

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 50

Warszawa d. 16 grudnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: O losie osobników z brakiem odruchów ścięgowych na kończynach dolnych, napisał S. Goldflam. (C. d.). Morfologia krwi w krzywicy, podał d-r med. Stanisław Ostrowski. (C. d.). Działalność chirurgiczna szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach w latach od 1903 do 1909 włącznie, napisał Stefan Rechniowski. (Dokończenie). — STRESZCZENIE ZBIOROWE. Zaburzenia w odżywianiu niemowląt w świetle badań najnowszych, podał Stefan Kramsztyk. (C. d.). — STRESZCZENIA. *Choroby dzieci.* 225. P. Krause. Ostre nagminne porażenie dziecięce. *Choroby gardzieli.* 226. M. Levy. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia ropnia okołomigdałkowego. — WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli — Od wydawnictwa. — Od Redakcyi. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

O losie osobników z brakiem odruchów ścięgowych na kończynach dolnych.

Przyczynek do metodyki i patologii odruchów.

Napisał

S. Goldflam.

(C. d.)

Należałoby właściwie spodziewać się zaburzeń odruchów w półpaścu, jako czegoś zupełnie zrozumiałego, ze względu na pra-

wdopodobne umiejscowienie tego cierpienia w zwojach rdzeniowych, a jednak w podręcznikach niema o tem żadnej wzmianki. Gdyby po zwróceniu na to uwagi, takie zachowanie się odruchów w następnych przypadkach potwierdzić się miało, posłużyłoby ono, być może, do różniczkowania w stosunku do zwykłego nerwobólu międzyżebrowego (analogicznie do zapalenia i nerwobólu nerwu kulszowego).

Jak wiadomo, pierwszy BOUCHARD w r. 1882 zwrócił uwagę na znikanie odruchów

kolanowych w cukrzycy. Odtąd zjawisko to było wielokrotnie potwierdzone, i nawet odnośny stosunek procentowy przedstawia się u rozmaitych autorów dość jednostajnie (BOUCHARD 37 proc., AUERBACH 35—40 proc., MASCHKA 30,6 proc., EICHHORST 21 proc., MARIE i GUINON 37,5 proc., NIVIÈRE 40 proc., WILLIAMSON 50 proc., NAUNYN 20—30 proc.). Tylko GRUBE ⁸⁾ podaje dla swego dość obfitego materiału cyfrę 7,8 proc., NOORDEN dla przypadków lekkich 10,2 proc., dla średnio ciężkich 17 proc., dla bardzo ciężkich 15 proc. W ostatnim wydaniu swego „Le diabète sucre” podaje LÉPINE, że na 10 dotkniętych cukrzyką przypada 4 z brakiem odruchu kolannowego, zwłaszcza u osobników młodych, u których zwykle cukrzyca ma przebieg ciężki. U niego też znajduje się wzmianka, że PITRES na zasadzie swoich tablic statystycznych dochodzi do wniosku, że odruchy skórne (brzuszne, jądrowe, podeszwowe) w cukrzycy częściej ulegają osłabieniu albo zniesieniu, niż kolanowe.

Próbowano też wyciągać i pewne prognostyczne wnioski co do stopnia ciężkości cukrzycy w przypadkach z objawem WESTPHALA, starania jednak w tym kierunku pozostały, zdaje się, płonne, albowiem odruchy kolanowe nierzadko i w ciężkich przypadkach, a nawet w śpiączce cukrzycowej, o czem jeszcze poniżej, zostają zachowane.

Wszystkie prace, dotyczące tej korelacji, dotyczą odruchów kolannowych. Jedyńie WILLIAMSON (cyt. u LÉPINEA), uwzględnił i odruchy ze ścięgna ACHILLESA, które, według niego, giną w cukrzycy prawie równie często, jak kolanowe, niekiedy i wcześniej.

Jak to poniżej udowodnione zostanie, odruchy ze ścięgna ACHILLESA, zdaje się, po-

siadają nawet pewne szczególne powinowactwo względem cukrzycy (jej jadu). Wspomniane twierdzenie o stosunku zaburzeń odruchów skórnych do ścięgnowych w cukrzycy sprzeciwia się wynikom mojego doświadczenia. A że i głos poważny ⁹⁾ w ostatnich czasach twierdzi, że objaw WESTPHALA w cukrzycy jest wyrazem jedynie cukrzycowego zapalenia nerwów i, w stosunku do ogólnej liczby dotkniętych tem cierpieniem, zdarzeniem, bądź co bądź, rzadkiem, więc czuję się upoważnionym do podania odnośnych wyników mojego doświadczenia.

W jednej z poprzednich prac¹⁰⁾ zwróciłem już uwagę na antagonistyczne zachowywanie się odruchów skórnych względem ścięgnowych w przypadkach ciężkiej cukrzycy, w których nierzadko odruchy ścięgnowe są zniesione, gdy skórne (paluchowe, odruch skrócenia, jądrowe i brzuszne) zachowane, a nawet żywe. Obecnie, opierając się na obfitszym materiale, mogę powyższe spostrzeżenie na ogół potwierdzić. Zebrałem 28 przypadków cukrzycy z zaburzeniami odruchów ścięgnowych, zarówno kolannowych, jak i ze ścięgna ACHILLESA. Z góry zaznaczę, że wyraźnych objawów zapalenia lub zwyrodnienia nerwów nie było (ani bolesności na ucisk, ani niedowład, ani zaburzeń czucia), choć i ci chorzy skarżyli się niekiedy na „ciąganie”, bóle i parestezye w nogach. Tych 28 przypadków stanowią część pokaźnej liczby lżejszych i ciężkich postaci, rozmaitego wieku i różnej płci. Na 100 przypadków cukrzycy materiału poliklinicznego wypada 13, na 27 mego prywatnego ambulatoryjnego materiału z ostatnich 6 lat 4 z zaburzeniami odruchów ścięgnowych, a więc 13 proc., wzgl. 14 proc., cyfry, zbliżone do danych NOORDENA.

⁹⁾ M. Lewandowsky Handbuch d. Neurologie Tom. I Allgem. Neurol. S. 592.

¹⁰⁾ O osłabieniu wzgl. zniesieniu odruchu i t. d. Medyc. i Kron. Lek. 1908.

⁸⁾ Neurol. Centr. 1893 str. 770.

Pomiędzy cierpiącymi na cukrzycę z zachowanymi odruchami ścięgnowymi znajdują się i przypadki ciężkie, obserwowane przez szereg lat; należy jednak uwzględnić, że w dawniejszych historych chorób o zachowaniu się odruchów ze ścięgna ACHILLESA nie zawsze jest wzmianka, gdyż w owym czasie odruchom tym nie poświęcano tyle uwagi. Prawdopodobnie więc powyższa odsetka obliczona jest nieco za skąpo. Przypuszczenie to jest tem więcej uzasadnione, że większość przypadków z brakiem li tylko odruchu ze ścięgna ACHILLESA pochodzi właśnie z ostatnich lat, kiedy odruchy te, naráwni z kolanowymi, systematycznemu podlegają badaniu.

Rzeczono 28 przypadków z zaburzeniami odruchów ścięgnowych kończyn dolnych dzielą się w następujący sposób: 17 przypadków z brakiem tylko odruchu ze ścięgna ACHILLESA, przeważnie obustronnym, z zachowaniem kolanowych (w jednym przypadku znikły i one w następstwie); 4 przypadki ze zniesieniem nie tylko wymienionych odruchów, ale i z obustronnym objawem WESTPHALA; w 4 przypadkach odruchy kolanowe były stale bardzo osłabione albo też z jednej tylko strony nieobecne (przy braku zapalenia nerwu udowego, które przecież nie rzadko bywa pochodzenia cukrzycowego), ze ścięgna zaś ACHILLESA zachowane; w 2 przypadkach był obustronny objaw WESTPHALA przy prawidłowych odruchach ze ścięgna ACHILLESA w jednym przypadku, bez wzmianki o zachowaniu się tych ostatnich w drugim; wreszcie w jednym przypadku zarówno odruchy kolanowe, jak i ze ścięgna ACHILLESA były bardzo osłabione.

Miałem sposobność obserwować znikanie odruchów ścięgnowych w cukrzycy, omalże w moich oczach, w ciągu miesięcy, tygodni, nawet dni. Gdy odruchy ścięgnowe już znikły, zazwyczaj nie wracają one, nawet, gdy

ze spadkiem zawartości cukru ogólny stan chorego uległ poprawie; jednakże w dwóch przypadkach mogłem stwierdzić ich słabe ponowne zjawienie się.

Jakkolwiek istnieje pewna zgodność między stopniem nateżenia cukrzycy a znikaniem odruchów ścięgnowych, to jednak daleki jestem od tego, by zasadę tę uważać za prawo stałe, na co powtórnie chciałbym zwrócić uwagę. Niedawno w przypadku śpiączki cukrzycowej u 50-letniej kobiety stwierdziłem, krótko przed śmiercią, zachowanie wszystkich odruchów ścięgnowych, w innym przypadku śpiączki u 17-letniej panny odruchy kolanowe były nieobecne, ze ścięgna zaś ACHILLESA parę godzin przed śmiercią jeszcze zachowane.

Z powyższego wynika, że przynajmniej w 14 proc., wzgl., 13 proc. ogółu przypadków cukrzycy istnieją zaburzenia w odruchach ścięgnowych kończyn dolnych, mianowicie najczęściej giną specjalnie na jad cukrzycowy wrażliwe odruchy ze ścięgna ACHILLESA, jakkolwiek i kolanowe bynajmniej nie zawsze pozostają nietknięte.

Przeciwnie, odruchy skórne, jakem to już był zaznaczył, i co na zasadzie nowych spostrzeżeń potwierdzić mogę, stale aż do śmierci pozostają zachowane, nawet są żywe.

Zaburzenia odruchów ścięgnowych w cukrzycy zależne są prawdopodobnie od działania jadu na ośrodkowy odcinek drogi odruchowej, albowiem, jak wspomniałem, zbywało na objawach zapalenia nerwów; zresztą, gdyby przyjąć hipotezę o działaniu jadu na nerwy obwodowe, trudno byłoby zrozumieć, dlaczego odruchy skórne zostają tak stale zachowane¹⁾.

¹⁾ Przy sposobności omówić chciałbym twierdzenie Bychowskiego (Medycyna i Kronika lekarska 1908, N-r 2 i 3: „O zachowaniu się niektórych ścięgnowych i skórnych odruchów u dzieci w pier-

O zachowaniu się odruchów ścięgnowych w moczówce zwykłej, zdaje mi się, nie ma nigdzie wzmianki. Ostatnimi czasy w jednym wybitnym przypadku, trwającym od 1 $\frac{1}{2}$ roku, a dotyczącym 8-letniej dziewczynki, obserwowałem, jak w moich oczach znikają

wszym roku życia²⁾), jakoby odruchy brzuszne nie należały do wrodzonych, lecz zjawiały się dopiero w ciągu rozwoju pozapłodowego, i to nie wszystkie jednocześnie. Bychowski opiera się na własnych spostrzeżeniach nad ssawcami, i nawet u dzieci pomiędzy 4, 5—10 miesiącem życia udało mu się otrzymać wymienione odruchy tylko u 41 proc. Jeszcze mniejsze odsetki podają przytaczani przez Bychowskiego autorzy (Pfister, Cattaneo, Fuhrman i inni). Podobnie mają się zachowywać u ssawców i odruchy jądrowe.

Otóż, szczegółowo w tym kierunku zbadałem w domu podrzutek Dzieciątka Jezus, w obecności kilku kolegów, 30 przeważnie źle odżywionych ssawców; najmłodszy z nich liczył 9 dni, najstarszy zaś mniej niż rok jeden (uważałem za zbyt czyste, wobec jednoznacznego wyniku badania, rozciągać je na większą liczbę pupilów zakładu). U wszystkich prawie (może był jeden albo dwa wyjątki) mogłem wykazać zarówno odruchy brzuszne, jak i jądrowe. Nie należy tylko dokonywać badania podczas krzyku ssawca a także w czasie szybkiego i forsownego oddychania (z udziałem tłoczni brzusznej). I u dorosłych łatwo jest się przekonać, że, przy silnem napięciu tłoczni brzusznej, istniejące poprzednio odruchy brzuszne chwilowo nie dają się wywołać (hamowanie odruchów przez dowolne napięcie). Najlepiej jest przeprowadzić to badanie u dzieci podczas snu, ale też i na jawie, o ile leżą spokojnie; wtedy odruchy brzuszne, nawet przy lekkim pociąganiu ręką, są zupełnie wyraźne; można je również zróżniczkować na górne, środkowe i dolne. Przy silniejszym drażnieniu powłok brzusznych występuje—nawet i we śnie—pewnego rodzaju tężec boczny (emprostotonus), mianowicie wkleśłe wgięcie bocznej ściany brzucha i dolnej części klatki piersiowej z przyciągnięciem odpowiedniego uda—jako wyraz wzmożonej pobudliwości odruchowej w okresie wczesnego niemowlęctwa.

Co się tyczy odruchów mosznowych, wzgl. jądrowych, to były one bardzo żywe, o ile jądra leżały na dnie wiotkiej moszny, oczywista, nie dawały się wywołać tam, gdzie jądra jeszcze nie zstąpiły do mosznowy lub znajdowały się wysoko u obrączki zewnętrznej kanału pachwinowego, a ściany moszny pozostawały skurczone.

Na ogół wydaje mi się, że odruchy brzuszne oraz jądrowe są u ssawców stalsze i żywsze, niż u dorosłych.

odruchy w ten sposób, że jednocześnie słabnąć zaczęły odruchy kolanowe i ze ścięgna ACHILLESZA, z jednej strony bardziej, niż z drugiej; wrótce stały się one toniczne, niestałe, a po 2 miesiącach obserwacji odruchy kolanowe znikły ostatecznie, gdy tymczasem ze ścięgna ACHILLESZA jeszcze się utrzymują, słabe, toniczne, łatwo wyczerpujące się, niejednokrotnie z obu stron. I tu brakło jakiegokolwiek objawu zapalenia nerwów, brakło zmian w oddziaływaniu elektrycznym. Odruchy skórne (brzuszne, podeszwowe) były w tym przypadku również dobre,—wogóle więc mieliśmy zachowanie się odruchów takie, jak w moczówce cukrowej. Muszę tu jednak zaznaczyć, że, wedle mego doświadczenia, znikanie odruchów ścięgnowych w moczówce prostej zachodzi rzadko, o wiele rzadziej, niż w cukrowej.

Zapalenie nerwów wyskokowe jest powszechnie znane; mniej znany jest fakt, że bez wszelkich objawów zapalenia lub zwyrodnienia, jedynie jako wyraz zatrucia alkoholowego, odruchy ze ścięgna ACHILLESZA mogą zniknąć, wzgl. uleść znacznemu osłabieniu; tego rodzaju przypadek niedawno właśnie dokładnie obserwowałem.

Toksycznego również pochodzenia jest też nierzadko spotykane zniesienie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych w przebiegu raka, zwłaszcza narządów wewnętrznych (wątroby, trzustki, żołądka); ale i raki zewnętrzne dać mogą do tego powód. I nie jest konieczne, aby sprawa doszła już do charłactwa, albowiem stwierdzałem zniesienie odruchów ścięgnowych na miesiące przed zejściem, kiedy odżywianie było jeszcze znośne. I tu brak wyraźnych objawów zapalenia nerwów, poza nieznaczniemi, przemijającymi parestezjami w nogach. Zazwyczaj giną zarówno odruchy kolanowe, jak ze ścięgna ACHILLESZA, jakem to spostrzegłem w jednym przypadku raka żuchwy, w 3 przypad-

kach raka wątroby, trzustki, żołądka (z tych w dwóch przypadkach odruchy ze ścięgna ACHILLESA znikły ostatecznie, kolanowe stały się bardzo słabe i łatwo się wyczerpywały). W innym przypadku raka żołądka i wątroby (wtórnie) znikły tylko kolanowe, gdy tymczasem ze ścięgna ACHILLESA jeszcze i w agonii dawały się otrzymać.

We wszystkich tych przypadkach można było, tak jak i w cukrzycy, stwierdzić antagonistyczne zachowanie się odruchów skórnych, które do ostatniej chwili pozostawały zachowane

W przypadkach przerzutów raka do kanału kręgowego występują, zależnie od umiejscowienia, rozmaite kombinacje; tak np. w dwóch przypadkach obserwowałem jednostronny objaw WESTPHALA.

Ten sam antagonistyczny stosunek odruchów ścięgowych do skórnych mogłem również stwierdzić w stanach śpiączki (nie cukrzycowej) rozmaitego pochodzenia. W jednym piorunującym przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (nagminnego?) ze śpiączką, znikły odruchy kolanowe i ze ścięgna ACHILLESA, gdy brzuszne i podeszwowe pozostały zachowane. W przypadku posocznicy (wskutek świnki) znikły w śpiączce odruchy kolanowe, zaś ze ścięgna ACHILLESA pozostały, zarówno jak i podeszwowe. W stanach śpiączki, wskutek ciężkich udarów mózgowych, znikają raczej odruchy kolanowe (niekiedy tylko po stronie porażonej), gdy tymczasem ze ścięgna ACHILLESA mogą pozostać zachowane; tu najczęściej występuje na jaw odruch BABIŃSKIEGO. Ten ostatni zjawia się też w mocznicy (tak ostrej, jak i przewlekłej), w której również odruchy kolanowe prędzej giną, ze ścięgna zaś ACHILLESAS zostają zachowane, zarówno jak i brzuszne. Wraz z pomyślnem zejściem napadu mocznicowego, np. w płonicy, szybko wracają normalne stosunki.

Nawiasowo zaznaczę, że, niekiedy wraz ze skrzywieniem kręgosłupa spotyka się zaburzenia w odruchach ścięgowych; tak np. znalazłem w jednym przypadku garbu łukowego obustronny objaw WESTPHALA, w innym ze skrzywieniem bocznym tylko jednostronny brak odruchu kolanowego, w trzecim, dotyczącym wybitnego, prawostronnego skrzywienia bocznego w części grzbietowej dolnej, prawy odruch kolanowy dawał się otrzymywać jedynie sposobem JENDRASSIKA i łatwo się wyczerpywał, prawy odruch ze ścięgna ACHILLESA występował tylko w pozycji à la vache i znacznie słabiej, niż po stronie lewej. To upośledzenie odruchów ścięgowych należy, oczywiście, odnieść do ucisku korzeni rdzeniowych; ale zaznaczę tu zaraz, że w przeważającej większości przypadków skrzywienia kręgosłupa nie spotyka się zaburzeń w odruchach ścięgowych.

Od czasu, gdy LICHTHEIM w r. 1887 opisał zmiany substancji białej rdzenia, głównie pęczków tylnych, w niedokrwistości złośliwej, zjawiało się wiele prac, dotyczących tego przedmiotu (MINNICH, SIEMERLING, NONNE i wielu innych). Skąpe wzmianki o zachowaniu się odruchów ścięgowych nie są zgodne: jedni podają, że odruchy były osłabione, wzgl. zniesione, inni — że były one wzmożone. Moje doświadczenie, dotyczące niedokrwistości złośliwej, nie jest, co prawda, bogate, ale z tego, com widział, skłaniam się ku wnioskowi, że zmiana w odruchach ścięgowych zachodzi w kierunku osłabienia ich; w jednym mianowicie przypadku (niestety, badanie było tylko jednorazowe) odruchów kolanowych nie znalazłem, natomiast był objaw stopy drgawkowej. W drugim zaś, z wieloletnią obserwacją, znikły zarówno odruchy kolanowe, jak i ze ścięgna ACHILLESAS, i nie wróciły, nawet, gdy nastąpiło wyzdrowienie; w tym przypadku rozwinęła się po 3 latach w umiarkowanym stopniu cukrzyca; oczywiście, odruchy ścię-

gnose i w tym okresie nie wróciły, nawet gdy zawartość cukru spadła do 0,5%.

Czy i niedokrwistość zwykła wywołać może zaburzenia w odruchach, wydaje mi się bardzo wątpliwem. Wśród materiału, który poniżej zaraz podam, znajduje się przypadek ze zniesieniem odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA, który jednak nie był dość długo obserwowany, a i rozpoznanie nie zdaje się dostatecznie pewnem.

(C. d. n.)

Z Petersburskiego Domu Wychowawczego.

Morfologia krwi w krzywicy *).

Podał

D-r med. Stanisław Ostrowski.

(C. d.)

Rorich¹¹⁾ spostrzegł 2 przypadki niedokrewności krzywicznej, z tych jeden z powiększoną śledzioną. Zmniejszenie liczby krwinek czerwonych i hemoglobiny było bardziej widoczne w 1-ym przypadku, leukocytoza zaś— w 2-im.

MORSE¹²⁾ badał krew u dzieci do 2 lat w 20 przypadkach niepowikłanej krzywicy; dzieli on je na 3 kategorie, stosownie do natężenia sprawy: lekkie, średnie, lecz bez powiększenia śledziony i z powiększoną śledzioną. 1-sza kategoria obejmuje 9 przypadków, 2-ga—4, 3-cia 7. Wyniki jego badań przytaczam w tabl. III (str. 1192).

W taki sposób liczba krwinek czerwonych we wszystkich przypadkach była normalna lub nieco zmniejszona. Ilość hemoglobiny zawsze była zmniejszona i stosunkowo więcej, niż liczba krwinek czerwonych. U 11 dzieci znaleziono leukocytozę, którą

częściej spotykano w przypadkach z obrzmieniem śledziony. Histologiczne zmiany w krwinkach czerwonych były zależne od natężenia sprawy chorobowej, będąc najbardziej wyraźnymi w przypadkach z powiększoną śledzioną. Przeciętne liczby dla różnych postaci ciałek białych w 9 przypadkach bez leukocytozy: limfocytów 43%, wielojądrzastych 47%, przejściowych 8%, ciałek eozynochłonnych 2%; przeciętne liczby z 11 przypadków z leukocytozą: limfocytów 45%, wielojądrzastych 45%, przejściowych 5—6%, eozynofilów 4—5%. Autor przychodzi do wniosku, że większości przypadków krzywicy towarzyszy niedokrewność, która może być różnego rodzaju i stopnia. Stopień niedokrewności waha się wogóle w zależności od stopnia sprawy chorobowej. Niedokrewności może towarzyszyć leukocytoza, lecz tej ostatniej może nie być.

GEISLER i JAPHA¹³⁾ spostrzegali w klinice chorób dzieci prof. HEUBNERA w Berlinie 20 przypadków krzywicy. Wyniki ich badań hematologicznych przytaczam w tabl. IV. (str. 1193).

Autorowie przychodzą do następujących wniosków: zmiany w krwinkach czerwonych, szczególnie obecność postaci jądrzastych, należy uważać i u dzieci, jako zjawisko patologiczne. U dzieci krzywicznych spotykamy zmiany w składzie krwi, wskazujące wszelkie przejścia od lekkiego zmniejszenia ilości Hb i krwinek czerwonych aż do obecności megaloblastów.

ZELEŃSKI i CYBULSKI¹⁴⁾, pracując w krakowskiej klinice dziecięcej prof. M. JAKUBOWSKIEGO nad sprawą zjawiania się myelocytów we krwi niemowlęcej w krzywicy, znaleźli, co następuje.

W 34 przypadkach krzywicy bez obrzęku śledziony stwierdzono myelocyty 9 razy, myelocyty i erytoblasty—3, same normoblasty—1 raz, wynik ujemny— w 21 przy-

*) Odczyt, wygłoszony w Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu w dniu 14/27 października 1911 r.

KNOLL & C-o.



Ludwigshafen a.Rh.

Jodival

**Wewnętrzny preparat jodu o własnościach kojących.
47% Jodu.**

Jodival zawiera Jod organicznie związany i różni się od dotychczas stosowanych organicznych preparatów zastępujących Jodalkalie tem, że zawiera daleko więcej Jodu, że jest ciałem jednolitem i krystalicznym, że przechodzi przez żołądek w stanie niezmienionym i że wreszcie łatwo się rozpuszcza w kiszkaach i zostaje całkowicie wessane. Działanie jest jednakowo silne jak jodalkalii, występuje jednak równomierniej.

Jodival jest wskazany w tych przypadkach, w których zwykle podajemy jodalkalie, a więc w zwąpnieniu tętnic, skrofulozie, astmie, w późnych okresach syfilisu i.t.d. szczególnie zaś w organicznych cierpieniach centralnego układu nerwowego jak również w chorobach zakaźnych, a to w celu uczynienia nieszkodliwemi produktów przemiany materji bakteryi.

Dawka: 3 razy dziennie 0,3—0,6 g. w proszku lub w tabletkach po 0,3 g. Tabletki przyjmuje się z wodą lub z kakao, w których z łatwością się rozpuszczają. Wrażliwi chorzy mogą, rozpuścić tabletkę w niewielkiej ilości wody, ułożywszy ją na języku, i po przełknięciu przepłukać usta wodą.

Styptol

Wewnętrzne Hämostaticum i Sedativum.

Styptol okazał się skutecznym, jako wyborny środek krew tamujący, szczególnie w różnorodnych postaciach krwotoków macicznych. Skutecznie bywa również stosowany przeciwko pollucyom.

Dawka: 3—4 razy dziennie po 2 tabl. po 0,05 g. Przeciwno pollucyom należy podawać przez czas dłuższy 2—3 tabletek wieczorem.

Oryginaine rurki po 20 tabletek 50 kop.

Mergal

Hydrarg. cholicum oxydat. 0,05—Tannalbin 0,1)

Nowe Antisymphiliticum do użytku wewnętrznego.

Mergal działa również energicznie, jak leczenie wcieraniami, lub wstrzykiwaniami za pomocą rozpuszczalnych soli Hg;;

Mergal znosi się w większych dawkach szybko się wchłania i wydziela, nie wywołuje żadnego działania ubocznego. Kuracja Mergalem jest ze wszystkich sposobów leczenia syfilisu najprostszą, najwygodniejszą i najprzyjemniejszą, można ją wszędzie dyskretnie przeprowadzić.

Wskazania: Choroby syfilityczne i parasyfilityczne.

Dawka: 3 razy dziennie po 1 kapsułce, zwiększając do 4—5 razy dziennie po 2 kapsułki (0,05—0,1 pro dosi, 0,3—0,5 pro die).

Pudełka oryginalne po 50 kapsulek.

Gonosan

Według orzeczenia przeszło 120 autorów

Wybitny środek balsamiczny w le-
czeniu rzeżączki.

zawiera składniki działające Kawa-Kawa w połączeniu z najlepszym wschodnio-indyjskim olejkiem santalowym.

Gonosan zmniejsza wydzielinę ropną, uśmierz
za ból zależny od sprawy rzeżączkowej
i zapobiega powikłaniom.

Dawka: 4 — 5 razy dziennie po 2 kapsułki po jedzeniu.

W oryg. pudełkach po 50 i po 32 kapsułki

Próby i literatura na żądanie pp. lekarzy gratis

J. D. Riedel A. G., Berlin N. 39.

Rteć-Resorbina

Najczystsza kuracya wcieraniami

W szklanych tubkach z podziałką

po 15 i 30 gramów
 $33\frac{1}{3}\%$

25 i 50 gramów
 50%

Maść-szkarłatna

według Prof. Schmiedena

Do pobudzania nabłonka
na ziarninujących powierzchniach ran.

Dawki po 50 i 100 gramów

Próby i literaturę na żądanie

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36

TABLICA III.

L e k k i e p r z y p a d k i .

N-r przypadku	Płeć	Wiek	Ilość Hb w %	Liczba krwinek czerwonych	Liczba ciałek białych	Rodzaje białych w %				U w a g i
						Limfocyty	Wielojądrz.	Przejęcio- we	Eozynofil- ne	
1	Chłopiec	8 m.	60	4.170000	9.600	34.0	61.0	4.0	1.0	Niewielka anizocytoza, Pojedyncze normoblasty.
2	Dziewcz.	7 m.	57	4.200000	9.300	36.0	60.0	3.0	1.0	
3	Dziewcz.	7 m.	60	5.048000	14.770	61.0	33.0	4.0	2.0	
4	Chłopiec	1 r. 1 m.	67	4.936000	18.800	24.0	58.0	14.0	4.0	Nieznaczna anizo- i poi- kilocytoza
5	Dziewcz.	1 r. 1 m.	48	5.024000	17.900	47.0	44.0	8.0	1.0	
6	Chłopiec	1 r. 10 m.	70	5.144000	10.700	52.0	42.0	4.0	2.0	
7	Chłopiec	1 r. 5 m.	64	5.102000	14.100	49.0	43.0	6.0	2.0	
8	Dziewcz.	8 m.	47	4.840001	10.200	53.0	41.0	4.0	2.0	
9	Chłopiec	1 r. 2 m.	62	5.528000	9.000	32.0	51.0	16.0	1.0	Anizo- i poikilocytoza
Ś r e d n i e .										
10	Dziewcz.	6 m.	65	4.704000	13.800	48.0	48.0	4.0	—	Niewielka anizo-, poi- kilocytoza.
11	Chłopiec	2 m.	52	3.508000	9.200	69.0	25.0	5.0	1.0	Idem. Pojedyncze ery- troblasty.
12	Chłopiec	1 r. 7 m.	67	5.296000	7.200	29.0	53.0	17.0	1.0	Niewielka poikilo- anizocytoza.
13	Chłopiec	2 l.	64	4.604000	5.500	39.0	45.0	15.0	1.0	Słaba anizocytoza.
P r z y p a d k i z o b r z m i e n i e m ś l e d z i o n y .										
14	Dziewcz.	9 m.	77	4.724000	22.000	63.0	31.0	4.0	2.0	Niewielka anizo-, poi- kilocytoza.
15	Chłopiec	1 r. 8 m.	73	4.448000	14.400	49.0	40.0	6.0	5.0	Idem.
16	Chłopiec	9 m.	60	4.068000	14.500	34.0	56.0	3.0	7.0	Dużo mikrocytów. Poi- kilocytoza niewielka.
17	Dziewcz.	1 r. 3 m.	64	4.936000	11.900	39.0	48.0	6.0	7.0	
18	Chłopiec	5 m.	57	4.519000	15.900	44.0	47.0	4.0	5.0	1 normoblast na 500 biał. ciałek.
19	Dziewcz.	1 r. 8 m.	68	5.518000	15.200	51.0	40.0	5.0	4.0	Dużo makrocytów. Poi- kilocytoza niewielka. Pojedyncze normoblasty.
20	Dziewcz.	1 r. 5 m.	60	3.556000	12.400	28.0	55.0	10.0	7.0	Znaczna anizocytoza, niewielka poikilocyto- za. Megaloblasty.

TABLICA IV.

Bez powiększenia śledziona.

Nr. przyp.	Płeć	Wiek	Rozpozna- nie	Data badania	Ilość Hb	Liczba krwini cz. r.	Liczba ciałek biał.	Wielojądrz. w %	Jednojądrz. w %	U w a g i
1	Chłopiec	1 1/2 r.	Krzywica. Nieżyt oskrzeli	13/XII 1899 20/XII 1899 5/I 1900	102	5.240000	13.320 14.200 8.680	33 40 36	67 60 64	
2	Chłopiec	1 r. 5 m.	Krzywica. Nieżyt oskrzeli, Krzusiec.	4/I 1900 17/I 1900	97	5.280000 4.768000	7.600 21.860	30 60	70 40	
3	Chłopiec	1 r. 2 m.	Krzywica.	3/I 1900		5.456000	12.500	42	58	
4	Dziewcz.	1 r. 7 m.	Krzywica.	8/VI 1899	74	5.900000	7.400	55	45	
5	Dziewcz.	1 r. 4 m.	Krzywica.	26/XI 1899 30/XII 1899		4.175000	11.250	38 28	62 72	Dużo eozynofi- łów.
6	Dziewcz.	1 r. 2 m.	Krzywica. Nieżyt oskrzeli.	28/V 1899		4.300000	11.500	44	56	Idem
7	Płeć nie wskazana	1 r. 5 m.	Krzywica.	20/II 1900	46	3.960000		40	60	
Z o b r z m i e r i e m ś l e d z i o n y .										
8	Chłopiec	1 r. 3 m.	Krzywica.	9/IX 1899	95	5.310000		44	56	
9	Płeć nie wskazana	2 l.	Krzywica.	29/V 1899	96	7.600000(?)	2.800	42	58	Dużo eozynofi- łów.
10	Dziewcz.	1 r.	Krzywica. Gruźlica prosówko- wa	9/XII 1899 13/XII 1899 18/XII 1899	82	5.256000	14.400 10.500	51 40	49 60	
11	Dziewcz.	Wiek nie wskaz.	Krzywica.	28/VI 1899		4.610000	11.880	64	36	
12	Dziewcz.	1 r. 2 m.	Krzywica.	21/VII 1899	66	5.456000	12.250	42	58	Bardzo dużo eozynofilów.
13	Chłopiec	1 r. 10 m.	Krzywica.	23/X 1899	65	5.448000	8.440	43	57	Idem
14	Dziewcz.	3 3/4 l.	Krzywica.	5/XII 1899	58	4.472000	5.480	37	63	Niewielka anizo- poikilocytoza.
15	Chłopiec	3 l.	Krzywica. Gruźlica pęcherza moczowego	7/VI 1899 19/VI 1899	66 65	3.900000 3.570000	19.100 15.000	51 44	49 56	Anizocytoza.
16	Chłopiec	1 r. 3 m.	Krzywica. Odra	14/VI 1899 8/VII 1899	50 72	3.585000 4.180000	7.080 7.960	55 28	45 72	Pojedyncze nor- moblasty.
17	Dziewcz.	Wiek nie wskaz.	Krzywica.		85	3.548000	12.600	46	54	Anizocytoza. Du- żo eozynofilów.
18	Chłopiec	1 r. 9 m.	Krzywica. Nieżyt oskrzeli. Zapalenie szpiku kostnego.	21/III 1900		4.800000	10.500	32	68	Anizo-, poikilocy- toza. Pojedyn- cze normoblasty.
19	Chłopiec	2 l.	Krzywica. Nieżyt oskrzeli.	4/VIII 1899	44	4.190000	13.800	45	55	Mikrocyty. Dużo eozynofilów.
20	Chłopiec	9 m.	Krzywica.	3/IV 1899 25/IV 1899 14/VI 1899	65 65 70	3.570000 4.432000 6.350000	8.280 7.500 9.400	46 52 50	54 48 50	Niewielka anizo- cytoza. Pojedyn- cze normoblasty.

padkach. W 17 przypadkach krzywicy z obrzmieniem śledziony myelocyty stwierdzono 5 razy, myelocyty i erytroblasty—4, wyłącznie normoblasty—2 razy, wynik ujemny w 6 przypadkach.

COHEN ¹⁵⁾ nawet w przypadkach ciężkiej krzywicy nigdy nie spotykał we krwi krwinek czerwonych jądrzastych.

ESSER ¹⁶⁾, zajmując się etiologią krzywicy, badał krew u dzieci krzywicznych i uprekarmianych przewlekłe bez wyraźnego cierpienia jelit; u jednych i u drugich autor stale spotykał hyperleukocytozę. Barwione preparaty krwi badano sposobem ARNETHA. Jak wiadomo, ARNETH zauważył, że we krwi zdrowego dorosłego człowieka neutrofile zachowują się pod względem liczby jąder (Kernfragmente) w sposób następujący: 1—jądrzastych około 5%, 2—35%, 3—41%, 4—17% u 5—jądrzastych — 2%. W chorobach zakaźnych ARNETH znalazł zwiększenie liczby ciałek białych z małą liczbą jąder; innymi słowy, zachodzi tu przesunięcie obrazu krwi neutrofilowego nalewo.

ESSER, badając krew według ARNETHA, zauważył, że u zdrowych, normalnie karmionych ssawców znajdujemy stosunkowo większą liczbę neutrofilów z wieloma jądrami, niż u sztucznie karmionych, u dzieci zaś z cierpieniami żołądka i jelit przeważają 1—i 2 jądrzaste neutrofile. U dzieci z niepowikłaną krzywicą autor widział również zmniejszenie liczby ciałek białych z wieloma jądrami. Analogia obrazu krwi przy przewlekłym przekarmieniu i w krzywicy naprowadza autora na przypuszczenie, że między sprawami temi istnieje powinowactwo. We wszystkich przypadkach krzywicy, niezależnie od tego, czy dzieci karmiono piersią lub mlekiem krowim, czy dzieci pochodziły od krzywicznych lub od

wolnych od krzywicy rodziców, autor stwierdził w anamnezie przekarmianie.

FINDLAY ¹⁷⁾ badał krew w 30 przypadkach niepowikłanej krzywicy u dzieci w wieku 12—42 mies. (w 4 przypadkach śledziona była macalna). Badania te wykazały tylko w 9 (27,6%) przypadkach pewien stopień niedokrewności. Stosunkowo często spotykano anizocytozę, rzadko poikilocytozę i polichromatofilię. Krwinki czerwone jądrzaste spostrzegano nader rzadko. W 18 przypadkach spostrzegano pewien stopień leukocytozy, w 9 leukopenię, w 3-ch normalną liczbę ciałek białych. Wnioski autora: w krzywicy niepowikłanej niedokrewność jest nie prawidłem, lecz wyjątkiem; ilość hemoglobiny i krwinek czerwonych bywa większa od normalnej przeciętnej. Krwinki czerwone zwykle więcej się różnią swą wielkością, niż u dzieci normalnych w tym samym wieku, pod innymi zaś względami nie odstępują od normy.

Krwinki czerwone jądrzaste i ciałka szpiku kostnego spotykają się bardzo rzadko. Ciałka białe u rachityków [przedstawiają mało zmian ważniejszych; liczba ich może być normalna, trochę zwiększona lub nawet zmniejszona. Jednojądrzaste częściej, niż wielojądrzaste, wykazują absolutne zwiększenie liczby.

Według badań OGATA ¹⁸⁾ liczba czerwonych ciałek w krzywicy waha się, Hb a także ciężar gatunkowy stosownie do stopnia niedokrewności. Prawie zawsze daje się zauważyć leukocytoza, a właściwie niewielka stosunkowo mononukleozą. Na 20 przypadków w 13 znalezione myelocyty.

(D. n.)

Działalność chirurgiczna szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach w latach od 1903 do 1909 włącznie.

Napisał

Stefan Rechniowski.

(Lekarz szpitala św. Trójcy w Piotrkowie, były lekarz młodszy szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach).

(Dokończenie).

W roku 1907 leczyło się chorych chirurgicznych 286, wewnętrznych—315. Z chorych chirurgicznych zmarło 11, z chorych wewnętrznych 47. Liczby porodów nie zanotowano.

Operacji chirurgicznych wykonano 117, mianowicie:

a) zabiegów drobnych—64, między nimi:	
Incisio bursitidis praepatellaris purul.	3
„ psoitidis purulentae	1
„ emphysematis necessitatis pleurae	1
„ paraproctitidis purulentae	1
Repositio luxationis humeri	2
b) zabiegów średnio-ciężkich 50, między nimi:	
Osteotomia femoris	2
„ cruris (osteomyelitis)	2
Arthrotomia genu (gonitis purul.)	3
Excisio sarcomatis parietum abdominis	1
Trepanatio cranii (fractura compl.)	2
Operatio radicalis hydrocele	1
„ Alexandri-Adamsi	1
Pleurotomia (empyema)	1
Herniotomia (hernia incarcerata)	3
Stomatoplastica (microstomia)	1
Recto-coccygopexis Marchand (prolapsus recti)	1
c) zabiegów ciężkich 3.	
Operatio appendicitidis purulentae	1
Amputatio uteri supravaginalis (myoma)	1
Laparotomia (invaginatio ileo-coecalis)	1

Operacji akuszerskich wykonano 3.
 Forceps (pelvis angusta; positio facialis) 2
 Perforatio (pelvis plana) 1

W roku 1908 leczyło się chorych chirurgicznych 256, wewnętrznych—303. Z chorych chirurgicznych zmarło 13, z wewnętrznych—39. Porodów odbyło się 36.

Operacji chirurgicznych wykonano 99 mianowicie:

a) zabiegów drobnych 57, między nimi:	
Incisio bursitidis praepatellaris purulenta	2
Incisio paranephritis purulentae	1
„ paraproctitidis purulentae	2
„ periurethritidis purulentae	1
„ ranulae	1
b) zabiegów średnio-ciężkich 40, między nimi:	
Osteotomia cruris (osteomyelitis)	3
„ femoris (osteomyelitis)	1
Resectio atypica ossium pedis (tbc.)	1
„ genu	1
Arthrotomia genu (gonitis purul.)	1
Pleurotomia cum resectione costae	1
Trepanatio cranii (fractura complicata)	4
Operatio empyematis antri Higmori	1
„ labii leporini	1
„ radicalis hydrocele	1
„ „ herniae cruralis	1
Herniotomia (hernia incarcerata)	1
c) zabiegów ciężkich 2.	
Extirpatio tumoris cystici abdominis	1
Enteroanastomosis (carcinoma coli)	1
Operacji akuszerskich wykonano 7.	
Extractio manualis placentae	4
Extractio foetus et placentae	1
Versio, extractio foetus et placentae (placenta praevia)	1
Forceps (pelvis angusta)	1
W roku 1909 leczyło się chorych chirurgicznych 308, wewnętrznych—314. Z chorych chirurgicznych zmarło 14, z wewnętrznych—38.	

Porodów odbyło się 36.	Arthrotomia genu (gónitis purulenta)	1
Operacyi chirurgicznych wykonano 125, a mianowicie:	Amputatio colli uteri; colporrhapha ant. et post.	1
a) zabiegów drobnych 59, pomiędzy nimi:	Herniotomia cum resectione intestini	2
Incisio periurethritidis purulentae	Herniotomia sine resectione (hernia incar- cerata)	1
„ prostatitidis purulentae	Sectio alta cum cystostomia (hypertrophia prostatae)	1
b) zabiegów średnio-ciężkich 62, mię- dzy nimi:	Operatio radicalis herniae umbilicalis	1
Resectio coxae (tbc)	Iridectomia (wykonana przez okulistkę)	1
„ artic. talo—cruralis (luxatio aperta)	c) zabiegów ciężkich 4.	
„ atypica art. talo—cruralis (tbc)	Laparotomia—excisio tubae gravidae	1
„ ossium cruris (fractura com- plicata)	Hysterectomia abdominalis (myoma)	1
Resectio ossis femoris (fractura complicata)	Laparotomia (invaginatio ileo—colica)	1
Osteotomia femoris (osteomyelitis)	Laparotomia (torsio S. romani)	1
„ cruris (osteomyelitis)	Operacyi akuszeryjnych wykonano 7.	
Operatio plastica Thirsch	Extractio manualis placentae post partum	2
„ meningocele	„ „ „ (abortus)	1
„ labii leporini	Versio (positio transversa)	2
„ plastica labii superioris (deforma- tio propter cicatrices)	Forceps (pelvis plana)	1
Trepanatio cranii (fractura complicata)	Forceps—postea extractio manualis pla- centae accretae.	1
Pleurotomia cum resectione costae		
Discisio orificii externi urethrae et extractio calculi in urethra incarcerati		

W celu dokładniejszej oryentacyi poda-
jemy poniżej tablicę, w której powyższe da-
ne cyfrowe z każdego roku są zestawione ra-
zem, co ułatwia porównanie.

ROK	Chorych wewn.	Chorych chirurgicznych	Porodów	Zabiegów chirurgicznych				Zabiegów akuszeryjnych	Zmarło wewn.	% śmiertelności wewn.	Zmarło chirurgiczn.	% śmiertelności chirurg.
				Drobnych	Średnio-ciężkich	Ciężkich	Razem					
1903	226	196	20	30	34	0	64	0	31	13,7	10	5
1904	231	205	25	25	31	1	57	1	42	18	12	5,8
1905	250	244	18	37	17	0	54	7	27	10,8	9	3,68
1906	277	297	nie zanoto- wano	61	41	0	102	6	47	16,9	11	3,7
1907	315	286	„	64	50	3	117	3	47	14,9	11	3,8
1908	303	256	36	57	40	2	99	7	39	12,8	13	5
1909	314	308	36	59	62	4	125	7	38	12	14	4,5

Przy rozpatrywaniu tablicy powyższej zwracają na siebie uwagę dwie rzeczy: 1) stały, choć powolny postęp w większości działów, objętych poszczególnymi rubrykami; 2) pewne w tym postępie wahania w ciągu omawianych lat siedmiu działalności szpitala.

Postęp widoczny jest zarówno w ogólnej liczbie chorych wewnętrznych, która w czasie omawianym zwiększyła się koło półtora raza, w ogólnej liczbie chorych chirurgicznych, która w tym samym czasie powiększyła się mniej więcej również o tyleż, jak w liczbie zabiegów chirurgicznych, która w czasie omawianym zarówno w swej liczbie ogólnej, jak w poszczególnych swych działach prawie że się podwoiła. Liczba porodów wzrosła również prawie dwójnasób. Co do zabiegów położniczych, to wobec małej ich liczby trudno z danych tablicy wysnuwać wnioski ogólne; bądź co bądź, biorąc rzecz ściśle matematycznie, liczba zabiegów położniczych wzrosła siedmiokrotnie.

Co do wahań, to głównie zasługuje tutaj na uwagę zmniejszenie się liczby zabiegów chirurgicznych średnio-ciężkich w latach 1904 i 1905 w porównaniu z rokiem 1903. Zwłaszcza w roku 1905 liczba zabiegów tych spadła blisko że do połowy liczby poprzedniej.

Przyczyny tego były następujące:

1. Aseptyczne wykonywanie zabiegów w warunkach początkowo dalekich od antyseptyki i aseptyki przy obsłudze zupełnie pod tym względem niewyszkolonej, ciemnej i wszelkim inowacyom niechętniej było bardzo trudne i nie dawało początkowo wyników zadawalających, co się wyraziło między innymi zwiększeniem się śmiertelności wśród chorych chirurgicznych w r. 1904 o 0,8% w porównaniu z rokiem poprzednim. Wskutek tego postanowiono wstrzymywać się na razie od zabiegów, których wynik za-

leżny jest od ścisłej aseptyki, i ograniczać się do wykonywania tylko zabiegów niezbędnych lub takich, których wynik pomyślny lub niepomyślny nie zależy tak ściśle od postępowania bezgnilnego, a to wszystko do czasu wyszkolenia obsługi i zaprowadzenia urządzeń, umożliwiających stosowanie postępowania idealnie bezgnilnego.

2. Nie bez znaczenia też była pod tym względem cicha agitacja, szerzona wśród ciemnych, prostaczków przez służbę felczerską szpitala nie zadowoloną z nowych porządków i większej wskutek tego pracy, a mająca na celu wzbudzenie nieufności do nowego rzeczy stanu. Gdy w roku 1905 malkontenci ci ustąpili ze szpitala, gdy w tymże roku urządzono salę operacyjną aseptyczną, a w następnym zaprowadzono sterylizację parową w autoklawie, wzrosła odrazu prawie dwójnasób liczba zabiegów operacyjnych, zarówno ogólna, jak specjalnie zabiegów średnio-ciężkich. Odtąd wzrastała ona stale aż do roku 1909 włącznie. Jedyne w roku 1908 spadła cokolwiek. Spadek ten jednakże był warunkowany przez zajęcie w roku tym sali aseptycznej i znacznej części sal szpitalnych przez przybyły z Petersburga ruchomy ambulans oczny, wskutek czego wykonywanie zabiegów operacyjnych w ciągu paru miesięcy zostało z braku miejsca znacznie ograniczone.

Kończąc swe zestawienia, dochodzimy do wniosku, że przedstawiona działalność chirurgiczna szpitala św. Piotra i Pawła pod względem ilości i jakości materiału chirurgicznego przedstawia się bardzo skromnie, zwłaszcza w porównaniu z odnośnym materiałem innych większych szpitali w kraju. Zależy to jednakże od swoistych warunków ziemi suwalskiej, o których była mowa wyżej.

W świetle tych warunków nawet te skromne wyniki, jakie osiągnięte zostały dro-

gą nieustającej i mozolnej pracy, nabierają większego znaczenia, niżby bezwzględnie im się to może należało.

Już po ukończeniu pracy niniejszej przysłano mi egzemplarz pamiętnika zjazdu chirurgów polskich w Warszawie w październiku roku zeszłego.

W pamiętniku tym znalazłem pracę kolegi BOROWSKIEGO z Nieświeża „O działalności lecznicy chirurgicznej w Nieświeżu”. Praca ta, zgłoszona na zjazd październikowy, z

powodu braku czasu nie mogła być wygłoszona, tak, że dopiero teraz miałem możność zapoznać się z jej treścią.

Ponieważ wnioski autora pracy bardzo są zbliżone do moich, powyżej wyłuszczone, poczytuję sobie za obowiązek zaznaczyć to na tem miejscu, tembardziej, że praca kolegi BOROWSKIEGO co do czasu swego powstania na kilka miesięcy poprzedziła moją.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Zaburzenia w odżywianiu niemowląt w świetle badań najnowszych.

Podał

Stefan Kramsztyk.

(C. d.)

SCHLOSS, który niedawno zajął się badaniem wpływu soli na ustroj osesków, widzi przyczynę gorączki u niemowlęcia w szybko następującem w ustroju związaniu się soli, względnie w zatrzymaniu się wody, gdy tymczasem szybkie wydzielanie się soli, względnie wody prowadzi do obniżenia temperatury. Zdaniem jego, warunki wydzielania się mają znaczenie decydujące we wpływie soli na ustroj. Rozmaitość w szybkości wydzielania się oraz różne stężenie rozczyńców soli warunkują, według poglądów SCHLOSSA, zmienny wpływ soli na wydzielanie się wody z ustroju, względnie na wagę ciała. Co się tyczy poszczególnych soli, to sól, potas i wapno—wszystkie trzy mają wpływ dodatni na przemianę wodną, przyczem połączenia sodu działają silniej i dłużej powstrzymująco na zawartą w ustroju wodę, aniżeli połączenie potasu i wapna. SCHLOSS więc opiera się wogóle w objaśnieniach swych na prawach fizyczno-chemicznych. Z wynikami SCHLOSSA zgadzają się HEIM i JOHN, którzy również skłonni są

uznać gorączkę, przez sole wywołaną, za objaw zastoju ciepła, powstający wskutek przejściowego niedostatecznego parowania wody na powierzchni skóry. Sól działa na podniesienie się temperatury pośrednio, gdyż wywołuje on jedynie zastoje wody, a dopiero wskutek tego ostatniego następuje zaburzenie w regulacji ciepła. Ciż sami autorzy wystąpili niedawno z dalszymi wynikami badań swych nad regulacją ciepła u zdrowego i chorego na zaburzenie odżywiania dziecka i wykazali, iż dziecko chore dzięki utracie wody przez biegunkę oraz brakowi podkładu tłuszczowego nie posiada tej zdolności termoregulacyjnej, jaką ma dziecko zdrowe, i ztąd też łatwo reaguje gorączką, dlatego pada ofiarą gorącego lata.

Że teoria gorączki, przez FINKELSTEINA i uczniów jego zbudowana, nie posiada jeszcze wystarczającej podstawy doświadczalnej—tego dowodzi praca ROSENTHALA, w r. 1909 ogłoszona, a przez wydział lekarski uniwersytetu wrocławskiego nagrodą uwieńczona. ROSENTHAL słusznie uważa, iż z całej nauki FINKELSTEINA najważniejsza, najwięcej zainteresowania budząca jest jego teoria powstania gorączki pokarmowej, gorączki, która stanowi kardynalny objaw zatrucia FINKELSTEINA. Podczas gdy FINKELSTEIN i jego szkoła teorię swą opierają na obserwacji klinicznej, wprowadzając conajwyżej w czyn t.zw.

eksperyment kliniczny, ucieka się ROSENTHAL do badań doświadczalnych na zwierzętach. Przedewszystkiem obala on twierdzenie SCHAPSA, aby wprowadzony podskórnie roztwór cukru o koncentracji izotonicznej z fizyologicznym roztworem soli kuchennej mógł wywołać podniesienie się temperatury—krążący bowiem we krwi i wydzielający się w moczu cukier mleczny jest substancją dla ustroju obojętną. Tak np. u położnic, u których w moczu znajdował się cukier mleczny, bardzo często ROSENTHAL nie stwierdzał gorączki. Przytacza on wyniki NOBÉCOURTA i KEILLERA, którzy przy zastrzykiwaniach niemowlętom skoncentrowanych roztworów cukru gorączki nie otrzymywali. Wprowadzając wraz z pokarmem znaczne ilości cukru mlecznego młodym psom i sprowadzając u nich laktozurę, nie spostrzegali ROSENTHAL przytem podniesienia się temperatury. Aby przekonać się o słuszności twierdzenia FINKELSTEINA, iż przy uszkodzeniu kiszek sole i cukier, w pokarmie zawarte, mogą wywoływać gorączkę, sprowadzał ROSENTHAL uszkodzenie kiszek u młodych psów przez wprowadzanie im kwasów tłuszczowych i olejku krotonowego aż do ukazania się biegunki, poczem za pomocą zgłębnika dawał zwierzętom roztwór cukru mlecznego i soli kuchennej. Na podstawie doświadczeń tych doszedł ROSENTHAL do wniosku, że pierwotne uszkodzenie kiszek, nawet i cięższej natury, nie wystarcza do objaśnienia genezy gorączki pokarmowej; również i gorączkotwórcza własność soli nie daje się stwierdzić. Także i doświadczenia upośledzenie funkcji wątroby i nerek nie dało żadnego oparcia dla wyjaśnienia pochodzenia gorączki, gdyż na tej drodze tej ostatniej wywołać się nie udało.

Nie można więc, zdaniem ROSENTHALA, uznawać gorączki pokarmowej za zjawisko wyjaśnione, dopiero następne badania rozstrzygnąć ostatecznie będą mogły, czy rzeczywiście przyczyną są tu wpływy chemiczne, czy też w grę wchodzi do pewnego stopnia sprawy bakteryjne, czy też wreszcie chodzi tu o odczyn biologiczny. Obok wpływu swego na temperaturę grają składniki nieorganiczne pokarmu wielką rolę w sprawie żywienia

niemowląt. Przemiana mineralna u osesków acz dopiero w ogólnych zarysach znana, zdołała już wyświetlić cały szereg faktów z dziedziny patologii wieku niemowlęcego. Dość wspomnieć o przemianie fosforu i wapna, o badaniach BIRKA i SCHABADA nad wpływem fosforu i tranu na zatrzymywanie się wapna w krzywicy, o fakcie, po raz pierwszy przez KEILLERA wskazanym, iż dziecko, sztucznie karmione, nierównie więcej wydziela fosforu w moczu, aniżeli dziecko przy piersi. Według MOLLA ilość wydzielanego w moczu fosforu nieorganicznego może być uważana za jeden z najważniejszych wskaźników co do stanu zdrowia oseska, piersią karmionego, gdyż w normalnych warunkach mocz takiego dziecka prawie zupełnie fosforu nie zawiera, a ten ostatni ukazuje się dopiero przy zaburzeniu odżywiania. W każdym razie już dotychczasowe wyniki badań nad mineralną przemianą u osesków potwierdziły w zupełności iż i w tej dziedzinie sole są również nieodzowne, jak i wszędzie, gdzie w grę wchodzi organizmy żyjące. Ale wiemy także już, że zwykłe analizy popiołu w pokarmie dziś już wystarczyć nam nie mogą; zawartość popiołu a zawartość soli w pokarmie to, jak słusznie akcentuje KÖPPE, dwa różne pojęcia. KÖPPE pierwszy zdołał wyjaśnić fizyczne własności mleka i pierwszy zwrócił uwagę na czynny udział, jaki biorą substancje mineralne i roztwory ich według praw chemii fizycznej w odżywianiu.

Z pomocą oznaczeń punktu zamarzania i przewodnictwa elektrycznego wykazał on, iż mleko kobiece zawiera więcej osmotycznie działających cząsteczek, aniżeli to obliczyć można z analizy chemicznej zawartego w niem popiołu i cukru mlecznego; dalej, że część składników mineralnych zawarta jest zarówno w mleku kobiecym, jak i krowim w cząsteczkach neutralnych, prądu elektrycznego nie przewodzących, prawdopodobnie organicznie związanych. Na tej podstawie próbowano wprowadzić do fizjologii osesków „osmodytetykę”, przypuszczano, iż zadaniu swemu najlepiej odpowie

pokarm sztuczny, który będzie miał ciśnienie osmotyczne równe ciśnieniu mleka kobiecego. Tymczasem mleko krowie posiada toż samo ciśnienie osmotyczne, co i pokarm kobiecy, tymczasem takie pokarmy, jak maślanka i zupa słodowa, mają ciśnienie znacznie od mleka kobiecego większe. Również nie dowiedziona została hipoteza KÖRPERGO, iż o odpowiedniości pokarmu stanowi ilość zawartych w nim jonów wolnych, jak to bywa w mleku kobiecem.

Aczkolwiek badania przemiany mineralnej u osesków zdołały odkryć cały szereg nowych i ważnych faktów, które wychodzą poza ramy pediatrii i posiadają znaczenie dla całej patologii, to jednak dotychczas nie zdołały one wyjaśnić ostatecznie zagadnień, związanych z zaburzeniami w odżywianiu. Przyszłe dopiero doświadczenia wykażą, jakie czynniki grają rolę przeważną przy przenikaniu z kiszek do ustroju ciał dla niego nieobojętnych; okaże się, o ile czynniki te są

natury fizycznej, sprawami osmozy i dyfuzji, a o ile wywierają tu wpływ własności witalistyczne komórek nabłonka. Gdy bez względu na wielką ilość pomysłowości i pracy, jaką poświęcono dotychczas teoretycznej stronie zagadnienia o odżywianiu, nie została ona dostatecznie wyjaśniona, niezaprzeczone postępy uczyniła strona praktyczna. Znacznym już udoskonaleniem systemu karmienia sztucznego była wprowadzona przez szkołę wrocławską metoda karmienia pokarmem, zawierającym mało tłuszczu, a wiele węglowodanów, jej zawdzięczamy rozpowszechnienie się maślanki i zupy słodowej.

Jednakże metoda ta, dająca znakomite wyniki w pewnych postaciach zaburzeń, zawodzi w dyspepsji, zatruciu, w części przy dekompozycji FINKELSTEINA. Tę lukę pragnął wypełnić FINKELSTEIN, występując przed rokiem z nowym rodzajem sztucznego pokarmu, zwanego przezeń „mlekiem białkowym” (E i s s m i l c h).

(Dok. nast.)

STRESZCZENIA

Choroby dzieci.

225. **P. Krause. Ostre nagminne porażenie dziecięce.** (Wykład kliniczny).

Jakób HEINE, który w 1840 r. pierwszy opisał porażenie dziecięce, wypowiedział przekonanie, że w osnowie cierpienia leży schorzenie rdzenia analogiczne do ostrego wodogłowia. Jednak według badań nowszych—jest to sprawa zakaźna, za czem przemawia i sposób szerzenia się tej choroby: występuje ona w znacznej liczbie przypadków w jednej miejscowości, często w pewnych tylko częściach miasta i nawet wzdłuż jednej tylko ulicy; dalej spostrzegać ją można wzdłuż linii kolei żelaznych, dróg wodnych i pocztowych; wreszcie zapada nieraz kilku członków jednej i tej samej rodziny.

Nie ulega wątpliwości, że choroba przechodzi z człowieka na człowieka, że osoba

zdrowa może ją przenieść na inną zdrową. Wreszcie doświadczalnie udawało się przenieść zarazek z chorego człowieka na zwierzęta (małpy, króliki). Okres wylegania wynosił w tych doświadczeniach 5 do 10 dni.

Porażenie nagminne występuje najczęściej u dzieci małych—w dwóch pierwszych latach życia.

Największą liczbę przypadków notowano latem i jesienią (od lipca do października). Śmiertelność waha się (w różnych epidemiach) w granicach 5 do 22%, liczba zupełnych wyzdrowień od 15—20%.

O wrotach zakażenia nie wiemy nic pewnego. Jedni autorowie uważają za nie migdały i górne odcinki dróg oddechowych, inni (KRAUSE)—przewód pokarmowy. Przenośnikami zarazy mogą być produkty spożywcze, owady (głównie u osesków).

Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych, badań bakteryologicznych i sekcyjnych autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Zarazek daje się szczepić na małpach, królikach;
2. daje się przeszczepiać z małp na małpy, z królików na króliki i małpy;
3. daje się filtrować przez filtr gli-niany;
4. sam zarazek dotąd wykryty nie jest, i hodowle jego się nie udają;
5. znajduje się on w mózgu, rdzeniu i płynie mózgowo-rdzeniowym, w śledzionie, wątrobie i krwi zmarłych na omawiane cierpienie oraz we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym chorych;
6. szczepienia na zwierzętach dokonywać można do otrzewny, pod opony mózgowe, podskórne, do nosa, ust i tchawicy;
7. metody serologiczne dotąd w porażeniu dziecięcym żadnych wyników nie dały.

Co do zmian anatomicznych, to CHARCOT np. uważa omawiane cierpienie za pierwotne schorzenie komórek rogów przednich rdzenia; przeciwnie,—szkoła niemiecka (GOLDSCHIEDER) sądzi, że zanik komórek jest sprawą wtórną w następstwie sprawy zapalnej wzdłuż naczyń w rdzeniu. Własne badania autora dały następujące wyniki: wybitne zmiany zapalne mięsaszowe i śródmięsaszowe w rogach przednich, w substancji szarej i białej (w mniejszym stopniu), zmiany (wtórne) w komórkach zwojowych; nacieczenia zapalne w oponie miękkiej; ogniska zapalne w rdzeniu przedłużonym, w moście, w zwojach podstawowych; wokoło ognisk zapalnych silny obrzęk w substancji białej i szarej (objaśniałoby to silne natężenie objawów w początkach choroby i ich przejściowy charakter). W nacieczeniach zapalnych znajdował autor znaczną liczbę komórek o wyraźnym pęczakowatym jądrze, komórek, przypominających limfocyty albo leukocyty. W narządach wewnętrznych zmiany nieżytowe, w jelitach—obrzemie blaszek PEYERA i grudek odosobnionych; lekki obrzęk śledziony i wątroby.

W przebiegu cierpienia autor odróżnia

3 okresy (przypadki porażenia nagłe, bez zwiastunów uważa on za bardzo rzadkie).

Okres pierwszy cechuje gorączka zwalnająca w ciągu 2 do 8 dni, dochodząca do 39°, rzadziej 40°; przyspieszone tętno i oddech, wybitne poty, wrażliwość kręgosłupa (głównie karku) i kończyn; bóle kolkowe (u starszych dzieci) w brzuchu, ogólne podniecenie. W przypadkach ciężkich już w pierwszym lub drugim dniu choroby przychodzi do wybitnych zaburzeń świadomości z następczą śpiączką i zejściem śmiertelnym. Z innych objawów wspomnieć należy o sztywności karku, łódkowatym zapadnięciu brzucha i objawach ze strony przewodu pokarmowego (rozwolnienie, rzadziej zaparcia). Te ostatnie objawy tłumaczy autor przechodzeniem przez jelita zarazka, uważając za prawdopodobne, że zakażenie następuje przez przewód pokarmowy. Doświadczenia RÖMERA i JOSEPHA, którzy zastrzykiwali zarazek małpom śródmózgowo, świadczyłyby przeciwko powyższemu twierdzeniu; jednak zaburzenia żołądkowo-kiszkowe występują u królików dopiero w okresie porażennym, u dzieci zaś jako pierwsze objawy choroby.

Ze strony narządu oddechowego notowano częste zapalenia gardła, oskrzeli i zapalenie płuc; we krwi zmniejszenie liczby ciałek białych.

Okres drugi—porażenny. Początkowo porażenie obejmuje mięśnie szyi, potem pleców i brzucha (dziecko nie może wstać, ani siedzieć); wkrótce potem ulegają porażeniu i inne grupy mięśni, co do częstości w porządku następującym: jedna ręka lub noga, obie nogi, jedna połowa twarzy, obie nogi i ręka.

W większej części przypadków porażenia bywają wiotkie, odruchy zniesione. Pojedynczo tylko występują porażenia kurczowe ze wzmożeniem odruchów, z dodatnim objawem BABIŃSKIEGO. Przezroczysty, o wysokim ciśnieniu płyn rdzeniowy zawiera nieznaczną liczbę leukocytów wielojądrowych. Bakterii brak. Co do postaci, to za najczęstszą uważać należy postać rdzeniową.

Niedowłady stopniowo przechodzą w porażenia zupełne, ze znacznym obniżeniem napięcia mięśniowego, ze zmianami pobudliwości (odczyn zwyrodnienia),

W ciągu kilku tygodni rozwija się zanik mięśni kończyn dolnych (zwłaszcza dziedzina n. strzałkowego), górnych (m. trójkątny), grzbietowych (te jednak w krótkim czasie wracają do normy), brzusznych i oddechowych. Mięśnie szyi też ulegają zanikowi. Czasami spostrzegać się daje zwięźnienie szpary ocznej i źrenicy. Zaburzenia ze strony pęcherza, jeśli występują, to tylko przejściowo.

Powrót do normy mięśni porażonych odbywa się w ciągu 1—1½ roku. Dlatego też autor nie radzi rozpoczynać wcześniej leczenia chirurgiczno-ortopedycznego.

Postać opuszkową pierwszy opisał dokładnie EISENLOHR, nie jest ona tak rzadka, jak to podawał MEDIN. Najczęściej porażeniu ulega n. twarzowy (zwykle jednostronnie); rokowanie nie jest złe; porażenie to może występować zupełnie samodzielnie, tylko dokładne badanie wykazuje zmiany w rdzeniu (wzmoczenie odruchów kolanowych). Porażenie nerwów ruchowych oka lub podjęzykowego jest bardzo rzadkie. U ciężko chorych przychodzi do zaburzeń w oddychaniu (czasami typ CHEYNE-STOKESA).

Postać mózgowa występuje bądź jako ostre zapalenie opon mózgowych, bądź jako zapalenie mózgu. W tym ostatnim razie, o ile chorzy wracają do zdrowia, pozostają potem ślady przebytego cierpienia w postaci objawów padaczkowych, zaburzeń mowy, inteligencji i t. d.

Postać bezładowa, zależna od zmian w mózdzku, należy do bardzo rzadkich.

Postaci poronne dają obrazy bądź ogólnego ciężkiego zakażenia, bądź na pierwszy plan występują objawy podrażnienia opon lub znaczne bóle, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i t. d.

Ponieważ nie rozporządzamy lekiem swoistym, a mamy do czynienia z chorobą bez wątplenia zakaźną—więc co do zapobiegania główny nacisk położyć należy na odosobnienie chorego. Zresztą, leczenie objawowe: zabiegi wodolecznicze przeciw wysokiej ciepłocie, stosowanie ogrzewania miejscowego (zarazek ma być bardzo wrażliwy na ciepło—

MEINICKE), środki czyszczące, wreszcie nakłucie łądźwiowe.

(Therapie der Gegenwart 1911 N-r 4,5).

M. Gromski.

Choroby gardzieli.

226. M. Levy. Przyczynę do rozpoznawania i leczenia ropnia okołomigdałkowego.

Jakkolwiek ropień okołomigdałkowy jest cierpieniem, dobrze znanym, jednak zarówno w rozpoznawaniu, jak i leczeniu lekarze często popełniają błędy, których następstwem nieraz bywa utrata zaufania ze strony chorych.

Powodem tego jest zazwyczaj brak w pierwszych dniach objawów charakterystycznych. Chory skarży się na ból przy polykaniu, a przy badaniu jeden lub obydwa migdałki są zaczerwienione, niekiedy zaś pierwszy okres przedstawia się w postaci t. z. zapalenia mieszkowego (*angina follicularis*). Lekarz bierze cierpienie za zwykłe zapalenie gardła, przepisuje odpowiednie środki, obiecując choremu wyzdrowienie w przeciągu kilku dni, a tymczasem po ich upływie chory wraca z wyrzutami, że mu jest gorzej, że mu środki te nie pomogły.

W tym okresie obraz ropnia już jest wyraźny, ale i na początku choroby istnieją niektóre objawy, na zasadzie których powstawanie ropnia mogłoby być rozpoznane.

Do objawów tych należą: jednostronność bólu, promieniowanie bólu w kierunku ucha i brak lub przynajmniej nieznaczne natężenie objawów ogólnych.

Pierwszym objawem przedmiotowym jest lekkie wypuklenie migdałka, powstaje ono z powodu wyparcia migdałka z jego łoża przez nacieczenie, poza nim powstałe. Współcześnie zawsze prawie znajdujemy od zewnątrz poza kątem żuchwy obrzmiałe i bolesne gruczoły limfatyczne.

Badanie palcem od strony podniebienia rzadko daje wyniki pewne i to tylko w okresach późniejszych, bardziej charakterystyczny jest brak ruchu podniebienia miękkiego po stronie chorej podczas wydawania dźwięków.

Co się tyczy leczenia, to zależy ono od

okresu, w jakim chory zgłasza się do lekarza. W pierwszym okresie, gdy objawy jeszcze nie są wyraźne, można usiłować powstrzymać ropień w rozwoju. Środek, zalecany przez MACKENZIEGO i SEMONA t. j. *resina guajaci*, okazał się bezskutecznym.

Lepsze nieco wyniki daje aspiracja migdałka, za pomocą której udawało się autorowi wyssać z kieszonki migdałka masy serowate i tem powstrzymać rozwój ropnia, w innych jednak przypadkach choroba pomimo to rozwijała się dalej. Wogóle należy starać się o złagodzenie bólów, przyspieszenie przebiegu i wydalenie ropy. Pierwsze dwa wskazania najlepiej spełnia ciepło w postaci okładów i płukań. Zastosowanie zimna przewleka tylko chorobę i dlatego nie powinno być zalecane.

Co się tyczy pytania, czy wcześniej już dokonać przecięcia ropnia, czy też czekać zupełnego jego rozwoju, zależy to od poszczególnego przypadku. Wogóle zbyt wczesne przecięcie ropnia, gdy nawet wydzieli się nieco ropy, prowadzi tylko do chwilowej poprawy, następnie dolegliwości wracają, i należy przecięcia dokonać powtórnie, a to dlatego, że z początku zapalenie ropne zajmuje tkankę łączną wokół migdałka, i niema jeszcze jednolitego zlanego ogniska ropnego, przecięcie zatem w jednym punkcie nie może wydalić całej ropy. W następstwie pojedyncze ogniska zlewają się w jedno, i wtedy przecięcie sprawia natychmiastową i trwałą ulgę.

Na 60 przypadków wczesnego przecięcia ropnia, spostrzeganych przez autora, w 20 przypadkach nie było poprawy, tak, iż należało później powtórnie przecinać, i dlatego autor wyraża przekonanie, iż lepiej jest wyrzec się zbyt wczesnego przecinania ropnia, z wyjątkiem tych przypadków, gdy bóle są zbyt gwałtowne, a chory się niecierpliwi; wówczas można wykonać przecięcie dla wywołania choć czasowej ulgi.

Miejsce, w którym należy dokonać przecięcia, jest środek pomiędzy języczkiem a ostatnim zębem trzonowy. Cięcie robi się na podniebieniu miękkim tuż nad dolnym brzegiem podniebienia w kierunku poziomym na zewnątrz.

W rzadkich przypadkach zdarza się, iż nie znajdujemy ropy w tem miejscu, a mianowicie wtedy, gdy nacieczenie znajduje się od tylnej powierzchni migdałka na łuku podniebiennym tylnym, należy w takim razie wykonać przecięcie wzdłuż łuku tylnego podniebienia.

Przed 15 laty J. KILIAN podał nową metodę otwierania ropni bez przecięcia.

Mianowicie K. zwrócił uwagę na dołek, znajdujący się nad migdałkiem w miejscu, gdzie schodzą się przedni i tylny łuki podniebienne. Jestto t. z. *fossa supratonsillar*, do której otwierają się liczne kieszonki migdałków oraz przewody gruczołów. Ztąd wydzielają się często liczne czopy serowate; KILIAN uważa miejsce to za punkt wyjścia zapaleń około migdałka. Stwierdził on, iż za pomocą grubego zgłębnika można z największą łatwością rozerwać skruszałą w tem miejscu tkankę i przeniknąć na 1—2 ctm. wgląb i otworzyć znajdujący się tam zbiornik ropy.

W przypadkach, w których chorzy często cierpią na nawroty ropnia okółmigdałkowego, można przedsięwziąć skuteczne środki zapobiegawcze. Zwyczajna tonsillotomia jest w tych razach bezskuteczna, ponieważ nie dosięga właściwego źródła choroby—dołeczka nadmigdałkowego. Natomiast konieczne jest wyluszczenie górnej części migdałka, ukrytej w zagłębieniu pomiędzy łukami podniebiennymi, przy czem zupełne wycięcie migdałka (*tonsillectomia*) okazuje się zbyt skutecznym.

(D. Med. Woch. 1911 Nr. 35).

S. M.

Wiadomości terapeutyczne.

+ Gwajakol-orto-sulfon ręci, świeżo wprowadzony do leczenia przymiotu przez d-ra HORANDA z Lyonu, zawiera 33%

ręci metalicznej, jest ciałem stałym, krystalicznym, rozpuszczalnym w wodzie i wysokoku. Roztwór wodny ma barwę czerwono-brunat-

Dragées
LECITHINI-ovo à, 005

Lecytyna—organiczny związek fosforu(cholinowy ester kwasu dwu stearinoglicerino-fosforowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej: przy anemii, chlorozie, neurastenii, podpadłem odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.

Flakon 40 sztuk — 1 rs. Dozow.: od 1 — 4 dziennie.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
 Jerozolimka 27 róg Kruczej.

Warsz. Tow. Akc. „Motor“
 Marszałkowska 23.

poleca własnego wyrobu

Wody Normalne-Radowe Profes. D-ra W. Jaworskiego:

Woda Radowa czysta NXXVIII.

Woda Radowa glauberska NXXX.

Woda Radowa alkaliczna NXXIX.

Woda Radowa litowa NXXXI.

Amylodiastase
THÉPÉNIER

Zawierająca wszystkie diastazy porośniętych zbóż.

Zaleca się do trawienia krochmalu, do leczenia chorób żołądka, dla neurasteników, krzywicznych, gruźliczych, ozdowieńców, do przygotowania kaszek słodowych dla ssawców.

Spożywać po dwie tabletki amylo-diastazy po każdym jedzeniu

Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.

Główny agent na Rosyę,
 Gabriel POMMIER w Petersburgu,
 ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

Zakład Lecznicy
 dla chorób żołądka i kiszek
D-ra Antoniego Tuchendlera
 Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia
 przyjęcie od 1—3 pp.
 ul. Muranowska 29
 miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

Warszawski Zakład Ginekologiczny
 Marszałkowska 45.
 D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jasielowicza, Natanson, Neugebauera, Reutta, Rytki, Staniszewskiego, Thiemeo, Tyrchowskiego i Winawera.
 Przyjmuje za opłatą od 2½ do 8 rs. dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczna oświetlenie.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w **Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryżkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia:

przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, zółzów, limfatyizmu i zimnicy i we wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym 2 łyżki deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafalszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARNEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Pars-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGENOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskim Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Juratat w Kijowie, w Kaukaskim Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferrejna w Moskwie.



FOSFATYNA FALIERA

Przyjemny pokarm, najodpowiedniejszy dla dzieci, w wieku od 6—7 miesięcy do lat 10-ciu, głównie zaś w okresie odstawienia od piersi i w okresie rośnięcia. Ułatwia wyrzynanie zębów i warunkuje prawidłowy rozwój kości. Sprzedaż w magazynach aptecznych i w aptekach. Próbne pudełka wysyła lekarzom, przedstawiciel na Król. Polskie i Rosyję: W-ny W. Hoffman w Warszawie, Hortensya 3.

STERYLIZOWANE!

Materyały Opatrunkowe

D-ra Borzymowskiego.

Wata po 10, 25, 50, 100, 200 i 400 grm. za 7, 12, 20, 30, 60 i 110 k.
Gaza hydr. po 1/16, 1/8 i 1 m. za 8, 15 i 25 k. Gaza jodoform. po 1/16, 1/8 i 1 m. za 20, 30 i 45 k. Gaza wioform. po 1/16, 1/8 i 1 m. za 25 40 i 70 k. Gaza jodoform. w Dührsena 50 k., Ligatury jedwabne № 3, 4 i 5 i Katgut jodowy grubszy i cieńszy zatapiający w szkle 40 k.

Wyprawki połogowe z serwetkami i szczotkami (75 k.), Bandaże 5, 8, 10 i 12 ctm. szerok. i 6 m. dług. po 12, 15, 20 i 25 k. Tampony ginekolog. na nitkach (12 k.), uszne (35 k.) i nosowe (35 k.), Fizjolog. rozczyń soli (50 k.), Opatr. chirurg. i ginekolog. 120 i 25 k. i t. d.

Z przyrzędem D-ra Borzymowskiego do kontroli sterylizacji

Składy: Senatorska Nr. 24, Spieß i Złota 14, m. 5, Zarząd

W aptekach i składach aptecznych

SKŁAD GŁÓWNY

Wód Mineralnych Naturalnych

ORAZ

Soli, ługów, szlamów i pastylek

przy APTECE

W KUCHARZEWSKIEGO

na, daje się wyjąławiać z łatwością. Dzięki zawartości gwajakolu i rtęci jest silnym antyseptykiem. U ludzi stosuje się podskórnice w ilości od 0,06 do 0,12 na 60 kłgm. wagi ciała. Przed zastrzykiwaniem należy zbadać nerki i jamę ustną. Zastrzykiwać, zwiększając stopniowo dawkę. W sprzedaży są tabletki, zawierające 0,06 gm. soli, co odpowiada 0,01 rtęci metalicznej, roztwór, zawierający w 20 kroplach 0,03 soli czyli 0,02 rtęci metalicznej, wreszcie ampułki sterylizowane, zawierające po 0,06 gm. soli czyli 0,02 gm. rtęci. Zastrzykiwać należy w mięśnie pośladka codziennie lub co dwa dni. W przypadkach groźnych dla życia można zwiększyć dawki jednorazowe do 0,08 Hg. na raz, lepiej jednak stosować przetwór przez czas dłuższy w mniejszych dawkach. Stosowanie środka do wewnątrz w pastylkach lub kroplach jest dobre, podajemy po 2—4 pastylek dziennie, zwiększając dawkę stopniowo w ciągu 10—80 dni, co 20 dni robimy przerwę na 10 dni. Można dawać też pastylki do wewnątrz i co dni parę robić prócz tego zastrzykiwania. Według HORANDA działanie środka we wszystkich okresach jest bardzo dobre.

(Jour. de Med. de Paris 909. 1911).

J. Z.

+ JOSEPH przestrzega przed zbyt częstem stosowaniem p r o m i e n i ROENTGENA w przypadkach, w których bez tego zabiegu można się obejść łatwo. Jako przykład przy-

tacza łuszczycę, gdzie w 3 przypadkach widział b. przykre powikłania: mian. w dwu z nich — oparzenie, w trzecim rozszerzenie się sprawy chorobowej po całym ciele. Powyższe dotyczy i różnych postaci pryszczycy. W wilku u ludzi starszych również nie należy stosować promieni R, gdyż pod ich wpływem na miejscu wilka może rozwinąć się rak.

(Archiv. für Derm. und. Syphilis. Tom 106).

+ W kilku przypadkach pokrzywki, w których zwykle stosowane środki nie pomogły, WOLFF otrzymał bardzo dobre wyniki za pomocą c h i n i n y, podawanej wewnątrz.

(D. M. W. 1911, N 38).

+ Działanie siarki na skórę, zdaniem GOLODETZA, zależy od siarkowodoru, który tworzy się podczas zetknięcia siarki ze skórą człowieka.

(Med. Kl. 1911 N 26).

+ W owrzodzeniach pierwotnych jakoteż w szankrze miękkim LUTH radzi stosować jako przysypkę m u c o s a n, pod którego wpływem owrzodzenie szybko goi się.

(Monatshefte für praktische Dermatologie, tom 53, zeszyt 1).

+ Ze względu na znaczną jadowitość niektórych rurek salwarsanu, a co za tem idzie—na możliwość ciężkich powikłań, Voss stanowczo odradza stosować w praktyce ambulatoryjnej wlewania dożylnie salwarsanu.

(Muench. Med. Woch. 1911 N 44).

M. S.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“.

W sprawie zdrowotności okolic podmiejskich.

Dwa artykuły w N-rach 42 i 43-im r. b. w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” d-ra J. Zawadzkiego: „Lekarze miejscy” i „Dur brzuszny w Warszawie” nasunęły mi myśl podzielenia się z szerszym kołem kolegów uwagami co do stosunków zdrowotnych w najbliższych okolicach Warszawy. Mam na względzie przedewszystkiem Pelcowiznę, Bródno i Gołędzinów,—ale sądzę, że warunki zdrowotne tych miejscowości nie różnią się od wa-

runków innych najbliższych okolic Warszawy: wszelkie warunki egzystencyi, zatem i zdrowotne, w powyższych okolicach Warszawy posiadają wszystkie ujemne strony miasta i ani jednej dodatniej wsi. Choroby zakaźne mają w omawianych miejscowościach wszystkie dane do rozwoju; to też np. płonica panuje stale w ciągu całego roku i tylko w okresach właściwych podleganasiłeniu. Z każdym rokiem warunki te pogarszają się jeszcze,

SKIEGO za najlepsze streszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny, drukowane w r. 1911 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” rb. 50 (pozostałe z r. 1910).

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w r. 1911 w naszym piśmie i nadesłane do Redakcyi przed 15 października 1911 r.

2. Objętość prac nie może przekraczać 1½ arkusza druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy otrzyma nagrodę rb. 50 prócz honorarium zwykłego.

6. Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny, wynik zaś konkursu będzie ogłoszony przed 1 marca 1912 r.

B) Z daru Sz. Kol. Kazimierza RZĘTKOWSKIEGO konkurs na najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny z dziedziny t. zw. pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, wydrukowane w r. 1911 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, nadesłane do Redakcyi przed 15 października 1911 r. i drukowane w ciągu r. b.

2. Objętość prac nie może przekraczać 2 arkuszy druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej lub wykładu klinicznego otrzyma rb. 100.

4. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo podziału tej sumy.

5. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny.

6. Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 marca 1912 r.

C) Z daru Sz. Kol. Władysława KOPYTOWSKIEGO konkurs na najlepszą pracę z zakresu chorób wenerycznych i skórnych, wydrukowaną w piśmie naszym w r. 1910 i 1911.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w piśmie naszym w ciągu 1910 i 1911 roku i nadesłane do Redakcyi przed 1 listopada 1911 roku.

2. Objętość prac nie może przekraczać 2 arkuszy druku pisma naszego.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej z zakresu chorób wenerycznych i skórnych otrzyma rb. 100.

4. Zgodnie z życzeniem ofiarodawcy o nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze w pierwszym dziesięcioleciu swej działalności lekarskiej.

5. Sąd konkursowy ma prawo dzielić w razie potrzeby nagrodę.

6. Sąd konkursowy zaprasza Komitet redakcyjny.

7. Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 marca 1912 r.

D) Z funduszu, ofiarowanego przez Sz. Kol. B. KORYBUT-DASZKIEWICZA, ogłaszamy następujący konkurs na pracę z zakresu pediatrii:

1) Konkursem objęte są prace (streszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny) z zakresu pediatrii, wydrukowane w r. 1911 w piśmie naszym i nadesłane do Redakcyi przed 1 grudnia r. b.

2) Autor najlepszej pracy otrzyma rb. 100, prócz honorarium zwykłego.

3) Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny.

4) Sądowi konkursowemu przysługuje prawo rozdzielenia nagrody między 2 prace jednakowej wartości.

5) Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 Marca 1912 r.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystej hemoglobiny i inne sole świeżej krwi, głównie zaś ważne związki fosforu (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie stężonym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.

- Wyjątkowe wyniki w krzywicy, zółtach, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, gryppa i t. d.).
- Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsyfikatami odznacza się tem – że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletniem doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie gruźlicy, co osiągamy za pomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowszego, o poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podrobienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

Apteka K. WENDY

w Warszawie, Krakowskie Przedmieście 45. telef. № 107.

Surowice i Szczepionki

D-ra Palmirskiego w Warszawie:

dyftertyczna, dysenteryjna, streptokokowa, szkarlatynowa i szczepionki przeciw-szkarlatynowe. Podłoża dla bakterii.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej sole, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczępędnie, ułatwiając wydzielanie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczanów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,

ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,

WZMAGA DIUREZĘ.

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletkę, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Nowe leki do użycia

wchodzące na składzie

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnem działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracji bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe, szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurasteną, słabe objawy neurastenii, jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Br związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

**Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Braeka 6.**

Muiracithin

Części składowe Muira puama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

KACEPE BALSAM

Części składowe: Octowo-salicylowy-Mentholester, octowo-salicyloaetylowy ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dnie, goścu, rwie kulszowej, migrenie, neuralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzęślany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

Części składowe: Calc chlor., Calc. iod., Bals. peruv.

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

**Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów.
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.**

Reprezentant: St. Rościszewski, Warszawa, Braeka 6, telef. 128.46.