

---

# GAZETA LEKARSKA

---

I. Z PRACOWNI RENTGENOWSKIEJ DYAGNOSTYCZNO-LECZNICZEJ

DR A CZESŁAWA BARSZCZEWSKIEGO.

---

## Podstawy i zasady radiodyagnostyki klinicznej chorób wewnętrznych.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 4-go lutego 1908 r.).

Podał

Dr Czesław Barszczewski.

---

Szanowni Panowie!

Promienie ROENTGEN'a niemal z dnia na dzień znajdują coraz szersze zastosowanie w medycynie praktycznej, bądź jako środek rozpoznawczy, bądź jako środek leczniczy. Jako środek rozpoznawczy prom. X stosujemy dzisiaj do kośćca i innych elementów aparatu ruchowego, oraz stosujemy je do narządów wewnętrznych. Przedmiotem niniejszego mego odczytu będzie mowa o naukowych sposobach badania narządów wewnętrznych, oraz o warunkach technicznych, w jakich te badania winny się odbywać, wreszcie o wskazaniach do stosowania tej metody dyagnostycznej w medycynie wewnętrznej.

Narządy zawarte w 3-ch wielkich wnętrzach ustroju ludzkiego zachowują się bardzo odmiennie wobec promieni X.

Wewnątrz czaszki mózgowie posiada te niekorzystne warunki dla radioskopii i radiografii, że jest zamknięte jak w pudełku kostnym i we wszystkich częściach całej swej masy na jednakową gęstość, innemi słowy, jednakową przepuszczalność promieni X, co nie odpowiada kardynalnym warunkom radiologicznym. Istotnie bowiem tylko te narządy, obok siebie leżące, lub ich

części, dają skiagramy jasne i kontrastowe, które posiadają różny stopień przepuszczalności względem promieni X, w przeciwnym bowiem razie cienie ich, jako jednakowo natężone, zlewają się w jednostajny obraz.

Pod tym względem również w niekorzystnych warunkach, nie w tym jednak stopniu, co mózgowie, znajdują się narządy jamy brzusznej, zwłaszcza poszczególne odcinki przewodu pokarmowego, który tworzy liczne zakręty i zwoje, będące tak częstym źródłem chorób, a ztąd i szczególnych dociekań i badań internisty. Niekorzystne warunki te wprawdzie już zostały w ostatnich czasach znacznie ułatwione dla badania, o czem będzie mowa poniżej.

Co się tyczy klatki piersiowej, to narządy tego wnętrza ustroju ludzkiego najwięcej odpowiadają istotnym i kardynalnym warunkom radiologicznym.

Powietrze bowiem wypełniające największą część przestrzeni, zajętej przez drogi oddechowe, nie pochłania promieni X, dzięki swej nieznacznej gęstości, gdy tymczasem układ naczyniowy wraz z swą płynną zawartością, jako znacznie gęstsze, czynią widoczną przeszkodę dla tych promieni. Dzięki tym właśnie fizyko-anatomicznym warunkom narządów piersiowych, badanie klatki piersiowej daje naświetlniejsze wyniki w porównaniu z czaszką i jamą brzuszną i przeto w radiodyagnostyce klinicznej zajmuje pierwsze miejsce i stanowi jej dział największy. Jaki więc stosunek radiognostyki klinicznej zachodzi względem innych metod fizykalnego badania klatki piersiowej, względem ogólnie uznanych i powszechnie stosowanych metod perkusji i auskultacji?

Zdaniem mojem, metoda ROENTGEN'a nie tylko w niczem nie ujmnie i nie obniża ich wartości klinicznej, lecz przeciwnie znakomicie je dopełnia zawsze; często nie ustępuje w doniosłości swych wyników, a niekiedy wobec względnej niedostateczności tych właśnie zwykłych metod fizykalnego badania ma istotną przewagę nad niemi.

W rzeczy samej bowiem tak dokładne sposoby fizykalnego badania klatki piersiowej, jakimi posługuje się klinika, [wysłuchiwanie, opukiwanie i przewodnictwo głosowe], jak nam wiadomo, nie sięgają zbyt głęboko po za powierzchnię, i kilka centymetrów zdrównej tkanki płucnej, znajdującej się pod palcem przy perkusji lub pod uchem przy auskultacji, wystarcza na to, aby ukryć głębiej położone zmiany, często b. rozległe, naprz.: *pneumonia centralis*, guzy, aneurysmaty, gruczoły oskrzelowe. Ta więc własność przenikania wgląd czyni metodę rentgenowską w zastosowaniu swem praktycznym niezbędną ważną tam, gdzie chodzi o badanie narządów lub spraw chorobnych głęboko umiejscowionych, a tem samem często niedostępnych dla palca i ucha.

Na jedną jeszcze zaletę metody rentg. pozwolę sobie zwrócić uwagę, a mianowicie, iż drogą radioskopii, to jest prześwietlenia, można uzewnętrzniać zmiany patologiczne dla zbiorowego audytoryum jednocześnie, co ma wielkie znaczenie pedagogiczne nie tylko dla młodych adeptów medycyny.

Promienie X, o których tu mówimy, są jednakże nieuchwytnie dla naszych zmysłów i tylko za pośrednictwem ciał fluoryzujących lub płyt uczulonych mogą być dla nas widoczne. Ztąd powstały dwa rodzaje poznawania

promieni X: radioskopia i radiografia, z których pierwsza daje przelotne obrazy na ekranie, ostatnia zaś daje obrazy stałe na kliszy.

Oba te sposoby badania lekarskiego są technicznie udoskonalone i posiadają liczne odmiany. Tak np. obok radiografii zwykłej mamy radiografię momentalną, stereoradiografię, kinematoradiografię, ortodiografię i teleradiografię, z których każda ma swoje specjalne zastosowanie, choć wszystkie te sposoby jednakowo służą do badania ustroju ludzkiego. Dla lekarza praktyka, zdaniem mojem, najdostępniejszą jest zwykła radioskopia i radiografia—z których pierwsza jest pod względem wykonania najszybszą, a pod względem wydatków najtańszą. Znaczenie radioskopii i radiografii w stosunku do klatki piersiowej jest zupełnie inne niż do kośćca i całej reszty ustroju. Przy badaniu klatki piersiowej prześwietlenie winno zajmować zawsze pierwsze miejsce i poprzedzać radiografię; ekran fluoryzujący ma tu przewagę nad płytą uczuloną, daje on bowiem badaczowi całą seryę obrazów rozmaitych jednej i tej samej okolicy, jednego i tego samego narządu, oświetlane go z różnych punktów, w różnych kierunkach i przy różnych pozycjach pacjenta, tembardziej, że narządy tej głębi ustroju ludzkiego: płuca, serce i przepona, są obdarzone ruchem nieustannym i, jako takie, mogą być tylko badane na ekranie fluoryzującym zarówno w swych stosunkach normalnych, jak i patologicznych, całkowicie i wszechstronnie tylko za pomocą wzroku. Gdy tymczasem radiografia uwzględnia tylko jedną pozycję pojedynczego momentu ruchowego z pośród całego szeregu obrazów, prawda, najwdzięczniejszą i najbogatszą w szczegóły, ale tylko jedną pozycję, która wymaga często objaśnienia przy największej biegłości i wprawie w odczytywaniu radiogramów.

Do badania klatki piersiowej, prócz przyrządów niezbędnych t. j. takich, jak źródło elektryczności, cewa, opornik, rurka Crookes'a, bez których instalacja rentgenowska obejść się nie może, są potrzebne jeszcze przyrządy pomocnicze, które ułatwiają znacznie technikę radioskopii i radiografii, nadając jej dokładność i ścisłość naukową, dzięki którym cała radiologia visceralna, zdaniem mojem, dopiero w tych warunkach nabiera wartości klinicznej i staje się iście naukową.

Do tej kategorii przyrządów należą ruchome ramy—statywy do rurek Crookes'a z diafragmami różnych wzorów: pionowe—stojące i poziome—t. zw. stoły, fotele i krzesła radiologiczne. Statywy te są tak urządzone, że można w każdej chwili podczas badania pacjenta zmienić ustawienie aparatu oświetlającego i ekranu we wszystkich kierunkach; diafragmy jednocześnie regulują natężenie światła i lokalizują go na badanej okolicy. Jeżeli w tych statywach zachodzi potrzeba ustalenia kierunku normalnych promieni czyli pionowych, którymi wyłącznie bada się chorych, to statywy takie nazywają się ortodiagrafami. Tu należą przyrządy miernicze: do mierzenia kierunku prom. X—radiogoniometry; do mierzenia natężenia czyli przenikliwości prom. X—kryptoradiometry; do mierzenia ilości prom. X—radiochromometry.

Radioskopia klatki piersiowej.

Ekran fluoryzujący przestawia badaczowi, jak już powiedzieliśmy, li-

czną seryę rozmaitych obrazów jednej i tej samej okolicy, jednego i tego samego narządu. Obrazy te zmieniają się zależnie od zmiany ogólnego kierunku promieni X, t. j. od tego, jak przechodzą one przez klatkę piersiową, czy w kierunku pionowym, poprzecznym lub skośnym; dalej zmieniają się zależnie od pozycji pacjenta, który bywa badany w pozycji stojącej, zwrócony przodem lub plecami do ekranu fluoryzującego lub też w pozycji leżącej, na wznak lub na boku; dalej obrazy zmieniają się od ustawienia ekranu, który im bliżej przylega do badanego narządu i im prostopadłej padają nań promienie X, tem jaśniej zaznacza się narząd badany w kształtach właściwych. Obrazy wreszcie zmieniają się jeszcze zależnie od zmian w oświetleniu ekranu fluoryzującego przez zastosowanie diaphragmy—iris. Jednem słowem ta różnorodność i zmienność obrazów radioskopowych, stanowiąca tak integralną część w interpretacji i różniczkowaniu normalnych od patologicznych stanów badanego narządu, zależna jest: po pierwsze, od uruchomienia aparatu; po drugie, od w regulacji oświetlenia ekranu fluoryzującego. To uruchomienie przyrządów przy zmianie w natężeniu światła fluoryzującej płyty winno się odbywać z taką łatwością podczas samego badania, aby pacjent, aparat oświetlający i ekran mogły stanowić w każdej chwili, że tak powiem, swego rodzaju system zcentrowany na wzór każdego aparatu optycznego: scioptykronu, lunety, lub zwykłego aparatu fotograf.—ustawionego na ostrość, jeżeli badany narząd ma dawać obraz jasny, ostry i nie wykrzywiony.

Czego tedy wymaga radioskopia naukowa od techniki? Przedewszystkiem wymaga, aby aparat oświetlający, czyli rurka CROOKES'a, była dowolnie ruchomą i łatwo przesuwalną we wszystkich 3-ch kierunkach: pionowym, poprzecznym i podłużnym. W miarę odsuwania w kierunku podłużnym rurki CROOKES'a od ekranu fluoryzującego daje się zauważyć, iż cień rzucony na ekran staje się coraz mniejszy i ostrzejszy, w miarę zaś zbliżania się ekranu i przedmiotu cień rzucony staje się coraz większy, lecz o konturach coraz więcej się rozlewających. Ten fakt elementarny z optyki poucza nas, że istnieje punkt odległości dla aparatu oświetlającego t. z. *positio optima*, który musi być odnaleziony dla otrzymania ostrości rzuconego na ekran obrazu. Jeżeli w poprzednich warunkach aparat oświetlający będziemy przesuwać pionowo lub poziomo w stałej odległości od ekranu fluoryzującego, to promienie, padając ukośnie na kulę, dadzą obraz zmieniony—owalny. Dla otrzymania więc obrazu nie wykrzywionego zachodzi warunek konieczny, aby normalne promienie padały pionowo na środek kuli; innymi słowy, na przedłużeniu pionu obrazu powinna znajdować się rurka CROOKES'a.

Następnie radioskopia wymaga ruchomego ekranu fluoryzującego, który można przybliżać lub oddalać od badanego narządu, stosując do pochyleń badanego narządu tak, aby padały nań promienie normalne, przynajmniej bardzo do nich blizkie; im bliżej przystawimy ekran do okolicy, którą badamy, tem obraz tej okolicy będzie jaśniejszy i kontury ostrzejsze; im więcej będziemy oddalali ekran, tem obraz staje się więcej rozlany i powiększony; im promienie normalne padają prostopadłej na powierzchnię ekranu, tem obraz jest

mniej wykrzywiony, im promienie te padają skośniej, tem więcej zmienia się obraz.

Co się zaś tyczy pacyenta, to radioscopia wymaga od niego naturalnie w granicach możliwych czynnego i biernego ruchu, jak już zaznaczyliśmy w pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej.

Za oś ciała możemy uważać stos kręgowy t. j. tę oś, około której pacjent podczas badania wykonywa ruch czynny lub bierny [siedząc na krześle ze śrubą] i około której najczęściej się przesuwiają badane narządy klatki piersiowej. Wypada nadmienić, iż różne pozycje chorego, rzucane na ekran fluoryzujący, posiadają stałą terminologię, a nazwy pozycji pochodzą od tej okolicy klatki piersiowej, którą chory dotyka do ekranu fluoryzującego, a mianowicie:

Pozycje proste . . .	{	poz. czołowo-przednia	p. Fr.
		" " tylna	p. Oce.
Pozycje skośne . . .	{	poz. tylna prawa	p. p. D.
		" " lewa	p. P. S.
		" przednia lewa	p. An. S.
		" " prawa	p. An. D.
Pozycje poprzeczne	{	poz. poprzeczna lewa	p. T. S.
		" " prawa	p. T. D.

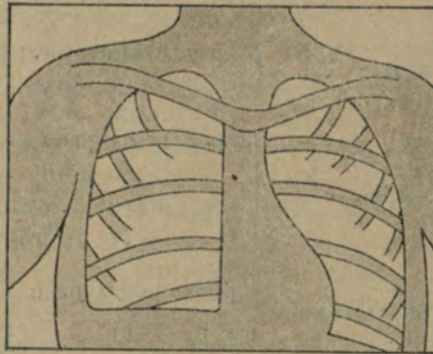
Te same terminy stosują się do pozycji leżących i siedzących.

Wreszcie od badacza lekarza radioscopia wymaga, by wiedział, jak ważną rolę odgrywa przystosowanie siatkówki przy radioskopowaniu, nie mówiąc o jej wrażliwości na fluoryzujący ekran, którą winien posiadać bezwarunkowo. Zwykle należy przed samem badaniem na kilka minut przyciemnić pokój, zapuściwszy rolety i gasząc światło, doświadczenie bowiem poucza nas, że przebywanie w ciemni przez 10 minut, podnosi wrażliwość świetlną siatkówki od 50 do 100 razy w porównaniu z pełnem światłem dziennem.

#### Zasady radioskopii klatki piersiowej.

Zasadniczymi pozycjami radioskopowemi są pozycje proste, idące w kierunku prostym przez czoło lub tył głowy i pozycje skośne, idące w kierunku  $\pm$  wewnętrznym brzoza łopatki do środka obojczyka strony przeciwnej. Zajmiemy się szczegółowo temi dwoma rodzajami pozycji. Wiemy, że prawidłowa klatka piersiowa zawiera duże masy płucne, których granice stanowią od wewnątrz śródpiersie i narządy śródpiersiowe [serce i osierdzie, aorta, żyła górna, dolna, tętnice i żyły płucne, tchawica i grube oskrzela, przełyk, kanał piersiowy chłonny i gruczoły chłonne], na zewnątrz—dwie boczne ściany klatki piersiowej [skóra, mięśnie, kośćiec i opłucna] i od dołu—przepona brzuszna.

Odnajdźmy teraz na ekranie fluoryzującym obraz, odpowiadający tej topografii anatomicznej narządów klatki piersiowej. W pozycji prostej przedniej, czyli czołowej [Rys. 1], okolica przednia pacyenta znajduje się tuż przy ekranie fluoryzującym i promienie X przechodzą prosto od tyłu ku przodowi. Tu widzimy 3 strefy pionowe, wyraźnie odcinające się: jedna strefa środkowa—ciemna—śródpierście, i dwie duże, boczne, jasno świecące—płuca; od zewnątrz 3 te przestrzenie ujęte są przez ciemne linie—boki klatki piersiowej, od dołu znów ograniczone ciemną linią—przepona. Cień środkowy łączy się z cieniami bocznymi zapomocą skośnie przebiegających przez jasne przestrzenie wązkich pasków, które stanowią obrazy obojczyków i żeber.



Rys. 1.

Pozycja czołowo-przednia.

Przestrzenie jasne płuc dają światło jednostajne. Cień środkowy [mostek, narządy śródpierścia, stos kręgowy] zaznacza się w górnej połowie, jako pas ciemny o brzegach równoległych [mostek, wielkie naczynia i stos], i w dolnej połowie, rozszerzonej, w postaci wypuklenia, występującego na lewej jasnej przestrzeni.

To wypuklenie należy do cienia rzuconego przez serce i osierdzie. W dolnej części obrazu przepona zaznacza się w kształcie ciemnego sklepienia lub stropu, którego górna krzywizna zlewa się z środkowym cieniem i który robi wrażenie dwu bujających się tac wagowych, odwróconych do góry dnem, z których prawa więcej podniesiona, niż lewa, i pod którą leży wątroba.

Przestrzenie jasne powiększają się i zmniejszają, zależnie od ruchów wdechowych i wydechowych. Przepona obniża się w chwili wdechu i podnosi się w chwili wydechu. W środku obrazu serce zaznacza się w postaci żywych ruchów, odpowiadających skurczowi i rozkurczowi komór sercowych. W tej więc pozycji czołowej przedniej obraz radiologiczny wyżej opisany odpowiada normalnej topografii anatomicznej narządów klatki piersiowej.

Pozycja tylna, kiedy plecy chorego przylegają do ekranu, daje nam obraz analogiczny do poprzedniego z tą różnicą, że narządy chorego odpowiadają wprost narządom badacza i stanowią *situm inversum* pozycji czołowej. Promienie X w tym przypadku przechodzą przez chorego od przodu ku tyłowi.

[D. c. n.].

## II. Obrót zapobiegawczy.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

[Podług odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Zdaniem mojem, w podobnych przypadkach dokonanie obrotu stanowi jedyne wyjście, jeśli oczywiście nie osiągnęliśmy wzmożenia bólów porodowych przez użycie powszechnie znanych przetworów farmaceutycznych, lub też jeśli pęknięcie pęcherza płodowego nie spowodowało wzmożenia się bólów—jak to się często zdarza.

Nic też innego poza obrotem nie mamy do wyboru w tych razach, kiedy, pomimo znacznych bólów, główka stale czas długi przebywa wysoko nad wejściem miednicowem zupełnie ruchoma, kiedy więc o jakiegokolwiek tendencji główki do obniżania się nawet mowy być nie może, zaś ujście macicy jest dostatecznie rozwarte.

Po obrotach moich otrzymałem w pięciu przypadkach płody martwe.

Szósty płód zmarł na dzień jedenasty.

Zwróćmy na płody te uwagę bliższą.

Waga dwu tylko wśród nich była przeciętną; dwa inne płody ważyły po 3600,0; waga jednego wyniosła 3700,0 i wreszcie w jednym przypadku wydo byłem płód bardzo duży, ważący 4250,0. Sądzę, iż z wyjątkiem dwu pierwszych płodów inne cztery ze względu na tę zbytnią wagę i wynikające stąd trudności porodowe zapewne nie pozostałyby przy życiu i wrazie stosowania metody wyczekiwania, co możemy przyjąć prawie za pewnik odnośnie dwu ostatnich płodów.

Powyzszy pogląd mój nie jest odosobniony. Już KRAUS wyraźnie zaznaczył, iż w sprawie wyrokowania o przewadze obrotu zapobiegawczego nad metodą wyczekiwania i odwrotnie oprzeć się należy przede wszystkim na wynikach krytycznego rozpatrzenia się, jakie okoliczności stano-

wiły powód śmierci płodu w każdym poszczególnym przypadku: wśród tych zaś powodów, jak już wiemy, naczelné miejsce w obszernej kazuistyce KRAUS'a przypadło właśnie nadmiernej wadze płodów.

To też wydaje mi się zupełnie słusznem mniemanie moje, iż wspomniane moje martwe cztery płody bynajmniej nie obniżą wartości obrotu zapobiegawczego w miednicach płaskich u wieloródek wogóle, u których dokonywanie obrotu w zupełności usprawiedliwia i DOBROWOLSKI.

Na jedną jeszcze, a nader ważną okoliczność chciałbym zwrócić uwagę czytelnika: w przypadku dziewiątym, jednym z tych, w których wy dobyłem płody martwe, zawiodła zarówno metoda wyczekiwania, jak i obrót zapobiegawczy: po wszystkich czterech porodach chora niema ani jednego dziecka żywego. Sądzę, iż w przypadku tym [i podobnych], jeśli chcemy z absolutną prawie pewnością otrzymać dziecko żywe, zmuszeni będziemy przy nowej ciąży nakłonić chorą do zgodzenia się li tylko na cięcie cesarskie.

Na zasadzie wszystkiego, com wyżej przytoczył, mógłbym podać następujące moje o obrocie zapobiegawczym wnioski:

obrót zapobiegawczy stosować można li tylko w miednicach płaskich i wyłącznie u wieloródek;

w przypadku miednicy płaskiej u wieloródki dokonanie obrotu zapobiegawczego jest nieodzowne;

jeśli w poprzedzających porodach, zarówno samodzielnym, jak i operacyjnym, w razie przodowań główkowych wynik dla płodów był stale niepomyślny, natomiast w razie przodowań miednicowych otrzymywano płody żywe; jeśli wszystkie poprzednie porody wymagały zabiegu operacyjnego, przyczem po kleszczach otrzymywano płody martwe lub też musiano wprost dokonywać perforacji—kiedy więc zawiodła metoda wyczekiwania;

jeśli wreszcie przebieg poprzednich porodów był wogóle ciężki, wysoce bolesny i wyczerpujący, w obecnym zaś porodzie nie możemy liczyć na mniej lub więcej szybkie ustalenie się główki, którą pomimo mocnych bólów porodowych i zupełnie dostatecznego otwarcia ust macicznych przy badaniu powtórnem znajdujemy stale wysoko ponad wejściem miednicowem, zupełnie ruchomą.

Zastosowane na mocy takich wskazań obroty, a dokonane wobec otwarcia zupełnie lub prawie zupełnie wystarczającego do natychmiastowej ekstrakcji płodu i wobec zachowanego pęcherza płodowego lub wkrótce po odejściu wód płodowych, stanowiąc będą przypadki typowego obrotu zapobiegawczego.

Przez zastosowanie powyższego zabiegu istotnie zapobiegamy:

nadmiernemu, a przez to uciążliwemu i bolesnemu przedłużaniu się porodu,

uciskowi, obrzmieniu, zmiążdżeniu lub przetarciu miękkich części rodnych [nie wyłączając *rupturae uteri*]*—*o co w długotrwałym porodzie wcale nie trudno, i wreszcie, z małymi wyjątkami, zapobiegamy asfiksji resp. śmierci płodu.



Rozumie się samo przez się, iż do obrotów takich przystępujemy wtedy, kiedy jeszcze mowy być nie może o wystąpieniu jakichkolwiek powikłań w stanie matki lub dziecka.

W przypadku miednicy płaskiej u wieloródki—wobec zupełnego osłabienia bólów porodowych i braku wszelkiej tendencji główki do wstawiania się w wejściu miednicowem, jeśli zawiodły wszelkie odpowiednie przetwory farmaceutyczne i stosowne zabiegi—musimy dokonać obrotu wobec dostatecznego otwarcia, niekiedy nawet i po dłuższym czasie od chwili odejścia wód płodowych. Takie obroty również zaliczyć możemy do kategorii obrotów zapobiegawczych, albowiem i dzięki nim zapobiegamy tym wszystkim niebezpieczeństwom, jakie przy dłuższem wyczekiwaniu wystąpićby mogły.

Jeśli w przypadku miednicy płaskiej u wieloródki długość *conjugatae verae* określimy na mniej niż 8 resp.  $7\frac{1}{2}$  ctm.—zastosowanie wtedy obrotu zapobiegawczego w interesie płodu chybia celu.

Jeśli w odpowiednim przypadku zawiodła zarówno metoda wyczekiwania w poprzedzających porodach, jak i obrót zapobiegawczy w obecnym porodzie, chcemy zaś w razie nowej ciąży z absolutną prawie pewnością otrzymać dziecko żywe, zmuszeni będziemy nakłonić chorą do zgodzenia się li tylko na cięcie cesarskie.

---

Na tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dyskusyi nad obrotem zapobiegawczym usilnie zachęcałem uczestników sekcyi naszej do stosowania omawianego zabiegu wyłącznie w podanych przezemnie warunkach i gromadzenia odpowiednich spostrzeżeń. A wówczas dopiero, posiadając nie—jak dotąd—dziesiątki przypadków, lecz obfity, jednolity materiał i zestawiając wyniki obrotu zapobiegawczego z rezultatami całkowitej metody wyczekiwania, będziemy mogli dojść do istotnie decydujących wniosków.

Wtedy zaś i moje spostrzeżenia przydadzą się.

Czy zaś hebestotomia, z dotychczasowemi jej ciężkimi powikłaniami resp. z dotychczasową śmiertelnością matek, będzie w stanie wyrugować obrót zapobiegawczy, dla matek bądź co bądź prawie bezwzględnie obojętny—czas pokaże.

---

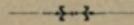
## L I T E R A T U R A.

1) WOLFF. „Ueber die prophylaktische Wendung“. Berliner Klinik, 1904, Heft 196.

2) MACIEJEWSKI. „Profilaktičeskij powrot pri uzkieh tazach i otnošenje jewo k wyžidatielnomu metodu“. Żurnał akusz. i żeńskich bolezniej. 1897.

- 3) CZERNIEWSKI. „O powrocie na nożki i izwleczeniu płoda pri uzkom tazie i ob izwleczeniu poslednuszczey gołowki woobszcze“. Wracz. 1895.
- 4) ANUFRIEW. „Materjały k woprosu o profilakticzeskomo powrocie pri uzkom tazie“. 1897. Dysertacya.
- 5) KRAUS. „Ueber die prophylaktische Wendung“. Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1905.
- 6) BROESE. „Ueber die Wendung bei Erstgebärenden mit engen (plattem) Becken und die Anwendung eines neuen Handgriffes bei schweren Wendungen“. Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1904.
- 7) TYRCHOWSKI. „Rys położnictwa praktycznego“. 1861.
- 8) JERZYKOWSKI. „Wykład położnictwa“. 1876.
- 9) DOBROWOLSKI. „Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścieśnionych“. Dziennik IX zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. 1900.
- 10) DOBROWOLSKI. „Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej“. Ginekologia. 1905.
- 11) MAGNUS. „Zur Therapie des engen Beckens“. Monatschr. für Geb. und Gyn. 1903.
- 12) RUNGE. Podręcznik położnictwa. Tłom. ros. 1894.
- 13) ALEXANDER. „Ueber die prophylaktische Wendung“. Ref. w Centralbl. für Gyn. 1898. str. 760.
- 14) SKUTSCH. Położnictwo operacyjne. Tłom. ros 1903.
- 15) BUMM. Podręcznik położnictwa. Tłom. ros. 1905.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 47. E. Loewenstein. O wewnątrzkomórkowym położeniu laseczników gruźliczych w płwocinie i jego znaczeniu prognostycznym.

Jak wiadomo, angielski bakterjolog A. WRIGHT opracował drobiazgowo metodę przybliżonego oznaczania intensywności fagocytozy, jaka jest możliwa w danym ustroju względem danych zarazków chorobotwórczych. Leukocyty i zarazki danego rodzaju uważa się tu za czynniki mniej więcej stałe, a badanie sprowadza się do przybliżonego oznaczenia ilości t. zw. opsonin, t. j. substancji, przygotowujących bakterje do fagocytozy w surowicy danego chorego. W tym celu męsza się z surowicą danego chorego leukocyty i dane bakterje, a po kilkudziesięciominutowym pobycie w termostacie określa się przeciętną ilość bakterji, zawartych w jednym leukocycie; jest to „wskaźnik fagocytarny” surowicy danego chorego, a stosunek pomiędzy nim i „wskaźnikiem fagocytarnym” surowicy zdrowego człowieka, oznaczonym w taki sam sposób, daje nam „wskaźnik opsoniczny” surowicy danego chorego. Wskaźnik ten ma duże znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne, chociaż przynależny należy, że teoria, na jakiej opiera się nowa metoda badania, ma charakter zbyt szematyczny i nie uwzględnia wielkich różnic pomiędzy przebiegiem fagocytozy *in vitro* i *in vivo*. LOEWENSTEIN przytacza np. przypadek gruźlicy pęcherza, gdzie ciała ropne w moczu nie zawierały w sobie nigdy laseczników gruźliczych; gdy jednak niewielką ilość surowicy danego chorego zmieszano z odwirowaną ropą z moczu i lasecznikami gruźliczymi, już po krótkim pobycie w termostacie zauważono wybitną fagocytozę.

Jest rzeczą godną najwyższej uwagi, że w suchotach płucnych można wyrobić sobie przybliżone pojęcie o uzdolnieniu fagocytarnym danego ustroju

drogą bezpośrednią, przez histologiczne badanie płwociny. W tomie X czasopisma „Zeitschrift für Tuberkulose” LOEWENSTEIN ogłosił pracę, wskazującą, że wewnątrzkomórkowe położenie laseczników w płwocinie suchotniczej jest w określonym związku z przebiegiem danego przypadku. Wewnątrz 1—4 jądrowych leukocytów można mianowicie znaleźć laseczniki 1) w przypadkach o przebiegu wybitnie przewlekłym, trwających po 10—20 lat; 2) w przypadkach świeżych o dobrym rokowaniu, gdzie laseczniki mają wkrótce zniknąć z płwociny; 3) w przypadkach, gdzie stosowano przez dłuższy czas leczenie swoiste tuberkuliną lub zawiesiną lasecznikową. Późniejsze spostrzeżenia, prowadzone dłużej i na większą skalę, stwierdziły tę zastanawiającą zależność, której LOEWENSTEIN poświęca niniejszą pracę.

Płwocinę należy badać jak najprędzej, bo leukocyty nie odznaczają się trwałością; barwi się według ZIEHL-NEELSEN'a, zważając, aby przy ogrzewaniu dobrze wysuszonego preparatu temperatura nie przenosiła 50°, a najlepiej poprzestawać na jednogodzinnym ogrzewaniu do 40°; dobarwiać można w zwykły sposób np. błękitem metylenowym. Najczęściej zobaczymy fagocytozę w przypadkach, leczonych swoistymi przetworami bakteryalnemi, następnie w przypadkach wybitnie chronicznych, nieleczonych w ten sposób; są tu czynne głównie leukocyty 2—3—4 jądrowe, gdy w przypadkach świeżych zastępują miejsce wielojądrowców leukocyty o jednym wielkiem zrazowatym jądrze [makrofagi]. Te ostatnie mogą zawierać do 10—12 laseczników, gdy w pierwszych rzadko kiedy znajdujemy więcej, niż po cztery laseczniki. Laseczniki są zawarte w protoplazmie pomiędzy jądrami wzgl. pętlcami jąder; niekiedy barwią się tu słabiej, niż zwykle, a ich kontury i kształty mogą też tracić na prawidłowości, choć zresztą nie można dowieść, aby wszystkie ginęły wewnątrz leukocytów. Na podstawie jednogodnych spostrzeżeń BAUMGARTEN'a, STRAUSS'a, WECHSBERG'a i innych autorów, którzy badali rozwój gruźelki, można przypuszczać, że leukocyty, obciążone lasecznikami, pochodzą przedewszystkiem z gruźelków będących już w okresie zwyrodnienia.

Charakter przypadków, w jakich spostrzegamy wewnątrzkomórkowe położenie laseczników, nie pozostawia wątpliwości, że objaw ten jest w ścisłym związku z odpornością czynną, nabywaną pod wpływem szczepień sztucznych [leczenie tuberkulinowe] lub samoszczepień z rozpadających się ognisk. Dlatego wewnątrzkomórkowe położenie laseczników utrzymuje się bardzo długo, o ile raz już do niego mogło przyjść; z 82-u przypadków, obserwowanych przez LOEWENSTEIN'a przynajmniej przez rok, w czterech tylko znikły z płwociny obrazy fagocytozy. Co się tyczy ilościowego stosunku pomiędzy lasecznikami ulegającymi i nie ulegającymi fagocytozie, to stosunek ten bywa bardzo rozmaity. Najrzadsze są te przypadki, w których wszystkie prawie laseczniki płwociny są pochłonięte przez leukocyty; przypadki takie pod względem klinicznym odznaczają się zawsze wybitną tendencją do wyleczenia. Zwykle jednak ilość komórek fagocytujących w danym preparacie nie jest zbyt znaczna i wymaga cierpliwej obserwacji, jeżeli chcemy ustalić sobie opinię o przypadku.

Z 56-u przypadków o wewnątrzkomórkowym położeniu laseczników płwociny, obserwowanych przez dwa lata i dłużej, w 18-u laseczniki znikły zupełnie, a 26 daje rokowanie korzystne. Pozostałe 12 przypadków są końcowymi fazami suchot, trwających lata, w których, jak wiadomo, sekcyja wykazuje obok siebie ogniska zagojone i świeże; z tych ostatnich pochodzą mogą spotykane tu niekiedy obciążone lasecznikami komórki niby nabłonkowe (*epitheloide Zelle*), które rzeczywiście w rozwijającym się gru-

zółku są pierwszą placówką dla laseczników i później dopiero ustępują pola leukocytom.

(*Deutsche med. Woch.* 1907, Nr 43).

J. Rzepko.

48. K. Oestreich i H. Strauss. O znajdowaniu i tłómaczeniu pewnych zmian histologicznych przewodu pokarmowego w ciężkich przypadkach anemii.

Dzięki badaniom QUINCKE'go, NOTHNAGEL'a, EWALD'a i innych zwrócono należytą uwagę na częstość zanikowych zmian w przewodzie pokarmowym w złośliwej anemii; pozatem znaleziono tu również w wielu przypadkach taką obfitość tkanki limfatycznej w ścianach żołądka i kiszek, że MARTIUS i LUBARSCH oraz M. KOCH podali dla tego obrazu histologicznego nazwę „*Gastritis resp. Gastro-Enteritis interstitialis progressiva atrophicans*”. Jednak STRAUS i OESTREICH już przed pięciu laty podawali w wątpliwość zapalny charakter tych zmian, opierając się na badaniu histologicznem dziesięciu przypadków typowej złośliwej anemii. Znaleziono tu sześć razy mniej lub więcej wybitny zanik gruczołów, pięć razy wybitne i dwa razy mniej znaczne zwiększenie ilości limfocytów, głównie w głębszych częściach śluzówki, bez wyraźniejszej produkcyi tkanki włóknistej; pomiędzy stopniem zaniku gruczołów a produkcją limfocytów nie można było dopatrzeć określonej zależności.

Nadprodukcyja limfocytów wydawała się raczej zjawiskiem czysto hyperplastycznym, tem lepiej zrozumiałem, że w złośliwej anemii spostrzegano ją również w szpiku [C. S. ENGEL, STRAUSS i ROHNSTEIN, BLOCH i HIRSCHFELD]. Co więcej, STRAUSS i ROHNSTEIN dowiedli, że w czystych przypadkach złośliwej anemii ilość limfocytów w krwi bywa nadzwyczaj często powiększona, nawet bezwzględnie.

Na propozycję OESTREICH'a w ciągu ostatnich lat ROJAS zbadał histologicznie ścianę żołądka i kiszek u zwłok przeszło 150-u osób, które nie chorowały na złośliwą anemię; otóż w jednym tylko przypadku przewlekłej niedrożności kiszek [blizny przymiotowe] znaleziono zanik śluzówek i nadprodukcyję limfocytów, jak w złośliwej anemii. Reasumując wszystkie te dane, możemy powiedzieć, że zachowanie się tkanki limfatycznej w złośliwej anemii przypomina żywo odpowiednie zjawiska w limfatycznej leukemii i pseudoleukemii, chorobach pokrewnej natury [porówn. „leukanemię” v. LEUBE'go].

Co się tyczy zaniku gruczołów śluzówkowych, o którym mowa, FABER i ROCH usiłowali dowieść, że podobny obraz może być wywoływany przez sprawy gnilne pośmiertne; trzeba jednak zauważyć, że gnicie pośmiertne nie odbija się na dnie gruczołów śluzówkowych w takim stopniu, jak to widzimy w typowej złośliwej anemii.

Przytoczone powyżej spostrzeżenie ROJAS'a jest godne uwagi z tego względu, że FABER obserwował znowu zwężenia kiszek w jednym przypadku złośliwej anemii; co prawda STRAUSS nie mógł się przekonać, aby naturalna, lub sztucznie wywoływana obstrukcyja była przyczyną zjawisk hemolitycznych. Teorye, szukające przyczyn złośliwej anemii w zanikowych zmianach przewodu pokarmowego, trzeba brać wogóle z wielką ostrożnością wobec faktu, że nawet usunięcie trzeciej części kiszek cienkiej nie pociąga za sobą żadnych prawie zmian w składzie krwi [STRAUSS].

(*Berl. klin. Woch.*, 1907, Nr 41).

J. Rzepko.

Dr Brodzki. Kudowa i Hélouan (w Egipcie). Badania doświadczalne o ciśnieniu krwi i o wpływie pokarmów na toż ciśnienie przy przewlekłym zapaleniu nerek.

Autor pisze o wpływie pożywienia, specjalnie soli kuchennej, na ciśnienie krwi w wielu przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, o czym już raz wszeźniej w 25-u przypadkach ostrego zapalenia nerek referował na 27-m kongresie balneologicznym w Dreźnie 1906.

Starał się wywołać przedewszystkiem naczyniowe zapalenie nerek (t. z *nephritis vasculosa*), dlatego, że czynność naczyń nerkowych jest w ścisłym związku z ogólnem ciśnieniem krwi. Jak wtenczas w przypadkach ostrego, tak i teraz w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek przekonał się, że ciśnienie krwi w przypadkach doświadczalnych bywa bardzo niewielkie, jak można się było tego niespodziewać według wymiarów tonometrycznych u człowieka, tak, że przez to cała teoria francuska o ciśnieniu [BEAUJARD, AMBARD, COMBES] wobec tych wyników upada. Autor stosował w doświadczeniach 3 rodzaje prób odżywiania:

- 1) zwyczajne pożywienie,
- 2) czyste roślinne pożywienie z dodatkiem soli kuchennej,
- 3) czyste pożywienie mięsne z dodatkiem soli.

Obserwacje trwały 60—66 dni.

Naprzód badano ciśnienie krwi normalne w tętnicy szyjnej lub udowej zapomocą manometru rtęciowego. Potem wstrzykiwano co 2-gi dzień jady, wywołujące toksyczne zapalenie nerek i poddawano zwierzęta pożywieniu jednego z 3-ch wymienionych typów. Wydzielony mocz codziennie był badany co do ilości, co do białka i mikroskopowo.

Po 66-u dniach ciśnienie krwi mierzono drugi raz, ewentualnie i trzeci raz.

Jako środki do wywołania toksycznego chronicznego zapalenia nerek były używane uran i aloin.

(Deut. Arch. f. klin. Med. 93. 1908).

---

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

---

Teorya usposobienia mechanicznego do gruźlicy i rozedmy płuc oraz ich leczenie operacyjne.

Podał

W. Starkiewicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

---

Teorya FREUND'a początkowo, jak już wspomniałem, nie zwróciła na siebie większej uwagi, ani nie wywołała żywszej krytyki. Obszerniejsze pod ręczniki, jak u nas—SOKOŁOWSKIEGO, zasady jej przytaczały tylko obiektyw-

nie. Sprawdzenia danych faktycznych, na których się opiera, bodaj czy nie pierwszy dokonał kol. POLAŃSKI—z rezultatem, jak wyżej podałem, dość zbliżonym do danych FREUND'a. Dopiero jednak badania anatomiczne z lat ostatnich przyniosły szereg faktycznych sprostowań.

Zaprzeczono przedewszystkiem, aby złamanie pierwszego żebra mogło sprzyjać wyleczeniu gruźlicy. ROTHSCHILD zwraca uwagę, że w statystyce HART'a z pośród 42-u przypadków, w których stwierdzono obustronny staw obojczykowo-żebrowy, w 20-u tylko płuca były zdrowe, zaś w 22-ch były dotknięte gruźlicą czynną; z 38-u przypadków stawu jednostronnego w 20-u płuca były chore i z tych 20-u w 9-u tylko złamanie żebra było po stronie chorej, w 11-u zaś po stronie płuc, niezajętej sprawą gruźliczą. Z drugiej strony skrócenie chrząstki pierwszego żebra nie zawsze pociąga za sobą zwężenie otworu górnego. W 73-ch przypadkach HART'a, ROTHSCHILD naliczył 30 przypadków zwężenia otworu górnego bez gruźlicy płuc i 40 przypadków gruźlicy, w których otwór ten miał wymiar dostatecznie szeroki.

Znaczenie bruzdy SCHMORL'a, jako dowodu nacisku płuc przez zgrubiałe pierwsze żebro, obniza wielce właśnie statystyka HART'a który na 400 sekcjach gruźliczych stwierdził ją zaledwie raz jeden. Skostnienie pierwszego żebra jed i autorowie uważają za zjawisko fizyologiczne [GEGENBAUR], inni w każdym razie w stosunku do gruźlicy raczej za wtórne [BREIER]. Tyle co do zaprzeczeń faktycznych.

W ostatnim wreszcie czasie ukazała się praca HOFBAUER'a, który, nie kwestyonując faktów, zaobserwowanych przez FREUND'a, poddaje zasadniczej krytyce samą jego teorię. HOFBAUER nie uważa przedewszystkiem za dowiedzione twierdzenia FREUND'a, że zmiany w chrząstkach pierwszych żeber w gruźlicy stanowią zjawisko pierwotne. Przeciwno temu przemawia już choćby ten fakt, że zmiany te częstokroć bywają jednostronne lub niejednakowe z obu stron i że zajmują niejednokrotnie nietylko pierwsze żebra, lecz również dolne. W przeciwieństwie do FREUND'a, HOFBAUER sądzi, że skrócenie pierwszego żebra może powstać wtórnie wskutek niedostatecznej czynności właściwych grup mięśniowych. U dzieci podczas długotrwałych chorób nieraz na oczach rozwija się istotny *habitus phthisicus*, który ginie po zastosowaniu ćwiczeń oddechowych i fizycznych. Takie powstawanie *habitus phthisici* może się tłómaczyć tylko jednym: powstrzymaniem kości w rozwoju dla braku pobudzeń do wzrostu [WACHSTUMSREIZE]. Przecież nawet kości dojrzałe mogą ulegać w podobny sposób skróceniu, jak to mamy możność spostrzegać w kikutach amputacyjnych, w końcach stawów zrosniętych. Ponieważ wzrost kości odbywa się przez nawarstwienie na granicy chrząstki i kości, tu więc oczywiście zaznaczy się najwięcej ich powstrzymanie w rozwoju. To, że skrócenie omawiane dotyczy najczęściej górnych chrząstek, tłómaczy się różnicą w czynności oddechowej górnych i dolnych odcinków klatki piersiowej. Przy płytkim oddychaniu pracują głównie dolne żebra i przepona: stąd dolne żebra w tych warunkach otrzymują nierównie więcej pobudzeń do wzrostu, niż żebra górne. Z drugiej strony brak głębokich wdechów powoduje gorsze ukrwienie i słabszy dopływ limfy właśnie do górnych odcinków płuc, prowadząc za sobą stopniowe zanikanie ich naczyń krwionośnych i w rezultacie stałe gorsze ich odżywianie. To też za kompensacyjne zjawisko uznawać można w tych przypadkach tylko wzmożoną czynność mięśni oddechowych; złamanie skróconych żeber będzie tylko ubocznym jego następstwem. Tyle z krytyki HOFBAUER'a.

Wreszcie, oceniając teorię FREUND'a z punktu widzenia jej wskazań praktycznych, jako najpoważniejszy zarzut możnaby postawić to, że nie formułuje w sposób zadawalający cech rozpoznawczych tych przypadków gruźlicy, które kwalifikować się mają do leczenia operacyjnego. Wskutek czy-

nionych mu w tym względzie zarzutów FREUND w ostatnim czasie zestawil cechy te w sposób następujący:

1) Poważną wskazówkę o stanie otworu górnego klatki piersiowej daje przede wszystkim charakterystyczny wygląd chorego, dalej—brak ruchów oddechowych w górnej części klatki piersiowej lub bardzo małe ich wahania, które stwierdzić można najlepiej przez ułożenie dłoni z przodu na górnej połowie mostka i z tyłu—na karku chorego, lub też przez wymierzanie wymiaru tego zapomocą cyrkla. Jeżeli jedno ramię cyrkla ułożyć pomiędzy VII kręgiem szyjnym a I kręgiem grzbietowym, to wymiar ten u mężczyzn zdrowych wzrostu 160 ctm. wyniesie przecięciowo 13,5 ctm., u kobiet wzrostu 150 ctm.—11,5 ctm. Wymiar kostny otworu górnego otrzymamy, odejmując od liczb tych 8 i 7 ctm. U osobników ze zwężeniem otworu górnego liczby te będą mniej lub więcej znacznie zmniejszone.

2) Drugi sposób rozpoznawczy stanowić ma bezpośrednio wyczuwanie chrząstki pierwszego żebra. Ma być one dostępnem, jeżeli chory zwróci ramiona ku sobie i wzniesie je ku górze, a głowę przechyli na bok w ten sposób, żeby podbródek zbliżyć mocno do ramienia. Wgłębiając wówczas palec w uwydatnioną silnie jamę nadobojczykową, wyczuć jakoby można powierzchnię chrząstki pierwszego żebra, jej kierunek i nawet ruchy oddechowe.

3) Trzeci wreszcie sposób, zalecany przez autora, stanowi t. zw. akidopeirastyka, t. j. bezpośrednie wkłuwanie igły w tkankę chrząstkową w celu stwierdzenia wzmożonej jej spoistości.

Rozpatrując powyższe sposoby, dojść chyba można do wniosku, że pierwszy z nich daje tylko ocenę płaskości klatki piersiowej, lecz nie przesądza przyczyn zwężenia jej otworu górnego, zaś dwa drugie dają nazbyt wielkie pole do autosugesty, żeby mogły stanowić oparcie dla zabiegu operacyjnego tej wagi.

Do uwag tych dodaćby można jeszcze to, że sama celowość zabiegu operacyjnego, proponowanego przez FREUND'a, już w zasadzie podlega poważnym wątpliwościom; znajduje się w każdym razie w sprzeczności z temi zasadami leczniczymi, które stosowaliśmy dotąd względem gruźlicy. Wszakże celem większości dotychczasowych sposobów leczenia gruźlicy stanowiło właśnie zapewnienie chorym płucom spokoju, czasem wprost unieruchomienie ich, wywołanie w nich przekrwienia biernego, nawet ucisk płuca, nie zaś wzmożona ich czynność i przekrwienie czynne. Te cele na widoku miały kuracje leżeniowe z specjalnem, pochylęm ułożeniem chorego, wywoływanie sztucznej odmy piersiowej przez wpuszczanie powietrza, gazu do jamy opłucnej, ucisk—przez wlewanie do niej oliwy. Przekrwieniem biernem płuca tłómaczono też dawniej wielką jakoby rzadkość sprawy gruźliczej w płucach w łączności z niektórymi wadami serca.

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy widoczne, teoria usposobienia mechanicznego do gruźlicy płuc tak, jak ją dzisiaj można zestawić, posiada poważne luki zarówno w materyale faktycznym, na którym się opiera, jak we wnioskowaniach autora. Wydaje mi się, że braki te streściłby można w punktach następujących:

1) Wymaga sprawdzenia twierdzenie FREUND'a o częstem spotykaniu skrócenia chrząstki pierwszego żebra u dzieci i noworodków.

2) Sprzeczne pod względem liczbowym dane anatomiczne dla dorosłych otrzymane przez różnych autorów, zmuszają do dalszego opracowywania odnośnych kwestyi zarówno na materyale gruźliczym, jak niegruźliczym.

3) Teoria FREUND'a dotyczy tylko pewnej odsetki chorych gruźliczych. Wobec propozycyi leczenia tych postaci gruźlicy drogą operacyjną tembar-

dziej nabiera wagi sprawa rozpoznawania odnośnych zmian żebrowych za życia, dotąd przez FREUND'a dostatecznie nie rozstrzygnięta.

Mimo przytoczonych braków teorii FREUND'a, w końcu u. r. ukazał się opis przypadku gruźlicy szczytowej, operowanego w myśl wskazań FREUND'a. Przypadek dotyczył kobiety 58-letniej. Początek objawów płucnych (stłumienie, trzeszczenia w prawym szczycie) zaledwie od 6-u tygodni. Laseczników w płwocinie nie znaleziono, natomiast dodatnio wypadła próba oczna CALMETTE'a. Operację wykonał KAUSCH w uspieniu eterowym według zasad PAESSLER'a: Cięcie długości 9-u ctm. prowadzono pod obojczykiem i równoległe do niego aż do prawego brzegu mostka. Po odseparowaniu od dolnego brzegu mięśnia piersiowego większego i przedłużeniu cięcia ukośnie do środka mostka odsłonięto chrząstkę pierwszego żebra, która wydała się zgrubiałą i nieruchomą. Podochrzéstnowo wycięto *par fragments* szczypcami LÜER'a dwa ctm. chrząstki z dolnej powierzchni oraz 1½ ctm. z górnej. Oplucnej nie tknięto. Po operacji zauważono większą jakoby ruchomość żebra. Podobno nastąpiła poprawa stanu chorej, jakkolwiek opis przypadku ukazał się już w trzy tygodnie po operacji.

W odmienny nieco sposób rozwijała się kwestya t. zw. usposobienia mechanicznego do rozedmy płuc, rozpatrywana przez FREUND'a równoległe do omówionej powyżej teorii usposobienia do gruźlicy. Pod względem zasadniczym ta część teorii FREUND'a była nie mniej może krytykowana, niż skreślona powyżej teoria patogenezy gruźlicy płuc: jednakże w praktyce spotkała się z większem, niż ta ostatnia, uznaniem, dowodem czego mnożące się przypadki rozedmy, operowanej według propozycji i wskazań FREUND'a. Zdaniem FREUND'a dla pewnej liczby przypadków rozedmy, mianowicie jej postaci t. zw. idiopatycznej (*substantive Emphysem*, Rokitansky), nie ma wartości żadna ze znanych teorii patogenetycznych [teoria wrodzonej wiotkości tkanki płucnej, wdechowa i wydechowa], natomiast za pierwszorzędną czynnik w ich powstawaniu znać należy pierwotne zmiany anatomiczne w klatce piersiowej. Tak, jak w gruźlicy wierzchołkowej przyczynę usposabiającą stanowiła stała wydechowa pozycja klatki piersiowej, zależna od skrócenia pierwszych żeber, tak tu—w rozedmie—przyczyną cierpienia ma być stałe ułożenie klatki piersiowej inspiracyjne, spowodowane również przez pierwotne zmiany w chrząstkach żebrowych.

Według spostrzeżeń FREUND'a, u osób usposobionych do rozedmy od młodości do późnego wieku odbywają się w chrząstkach żebrowych sprawy degeneracyjne: rozszczepianie włókien (t. zw. przezeń *gelbe Zerfaserung*), tworzenie się jam, osadzanie się soli wapiennych. W rezultacie powstaje pozbawione sprężystości, twarde zgrubienie chrząstek, brudno-żółtej barwy na przekroju. Żebra, dotknięte powyższą sprawą, tracą na stałe, jak to zauważył już DUPYREN, zdolność przybierania pozycji ekspiracyjnej—spiralnej. Wygięte ku zewnątrz chrząstki żebrowe wypychają naprzód kość mostkową i całej klatce piersiowej nadają ułożenie największego napięcia inspiracyjnego, powodując, według wyrażenia autora, częściowe bądź całkowite „steżenie” rozszerzonej klatki piersiowej (*starre Dilatation des Thorax*). Po przecięciu chrząstek takiej klatki piersiowej przy operacji lub na trupie, końce żeber natychmiast opadają ku wewnątrz i ku dołowi, przybierając napowrót swoją pozycję wydechową. W dalszem następstwie powstają zmiany degeneracyjne również w rozciągniętym *ad maximum* mięśniu przeponowym: mięsień ten staje się



cieńszy, bład, gdzie indziej rozszczepiony, stopniowo rozwija się zanik bury oraz stłuszczenie włókien.

Autor nie przeczy, że zmiany powyższe w budowie klatki piersiowej mogą być wtórne, jako następstwo pierwotnego cierpienia płucnego: w tych przypadkach opisane zmiany w chrząstkach niewątpliwie stanowią zjawisko pierwotne, wtórnie już powodując utrudnienie w oddychaniu i dając przez to pobudkę do rozwoju sprawy rozedmowej. Przemawia za tem ograniczone do paru żeber umiejscowienie zmian degeneracyjnych oraz lokalizacja rozedmy głównie w przednich i dolnych częściach płuc. Po przecięciu żeber płuca nie wypu kładą się ku przodowi tak, jak to bywa w innych postaciach rozedmy, lecz przeciwnie spadają się, jak płuca normalne. Jako zjawisko następcze spostrzegać się daje w odnośnych przypadkach potężny przerost mięśni wydechowych, nawet drobnego zazwyczaj mięśnia trójkątnego mostka, którego punkt przyczepu leży, jak wiadomo, w miejscu chrząstek żebrowych.

W następstwie powyższych spraw w klatce piersiowej, w przypadkach tych powstaje pewne podobieństwo do oddychania żółwia, którego twarda klatka piersiowa utrzymuje płuca w stanie wdechowego wypełnienia. Nawiasowo mówiąc, oddychanie u żółwia odbywa się, według zoologów, przez ruchy szereg i krtani, według innych,—przy udziale potężnie rozwiniętego mięśnia brzuszno-

Jeżeli zmiany powyższe oceniać z punktu widzenia ontogenetycznego, to należałoby je zaliczyć do rzędu przedwczesnych zmian starczych—ontogenetyczny *senilismus*, w przeciwstawieniu do opisanych powyżej zniekształceń górnego otworu klatki piersiowej, które wypadłoby uznać za rodzaj infantylizmu—*microsomia partialis*.

Jak teraz radzić sobie należy z rozpoznawaniem opisanych postaci rozedmy za życia? Zdaniem FREUND'a, kierować się należy brakiem w wywiadach innych czynników etyologicznych rozedmy [katarów oskrzeli, astmy i t. p.], oraz danymi radioskopii, która wykryje zgrubienie chrząstek, ich nieruchomość oddechową, wreszcie spłaszczenie przepony brzusznej. Jako dodatkowy czynnik rozpoznawczy służyć ma wspomniana już akidopeirastyka, t. j. próbne wkłuwanie igły w tkankę chrząstek żebrowych w celu oceny ich spistości.

Z rozumowań powyższych wypływać ma wskazanie lecznicze, aby w przypadkach rozedmy płuc, opartej na stężeniu wdechowym klatki piersiowej, wycinać klinowate ułamki stwardniałych chrząstek żebrowych w celu przywrócenia klatce piersiowej jej dawnej postaci ekspiracyjnej. Chondrotomia taka stanowiłaby analogię do iridektomii, lub do tenotomii w przypadkach przykurczeń mięśniowych. Oczywiście, chodzi o ogólny dobór przypadków—bez powikłań ze strony serca i nerek i z niezbyt posuniętymi zmianami wtórnymi w rozciągniętej tkance płucnej. Przy operowaniu należy unikać wycinania chrząstek przy samych żebrach, ażeby oszczędzić przyczepy trójkątnego mięśnia mostkowego.

Jak już wspomniałem, i ta część teorii FREUND'a nie została przychylnie przyjęta przez krytykę klinicyстів. Większość autorów zmiany w chrząstkach, opisane przez FREUND'a, uważa raczej za wtórne. HOFBAUER czyni uwagę, że trudno zmiany w chrząstkach uważać za przyczynę rozedmy płuc u robotnika hutę szklanej lub trębacza. KREHL sądzi, że gdyby istniało pierwotne wdechowe rozszerzenie klatki piersiowej, to jego wpływ ujemny na oddychanie dostatecznie równoważyłby się głębszymi ruchami wdechowymi oraz działaniem przepony brzusznej.

[D. n.].

## Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe dnia 8-go maja 1908 r.

I. Prof. ZIEMBICKI przedstawia: a) chorą ze znacznego stopnia, być może nowotworowem, powiększeniem warg sromnych mniejszych; b) dziewczynkę, dawniej już z powodu wysokiego stopnia obustronnej szpotawej stopy przedstawianą, u której wykonał zabieg na jednej ze stóp, polegający na przecięciu ścięgna ACHILLES'a, wycięciu kości skokowej i części kości łódkowej. Wynik operacji tak co do kształtu stopy, jak i jej używania bardzo dobry.

II. Dr. CZYZEWICZ jun. przedstawia: a) preparat włókniało-mięśniaka znacznych rozmiarów, wyciętego z powłok brzusznych chorej 40-letniej. Guz dochodził od spojenia łonowego na 2 palce powyżej pępka, na trzewia zaś brzuszne uciskał tak znacznie, że dochodził aż do kręgosłupa. Należy tu podnieść rzadkość nowotworów powłok brzusznych, któreby zawierały w sobie włókna mięsne gładkie, które pochodzą z naczyń lub mięśni włosów; b) przypadek włókniało-mięsaka jajnika z przerzutem znacznego stopnia w sieci; c) przypadek wrodzonych zmian narządu płciowego. 20-letnia pacjentka nie miała nigdy peryodu, a tylko od 18-go roku życia w okresach 4 tygodniowych bole dołem brzucha, trwające 8 dni. Badanie wykazało obecność guza, wychodzącego z miednicy małej, a dochodzącego na 2 palce poniżej pępka. Badanie wewnętrzne wykazało zarośnięcie  $\frac{1}{3}$  górnej części pochwy. Rozpoznano haematometra i haematosalpinx obustronny, na tle niedrożności wrodzonej pochwy. Drogą otwarcia jamy brzusznej wydobyto z trudnością zmieniony i pozrastany z otoczeniem narząd płciowy aż do miejsca zarośnięcia pochwy. Gdy po operacji, w 20 godzinu moczu nie było i wobec znalezienia kawałeczka wyciętego moczowodu, otwarto po raz drugi jamę brzuszną, wyszukano i wszczepiono w pęcherz sposobem WIRZLA przecięty moczowód, z drugiego zaś moczowodu zdjęto nałożoną podwiązkę. Odtąd mocz odchodził prawidłowo. Chora z powodu wylania się moczu do przymacicza gorączkowała. W 10 dni po operacji zaczął wydzielać się mocz przez ranę brzuszną, obok oddawania go drogą naturalną. Świadczyło to o przetokę pęcherzowej lub o nie wygajaniu się moczowodu. Wobec tego postanowiono ranę brzuszną wygoić, a potem dopiero leczyć przetokę operacyjnie. Tymczasem w kilkanaście dni mocz przestał wyciekać a rana zagoiła się do brze. Cystoskopia wykazała dobrze wgojony moczowód. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość przetrzymania tak poważnych powikłań i na rzadkość samoistnego zgojenia się przetoki moczowej, którą wobec tego przebiegu trzeba przecież uważać za pęcherzową.

W dyskusyi prof. KADYI wyraża przypuszczenie, że mocz może wydobywał się przez odcinek przeciętego moczowodu przymocowany do pęcherza.

Dr SKAŁKOWSKI nie robiłby w przedstawionym przypadku laparotomii, lecz starałby się przejść do macicy przez pochwę.

III. Dr MAZURKIEWICZ wygłasza: O mechanizmie procesu myślowego w gonitwie wyobrażeń i w obłądziej pierwotnym. Prelegent podaje kilka przykładów gonitwy wyobrażeń różnych stopni. począwszy od zbliżonych do prawidłowego myślenia, a kończąc na przykładzie zupełnego bezładnego kojarzenia dźwięków. Następuje analiza LIEPMANN'a gonitwy wyobrażeń, z zaznaczeniem wielkiej zasługi tego autora, który udowodnił, że t. zw. prawa kojarzeniowe, które według niektórych autorów mają wyłącznie rządzić prawidło-

wemi myślami, panują właśnie w bardziej wyłączny sposób w gonitwie wyobrażeń, aniżeli w usystematyzowanej pracy myślowej ludzi zdrowych. Drugą zasługą LIEPMANN'a jest wykazanie, że różnica pomiędzy myśleniem prawidłowym a gonitwą wyobrażeń wynika nie z braku lub istnienia pewnych formalnych zasad kojarzeniowych, lecz się tłumaczy istnieniem pewnej materialnej zasady myślenia prawidłowego, której nie ma w gonitwie wyobrażeń. Prelegent wykazuje, iż LIEPMANN w dalszych swych wywodach cofnął się z początkowo obranej drogi i wszedł całkowicie w dziedzinę dawniejszych abstrakcyi psychologicznych, przyczem wpadł w błędy, które mu klinicznie można udowodnić. Mianowicie na podstawie historii choroby paranoika chronicznego udowadnia prelegent, że końcowem przeciwieństwem gonitwy wyobrażeń jest nie planowe myślenie prawidłowe, jak twierdzi LIEPMANN, ale system bredzeniowy w obłądzie pierwotnym. Za drugi błąd w wywodach LIEPMANN'a uważa prelegent przypisywanie wyobrażeniom różnej wartości i siły. Prelegent z rozbioru gonitwy wyobrażeń i obłądu pierwotnego dochodzi do wniosku, że wyobrażenia są tylko martwymi symbolami, że w gonitwie wyobrażeń następuje niwelacja nie tych ostatnich, ale niwelacja wartości czynników realnych, w obłądzie pierwotnym podniesienie wartości jednego czynnika do nieskończoności. Wskutek tego istnieje w obu tych stanach chorobnych równowaga stała [jakkolwiek krańcowo przeciwnej natury], w przeciwieństwie do równowagi ruchomej w myśleniu prawidłowym. Wreszcie na przykładzie najłżejszego stopnia gonitwy wyobrażeń wskazuje prelegent na możliwość zastosowania pomysłnych wyników do klinicznej oceny, czy dany przypadek pograniczny należy już zaliczyć do dziedziny patologii, czy też jeszcze uważać za normalny.

W nader ożywionej dyskusyi zabierali głos: dr FEUERSTEIN, prof. SIERADZKI, prof. TWARDOWSKI, dr ŚWIĄTKIEWICZ i sam prelegent.

WITOLD NOWICKI.

---

## AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

---

Posiedzenie dnia 2-go marca 1908 r.

Przewodniczący: Dyrektor K. OLSZEWSKI.

Czł. H. HOYER przedstawia rozprawę p. BORYSA PIECZENKO pod tyt. *O budowie i cyklu rozwojowym Bacillopsis stylopygae nov. gen. et nov. spec.*

Czł. H. HOYER przedstawia pracę p. H. WIELOWIEYSKIEGO p. t.: *Dalsze badania nad histologią i historią rozwoju jajnika owadów.*

Czł. WŁAD. NATANSON przedstawia pracę własną p. t.: *O eliptycznej polaryzacji światła przechodzącego przez ciało gazowe pochłaniające, równoległe do linii zewnętrznego pola magnetycznego.*

Czł. T. BROWICZ przedstawia pracę pp. KLECKIEGO i AD. WRZOSKA p. t.: *O przechodzeniu mikroów, we krwi krążących, do moczu..*

Autorowie wykonali 22 doświadczenia na psach zdrowych w celu zbadania, czy mikroby, wprowadzone do krwi, wydzielają się przez nerki prawidłowe. Po wprowadzeniu mikrobów do krwi zwierzęcia, autorowie badali moczk bakteryologicznie, zbierając go w większości doświadczeń za pomocą rurek szklanych wprowadzonych do moczowodów, a w pewnej liczbie doświadczeń z pecherza moczowego pipetą bakteryologiczną. We wszystkich tych przypadkach, w których z moczu wyhodowano mikroby, do krwi poprzednio wprowadzone, w moczu badanym znalazła się domieszka krwi, która pochodziła ze ściany moczowodów. Gdy zaś mocz nie zawierał domieszki krwi, to nie zawierał on również mikrobów do krwi wprowadzonych.

Na zasadzie powyższych wyników doświadczeń autorowie wysnuwają wniosek, iż mikroby, we krwi krążące, przez nerkę prawidłową nie wydzielają się.

Czł. MARCHLEWSKI referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p. Sr. PIASECKIM, p. t.: *Uproszczony sposób otrzymywania filoporfiryny*.

Metoda ta polega na faktach następujących. Alkoholowy wyciąg z liści zadaje się nasyconym roztworem wodzianu barowego. Otrzymany osad sączy się, przemywa alkoholem i suszy. Po sproszkowaniu barowego związku zawieszają się go w alkoholu i rozkłada kwasem siarkowym, wziętym w bardzo nieznacznym nadmiarze. Przesącz od siarczanu barowego odparowuje się do sucha, rozpuszcza w 10%-m alkoholowym roztworze wodzianu potasowego i ogrzewa w ciągu kilku godzin do 200° w autoklawie. Otrzymany produkt ekstrahuje się wrzącym alkoholem, ekstrakt sączy, zakwasza, rozcieńcza wodą i ekstrahuje eterem. Z roztworu eterowego wyciąga się filoporfirynę 1%-m kwasem solnym. Kwaśny, w ten sposób otrzymany roztwór zadaje się octanem sodowym, skutkiem czego filoporfiryna wydziela się w stanie wolnym. Ekstrahuje się ją eterem, eterowy wyciąg odparowuje do sucha, a otrzymaną pozostałość krystalizuje dwukrotnie w alkoholu 96%.

Czł. J. NIEDŹWIEDZKI przesyła rozprawę p. JANA NOWAKA p. t. *Badania w zakresie glównogów z górnej kredy w Polsce. Część I. Rodzaj Baculites*.

Czł. J. MARCHLEWSKI przedstawia pracę pp. J. BROWIŃSKIEGO i S. DĄBROWSKIEGO p. t.: *Metoda ilościowego określenia podstawowego barwika moczu (urochromu)*.

Autorowie zasadzają metodę ilościowego oznaczania żółtego podstawowego barwika moczu na wybitnej zdolności odtleniania tego związku. Kwas jodowy mianowicie, odtleniając się pod wpływem urochromu do jodowodoru, wydziela jod, który z roztworu można wyciągnąć siarczkiem węgla i po dokładnem wymyciu tego roztworu wodą odmiareczkować  $\frac{1}{100}$  n. roztworem filosiarkanu sodowego—1 gr. wolnego urochromu, przyrządzonego w stanie możliwie czystym, wydziela 0.1319 gr. jodu. Ponieważ odsetkowa zawartość azotu w wolnym urochromie wynosi 11.15%, stąd z liczby jodowej można obliczyć nie tylko ilość barwika, lecz także ilość azotu urochromu, mianowicie przez pomnożenie przez współczynnik 0.84529.

Zawartość barwika podstawowego w moczu, określona tą metodą, wahała się w moczkach prawidłowych przy mieszanej dyecie, w granicach od 0.37 gr. do 0.69 gr. na dobę, była wszakże zawisła od diety: przy dyecie wyłącznie mlecznej była mniejsza i wuosiła 0.3 do 0.7 gr., natomiast przy dyecie wyłącznie mięsnej podnosiła się do 1.19 gr. na dobę.

W przypadkach chorobnych, w szczególności u szczytu duru brzuszowego [przy dyecie cukrowej], ilość urochromu wzrastała również bezwzględnie w obliczeniu na dobę, jako też w stosunku do całkowitego azotu w moczu.

## Wiadomości bieżące.

— Polski komitet dla IV Zjazdu lekarzy i przyrodników w czeskich w Pradze podaje do wiadomości, że ogólny program Zjazdu jest następujący: W przeddzień zjazdu, w piątek d. 5-go czerwca b. r. odbędzie się zebranie powitalne w Mieszcząńskiej Besedzie. W sobotę dnia 6-go czerwca 1908 r. o godz. 11-ej rano pierwsze uroczyste posiedzenie ogólne w „Narodnem Divadle“, popołudniu o godz. 2-ej posiedzenia sekcji naukowych, wieczór o godz. 9-ej raut, wydany przez miasto Pragę. W niedzielę rano posiedzenia sekcji, popołudniu zwiedzanie wystawy jubileuszowej, wieczór na Zofinie. W poniedziałek i wtorek rano i popołudniu posiedzenia sekcji, w poniedziałek wieczór zebranie na Wystawie Jubileuszowej, we wtorek wieczór uroczyste przedstawienie „Libusy“ Smetany w Narodnem Divadle. We środę 10-go czerwca o godz. 11-ej rano zamknięcie Zjazdu w Panteonie Muzeum Królestwa czeskiego.

Tegoroczny zjazd lekarzy i przyrodników czeskich zbiega się z podwójną rocznicą jubileuszową, dla nauki czeskiej doniosłą. W roku bieżącym mija bowiem 25 lat od utworzenia samoistnego Uniwersytetu czeskiego, a 200 lat od założenia szkoły inżynierskiej w Pradze, pierwszej wogóle w Europie, a uważanej za macierz dzisiejszej politechniki czeskiej. Toteż komitet polski ufa, iż lekarzy, przyrodnicy i przyrodnicy-chemicy polscy pospieszą licznie do Pragi na święto nauki czeskiej, na które wysyłają swych przedstawicieli wszystkie narody słowiańskie.

Wyjazd najdogodniejszy ze Lwowa o godz. 12-ej m. 45 w nocy, z Krakowa o godz. 7-ej min. 18 rano, przyjazd do Pragi o godz. 9-ej min. 38 wieczór [w Piątek 5. VI]. Udział zgłoszeń i wkładkę uczestników [10 k.] przysyłać należy wprost do kancelaryi Zjazdu w Pradze [Vladislavova ul. 14].

— Kol. FRANCISZEK KIJEWSKI uzyskał stopień doktora medycyny w Akademii Wojenno-lekarskiej w Petersburgu.

## OGŁOSZENIA.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** zawiadamia, że w październiku 1909 r. przyznana zostanie nagroda imienia A. B. HELBICHA w kwocie 150 rubli za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący własnym staraniem będzie usiłował zebrać prace, odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpóźniej do 1-go marca 1909 r., na imię Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo od razu ujawnić nazwisko, lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samym co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem będzie otworzona tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymają już nagrodę pieniężną z któregoś z funduszy nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Sekretarz Stały, *Dr Med. A. Sokołowski.*

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez Dra **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**.

- 1) Badanie chemiczne płynu mózgowodzeniowego w stanie normalnym i chorobowym.
- 2) O znaczeniu rozpoznawczym niweczników (Antikörper) w cieczy mózgowodzeniowej dla diagnozy metasylitycznych chorób nerwowych.
- 3) O wpływie alkoholu na funkcje nerek.
- 4) Doświadczenia psychofizjologiczne nad znużeniem uczniów w szkołach.
- 5) Pomiary antropometryczne na uczniach szkół.
- 6) Grzybek liszaja strzygącego (Trichophyton tonsurans i microsporon Audouin'a), jego stanowisko biologiczne i patologiczne.
- 7) Związek anatomiczny i fizjologiczny pomiędzy przysadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą (część literacka). Z badać, o ile stan chorobowy jednego z tych narządów wywołuje zmiany anatomiczne i fizjologiczne w narządach pozostałych.
- 8) Włókna Duerck'a w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakimi ulegają przy miażdżycy naczyń.
- 9) Sprawdzić, o ile surowica krwi zwierząt, u których sztucznie został wywołany zastępczy przerost nerki, wpływa na powstawanie przerostu nerek u innych zwierząt.
- 10) Sprawdzić doświadczalnie, jakie ma znaczenie dla wątroby i dróg żółciowych łączenie jelita z przewodem wspólnym (Choledochoenterostomia), i z mięszem samej wątroby (Hepatocholeangioenterostomia).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1908 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczona nagroda 300 rubli.

Rozprawy nagrodzone będą wydrukowane nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ul. Niecała Nr 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stałymi dewizami.

Sekretarz Stały *Dr Med. Sokołowski.*

Do numeru bieżącego dodaje się bezpłatnie № 1 „Sprawozdanie z posiedzeń chirurgicznych w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim”, str. 1—27.

---

Redaktor i Wydawca, **Dr med. Jan Pruszyński.**

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



# D y m a l

Proszek do suchej antyseptyki; bez zapachu, nie trujący, nie drażniący i ograniczający wydzielinę. — Pożyteczny przy ranach, oparzeniach, poceniu się, przeniu i innych dolegliwościach skóry. — Doskonały środek zastępujący jodoform i przewyższający go ze względu na brak wszelkiego zapachu oraz substancji trujących.

# E s t o r a l

Środek zwykły i przyjemny przeciw katarowi. Literatura „*Heilmittel-Revue*”, Luty 1906

3—3

Panom Lekarzom służymy chętnie próbami oraz literaturą. Przy zamówieniu prosimy powołać się na Nr. 207. Przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

## ZYMINA

Drożdże Piwne Suche

**PAŁECZKI ZYMINY**

„Bacilli Zymini”

przeciwko „Fluor Albus” grubości 8<sup>m</sup><sub>m</sub>, długości 80<sup>m</sup><sub>m</sub>, zawierające 40% Zyminy, zarobione środkami łatwo rozpuszczalnymi

**Tabletti Zymini 0,5**

POLECA

**APTEKA E. GESSNERA W WARSZAWIE**

Błaszanka zawiera 100,0 Zyminy, 1 słoik 12 pałeczek, a puszka 100 tabletek.

**TAFELKI SIARCZANO-IGLASTE**

D-ra B. RAFELKESA

Kapiele przyrządzane za pomocą tych tafelek mogą w zupełności zastępować naturalne siarczane kapiele w miejscowościach leczniczych, jak w Busku, Kemmern i t. p.

Analiza chemiczna tafelek według prof. D-ra PELA:

Wolnego  $H_2S$  gazu — 0,1%

W połączeniu  $H_2S$  „ — 4,29%

Aromatyczny ekstrakt z igieł sosnowych z żelazem do leczniczych kapelei w tafelkach D-ra B. Rafelkesa. Każda tafelka zawiera 4 łyżki ekstraktu i dostateczną na jedną wannę ilość żelaza.

Skład główny: Sejny, gub. Suwalskiej, u D-ra B. Rafelkesa.

10-3



Prof. D-r E. Biernacki

ordynuje jak corocznie od 1 Maja

**w Karlsbadzie**

Alte Wiese, Haus „Nizza“ (z tyłu za Nastopilem).

**FRANCENSBAD**

Polski zakład i pensjonat leczniczy

Kuchnia dyetetyczna.

(Willa D-ra Steinsberga)

Prospekty na żądanie.

Apteka K. Wendy

45 Krakowskie-Przedmieście 45.

**Termometry maksymalne francuskie**

ze świadectwem

Conservatoire des Arts et. Metiers

w PARYŻU

6-5

**Dr. St. Benedykt Kwiatkowski**

b. I asystent kliniki lekarskiej Un. Jag.

ordynuje od 1 Maja w

MARIENBADZIE, Haus Hamburg

15-4

W Kissingen (willa Elsa)

ordynuje w r. b.

Doc. Dr. med. Jerzy Modrakowski.