

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 46.

Warszawa d. 1 (14) Listopada 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej. Podali Wł. Palmirski i B. Żebrowski. — Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojactwa z praktyki własnej. Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 131. Wstrzykiwania zewnątrzoponowe (injectiones epidurales) przez przekłucie kanału kości krzyżowej (canalis sacralis). KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA. Miednica polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego. Napisał d-r W. Popiel. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Wł. Palmirski et B. Żebrowski — Sur la fièvre scarlatine et son traitement par le sérum spécifique. 2) D-r Fr. Neugebauer — Quatre cas rares de hermaphrodisme.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Wł. Palmirski und B. Żebrowski — Ueber Scharlach in bakteriologischer Hinsicht und ueber seine Behandlung mit spezifischem Serum. 2) D-r Fr. Neugebauer — Vier seltene Beobachtungen des Scheinzwittertumes aus eigener Praxis

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

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni Bakteryologicznej w Warszawie.

O PŁONICY pod względem bakteryologicznym I O LECZENIU JEJ ZAPOMOCĄ SUROWICY SWOISTEJ.

Podali

WŁ. PALMIRSKI I B. ŻEBROWSKI.

Płonica, jak nam wiadomo, jest chorobą zakaźną. Podlegają jej przeważnie dzieci, z wiekiem bowiem usposobienie do niej wyraźnie się zmniejsza. W naszych warunkach klimatycz-

nych panuje płonica stale, albo w postaci sporadycznych przypadków, albo epidemii o różnym stopniu natężenia.

Podczas cięższych epidemii odsetka śmiertelności dochodzi niekiedy do 40%—50%. Co wpływa na jej natężenie, nauka nie umie dotychczas odpowiedzieć, lecz więcej wiemy o jej szerzeniu się. Szeregi faktów dowodzą, że zakażenie w płonicy następuje nie tylko przy bezpośrednim zetknięciu się z chorym, lecz i przez przebywanie z nim w jednym miejscu. Dalej wiadomo, że bielizna, ubranie, pościel chorego i in-

ne przedmioty mogą być źródłem zarazy i to nawet po wielu miesiącach. Spostrzeżenia te, zarówno jak i istnienie przypadków płonicy przyrannej i połogowej rzucają nam pewne światło na istotę zarazka płonicy, dotychczas nieznanego, a mianowicie: może się on unosić w takim środowisku, jakim jest powietrze. Unosząc się w powietrzu, może dostawać się do ustroju ludzkiego przez zewnętrzne uszkodzenia, czego dowodzą przypadki płonicy przyrannej i połogowej, przeważa zaś w danej chwili zdanie, że dostaje się on do ustroju przez gardziel i migdałki. Dalej ważnym jest wiedzieć, w jakim okresie choroby chory jest najniebezpieczniejszy dla otoczenia?

Ogólnie przyjęto uważać płonicę za najzaraźliwszą w okresie łuszczenia. Wiele jednak danych przemawia, że zakażenie może nastąpić w każdym okresie choroby, w każdym więc okresie odbywa się wydzielanie zarazka z ustroju, i dopiero, gdy wszelkie ślady łuszczenia zginą, t. j. po 6—8 tygodniach, możliwość zakażenia ustaje. Do takich pojęć o płonicy dochodzimy na podstawie spostrzeżeń i obserwacji klinicznych, lecz one nam nie wyjaśniają jeszcze samej istoty choroby. Poznanie jej jest trudne i zawiłe, ponieważ do tej pory nie mamy możliwości przeszczepiania jej na zwierzęta, a tem samem wyłączona jest możliwość sprawdzenia i oceny pod względem etiologicznym naszych przypuszczeń.

Pod tym względem literatura jest bardzo uboga, lecz to, co spostrzegano u zwierząt i co robiono w tym kierunku, uważamy za stosowne nie pomijać, a przytoczyć.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje epidemia u krów na folwarku w Hendon, opisana przez POWER'a, CAMERON'a i KLEIN'a i uważana przez tych autorów za epidemię płonicy. Objawy tej choroby były następujące: podniesienie u zwierzęcia ciepłoty ciała, suchość błon śluzowych, zaburzenia w stanie ogólnym na 2 i 3 dzień choroby, obrzęk skóry naokoło oczu, a po paru

dniach wysypka, złożona z drobnych czerwonych plamek, która przechodziła w łuszczenie po 3—4 dniach. W tymże czasie zjawiała się wysypka na tylnej powierzchni ciała pod postacią czerwonych plam wielkości grochu. Wymiona obrzęknięta, na każdym z nich można zauważyć po 2—4 pęcherze wielkości bobu, wypełnione przezroczystym płynem. Pęcherze te pękały, tworzyły się owrzodzenia, które następnie goiły się po kilku tygodniach. Oprócz tego można było jeszcze zauważyć nieżyt łącznicy oka, śluzówki nosa, zapalenie gardzieli i suchy kaszel. Choroba ta szczególnie łatwo udzielała się krowom zaraz po ocieleniu, trwała od 4 do 6 tygodni, niekiedy 2—3 miesiące, lecz zawsze kończyła się pomyślnie.

POWER zaznacza, że pomiędzy osobnikami, które piły mleko z zarażonych obór, wybuchła epidemia płonicy. Jednak CROOKSHANK uważa epidemię w Hendon za ospę krowią.

Podobną epidemię u krów obserwował BLANC w Cannes, gdzie również niektóre osoby, spożywające mleko od krów zarażonych, zapadły na płonicę.

Później COOPER obserwował 592 przypadki płonicy i zapalenia gardła, w których przypuszczalną przyczyną zachorowań było spożywanie mleka od krów chorych, podobnie jak na folwarku w Hendon. W 2 dni po zabronieniu sprzedaży mleka liczba świeżych przypadków płonicy spadła o 74%.

STICKLER, szczepiąc krew i śluz z gardzieli chorych na płonicę krowom do żyły, podskórnie i w wymiona wywoływał u tych zwierząt sprawę chorobową, zbliżoną do płonicy o przebiegu łagodnym.

BEHLA wielokrotnie obserwował u świń czerwoną wysypkę i łuszczenie naskórka podczas panującej epidemii płonicy u ludzi i przy braku przypadków czerwoności świń. Zachęcony tem spostrzeżeniem BEHLA w r. 1894 na przedniej połowie brzucha prosięcia robił nacięcia na skórze długości 5 ctm. i smarował te miejsca

krwią, pochodzącą od chorego na płonicę w okresie kwitnięcia. 4 dnia po tym zabiegu zjawiało się zaczerwienienie w okolicy cięcia, które powoli obejmowało całą powierzchnię skóry. Początkowo były to czerwone punkciki, później zaczerwienienie rozlane, miejscami prosówka. Przy tem występowało znaczne podwyższenie ciepłoty ciała, biegunka i osłabienie. Na 6 dzień zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli i opuchnięcie gruczołów szyjowych, 7 dnia śmierć. To są jedyne doświadczenia, zmierzające do odtworzenia klinicznego obrazu płonicy u zwierząt.

Usiłowania badaczy, wobec skromnych wyników tych doświadczeń, skierowały się w inną stronę. Zaczęto badać krew i narządy chorych na płonicę celem znalezienia drobnoustrojów chorobotwórczych.

Już w 1869 r. HALLIER znajduje we krwi chorych na płonicę odmianę mikrokoka -- *Tilletia scarlatina*.

KLEBS w 1875 roku w gruczole pachowym konstatuje obecność *monas scarlatinusum*. HOFFMANN widział mikrokoki nawet w pocie (1869 r.); TSCHAMER — we krwi, naskórku, śluzie nosowym, gardzieli, w moczu i kale (1879 r.); POHL i PINKUS — w naskórku i jamie ustnej (1883 r.), CROOKE w narządach wewnętrznych (1885 r.).

Następnie liczba odmian drobnoustrojów, znajdujących we krwi chorych na płonicę, wzrasta.

Notowano obecność:

1) Pierwotniaków — DOEHLE uważa je za specyficzne.

2) Łaseczników — Komisya w Edynburgu, BOSWELL, EDINGTON, SMITH.

3) Dwoinek, nie barwiących się płynem GRAM'a, bardzo jadowitych dla myszy — CZAJKOWSKI.

4) Mikrokoków — Komisya w Edynburgu, RASKINA — *micrococcus pyogenes tenuis*. RASKINA — *micrococcus scarlatinae* jadowity dla świnek morskich i królików.

5) Gronkowców — RASKINA i inni.

CLASS wyosobnił z naskórka i z gardzieli chorych na płonicę odmianę koka, podobnego do gonokoka (hodowla na agarze glicerynowym z dodatkiem 5% ziemi ogrodowej). Najczęściej jednak notowano obecność paciorkowców.

W roku 1885 FRAENKEL i FREUDENBERG znajdują w gruczolach podszczękowych, śledzionie, nerce i wątrobie chorych na płonicę paciorkowca identycznego ze *streptococcus pyogenes*. Obecność jego uważają oni za objaw wtórnego zakażenia.

W roku 1887 KLEIN wyhodował ze krwi chorych na płonicę i z owrzodzeń na wymionach u krów w Hendon paciorkowca, tworzącego łańcuszki po 3—20 parzysto ułożonych osobników. Paciorkowiec ten ścinał mleko po 2 dniach przy 35° C.; był bardzo jadowity dla myszy polnych, okazał się również jadowitym dla cieląt. KLEIN uważa go za swoisty zarazek płonicy. *Streptococcus rubiginosus* EDINGTON'a ma być według CROOKSHANK'a identyczny z *micrococcus scarlatinae* KLEIN'a. RASKINA częstokroć znajdowała we krwi chorych na płonicę paciorkowca ropnego (*str. pyogenes*), lecz uważa to również za zakażenie wtórne (1889 r.).

BABES w tymże roku (1889) zwraca uwagę na obecność paciorkowca ropnego we krwi, pochodzącej z przypadków niepowikłanych (brak ogniskowych spraw ropnych). Wobec tego autor ten zaznacza, że nie należy wyłączać możliwości, że płonica może być jedynie modyfikacją zakażenia paciorkowcowego.

W 1892 r. KURTH ogłosił swe badania nad *str. conglomeratus*, którego znajdował w większości przypadków płonicy o przebiegu ciężkim. Ma on się odróżniać od innych odmian paciorkowca głównie tem, że w bulionie tworzy grudki na dnie i na ścianach naczyń, pozostawiając płyn zupełnie przezroczystym. Pod drobnowidzem można się przekonać, że grudki te składają się z długich powyginanych, splecionych łańcuszków; oddzielnie leżących osobników brak prawie zupeł-

ny. Na żelatynie przy 16° C. paciorkowiec ten prawie się nie rozwija, w bulionowych hodowlach ginie po 10—20 dniach. Jest on jadowity dla myszy, zabija je po 3 lub więcej dniach, zależnie od dawki. Jadowitość swą zachowuje w hodowlach przez czas bardzo długi.

KLEIN w r. 1898 wyhodował *str. conglomeratus* z gardzieli chorej na płonicę. Po kilku dniach 4 inne osoby w tym samym domu zapadły na płonicę, i u wszystkich znalazł on w śluzie gardzieli *str. conglomeratus*. W innych 9 przypadkach z badanych 11 KLEIN znalazł w śluzie z gardzieli i nosa u osób, które już przebyły płonicę, tę samą odmianą paciorkowca. W jednym przypadku znalazł go po 7 miesiącach, do tegoż czasu trwało łuszczenie. W naskórku i w moczu nie spostrzegał ich. KLEIN uważa *str. conglomeratus* za zarazek swoisty. Można nie zgadzać się z poglądami KLEIN'a i KURTH'a, jednakże należy zastanowić się, czy paciorkowce, spotykane w krwi płonicowych, nie są rzeczywiście, jak tego dowodzą KURTH, KLEIN i inni — pewną swoistą odmianą paciorkowca, spotykaną jeżeli nie wyłącznie, to przynajmniej przeważnie w płonicy. Wobec tego musimy przejść do przedstawienia poglądów różnych badaczy w sprawie homologii paciorkowców.

Jeszcze przed KURTH'em podniósł kwestyę różnorodności odmian paciorkowca LINGELSHEIM. Dzielił on paciorkowce na dwie grupy: paciorkowca długiego i paciorkowca krótkiego. (Paciorkowca długiego LINGELSHEIM wyhodował z następujących przypadków: z zapalenia gardzieli, gorączki płożowej, róży, gruźlicy płuc, zapalenia płuc, wysięku opłucny u suchotnika, wreszcie ze śliny zdrowego człowieka). Paciorkowiec długi odznacza się przede wszystkim tworzeniem długich łańcuszków w podłożach płynnych; makroskopowo tworzy on w bulionie zbite kłaczkki lub grudki. Rośnie znacznie wolniej i mniej obficie, niż paciorkowiec krótki, w bulionie, na agarze, kartoflu i żelatynie, której nie rozpuszcza. Jest znacznie wrażliwszy na działa-

nie ciepłoty w porównaniu z paciorkowcem krótkim. Jest również od tego ostatniego więcej jadowity. Widzimy więc, że *streptococcus longus* LINGELSHEIM'a wielce jest zbliżony do *str. conglomeratus* KURTH'a co do cech morfologicznych.

Dalszy ciąg badań nad *str. longus* przeprowadził BEHRING. Przeciwno klasyfikacji paciorkowców na zasadzie własności morfologicznych pierwszy powstał HOLST w r. 1891. Przedewszystkiem dowodził on, że niema żadnej zależności pomiędzy morfologicznymi własnościami paciorkowca a jego pochodzeniem. Powtóre, obserwował on przejście jednej odmiany w drugą w ustrój królika, a nawet w hodowlach.

Później PETRUSCHKY w r. 1894 widział paciorkowce bardzo jadowite, a wywołujące zniętienie bulionu. Jeden z paciorkowców PETRUSCHKY'ego po przeprowadzeniu przez ustrój królika, a później świnki morskiej nabrał cech *str. conglomeratus* KLEIN'a i KURTH'a.

SIEBER-SCHOUMOWA wyodrębnia paciorkowca płonicy od paciorkowca ropnego i róży na zasadzie własności chemicznych, a mianowicie:

1) Paciorkowce płonicy przy rozkładzie cukru wytwarzają wodór oprócz kwasu węglowego, podczas gdy 2 poprzednie wytwarzają tylko kwas węglowy.

2) Szybko i łatwo rozkładają salol.

COURMONT odróżnia paciorkowca MARMOREK'a od paciorkowca róży na zasadzie jadowitości. MARMOREK obstaje za identycznością różnych odmian paciorkowca, opierając się na 3 odczynach biochemicznych.

1) Przy przeprowadzaniu przez ustrój królika każdy paciorkowiec wywołuje zjawiska hemolizy *in vivo* i *in vitro*. Różnice dla różnych odmian są prawie żadne; jedynie paciorkowce płonicy hemolizują słabiej, niż inne. (SCHOTT-MUELLER jednak zaznacza, że nawet paciorkowce płonicy nie różni się pod tym względem od innych — przynajmniej *in vitro* — na agarze, że krwią).

2) Na przesączu 24—48 godzinnej hodowli paciorkowca nie jest w stanie rozwijać się ani ta odmiana, od której odsączyliśmy podłoże, ani też żadna inna odmiana paciorkowca. Jedyne paciorkowce płonicy rozwija się, chociaż bardzo powolnie.

3) Stosując duże dawki surowicy przeciw paciorkowcowej, możemy uratować od śmierci królika, zarażonego jakąkolwiek bądź odmianą paciorkowca

MEYER natomiast, opierając się na zjawiskach aglutynacji, twierdzi, że nie może być mowy o jedności różnych odmian paciorkowca. Surowica, otrzymana od koni, uodpornionych paciorkowcem gościecowym, aglutynuje następujące odmiany paciorkowca: *angina follicularis*, *rheumatica*, *scarlatinosa*, *pleuritis serosa*, *rheumatismus articulozum*, zaś nie aglutynuje paciorkowca róży i posocznicy.

ARONSON powtarza doświadczenia MEYER'a z różnymi odmianami paciorkowców i różnymi surowicami i przychodzi do wręcz przeciwnego wniosku. Według tego autora niema zasadniczych różnic pomiędzy różnymi odmianami paciorkowca ani co do jadowitości, ani w obrazie klinicznym, ani w przebiegu uodporniania, ani wreszcie w zjawiskach aglutynacji. Ostatnio SCHOTTMUELLER próbował przeprowadzić rozdział paciorkowców na 2 grupy: wytwarzającą barwnik na agarze z dodatkiem krwi ludzkiej i nie wytwarzającą tego barwnika. DENYS przemawia za identycznością paciorkowców.

Z zestawienia tych badań widzimy, że szczególniejszą uwagę w ostatnich czasach zwrócono na paciorkowce. Podczas gdy jedni autorowie przypisywali im etiologiczne znaczenie w płonicy, inni i to w dość znacznej liczbie — drugorzędną rolę. Wszyscy jednakże nie zaprzeczają wpływu ich na przebieg płonicy.

Do badaczy, którzy w płonicy widzieli czystą postać zakażenia paciorkowcami, należy zaliczyć KLEIN'a, KURTH'a, BABES a, D'ESPINE'a, SOERENSEN'a, W. CLASS'a, BAGIŃSKIEGO, SOM-

MERFELD'a i HLAWE; G. CROOKE zaś, A. FRAENKEL, RASKINA, HEUBNER, MARMOREK i SLAWYK stawiali w zależności zakażenia płonice od zarazka, dotąd niezbadanego. Ten ostatni w obecności paciorkowców ma znajdować przychylne warunki dla swego istnienia, jego jadowitość wzmaga się, tak że przenikanie przez jamę ustną, a w szczególności przez migdałki do naczyń chłonnych i krwionośnych staje się możliwym. Pogląd ten na płonicę dość się rozpowszechnił, lecz nie zadowolnił jeszcze wielu badaczy. To też MOSER, opierając się na badaniach BEHRING'a i MARMOREK'a, że u zwierząt, uodpornianych paciorkowcami, występują we krwi ciała swoiste, postanowił na tej drodze szukać wyjaśnienia roli paciorkowców w płonicy. Od roku 1897 udało mu się ze krwi 99 trupów dzieci, zmarłych na płonicę, 63 razy otrzymać paciorkowce, zaś za życia tylko 2 razy przy przekłuciu jamy mózgo-rdzeniowej. Nie otrzymywał paciorkowców tylko w razie szybkiego przebiegu choroby, lub jeżeli śmierć występowała wskutek powikłań, jak zapalenie wsierdza, zapalenie płuc i t. d. Na podstawie tych danych MOSER etiologię płonicy czyni zależną od paciorkowców. Praca MOSER'a ze względu na wyniki jest bardzo ważna, dla tego też streścimy ją obszerniej, tem bardziej, że ona służyć nam będzie do ocenienia wartości leczniczej surowicy przeciwploniczej naszego wyrobu. Prace DENYS'a i jego uczniów oraz MARMOREK'a nie przekonały MOSER'a o jedności paciorkowców, dla tego też uodparniał on swe konie paciorkowcami, otrzymanymi ze krwi dzieci, zmarłych na płonicę. Hodowle otrzymane nie były przeprowadzane przez zwierzęta, ażeby, jak tego dowodzą DENYS, PETRUSCHKY i KOCH, nie zmienić własności paciorkowców, pochodzących od ludzi, lecz tylko z bulionu na bulion. Przyjmując odmienność paciorkowców w płonicy, MOSER miał nadzieję wykazać związek przyczynowy, jeżeli surowica będzie miała zastosowanie w leczeniu tej choroby. Do uodporniania koni MOSER używał miesza-

niny nawet 10 paciorkowców z płonicy: Hodowle bulionowe 3—6 dniowe nie zabite były zastrzykiwane koniom początkowo do żył, następnie podskórnie raz na tydzień w ilości od 2 do 200 ctm.³. Odczyny u koni były umiarkowane i krótkotrwałe, ciepłotę najwyższą notowano 39,7° C. Po 8 miesięcznym uodparnianiu koni MOSER przystąpił do leczenia surowicą dzieci chorych na płonice. Obserwacje były przeprowadzane w szpitalu św. Anny w Wiedniu. Pierwsze sprawozdanie tyczy się 84 przypadków, leczonych surowicą. Co do natężenia sprawy chorobowej, dzieci były dzielone na 4 kategorie: z przebiegiem 1) lekkim, 2) średnim, 3) ciężkim i 4) śmiertelnym. Rokowanie stawiał MOSER w zależności od subiektywnych i obiektywnych objawów, biorąc pod uwagę wzrost, rodzinne usposobienie i inne czynniki. Dzieci, leczone surowicą 1 lub 2 dnia choroby, nie dały żadnej odsetki śmiertelności, następnie odsetka śmiertelności wzrasta w miarę opóźnienia leczenia. Dawka jednorazowa wahała się pomiędzy 30 i 180 ctm. sz. surowicy. Wpływ jej na przebieg choroby o tyle był widoczniejszy, o ile rozpoczynano leczenie większymi dawkami. Również lepsze wyniki otrzymywał MOSER, lecząc dzieci jednorazowymi dużymi dawkami, niż mniejszymi, a powtarzanymi. Surowica koni, dłużej uodparnianych, okazywała się skuteczniejszą. Odsetka śmiertelności w szpitalu św. Anny w Wiedniu w 1901 r. wynosiła 9%, pomimo że surowica była stosowana tylko w 11,59% wszystkich chorych, i że do tego szpitala były przyjmowane tylko dzieci kategorii III i IV. W 5 innych szpitalach w tymże roku odsetka śmiertelności z płonicy wynosiła 13,09%.

Obecni wytwórcy tej surowicy są w tem położeniu, że nie są w stanie określić jej siły, ponieważ paciorkowce, otrzymywane z przypadków płonicy, jak to zaznacza MOSER, nie są chorobotwórcze dla małych zwierząt, jak króliki i świnki morskie. Wpływ więc działania surowicy na przebieg płonicy możemy udawadniać tylko obserwacjami klinicznymi. Rozpatrzmy, na czym

polega działanie surowicy według MOSER'a. Przedewszystkiem występuje poprawa stanu ogólnego, która uwidocznia się w wielu przypadkach w przeciągu 24 godzin po zastrzyknięciu surowicy. Chory czuje się lepiej. Osłabienie znika, chory jest rześwieszy, podnosi się i zaczyna przyjmować pokarmy. Wysypka po wczesnem zastrzyknięciu nie dochodzi do pełnego rozwoju, albo zmienia się rażąco wcześniej, niż dawniej. Objawy ze strony układu nerwowego nikną w przeciągu krótkiego czasu. Widoczny wpływ specyficznego działania surowicy na przebieg choroby w przypadkach bez powikłania ze strony gardzieli zaczyna się obniżeniem ciepłoty. W 24 godziny po zastrzyknięciu ciepłota ciała spada do normy, w jednym nawet przypadku było obniżenie o 3,6° C. bez objawów zapaści. Tętno staje się mniej częstem, szkodliwego wpływu surowicy na serce MOSER nie zauważył. Zaburzenia w oddychaniu, które niekiedy dają obraz ostrego zatrucia, ustępują względnie szybko. Czy surowica wpływa na zmniejszenie częstości powikłań ze strony nerek, trudno coś stanowczego orzec, zaznacza jednak MOSER, że w przypadkach, leczonych surowicą, zapalenie nerek wystąpiło w 13%. HEUBNER podaje odsetkę 20% dla zapaleń nerek w płonicy. Postacie septyczne, kończące się śmiercią przy objawach ogólnego wyniszczenia, przy leczeniu surowicą MOSER obserwował rzadziej. Na korzyść surowicy MOSER stanowczo zaznacza krótszy przebieg choroby i wcześniejszy okres zdrowienia, nie może jednak nie powiedzieć co do częstości zapaleń stawów i uszów.

Z powikłań po surowicy wspomina MOSER tylko o wysypkach i bólach w stawach, lecz nie częściej, niż po surowicy przeciwbłoniczej. Te nieprzyjemne powikłania przypisuje MOSER nie tylko samej surowicy, lecz i indywidualności chorych. Te powikłania groźniejszych następstw nie miały, również nie widział on zapaleń nerek, jako następstwa działania surowicy.

Dla porównania MOSER leczył dzieci surowicą normalną i surowicą przeciwpaciorkowcową MARMOREK'a, lecz bez widocznego wpływu. Zapobiegawczo surowica była stosowana u 39 dzieci w ilości 10 ctm. sz., lecz wniosków żadnych MOSER nie wyprowadza z tych doświadczeń. Kończy swoją pracę MOSER nadzieją, że odsetka śmiertelności jeszcze się obniży, jeżeli dzieci będą leczone w samym początku choroby i zwiększonymi dawkami.

Czy paciorkowce są właściwymi czynnikami płonicy, czy też towarzyszą tylko innemu zarazkowi, dotąd bliżej nie zbadanemu, MOSER stanowczej odpowiedzi w swej pracy nie daje, jednakże kategorycznie zaznacza ich odrębność, a nawet robi przypuszczenie ich specyficzności.

BUJWID i GERTLER w swej pracy o surowicy przeciwpłoniczej przypisują paciorkowcom rolę drugorzędną, upatrując w nich tylko przyczynę powikłań. Do uodparniania koni posiłkują się hodowlą paciorkowca, otrzymanego z płonicy, która w ilości 0,000001 ctm. sz. zabija królika w ciągu 24 godzin. Otrzymana surowica jest tej siły, że 0,5 ctm. sz. chroni królika od dawki dziesięciokrotnej (0,00001).

(D n)

C z t e r y ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej.

Podał

Franciszek Neugebauer.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 45)

Drugie spostrzeżenie moje dotyczy sprawy sądowo-lekarskiej. Dnia 9.VI. 1903 r. sąd okręgowy jednego z większych miast prowincjonalnych skierował do mnie 26-letnią kucharkę internatu gimnazjum męskiego, którą aresztowano wskutek denuncyaeyi. Denuncyacya opiewa-

ła, że kucharka ta spółkuje z kobietami. Aresztowana była w nocy o pierwszej prosto z łóżka swojej przyjaciółki. Podobną sprawę z policją kucharka ta miała już po raz czwarty. Osobiście przyznała się do zarzuconego jej czynu. Sąd wtedy kazał ją zbadać przez kilku lekarzy na prowincyi, później zaś skierował ją do Warszawy dla określenia przezemnie w przeciągu terminu dwumiesięcznego, jaką właściwie wadą rozwojową osobnik ten jest dotknięty, i czy w ustroju jego przeważa płeć męska, czy kobieca? P. P. pochodzi ze wsi, ojciec zmarł, gdy liczyła lat 8, czterech braci dobrze ukształtowanych żyje, trzy siostry zmarły, matka liczy obecnie lat 68. W rodzinie żadnych wad rozwojowych dotąd nie zauważono. P. P. wychowano za dziewczynkę, w 17 roku życia obudziło się w niej poczucie płciowe męskie, i od tego też czasu stale i to bardzo często i namiętnie spółkowała z kobietami. Gdy zadałem jej pytanie, czy którakolwiek z kobiet, z którymi miała stosunek, nie zaszła w ciążę wskutek takiego stosunku, odparła: „Ja tego wiedzieć nie mogę, bo dłużej, niż miesiąc, nigdy z jedną i tą samą się nie zadawałam“. W ubraniu kobiecem P. P. czyni wrażenie kobiety, normalnie zbudowanej, o bogatym *panniculus adiposus* podskórnym, który też symuluje dobrze rozwinięte sutki, pomimo że gruczołów sutkowych wcale nie ma. Bogactwo warstwy podskórnej tłuszczu jest przyczyną zao krąglenia kobiecego konturów ciała. Rysy twarzy są kobiece, nie ma wyraźnego owłosienia męskiego, a istnieje tylko lekki puszek. Wzrost średni. Owłosienie sromu kobiece, niezbyt obfite. (Patrz Fig. 1, 2, 3, 4).

Srom wygląda, jak u spówdca męskiego o *hypospadiasis penoscrotalis*. Pochwy nie zauważyłem. Mocz P. P. oddaje po kobiecemu. Na miejscu lechtaczki widać spore prącie męskie, u spodu rozszczępione; w rynnie, odpowiadającej rozszczępionej cewce, widać kilka *lacunae MORGAGNII*. Otwór cewki leży poniżej osady prącia. Członek ma wielkość normalnego prącia, naple-

tek obfity w tył cofnięty, tak, że żołądź w całości przedstawia się obnażoną. Erekcye prącia są częste i energiczne, występują i przy badaniu organów płciowych. Czy istnieją wytryski, czy nie, P. P. nie potrafiła powiedzieć, ja sam wytrysku nie zauważyłem: kilka kropel śluzu, *ex orificio urethrae* wydzielanego, nie zawierało cech charakterystycznych dla nasienia. Odruchy *mm. cremasterum* niezbyt wyraźne. W pozycji sto-

sama też koniecznie pragnie przyznania praw męskich i dla tego też zgodziła się chętnie na proponowaną przezemnie operacyę czysto dyagnotyczną: nacięcia powłok skórnych przed kanałem pachwinowym lewym. Ponieważ kwestya musiała zarówno interesować chirurga, jak i ginekologa, przedstawiłem osobnika tego kol. W. STANKIEWICZOWI, który podzielał podejrzenie moje co do „*erreur de sexe*“. Dnia 9.VI. doko-

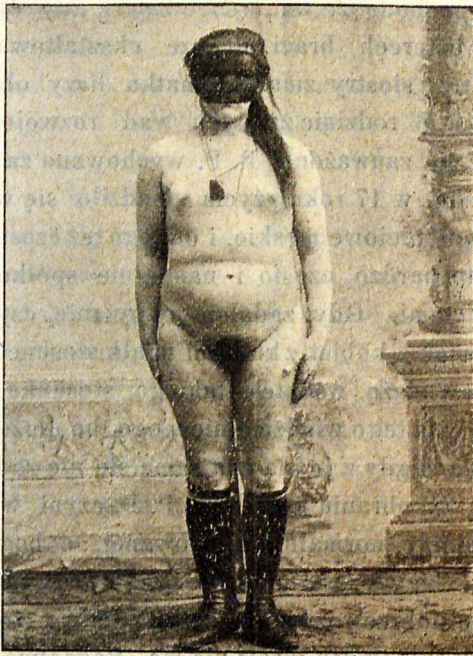


Fig. I.

jącej po stronie lewej występuje przed otwór zewnętrzny kanału pachwinowego jakieś ciało twarde jajowatego kształtu, bardzo wrażliwe na ucisk, gładkie; z ciała tego wychodzi powrozek ku górze, ku jamie brzusznej; przy badaniu ciało to nieraz cofa się napowrót do jamy brzusznej. Na fotografii (patrz rysunek) widać dobrze wypuklenie powłok skórnych przez to ciało, gdy je, palcem od góry unieruchomiłem. Wszelkie prawdopodobieństwo przemawiało za tem, że kucharka ta jest mężczyzną;

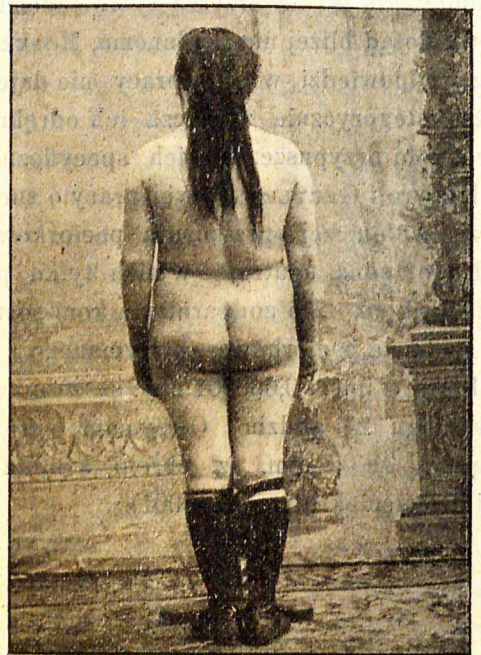


Fig. II.

naliśmy pod narkozą cięcia, jak przy herniotomii, ciało twarde podczas narkozy i przy leżeniu poziomem cofnęło się zupełnie w głąb kanału pachwinowego; udało mi się jednak, chociaż nie bez trudu, wydobyć je palcem na zewnątrz: okazało się wtedy, że chodzi nie o jedno ciało tylko, ale o dwa i wychodzący z nich powróż; oczywiście mieliśmy przed sobą jądro, lecz o dwie trzecie mniejsze, niż powinno być, charakterystycznego kształtu, barwy i konsystencyi, przyjądrze i sznurek nasienny. Nacię-

cie jądra (w jednym miejscu) okazało makroskopowo normalną zrazikowatą budowę mięszu i śluzową wydzielinę z przekroju. Ranę na jądrze zaszyto dwiema cienkimi nitkami, potem wsu-

ciła do domu. Ubrania męskiego, które jej podarowałem, na razie jeszcze na stałe nie włożyła, ponieważ woli się ubierać po męsku dopiero po przesiedleniu się do innego miasta, gdzie jej



Fig. III.

nięto ciałka napowrót do kanału pachwinowego i ranę operacyjną *tunicae* oraz powłok skórnych zaszyto kilkoma szwami, zdjętymi na szósty dzień. Nastąpił rychłozrost bez jakichkolwiek komplikacji, i Ludwika już jako Ludwik powró-

nił jeszcze nie zna. Jak czytałem później w gazetach, sąd okręgowy już zmienił metrykę Ludwika odpowiednio i przyznał mu prawa męskie. Ludwika już w ubraniu męskim przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskim dnia 16.VII.

Chodzi tutaj o wrzekome obojnactwo męskie zewnętrzne wskutek *hypospadiaseos penoscrotalis* oraz kryptorchizmu po stronie prawej absolutnego, po stronie lewej czasowego; cechy wtórne płciowe są kobiece, ogólny wygląd, kontury ciała, głos, *panniculus adiposus subcutaneus*, owłosienie są kobiece, włosy na głowie długie. Natomiast gruczoły płciowe, jedynie pleć decydujące, są męskie, chociaż mało rozwinięte; popędy płciowe są męskie, i przytem istnieje bardzo silna *libido sexualis*.

W danym przypadku sama natura, dzięki popędom płciowym normalnym mężczyzny i wywołanym przez owe popędy spółkowaniem z kobietami, wywołała podejrzenie mylnego określenia płci oraz interwencyę naszą, dzięki której, osobnik ten zdobył przynależne mu stanowisko socyalne.

Trzecie spostrzeżenie dotyczy 25-letniej służącej, która zgłosiła się do mnie kilka dni temu z prośbą o obcięcie na sromie jej tego, co niepotrzebne, i o umożliwienie spółkowania z mężczyznami. Pacjentkę skierował do mnie kol. GOLDBLUM, za co mu uprzejmie dziękuję w tem miejscu. Wyraz twarzy, owłosienie twarzy i ogólne bardzo bujne, czysto męskie, głos prędziej męski, niż kobiecy. Gruczołów sutkowych nie ma; warstwa podskórna tłuszczu skąpa, tak, że wszędzie konturują się silnie rozwinięte mięśnie. Wzrost niski. Krtań niezbyt wystająca. Miednica szeroka. Pagórek wenery bardzo chudy. Srom wygląda, jak przy niedorozwoju u męskiego spódzca. Prącie rozszczępione na dolnej powierzchni, czyli o cewce prąciowej rozszczępionej, nie dłuższe od małego palca i nie grubsze od średniego palca; napletek zupełnie wtył cofnięty, tak że *glans* zupełnie obnażony; erekcyi jakoby dotychczas jeszcze nigdy nie było, również i przy badaniu nie udało się jej wywołać; „*in urethra fissa*“ widać dokładnie trzy *lacunae MORGAGNII*, jedna ponad drugą leżące. Moszna próżna, wygląda jakby była rozszczępiona u samego szczytu, tam też znaj-

duje się otwór, z którego wydziela się mocza — przy cewnikowaniu trzeba było użyć *tour de main*; cewka bardzo długa, jak na kobietę. Przy badaniu *per rectum* pod narkozą wymacałem dokładnie po każdej stronie po jednym gruczole płciowym jajowatego kształtu, niezbyt małym, nie bardzo twardym, lecz bardzo przesuwalnym na wszystkie strony. W linii środkowej wymacaliśmy ciałko, jakby niewielką macię; jeden z kolegów chirurgów określił ciałko, w linii środkowej leżące, jako gruczoł krokowy, tem bardziej, że przy ucisku palcem, w kiszce leżącym, na to ciałko wydzielał się *ex orificio urethrae* białawoszarawy śluz. W śluzie tym jednak drobnowidznie wykazał żadnych morfologicznych składników charakterystycznych dla *prostatæ*, ani też elementów nasienia. Kwestya określenia płci, pomimo narkozy, pozostała otwartą. 12. X. 1903 roku przedstawiłem pannę X. w Towarzystwie Lekarskiem, dnia 19. X. dokonano cięcia brzuszno dyagnostycznego. Ponieważ panna ta obstawała przy żądaniu ucięcia jakoby męskiego członka i utorowania drogi dla stosunków z mężczyznami, obiecałem jej spełnienie żądania, ale pod warunkiem, że naprzód otworzymy jamę brzuszną, aby się przekonać, do jakiej płci należą gruczoły płciowe. Gdy znajdą się jajniki, wtedy obiecałem amputacyę członka oraz odszukanie otworu pochwy, o ile ona istnieje. Z powodu zadrażnienia ręki nie mogłem sam dokonać tego cięcia dyagnostycznego, wyręczył mnie łaskawie kol. Władysław STANKIEWICZ. Po otwarciu jamy brzusznej w położeniu *TRENDELENBURG'a* z łatwością *ex cavo pelvis* wydobyto macię średniej wielkości (jak u panienki dwunastoletniej czyli przed osiągnięciem dojrzałości płciowej) o normalnych jajowodach i o więzach obłych. Gruczoły płciowe makroskopowo wyglądały zupełnie, jak *ovaria*, mianowicie, widać było na ich powierzchni nawet tu i owdzie nabrane płynem *folliculi*. Widać było i *parovarium* po każdej stronie. Dla pewności jednak wycięto z lewego gruczołu

pleciowego klinowato kawałek tkanki dla drobno-
wizowego zbadania, którego podjął się kol.
STEINHAUS; doświadczenie albowiem uczy, jak

de facto jądrami, zawierającymi szereg małych
pęcherzykowatych cystek. Sam przekrój le-
wego jajnika, na miejscu wycięcia klina, przed-



Fig. IV

w przypadku A. MARTIN'a, że makroskopowa o-
cena gruczołu płciowego w takich przypadkach
nie wystarczy i, że gruczoły, przez niego wycię-
te i makroskopowo jako *ovaria* określone, były

stawiał obraz tkanki jajnika, a nie jądra.
Po zaszcyciu małej ranki jajnika i po zaszcyciu
rany brzusznej szwem (trzypiętrowym jedwa-
bnym), dokonano powyżej; zwykłego klampu

amputacji *clitoridis hypertrophicae* tuż przy jej nasadzie — na przekroju widać było oba *corpora cavernosa clitoridis*. Ranę zaszyto szeregiem szwów węzełkowatych i nałożono opatrunek. Osoba ta jest żeńskim obojnakiem wrzekomym o *hypertrophia clitoridis* i zarosnięciu prawie całkowitem szpary sromowej. Mikroskop wykazał, że gruczoły płciowe istotnie są jajnikami; odszukam teraz ujście zewnętrzne pochwy dla następnego rozszerzenia i udostępnienia dla kohabitacji. Ponieważ istnieje macica, stosunkowo dosyć dobrze rozwinięta, przypuszczam, że istnieje i pochwa, która prawdopodobnie otwiera się do cewki moczowej albo też, jeśli zewnętrzny otwór, którego uryna się wydziela, odpowiada ujściu pochwy, cewka otwiera się do pochwy. Ponieważ nie udało mi się obok kateteru, do pęcherza wprowadzonego, inną sondą dojść do samej szyi macicznej, na razie nie mogę jeszcze powiedzieć, jaki jest stosunek wzajemny pochwy do cewki w danym przypadku. Żadnej przepukliny nie było. U osoby tej wszelkie cechy płciowe, tak zwane wtórne, są męskie, natomiast poczucie płciowe jest kobiece, chociaż mało wyrażone: dotychczas ani menstruacji, ani *moliminum*, ani ejakulacji nigdy nie zauważyła pacjentka.

Spostrzeżenia żeńskiego wrzekomego obojactwa są rzadkie w stosunku do pospolitości wrzekomego obojactwa męskiego: dla tego spostrzeżenie to jest bardzo ciekawe i dyagnostycznie pouczające, lecz jeszcze bardziej ciekawe byłoby ono, jeśliby drobnowidz wykazał, że wzięte na razie za jajniki twory są jądrami, a nie jajnikami. Przypadek ten bardzo przypomina spostrzeżenie, niedawno ogłoszone przez kol. MARSA w Przeglądzie Lekarskim (z kliniki we Lwowie), (N. 40 z roku bieżącego): „Przypadek rzekomego obojactwa, leczony operacyjnie“.

Do kol. MARSA zgłosiła się 23-letnia starozakonna, od lat trzech zamężna, z prośbą o dokonanie takiej operacji, aby mogła spółkować z mężem, co dotychczas okazało się niemożeb-

nem. Jeden z kolegów, u którego chora była poprzednio, określił pleć jako męską i powiedział chorej, że jest raczej obojnakiem rzekomym męskim, niż kobietą — czyli że małżeństwo jej nie ma racji bytu! W rodzinie dosyć licznej wad rozwojowych dotąd nie zauważono. U X. X. do 16 roku życia nikt nie spostrzegł anomalii ustroju organów płciowych; wtedy dopiero ona sama zauważyła, że inaczej jest zbudowana, niż inne kobiety. Wychowano ją za dziewczynę i w 18 roku wydano za mąż za wiejskiego pisarza. Od 15 roku życia miała mi sięczkować regularnie — jest to punkt z wywiadów niezmiernie ważny dla rozpoznania płci wątpliwej, moim zdaniem — ponieważ regularne comiesięczne krwawienia ze sromu u męskich wrzekomych obojnaków, jak u Katarzyny Hohmann, należą do największych rzadkości, jak pokazuje kazuistyka, przezemnie zebrana. Mięszeczka miała być bardzo skąpa, pokazywały się zaledwie pojedyncze plamy krwawe w ciągu jednego dnia, którym towarzyszyły bardzo silne bóle w podbrzuszu i w krzyżu. Po zamążpójściu *cohabitatio* okazała się niemożliwą. Od 5 lat chora posiada silny zarost męski na twarzy, który starannie goli. Pacjentka niedowierzająca w wywiadach na niektóre pytania wcale nie odpowiada i udaje, że nie słyszy, nie powiedziała, czy miewa erektye członka, czy nie, lecz przyznała się do popędów płciowych kobiecych. Najwięcej obawia się, aby jej nie uznano za mężczyznę, albowiem wtedy nastąpiłby rozwód i nie miałaby z czego żyć.

Budowa ogólna ciała męska, chociaż wzrost niski; sutek nie ma. Owłosienie brzucha i sromu bogate, męskie; w miejscu, gdzie powinna być lechtaczka, widać prącie rozszczępione na dolnej powierzchni — *penis hypospadiacus*, które w stanie obwisłym ma aż 6 ctm. długości i ma grubość palca męskiego. Dwie wargi sromowe wielkie dobrze wykształcone, bogato owłosione, zbiegając się równolegle ku dołowi, nie okazują łączności w okolicy domniemanego więzadła

i gubią się bez wyraźnego ograniczenia w szerokim międzykroczu. Na dolnej powierzchni *membra virilis* widać rozszczepioną cewkę prącia, śladu warg małych nie ma. Wargi większe po rozchyleniu są ze sobą połączone, przechodzą jedna w drugą, dzieli je tylko rowkowate zagłębienie, wysłane różowawą skórą, jaśniejszą od otoczenia. Rowkowate to zagłębienie nie ma żadnego śladu więzadelka lub jakiegokolwiek wyniosłości i gubi się w szerokim międzykroczu bez żadnego odgraniczenia. Badanie przez odbytnicę ujawniło ciało 2 cm. długości, w którym kol. MARS upatruje macię, ponieważ od niego po każdej stronie odchodził powrozek ku bocznej ścianie miednicy. Przy powrózku tym po każdej stronie można było wymacać ciało wielkości fasoli—gruczoł płciowy. MARS rozpoznał płeć męską o przeroście lechtaczki i częściowem zrośnięciu warg sromowych wielkich pomiędzy sobą. Szukając dowodów takiego rozpoznania, wprowadził sondę do otworu, z którego mocz się wydzielal: posuwając kateter po górnej ścianie cewki wdrażał do pęcherza, posuwając zaś kateter po dolnej ścianie cewki, po przewyciężeniu jakiejś nieznacznej przeszkody, wprowadził kateter do innej jamy, z której mocz się nie wydzielal, czyli do pochwy. Po znalezieniu pochwy, chodziło o to, aby udostępnić jej ujście, przecinając zrost wielkich warg sromowych pomiędzy sobą, i rzeczywiście udało mu się to tak wyśmienicie, że *ad oculos* mógł demonstrować otwór cewki, a poniżej jego otwór pochwy. Ranę linearną zaszył tak, że połączył powłoki skórne z błoną śluzową, wyściełającą przedsionek, tak że: „blizna przedstawiała się w kształcie litery U”. Kanał, do którego wchodził kateter od strony sro-

mu na długości kilku centymetrów był wspólnym ujściem i cewki i pochwy, czyli *stricte* mówiąc: pochwa otwierała się do cewki, pozornie męskiej i dla tego bardzo długiej, jak na kobietę. W następstwie MARS systematycznie rozszerzał pochwę rozszerzaczami HEGAR'a, tak, że narreszcie udało mu się do pochwy wprowadzić *speculum* Cusco i udostępnić dla oka i dla palca *portionem vaginalem uteri*. Po jakimś czasie chora powróciła do niego ze skargą, że pochwa jeszcze jest za ciasna i, że własne *membrum* jej przeszkadza przy spółkowaniu, prawdopodobnie wobec erekeji, do których chora nie chciała się przyznać. MARS ma zamiar po wakacyach powtórnie zapisać chorą do szpitala, *membrum* owo obciąć i postarać się o plastyczne rozszerzenie pochwy. Jeśli gruczoły płciowe w tym przypadku rzeczywiście są jajnikami, a nie jądrami, czego bez zbadania mikroskopowego nikt powiedzieć nie potrafi, dana osoba jest rzekomym kobiecym obojnakiem, jeśli zaś są jądrami jest męskim — widać więc, że pomimo operacyjnego leczenia w danym przypadku właściwie nie ujawniono płci z absolutną pewnością. Jest jednak mojem zdaniem jeden punkt, w wywiadach zawarty, który prawie stanowczo przemawia za płcią żeńską, to są owe jakoby menstrualne krwawienia. Niestety! MARS sam opowiadaniu chorej o tych krwawieniach wielkiej wagi nie przypisywał, ponieważ doświadczenie uczy, że tego rodzaju osobniki często pod tym względem nawet lekarza okłamują, z przyczyny zresztą łatwo zrozumiałej.

Może być, że spostrzeżenie moje trzecie i spostrzeżenie kol. MARSA są zupełnie analogiczne.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

131. A. STRAUSS. **Wstrzykiwania zewnątrzoponowe** (*injectiones epidurales*) **przez przekłucie kanału kości krzyżowej** (*canalis sacralis*).

Metodę nadoponową wprowadzania leków do kanału kręgowego z pominięciem rdzenia zawdzięczamy francuskiemu lekarzowi CATHELIN'owi. Odróżnić ją należy od wstrzykiwań QUINCKE'go do przestrzeni podpajęczej (*spatium subarachnoideum*) drogą przekłucia lędźwiowego (*punctio lumbalis*).

Już HALLION, robiąc doświadczenia z wstrzykiwaniami kokainy podoponowemi, doszedł do przekonania, że alkaloid ten działa prawie wyłącznie na korzenie nerwowe rdzenia kręgowego, a bardzo mało na sam rdzeń. Z tego wynikała potrzeba znalezienia takiej drogi, któraby pozwalała oddziaływać bezpośrednio na same korzenie, nie dotykając rdzenia.

CATHELIN, przeprowadzając w tym kierunku poszukiwania anatomiczne, wybrał przestrzeń epiduralną, t. j. zawartą między oponą twardą rdzenia a okostną wewnątrzkręgową, z wejściem przez dolny otwór kanału kości krzyżowej. Przestrzeń nadoponowa przedstawia się jako walek. Jest ona wypełniona mniej lub więcej zbitą tkanką łączną z żyłami, wytwarzającymi potężne sploty. Jest to droga bardzo dogodna do wprowadzania substancji chemicznych, szczególnie działających surowic oraz toksyn pochodzenia drobnoustrojowego. Przy porównaniu drogi nadoponowej z podskórną okazało się, że błękit metylenowy 2 razy prędzej przez pierwszą drogę się wehłania. Ilość płynu, jaką nadoponowo wprowadzić można, jest dość znaczna. Normalnie 115 ctm. płynu wypełniają przestrzeń nadoponową, nie wywołując ucisku rdzenia. Można jednak wprowadzać o wiele większe ilości bez wywołania nieprzyjemnych objawów.

Co się tyczy techniki, to posługiwać się można każdą igłą z wyjątkiem PRAWATZ'owskiej, gdyż ta jest za mała. Również nie zupełnie nadaje się igła, używana do przekłucia lędźwiowego, gdyż jest za długa i łatwo zranić mogłaby

worek opony twardej albo nerwy. Najlepiej używać zwykłej igły do wstrzykiwania surowicy. CATHELIN posługuje się igłą 6 ctm. długości i 3 mm. grubości z długą ukośną powierzchnią. Co do samych szprycek, to każdej używać można. Wstrzyknięcie wykonać można w stojącej pozycji chorego, lepiej jednak ułożyć go na lewym boku z przyciągniętymi do brzucha udami, przez co kość krzyżowa wyraźniej występuje, i blona nad otworem kanału krzyżowego napina się.

Miejsce wkłucia poznać można, kierując się 3 punktami, z których 2 są stałe. Są to 2 małe wyrostki kostne, które u osób nie bardzo otyłych łatwo wyczuć można palcem, a u chudych nawet łatwo widzieć, 5 tylne i dolne wyrostki kości krzyżowej. Punkt niestały leży pomiędzy i powyżej poprzednich; jest to najwyższy punkt wyrostka ciernistego kości krzyżowej, który może brakować, być rozdwojonym, gładkim, albo znacznie wypukłać się. Te 3 punkty, połączone liniami, tworzą trójkąt z wierzchołkiem, ku górze zwróconym. Przestrzeń ta ma przeciętną szerokość 1 ctm. i wysokość 2 ctm..

W celu znalezienia miejsca wkłucia prowadzi się wskazicielem lewej ręki, której przedramię spoczywa na grzbiecie, po wyrostkach ciernistych, dopóki palec wpadnie w trójkątne zagłębienie. Palec wyczuwa wtedy jamkę trójkątną z 2 bocznymi, ukośnie biegnącymi wyniosłościami, które zakończają się wyrostkami. Od końca brzozy pośladowej miejsce to oddalone jest o 1 — 3 ctm. i leży, na co szczególną uwagę zwrócić należy, przy bocznym położeniu chorego bynajmniej nie zawsze na przedłużeniu tej brzozy, lecz, zwłaszcza u osobników chudych, nieco powyżej (t. j. naprawo) tejże. Przy niejkiej wprawie po największej części bardzo łatwo to miejsce znaleźć. Szczególną oznakę stanowi to, że jest ono łatwo uciskalne, przypominając pod tym względem ciemiączko (*fontanelle*).

Po wymyciu wodą i mydłem, wytarciu wyskokiem lub eterem, wkłuwają się wyjałowioną

igłę w zagłębienie między 2 bocznymi występami, nieco powyżej linii, łączącej te występy. Naciskając lewym wskazicielem na skórę dla wywołania większego napięcia opony i trzymając igłę, ukośną powierzchnią zwróconą ku górze, między paluchem i palcem środkowym, wkluwamy zlekka ukośnie pod 20° nad linią poziomą dopóty, dopóki nie odbierzemy wrażenia, że opona przekłutą została, następnie opuszczamy igłę i posuwamy ją, trzymając się linii środkowej. Jeśli natrafiamy na przeszkodę (ścianę kostną), to nieco igłę wyciągamy i trochę więcej opuszczamy, poprawiając kierunek wkluwania, jeśli zboczyliśmy od linii środkowej. U dzieci technika jest jeszcze łatwiejsza, niż u dorosłych, gdyż trójkąt jest większy. Igłę wkluwamy na jakie 4 ctm.

Wklucie jest bardzo mało bolesne i nie wymaga przeto uprzedniego znieczulenia. Przy wstrzykiwaniu nie powinien się tworzyć obrzęk, co stanowi najlepszy dowód, że przeniknęliśmy do kanału krzyżowego. Miejsce wklucia pokrywa się albo kolodium albo plasterkiem. Jedni chorzy po wstrzyknięciu doznają uczucia ucisku w krzyżu, inni — uczucia jakby kuli, podnoszącej się w górę, inni znów uczuwają jakby wstrząśnienie elektryczne, niektórzy nie doznają prawie żadnych sensacji. Nieprzyjemnych stanów następujących po największej części nie spostrzega się. CATHELIN nie spostrzegał ich na przeszło tysiąc wstrzyknięć. Jako przeciwwskazania, wymienić można: *spina bifida* z otwartym kanałem, wrodzone guzy, ciężę, brak *hiatus* wskutek skostnienia oraz niemożność znalezienia wejścia do kanału, co zdarzyć się może szczególnie u osobników otyłych.

Wyniki, otrzymane przy stosowaniu metody nadoponowej, są bardzo zachęcające. Ze środków znieczulających, najczęściej używano chlorku kokainy w roztworze $\frac{1}{4}$ — 4° . Zwykle wystarcza roztwór 1%, z którego wstrzykuje się 1 — 4 ctm. Okazało się jednak, że kokainę zastąpić może fizyologiczny roztwór soli nawet w cierpieniach, połączonych z bólem. STRAUSS często stosuje wstrzykiwania sublimatu drogą nadoponową w syfilisie, przyczem posługuje się następującym roztworem: *Hydrargyri bichlor. corros.* 2,0, *Natrii chlor.* 4,0, *Aq. destill. ad* 100,0. Wstrzykiwać co drugi dzień 1 grm. Chorzy albo bardzo mało, albo zupełnie

nie skarżą się na bóle, pozostaje jednak na kilka dni uczucie ucisku w okolicy krzyża. Wchłanianie soli rtęciowych nierozpuszczalnych, czy rozpuszczalnych w przestrzeni nadoponowej odbywa się o wiele prędzej i zupełniej, niż przy stosowaniu wewnątrzmięśniowym. Przytem nerw kulszowy nie jest tu wcale narażony na uszkodzenie. W przypadkach przymiotu mózgo-rdzeniowego wstrzykiwania nadoponowe winny jeszcze zostać wypróbowane na większym materiale. CATHELIN zaleca także nadoponowe stosowanie kreozotu, gwajakolu, arsenu w niektórych przypadkach gruźlicy. Można by także tą drogą wprowadzać brom i jod w padaczkę, chlorał w tężcu, wyciągi organiczne w szale, surowicę sztuczną w zapaleniu opon, mocznicy i t. d. Szczególniej zaś nadaje się do epiduralizacji fizyologiczny roztwór soli kuchennej, który w mocznicy, stanach osłabienia serea, zapaści i t. d. w dużych ilościach szybko i pewnie do ustroju wprowadzić można. MACLAIRE leczył dzieci z chorobą POTTA gliceryną jodoformową, stosowaną epiduralnie.

Doskonale wyniki ogłasza CATHELIN, po stosowaniu surowicy sztucznej w sprawach septycznych. Dobre wyniki otrzymano także w nerwobólach po stosowaniu fizyologicznego roztworu soli (10 — 15 grm. fizyologicznego roztworu codzien lub co drugi dzień). Już po jednym lub kilku wstrzyknięciach może nastąpić wyleczenie. Doskonały skutek osiągnął BERGOUIGNON przy bólach pęcherza pochodzenia tabetycznego. Doskonale wyniki otrzymano także w kolce ołowianej. Wyniki, otrzymane przy bolesnem moczeniu w zależności od zapalenia pęcherza gruźliczego lub tryprowego, od roponercza lub raka, są tylko czasowe, trwają bowiem od kilku godzin do kilku dni. Znakomite skutki osiąga się przy wszelkich możliwych postaciach *incontinentiae urinae*. Liczne przypadki *enuresis nocturnae* u dzieci i młodych osób, *enuresis diurna et nocturna* u dzieci i dorosłych uległy znacznej poprawie lub zostały wyleczone. CATHELIN używał przytem fizyologicznego roztworu soli kuchennej (7,5:1000) przy ciepocie pokojowej i na każdym posiedzeniu wstrzykiwał wolno 5 — 20 grm., a w uporczywych przypadkach 30 — 40 grm. Zdawałoby się dziwnem, że te same wstrzykiwania, które w *incontinentia urinae* tak znakomicie działa-

ją, mogą pożądanym skutkiem wywierać także w *retentio urinae*. Leczący taki sam stosunek zachodzi przy uśpieniu chloroformem, które raz wywołuje *incontinenciam*, drugi raz *retentionem urinae*; to samo widzimy niekiedy przy złamaniu kości krzyżowej oraz w przebiegu tych samych cierpień rdzenia.

Dalej spostrzega się polepszenie i wyzdrowienie przy t. zw. wrzekomem nietrzymaniu moczu, a więc u chorych, cierpiących na wielomocz (*polyuria*) pochodzenia psychopatycznego, oraz u tych, którzy, chcąc urynować, nie mogą wstrzymać moczu; dalej przy częstych zmazaniach nocnych (*pollutiones*), przy niemocy, nasienioto-

u neurasteników rozmaitego rodzaju, zwłaszcza zaś u młodych ludzi, którzy wskutek obciążenia dziedzicznego lub samogwałtu skarżą się na rozmaite dolegliwości w obrębie dróg moczopłciowych. Wielu tego rodzaju chorych cudownie reaguje na wstrzykiwania nadoponowe.

Wyniki, otrzymane przez autora od wstrzykiwań epiduralnych, są bardzo zachęcające i zgodne z wynikami, osiągniętymi przez CATHELIN'a. Można śmiało powiedzieć, że CATHELIN wzbogacił terapię nową metodą, której wartość wkrótce powszechnie uznaną zostanie.

(*Berlin. klin. Wochenschr. N. 33. 1903 r.*)
Pechkranc.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Miednica polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego.

(Praca nagrodzona na konkursie imienia KONITZA).

Napisał d r med. Włodzimierz POPIEL.

Pamiętnik Towarzystwa Lek. Warszawskiego rok 1903.

Myśl, że dla każdej rasy musi istnieć odpowiednia postać miednicy, jest tak logicznym wynikiem naszych pojęć antropologicznych, że nie wymaga dalszych uzasadnień. Jednak upłynęło wiele lat, zanim prace VROLIK'a, MARTIN'a, FRITSCH'a, VERNEAU i SCHROEDER'a na zasadzie odpowiednich pomiarów potwierdziły tę myśl, narzucającą się nam *a priori*. Prace te określiły wymiary miednicy europejskiej (właściwiej —germanki) i, podawane we wszystkich podręcznikach, jako wymiary miednicy normalnej, służyły za podstawę w naszych rokowaniach i zabiegach akuszeryjnych.

Niezbędnym logicznym następstwem naszych rozumowań antropologicznych musi być myśl, że, jeżeli istnieją różnice rasowe, to muszą istnieć i nieznaczne różnice plemienne, że zatem każdy naród musi posiadać własny typ prawidłowej miednicy kobiecej, miednicy normalnej w stosunku do przeciętnego plemiennego płodu (*resp.* jego główki). W wydanej w Warszawie

w r. 1896 książce ¹⁾ prof. JASTREBOW odróżnia dla każdego narodu miednicę przeciętną plemienną, miednicę normalną: miednicę kobiety — matki.

Za miednicę normalną dla danego narodu należy uważać taką, przez którą może przejść przeciętne donoszone dziecko (tegoż narodu) *viribus naturae*, bez tych powikłań, które zależą od niewspółmierności płodu i miednicy. „Normalną miednicę dla każdego narodu można określić w ten sposób: należy znaleźć wagę i wymiary przeciętnego płodu danego narodu, a następnie wybrać miednicę, przy których taki płód może się urodzić normalnie“ (JASTREBOW l. c.).

Przytaczając powyższe zdanie, w którym się mieści i teoretyczne uzasadnienie i plan pracy, dokonanej przez POPIELA, wyręczęm poniekąd autora, który, nie podając powyższego źródła, mógł w nieobeznany z literaturą odnośną czytelniku wzbudzić niezаслужone uznanie za oryginalność pomysłu i wykonania ²⁾.

Chcąc wywiązać się z podjętego zadania, dokonał POPIEL pomiarów na stu donoszonych normalnych polskich noworodkach, urodzonych

¹⁾ Kurs akuszerstwa. JASTREBOW str. 72.

²⁾ Z instytutu położniczego warszawskiego, jako opracowanie myśli, rzucanej przez JASTREBOW'a, wyszły przed pracą W. POPIELA następujące prace: A. PAWŁOW. Miednica polki i jej płód—1897 r. M. PAPIERNY. Miednica żydówki.

viribus naturae. Zastosowawszy formułę STIEDY, otrzymał P. w ten sposób cyfry, wykazujące, że przeciętne zdrowe nowonarodzone dziecko polskie ważyć będzie 3480 — 3555 grm., przy długości ciała 50 — 51 ctm., obwodzie główki = 34,5, wymiarze prostym 11, wymiarze poprzecznym dużym = 9, wymiarze poprzecznym małym = 7,8, skośnym dużym = 13 i skośnym małym = 9,4. Noworodek polski odznacza się podług tych liczb mniejszą główką, niż noworodek niemiecki. Największa różnica jest w wymiarze prostym główki i wynosi 0,75 ctm.

Miednica kobiety-polki, przez którą taki właśnie płód podczas normalnego porodu przejdzie, powinna być uważana za prawidłową i służyć jako typ polskiej miednicy. Dokonawszy pomiarów na 500 kobietach żywych i na 100 trupach, otrzymał autor następujące dane: *distant. spin.* 25, *cristarum* 27, *conj. extern* 19, *c. diagonalis* 11,5, *c. vera* 9,6. Wynika ztąd, że normalna miednica polki jest wogóle mniejsza od normalnej miednicy niemki. Nie należy jej jednak uważać za wąską lub spłaszczoną, bo choć jest taką w stosunku do miednicy niemki, dla nas jest prawidłowa. Najbardziej uderzająca jest różnica sprzężnych, wynosząca 1,5 ctm. „Podczas gdy autorowie znanych i używanych u nas podręczników, uważając 11 ctm. za normalną sprzężną, początek zwężenia widzą już przy 9,50 — 9,75 ctm, my (Polacy) mamy zupełne prawo spokojnie oczekiwać szczęśliwego zakończenia prawidłowego porodu u polki ze sprzężną nie tylko 9,6, ale 8,50 ctm.“. Stosując podczas porodu do polskiego dziecka i polskiej miednicy niemiecki schemat, wskazany przez podręczniki, popełniamy, zdaniem autora, pomyłki w rokowaniu, które podrywają i autorytet i powagę medycyny naukowej. Powinniśmy znać właściwości indywidualne, anatomiczne i fizyologiczne swego plemienia i postępowanie swe ściśle do tych wskazówek stosować, będąc oględniejszymi w stosowaniu „u siebie“ przepisów „cudzego“ doświadczenia.

Tyle autor.

Gdy jednak zastanowimy się krytycznie nad pracą POPIELA i zgodzimy się z nim, że punktem wyjścia całej pracy musi być przedewszystkiem dokładne określenie wymiarów przeciętnego donoszonego polskiego płodu, to wy-

wiązanie się z podjętego zadania przez autora nie wydaje mi się właściwem.

Cheąc otrzymać przeciętny typ donoszonego żywego polskiego płodu, teoretycznie należałoby zmierzyć wszystkie żywe donoszone płody, bez względu na to, czy były urodzone *viribus naturae*, czy nie. Przeciętna takich wymiarów dałaby nam typ polskiego donoszonego płodu, zawierałaby jednak w sobie *a priori* przyjęte mniemanie, że czas trwania ciąży u polek jest taki sam, jak u innych szczepów. Ponieważ niemożliwem jest dokonać pomiarów na wszystkich donoszonych płodach poskich, to należy dokonać ich jaknajwięcej, obejmując nie tylko dzieci urodzone *viribus naturae*, lecz i drogą operacji, nie tylko pierworodne, lecz i następne.

W ten sposób zebrany i opracowany materiał obejmowałby to, co nam do pojęcia przeciętności jest konieczne, i wytworzyłby typ polskiego donoszonego żywego płodu. Wymiary miednic, przez które przeszedł taki przeciętny donoszony płód polski *viribus naturae*, dażą nam typ normalnej miednicy polskiej.

Tymczasem POPIEL zastosował „u siebie“ przepisy „cudzego doświadczenia“ i przyjął w dokonanych przez siebie stu pomiarach polskich płodów pojęcie „normy“ dla polskiego płodu, jako gotowe, dowiedzione.

My obecnie, zgodnie z założeniem i celem pracy, musimy się zgodzić, że nie wiemy, co to jest normalny polski płód, i chcemy dopiero go określić. Wogóle określić możemy tylko wymiary przeciętnego polskiego donoszonego płodu. A jeżeli tak, to jakim prawem mamy sądzić, że 100 donoszonych i urodzonych *viribus naturae* płodów są normalne. Dlaczego płód, który *viribus naturae* nie przeszedł przez miednicę, jest nienormalny? Wszak właśnie płód mógł być normalny, a miednica wąska. Gdy więc wymiary stu donoszonych żywych płodów obejmują tylko dzieci, urodzone *viribus naturae*, gdy nie wiemy, czy obejmują płody pierworodne, czy i następne, gdy autor zupełnie dowolnie wyłączył mnóstwo postaci, spotykanych w naturze, i oparł się na tak szczupłym materiale: to zgodzić się chyba musi, że jego wnioski przekonać nie mogą, i że wytworzony przez niego typ polskiego donoszonego płodu nie odpowiada rzeczywistości. Nie dziwi mię wcale, że wymiary główki okazały się u polskiego płodu

mniejsze, niż u niemieckiego. Odrzucając dzieci żywe, urodzone przy pomocy sztuki, a zmierzyszy sto, urodzonych *viribus naturae*, autor odrzucił płody większe i na małej liczbie płodów mniejszych wytworzył sztucznie pojęcie typu. Gdy jednak spożytkowany będzie materiał odpowiedni, to przypuszczam, że różnice pomiędzy płodami oraz miednicą polki i niemki będą o wiele mniejsze. Prace innych autorów wykazały np. dla miednicy rosyjki różnice tak niewielkie, że mają tylko znaczenie teoretyczne.

Przejdźmy teraz z dziedziny teorii do praktycznego zastosowania w życiu wniosków autora, przyjmując jego cyfry za słuszne. Czytając pracę P., odbiera się wrażenie, że otrzymane przez niego wymiary normalnej miednicy polskiej powinny wywołać zmiany w naszych rokowaniach lub w naszym postępowaniu podczas porodu.

Rokowanie lekarskie powinno być wypadkową wszystkich czynników, wywołujących i wpływających na dane zjawisko. Nie należy przeceniać żadnego, nawet — wymiarów miednicy. Gdy więc autor powiada, że „my (Polacy) mamy zupełne prawo spokojnie oczekiwać szczęśliwego zakończenia prawidłowego porodu u polki ze sprężną nie tylko 9,6 — ale 8,5 ctm.“, to, zdaniem mojem, powinien dodać, że, skorzystawszy z tego prawa, będziemy jednak często musieli operować.

Miednica polki jest w stosunku do miednicy niemki wąska. Gdy jednak, jak uczą Niemcy (LEOPOLD), w wąskiej miednicy poród *viribus naturae* jest możliwy przy sprężnej 7,5, a w płaskiej nawet przy 7 ctm., to coś dziwnego i nowego, że u polek ze sprężną 8,2—8,75, które nie rodzą „wielkogłowego“ płodu, taki poród jest możliwy. Lecz możliwość takiego porodu nie upoważnia nas wcale do tak wesołej przepowiedni w każdym oddzielnym przypadku. W akcie porodu jest zawsze jedna niewiadoma, której w dzisiejszym stanie wiedzy *a priori* określić nie możemy, a tą jest wielkość płodu. Słusznie na

jednym z ostatnich posiedzeń tow. gin. w Berlinie zauważył OLSHAUSEN, że o ten szkopał rozbijają się zawsze nasze rokowania. Gdy dodamy różnorodną budowę czaszki płodu, różnorodną zdolność zsuwania się kości, rozmaite natężenie bólów porodowych, zmniejszające się przy następujących porodach, to zrozumiemy, dlaczego nawet podług wyliczeń P. poród żywym donoszonym dzieckiem przy sprężnej 8,2—8,75 ctm. odbył się tylko w 12% przypadków, a w 88% — wymiary były o wiele dla płodu pomyślniejsze. Dlatego też rada autora, żeby spokojnie oczekiwać szczęśliwego porodu jest o tyle tylko dobra, o ile spokojne wyczekiwanie do pewnej chwili jest wogóle najszluszniejszą zasadą i najbardziej stosowaną w akuszeryi. Że w opisanych powyżej warunkach można się nie doczekać szczęśliwego porodu *viribus naturae*, lecz być zmuszonym do operacji, na to się zgodzi każdy praktyk. Chcę przez to powiedzieć, że, gdyby cyfry POPIELA dla miednicy polki okazały się nawet prawdziwymi, to wykazane różnice podług ustalonych i zdobytych doświadczeniem poglądów zmiany w postępowaniu lub rokowaniu wywołać nie mogą i mają znaczenie tylko teoretyczne.

W pracach naukowych należy odróżniać dwa czynniki: myśl twórczą, oryginalną i myśli takiej wykonanie. Choć praca POPIELA jest wykonaniem myśli cudzej, to pochłonęła ona tyle zmużonej, mrówczej i niewdzięcznej pracy, wymagała poświęcenia jej tyle czasu, że autorowi należy się uznanie i wdzięczność.

Jest to jedna z tych prac, nad którymi nie można przejść do porządku dziennego, lecz należy je poznać i przetrwać. Ktokolwiek zechce w przyszłości nad normalną miednicą polską pracować, znajdzie u POPIELA prawdziwy skarb, bo wymiary aż 600 miednic. Żałować należy, że, rozporządzając tak znaczną liczbą miednic, do określenia wielkości płodu użył autor niewystarczającego materiału.

Ignacy Mucha.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO:

a) Nowy temat:

1. Zbadać wpływ, jaki wywierają zaburzenia czucia (*anaesthesia*) na powstawanie bezładności ruchowej (*ataxia*).

b) Tematy, pozostawione z poprzedniego konkursu:

1. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.

2. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe.

Termin nadesłania prac oznaczają się do dnia 31 marca 1904 roku. Za najlepszą pracę,

napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

— Komitet organizacyjny IX zjazdu Towarzystwa lekarzy rosyjskich pamięci N. J. Pirogowa zawiadamia lekarzy, że: 1) Członkami zjazdu mogą być wszyscy lekarze rosyjscy, którzy zapłacą składkę członkowską w ilości rb. 8, przyczem członek zjazdu uwalnia się na rok 1904 od składki członkowskiej do Towarzystwa lekarzy rosyjskich pamięci N. J. Pirogowa i otrzyma oprócz wydawnictwa Zjazdu jeszcze dziennik Towarzystwa za rok 1904. 2) Lekarze weterynaryi, magistrowie farmacyi, jak również inni specjaliści, którzy mają stopnie naukowe z działów, mających styczność z medycyną, mogą przyjmować udział bezpłatnie w poszczególnych działach, zawiadamiając o tem sekretarza komitetu lub zarządzającego oddziałem, i, jeżeli życzą sobie, mogą otrzymać wydawnictwo zjazdu za opłatą składki członkowskiej t.j. rb. 8. 3) Zjazd odbędzie się w Petersburgu od 4 do 11 stycznia (st. st.) 1904 r., a oprócz zebrań ogólnych wykłady i dyskusye odbywać się będą w 23 sekcjach i 3 podsekcjach, których spis był już dawniej opublikowany. Miejsce zaś i termin posiedzeń będą ogłoszone w swoim czasie. 4) Panowie prelegenci proszeni są o zakomunikowanie tytułów swoich prac nie później, niż 1 listopada (st. st.) 1903 r. na imię sekretarza Komitetu J. A. Dmitriewa (Petersburg, Sadowa 5—10. St. Petersburgski Gubernialny Ziemiński Zarząd), a następnie nadesłać krótkie streszczenie swego odczytu nie później, niż 15 listopada (st. st.) r. b. Wrazie, gdyby praca nie została przyjęta, uwagi przewodniczącego danej sekcji będą rozpatry-

wane przez odpowiednią grupę przewodniczących i zatwierdzone przez komitet. 5) Nadesłane na dzień 15 listopada streszczenia będą wydrukowane i rozdane członkom przed otwarciem zjazdu; przyjmowanie prac po 15 listopada będzie zależało od przewodniczącego danej sekcji. 6) Podczas zjazdu ma się wydawać „Dziennik Zjazdu“ z planem posiedzeń, czasu zwiedzania klinik i t. p., po ukończeniu zaś zjazdu jest zamiar wydania oddzielnie streszczeń prac, nie dostarczonych w swoim czasie, protokółów posiedzeń i postanowień Zjazdu. 7) Przyjmowaniem składek zajmuje się skarbnik Komitetu A. A. Trojanow (Petersburg, Kabinetsskaja 12), na kilka dni zaś przed otwarciem Zjazdu będzie utworzone biuro w gmachu Cesarskiej Akademii medycznej w celu przyjmowania składek i udzielania odpowiednich objaśnień. 8) Oddzielna komisya pod przewodnictwem A. A. Lichaczewa (Petersburg, Litejnyj prospekt 15) zajmie się wskazaniem mieszkań, restauracyi, organizacyą zwiedzania szpitali, zabawami i t. p., o czem nastąpią zawiadomienia w Dzienniku Zjazdu i w czasopiśmie ogólnych.

Prezes kom. *S. Łukjanow*, Sekretarz *J. Dmitriew*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1901 r. do 31 grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie 1) fabryki „F. Hoffmann-La Roche et C-e“ w Bazylei o Thigenolu „Roche“ i 2) Towarzystwa „Prowodnik“.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%_v).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodytetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinnej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadwyzczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzeżetowany). Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dytetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwyczejniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicyznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycy: **Apteka na Bolszaj Ochtie w S.-Petersburg**. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!) Dla dzieci — 1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla dorosłych — 1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ uncyi) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i amemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego prepa. "adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu Takaminy.

ACETOZON (C⁶H⁵CO. O. O. COCH³. Benzoyl acetyl-hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytnicy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnie. Szczególnie znakomite wyniki. otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszkiego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy tryprze, chorobach oczu cholerze, dysenterji rozwołniach u dzieci sprawach ropnych porodowych i t. d.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE
LABORATORYUM
w Detroit (S. Z. P. A.)

PARKE, DAVIS & Co.

BIURO:
St.-Petersh., Zamiatki, zaft., 4.
Adres dla telegr. —
CASCARA — St.-PETERSBURG.

Literature i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

CHLORETON

(chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje się znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczkę i t. d. Ma tę wyjątkową czość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTATA

Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EWAKUANT

Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego gliukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

CASCARA SAGRADA EXTR. w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tabletek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.