

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 14.

Warszawa d. 6 Kwietnia 1907 r.

T. XXXV.

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 piśmem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „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 znaczeniu wiciowców znajdujących w wypróżnieniach przy achylia gastrica. Podał Dr. Wasserthal (Karlsbad).—Przypadek cesarskiego cięcia. Klampy bezpieczeństwa. Pelveografia. Podał Dr. Stefan Gaszyński.—Odpowiedź na artykuł kol. Peeckrauca, p. t. „Krzywica młodzieńcza“. Podał Władysław Sterling.—Z Towarzystwa lekarskiego. Posiedzenie sekcji neuropatologicznej. (Dokończenie).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr. Wasserthal. — A propos de flagellates, trouvées dans les selles de malades avec achylie gastrique. 2) Dr. Gaszyński. — Sur un cas de la section césarienne. Clamps de sécurité. Pelveographie.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr. Wasserthal.—Ueber die Bedeutung, der in den Faeces gefundenen Flagellaten bei Achylia gastrica. 2) Dr. Gaszyński.—Ueber ein Fall von Kaiserschnitt. Sicherheitsklamps. Pelveographie.

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

PRACE ORYGINALNE.

O ZNACZENIU WICIOWCÓW
znajdujących w wypróżnieniach
przy achylia gastrica.

Podał

Dr. Wasserthal (Karlsbad).

Jakkolwiek literatura traktująca o pierwotniakach znajdujących w wypróżnieniach ludzkich jest dość obfita, zdania co do chorobotwórczego znaczenia tych tworów bardzo są podzielone, i kwestya pozostaje niezupełnie wyjaśniona.

Kiedy dawniej uznawano t. zw. biegunkę wiciowców i tem samem przypisywano wiciowcom działanie drażniące i szkodliwe dla ściany jelita, to obecnie, szczególnie dzięki pracom JANOWSKIEGO, COHNHEIMA, ZABELA, ROSENFELDA i in., poglądy w tej kwestyi uległy zmianie i obecnie przeważa zdanie, że wiciowce nie mają same w sobie chorobotwórczych własności, chyba że występują przy innych sprawach chorobowych jelit, zaostrażają sprawę pierwotną i tylko pośrednio działają ujemnie na organizm.

Mimo to zainteresowanie się świata lekarskiego pasorzytami zwierzęcemi wogóle nie tyl-

ko nie osłabło lecz wręcz przeciwnie w ostatnich czasach znacznie się wzmogło (*trypanosomiasis* i t. p.).

W wydzielinach chorych pochodzących ze wschodniej Europy (Rosyi) miałem niejednokrotnie sposobność napotykania zwierzęcych pasorzytów (*flagellata*) i to przy najrozmaitszych schorzeniach przewodu pokarmowego.

W większości przypadków pasorzyty występowały w bardzo niewielu egzemplarzach niejako przypadkowo, tym razem jednak chciałbym omówić krótko przypadek *trichomonas intestinalis* typu LEUCKART'a który miałem sposobność obserwowania przez czas dłuższy.

Nie wdaję się na tem miejscu w bliższe opisywanie własności wiciowców, nie omawiam sposobów barwienia i t. p. Postać którą widziałem w niczem się nie różniła od *trichomonady* LEUCKART'a. Zoologiczną klasyfikację potwierdził fachowiec zoolog, dr B. ROSENSTADT w Karlsbadzie. Po szczegóły co do wiciowców odsyłam do obszernej pracy JANOWSKIEGO w Gazecie lekarskiej.

Przypadek dotyczy pani K., która od wielu lat cierpi na dolegliwości kiszkowe, skłonność do rozwolnienia, 2—3 wodniste wypróżnienia dziennie.

Przy badaniu kału najniespodziewaniej znalazłem nieskończoną ilość żywo poruszających się wiciowców.

Stolce po za tem nie wykazują znacznych zmian, odczyn słabo zasadowy.

Przeróbka pokarmów niezła: węglowodany i tłuszcze a nawet i mięso nieźle przetrawione, nieznaczna ilość mydeł i dość wiele tkanki łącznej.

Początkowo zdawało mi się że przyczyną biegunki są wiciowce, starałem się je wytępić zapomocą wlewań z chininy, błękitu metylowego i t. p. lecz zupełnie bez skutku.

Dalsza obserwacja kału nasunęła myśl o nieprawidłowym chemizmie żołądka (A. SCHMIDT) w istocie znalazłem po śniadaniu prób-

nem zupełną *achylia gastrica*. T. A. 10, brak kwasu solnego, brak zaczynów i brak zymogenu. Sprawność ruchowa dobra, brak kwasów organicznych. Pod mikroskopem brak wiciowców, sarcyny i długich prątków (OPPLERA) Wobec takiego wyniku badania musimy przyjąć, że w naszym przypadku mieliśmy doczynienia z biegunką pochodzenia żołądkowego. (OPPLER, SCHMIDT) i że wiciowce mają tylko znaczenie wtórne towarzyszące cierpieniu, tembardziej że i zachowanie się pasorzytów było bardzo zmienne *).

Przy zastosowaniu diety składającej się z pokarmów mącznych i masła z wyłączeniem mięsa, biegunka czasowo ustępowała, wtedy i wiciowce znikały prawie zupełnie. Wogóle zauważyć się daje że wodniste stolce ogromnie sprzyjają mnożeniu się pasorzytów, można bowiem zauważyć, że w górnych warstwach kału o ile się ustoi, znacznie więcej się znajduje pasorzytów aniżeli w gęstym osadzie na dnie naczynia, czyli, że o ile konsystencya kału zbliżona jest do normalnej, wiciowce zostają unieruchomione i giną. Przypomina to zachowanie się bakterii, które np. przy pewnej gęstości syropu cukrowego (podłoża skądinąd zupełnie dla ich rozwoju odpowiedniego) giną wskutek działania czysto fizycznego.

Poprawa trwała niedługo ponieważ przy wyłącznem żywieniu węglowodanami doszło do kwaśnej fermentacji i pod mikroskopem można było wykazać wielką ilość drożdży, jednocześnie z wodnistymi stolcami zjawily się pasorzyty w znacznej ilości. Wspominam o tem mimochodem.

*) Jak już wyżej zaznaczyłem próby wytępienia pasorzytów zapomocą wlewań autyseptycznych wypadły w naszym przypadku niepomyślnie, widocznie i pod tym względem zachowanie się pasorzytów nie jest jeduakowe. Z jednej strony wiemy od rosyjskich autorów (Włajew ¹⁾ o dodatnich wynikach takich przemywań, z drugiej widzimy, że np. Nothnagel ²⁾ nigdy nie otrzymał pożądanego rezultatu takich zabiegów.

¹⁾ Włajew — Wraczebnaja gazeta 1905.

²⁾ Nothnagel — Lehrbuch d. Krankheit d. Darms u d. Peritoneum I wyd.

dem, ponieważ fakt ten świadczy o tem, że trichomonady również dobrze się rozwijają w kwaśnej zawartości jelit jak i w zasadowej, w przeciwieństwie do żołądka, gdzie przy raku odzwiernika nie znajdowano wiciowców, właśnie z powodu obecności kwasu mlecznego (ROSENFELD). Wiciowce w przewodzie pokarmowym człowieka zaczęły zajmować lekarzy od czasu, kiedy zauważono występowanie ich przy raku żołądka.

Kiedy w roku 1898 STRUBE jako pierwszy wykazał obecność wiciowców w żołądku, w krótkim czasie zaczęły się mnożyć podobne spostrzeżenia i obecnie według ostatniego zestawienia NICHOLSONA mamy ze 30 podobnych obserwacji, co prawda włączone są tu też po części i (*Balantia coli*) szparkosze.

Według ULLMANNA wiciowce w żołądku napotykamy wogóle dość rzadko, wielu autorów stawia za warunek odczynu alkoholizny treści żołądkowej. (STRUBE, ORŁOWSKI, COHNHEIM, NICHOLSON, ROSENFELD i inni). Przypadki, w których przy obecności kwasu solnego występowały wiciowce należą co najmniej do wyjątków; znanych jest nie więcej nad 3 przypadki: jeden przyp. R. SCHMIDTA (*Megastoma entericum*) i 2 przyp. ROSENFELDA i ARISAWA-TAGI KUCHI.

W jednym z tych 2 przypadków pasorzyty znajdowano jedynie w wypukleniach żołądka o zawartości alkalicznej.

W zestawieniu NICHOLSA 23 spostrzegane przypadki rozpadają się na: 2 przyp. chronicznego nieżytu żołądka, 1 *Uleus ventriculi* 19 *carcinoma ventriculi* i 1 bez rozpoznania.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, pierwsze miejsce co do częstości zajmuje bezsprzecznie *carcinoma*, nie dziw więc, że wielokrotnie nasuwała się myśl o patognostycznym znaczeniu wiciowców, starano się zarazem wyzyskać ten przypadkowy objaw dla wczesnego rozpoznania raka (ZABEL, COHNHEIM, ACKERMANN).

Jak dalece jesteśmy do tego uprawnieni,

trudno orzec, tu wolno by się było oprzeć na wielkich cyfrach, jeden przypadek choćby nawet stwierdzony przy oględzinach pośmiertnych — nie przemawia ani dodatnio ani w znaczeniu ujemnem.

Co zdaje się nie ulega kwestyi, to to, że pasorzyty, jakkolwiek byłaby ich rola, rozmnażają się tylko na powierzchni tkanek już uprzednio zwyrodniałych, dotyczy to zarówno żołądka jak i jelit, pochwy i płuc.

Oslabienie czynności jak np. przy raku i katarze żołądka, wydzielina kataralna i zmiana odczynu w pochwie (BRAUN), sprawy ropotwórcze w jamie ustnej, zębach i płucach (JAFFÉ i LEYDEN) wreszcie katar, wyrośle i polipy błony śluzowej kiszek³⁾ — oto warunki przy których napotykamy wiciowce.

Nie można zamilczeć o tem, że wiciowce napotykano niejednokrotnie równocześnie z innymi pasorzytami (*Amoeba et Balant. Coli*) w wydzielinach przy durze brzuszynym (KRAUZE), to znaczy tam gdzie istniały już i inne szkodliwości.

Tu też należy sprawa dróg, jakimi się odbywa zakażenie trichomonadami, za drogę taką uważa np. BRAUN wdychanie zakażonego powietrza, gdy tymczasem inni autorowie źródła zakażenia dopatrują się w wodzie, tak np. ZABEL stwierdza zjawisko, iż w miastach zaopatrywanych we wodę ze źródeł górskich (Hochquellenwasser), jak np. Wiedeń, wiciowców napotyka się nader rzadko.

Dla wykazania źródła małej epidemii biegunki wiciowcowej w szpitalu dziecięcym EPSSTEIN podawał kilkakrotnie zdrowemu dziecku wodę z podejrzaną studni i w istocie udało mu się wywołać biegunkę wiciowcową, chociaż w samej wodzie pasorzytów wykazać nie był w stanie.

Podobne spostrzeżeniu robili: QUINCKE i SALOMON.

³⁾ Funkenstein.

Próby bezpośredniego zakażenia wiciowcami czynione były wielokrotnie MORITZ, HÖLTZL) pozostawały jednak zawsze bez wyników dodatnich.

Że jednak zakażenie ma najprawdopodobniej miejsce *per os*, świadczy dość częste występowanie wiciowców w jamie ustnej chorych (rak) i zdrowych (RAPPIN, ZUNKER) dalej wyżej wymieniony już fakt występowania pasorzytów. W próchnięjących zębach, a nawet w gruczole przyuszny (parotis) TIETZE.

Reakcja stołców zdaje się nie ma znaczenia dla pomyślnego rozwoju wiciowców. Powyżej wspomniałem, że i w naszym przypadku przez pewien czas istniał odczyn kwaśny. Również można przyjąć za bardzo prawdopodobne, że niejeden z 26 przypadków biegunki wiciowcowej spostrzeganych przez EPSTEINA, które jak sam autor zaznacza w niczem się nie różniły od zwykłej biegunki dziecięcej — chyba również wykazywał kwaśny odczyn wypróżnień. Prawdopodobnie tylko kwasy nieorganiczne (HCl) w silniejszej koncentracji działać mogą zabójczo na wiciowce nie zaś słabe roztwory kwasów organicznych z jakimi spotykamy się w ustroju.

Bez względu na wszystko wyżej powiedziane nie da się zaprzeczyć, że mechanizm zakażenia wykazuje pewne właściwości, które musimy złożyć na karb nieznanych nam dotychczas czynników.

Zdawałoby się *a priori*, że o ile przy braku kwasu solnego w treści żołądka wiciowce już raz znalazły dla siebie podatny grunt do rozwoju i rozmnożyły się dostatecznie to tembardziej winny w tych przypadkach być znajduwane na błonie śluzowej kiszek zwilgotnionej alkaliczną wydzieliną, gdzie przez kosmki i wgłębienia wiciowce mogłyby znaleźć doskonałe punkty przyczepu i warunki rozwoju. Jednak w większości przypadków tak nie jest (SKALLER, STRUBE).

Nie możemy przypuścić możliwości pierwotnego zakażenia dołem (*per anus*), ponieważ we wszystkich przypadkach, gdzie robiono oglę-

dziny pośmiertne, pasorzyty znajdowano stale w górnej części jelita grubego i dolnych częściach jelit cienkich (EPSTEIN, MAY, BILAND i autorowie rosyjscy).

Z konieczności musimy przyjąć, że bez uszkodzenia lub upośledzenia funkcji jelit nie może być mowy o rozmnażaniu się wiciowców — niestety jestto tylko przypuszczenie, które sprawy nie wyczerpuje.

Widzimy zatem, że wiadomości nasze o znaczeniu chorobotwórczym wiciowców są skąpe i nieścisłe i że szczególnie przy formach pod kwaśnych nieżyty żołądka badania w tym kierunku są dość obiecujące, tem bardziej, że w tym kierunku kazuistyka jest bardzo skąpa, według ORŁOWSKIEGO 14 przypadków.

Jeżeli na tem miejscu wystąpiłem z powyższymi uwagami, to jedynie przez wzgląd na ważność sprawy dla ewentualnego wczesnego „prawdopodobnego rozpoznania“ (Wahrscheinlichkeitsdiagnose (BOAS) raka żołądka.

LITERATURA.

- 1) W. JANOWSKI. O flagellatach wiciowcach w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. Gaz. Lekarska 1896.
- 2) ZABEL. Flagellaten im Magen. Wiener klin. Wochenschr. 1904. Nr. 38.
- 3) FUNKENSTEIN. Ueber Polyposis intestinalis. Zeitschr. für klin. Mediz. 1904.
- 4) W. ORŁOWSKI. O wajemnym stosunku braku soku żołądkowego (*achylia gastrica*) i t. zw. *protosoa colitis*.
- 5) NICHOLS. Protozon in the Stomach and their diagnostic significance. Americ. Journal of med. sciences 1905 July.
- 6) Artur ROSENFELD. Ueber die Bedeutung der Flagellaten im Magen und Darm d. Menschen. Deut. Med. Woch. Nr. 47. 1904.
- 7) BRAUN. Thierische Parasiten d. Menschen Würzburg. 1903.

8). RÓBIN W. Dwa przypadki zapalenia okrężnicy wywołanego obecnością woruszków (Balant. colitis). *Gazeta Lekarska*. 1903. (1 i 2).

8) KOSŁOWSKI. *Boas Archiw.* T. XI (1905).

9) R. SCHMIDT. *Wien. Med. Woch.* 1904. (S. 22,75).

10) TIETZE. Ein Protosoenbefund in einer erkrankten Parotis (Mittheilungen aus d. Grenzgebieten 1905).

11) I. BOOS. Welche Ansichten herrschen für die Frühdiagnose d. Intestinalcarcinome.

12) G. STRUBE. *Trichomonas hominis* in Mageninhalt bei Carcinoma cardiae. *Berl. Klin. Woch.* 1898. S. 708.

13) SKALLER. Casuistischer Beitrag zur Kenntniss des Vorkommens v. *Trichomonas vaginalis* im Darmcanal des Menschen.

14) IRISAWA—TAGI KUCHI *Zeitschrift. d. Medic. Gessellsch. zu Tokyo.* cyt. wedł. Nichol-sa.

15) Alois EPSTEIN. Beobachtungen v. *Monocercomonas hominis* (Grassi) und *Amoeba coli* (Zoesel) bei Kinder Diarrhoën. *Prager Med. Woch.* 1898 (38. 39, 40).

16) *Entamoeba Buccalis* demonstracya. w Charité Gessellschaft. *Berl. Klin. Woch.* 1905 Nr. 7 (Leyden i Loewenthal).

17) Paul COHNHEIM *Lehrbuch d. Krankheit. des Verdauungscanals.* Berlin.

Tenze —Ueber Infusor. im Magen. und in Darm kanal. des Menschen und ihre klinische Bedeutung *Deut. Med. Woch.* 1903. (12. 13. 14). Dyskusya nad odczytem D. M. *Woch. V. B.* 182 1902.

18) QUINCKE *Berliner Klin. Woch.* 1899 Nr. 46—47.

19) SALOMON. *Berl. Klin. Woch.* 1899 Nr. 96.

20) SCHMIDT. *Gastrogene Diarrhoën* Petersb. *Med. Woch.* Nr. 38 1905.

21) KRAUSE. Ueber Infusorien in Typ-

husstuhlen... etc., *Deut. Arch. f. Klin. Med.* B. 86. H. 4, 5 1906.

22) J. BILAUD. *Beitrag zur Pathogenität d. Flagellaten* D. *Arch. f. klin. Med.* 1905. *Festschrift f. Liehthheim.*

23) RAPPIN. *Thèse de Paris* 1881.

24) R. GAULTHER. *Th. d. Paris.* 1905 *De l'exploration fonctionelle de l'intestin par l'analyse de feces.*

25) ROUX et RIVA. *Etude des fonctions gastrointestinales par le regime d'épreuves.* *Gas. d. Hopitaux* 1905.

26) B. OPPLER. Ueber die Abhengigkeit gewisener chronischer Diarrhoen v. Mangel der Sekretion d. Magen saftes. *Deut. med. Wochenschr.* 1896. p. 511.

27) SAUL. Ueber Reinculturen v. Protozoën. *Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgesch.* 04.

28) TERRY—Two cases of chronic diarrhoea with *trichomonas intestinalis* in the stools. *Transact. Chicago Path. Soc.* 1903—5 (VI).

PRZYPADEK CESARSKIEGO CIĘCIA

Kłampy bezpieczeństwa. Pelveografia.

podał

Dr Stefan Gaszyński.

Minimum zetknięcia z tkankami operowanymi, operowanie czyste i bezkrwawe są podstawowymi wymaganiami chirurgii.

Każde usiłowanie, dążące do praktycznego rozwiązania powyższych zadań zasługuje, zdaniem mojem, na uwzględnienie.

Z tego też względu pozwalam sobie ogłosić następujący przypadek cesarskiego cięcia, operowany przeze mnie w dniu 23 grudnia r. z.

Dzięki uprzejmości koleżanki doktorki med. Matyldy BIEHLER zwróciła się do mnie III-rodząca W. K. z prośbą o rozwiązanie w sposób, zachowujący dziecko przy życiu; dotychczasowe

dwa porody, odbyte w klinice, ukończone zostały śmiercią jej dzieci.

Kol. BIEHLER, jak to z ustnego porozumienia dowiedziałem się, miała na myśli cięcie łonowe.

Dla ustalenia wskazań do operacji zabrałem się natychmiast do zdjęcia wymiarów i odrysowania danej miednicy za pomocą mego pelveografu.

Uzyskany rysunek, fig. N. I, wskazał mi, że sprzężna prawdziwa wynosi zaledwie 6,9 ctm.

i że ścieśnienie miednicy przebiega nie w jednej tylko płaszczyźnie wejścia, lecz obejmuje pas, rozciągający się na całą prawie małą miednicę.

Dopiero sprzężna wyjścia zbliżoną jest do normy.

Zwracam uwagę, że sprzężna prawdziwa wynosi 6,9 ctm. przy sprzężny przekątnej 9,5, co w zupełności potwierdza odnośne poglądy moje na małą wzajemną zależność obydwóch tych wielkości, wypowiedziane na kongresie

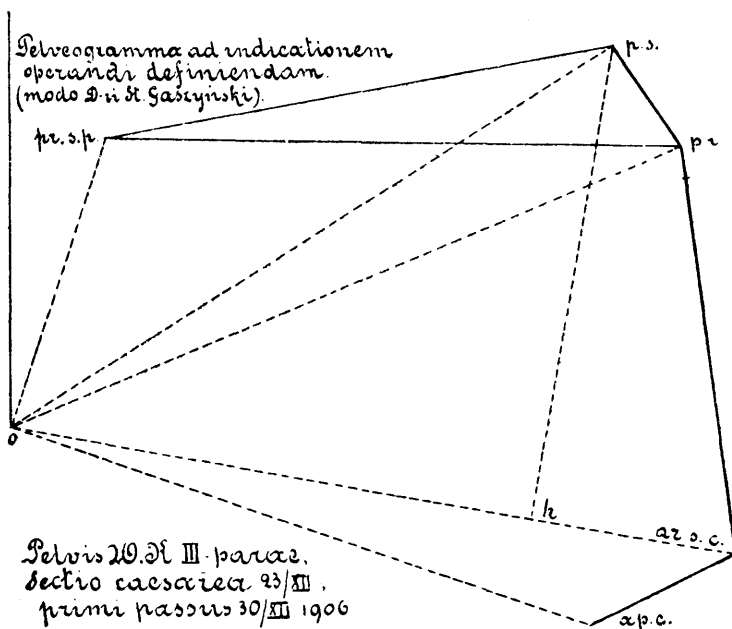


Fig. I.

przyrodników i lekarzy niemieckich w Wrocławiu w roku 1904.

(Porównaj pracę: Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiaru sprzężny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego. Medycyna 1905).

Umieszczony obok pionowy rzut badanej miednicy wykazuje aż nadto wymownie, że wykonanie w danym przypadku którejkolwiek z operacji mających na celu powiększenie pojemności miednicy, nie dałoby pożądanego rezultatu; dziecko w obydwu wypadkach padłoby ofiarą, i li tylko zachowane być mogło przy życiu na drodze cięcia cesarskiego, (patrz obli-

czenia moje o wpływie cięcia łonowego na zmianę pojemności miednicy w pracy: „O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku“. Medycyna 1901).

Technika cesarskiego cięcia jest opracowaną drobiazgowo; są jednak pewne słabe technicznie strony, o których usunięciu marzyłem oddawna. Do słabych stron zaliczam sposoby opanowywania krwotoku, powstającego po przecięciu macicy, konieczność prawie użycia drugiego asystenta i trudności uchronienia się od wylania nie zawsze jałowych wód płodowych do jamy brzusznej. Trzy te wymagania mając

na myśli, kazałem jeszcze w roku 1900 sporządzić klampy, fig. II, które niestety pozostawały aż do ostatniej chwili w szufladzie w oczekiwaniu nadarzyć się mogącej sposobności.

Klampy odróżniają się tem tylko od innych elastycznych, że część uciskająca jest w nich wydłużoną i że są opatrzone w gumowe dreny dla uniknięcia obrażeń uciskowych tkanek; ten ostatni szczegół został już wcześniej uwzględniony w chirurgii kiszek.

Klampy zakładam na szerokie więzy *en masse*, w chwili wydobywania dziecka i utrzymuję w lekkim zaciśnięciu aż do czasu nałożenia szwu mięśniowego na macicę.

Ucisk nie potrzebuje być silnym, i może być na żądanie zmniejszanym, lub zwiększanym.



fig. II.

plucnego; w tym razie jednak dziecko też nie zaraz mogłoby zacząć oddychać ze względu na brak podniet czuciowych, lub też na możliwość zatkania dróg oddechowych płynną zawartością macicy.

Wreszcie dziecko w chwili wydobywania go z macicy stanowi samo rodzaj tamponu, uciskającego rozcięte brzegi, w tym więc momencie klampy nie są jeszcze potrzebne.

Klampy zastępują dren, uciskający dolny odcinek macicy, lub też ręce asystenta.

Dren nałożony słabo nie dość wstrzymuje krwawienie, nałożony silnie powodować może obrażenia tkanek; wreszcie raz nałożony z trudnością daje się rozluźniać, lub też zacieśniać. Samo manipulowanie przy nakładaniu drenu, unoszenie macicy i t. p. przedłuża sprawę i wymaga niepotrzebnego zetknięcia z otrzewną. Klampy usuwają te niedogodności.

Każdy kto raz choćby uciskał rękoma dol-

Przez czas nałożenia klampów ani jedna kropla krwi nie została straconą. Pierwotnie miałem zamiar nałożyć klampy bezpośrednio przed momentem przecinania macicy, z uwagi jednak na mogącą nastąpić asfiksję dziecka przy niedość szybkim wydobywaniu go, odstąpiłem od tego zamiaru i nałożyłem klampy dopiero po wyjęciu dziecka. Wydobywanie dziecka przedstawia niejednokrotnie pewne drobne zresztą trudności, spowodowane, czy to okrucieństwem pępowiny około płodu — w danym przypadku około szyjki płodu — czy to ułożeniem samego płodu, czy wreszcie obecnością łożyska na miejscu cięcia. Można by nałożyć klampy przed wydobyciem dziecka bezpośrednio po wykonaniu cięcia, resp. umożliwieniu oddychania

ny odcinek macicy przyzna, że sam ucisk, wywierany ręcznie przez czas dłuższy ze znaczną siłą, nie stanowi przyjemności; długotrwałe zaś zetknięcie rąk z tkankami ustroju daje możność wyjścia ze szczelin naskórka drobnoustrojów, które, jak tego dowiódł HAEGLER i inni, są w nich stale obecne w najdokładniej nawet umytych rękach chirurga.

Użycie klampów, zamiast ucisku rąk, pozwala na ułożenie operowanej w położeniu TRENDLENBURGA, co znów chroni od wylania wód płodowych do jamy brzusznej, zmniejsza napływ krwi do organów rodnych i poprawia warunki odżywiania mózgowia przez czas uśpienia leczniczego. Względ zwłaszcza pierwszy zasługuje na uwagę, gdyż nie we wszystkich przypadkach możemy być pewni jałowości śluzówki i wód.

Brak najmniejszego choćby krwawienia pozwala na operowanie czyste i dokładne zszycie rozciętych brzegów.

Z chwilą zeszcicia brzegów mięśniowych klampy stają się niepotrzebnymi i odtąd też mogą być usunięte. Macica przez cały czas operowania i w okresie następnym, nie wykazywała najmniejszych dążności do wiotczenia, przeciwnie, skurcz mięśni był wyrażony bardzo silnie.

Dla ścisłości nadmienić należy, że znany ginekolog niemiecki OLSHAUSEN operuje bez żadnego ucisku zapobiegawczego i zatrzymuje krwawienie li tylko, przez zastrzyknięcie dużych dawek ergotyny, zastrzykiwanej na 20 minut przed rozpoczęciem operacji. Technik tej miary co OLSHAUSEN może sobie pozwolić na podobny eksperyment, jednakże całemu ogółowi operujących wolę polecić mój sposób i klampy, które pozwałam sobie nazwać klampami bezpieczeństwa. Zastrzyknięcie dużych dawek ergotyny może mieć ujemny wpływ na krążenie krwi, resp. oddychanie płodu, wobec zwłaszcza trwania uspienia chloroformowego, o czem i OLSHAUSEN wspomina i co, być może, było powodem dość znacznej asfiksyi płodu w moim przypadku. Ergotynę należy zastrzykiwać nie, jak chce OLSHAUSEN, na 20 minnt przed operacją, ale dopiero w momencie wydobycia dziecka. Od tej chwili do czasu nałożenia szwu na macicę upływa dosyć czasu niezbędnego na rozpoczęcie działania ergotyny, a w ten sposób matka i dziecko nie są wystawione na ujemne działanie środka, zwężającego naczynia krwionośne. Przy operowaniu w sposób OLSHAUSENA operowana musi bądź co bądź utracić sporo krwi, która też w wielu razach przedostać się może do jamy brzusznej i posłużyć za niepożądany materiał do gnicia, ewent. może być punktem wyjścia dla spraw zapalnych otrzewnej.

Po wydobyciu ciężarnej macicy z jamy brzusznej i osłonięciu jelit serwetką, ścianki brzuszne powinny być zbliżone i prowizorycznie zamknięte kleszczykami o długich zębach, tak że i asystent kontrolujący ściany brzuszne jest

zgoła zbyteczny i de facto do całej operacji potrzebnym jest jeden tylko asystent.

W moim przypadku asystował łaskawie kol. TYMIENIECKI, kontrolował ściany brzuszne kol. Wacław BIEHLER, ożywiało dziecko kol. RYŁKO, chloroformował kol. JAKUBOWSKI, zaopiekowała się dzieckiem w czasie późniejszym koleżanka M. BIEHLER. Operowaliśmy w maskach. Wszystkim wymienionym kolegom, jak również kol. R. GUTKOWSKIEMU, który z idealną czystością przygotować raczył materiał i narzędzia do operacji, należy się za ich bezinteresowny współudział serdeczne podziękowanie. Temu wyszkoleniu i zbieżności w postępowaniu całego zespołu przypisać mogę, że chora moja 8-go dnia po operacji zaczęła wstawać, a 11-go opuściła wraz z dzieckiem dom zdrowia przy ul. Marszałkowskiej, który ją tak gościnnie przyjął i opieką otoczył.

Operowanie bezkrwawe ma jeszcze jedną stronę dodatnią. Nie potrzeba wybierać miejsca, ani kierunku (Fritsch) cięcia macicy. Ciąg można wszędzie, nie obawiając się natrafić na miejsce przyczepu łożyska. Jakkolwiek w moim przypadku, na zasadzie wskazówek podanych przez OLSHAUSENA, widocznem zawczasu było w lewym rogu macicy miejsce przyczepu łożyska, jednakże, gdyby przyczep wypadł na linii środkowej, nie zawahałbym się przez łożysko poprowadzić cięcia.

Klampy bezpieczeństwa nakładane być winny na szerokie więzy w przypadkach pęknięcia macicy, przed dokładnem zeszciciem tejże, w niektórych przypadkach operowania ciąży zamacicznej i usuwania silnie ukrwionych guzów organów rodnych wewnętrznych.

Na zakończenie zwracam raz jeszcze uwagę, jak pouczające pod względem rozpoznawania przypadku i ustalenia wskazań do operacji są rysunki całej miednicy, otrzymywane przy pomocy mego pelveografu.

Warszawa 6 stycznia 1907 r.

ODPOWIEDŹ NA ARTYKUŁ KOL. PECHKRANCA. p. t. „Krzywica młodzieńcza”.

Podał

Władysław Sterling.

W N-rze 12 „Medycyny” znajduję artykuł kol. P. jako replikę na pracę moją o dystrofii kostnej. Kol. P. w replice swojej motywuje pogląd swój na opisany przeze mnie przypadek, jako na t. zw. „krzywicę młodzieńczą”. Należy się szczerza wdzięczność kol. P., że ważną i ciekawą kwestyę t. zw. „późnej krzywicy” poruszył po raz pierwszy w piśmiennictwie naszym. Kol. P. przytacza z literatury niektóre dane, które jak sądzi, „przekonać mają wątpiących” o istnieniu t. zw. „*rachitis tarda*”, a mianowicie z prac dawniejszych: CLUTON’a, PITTS’a, LUCAS’a i t. d., z nowszych zaś krótki i pobieżny referat z posiedzenia londyńskiego z d. 12. X. 1906, na którym CLUTON, LITTLE i ELMSLIE przedstawiali 5 przypadków jakoby krzywicy młodzieńczej. Czy skąpe te dane, zwłaszcza zaś mało przekonujące demonstracje londyńskie, „przekonają wątpiących”, nie chcę rozstrzygać, ażeby jednakże być obiektywnym przytoczę z literatury kilka opinii na t. zw. „późną krzywicę” z jednej strony wybitnych pediatrów, z drugiej zaś chirurgów i ortopedystów.

Tak więc REHN¹⁾ wypowiada się: „Sam nie widziałem nigdy krzywicy po trzecim roku życia, muszę tedy przypadki, które rozwijają się później (w 4—5 roku) uważać za największą rzadkość”.

HENOCH²⁾ mówi: „później aniżeli na początku drugiego roku życia nigdy nie spostrzedłem krzywicy”.

VIERORDT³⁾ mówi w swojej monografii: „Sprawa z *rachitis tarda* przedstawia się w zu-

pełnie taki sam sposób, jak z *rachitis foetalis*... opisywano pod tą nazwą przypadki zbliżone do krzywicy...lecz na zasadzie własnego doświadczenia muszę powstrzymać się od sądu, czy *rachitis tarda* wogóle istnieje: tymczasowo jednak musimy o tem wątpić”.

SEIFERT⁴⁾: „Podobnie jak z zarodkową, ma się rzecz z t. zw. „późną krzywicą”, która jakoby spostrzegana była po 5 roku życia, a nawet w okresie dojrzewania; chodzi tu jednakże o zmiany zupełnie odrębne od krzywicowych”.

MONTI⁵⁾: „Niektórzy autorowie opisali pod nazwą „późnej krzywicy” zmiany kośćca podobne do rachitycznych...dopóki jednakże przy t. zw. „*rachitis tarda*” nie będą stwierdzone zmiany takie same, jak i przy zwykłej krzywicy, uważam przyjmowanie tej postaci za nieusprawiedliwione”.

Co się tyczy głosów chirurgów i ortopedystów, to opisane przez MIKULICZA zmiany krzywicowe w wieku późniejszym (*genu valgum* i t. d.) nie spotkały się z ogólnem uznaniem. Powstaje przeciwko nim GOSSELIN, LOSSEN⁶⁾ zupełnie nie uznaje *rachitis florida adolescentium*.

HOFFA wyraża się w sposób następujący: „jeżeli mam wypowiedzieć mój pogląd na późną krzywicę MIKULICZA, to muszę wyznać, że bynajmniej nie jestem co do niej przekonany. Oczywiście istnieje we wszystkich przypadkach *genu valgum adolescentium* patologiczna miękkość kości, czy jednakże jest ona pochodzenia rachitycznego, pozwolę sobie co do tego wyrazić powątpiewanie, jak również co do poglądu RUPPRECHT’a na powstawanie skolioz na tle krzywicy”.

Jeżeli przytoczyłem powyższe dane z literatury, to nie dlatego, ażeby sam powstawał przeciwko istnieniu *rachitis tarda*, gdyż brak mi doświadczenia pod tym względem, lecz ażeby wykazać, że kwestya istnienia późnej krzywicy bynajmniej nie jest w nauce ugruntowana i że do „wątpiących” należą tacy badacze, z których zdaniem należy liczyć się poważnie. Nie można więc powiedzieć, że za granicą postać ta

¹⁾ Rehn. Gerhardts Handbuch der Kinderheilkunde 1878, Tom III. S. 97.

²⁾ Henoch. Vorlesungen ueber Kinderkrankheiten. III wyd. 1887. S. 817.

³⁾ Vierordt. Nothnagels specielle Pathologie und Therapie. Tom VII. S. 3.

⁴⁾ Seifert. Gerhardts Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Neu bearbeitet von Seifert. 1897. Bd. I. S. 326.

⁵⁾ Monti. Kinderheilkunde. Tom II. 1905. S. 345.

⁶⁾ Cytowane według Ross’a.

jest oddawna uznana, gdyż i tam bardzo często i to z poważnej bardzo strony spotyka się ona z „niedowierzaniem i sceptycyzmem“. Ja zaś w pracy mojej bynajmniej nie twierdziłem, jak to cytuje kol. P., że krzywica występuje „wyłącznie“ w początkowym okresie rozwoju kostnego, lecz że początek choroby tej przypada „zazwyczaj“ na ten okres. Do jakiego stopnia zaś pogląd na tę sprawę nie jest ustalony nawet pomiędzy jej angielskimi zwolennikami, dowodzi fakt, że cytowanych przez kol. PECHKRANCA przypadków LUCAS'a ¹⁾ - CLUTTON ²⁾ nie uznaje wcale za *rachitis tarda*.

Jeżeli jednakże zatrzymamy się na analizie obrazu późnej krzywicy tak, jak pojmują ją jej zwolennicy, to przedewszystkiem uderzy nas fakt, że wszyscy niemal autorowie, którzy tę postać opisali (PORTAL, TROUSSEAU, CLUTTON, OLLIER, KASSOWITZ, DEYDIER, DAWTREY-DREWILT, MACEWEN, HOCHSINGER, BIEDERT, MIKULICZ, POLOSSON i t. d.) zgadzają się na to że *rachitis tarda* ogranicza się do kończyn, które w okresie dojrzewania przechodzą drugi raz okres wzmożonego rośnięcia wzdłuż. Dotyczy to również przypadków demonstrowanych na posiedzeniu londyńskim. Jeżeli więc uprzytomimy sobie, że w przypadku moim zajęty był niemal cały układ kostny, to będzie to przemawiało poważnie przeciwko krzywicy w moim przypadku.

Rozpatrując dalej figurujące dotychczas pod firmą późnej krzywicy przypadki, spotykamy się z zadziwiającym faktem, że we wszystkich nich zanotowane jest wybitne rozwinięcie *genu valgum* oraz inne zniekształcenia kierunków stawowych. Sądzę, że nie jest to bynajmniej przypadkiem, na fakt zresztą zwracałem już uwagę w pracy mojej przy rozpoznaniu różniczkowym. Chodzi mi mianowicie o to, że w przypadku moim pomimo znacznych zgrubień stawowych odcinków kości nie mamy nigdzie do czynienia z zniekształceniem samego stawu—a przedewszystkiem z odchyleniem się kości przyjmujących udział w stawie od normal-

ne go kierunku stawowego, co dla krzywicy uważam za bardziej charakterystyczne pod względem klinicznym od zgrubień i przegięć kości. Kol. PECHKRANC sądzi, że nieznaczne w przypadku moim przegięcie kości biodrowej (tak nieznaczne, że klinicznie się wcale nie manifestowało) można i należy uważać za równoznaczne z odchyleniem kości od kierunku stawowych przy krzywicy, gdyż oba te zjawiska mają być jakoby tylko wypadkową wpływów zewnętrznych na rozmięczone wskutek odwapnienia kości. Ja jednakże na zasadzie danych literatury pozwolę sobie być w tym względzie innego zdania: *genu valgum* i inne tym podobne zmiany zależne są przedewszystkiem od wiotkości w przyjmujących udział w stawie mięśni oraz więzów, co właśnie dla krzywicy jest charakterystyczne.

Z drugiej strony wiadomo jest, jak ogromną tendencję do przekrzywień kości wykazuje krzywica. Skoro zaś kol. PECHKRANC przekrzywienia te uzależnia wyłącznie od odwapnienia kości, to czyż nie uderza fakt, że w przypadku moim przekrzywień tych p r a w i e zupełnie nie było, podczas gdy pod względem dekalcyfikacji przypadek mój przewyższał wszystkie dostępne mi rentgenowane przypadki późnej krzywicy?

Rzuca to jasne światło na fakt, że sam charakter sprawy patologicznej w przypadku moim musi być odmienny.

Z kolei przejść muszę do sprostowania zdania kol. PECHKRANCA, jakoby „dane rentgenowskie pod względem różniczkowym były najważniejsze“ i jakoby „pogląd, że objawy krzywicy mogą rozwinąć się w zupełnie jednakowy sposób w wieku młodzieńczym, znajdował w badaniach rentgenowskich zupełne potwierdzenie“. Z góry jednakże zaznaczyć muszę, że referat z posiedzenia londyńskiego przedstawia dane rentgenowskie w sposób tak pobieżny, że opierać się na nich nie mamy prawa. Analogia zaś pomiędzy moim przypadkiem a przypadkiem CLUTTON'a nie jest zupełnie już choćby z tego względu, że w przypadku CLUTTON'a zmiany rentgenowskie ograniczały się wyłącznie do epifiz, w moim zaś przypadku ogromnie zmienione były również i diafizy. Jeżeli zaś w referacie z demonstracji CLUTTON'a powiedziane jest dalej: „na dolnych końcach *radii*

¹⁾ Lucas. The Lancet. 1883. S. 993. Cytowane według Roos'a.

²⁾ Clutton. Saint Thomas Hospital Reports. New Ser. Tom XIV, S. 108. Cytowane według Roos'a.

i *ulnae* rentgenogram również stwierdził zmiany krzywicowe — to takie ogólnikowe powiedzenie wyjaśnia nam bardzo niewiele.

Bo jakież to mają być cechy swoiste dla krzywicy, które wykryć nam może rentgenogram? A więc zgodnie ze zdaniem kol. PECHKRANCA: „Ścieńczenie *substantiae compactae*, dekalcyfikacja *substantiae spongiosae* oraz nieprawidłowy układ beleczek kostnych“. Sądzę jednakże, że wszystkim tym cechom niepodobna jest przyznać absolutnie żadnej wartości rozstrzygającej: ścieńczenie *substantiae compactae*, odwapnienie oraz nieprawidłowy układ beleczek kostnych są to tylko, jeżeli można się tak wyrazić, objawy o g ó ł n o d y s t r o f i c z n e w dziedzinie kostnej, a więc nie tylko przy krzywicy, lecz i przy osteomalacji, chorobie PAGER'a, *osteoarthritis-hypertrophiant* MARI'E'go, chorobie GASNE'a, a specjalnie, jak to ostatnio opisali SCHLIPPE oraz DREYER, w zanikach kostnych, towarzyszących czasem dystrofii mięśniowej. Twierdzą nawet, że w żadnym z dostępnych mi rentgenowanych przypadków krzywicy zmiany te nie występowały w sposób tak wybitny, jak na jednym ze skiagramów SCHLIPPEGO, a jednak nikt by w przypadku tym nawet nie pomyślał o krzywicy pomimo wybitnych zgrubień epifiz.

Z powyższego wynika, że przy dzisiejszym stanie nauki i techniki rentgenoskopowej dane skiagramowe nie są w stanie wykazać nic specyficznego dla krzywicy, nie mogą więc *eo ipso* „potwierdzać istnienia późnej krzywicy“.

Jeżeli jednakże zatrzymamy się na niektórych szczegółach rentgenowskich w moim przypadku, to przekonamy się, że zasadniczo odbiegają one nawet od tego, co rentgenogramy przy krzywicy, specjalnie zaś w przypadkach figurujących pod nazwą późnej krzywicy — wykazują.

Przyjrzyjmy się więc owemu zgrubieniu w okolicy stawu napięstkowego, w którym kol. PECHKRANC tak zgodnie ze mną uznaje tkankę łączną. Otóż powiedzieć muszę, że na żadnym z dostępnych mi rentgenogramów przy krzywicy nie podobnego nie znalazłem, jakkolwiek w wielu z nich istniały zupełnie analogiczne zgrubienia stawu napięstkowego: przeciwnie na rentgenogramach tych (patrz np. przypadek ROOS'a) widzimy na miejscach, odpowiadających zgrubieniu, wyraźny cień z g r u b i a

ł e j k o ś c i, jakkolwiek choroba trwała tam bynajmniej nie dłużej niż w moim przypadku.

Jeżeli zaś takie zgrubienia, jak sądzi kol. PECHKRANC zależyć mają od silnie unaczynionych, bardzo miękkich i bardzo zgrubiałych osteogenetycznych warstw p o d o k o s t n o w y c h, to powiedzieć muszę, że stosunki na rentgenogramie moim nie odpowiadają temu założeniu. Ten nikły, delikatnie konturowany cień, odpowiadający klinicznemu zgrubieniu, odcina się niezmiernie plastycznie właśnie od zgrubiałej okostnej, sprawia on takie wrażenie, jakgdyby z kością nie miał nic wspólnego. Przyznaję otwarcie, że obraz ten jest dla mnie ciemny i, jakkolwiek wyraziłem przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z tkanką łączną, jednakże skłonny byłbym uważać ją raczej za wynik sprawy podrażnieniowej ze strony patologicznie zmienionej kości, aniżeli za wytwór rachityczny *in stadio evolutionis*, jak to zupełnie teoretycznie wyrozumował sobie kol. PECHKRANC, tak dalece cień ten różni się od danych, jakie na zdjęciach rentgenowskich wykazują nam zwykle nawet świeże zgrubienia rachityczne.

Weźmy dalej zmiany w kostkach napięstka, jakie w przypadku moim wykazał rentgenogram; przyjrzyjmy się tym zniszczonym kostkom, z których pozostały tylko fragmenty. Więc to ma być tylko dekalcyfikacja? Przypatruję się rentgenogramom napięstka w innych przypadkach krzywicy, gdzie dekalcyfikacja jest nawet większa niż w moim przypadku, gdyż kostki są daleko bledsze, ale niema tam żadnego zniszczenia — to są tylko cienie, ale cienie, które zachowały pierwotny kształt i pierwotny kontur odpowiednich kostek. Tymczasem w przypadku moim mamy do czynienia z ogromnem zniszczeniem kostek napięstka, czego przy krzywicy nigdy nie bywa; jedyną zaś analogię w literaturze odnalazłem w opisanym przez GASNE'a przypadku, gdzie kości napięstka prawie zupełnie zanikły. Jest to więc jakaś głęboka sprawa destrukcyjna, która z krzywicą niema nic wspólnego, w której istota dla nas zupełnie ciemna.

Weźmy wreszcie z przypadku mojego rentgenogram kości długich (np. biodrowej), który niestety w „Medycynie“ musiał być zmniejszony, nie jest więc widoczny w całości; otóż ude-

rza nas w nim nie tylko dekalcyfikacja, nie tylko ścieńczenie *substantiae compactae*, ale ścieńczenie znaczne całej diafazy. Jest to więc zanik całej diafazy *en masse*. Pod tym względem przypadek mój znów przypomina dane SCHLIPPEG'ó i DREYER'a, jakkolwiek tam zanik był znacznie wybitniejszy. Jest to zjawisko dla krzywicy tak niezwykle (nigdy nie spostrzegane), że już samo jest w stanie poważnie zachwiać to rozpoznanie.

Rozpatrując dalej opisane dotychczas przypadki krzywicy wogóle oraz t. zw. późnej krzywicy, dochodzę do wniosku, że opisy i analiza kliniczna tych przypadków są zazwyczaj jednostronne, a więc niedostateczne. Ponieważ zmiany kostne rzucają się badaczom przede wszystkim w oczy, a więc traktuje się krzywicę wyłącznie jako chorobę układu kostnego i opisuje się wyłącznie zmiany kostne. Tymczasem zaś krzywica jest chorobą całego organizmu, w którym przyjmują udział najrozmaitsze narządy.

Specjalnie po macoszemu traktowany jest zazwyczaj układ mięśniowy w opisach krzywicy. Sądzę też, że tu tkwi przyczyna tego, że kol. PECHKRANC tak bagatelizuje różnicznikowo-rozpoznawcze znaczenie objawów ze strony układu mięśniowego w moim przypadku, mówiąc, że „nie sprzeciwia się przyjęciu krzywicy okoliczność, że na pewien czas przed wystąpieniem zniekształceń — istniało osłabienie i pewien zanik mięśni, gdyż jest to zwykły objaw *rachitis infantilis*”. Sądzę jednak, że co do tego punktu kol. PECHKRANC jest stanowczo w błędzie. Osłabienie i zanik mięśni na rok przed wystąpieniem zmian w układzie kostnym nie tylko nie są „zwykłym objawem krzywicy, ale stanowczo przeciwko krzywicy przemawiają. Kol. PECHKRANC objaśnia fakt, że dzieci przestają chodzić znacznie wcześniej niż wystąpią widoczne zgrubienia kości — przekrwieniem zapalnym warstw podokostnowych, chrząstki nasadowej i istoty szpikowej. Nie mówiąc już o tem, że zapalny charakter zmian przy krzywicy bynajmniej nie jest dowiedziony, przeciwnie nawet najnowsze badania mikroskopowe (STOELTZNER, PACCHIONI) raczej temu przeczą — upośledzenie sfery ruchowej u rachityków ma swoje źródło w zupełnie innych sprawach. Rozpatrzmy więc, jak

stoi dzisiaj w nauce kwestya pierwotnych zaników i porażeń mięśniowych w krzywicy.

Tak więc REHN⁹⁾ mówi: „do następnych zjawisk, które krzywica dzieli z innymi dyskrazjami, należą stany atroficzne męskulatury, skóry i tkanki podskórnej”. Więc zaniki mięśniowe są objawem następczym.

COMBY¹⁰⁾ mówi wyraźnie o wiotkości męskulatury i o pseudoparaplegii rachitycznej.

HEUBNER¹¹⁾: „Męskulatura jest na dotyk miękka, nie stawia oporu, jest ona jakby zupełnie pozbawiona wszelkiego napięcia — uawet tam, gdzie mięsień ma normalną objętość. Odpowiednio do tego ruchy dziecka nawet w pozycji leżącej są leniwe, mało energiczne i mało obszerne”.

FISCHL¹²⁾ w podręczniku swoim mówi o nadzwyczajnej wiotkości męskulatury; według niego nie jest rzeczą dowiedzoną, czy mamy tu doczynienia z zanikiem pierwotnym czy też sprawą wtórną na skutek bezczynności.

Bardzo zdecydowane stanowisko w tej kwestyi zajmuje taki znawca krzywicy jak KASSOWITZ. Zajmuje się on w jednej z prac swoich¹³⁾ przyczynami spóźnionej zdolności do ruchu u dzieci rachitycznych. Neguje on absolutnie osłabienie męskulatury, jako sprawę pierwotną: spóźnione chodzenie, siedzenie i stanie nie jest według niego wyrazem ogólnego osłabienia, a specjalnie osłabienia męskulatury, lecz polega prawie wyłącznie na cierpieniu więzów stawowych. Dołączają się do tego bóle, które bardziej jeszcze utrudniają ruchy. Natomiast stany atroficzne męskulatury przy ciężkich postaciach krzywicy uważa KASSOWITZ za typową „*Inactivitätsatrophie*”.

Zdanie VIERORDT'a¹⁴⁾ w tej sprawie przytaczam prawie dosłownie: „Zadziwiająca jest stale spotykana wiotkość męskulatury ciała, która najwybitniej występuje w kończynach. Łączy się ona z najrozmaitszemi stopniami nie ruchomości, która w kończynach dolnych cza-

⁹⁾ l. c.

¹⁰⁾ l. c.

¹¹⁾ Heubner. Zehrbrut der Kinderkrankheiten. T. I.

¹²⁾ Bredert i Fischl. Kinderkrankh. XII wyd.

¹³⁾ Jahrb. f. Kinderheilkunde, Tom XXII i XXIII.

¹⁴⁾ l. c.

sem dochodzi do tego stopnia, że zaledwie z wielką trudnością udaje się wykluczyć porażenie... Gdy ma się przed sobą, jak to przy dużym materiale często się zdarza, przypadek krzywicy, w którym przy dobrym stanie ogólnym, zdrowej cerze i wesołym usposobieniu — tak wyraźnie kontrastuje owa dziwna nieruchomość nóg — nie można oprzeć się myśli o jakimś specyficznym cierpieniu aparatu ruchowego — i zdziwienie ogarnia tembardziej, że obiektywnie ani klinicznie ani anatomicznie nie można nic wykryć!

Wreszcie ostatnio kwestyi stanu mięśni przy krzywicy poświęcił specjalną pracę HAGENBACH-BURCKHARDT. Mówi on o olbrzymiej hypotonii w przypadkach krzywicy dziecięcej a do pracy swej dołącza fotografie dzieci w pozycjach, przypominających zupełnie t. zw. ludzi kauczkowych. Dzieci takie (patrz fotografie) leżą całemi godzinami skulone, „jak zamknięty scyzoryk“ („wie ein zugeklappter Taschenmesser“¹⁵⁾) z górną połową ciała przyciętą ku kończyom, tak że twarz dotyka goleni. Inna fotografia wyobraża znów dziecko ze stopami założonemi przez ramiona na łopatkach, jeszcze inna — ze stopami podłożonemi pod pachy. Jasne jest, że podobne nienormalne pozycye możliwe są tylko przy olbrzymiej hypotonii mięśni oraz rozluźnieniu więzów stawowych.

Przypomnę tutaj jeszcze pracę OPPENHEIM'a¹⁶⁾: „Ueber allgemeine und lokalisierte Atonie der Muskulatur (Myatonie) im frühen Kindesalter“. W pracy tej opisuje on szczególny obraz chorobowy u małych dzieci, polegający na wiotkości muskulatury, ograniczeniu ruchów czynnych, „Schlotterngelenke“, braku odruchów ścięgniastych. Choroba ta zupełnie mija bez śladu. Charakterystyczne jest, że w ostatniej literaturze pedyatrycznej zaczynają rozlegać się głosy, traktujące myatonię OPPENHEIM'a, jako wyraz krzywicy dziecięcej (ZAPPERT¹⁷⁾).

Powyższy przegląd literatury jest chyba dostatecznie przekonywający, że przy krzywicy dziecięcej nigdy nie mamy do czynienia z pierwotnemi porażeniami, lecz tylko z nadzwyczajną dla krzywicy niemal że patognomiczną hypotonią muskulatury. Wiadomo jest, że dla harmonijnego wykonania ruchu dowolnego niezbędne jest pewne określone napięcie mięśniowe, nie więc dziwnego, że owa nadzwyczajna hypotonia przy krzywicy symuluje częstokroć istotne porażenie, co przy pobieżnem badaniu łatwo może się zdarzyć. Nie potrzebuję jednakże uzasadniać, jak kardynalna różnica zachodzi pomiędzy takim porażeniem wrzekomem a istotnem, obiektywnie stwierdzonem osłabieniem mięśni.

Co się tyczy opisanych dotychczas przypadków „późnej krzywicy“ — to w opisach tych nie znajdujemy żadnej wzmianki ani o napięciu mięśniowem ani o osłabieniu mięśni, wogóle po za układem kostnym nic tam nie zostało uwzględnione — dla tego też liczyć się z opisanymi temi pod tym względem nie można.

Sądzę, że nie potrzebuję zatrzymywać się długo nad uzasadnieniem twierdzenia, że w przypadku moim mieliśmy do czynienia z istotnemi pierwotnemi porażeniami mięśniowemi. W pracy mojej umyślnie opis sprawności najrozmaitszych grup mięśniowych przytoczony został z specjalną dobitnością, gdyż właśnie w oświetleniu stosunku zmian mięśniowych do kostnych wydawało mi się ukrytem jądro sprawy.

Z drugiej strony — pomimo osłabień a nawet zaników — nie mieliśmy w przypadku moim ani śladu wiotkości mięśni — napięcie, jak to zaznaczone jest w opisie, było zupełnie normalne. Co więcej — powiedzieć muszę — że podczas ostatniego pobytu chorego w szpitalu mieliśmy w prawym stawie kolanowym do czynienia przy rozginaniu — nawet ze wzmożonem napięciem oraz nieznacznem przykurczeniem. O ile mi wiadomo, to kontraktury, nie spostrzegano dotychczas w żadnym przypadku krzywicy.

Jeżeli więc faktem jest, że przy krzywicy w początkowym okresie nie mamy do czynienia z porażeniami, lecz z hypotonią, zaś w przypadku moim mieliśmy do czynienia przy normalnem napięciu mięśniowem z pierwotnym zanikiem i osłabieniem grup mięśniowych (przy-

¹⁵⁾ Hagenbach — Burckhardt. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Tom 60. 1904 r.

¹⁶⁾ Oppenheim. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Tom III. r. 1900.

¹⁷⁾ Zepert. Jahrb. für Kinderheilkunde. Tom 43. r. 1901.

pominam niezwykle typ porażeniowy stóp z przewagą fleksyi dorsalnej) — to sędzę, że fakt ten bardzo poważnie przemawia przeciwko krzywicy.

Przechodzę wreszcie do pozostałych objawów. A więc przede wszystkim wygląd chorego, który wydaje się kol. P., tak dla krzywicy charakterystycznym, „że zaiste trudno wymarzyć sobie obraz bardziej typowy“. Tu nadmienię muszę, że wygląd ten z bardzo nieznacznymi zmianami istniał już wtedy, kiedy 3 lata temu kol. PECHKRANC demonstrował chorego na posiedzeniu szpitalnem (powiększyły się tylko — wtedy już znaczne bardzo zgrubienia), a jednak nikt wtedy nie myślał o krzywicy, zaś kol. P. demonstrował przypadek ten nie jako osteopatję, jak obecnie pisze, lecz jako osteoartropatię, co bynajmniej nie jest tem samem, gdyż dowodzi, że zmiany w okolicach stawów istniały i wtenczas.

Istniała między innemi już i wtedy niezwykła postać zapadnięcia klatki piersiowej (*thorax en bateau*), która zdaniem kol. P., „nie przemawia przeciwko krzywicy“, gdyż deformację tę uważa za wypadkową warunków zewnętrznych. Zauważę jednakże, że jeżeli przy analizie ciemnych przypadków kierować się musimy wyłącznie wskazówkami morfologii klinicznej (dane rentgenoskopowe nie są miarodajne), to *ceteris paribus* istnienie zgrubień w okolicach stawów mniej przemawia za krzywicą, aniżeli istnienie klatki piersiowej o typie *thorax en bateau* przeciwko niej — dla tej bardzo prostej przyczyny, że zgrubienie epifiz spotykamy prócz krzywicy i przy innych cierpieniach (choroba MARI'ego, BRUCK'a, choroba PAGET'a i t. d.), zaś *thorax en bateau* opisane było dotychczas wyłącznie przy cierpieniach ośrodkowych układu nerwowego. Jeżeli więc przy krzywicy w niezliczonych opisach zmian klatki piersiowej, na którą zwracano specjalną uwagę — dotychczas ani razu nie opisano tak charakterystycznego i rzucającego się w oczy zjawiska, jak *thorax en bateau*, jeżeli zaś z drugiej strony *thorax en bateau* opisywano dotychczas wyłącznie przy cierpieniach układu nerwowego, to sędzę uprawnionem jest zdanie, że *thorax en bateau* przemawia przeciwko krzywicy wogóle, przeciwko zaś krzywicy późnej specjalnie, gdyż tam wogóle dotknięte bywają tylko kończyny.

Nie mogę się również zgodzić z kol. PECHKRANCem, jakoby stwierdzenie wzmożonych odruchów ścięgniastych była dla wykluczenia krzywicy „kwestyą małej wagi“. Oczywiście, jeżeli traktować krzywicę jako wyłącznie kostne cierpienie — to racya; jeżeli jednakże według dzisiejszego stanu nauki uważać hypotonię mięśniową za jedną z najbardziej charakterystycznych cech krzywicy, to wzmożenie odruchów ścięgniastych jest rzeczą bądź co bądź niezwykłą. To też istotnie dotychczas przy krzywicy nie spostrzegano wzmożonych odruchów.

Rozwój nauki coraz bardziej przekonywa nas, że niema cierpień poszczególnych narządów — lecz całego organizmu — to też przy ocenie niejasnych przypadków tylko najdokładniejsza analiza i zestawienie objawów, rozgrywających się w rozmaitych dziedzinach — może uchronić nas od pomyłek. Dla tego też w przypadku moim przypisuję znaczenie nie tylko tym objawom, o których wyżej mówiłem, ale nawet i takim, jak nierównomierne kontury żrenic, tygrysowata pigmentacja tęczówek (OPPENHEIM), pewne zaburzenia psychiczne (płacz i śmiech nieumotywowany), gdyż — razem wzięte — są one dla mnie wyrazem pewnej degeneracyi układu nerwowego, która w patogenezie danego przypadku może mieć duże znaczenie.

Zaznaczyć muszę na zakończenie, że jak wiadomo krzywica, jak dziecięca, tak i późna należą do cierpień uleczalnych i poddają się leczeniu fosforem. W moim przypadku — pomimo podawania fosforu choroba nie tylko postępowiała, lecz i nadal postępuje. Miałem sposobność oglądać chorego tego w tych dniach w szpitalu Dziec. Jezus: znajduje on się w stanie zupełnej kacheksyi.

Streszczając się, zaznaczyć muszę co do stosunku przypadku mojego do krzywicy co następuje: 1) krzywica późna nie jest w nauce jeszcze kwestyą rozstrzygniętą, sędzę więc że ostrożniej i słuszniej było nazwać przypadek mój nazwą nie nieprzesadzającą, do której zresztą nie przywiązuję żadnej wagi, aniżeli zastępować jedną niewiadomą przez inną; 2) przypadek mój różni się od krzywicy wogóle, zaś od t. zw. „późnej krzywicy“ w szczególe cechy, jak starałem się wykazać, zasadnicze.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Dokończenie.— Zob. Nr. 13)

Posiedzenie sekcji neuropatologicznej.

BYCHOWSKI demonstruje 62 letniego mężczyznę, który przybył na oddział z objawami zupełnej lewostronnej hemiplegii. Brakowały jednakże objawy BABINSKIEGO, OPPENHEIMA. Anamneza wykazała, że chory już od 6-ciu lat miewa napady wykrzywania głowy na lewo, a od $\frac{1}{2}$ r. napadom tym towarzyszą drgawki górnej i dolnej lewych kończyn. Napady powtarzają się co kilka dni i częściej, trwają 10—15 minut, a czasami i parę godzin. Przytomność zawsze zachowana. Po napadzie często porażenie lewych kończyn. Przymiot neguje, w innym szpitalu dostał zresztą 20 kilka wcierań — bez skutku. Na oddziale napady powtarzały się co parę dni i miały zawsze jeden i ten sam stereotypowo charakter, — wykrzywanie głowy, drgawki w rękę i nodze — przy zupełnie zachowanej przytomności, zjawiała się także bolesność przy opukiwaniu lewej okolicy skroniowej. Wymiotów nie było. Dno oka normalne. Po napadach często kilka dni *incontinentia urinae*. BYCHOWSKI rozpoznaje tumor w okolicy prawej brzozy Rolandowej w średniej jej trzeciej. Wykonana przez Dr. RAUMA trepanacja wykazała obecność *endoteliomatu* twardej opony, wielkości dużego włoskiego orzecha, który uciskał przeważnie na środkowe części *gyris postcentralis*.

Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry. 3 miesiące po operacji chory zaczął sam chodzić. Obecnie (4 miesiące po operacji) chodzi bez laski, włączając lewą nogę. W górnej kończynie pareza. Drgawek nie było.

Omawiając dany przypadek FLATTAU nie będąc w zasadzie przeciwnikiem operowania, zaznacza, iż, żaden z objawów nie wskazywał, na nowotwór, ostrzega przed nadawaniem

wielkiego znaczenia umiejscowionej bolesności czaszki, wreszcie przytacza swój przypadek; ataków bywało dziennie do 100, dokonana operacja wykryła zapalenie opon ropne.

KOPCZYŃSKI przypomina swój przypadek, demonstrowany w Tow. Lek., pomimo ujemnych wyników operacji, na sekcji jednakże znaleziono *tumor gyri centralis anter.* wyrastający z głębi.

HIGIER nie znalazł guza w żadnym ze swych 4-ch przypadków, pomimo dokonanej operacji.

BIRO, RYCHLIŃSKI, STERLING przemawiają za operowaniem i to najwcześniejszem.

Podług BORNSTEINA objawy przytoczone przemawiały na korzyść istnienia nowotworu, brak tarczy zastoinowej spotyka się przy umiejscowieniu nowotworu na powierzchni mózgu.

Wreszcie DUNIN przemawia gorąco za operowaniem, należy wykluczyć tylko cierpienia ogólne, które wywołują czasami padaczkę DJACKSONU, tegoż samego zdania jest CIAGLIŃSKI.

H. HIGIER. Przypadek rzadkiej postaci porażenia opuszkowego.

Chory lat 50-iu przechodził przed 7 laty porażenie prawostronne z niemotą ruchomą, które sądząc z rozwoju i przebiegu powstał wskutek zakrzepu w obrębie *capsulae internae sinistrae*. W kilka tygodni później przyłączył się bolesny obrzęk prawej kończyny dolnej, postępujący ku górze. Po objęciu powłok brzusznych do łuków zebrowych (*caput medusae*) obrzęk stopniowo się przeniósł na lewą nogę, wywołując nieznośne bóle (*Thrombosis venae iliacae communis d. venae cavae inferioris, venae iliacae communis s.*). Przed 3 miesiącami przy zupełnie zachowanej przytomności rozwinął się w ciągu doby następujący obraz kliniczny:

drętwienie, zniesienie czucia bólowego i termicznego obok o p o c z n e g o odczuwania temperatury na lewej połowie ciała, włącznie z twarzą, zwłaszcza skóry ucha i czoła (mniej wyraźne na błonach śluzowych), porażenie z prawej strony nerwów IX, X, XI i sympatycznego.

Szczegółowy rozbiór objawów pozwala wykluczyć zajęcie mózgowia, mostu i części szypowej rdzenia, zmuszając do umiejscowienia sprawy chorobowej od prawej części *bulbi*, w grzbietowej jego połowie, między *corpus restiforme* a *oliva inferior* z jednej, między *raphe* a *funiculus spinotectalis* z drugiej strony. Ognisko przypuszczalne zniszczyło *nucleum ambiguum*, *radices n. vagi*, *n. glossopharyngei*, *trigmini ascendentes*, *substantiam gelatinosam Rolandi* i tory przednioboczne. Jest o ile się zdaje, zbiór objawów typowy. Jedynie niestałym a zależnym od mniejszej lub większej wysokości sprawy patologicznej jest zachowanie się czucia twarzy. Możliwą jest: a) *hemianalgesia faciei* według typu Browa-Séquarda, b) *hemianalgesia cruciata* (obserwowana i opisana przez prelegenta przed 8 laty) i c) najrzadsza *hemianalgesia* całej połowy ciała, którą wykazuje demonstrowany pacjent. Analogia między nerwem trójdzielnym a innymi nerwami czuciowymi jest pod względem lokalizacji segmentalnej zupełna i ze stanowiska embryologii i anatomii porównawczej łatwo zrozumiała. Przeważne zajęcie przez ognisko górnej gałązki, a zwłaszcza jej termiczno-bólowych włókien, również łatwo wytłumaczyć i do celów lokalno-dyagnostycznych danego przypadku zastosować się daje.

Wykluczyć nie trudno *syringomyeliam bulbi* z wylewem wtórnym lub *poliencephalitem bulbi acutam*. Z jedynie przypuszczalnych rozpoznań: wylewu, zatoru i zakrzepu ostatnie ma najwięcej danych za sobą (*thrombosis art. cerebelli poster. infer. dextri*).

Jakiej natury były dawne, samoistnie powstałe zakrzepy w *capsula internae* i *vena cava inferior* oraz obecny w *art. cerebelli post. inf. dext.*, trudno orzec wobec braku danych, za przymiotem przemawiających, tembardziej, że leczenie swoiste nie wiele się dotychczas przydało.

S. PECHKRANC przedstawił przypadek choroby RAYNOUD'a, F., 50 l. choruje od kilku tygodni; w październiku r. z. uskarżał się na niemożność połykania pokarmów stałych, spożywał tylko mleko, gdyż uroił sobie, że pokarmy inne nie przechodzą mu przez przełyk; atoli kilkakrotne badanie miękkim zgłębnikiem wykluczyło jakiekolwiek cierpienie organiczne przełyku, badanie stwierdziło opuszczenie żołądka, okrężnicy i obu nerek, ze strony moczu — nie szczególnie; w listopadzie chory był bardzo niespokojny, krzyczał, nie poznawał otoczenia; zaburzenia te trwały 2 dni, i przeszły bez śladu; opuściwszy szpital, chory wałęsał się po ulicach, nie spał, nie jadł, nie mogąc trafić do mieszkania brata; po kilku dniach wrócił do szpitala strasznie wycieńczony. Zupełnie przypadkowo zauważyłem na 4-ym palcu l. ręki czarne zabarwienie ostatniego członka, który znajdował się w stanie zupełnej mumifikacji, zgorzeli suchej, dochodzącej do bruzdy poprzecznej między 3-ym a 2-im członkiem; na tym że samym członku tegoż samego palca prawej ręki widoczne było szare zabarwienie skóry z pergaminową konsystencją, zmniejszeniem czucia bólowego i dotykowego. Co się tyczy stanu nóg, to zgorzel zajęła na lewej nodze wszystkie palce prócz 1 i 2-go, na prawej zaś prócz 2-go, na nogach również częściowe demarkacje; po kilku dniach części miękkie na stronie podeszwowej zajętych palców zostały zupełnie zniszczone, czarne strupy poodpadały, na dnie owrzodzenia wyraźnie występowały błyszczące białe ścięgna zginaczy palców; skargi na bóle usłyszeliśmy od chorego dopiero w ciągu ostatnich 2, 3-ich tygodni; sprawa destrukcyjna obecnie zatrzymała się; gdzieś niedługo widzimy blizny, w innym miejscu ziarninującą powierzchnię; ostatni członek 5-go palca nogi prawej zupełnie odpadł; tętnice promieniowe kończyn górnych i piszczelowe tylne obu dolnych okazywały cały czas wyraźne tętnienie; dawała się zauważyć pewna wiotkość tętnic; nadużycie alkoholowe wykluczone, lues negatur, natomiast nadmierne palenie tytoniu; chory zbyt dużo nie chodził, być może czynnikiem wywołującym była kilkudniowa tułaczka; dodajmy silnie wyrażone usposobienie neuropatyczne i obciążenie dziedziczne. Zastanawiającym jest brak początkowej zamartwicy i towarzyszącego jej uczucia mrowienia i martwego palca, chory ze swą psy-

chiką mógł na to nie zwrócić uwagi; okres tak zw. zamartwicy miejscowej mógł przypaść na czas między 1-ym a drugim pobytem chorego w szpitalu, gdyż okres ten trwać może od kilku do kilkunastu dni. Ścisła symetryczność cierpienia, wystąpienie zgorzeli na kończynach górnych i dolnych nie spotykają się przy zgorzeli starczej; przeciwko t. zw. *doigt mort brightique* przemawia brak jakichkolwiek objawów choro-

by BRIGHT'a. Mamy do czynienia przeto z chorobą RAYNEUND'a. Skóra cienka, mało elastyczna, twardawa o obficie łuszczącym się naskórku, świadczy o trofoneurozie przypominamy iż chorobie RAYNEUND'a niekiedy towarzyszą jeszcze głębsze zmiany trofo-neurotyczne, napastujące nie tylko skórę, lecz i tkankę podskórną mięśnie, a nawet kości, — cierpienie zwane sclerodermią.

Wiadomości bieżące.

— Z wydziału przeciwalkoholicznego Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego otrzymaliśmy następującą odezwę do lekarzy:

W walce z alkoholizmem lekarzom sądowo odegrać rolę bardzo doniosłą. Jedną bowiem z najgłówniejszych, może nawet najważniejszą przyczyną szerzenia się pijaństwa jest niedostateczne obznajomienie ludu ze szkodliwym działaniem alkoholu na ustrój, a przede wszystkim fałszywy pogląd na napoje wysokie jako środek odżywczy, podniecający i leczniczy. Pogląd ten w znacznej mierze wiąże się z dawniejszymi zasadami nauki lekarskiej. Te ostatnie dzięki licznym badaniom obecnie zmieniły się zupełnie. Przyswajając sobie najnowsze zdobycze nauki i stosując je w praktyce, lekarze lepiej niż ktokolwiek inny, wpłynąć mogą na usunięcie owych zakorzenionych przesądów, a tem samem i na ukrócenie pijaństwa.

Nie możemy, rzecz prosta, w krótkiej notatce, całej olbrzymiej literatury uwzględnić. Chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę Szanownego Pana na niektóre punkta, mające największe znaczenie w walce z alkoholizmem.

Najważniejszą jest kwestya wartości odżywczej alkoholu. Jakkolwiek alkohol zapobiegać może w pewnej mierze spalaniu tłuszczów i białka, zawartych w pokarmach, to jednak wpływa on, jak wiadomo, na zmniejszenie przeróbki materii w ustroju, a przy stałym użyciu, wynikiem tej niedostatecznej przeróbki jest

tłuszczowe zwyrodnienie narządów, które spotykamy w przewlekłym alkoholizmie.

Pokarm, który podobne następstwa spowodować może, nie zasługuje na miano pokarmu. Należy uświadomić to przede wszystkim warstwowi robotniczemu, którym wódka bardzo często zastępuje wszelkie inne pokarmy. Niemniej szkodliwym jest używanie reklamowanych win leczniczych, a zwłaszcza tak rozpowszechnione podawanie ich dzieciom, słabym i anemicznym, którym one jeszcze bardziej niż dorosłym szkodzić mogą. Na potępienie zasługują również niektóre zakłady lecznicze, które dziś jeszcze, aczkolwiek rzadziej niż przedtem, opierają swe istnienie na dobrze zaopatrzonych piwnicach, skąd czerpią trunki „w celu wzmacniania i lepszego odżywiania chorych“. Niestety przyznać musimy, że w wielu razach lekarze sami przez schlebianie gustowi i żądaniom publiczności, a często przez niedostateczne uświadomienie następstw, znaczną część winy sobie przypisać powinni.

Dalej, badania i obserwacye wykazały, że dawkowania indywidualnego, rzekomo nieszkodliwego, obliczyć niepodobna, że neuropatyczne usposobienie, przy którym alkohol jest najbardziej niebezpieczny, istnieje często, tam, gdzie go wcale nie podejrzewamy. Jeżeli następnie weźmiemy pod uwagę, że alkohol przy dłuższem, stałym użyciu wzmacnia pragnienie, coraz to większych dawek i powoduje stan przewlekłego otru-

cia, uszkadza głęboko wszystkie tkanki w organizmie, a przede wszystkim układ nerwowy i naczyniowy, to przyjdziemy do wniosku, że obowiązkiem lekarza jest przy każdej sposobności stałe używanie alkoholu jaknajkategoryczniej potępić.

A co do wartości leczniczej alkoholu, to oczywiście, rzeczą jest sumienia i wiedzy każdego lekarza stosowanie tego środka w poszczególnych przypadkach. Pozwalamy sobie jednak zwrócić uwagę Szanownego Pana Doktora, że w ostatnich czasach i pod tym względem zmieniły się zapatrywania, że nawet w ostrych chorobach gorączkowych i w zapaleniach wielu wybitnych klinicystów tak zagranicą, jak i u nas, wyrzekło się zupełnie stosowania alkoholu, a wyniki leczenia, w tych szpitalach, w których alkohol absolutnie usunięto z kategorii leków (np. Londyński Temperance Hospital), w którym jako środki pobudzające używane są tylko kamfora, eter, kofeina i t. p. bynajmniej nie wykazują większej odsetki śmiertelności.

Co się tyczy okresu zdrowienia, to wszak jest rzeczą aż nadto dobrze znaną, że zapoczątkowane w tym czasie używanie alkoholu w celu rzekomego wzmocnienia (zwł. koniaku z mlekiem) stało się nie raz początkiem nałogu pijaństwa.

Jeśli do tego dodamy jeszcze ten fakt, że sankcjonowane przez lekarza używanie alkoholu podnosi urok tej używki w oczach tłumu, także mu zapatrywać się nań jako na lek życiodaj-

ny, dla którego zdobycia w celu „uratowania“ życia osoby chorej ostatni grosz się wydaje, ostatnią poduszkę się zastawia, lek, który i w stanie zdrowia nieraz „wzmacniać“ go będzie — to przyjdziemy do wniosku, że lekarz, zalecając w wielu razach alkohol, może bezwiednie, wbrew swym zamiarom, przyczyniać się do szerzenia tej wielkiej klęski, jaką jest alkoholizm i dla tego powinien w każdym poszczególnym przypadku wskazania dla alkoholu jaknajskrupulatniej rozważyć i możliwie ograniczyć.

Szanowny Panie Doktorze! Biedny kraj nasz zużywa około 30 milionów litrów alkoholu rocznie, wydaje dziesiątki milionów rubli na ruinę zdrowia i mienia swych obywateli, na rozpręganie życia rodzinnego, zwyrodnienie moralne i fizyczne całych pokoleń. Zmniejszyć morze nędzy i klęsk, jakie za sobą alkohol sprowadza, skierować zaoszczędzone w ten sposób pieniądze na zadośćuczynienie tysiąca potrzebom kulturalnym, o które gwałtem dopomina się społeczeństwo nasze — to zaszczytny obowiązek lekarza obywatela.

Te słowa uważaliśmy za właściwe skreślić pod adresem Szanownego Pana Doktora w głębokim przeświadczeniu, że w walce z wielkiem złem społecznym, którą podjęliśmy, skorzysta On z powagi stanowiska swojego i zabiegów i usiłowania nasze słowem i czynem bez wątpienia skutecznie poprze.

Wydział przeciwalkoholiczny

Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

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

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu 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 gruczliczych

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

Tropaeocain

Magnesiumperhydro!

Zinkperhydrol

Methyltrop. bromatum



Surowica antydifterytyczna—Merk'a
Surowica streptokokowa—Menzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon — 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 łądźmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwniepalny w chirurgii, 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 przeciwniepalnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 16 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, białaczka, 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: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzem. 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 mięśniowe 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, przeciwniepalny, specyficzny przeciw nozemu potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obłątym potom turystów, sportowców i wojskowych.

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

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



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,

B. Kuniuszennaja
19/8.

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 wiadoma, 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 samodzielnych 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-Sagra, 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.



DYMAL.

Proszek do suchej Antyseptyki; bez zapachu nie trujący, nie rozdrażniający i ograniczający wydzielinę. — Pożyteczny przy ranach, oparzeniach, poceniu się, przeniu i innych dolegliwościach skóry. — Zasługuje na wyróżnienie w porównaniu z innymi surogatami Jodoformu szczególnie ze względu na swą taniść.

ESTORAL.

Środek zwykły i przyjemny, przeciw Katarowi
Literatura: „Heilmittel Revue“, Luty 1906.

LIGOSINOWY

-Natr. Środek wyprobowany przeciw Rzeżączce Maciej.
-Chinina. Nietrujący nierozdrażniający środek Antyseptyczny.

Próby i literaturę wysłał się P. p. Lekarzom bezpłatnie.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysłał p. p. Lekarzom

== S. KARCZEWSKI ==

Nowo-Senałowska 4, w Warszawie

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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