleczek kostnych (np. w *patella*), na zdjęciach rentgenowskich jest również naturalnem następstwem krzywicy: t. zw. kość rachityczną cechuje właśnie nieprawidłowy, bezładny układ beleczek, choć ten ostatni spotykamy także w innych sprawach, np. w modelach kostnych, *ossa WORMIANA*, *myositis ossificans*⁴⁾.

Przebieg choroby w przypadku kol. St. jest również zgodny z przebiegiem *rachitidis adolescentium*, który, jak to powyżej widzieliśmy, jest postępujący i obejmuje kilka lat.

⁴⁾ Patrz: St. Pechkranc, Przyczynek do nauki o kostniejącem zapaleniu mięśni (*Myositis ossificans*, Gaz. lek. 1901).

Przypuszczam, że w przypadku kol. STERLINGA mamy do czynienia z nawrotem choroby, przebytej w dzieciństwie, choć w wywiadach nie znajdujemy niby żadnych objawów krzywicy dziecięcej prócz może tej okoliczności, że chory zaczął chodzić dopiero w 1½ roku po urodzeniu. Przypuszczenie moje opiera się po 1) na tem, że na wywiadach w danym razie wogóle polegać nie można ⁵⁾, po 2) na dużej głowie chorego, która nie może być następstwem świeżej sprawy rachitycznej wobec tego, że szwy czaszkowe są zarośnięte, na niskim wzroście chorego jeszcze wówczas, gdy nie było zmian w kręgosłupie i kończynach (około 3 lat temu), oraz na zgrubieniach guzowatych na granicy żeber i chrząstek żebrowych. Ostatni punkt zresztą wymaga kontroli radioskopowej, gdyż możliwym jest, że te zgrubienia są wytworem świeżo rozgrywającej się sprawy chorobowej.

W powyższem starałem się uzasadnić mój pogląd na sprawę chorobową w przypadku kol. STERLINGA, jako na krzywicę młodzieńczą. Na podstawie całego obrazu klinicznego, przebiegu choroby, lokalizacji i morfologii zmian kostnych, danych badania rentgenoskopowego doszedłem do wniosku, że kol. STERLING wzbogacił nasze piśmiennictwo lekarskie bardzo szczegółowym i sumiennym opisem typowego przy-

padku *rachitidis adolescentium*. O ile mi wiadomo, dotychczas u nas nikt jeszcze podobnego przypadku nie opisał. I wogóle w kwestyi krzywicy wieku młodzieńczego w naszym piśmiennictwie jakoś zupełnie głucho. Zastanawia to tembardziej, że w naszym kraju krzywica należy do chorób niezmiernie rozwielenionych. Z nader częstego występowania u nas krzywicy, zwłaszcza wśród biedniejszej ludności, można wyciągnąć wniosek, że i u nas, podobnie jak np. w Anglii, powinny się zdarzać nierzadkie przypadki tej choroby w wieku młodzieńczym.

Utwierdzają mnie zresztą w tem przekonaniu fakty, kilkakrotnie przeze mnie spostrzegane, a mianowicie występowanie dopiero w wieku młodzieńczym zniekształceń stosu kręgowego (*kyphosis* — bez *malum* POTTI, cierpienie mięśni, nerwów, syringomyelii i t. d.), klatki piersiowej z bolesnością mostka i żeber samostną i przy naciskaniu, pewnego zgrubienia nasad kości przedramienia, wygięcia kości kończyn dolnych. Podobne przypadki, zwłaszcza zaś formy niezupełnie rozwinięte, prawdopodobnie nierzadko przechodzą przez ręce chirurgów i ortopedystów. Celem niniejszego artykułu jest właśnie zwrócenie uwagi kolegów na tę postać chorobową, która zagranicą jest już oddawna uznawana, podczas gdy u nas stale spotyka się z niedowierzaniem i sceptycyzmem.

⁵⁾ Patrz wyżej badania Elmslie'go

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

18. Payr. W sprawie leczenia operacyjnego próchnienia w stawie szczytopotylicowym (Malum suboccipitale).

P. dokonał zabiegu operacyjnego u 35-letniej chorej, leczonej przez czas dłuższy metodą zachowawczą. Cięcie rozpoczyna się tuż pod wyrostkiem sutkowym, biegnie poprzecznie na karku i kończy się cokolwiek poza linią pośrodkową. W odległości palca poprzecznego za wyrostkiem zaczyna się drugie cięcie, prostopadłe do poprzedniego, długości 14 ctm. Za pomocą cięcia poprzecznego przecinamy mięśnie czworoboczny, płatowaty i długie mięśnie szyi i grzbietu. Cięcie podłużne również drąży wgląd, w kierunku wyrostków poprzecznych kręgu szczytowego i obrotowego. Podwiązanie tętnicy kręgowej. Po wyseparowaniu tylnego łuku kręgu szczytowego, który okazał się rozmięczonym, nacieczonym i otocznym gąbczastą ziarniną i rzadką ropą, udało się dotrzeć aż do guzka przedniego tego kręgu. Tu również znalaziono ognisko chorobowe, wreszcie bezpośrednio pod prawym stawem szczytopotylicowym natrafiono na trzecie ognisko.

Ponieważ sam staw szczytopotylicowy okazał się zdrowym, ograniczono się tylko do usunięcia dłutem i kleszczami kostnymi części chorych, tak, że z tylnego łuku kręgu szczytowego zachowano jedynie wąski mostek kostny. Chora wyzdrowiała, a po upływie kilku miesięcy autor mógł stwierdzić doskonały wynik czynnościowy. P. zastanawia się w dalszym ciągu nad szansami, jakie przedstawia dokładne rozpoznanie oraz leczenie operacyjne tej postaci chorobowej. Dalej autor podaje szczegóły techniki operacyjnej i w końcu stawia następujące wskazania i przeciwwskazania do operacji:

1) Zajęcie rdzenia i opon rdzenia lub mózgu wyłącza zabieg.

2) To samo dotyczy cierpienia stawu szczytoobrotowego.

3) Zabieg możliwy jest jedynie w razie jednostronnego cierpienia stawu i we wczesnych okresach cierpienia.

4) Jako powikłanie groźne uważać należy połączenie ogniska chorobowego z jamą ust i gardzieli oraz zakażenie mieszane i obecność przetoki.

5) Za pomocą promieni ROENTGEN'a należy z możliwą dokładnością ustalić umiejscowienie ogniska chorobowego; obecność ropnia opadowego nie stanowi przeciwwskazania do operacji.

6) Poważniejsze zmiany gruźlicze w innych organach wyłączają zabieg.

(Deutsche med. Wochenschr. 1906, N. 50).

Aleksander Wertheim.

19. H. Thiele i Kurt Wolf. Zabójcze działanie światła na bakterye.

W pierwszej części badań, dokonanych przed dwoma laty (Arch. f. Hyg. Bd. 57), okazało się, iż pod wpływem niskiej temperatury (14—20° C) zabójcze działanie wywierają wyłącznie prawie promienie ultrafioletowe, podczas gdy długotrwałe działanie promieni o dłuższej fali nie posiada prawie żadnego znaczenia.

Autorzy w dalszym ciągu prowadzili swe badania w celu przekonania się, jaki wpływ wywiera podniesienie temperatury — o silnym związku pomiędzy światłem a temperaturą wiadomo już z prac SANTORI'ego, KRUSE'go i BANG'A (również z naszej, zamieszczonej w roku zeszłym w „Medycynie“). Streszczając wyniki badań Th. i W. w kilku słowach, dowiadujemy się, że ultrafioletowe promienie o krótkiej fali zabijają bakterye w bardzo krótkim czasie, działając już przy temperaturze 14 — 20° C. — z podwyższeniem zaś temperatury w wiele szybszym tempie, niezależnie przytem od obecności tlenu. Promienie zaś o długiej fali, t. j. nie pochłaniane przez szkło (widoczne) w zwy-

klej pokojowej temperaturze (14—20°) nie wywierają szkodliwego wpływu na bakterye, w wyższej jednak temp. zabijają te ostatnie, chociaż nie tak intensywnie, jak promienie o krótkiej fali; obecność wodoru hamuje zabójczy wpływ promieni długofalowych; wreszcie auto-

rzy nie znaleźli żadnych danych, aby przypuszczać, iż owo zabójcze działanie odbywa się pośrednio za pomocą dwutlenka wodoru.

(Arch. für Hygiene. Bd. LX. 1 H. 1907).

St. St.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej
z dnia 28 grudnia 1906 r.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego zabiera głos STANKIEWICZ Czesław, podnosząc, iż w dniu 14 grudnia minęło 25 lat od chwili wykonania przez ALEXANDER'a z Liverpoolu pierwszej operacji skrócenia więzów obłych.

Dzień 14 grudnia 1881 r. pozostanie na zawsze w pamięci ginekologów; z dniem tym leczenie tyłozgięcia macicy weszło na drogę chirurgiczną.

Operację ALEXANDER'a rozpatruje S., jako symbol postępów ginekologii w danej dziedzinie, przytaczając szereg nazwisk polskich, zapisanych chlubnie w dorobku ogólnym; między innymi podnosi zasługi MATLAKOWSKIEGO i ŚWITALSKIEGO z liczby tych, których przedwczesna śmierć z wielką dla nauki stratą wyrwała z szeregów lekarskich. S. kończy swe przemówienie wyrazami czci, jaką żywi dla genialnego jubilata Williama ALEXANDER'a.

1) NEUGEBAUER w uzupełnieniu odczytu o ciałach obcych, w jamie brzusznej przypadkowo pozostawionych, przytacza, że od czasu odczytu znów zebrał siedm takich przypadków.

Najciekawszy z nich jest przypadek FERGUSON'a STEWART'a w Australii: 10½ lat po owariotomii u chorej wystąpiły zaburzenia kiszki; wymacano guz. Przy laparotomii wydobyto długi klamp arteryalny, którego rękojeść tkwiła w świetle kiszki. Klamp wyciągnięto, otwór w kiszce zaszyto, — wyzdrowienie. W tym przypadku samoistnie wytworzyła się *enteroanastomoza* powyżej usadowienia ciała obcego.

2) NEUGEBAUER, jako *curiosum*, demonstrował cielecą skórę, na której według tłómaczenia właściciela tego okazu widać kontury głowy ludzkiej. Podobizna ta miała jakoby powstać wskutek zapatrzenia się ciężarnej krowy.

Właściciel okazu tego przyniósł koledze N. oryginał w passe-partout oprawny oraz kopię fotograficzną, przywiązując wielką wagę materialną do okazu tego (sic!!).

3) STANKIEWICZ Cz. omawia przypadek lewostronnego zapalenia miedniczek nerkowych w przebiegu ciąży.

Pierwsze objawy wystąpiły przy końcu 7 miesiąca księżycowego w postaci dreszczu i podwyższenia ciepłoty do 41° nazajutrz po urazie (spadnięcie ze schodów). Odtąd poruszenia gorączkowe o natężeniu umiarkowanym, dni zupełnej apireksyi rzadkie; ku końcowi ciąży wstrząsające dreszcze i nasilenia ciepłoty do 40,3°.

Położenie płodu czaszkowe II. Poród na czasie, rozpoczęty w pół godziny po zażyciu 0,8 chlorku chininy, poczem groźne objawy ustąpiły natychmiast.

Dziecko płci męskiej, wagi 2340 grm., wątłej budowy umieszczono w wylęgarni.

Łożysko na swej powierzchni macicznej usiane guzami od ziarnka grochu do orzecha laskowego, barwy białawej, zbitej twardej (*infarctus albus placentae*).

Drobnowidzowo guzy przedstawiają skupienia włókniaka, zawierające kosmki, pozbawione pokrycia nabłonkowego, słabo barwiące się,

z naczyniami obliterowanymi (preparat kol. LORENTOWICZA).

Przyczynę zmian w łożysku S. widzi w sprawie nerkowej.

Powstawanie t. zw. *infarctus albus placentae*, zdaniem S., najlepiej objaśnia teoria HITSCHMANN'a i LINDENTHAL'a: gra tu rolę staza krwi w przestrzeni międzykosmkowej w połączeniu ze zmianami (naruszeniem całości) nabłonka kosmków. W warunkach normalnych nabłonek ten, podobnie jak śródbłonek naczyń, zapobiega krzepnięciu krwi.

Przypadek powyższy zostanie szczegółowo opisany.

4) J. JAWORSKI wypowiedział rzecz: „O przyrządach ssących, używanych w ginekologii, według metody BIER'a“.

Oprócz elastycznej opaski w celu wywołania przekrwienia, jako metody leczniczej, są w użyciu t. z. bańki BIER'a resp. przyrządy ssące, w których rozrzedza się powietrze za pomocą pompki ssącej lub balonu gumowego. BIER przypuszcza, że bańka taka narówni z ciepłem wywołuje przekrwienie aż do głębi, do czego w rezultacie sprowadza się jej wartość lecznicza. Co do rodzaju przekrwienia, to według B. jest ono czynno-bierne z przewagą jednak zastoinowego, jak o tem świadczy ciemno-błękitna barwa np. części pochwowej, szczególnie przy znaczniejszem rozrzedzeniu powietrza.

Przekrwienie zastoinowe, bierne posiada własności osłabiania siły działania drobnoustrojów chorobotwórczych; podczas zastoju krwi wchłanianie ulega znacznemu zahamowaniu.

Ztąd postać zastoinowa nadaje się do stosowania w przypadkach ostrych, w zapaleniach bakteryjnych. Przekrwienie czynne — wzmacnia wchłanianie, dlatego odpowiedniejsze jest w przypadkach zapaleń przewłocnych. Za pomocą bańki BIER'a w rzeczywistości nie bywa możebnem jednak otrzymać wyłącznie jednej lub drugiej postaci przekrwienia; występuje ono zawsze, jako czynno-bierne.

Całe grupy środków, jak *derivantia*, *revulsiva*, poniekąd *adstringentia*, szereg metod, jak mięsienie, elektroterapia, światłoterapia, suche gorące powietrze, metoda obciążania, okład PRIESSNITZ'a, woda gorąca etc... działają głównie za pomocą przekrwienia.

Z wyjątkiem jednak nielicznych z wymie-

nionych środków, wszystkie one posiadają tę wadę, że działają tylko pośrednio i nie można ich dozować.

Przyrządy ssące BIER'a, udoskonalone ostatnimi czasy przez technikę, posiadają obie te zalety.

JAWORSKI przedstawia: 1) bańkę jednoramienną, kopułowo zakończoną z otworem o walnym, 2) bańkę z dwoma otworami prostopadłymi, zamykaną ruchomą kapą doszlifowaną, 3) bańkę dwuramienną, przyczem jedno ramię odprowadzające, butelkowato rozszerzone z podziałkami, które określają pojemność zbiornika tego, służy do wstawienia manometru, właściwie wakuometru, za pomocą którego określa się stopień rozrzedzenia powietrza 4) bańkę, zrobioną z wziernika rurkowego, z dwoma ramionami do pomki i manometru, 5) przyrząd metalowy specjalnej budowy z metalową tarczą i gumową podkładką na przebiegu do stosowania metody BIER'a wewnątrzmacicznie, 6) wakuometr czyli próżniomierz z odpowiednimi przyrządami do połączeń z aparatami ssącymi.

Objasniwszy budowę przedstawionych przez siebie przyrządów, J. omówienie strony technicznej zastosowania oraz działania leczniczego odkłada na przyszłość, dodając że metoda BIER'a w ginekologii, jako będąca dopiero w okresie rozwoju, wymaga jeszcze badań i udoskonażeń technicznych.

W dyskusyi MONSIORSKI zaznacza, że dotychczasowe doświadczenie wykazało, iż tylko w dwóch chorobach można polegać na bańkach BIER'a, mianowicie, w *parametritis posterior* oraz przy braku miesiączki z powodu nadmier nego zwinięcia się macicy *post partum*.

KARCZEWSKI mówi, że chronologicznie opaska znacznie wyprzedziła bańki; że zasadniczymi rzeczami w metodzie BIER'a jest to, że taśma wywołuje przekrwienie bierne, a gorące powietrze — czynne. Następnie, że, o ile się działa na bakteryę, to i w ostrych i w chronicznych sprawach stosuje się przekrwienie bierne, tylko inaczej się dozuje: w jednym razie opaskę trzyma się godzinę, dwie, w drugim kilkanaście godzin; w chronicznych zaś sprawach innej natury (np. *arthritis*) stosuje się przekrwienie czynne.

Co się zaś tyczy baniek w ginekologii, to nie nabrał do nich przekonania, gdyż przy sto-

sowaniu ich na część pochwową przekrwieniu ulega tylko ta ostatnia, a sama macica zachowuje się obojętnie.

Stosowanie zaś baniek w *parametritis post.*, o czem wspominał MONSIORSKI, można z powodzeniem zastąpić pociąganiem części pochwowowej za pomocą kulociągu, gdyż, właściwie, sprawa sprowadza się tylko do pociągania i przy bańce.

BORYSSOWICZ sądzi, że kwestya przekrwienia *endometrii* dałaby się rozwiązać, o ileby zastosować rurkę, na podobieństwo kateteru macicznego, z otworami, którą możnaby wprowadzać do jamy macicy.

MONSIORSKI zgadza się z KARCZEWSKIM, że w wyż wspomnianej sprawie chorobowej w zupełności bańkę można zastąpić pociąganiem, lecz przypuszcza, że jednak, dzięki znacznej ruchomości macicy, bańka, przystawiona do części pochwowowej, sprawia przekrwienie nie tylko tej ostatniej, lecz i części trzonu, i że często powtarzane takie przekrwienie może wpływać na poprawę odżywiania macicy, ewentualnie i na zjawienie się miesiączki przy jej braku przy nadmiernem zwinięciu się macicy *post partum*.

WARSZAWSKI dziwi się entuzjazmowi jednego z autorów, który twierdzi, że, zamiast podwiązania żył w ciężkich sprawach położowych, można z powodzeniem stosować bańki BIER'a.

JAWORSKI odpowiada KARCZEWSKIEMU, że bańki do stosowania na macicę zbudowano dopiero przed dwoma mniej więcej laty, a pewne modyfikacje w przyrządach tych nawet przed paru miesiącami. Co do rodzaju przekrwienia, wywoływanego przez bańki, to twórca metody

określa je mianem „*gemischte*” z przewagą zastoinowego. Tę postać BIER zaleca stosować w przypadkach ostrych, bo zastój krwi hamuje wchłanianie, umiejscawia sprawę.

Przekrwienie czynne wzmacnia wchłanianie. Stosowanie wyłącznie jednej postaci przekrwienia drogą przyrządu ssącego w praktyce, w rzeczywistości nie jest do urzeczywistnienia.

MONSIORSKIEMU: w czterech przypadkach *climax praecox*, pomimo długotrwałego stosowania bańki po parę razy na tydzień (u jednej osoby przez kilka miesięcy), J. nie widział wyniku. Natomiast J. widział dobry skutek przy *subinvolutio post partum* po uprzednim zastosowaniu skaryfikacyi.

W sprawach przewłocnych w mięszu macicy lub w przymacieczach przyrządy te bywają powszechnie stosowane.

WARSZAWSKIEMU — że autorem, który miał dobry wynik w ciężkim przypadku, który mówca opowiada, był docent KROEMER z Gissen.

BORYSSOWICZOWI — że myśl, aby przyrząd ssący działał intra-uteralnie urzeczywistnił właśnie wynalazca przyrządu w kształcie cewnika metalowego z tarczą, który J. pokazał, dr TURAN z Pesztu.

W końcu JAWORSKI zaznacza, że przyrządy ssące, które pokazał, stosował w ambulatoryum swoim szpitalnem przy pomocy i udziale paru kolegów, z nim pracujących, w przypadkach przeszło 70, a wyniki każdego seansu ma ściśle zapisane pod właściwą rubryką. W obecnem przemówieniu o wynikach leczniczych nie miał zamiaru mówić

M. Ryłko.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 stycznia 1907 do 14 lutego 1907 r.

Ospa, tyfus wysypkowy i płonica najczęściej zacyfrowały się w miesiącu sprawozdawczym.

Ogółem liczba chorych przybyłych w miesiącu sprawozdawczym na rozmaite formy infekcyjne wynosi 104 (53 m. 51 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 87 (36 m. 51 k.), uznano za zdrowych 73 (27 m. 41 k.), 1 m. przewieziony do szpitala Św. Łazarza stosownie do rodzaju choroby, zmarło 16 (8 m. 8 k.), na miesiąc następny pozostało 101 (53 m. 48 k.).

Chorzy byli w wieku od 3 do 85 lat, a mianowicie:

3-ch lat	.	2 płci żeń.
5-iu "	.	3 (2 p. m. 1 p. żeń.)
6-iu "	.	2 (1 m. 1 ż.)
7-iu "	.	2 płci ż.
9-iu "	.	2 płci m.
10-iu "	.	4 (3 m. 1 ż.)
11-u "	.	2 ż.
12-u "	.	3 m.
13-u "	.	2 m.
14-u "	.	1 ż.
15-u "	.	4 (3 m. 1 ż.)
16-u "	.	10 (3 m. 7 ż.)
17-u "	.	3 (2 m. 1 ż.)
18-u "	.	4 (2 m. 2 ż.)
19-u "	.	7 (2 m. 5 ż.)
20-u "	.	4 (2 m. 2 ż.)
21-m r.	.	2 (1 m. 1 ż.)
22-m "	.	7 (1 m. 6 ż.)
23-m "	.	2 (1 m. 1 ż.)
24-m "	.	2 ż.
25-m "	.	2 ż.
26-m "	.	1 m.
27-m "	.	1 ż.
28-m "	.	1 ż.
29-m "	.	1 ż.
34-m "	.	1 m.
35-m "	.	1 m.
38-m "	.	1 ż.
39-m "	.	1 ż.
40-m "	.	3 (2 m. 1 ż.)
43-im "	.	1 ż.
46-m "	.	1 m.

Chorzy byli w wieku od 3 do 85 lat, a mianowicie:

47-m r.	.	1 ż.
49-m "	.	1 m.
50-m "	.	1 m.
53-m "	.	1 ż.
85-m "	.	1 ż.

Z liczby 120 chorych było 98 katolików, 29 starozakonnych, 2 prawosławnych, 1 ewangelik.

Według poszczególnych postaci ostrej infekcji było chorych na:

Ospę: z poprzedniego miesiąca pozostało 30 (15 m. płci, 15 ż. płci), nowych chorych przybyło 30 (16 m. 14 ż.), wyzdrowiało 18 (9 m. 9 ż.), zmarło 5, na miesiąc następny pozostało 37 (20 m. 17 ż.).

Chorzy ospowi byli w wieku od 3-ch do 39 lat, a mianowicie:

3-ch lat	.	1 płci ż.
5-iu "	.	2 (1 m. 1 ż.)
9-iu "	.	1 m. płci
10-iu "	.	1 ż. płci
15-u "	.	1 ż. płci
16-u "	.	3 (2 m. 1 ż.)
17-u "	.	2 m. płci
18-u "	.	1 m. płci
20-u "	.	1 płci ż.
21-m "	.	1 m. płci
22-ch "	.	1 ż. "
24-ch "	.	1 ż. "
25-u "	.	1 ż. "
26-u "	.	1 ż. "
28 u "	.	1 m. płci
39-u "	.	1 ż. "

Na 21 chorych było 16-u katolików, 5-u starozakonnych.

Od urodzenia nieszczepionych przybyło 9 (6 m. 3 k.).

Zmarło na ospę nieszczepionych 2 (1 m. 1 k.).

Poszczególne zejścia śmiertelne nastąpiły: w 2-ch (18 l. m. 26 l. k.) przypadkach nieszczepionych od urodzenia skutkiem formy os-

py zlewającej się; w 2-eh przypadkach (28 l. k. i 39 l. k.) szczepionych raz w dzieciństwie skutkiem formy ospy zlewającej się; w 1-ym przypadku 3-letnia dziewczynka przybyła z ospą wietrzną mimo zaszczepienia (dwa razy) w szpitalu i przyjęcia w jednym miejscu zmarła na ciężką formę ospy naturalnej. Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 398 (31 m. 484 dni; 29 k. 414 dni).

Przybyli chorzy ospowi z następujących 23 ulic i domów: Al. Jerozolimskie 41, Bagatela 5, Bednarska 18, Białostocka 19, Browarna 16, Chmielna 108, Długa 20, Elektoralna 34, Franciszkańska 33, Gęsia 63, Kacza 10, Konwiktorska 5, Krochmalna 16, 25, 80, Litewska 5, Mokotowska 57, Nowowiejska 30, Pańska 43, Stawki 71 (2 przyp.), Solec 113, Solna 16, Śliska 25, Sienna 18, Włodzimierska 6 i ze wsi Mokotów i Wola.

P ł o n i c a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 17 (7 m. płci, 10 żeń. płci), nowych chorych przybyło 10 (5 m. 5 ż.), wyzdrowiało 10 (4 m. 6 ż.), zmarło 2 (1 m. 1 ż.), na miesiąc następny pozostało 15 (7 m. 8 ż.). Chorzy na płonicę byli w wieku od 5-ju 29 lat, a mianowicie:

5 lat	.	1 m. płci
6 "	.	2 (1 płci m. 1 płci ż.)
7 "	.	2 płci ż.
9 "	.	1 płci m.
11 "	.	1 płci ż.
16 "	.	1 płci m.
18 "	.	1 płci m.
19 "	.	1 płci ż.
22 "	.	1 " "
29 "	.	1 " "

Z liczby 14 chorych było 10 katolików, 2 prawosł., 1 staroz., 1 ew.

Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 1-ym przypadku 3 letni chłopczyk skutkiem ropnego zapalenia gruczołów szyjowych i zapalenia nerek, w 2-im przypadku 30 letnia kobieta skutkiem powikłania zapaleniem opon mózgowych i zapaleniem nerek (przedwczesny poród w 7-ym miesiącu). Dni szpitalnych przebyli chorzy 486 (12 m. 201 dni; 15 ż. 285 dni).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Elektoralna 11, Łochowska 4 (3 przyp.), Nowomińska 7, Nowokrochmalna 89 (2 przyp.), ze wsi Małe Młociny (2 przyp.) i Wola.

T y f u s w y s y p k o w y. Z poprzednie-

go miesiąca zostało 13 (1 m. 12 ż.), przybyło nowych chorych 17 (10 m. 7 ż.), wypisało się zdrowych 15 (3 m. 12 ż.), zmarła 1 k. 53 l. przywieziona ze szpitala Dzieciątka Jezus w stanie nieprzytomnym skutkiem ciężkiej formy tyfusu wysypkowego.

Chorzy na tyfus wysypkowy byli w wieku od 12-u do 53 l., a mianowicie:

12 lat	.	2 m. płci
13 "	.	2 (1 m. płci 1 ż. płci)
15 "	.	1 (1 ż. płci)
16 "	.	3 płci ż.
19 "	.	1 m. płci
20 "	.	2 (1 płci m. 1 dziew.)
21 "	.	1 dziew.
22 "	.	1 płci ż.
27 "	.	1 " "
40 "	.	1 m. płci
47 "	.	1 ż. płci
53 "	.	1 ż. płci.

Z liczby 17 chorych było 11 katolików, 6 starozakonnych.

Chorzy przybyli z następujących 13 ulic Warszawy: Bracka 19, Dobra 10, Muranowska 3, 26, Nowolipie 28, 69, Nizka 43, Przebieg 1, Solec 113, Sowia 6, Szara 4, Targowa 25 (2 przypadki), Wilcza 78, Wołyńska 14, Wolska 14 i ze wsi Sokolniki.

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 7 (4 m. 3 k.), przybyło nowych 3 (1 m. 2 k.), wypisano zdrowych 3 (1 m. 2 k.), pozostało na miesiąc następny 7 (4 m. 3 k.). Byli chorzy w wieku lat od 11—26. Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Brzeska 7, Dzielna 24, Stalowa 13.

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 5 (2 m. 3 k.), przybyło nowych chorych 18 (6 m. płci, 12 ż. płci), wypisano zdrowych 5 k., zmarło 5 (3 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostało 13 (5 m. 8 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 1-ym przypadku skutkiem słabości serca obok jego wady i rozedmy płuc u 49-letniego mężczyzny; w 1 przypadku skutkiem róży twarzy i ciężkiego jej przebiegu na tle przewlekłego alkoholizmu u 50 letniego mężczyzny, w 1 przypadku skutkiem róży wędrującej u 85 letniej kobiety; w 1 przypadku skutkiem róży obok gruźlicy płuc; w 1 przypadku róży kończyn dolnych, obok niewyjaśnionej uremii, przybyła w agonii 43 letnia kobieta. Podług umiejscowie-

nia było 7 przypadków róży na twarzy, 2 przypadki róży twarzy i tułowia, 1 przypadek róży dolnych kończyn.

Chorzy na różę byli w wieku lat od 19 do 85, a mianowicie:

19 lat	.	1 kob.
22 "	.	1 "
40 "	.	2 "
43 "	.	1 "
46 "	.	1 "
49 "	.	1 męż.
50 "	.	1 "
85 "	.	1 kob.

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Aleja Belwederska 21, Brzozowa 13, Grodzieńska 4, Kamionkowska 13, Maryańska 8, Nowy Świat 12, Nowolipki 14, Nowowiełka 2, Ogrodowa 20, Orla 6, Wileza 23 (2 przyp.), Żelazna 3 i ze wsi Czyste, Pierlejew, Perok, Wilanów.

Błonica. Z poprzedniego miesiąca pozostało 2 (1 m 1 k.), przybyło nowych chorych 3 (2 m. 1 k.), wypisano zdrowych 4 (2 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostał 1 m. Chorzy byli w wieku lat od 12 do 24:

12 lat	.	1 chl.
16 "	.	1 dziew.
19 "	.	1 męż.
22 "	.	1 "
24 "	.	1 kob.

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Krakowskie-Przedmieście 52, Nowy-Świat 47, Stalowa 51. Dni szpitalnych przebyli chorzy 271.

Odra. Pozostało z poprzedniego miesiąca 5, przybyło nowych chorych 4 (1 m. 3 k.), wypisano zdrowych 6, pozostało na miesiąc następny 3 (1 m. 2 k.). Przybyli chorzy z ulic: Marszałkowska 66, Sienna 29, Topiel 6, Wronia 2; byli chorzy od 16 do 23 lat.

Grypa. Pozostał z poprzedniego miesiąca 1 m., przybyło 3 m., wypisana zdrową 1 k., na miesiąc następny pozostało 3 (2 m. 1 k.).

Przybyli chorzy z następujących ulic: Bugaj 18, Chmielna 132, Freta 10, Niska 12 i ze wsi Czyste; byli chorzy 64 dni w szpitalu.

Nosaczna. Przybył 1 m. (przypadek

ze wsi Wola) i 1 m. dorożkarz bez dokładnego adresu.

W jednym z tych przypadków bakteriologiczne badanie wykryło prątki nosaczny, w drugim czyste gronkowce złociste.

Oba przypadki zakończyły się śmiertelnie: 23 l. m. 1-y w 2 dni po przybyciu, drugi 34-letni dorożkarz po 3 dniowym pobycie w szpitalu.

Karbunkul złośliwy. 1 m. pozostał z poprzedniego miesiąca, 1 m. 35 lat przybył ze wsi Rucice, 1 m. wypisał się zdrowym, 1 m. pozostał na miesiąc następny.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na uagminne zapalenie gruczołu przyusznego 2 chl.; jeden wyszedł zdrowy, 2 pozostał na miesiąc następny; 1 dziew. na ostry reumatyzm stawowy pozostała na miesiąc następny, na zapalenie włóknikowe płuc 2 k., jedna wypisała się zdrową, jedna pozostała na miesiąc następny, jedna kobieta z paraplegią skutkiem wylewu krwawego w mózgu (autopsya) zmarła po 11 dniach pobytu w szpitalu, 1 m. na ostry niezbyt złośliwy rak i kiszek pozostał na miesiąc następny, jeden więzień z Pawiaka na zakażenie syfilityczne przeprowadzony do szpitala Św. Łazarza, 1 z gruźlicą prosówkową przywiez z Pawiaka, 2 z niezłym oskrzeli przy chorych dzieciach, 2 na rumień niejasnego pochodzenia z podniesieniem temperatury i ogólnym niedomaganiem.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z ubiegłego miesiąca: 1 m. z gruźlicą rozpadową płuc, z zapaleniem opon mózgowych 1 m., z prawostronną pneumonią 1 m., z ogniskowym zapaleniem gardzieli 3 (1 m. 2 k.).

Ogółem 291 chorych przebyli 2739 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 19 (9 m. 10 k.).

Odmownych biletów z braku miejsc wydano 9 (5 m. 4 k.).

Badań pośmiertnych dokonano 2.

Śmiertelność miesięczna 13 $\frac{1}{3}$ %.

Wiadomości bieżące.

— W Nr. 11 „Tygodnika lekarskiego“ czytamy, że wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego uchwalił przedstawić docenta prywatnego patologii ogólnej dra med. Edmunda BERNACKIEGO do nominacji na profesora nadzwyczajnego.

— Zjazd towarzystwa oftalmologów francuskich otwarty zostanie dnia 6 maja o godz. 8 r. w Hotel de sociétés savantes w Paryżu. Referat ogólny: Nieżyt wiosenny (prof. AXENFELD). Zgłoszenia odczytów przyjmuje dr DUBOIS de LAVIGERIE Paris, rue de Madrid.

— Ś. p. dr Władysław KRAJEWSKI zapisał na cele użyteczności publicznej:

1) Rb. 10.000 dla sekcji rzemieślniczej przy Muzeum przemysłu, na kapitał żelazny, od którego odsetki obracane być mają na zapomogi dla rzemieślników, na wyjazd za granicę, w celu doskonalenia się w swoim fachu, z pierwszeństwem dla ślusarzy i kotlarzy.

2) Rb. 24.000 dla warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, jako fundusz wieczysty na założenie, pomieszczenie i wynagrodzenie kustosza Muzeum chirurgicznego przy temże Towarzystwie.

3) Rb. 20.000 dla warszawskiego Towarzystwa lekarskiego na wydawnictwo dzieł oryginalnych polskich treści chirurgicznej — ewentualnie w połowie na zapomogę dla pisma periodycznego treści specjalnie chirurgicznej. W razie nieprzyjęcia zapisu, na bliżej określonych warunkach, przez Tow. lekarskie, przypadnie on Kasie pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia dr J. Mianowskiego.

4) Rb. 14.200 Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu na kapitał wieczysty, od którego odsetki służyć będą na stypendya dla lekarzy na wyjazd za granicę w celu wydoskonalenia się w danej specjalności.

— Z pomiędzy miast stołecznych w Europie Wiedeń zajmuje stale pierwsze miejsce co do liczby samobójstw. W roku 1906 odebrało sobie życie 425 osób (313 mężczyzn i 112 kobiet), oprócz tego 707 osób usiłowało odebrać sobie życie. Wiek chorych od 8—87 lat.

— W dniu 17 marca nastąpiło otwarcie Zakładu Wodoleczniczego dra Adama CIĄGLIŃSKIEGO przy ulicy Wróblej Nr. 11.

— ZMARLI. Dr KŁOPOTOWSKI w Berdyczowie i dr CIECHANOWSKI w Irkucku.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamężnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rub. 61 kop. 56. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia *Dr M. Jakowski.*

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

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

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu bornego 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, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruczolanych

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 D-ra HOMMELA**. —

Dawki dobowe:

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

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

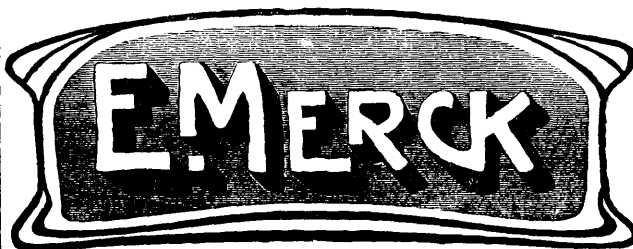
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse
rum.

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 H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniechirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrlin

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 przeciwniechirurgicznymi ostryżkami ze świeżego materyału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz
Wskaz.: bronchitis, laryngitis,
gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz.
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: żółty, 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.

Antithyreofidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości puls 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, przeciwniechirurgiczny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się ośmiennie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obite miesiączkowe krwotoki.

**Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.**