

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 34.

Warszawa d. 20 sierpnia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . " 3 " 5^o pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym piśmem lub za jego miejsce kop. 10.

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

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

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nadnerczach u dzieci, podali Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski. (Dok.). — Przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała, podał Stanisław Pechkranc (Dok.). — WYKŁAD KLINICZNY. O zakażeniach septycznych u niemowląt, zestawił d-r Tadeusz Kon. (Dok.). — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 141. G. Deycke i H. Much. Problemat uodpornienia przeciwko gruźlicy w doświadczeniach z świnkami morskimi. — 142. F. Jessen i Lydia Rabinowicz. O obecności prątków gruźliczych we krwi chorych i o praktycznym znaczeniu tego objawu. — 143. Dieterlen. W sprawie prątków gruźliczych, znajdujących w płwocinie chorych na gruźlicę płuc. — 144. B. Möllers. W sprawie gruźliczego zakażenia człowieka przez prątki perlicy. — 145. Jochmann. Spostrzeżenia nad swoistem leczeniem gruźlicy rozmaitymi preparatami tuberkuliny. — 146. J. Neumann. Leczenie gruźlicy dużemi dawkami tuberkuliny. — 147. F. M. Pottonger. Wpływ gruźlicy na serce. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św Stanisława za czas od 14 czerwca do 14 lipca 1910 roku. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego (Dyr. prof. Obrzut).

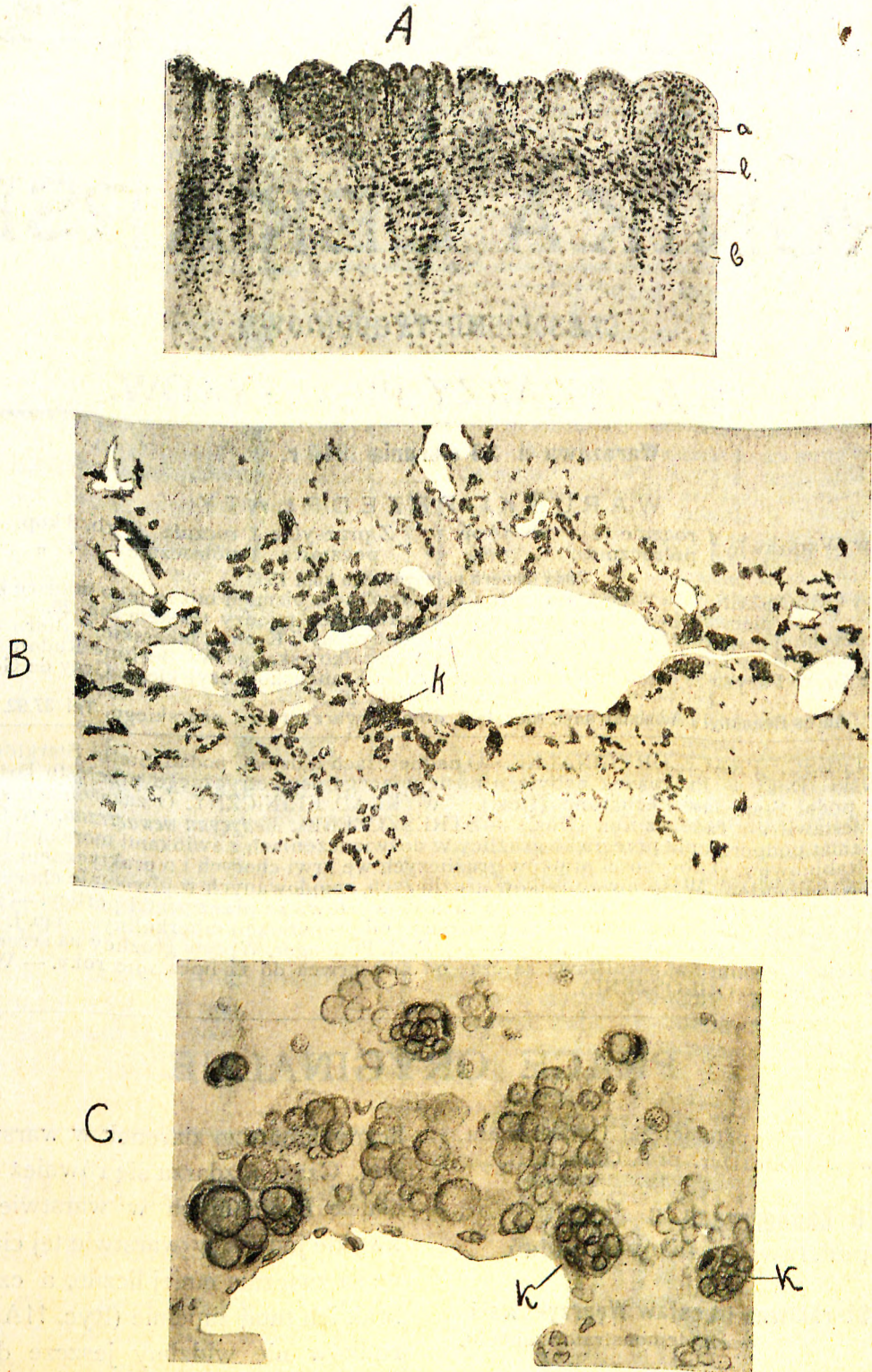
O nadnerczach u dzieci na podstawie własnych badań

podali
Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski
b. demonstrator zakładu.

(Dokończenie — Zob. Nr. 32).

U noworodków widzimy ciała lipoidalne, obficie nagromadzone, w postaci drobnych,

licznych bardzo ziarenek w warstwie pasmowej. Czasem zdarza się również obfita liczba ciałek lipoidalnych w warstwie kłębkowej, zwykle jednak w warstwie tej ciała lipoidalne są znacznie mniej liczne, a czasem nawet brak ich tutaj zupełnie (Ryc. 11A.a). U noworodków nie widzimy jeszcze dolnej części warstwy pasmowej i warstwy siatkowej, miejsce ich zajmują niezróżnicowane komórki korowe pierwotne (Ryc. 11A. b.), w których ciała lipoidalne są bardzo drobne i skąpe. (patrz rys. 11 na następnej stronie).



Ryc. II. Mikroskop Zeissa, soczewka A okular rys. Leitza 4. Nadnercze płodu donoszonego nieżywourodzonego A a) komórki korowe wykształcone b) komórki korowe niewykształcone l.) lipoidy. B. pas rdzen-ny k) komórki z kulami tłuszczowymi. C. Mikroskop Reicherta, soczewka Zeissa E. okular rys. Leitza 4. Część pasa rdzennego z komórkami, wypełnionymi kulami tłuszczu (k).

Natomiast w środku nadnercza znajdują się duże kule, złożone z licznych mniejszych, które sudanem III czerwono się barwią, więc nieco odmiennie od ciałek lipoidalnych (Ryc. 11 B i C). Kule te wypełniają prawie zupełnie komórki (Ryc. 11 C. k.), które opisaliśmy bardzo dokładnie przy omawianiu pasa rdzennego u noworodków. Nasuwa się przypuszczenie, wobec pewnego podobieństwa tych komórek do komórek korowych, a jeszcze większego do komórek, wchodzących w skład t. zw. *strumae lipomatodes suprarenales*, czy nie mamy tutaj do czynienia z komórkami międzynercza, które w miarę rozwoju nadnercza straciły łączność z korą, pozostały w pasie rdzennym i tu, straciwszy zdolność dalszego rozwijania się, uległy zwyrodnieniu tłuszczowemu. Przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z procesem zwyrodnienia, znalazłoby uzasadnienie w tem, że, jak już wyżej wspomnieliśmy, jądra tych komórek są zanikowe, często brak ich zupełnie, a następnie, że w miarę rozwoju całego nadnercza komórki te wreszcie zupełnie znikają, i, o ile nam wiadomo, u dorosłych już się ich nie spotyka.

W miarę, jak komórki korowe dobiegają kresu rozwoju, zjawiają się w nich coraz obfitsze ciała lipoidalne, tak, że wreszcie mniej więcej w pierwszym miesiącu we wszystkich komórkach kory widzimy mniej lub więcej liczne ziarenka, przy czem zwykle najwięcej ich jest w warstwie pasmowej. Około trzeciego tygodnia życia popłodowego, gdy kora zostaje wyraźnie odgraniczona od istoty rdzennej za pomocą tkankolącznowego pasa rdzennego, kule tłuszczowe, znajdujące się w tym pasie, zaczynają zmieniać swój kształt. Dzieje się to zależnie od zmiany kształtów komórek, w których wytwarzają się te kule. Jak długo komórki leżą w oczkach luźnej siatki tkankolącznowej, mają kształt kulisty lub wielobocz-

ny, w chwili, gdy tkanka łączna staje się bardziej zbitą, włókna jej układają się dość ściśle, równolegle, tem samem wywierają ucisk w pewnych kierunkach na leżące wśród nich komórki, które zaczynają przybierać kształt wrzecionowaty. Tem samem i kule tłuszczowe na preparatach, barwionych sudanem, przybierają kształt wrzecionowaty. Z końcem drugiego miesiąca mamy albo we wszystkich trzech warstwach kory równie obfitą ilość lipoidów, albo w warstwach pasmowej i siatkowej mniejsze, w kłębkowej większe nagromadzenie.

W pasie rdzennym ciągle znajdujemy obfitą liczbę dużych wrzecionowatych tworów, żywo czerwono się barwiących.

Począwszy mniej więcej od 6 miesiąca, spotykamy najobfitsze nagromadzenia ziaren lipoidalnych w warstwie kłębkowej, często jedynie tylko w niej. Od tego czasu aż do piątego roku życia wybitnej jakiejś różnicy w zachowaniu się lipoidów nie widzimy.

Co do wrzecionowatych nagromadzeń tłuszczu w pasie rdzennym, to ilość ich staje się coraz mniejsza, wreszcie około pierwszego roku prawie zupełnie znika.

W nadnerczach dodatkowych rzekomych spotykaliśmy zarówno ziarenka lipoidalne, przy czem stosunki były takie same, jak w korze nadnercza, jak i duże kule tłuszczowe tam, gdzie mieliśmy w środku nadnercza dodatkowego siateczkę tkankolącznową.

Na preparatach, barwionych sudanem III, bardzo wyraźnie występuje różnica między ciałkami lipoidalnymi a kulami tłuszczowemi, znajdującymi się w *strumae lipomatodes suprarenales* i w pasie rdzennym.

Podczas gdy lipoidy barwią się brunatno czerwono, tłuszcz przybiera zabarwienie żywo pomarańczowe. I wielkość ich jest różna: ciała lipoidalne występują, jako zia-

renka i małe kulki, tłuszczowe zaś kule dochodzą znaczniejszych rozmiarów.

Na zakończenie zaznaczyć musimy, że w dostępnym nam piśmiennictwie znaleźliśmy tylko bardzo powierzchowne i niedokładne badania co do histologii normalnej nadnerczy dziecięcych. Wyniki naszych badań w tym kierunku w krótkości dadzą się zebrać w sposób następujący:

I. W torebce nadnercza znajdować się mogą a) nadnercza dodatkowe właściwe (rzadko), b) nadnercza dodatkowe rzekome, powstałe bądź podczas życia zarodkowego, bądź w życiu popłodowym, c) *adenomata* (*partielle Hyperplasie* VIRCHOWA, d) *strumae lipomatodes suprarenales*.

II. *Strumae lipomatodes* ulegają już z końcem trzeciego roku życia wszystkie stłuszczeniu, tak, że tych tworów później nie spotykamy.

III. Kora u noworodka nie jest jeszcze zupełnie wykształcona, jedynie tylko na powierzchni mamy pas komórek korowych rozwiniętych, dalsze są niewykształcone.

IV. W trzecim tygodniu życia popłodowego można już zupełnie wyraźnie odgraniczyć poszczególne warstwy nadnercza, a mianowicie a) korę b) t. zw. przez nas pas rdzenny c) istotę rdzenną.

V. W miarę rozwoju istoty rdzennej pas rdzenny staje się węższym, w piątym roku życia bardzo już jest wąski, miejscami go już brak, zawsze jednak u wszystkich dzieci w tym wieku wykazać można szerszy lub węższy pas rdzenny.

VI. Barwnika w warstwie siatkowej, z wyjątkiem hemosyderyny, u dzieci nie spotyka się wcale.

VII. Komórki zwojowe w istocie rdzennej u dzieci znajdują się bardzo rzadko.

VIII. Kora i istota rdzenna w nadnerczu dziecięcym przy barwieniu hematoksyliną i eozyną barwią się tak samo, jak w nad-

nerczach dorosłych (wbrew twierdzeniu MÜHLMANNA).

Posługiwaliśmy się następującymi pracami:

Otto Aichel. Vorläufige Mitteilung über die Nebennierenentwicklung der Säuger u. die Entstehung der accessorischen Nebennieren des Menschen. *Anat. Anz.* T. 17, 1900 str. 30.

Lydia Félicine. Betrag zur Anatomie der Nebenniere. *Anat. Anz.* 1902 T. 22 str. 152.

Gierke E. Drüsen mit innerer Sekretion. *Patholog. Anat. L. Aschoff* 1909 T. II. str. 751.

Gierke E. Das chromaffine System und seine Pathologie. Lubarsch u. Ostertag. *Ergebnisse der allg. Pathologie u. path. Anat.* 1906 T. 10 str. 503.

Kohn Alfred. Die chromaffinen Zellen des Sympathikus. *Anat. Anz.* 1899 T. 15.

Marchand. Über access. Nebennieren im ligamentum latum. *Archiv. für path. Anal. u. Phys.* Virchow 1896 T. 146 str. 365.

Manasse P. Über die Beziehungen der Nebennieren zu den Venen u. dem venösen Kreislauf. *Archiv. für path. Anat. u. Phys.* Virchow 1894 T. 135. str. 263.

Mühlmann. Über das Gewicht einiger menschl. Organe. *Archiv für path. Anat. u. Phys.* Virchow T. 72 str. 163.

Mühlmann. Zur Histologie der Nebenniere. *Archiv für path. Anat. u. Phys.* Virchow 1896 T. 146 str. 365.

Poll H. Die vergleichende Entwicklungsgeschichte der Nebennierensysteme der Wirbeltiere. *Handbuch der vergl. und exper. Entwicklungslehre der Wirbeltiere.* O. Hertwig. 1906 T. 3 str. 443.

Poll H. Allgemeines zur Entwicklungsgeschichte der Zwischenniere. *Anat. Anz.* 1904.

Srdinko V. Eine sichere Methode zur Differenzierung der Rinden — und Markelemente in der Nebenniere, besonders bei Säugetieren u. Menschen. *Anat. Anz.* 1905 T. 26 str. 172

Szymonowicz. Lehrbuch der Histologie 09.

Szymonowicz. O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego 1895.

Z oddziału dla chorych wewnętrznych w szpitalu Starozakonnym na Czystem.

Przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała.

(Demonstr. na posiedzeniu neurologicznym Warsz. Tow. Lek. dnia 16 kwietnia 1910 roku).

podał

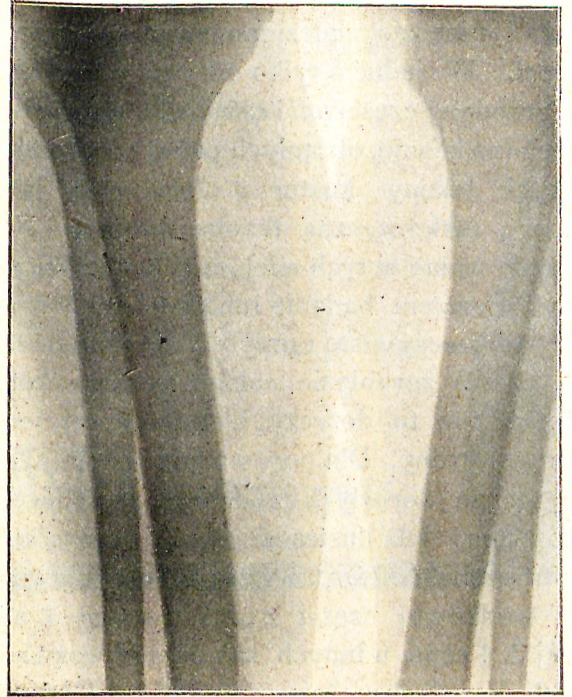
Stanisław Pechkranc.

Ordynator oddziału.

(Dokończenie—Patrz Nr. 33).

Głowa przedstawia b. wyraźną asymetryę. Nie jest ona powiększona w obwodzie lecz, przeciwnie, zupełnie proporcjonalna do tułowia i wzrostu chorego (149 ctm.). Obwód czaszki na wysokości gładyszki (*glabellae*) i wyniosłości potylicowej (*protuber. occip.*) wynosi 50 ctm. Asymetryę twarzy wykazują także następujące pomiary: odległość od kąta zuchwy do nasady nosa wynosi z prawej strony 13, z lewej 13,5; od *arcus zygomaticus* tuż przy muszli usznej do środka podbródka z prawej strony 13,2, z lewej — 14 ctm. *Arcus zygomatici* z obu stron, pomimo dość pełnej, jak obecnie, twarzy, silnie wystają. Zdjęcia rentgenowskie z głowy ujawniają b. znaczne wydłużenie tych łuków, przeważnie po lewej stronie. Na dolnej szczęce w pobliżu kąta znajdujemy zgrubienie rozlane, bardziej wyrażone z lewej strony. Prognatyzmu niema. Lewa brew stoi wyżej od prawej. Budowa twardego podniebienia prawidłowa. Zęby prawidłowo rozwinięte i osadzone. Na czaszce żadnych zgrubień nie znajdujemy prócz, być może, pewnego wypuklenia w okolicy skroniowej lewej.

W pozycji stojącej chory jest nieco pochylony naprzód i ma głowę trochę spuszczoną. Gdy ustawia obie nogi tak, ażeby dotykały się kostkami, to między goleniami i uda-



mi wytwarza się owal, zwężający się pośrodku, t. j. na wysokości stawów kolanowych, których odległość wzajemna wynosi około 5 ctm. Przytem prawa kończyna dolna, głównie zaś goleń tworzy wygięcie, wypukłością nazewnątrz zwrócone. Chory siada, kładzie się, podnosi się z pozycji siedzącej i leżącej swobodnie, bez wysiłku. Chodzi, przestępując ciężko z nogi na nogę, i, choć wyraźnie nie chroma, widać jednak, że zleżka utyka

Badanie radiograficzne wykazało, że budowa kości jest zupełnie normalna tak pod względem układu beleczek w subst. *spongiosa*, jak struktury *subst. compactae*. Ta ostatnia stanowczo nie jest zgrubiała, nawet na najbardziej zgrubiałej kości lewej goleni (lewej piszczeli). Przerost kości zależny jest przeważnie od rozrostu istoty gąbczastej. Rozwłóknienia istoty zbitnej nigdzie nie widać. Obrazu, przypominającego zmiany strukturalne w chorobie PAGETA, *rachitis*, *osteomalacia*, nigdzie niema. Wykonano (kol. JUDT i BREG-

MAN) kilkanaście zdjęć z rozmaitych okolic ciała i wszędzie znaleziono normalną budowę kości. W jednym tylko miejscu, mianowicie w przedniej części *tali* i *calcanei*, widać 5 ciemnych (na kliszy), okrągłych plam, przypominających lakuny kostne i otoczonych jasną smugą (sklerotyczną tkanką kostną). Normalnie widać w tych miejscach 1—2 takie plamy. Pozatem badanie rentgenologiczne wykazało rzeczywiste i przytem znaczne (o całą $\frac{1}{3}$ część) zgrubienie całego szeregu kości. Zgrubienie to dotyczy nie tylko lewej, lecz i prawej strony. Dla porównania wzięto klisze mężczyzn dorosłych z dobrze rozwiniętym kośćcem. Dla ilustracyi przytoczymy tu kilka cyfr: grubość *tibiae* u naszego chorego wynosi w środkowej części z prawej strony 3, z lewej 3, 4 cent., u innych zaś dobrze rozwiniętych, dorosłych mężczyzn wynosi 2, 4—2, 6 cent., grubość *fibulae* u tych ostatnich = 1, 2 cent. u naszego chorego = 2 cent. a więc o całe 8 m. więcej. Kości udowe również uległy przerostowi: szerokość główki na poziomie zewnętrznego brzegu *acetabuli* u naszego chorego = 5, 5, normalnie 4, 6; linia, łącząca obydwie krętarze (najbardziej wystające ich punkty), wynosi w naszym przypadku 9, 7 cent., normalnie 7, 5; szerokość uda na dolnej granicy małego krętarza 4, normalnie 3, 4 i t. d. Palce rąk i *ossa metacarpi* są jednakowo grube z obu stron i, zdaje się, nie różnią się od normy. Niejednakowa grubość palców z obu stron zależy widocznie prawie wyłącznie od przerostu miękkich części. To samo można powiedzieć o stopach. Kości stropu czaszki nie są zgrubiałe, jak również *rami ascendentes* dolnych szczęk; dolne gałęzie nie zostały zdjęte. Zatoki (czołowe, HIGHMORA) nie są zmienione, siodło tureckie (*sella turcica*) nie powiększone. Uderzająco powiększone (wydłużone i znacznie wystające) są, jakśmy już powiedzieli, *arcus zygomatici*. W klatce

piersiowej i w kręgach wyraźnych zmian nie stwierdzono.

Streszczając wszystko, cośmy dotychczas powiedzieli, widzimy, że u chorego, dotkniętego sprawą gruźliczą płuc i narządów jamy brzusznej, w 14 roku życia zaczynają rozwijać się zmiany w kościach i miękkich częściach, które postępują zwolna i stale i w ciągu 4—5 lat prowadzą do znacznego rozrostu, najsilniej wyrażonego na kończynach dolnych i tu przeważnie na lewej nodze. Przerost obejmuje nie tylko kości długie (*tibia*, *fibula*, *femur*), lecz także krótkie (*patellae*, kości twarzy) i płaskie (kości miednicy). Zmiany te wykazują wyraźną asymetryę — z przewagą po stronie lewej, gdzie na nodze i po części także na udzie widzimy, obok przerostu kości, znaczny rozrost miękkich części. Zastanawiający jest również silny rozwój układu żylnego w postaci rozszerzenia oddzielnych gałęzi żylnych i całych sieci rozszerzonych żył. Rozwojowi tych zmian nie towarzyszył początkowo żaden ból, a dopiero w ostatnich czasach ból zjawia się po zmęczeniu chodzeniem, a po wypoczynku znika. Rozwoju sprawy przerostowej nie poprzedzały (ani też jej nie towarzyszyły) żadne zmiany przewlekłe—zapalne, np. na dolnych kończynach; nie było również powtarzającej się róży, owrzodzeń, obrzęków i t. d.

Z jakąż to sprawą mamy w naszym przypadku do czynienia?

Rozejrzyjmy się przedewszystkiem w znanych obecnie sprawach dystroficznych kości (i części miękkich), pozostawiając na uboczu, jako oczywiście tu nie należące, choroby zakaźne kości (*osteomyelitis*, *tuberculosis*, *sypphilis*), choroby pasorzytnicze (*actinomycosis*, *echinococcus*), intoksykacyjne (fosfor, rtęć) oraz nowotworowe. Choroby trofoneurotyczne kości (i miękkich części), do których i nasz przypadek prawdopodobnie należy,

11 medali na wystawach
w tem 5 złotych

Wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w I C. C.

Dyplom honorowy
1908 r.



Strichnini nitrici. 0,001 — 0,002
Chinin. bimuriatic. 0,10 — 0,20.
Chinin. dihydrobromic. 0,1.
Coffein. natro-benzoic. 0,10 — 0,15 — 0,20.
Cornutin. citric. Kobert. 0,005.
Ergotin. dialysat. Bombel. — Bonjean. — Denzel. — Wiggers.
Pilocarpin. muriat. 0,01. 0,10 i 0,20.
Hetol. 0,01 — 0,02 — 0,05.
Yohimbin. hydrochlor. 0,01.

stale gotowe posiada

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Specyalne cenniki na żądanie — gratis i franco.

„CASCARINE LEPRINCE”

$C^{12} H^{10} O^5$

Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

Nawykowe zaparcie stolca

Choroby wątroby. Atonia przewodu pokarmowego.

Działa prawidłowo, nie wywołuje przy użyciu następczego podrażnienia i chorzy się do niej nie przyzwyczajają.



Wzmoczone ciśnienie

Miażdżycę tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigułek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie
Dr. M. LEPRINCE
62 Rue de la Toure
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Pour Paris, France.

można z punktu widzenia więcej klinicznego, niż patogenetycznego, podzielić na 2 grupy. Do pierwszej będą należały postaci zanikowe, przebiegające z rozrzedzającą sprawą, kostną: *achondroplasia*, *rachitis*, *osteomalacia* *osteopsathyrosis*; do drugiej—postacie przerostowe ze zgręszczającym, a najczęściej jednocześnie z rozrzedzającym i zgręszczającym zapaleniem: choroba kostna PAGETA, *ostéo — arthropathie hypertrophiantepneumique* MARIEGO, *acromegalia* oraz *leontiasis ossea*. O achondroplazji i osteopsatyrozje możemy tu nie mówić, gdyż jest zbyt oczywistem, że z temi postaciami nie mamy tu doczynienia. Tak samo nie warto się zastanawiać nad krzywicą i osteomalacją.

Przejdźmy więc odrazu do cierpień przerostowych kości.

Tu musimy szczegółowiej zastanowić się nad chorobą kostną PAGETA (*osteitis deformans*). Jakkolwiek to się może wydać dziwnem, wyznać muszę, że przez pewien czas, zresztą dość krótki czas, miałem uwagę zwróconą właśnie na tę postać chorobową, pomimo młodego wieku naszego chorego i braku niektórych charakterystycznych dla tego cierpienia objawów, jak kifoza, powiększenie czaszki i t. d. Młody wiek naszego chorego, jakkolwiek stanowi niewątpliwie pewien szkopał do przyjęcia choroby PAGETA, to jednak bezwzględnie tego nie wyłącza, gdyż znane są w literaturze przypadki—wszystkiego, zdaje się, 3—, w których choroba P. rozpoczęła się w młodym wieku. Nie można zaprzeczyć, że między naszym przypadkiem a chorobą P. istnieje pewne podobieństwo. Żadne z cierpień dystroficznych układu kostnego, prócz choroby PAGETA i przymiotu dziedzicznego, nie zaczyna się od zgrubienia, przerostu goleni. Bezbolesny początek choroby PAGETA widzujemy dość często (podług JONCHERAYA w $\frac{1}{3}$ cz. przypadków); bóle, zresztą niewielkie, często zjawiają się

dopiero w dalszym przebiegu i to tylko po zmęczeniu, jak u naszego chorego. Niejednokrotnie widzimy, że zmiany przerostowe i zniekształcające zjawiają się początkowo na jednej goleni, a po dłuższym czasie dopiero przechodzą na drugą. Przerost kości goleni w chorobie P. dotyczy zazwyczaj całej kości. Prócz przerostu dla choroby P. charakterystyczne jest wykrzywienie *tibiae* z wypukłością, zwróconą nazewnątrz i ku przodowi. U naszego chorego w pozycji stojącej widzimy, że prawa goleń okazuje właśnie takie wykrzywienie. Jest ono wprawdzie niewielkie, ale to ostatecznie dałoby się jeszcze wytłomaczyć wczesnym okresem choroby, wiadomo bowiem, że zmiany w chorobie P. postępują w ciągu kilkunastu do 20 lat. Zgrubienie epifiz kości goleniowych i udowych u naszego chorego nie przemawia przeciw chorobie P., gdyż w kilku ogłoszonych w ostatnich czasach przypadkach choroby P. zanotowany jest przerost epifizalnych końców kości (KLIPPEL i WEIL. Nouv. Iconogr. de la Salp. 1909, F. RAVENNA, Nouv. Icon. d. la Salp. 1909, Nr. 5), a niedawny przypadek MEIERA (Gesellsch. der Charité-Aerzte in Berlin 1909) nawet zaczął się od przerostu kostek zewnętrznych (*malleol. ext.* i kości stopy. Zupełny brak powiększenia czaszki spotykamy także np. w przypadku KLIPPELA i WEILA, w przyp. RAVENNAY i in. Niestalymi objawami są również nachylenie głowy ku przodowi i uwarunkowana kifoza kręgosłupa poprzeczna fałda na brzuchu. Zdarzają się także w chorobie PAGETA, podobnie jak w naszym przypadku, zgrubienia kości twarzowych (patrz np. MATSUOKA (Kioto) Beitr. zur Lehre von der Pagetschen Knochenkrankheit. Deut. Zeitschr. f. Chir. B. 102, H. 4—6, 1909). MATSUOKA utrzymuje, że niekiedy dochodzi tu nawet do obrazu *leontiasis ossea*. Zdanie PAGETA, że w *osteitis deformans* zmiany są zawsze symetryczne, już dawno obalone zostało: wcale nierzadko spotykamy się tu

z asymetrią, a jaskrawym przykładem tego jest cytowany już przypadek KLIPPELA i WEILA, w którym zmiany przerostowe rozwinęły się jednostronnie („Unipaget”), przypominając bardzo przewagę zmian przerostowych po jednej stronie u naszego chorego. Wreszcie w niektórych ostatnio ogłoszonych przypadkach choroby P. znajdujemy, podobnie jak w naszym przypadku, pewną asymetrię miednicy, znaczne wystawanie krętarza, zgrubienie palców rąk i nóg oraz niektórych kości *metacarpi* i *metatarsi* i t. d. Powiększenie przednio-tylnego wymiaru kl. piersiowej, jak w naszym przypadku, często notuje się u pagetyków. Wreszcie autorzy zwracają uwagę na częste występowanie rozszerzenia żył i żyłaków w chorobie P., objaw, b. wyraźnie zaznaczony u naszego chorego. Nawet taki objaw, jak nierównomierna ciepłota na obu stronach ciała, zupełnie jak w naszym przypadku, spotykamy w kilku świeżo ogłoszonych przypadkach choroby PAGETA (KUTSCHA. Beitrag zur Kenntniss der Ostitis deformans. Verhandl. der deut. Gesellsch. f. Chir. 38 Congr. in Berlin, 1909. Patrz także przypadek KLIPPELA i WEILA oraz inne). Wreszcie w kilku przypadkach choroby PAGETA autorzy wskazują nietylko na zgrubienie, lecz także na wydłużenie jednej kończyny.

Umyślnie dłużej zatrzymałem się na chorobie PAGETA, by wykazać, że między naszym przypadkiem a niektórymi przypadkami tego cierpienia istnieje podobieństwo objawów klinicznych. Z tem wszystkim uderza okoliczność, że wyliczone zmiany, istniejące u naszego chorego, spotykamy w chorobie PAGETA, jako mniejszą lub większą rzadkość, następnie to, że w naszym przypadku brak pewnych objawów, które w chorobie PAGETA należą do częstych, wreszcie ważna okoliczność, że w chorobie P., gdy sprawa już doszła do takiego przerostu, jak w lewej piszczeli u naszego chorego, skrzywienie powinno być już silnie

wyrażone, czego u naszego chorego nie ma. Badanie rentgenologiczne niedwuznacznie każe nam wyłączyć chorobę PAGETA, gdyż żadnych zmian, właściwych dla *osteitis deformans*, nie znaleźliśmy, — przeciwnie, budowa kości okazała się zupełnie normalną.

Następnem cierpieniem, przebiegającym z przerostem kości i części miękkich jest *osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique* MARIE. Wobec tego, że w etiologii tego cierpienia naczelnie miejsca zajmują choroby narządów oddechowych, a do symptomatologii jego należą wzdęcia stawowych końców kości, musimy się tu i nad tem cierpieniem bliżej zastanowić, gdyż chory nasz już od kilku lat cierpi na gruźlicę płuc, a nadto zgrubienie epifizalnych końców niektórych kości jest u niego silnie wyrażone. Znajdujemy nadto w naszym przypadku inny jeszcze moment, który figuruje w etiologii tej t. zw. przez niemieckich autorów „toxigene Osteoperiostitis ossificans”, a mianowicie przewlekłą biegunkę. Mamy więc w naszym przypadku 2 momenty, które wtórnie wywołać mogą przerostowe cierpienie kości i miękkich części. Ale czyż można u naszego chorego przyjąć ten kompleks MARIEGO? W klinice najczęściej spotykamy się z zaczątkowymi postaciami tego cierpienia, w których występuje jedynie kolbowate wzdęcie ostatnich członczków palców z zakrzywieniem paznokci w postaci szkiełka od zegarka i innymi zmianami odżywcze (cienkość, łamliwość, podłużne *striae*): są to t. zw. Trommelschlägelfinger. Mniej znane, gdyż o wiele rzadziej spotykane, są te postacie przerostu, w których udział biorą stawowe końce kości długich. I istotnie w formach wykształconych znajdujemy zgrubienie dystalnego końca kości przedramienia z powiększeniem napiątkła, zgrubienie stawu łokciowego, wzdęcie kostek (*malleoli*) i okolicy stawów kolanowych, w postaciach zaś, b. silnie wyrażonych, mogą do tych zmian przy-

łączyć się zniekształcenia miednicy i kręgosłupa (*kyphosis dorso-lumbalis*), zgrubienie zewnętrznego końca obojczyków, łopatek oraz górnej szczęki. Do charakterystycznych cech syndromu MARIEGO należy także przerost miękkich części w okolicach zajętych kości, — objaw, wyraźnie występujący u naszego chorego na goleniach, udach, stopach i dłoniach.

Syndrom MARIEGO wyłączyć możemy już na tej podstawie, że u naszego chorego niema kolbowatego wzdęcia ostatnich falang oraz charakterystycznego wygięcia i zmian odżywczych w paznogiach, które to zmiany należą do najwcześniejszych i stałych objawów w osteoartropatii, po których dopiero rozwija się w kolejnym następstwie zgrubienie nadgarstka, okolicy stawu łokciowego, skokowego, kolanowego i t. d., przyczem zmiany te w kierunku od końców dystalnych kończyn do proksymalnych słabną w natężeniu. Następnie przeciw syndromowi MARIEGO przemawia także zgrubienie diafiz kości długich, wybitnie wyrażone u naszego chorego, a bardzo słabo zaznaczone tam. Wreszcie osteoartropatia MARIEGO przedstawia z punktu widzenia anatomo - patologicznego kombinację zmian rozrzedzających i zgęszczających, powinna więc na radiogramie dać odpowiednie zmiany struktury, podczas gdy w naszym przypadku zachowana jest normalna budowa kości.

Zastanawiać się poważnie nad *akromegalią* w naszym przypadku nie warto, gdyż orak w nim kardynalnych objawów tego cierpienia: przerostu kości twarzy, prognatyzmu, powiększenia języka, powiększenia dłoni i stóp, *kyphosis dorso-cervicalis* i t. d. Na twarzy w naszym przypadku mamy tylko powiększenie *arc. zygomat.* i pewne zgrubienie w okolicy kąta dolnej szczęki, powiększenie zaś stóp i w znacznie mniejszym stopniu dłoni u naszego chorego jest zbyt małe, jak na akromegalię, a nadto uwarunkowane jest, jak tego

dowodzą zdjęcia rentgenowskie, rozrostem prawie wyłącznie części miękkich. Z drugiej zaś strony zgrubienie całkowite diafiz i epifiz kości długich nie jest właściwe dla akromegalii.

I z *leontiasis ossea* VIRCHOWA nasz przypadek ma właściwie mało wspólnego. Choroba ta, zaczynająca się w wieku 12 — 16 lat, wykazuje hiperostozy kości twarzowych, przechodzące następnie na kości czaszki. Na twarzy sprawa przerostowa rozwija się typowo, najczęściej na górnych szczękach, rzadko na dolnej (DENTU et DELBET, *Nouv. traité de chirurg. V*). W naszym przypadku ze zmian na kościach twarzowych istnieje tylko nieznaczne zgrubienie żuchwy i znaczne wystawanie *arc. zygomat.*, pozatem zaś mamy sprawy przerostowe i na kończynach, które są zupełnie obce dla *leontiasis ossea*.

Przegląd znanych obecnie cierpień trofoneurotycznych układu kostnego doprowadził nas tedy do wniosku, że nasz przypadek nie da się sprowadzić do żadnego z nich. Dalej wyłączyć możemy wszelkie sprawy gośćcowe i dnawe, gdyż w naszym przypadku właściwego zajęcia stawów niema, jedynie staw skokowy lewy wykazuje pewne ograniczenie ruchów, uwarunkowane silnym rozrostem epifizalnych końców kości goleni.

Ze względu na znaczne zniekształcenie niektórych okolic stawowych musimy jeszcze w rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić *osteo - arthritis deformans*. Sprawa ta zaczyna się zwykle od ograniczenia ruchów w dotkniętych stawach oraz krepitacji, których to objawów w naszym przypadku nie było. Następnie zgrubienie diafiz, tak wybitnie u naszego chorego wyrażone, nie jest właściwe dla *osteo - arthritis deformans*.

Mówiąc o niepodobniącym zapaleniu stawów wspomnijmy przynajmniej mimochodem o syndromie, zwanym *spondylose rhizomélique*, w którym niekiedy, jak np. w przy-

padku, ogłoszonym przezemnie przed laty 12, istniały zgrubienia w niektórych okolicach stawowych. Wyłączyć można to cierpienie na zasadzie braku w naszym obecnym przypadku zeszywnienia kręgosłupa oraz ankilozy dużych stawów.

Wreszcie w rozpoznaniu różniczkowym nie możemy pozostawić bez uwzględnienia p r z y m i o t u,—cierpienia, które tak często napastuje układ kostny. Przymiot nabyty wywołuje albo zapalenie okostny albo gumat, z czem oczywiście nie mamy tu do czynienia. Co się zaś tyczy przymiotu dziedzicznego, to ma on niejednokrotnie w następstwie deformacye kości, a szczególnie goleni. Ale te zniekształcenia, występujące częstokroć w postaci z w. *tibiae* LANNELONUEA, nie mają żadnego podobieństwa do zgrubienia *tibiae* (bez jej przekrzywienia) w naszym przypadku. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że zgrubieniu u naszego chorego uległy liczne kości, że żadnych śladów *lues hereditariae* nie znaleziono, oraz że odczyn WASSERMANNA wypadł ujemnie, to, pomijając już ujemny dla przymiotu wynik badania rentgenowskiego, bez wahania będziemy mogli wyłączyć przymiotowy charakter zmian kości.

Z czem więc mamy w naszym przypadku do czynienia?

Jakśmy już mówili na początku tego artykułu, istnieje w literaturze kilka przypadków przerostu oddzielnych części ciała lub nawet połowy ciała. Prawie we wszystkich przypadkach przerost jest anomalią w r o d z o n ą. Przerost dotyczy albo części kończyny, albo całej kończyny, albo obu kończyn jednej strony ciała, albo tylko twarzy albo wreszcie całej połowy ciała. Jeżeli przerost jest częściowy, to po większej części dotyczy dolnej kończyny, następnie górnej, palców nóg i rąk, twarzy, czaszki, klatki piersiowej, brzucha, miednicy, narządów płciowych (*scrotum, lab. pudend.*). Narządy zmysłów rzadko

są zmienione. Skóra przerosłej części ciała jest często siedliskiem żyłaków, naczynek lub *naevi*. Siła ruchowa w przerosłej części jest wzmożona, ale nie zawsze. Czucie zwykle bez zmian, a badanie prądem elektrycznym wykazuje często obniżenie pobudliwości galwanicznej i faradycznej. Objawy te jednak nie są stałe, a prócz nich występują inne jeszcze objawy. Można powiedzieć, że każdy przypadek ma swoją odrębną fizyonomię.

W przeciwieństwie do przerostu wrodzonego p r z y p a d k i n a b y t e g o p r z e r o s t u są nadzwyczajnie rzadkie. BERGER opisuje przypadek przerostu połowy twarzy po uporczywym nerwobólu *n. trigemini*. RAPIN spostrzegł u chłopca 20-miesięcznego w następstwie *poliomyelitis anter. acutae* silniejszy rozwój prawego ramienia i lewej dolnej kończyny. SCHULTESS u chłopca po cerebralnym porażeniu dziećcem obserwował prawostronny przerost przedramienia, uda i tylnej części goleni.

W przypadku MUMMERYEGO u chłopca 4½ l. bez szczególnej przyczyny zaczęła rozwijać się w wieku 1½ r. postępująca postać przerostu lewej połowy ciała z zajęciem lewej połowy języka i lewego migdalka. U 10-letniej pacjentki TILANUSA w wieku 3 lat zaczął rozwijać się prawostronny przerost ciała z udziałem prawej strony języka i prawej strony dolnej szczęki. W roku 1909 ukazała się (w Monatschrift f. Psychiatrie und Neurologie. T. XXV. Zesz. 8) praca Angelo PIAZZAY, w której autor podaje przytoczoną wyżej literaturę tego przedmiotu. PIAZZA opisuje tam następujący przypadek. U chłopca 8-letniego bez obciążenia dziedzicznego wystąpił w wieku lat 8 po b. ciężkim tyfusie brzuszny, który przebiegał z silnymi objawami oponowymi, przerost całej prawej połowy ciała, który stopniowo się powiększał. Przerost był szczególnie silnie wyrażony w prawej dolnej kończynie, tak, że prawe udo było o 3.7 cm.

dłuższe od lewego, a cała prawa kończyna o 2,5 cm. dłuższa od lewej, wskutek czego i *crista ilei* z prawej strony wyżej stała, niż z lewej. Ciśnienie w prawej tętnicy promieniowej o 7 mm. wyższe, niż w lewej. Prawa źrenica szersza od lewej. Przerost obejmował także twarz, czaszkę, klatkę piersiową i brzuch. Na prawym kolanie—*naevus*. Badanie rentgenologiczne wykazuje z prawej strony przerost kości (*femur*) i chrząstek epifizalnych kości stopy.

Bardzo ciekawy wreszcie jest przypadek M. GREGORA. Jest to jedyny w literaturze przypadek z autopsją. U 10-letniego chłopca w wieku 3 lat rozwinął się lewostronny przerost, najsilniej wyrażony na goleni. Na oględzinach znaleziono powiększenie prawego *thalami optici*, zresztą obie półkule mózgowie, jednakowo rozwinięte. W rdzeniu nic szczególnego nie znaleziono. Lewe płuco, nerka, oko silniej rozwinięte, niż z prawej strony. Wszystkie naczynia krwionośne lewej połowy ciała wykazują o wiele silniejszy rozwój wskutek zgrubienia ich *tun. mediae et internae*. Stwierdzono prócz tego jednostronny przerost mięśni i nerwów (*exo-peri-endoneurium*) oraz zwojów nerwu współczulnego.

Wobec rzadkości omawianego cierpienia trudno coś stanowczego powiedzieć o jego etiologii i patogenezie. Z przytoczonych powyżej przypadków widzimy, że wpływy

infekcyjno-toksyczne grają, zda się, wybitną rolę w etiologii (*poliomyelitis anter acuta, typhus abdom.*, przewlekłe ropienie zatoki obocznej nosa w jednym przypadku.). Z drugiej strony przypadek M. GREGORA, *poliomyelitis anter.¹ acuta* w przypadku RAPINA, cerebralne porażenie dziecięce w przypadku SCHULTESSA i po części przypadek A. PIAZZAY (*typhus abdominalis* z objawami mózgowymi) skłaniają poniekąd do przyjęcia pewnych zmian w ośrodkach nerwowych, zawiadujących odżywianiem (trofika) oddzielnych części ciała. Przypuszczać można, że zaburzenia w ośrodkach odżywczych wywołane zostały przez wpływy zakaźno-toksyczne.

Nasz przypadek blisko podchodzi pod kategorię przerostów, o których dopiero co mówiliśmy. Jest to przypadek nabytego, postępującego przerostu, który od wyżej przytoczonych przypadków różni się tem, że dotknięta została nie jedna połowa ciała, lecz obie, tylko ze znaczną przewagą po jednej (lewej) stronie. Widzimy i w naszym przypadku obecność czynników zakaźno-toksycznych: ogniska gruźlicze w płucach, gruczołach chłonnych około-oskrzelowych, zajęcie otrzewny oraz gruczołów krezkowych i pozaotrzewnowych, a prócz tego przez kilka lat trwającą biegunkę. To też skłonni jesteśmy przyjąć, na podstawie wyżej powiedzianego, podobną etiologię i patogenezę, jak w wyżej przytoczonych przypadkach.

WYKŁAD KLINICZNY.

O zakażeniach septycznych u niemowląt.

Zestawił

D-r Tadeusz Kon.

(Odczytane w Sekcji pedyatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

(Dokończenie patrz Nr. 33).

Skóra osesków starszych przybiera kolor popiołu, który na błonach śluzowych robi

wrażenie sinawe. Na stopach i goleniach bywają obrzęki. Również spotykamy obrzęki na krzyżu i nad spojeniem łonowem. Pod koniec choroby, szczególnie u dzieci, przedwcześnie urodzonych, występuje *sclerema*.

Objawami charakterystycznymi są wylewy krwawe, czy to w postaci małych wbroczyn, czy to większych wylewów. Czyraki,

ropnie rozlane są pochodzenia nie przerzutowego, lecz występują na skutek zakażenia zewnętrznego i często stanowią punkt wyjścia zakażenia. Nieraz zjawiają się odleżyny na poślaskach, piętach, krzyżu, kostce wewnętrznej (*malleolus internus*), rzadziej na łokciu. Występują również głęboko sięgające owrzodzenia, które dochodzić mogą do okostny i prowadzić do obumarcia kości.

Róża do rzadkości nie należy. Charakterystyczne są również rumienie septyczne, które występują czy to w postaci czerwonych punkcików, czy to też jako zaczerwienienie rozlane, rzadziej natomiast w postaci *erythema multiforme*, wyjątkowo tylko, jako t. zw. *urticaria* (pokrzywka). Czasami wytwarzają się pęcherze o zawartości surowiczej, ropnej lub krwawej. Błona śluzowa jamy ustnej, szczególnie u osesków młodych, jest rozpułchniona i pokryta krwawymi wybroczynami. Nadpęknięcia błony śluzowej w kątach ust, stan kataralny z pleśniawkami lub bez, proces zagorzelinowy na błonie śluzowej, który prowadzi często do obumarcia szczęki, stan zapalny i ropienie gruczołów ślinowych, szczególnie gruczołu przyusznego, katar nosa z wydzieliną ropną lub ropno-krwawą, formowanie się rozpadlin (*rhagades*) na skrzydłach nosowych, wszystko to jest częstym następstwem zakażenia septycznego.

W niektórych przypadkach występują uporczywe krwotoki ze wspomnianych wyżej rozpadlin lub też z błony śluzowej jamy ustnej, znajdującej się w stanie zapalnym lub zajętej sprawą zgorzelinową. Krwotoki te mogą przechylić rozpoznanie na korzyść *me-laena neonatorum*. Oczywiście biorą udział w zakażeniu ogólnym. Na siatkówce spotykamy wybroczyny krwawe, które mają znaczenie rozpoznawcze. Krwawienie z powiek, często nie dające się zatamować, zwykle jest pochodzenia zakaźnego, a nie miejscowego (*blennorrhoea*).

W uszach występuje często zapalenie ucha środkowego; rozszerzenie się zakażenia na kość, zatokę (*sinus*), mózg, opony mózgowę należy do bardzo rzadkich powikłań. Narządy oddechowe, jak mówiliśmy, również nie zostają oszczędzone. Nawet w przypadkach niepowikłanych widzimy duszność, oddech

przyspieszony, jako wyraz ciężkiego samoza-trucia. Zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, liczne ropnie w płucach, klinicznie nie dające się wykazać, o ile są rozrzucone, zapalenie opłucny surowicze, surowiczo - włóknikowe i ropne należą do powikłań częstych. Jeżeli te ostatnie objawy są wybitnie zaznaczone i przeważają nad innymi, mamy do czynienia z „zakażeniem septycznym o objawach płucnych”.

W narządach krążenia, jako powikłanie, znajdujemy względnie często zapalenie osierdzia. Zapalenie wsierdzia zaś występuje bardzo rzadko. Rozpoznanie tych powikłań u oseska napotyka trudności niebывałe. Tętno często nie mówi nic. Jak wogóle we wszystkich chorobach ciężkich zakażenie doprowadza nieraz do tak silnego osłabienia mięśnia sercowego, że następstwem tego bywa śmierć nagła.

Jak o tem mówiliśmy wyżej, przewód pokarmowy również jest zaatakowany w zakażeniach septycznych. Wymioty i rozwolnienie są jednym z objawów stałych.

Bardzo często zakażenie septyczne już od początku przebiega pod postacią zaburzeń przewodu pokarmowego. Zasługuje na uwagę to, że zaburzenia te występują tak u dzieci, karmionych sztucznie, jak i u dzieci, karmionych piersią matki. Wymioty w jednych przypadkach są żółciowe, w innych krwawe, wypróżnienia płynne lub twarożkowate, żółte lub zielone, a przy domieszce krwi—bronzowe lub czarnobronzowe, bardzo rzadko ciemnoczerwone; brzuch wzdęty, ruchy robaczkowe jelit wzmożone; czasami następuje paraliż jelit przy silnie wzdętej jamie brzusznej. Przeponę wtedy znajdujemy wysoko wzniesioną, a co zatem idzie, zjawia się duszność; bywa i zapalenie ropne otrzewny, szczególnie, jeżeli zakażenie jest pochodzenia pępkowego. Rozpoznanie zapalenia otrzewny jest trudne. Wysiłek nigdy nie znajduje się w takiej ilości, ażeby obecność jego dała się stwierdzić klinicznie. Silną wrażliwość jamy brzusznej na ucisk rozstrzyga rozpoznanie.

Śledziona w zakażeniu septycznym jest zwykle powiększona. Ale to powiększenie śledziony znajdujemy u osesków w tak różnorodnych przypadkach, że nie ma ono zna-

czenia rozpoznawczego specjalnego; mniej więcej to samo da się powiedzieć i o wątrobie. Mocz zawiera białko, rzadziej cukier. Białkomocz jest następstwem działania na nerki jakiejś przyczyny toksycznej, rzadziej objawem zapalenia nerek krwotocznego lub też zapalenia miedniczek nerkowych. U dzieci w pierwszych tygodniach życia, u których w zakażeniu septycznym występowała żółtaczka, w moczu były znajduwane barwniki żółciowe w roztworze. W niektórych przypadkach wykrywano hemoglobinę czy to w roztworze, czy to jako barwnik ziarnisty. W osadzie, otrzymanywanym z uryny drogą centrifugowania, spostrzegamy: cylindry hialinowe lub ziarniste, cylindry z czerwonych ciałek krwi i ciała ropne.

Narządy płciowe zwykle nie bywają zajęte sprawą chorobową, i z nich jednak mogą wystąpić krwotoki. Co się tyczy kości i stawów, to *periostitis i osteomyelitis* występują bardzo rzadko; w stawach natomiast bywają często ogniska zapalne (szczególniej w stawie biodrowym i ramieniowym).

Następuje wtedy unieruchomienie stawów, widoczny obrzęk i zaczerwienienie okolicy stawowej; ucisk na część chorą i ruchy bierne wywołują uczucie bólu. We krwi następuje zmniejszenie się liczby czerwonych ciałek krwi i leukocytoza polinuklearna.

Zdolność krzepnięcia krwi znacznie zmniejsza się. W niektórych przypadkach krew staje się gęstszą (sirupick). Pod mikroskopem były znajdowane ziarenka, powstające wskutek rozpadu ciałek krwi czerwonych. W surowicy krwi wykrywano hemoglobinę lub methemoglobinę.

Na sekcji mamy: wybroczyny krwawe na skórze, błonach śluzowych, na oponie twardej, miękkiej i w substancji mózgowej. Mózg często bywa obrzmiały i przekrwiony, W płucach ogniska zapalne, niedodmowe, małe ropnie liczne pochodzenia zatorowego i infarkty.

Zapalenie opłucny ropne lub surowicze zdarza się często. Mięsień serca w następstwie zatrucia bywa tłuszczowo zwyrodniały. Zastawki rzadko podlegają stanowi zapalnemu, osierdzie częściej. Wątroba i śledziona posiadają często charakter

zwyrodnienia mięszonego. Śledziona przytem jest powiększona. W przewodzie pokarmowym znajdujemy stan zapalny. Gruczoły limfatyczne krezkowe są powiększone. Wybroczyny krwawe występują tak na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, jak i na błonach surowicznych. Otrzewna w tym jedynie przypadku ulega stanowi zapalnemu, o ile zakażenie jest pochodzenia pępkowego.

Nerki w każdym przypadku są zmienione: mamy więc zwyrodnienie mięszone lub stłuszczenie i obumarcie komórek nerkowych. Wybroczyny krwawe, zapalenie śródmiąższowe i zapalenie miedniczek nerkowych — są to zmiany, które występują w narządach moczowych w zakażeniu septycznym.

Na sekcji znajdujemy również zmiany w kościach i stawach. Nawet w lekkich przypadkach zjawiają się wylewy krwawe w szpiku kostnym.

R o z p o z n a n i e zakażenia septycznego nie należy do rzeczy łatwych. Najpewniejsze wyniki daje badanie bakteriologiczne krwi. Do tego są jednak potrzebne większe ilości krwi, które otrzymać można bezpośrednio z żyły. W większości przypadków zbadanie krwi jest połączone z trudnościami, i rozpoznanie należy stawiać na mocy objawów klinicznych. Jeżeli ognisko, z którego rozwinął się stan septyczny, jest widoczne, jeżeli jest gorączka, jeżeli mamy wybroczyny krwawe i przerzuty — rozpoznanie: „*sepsis*” napewno postawić możemy. Badanie dna oka może wiele dopomóc w tym kierunku. Wygląd chorego, *facies hypocratica*, ostry stan zapalny przewodu pokarmowego, zapalenie płuc, wylewy krwawe w mózgu i oponach mózgowych przemawiają za ostrym stanem zakaźnym.

R o k o w a n i e (*prognosis*) w zakażeniu septycznym jest poważne. Jest ono tem mniej pomyślne, im burzliwiej choroba przebiega, im młodsze jest dziecko i im więcej organów jest zaatakowanych.

Zakażenie septyczne najbardziej panuje w tych miejscach, gdzie jest dużo osesków — więc w zakładach dla położnic, dla podrzutków. Ażeby oseska ustrzedz od zakażenia, należy się z nim obchodzić aseptycznie. Opiekować się oseskiem od dnia

urodzenia powinna nie ta sama osoba, która opiekuje się położnicą.

Pępowinę należy podwiązać aseptycznie. Jeżeli przy jej podwiązaniu pozostawia się kawałek długości 10 cm., to należy kawałek ten przedewszystkiem dobrze przysypać pudrem salicylowym, następnie owinąć suchym sterelizowanym gałgankiem albo jeszcze lepiej gazą, zmoczoną w spirytusie bezwodnym, zagiąć następnie ku górze i przybandażować. MARTIN radzi przewiązywać pępowinę tuż nad pępkiem, a nieco ponad przewiązką odpalić przy pomocy rozpalonych szczypców do włosów. Już na drugi dzień pozostała część odpada. W ten sposób podobno rana pępkowa daleko szybciej się zagoja.

We wszystkich stanach zapalnych skóry należy robić antyseptyczne okłady; czyraki, ropowice należy przecinać głęboko i dokładnie opatrywać. Nawet w ciężkich stanach można osiągnąć wyniki pomyślne, o ile odpowiedniemi pożywieniami podniesie się siła oseska. Tem odpowiedniemi pożywieniami dla oseska jest pierś matki lub mamki.

Należy wogóle unikać wszelkich uszkodzeń skóry i błon śluzowych. Przy wszystkich rękoczynach w rodzaju kąpielii, ubierania dziecka, obmywania części rodnych i odbytnicy, wymywania jamy ustnej należy unikać silnego tarcia, ażeby uniknąć uszkodzeń. Jamę ustną trzeba wycierać ostrożnie czemś miękkim (gaza sterylizowana). Najlepiej nawet zupełnie oczyszczać jamę ustnej. Wogóle obmywanie i wycieranie w przeciągu pierwszych dwu tygodni należy uskutecznić przy pomocy materiału miękkiego i wykonywać zabieg ten z delikatnością wielką.

Zmieniać bieliznę oseska trzeba rękoma, dobrze zdezynfekowanymi. Bielizna powinna być sterylizowana. Wszelkie rzeczy dla każdego dziecka powinny być oddzielnie wysterylizowane i przygotowane (wanienki, pieluszki, termometr, wata i t. d.)

W zakładach dla dzieci izolacja dzieci chorych szczególnie powinna być przestrze-

gana (pokoiki izolacyjne, separtki), przy karmieniu piersią należy brodawkę przed każdym ssaniem dobrze obmyć. Przy odżywianiu sztucznem sterylizacja pożywienia winna być surowo przestrzegana. Buteleczki i smoczki przed każdorazowem użyciem trzeba sterylizować lub też posiadać zapas już odkażonych przez gotowanie.

U HEUBNERA odkażaniem tego wszystkiego zajmują się nie te same posługaczki, które chodzą koło dzieci. Wylęgaczki dla dzieci, przedwcześnie urodzonych, powinny podlegać ścisłej dezynfekcyi.

Kiedy wystąpiły już objawy chorobowe, zabiegi lecznicze skierować należy przeciw objawom pojedynczym. Szczególniejsza uwaga powinna być zwrócona na skórę i pożywienie. Dzieciom, sztucznie żywionym, staramy się dać pokarm z piersi. W piersi najpewniejszy ratunek.

Wszystkie ogniska ropne należy otworzyć i leczyć według zasad chirurgii. Opatrunki nie powinny zachodzić na zdrowe części skóry, ażeby w ten sposób i te ostatnie nie podległy chorobie.

Szczególną uwagę należy zwracać na stan serca. Stosujemy mocną kawę, nieznaczne dawki naparstnicy (*0,05 pro die Infus.*), digalen (0,5 dziennie wewnątrznie), kofeinę, *ol. camphoratum*, roztwór soli fizyologicznej podskórnie, *argentum colloidal* (1,0) dożylnie lub w ławatywach; ostatniemi czasy zaczęto wstrzykiwać surowicę przeciwpaciorkowcową wielowartościową (*polyvalens*).

Niektórzy są zdecydowanymi zwolennikami stosowania tego zabiegu leczniczego, inni natomiast uważają surowicę za nieskuteczną.

U nas zachęca gorąco do stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej w zakażeniu paciorkowcami u niemowląt B. KORYBUT - DASZKIEWICZ, który spostrzegł wyniki dodatnie nawet w przypadkach na pozór rozpaczliwych.

S T R E S Z C Z E N I A.

Medycyna wewnętrzna.

141. G. Deycke i H. Much. **Problemat uodpornienia przeciwko gruźlicy w doświadczeniach z świnkami morskimi.**

Doświadczenia wykazały, że ani za pomocą starej tuberkuliny, ani też przy pomocy nowej,—która zawiera wprawdzie wszystkie części składowe ciał laseczników gruźliczych, w stanie jednak rozdrobnionym, a nie rozpuszczonym, — nie udaje się uodpornić doświadczalnie przeciwko gruźlicy. Mimo to fakty z życia codziennego przekonywają niezbicie, że uodparnianie przeciwko gruźlicy odbywa się bezwarunkowo niemal na każdym kroku, jedynie drogi, którymi ono kroczy, są nam jeszcze niezupełnie znane. W każdym razie doświadczenia BEHRINGA z uodparnianiem bydła przeciwko perlicy przez uprzednie traktowanie zwierząt wysuszonymi żywymi małą dla bydła jadowitymi prątkami gruźlicy ludzkiej a także próby RÖMERA z uodparnianiem świnek morskich — dowodzą, że do pewnego stopnia tajemnice tak ważnego problemu zaczynają się powoli wyjaśniać. Przytem doświadczenia BEHRINGA przemawiają za tem, że laseczniki gruźlicy ludzkiej działają odpowiednio na bydło właśnie dlatego że są dla niego nie jadowite, innemi słowy, że swoje jady nie mają nic wspólnego z wywoływaniem odporności, która zależna jest od innych, niejadowitych części składowych ciał laseczników.

Należało tedy wypróbować działanie oddzielnych części składowych laseczników, które można otrzymać dwiema drogami — chemiczną lub biologiczną.

Pierwsza polega na otrzymaniu oddzielnie substancji białkowych, oddzielnie tłuszczowych, dalej substancji rozpuszczalnych w wodzie i nierozpuszczalnego szkieletu. Ze wszystkich tych części składowych wyłączyć można przedewszystkiem ciała rozpuszczalne w wodzie (sole i substancje wyciągowe), jako nie mające znaczenia dla uodparniania. Na szczególną uwagę zasługuje

natomiast substancja tłuszczowa, przypominająca nastynę z prądków trądu. Badania autorów przekonały, że uprzednie traktowanie świnek morskich samemi substancjami białkowemi nie wywołuje odporności, gdy tymczasem mieszanina ich z nastyną tuberkuliczną ma własności uodparniające. Nawiasem mówiąc, tuberkulina i w doświadczeniach autorów nie uodparniała świnek.

Druga metoda—biologiczna—opiera się na tem, że pewne emulsje mózgowe mają własność rozpuszczania laseczników gruźliczych. W roztworze znajdują się wtedy białkowe i tłuszczowe substancje, natomiast toksyn wykazać nie można, co tłumaczyć należy w ten sposób, że lecytyna wiąże lub modyfikuje jady swoiste. Przez ogrzewanie jednej części laseczników w 2-ch częściach 25%-ej neuryny w ciągu doby przy 52°—udaje się otrzymać całkowite rozpuszczenie ciał laseczników. Dodanie lecytyny, mydeł lub t. p. neutralizuje trujące działanie neuryny.

Zpośród 27 świnek morskich, traktowanych tą mieszaniną, 10 udało się zupełnie uodpornić. W pozostałych przypadkach uodporność była niezupełna, co najprawdopodobniej tłumaczy się tem, że okres czasu między wstrzykiwaniem uodparniającem i zakażeniem był zbyt krótki. Autorowie przypuszczają, że odporność względem gruźlicy rozwija się powoli, w ciągu tygodni i miesięcy.

Tak więc doświadczenia powyższe wykazały, że można uodpornić przeciwko gruźlicy nawet tak wrażliwe zwierzęta, jak świnki morskie, jest to jednak odporność zapobiegawcza.

Trudniejsza do rozwiązania jest sprawa leczenia tą drogą gruźlicy ludzkiej, w której wielką rolę odgrywają toksyny.

(Beitr. zur Klin. der Tub., 1910 t. XV, z. 2).

142. F. Jessen i Lydia Rabinowicz. **O obecności prątków gruźliczych we krwi chorych i o praktycznym znaczeniu tego objawu.**

Badania przeprowadzono w zakładzie JESSENA w Davosie. Ogółem poszukiwano prąt-

ków u 12 chorych I okresu, 12, II-go i u 12 III-go. Krew brano za pomocą punkcyi żyłnej i wlewano ją do takiej samej ilości (5—10 sz. c.) 2½% roztworu kwasu cytrynowego. Po zmieszaniu krew stawiano w chłodnym miejscu na kilka godzin i następnie długo wirowano. Z osadu po zlanii górnej warstwy robiono 1—2 preparaty. Resztę osadu rozcieńczano wodą i znów centrifugowano. Po zlanii płynu dodawano 15% antyforminy na ¼ do kilku godzin, znów wirowano, przemywano osad wodą i wreszcie cały rozcierano na szkiełkach. Barwiono według NEELSENA i GRAMA.

Na 12 przypadków I okresu znaleziono 2 razy prątki i ziarenka, na 12 II-go 2 razy ziarenka, na 12 III-go 5 razy prątki i 1 raz ziarenka. Otrzymywano więc wynik dodatni (poszukiwania trwały nieraz bardzo długo) nie tylko w ciężkich, lecz i w lekkich przypadkach. W 2 przypadkach o podejrzanym przebiegu klinicznym otrzymano dzięki wynikowi dodatniemu badania krwi rozpoznanie. W 3 przypadkach, w których we krwi znaleziono prątki, w płwocinie ich nie było. W jednym przypadku z sztuczną odmą piersiową laseczników we krwi nie znaleziono, w jednym przed wywołaniem odmy były, po zabiegu nie znaleziono ich, w trzecim wreszcie, w którym sztuczna odma nie mogła zupełnie ucisnąć jamy w górnym płacie, laseczniki w krwi nie znikły.

Pod względem rokowania obecność laseczników nie posiada szczególnie złego znaczenia, niektóre bowiem przypadki poprawiały się znacznie.

Wreszcie zaznaczyć należy, że w jednym z najcięższych przypadków znaleziono laseczniki i w moczu, mimo że nie było żadnych objawów cierpienia dróg moczowych. I ten przypadek poprawił się.

(Deut. med. Woch. 1910, Nr. 24).

143. Dieterlen. W sprawie prątków gruzliczych, znajdujących w płwocinie chorych na gruzlicę płuc.

Autor zajął się zbadaniem gatunku prątków, otrzymanych przez SCHRÖDERA i MIETZSCHA, o czem już była mowa w poprzednim referacie. Prątki owe obficie rosły na bulionie,

były bardzo jadowite dla królików,—można je więc było wziąć za prątki perlicy. Zaszczepienie ich jednak wołowi dało wynik ujemny, co stanowczo przemawia za tem, że był to typ ludzkiej gruzlicy. Żądanie więc KOCHA, ażeby hodowle, otrzymane z płwociny chorych i wywołujące u królików gruzlicę ogólną, zawsze sprawdzać za pomocą szczepienia bydłom — należy uznać za słuszne.

(D. med. Woch. 1910 Nr. 5).

144. B. Möllers. W sprawie gruzliczego zakażenia człowieka przez prątki perlicy.

Prawie wszyscy badacze zgodzili się już na to, że istnieją dwa główne typy laseczników gruzliczych: typ ludzki i typ bydłocy. Różnice główne między nimi polegają na tem, że 1) typ ludzki nie jest złośliwy dla cieląt, mało złośliwy dla królików—gdy bydłocy jest bardzo złośliwy dla tych zwierząt; 2) typ bydłocy w pierwszej generacyi z trudnością daje się szczepić na sztucznych podłożach, rośnie wolno i niezbyt bujnie—gdy ludzkie laseczniki względnie łatwo się hodują na podłożach, rosną szybciej i obficie; 3) rozmaicie się nieco barwią, posiadają cokolwiek odmienny wygląd i zachowują się rozmaicie w kwaśnym bulionie glicerynowym.

O ile powyższe fakty są już prawie ogólnie przyjęte, sprawa chorobotwórczości laseczników perlicy dla ludzi jest jeszcze niezupełnie rozstrzygnięta, jak tego dowodzą przedewszystkiem debaty na waszyngtońskim zjeździe przeciwgruzliczym w r. 1908.

Gdy FIBIGER, naprz., utrzymuje, że 5% wszystkich dzieci sekowanych cierpi na pierwotną gruzlicę kiszek pochodzenia bydłowego, KOCH twierdzi, że ciężkie lub śmiertelne cierpienia u ludzi, wywołane przez prątki perlicy, należą do nadzwyczajnych rzadkości. Według statystyki WEBERA opisano dotychczas ogółem 66 przyp. niewątpliwego zakażenia perlicą u dzieci i 6 u dorosłych. Żaden z tych przypadków nie dotyczy jednak gruzlicy płuc, a ta postać głównie wchodzi w rachubę u ludzi.

To też KOCH na tem opiera swoje powyższe twierdzenie, utrzymując, że, skoro perlica ma odgrywać rolę w powstawaniu gruzlicy u ludzi, należałoby ją wykrywać

i w przypadkach gruźlicy płuc. Poczęto tedy skrzętnie szukać laseczników perlicy w płwocinie chorych, hodując je i przeprowadzając przez zwierzęta. Koch zaznacza przytem, że jednorazowe stwierdzenie laseczników perlicy niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż obecność ich może być przypadkową domieszką z pożywienia.

Badania KITASATO, DIETERLENA i PARKA, obejmujące 257 przypadków, ani razu nie wykryły w płwocinie chorych na gruźlicę płuc prątków typu bydłęcego. Karol SPENGLER natomiast, opierając się tylko na różnicach w barwieniu według swej metody, miał je znaleźć w 70% przypadków na równi z prątkami ludzkimi, zaś w 5,3% li tylko prątki bydłęce.

SCHRÖDER, który zajął się sprawdzeniem tych wyników SPENGLERA, znalazł w 11 przypadkach prątki, po zabarwieniu przypominające laseczniki perlicy. Wyniki jednak szczepienia tych płwocin były w 10 ujemne, t. j. w jednym tylko udało się stwierdzić obecność szczepu złośliwego dla królika.

Badania czterokrotne, przeprowadzone przez autora (3 razy) i MIETZSCHA (1 raz) nad płwociną chorej, u której SCHRÖDER znalazł owe podejrzone prątki, wykazały niezbiecie (ujemny wynik zaszczepienia wołowi), że i tu miano doczynienia z lasecznikami typu ludzkiego. Dodać należy, że MIETZSCH poddał dalszemu badaniu prątki, otrzymane z organów królika, któremu przedewszystkiem wstrzyknął SCHRÖDER płwocinę owej chorej. Otrzymałą czystą hodowlę wstrzyknął właśnie wołowi z ujemnym wynikiem. Powyżej przytoczone fakty najwyraźniej dowodzą potrzeby kilkakrotnego badania, jak tego żąda Koch.

(D. med. Woch. 1910 Nr. 5).

145. Jochmann. Spostrzeżenia nad swoistem leczeniem gruźlicy rozmaitymi preparatami tuberkuliny.

Są to wyniki prób, prowadzonych pod kierunkiem zmarłego KOCHA w ciągu 1½ roku. Wychodząc z założenia, że najlepsze leczenie tuberkulinowe jest to, które uodparnia ustrój możliwie najliczniejszymi produktami i częściami składowymi prątków

gruźliczych, — autor wstrzykiwał stopniowo coraz większe dawki AT (starej tuberkuliny), poczynając od 1 mg. i dochodząc do 1000 mg., — a następnie, gdy początkowo dodatni odczyn, wywołany przez wtarcie AT, zniknął, wstrzykiwał stopniowo większe dawki BE (emulsji laseczników). Przy wstrzykiwaniach autor unikał nie tylko odczynów gorączkowych, lecz i wogóle większego odczynu ogólnego (rozbicie, bóle głowy i t. p.). Próby z AT, otrzymaną z hodowli bezbiałkowych, dowodzą, że z takim preparatem łatwiej przeprowadzić kurację bez odczynów gorączkowych. Dodać przytem należy, że nowy ten preparat tuberkuliny otrzymywano nie przez wyparowywanie do $\frac{1}{10}$ objętości, lecz przez trzymanie hodowli w piecyku, póki nie ulotniły się $\frac{3}{4}$ płynu z hodowli. W ten sposób nie miały ginąć części składowe, które ginęły przy wyparowywaniu.

BE zaczynano wstrzykiwać w dawce $\frac{1}{1000}$ mg. i co 5 — 8 dni zwiększano dawki, dochodząc do 10 mg. Przy większych dawkach tworzą się nacieki, a nawet jałowe ropnie, co spowodowane bywa przez trudno wchłaniające się części składowe (części prątków).

Tak zwana uczulona emulsja laseczników RUPPELA i MEYERA, — którą otrzymuje się przez traktowanie laseczników wysokowartościową surowicą przeciwgruźliczą w celu zmniejszenia ich jadowitości — nie dawała szczególnie lepszych wyników.

T. R. — otrzymywane przez odwirowanie zawiesiny wielokrotnie rozmielonych laseczników w wodzie destylowanej — dawało wyniki niezbyt dobre, gdyż szczególna mnogość trudno rozpuszczalnych części składowych utrudniała stosowanie podskórne.

Wewnętrzne stosowanie tuberkuliny chybia celu, gdyż 1) treść żołądkowa niszczy tuberkulinę, 2) podawana zaś w tubusach tuberkulina mało się wchłania w kiszczkach.

Wyniki stosowania mieszanego leczenia (A. T. + B. E.) były na ogół niezłe zarówno w gruźlicy miejscowej, jak i wewnętrznej (płuc).

Co się tyczy niweczników, to te, zdaniem autora, rzadko tylko wytwarzają się w ustroju samoistnie (na 165 przypadków — 11

razy). Samoistne wytwarzanie się niweczników powstaje najprawdopodobniej skutkiem tego, że pewne ogniska rozmiękczenia w płucach nie komunikują się z światem zewnętrznym, co powoduje wchłanianie się produktów swoistych. To samo dać mogą rozmięczone gruczoły gruczlicze, o ile się również nie otworzyły na zewnątrz.

Leczenie tuberkulinowe najczęściej wywołuje wytwarzanie się niweczników, co jednak bynajmniej nie zawsze stoi w związku z istotnym gojeniem się procesu chorobowego.

Na pytanie wreszcie, jak długo ma trwać leczenie tuberkuliną, autor odpowiada, że wskaźnikiem winny tu być: objawy wysłuchowe (rzężenia), ilość płwociny i laseczniki a także fakt znikania odczynu PIRQUETA. Po 3 — 4 miesiącach należy powtórzyć odczyn i w razie dodatniego wyniku kurację powtórzyć.

W innych przypadkach mimo osiągnięcia najwyższej dawki i ujemnego wyniku PIRQUETA wstrzykiwanie ostatnie powtarzać należy co dni 14 — zależnie od objawów klinicznych.

(Deut. med. Wach. 1910 Nr. 21).

146. J. Neumann. Leczenie gruźlicy dużymi dawkami tuberkuliny.

Autor na ogół przychodzi do tego samego wniosku, co i ENGEL. Zauważył on, mianowicie, że zastrzykiwania tuberkuliny znakomicie wpływają na poprawę wyglądu i ogólnego stanu dzieci chorych, jak to ilustruje przytoczony przypadek. Co się tyczy dawek, to N. również stosuje spore dawki, zaczynając od 0.2 miligrama, i twierdzi, że dzieci znoszą dobrze duże dawki, przy tem

niektóre dzieci szybko tracą swą wrażliwość na tuberkulinę, skutkiem czego trzeba wstrzykiwać większe dawki w celu wywołania pożądanego działania.

Wreszcie, co się tyczy szybkości powiększania dawek, N. jest zwolennikiem unikania dużego odczynu i powtarzania dawek poprzednich aż do zniknięcia wszelkiego odczynu.

(D. med. Woch., 1910 № 5).

147. F. M. Pottonger. Wpływ gruźlicy na serce.

Gruźlica płuc oddziałuje na serce pod wieloma względami, zmienia bowiem w wielu przypadkach położenie serca, zmienia krążenie w płucach, wywołuje zmiany w układzie naczyniowym i sercu samem, zmienia ciśnienie i t. p.

Pierwszy objaw polega, jak wiadomo, na przyspieszeniu tętna, zależnem od działania jadu gruźliczego na rozszerzacz naczyń. Przyspieszeniu temu tętna towarzyszy zazwyczaj spadek ciśnienia. Po części przyczynia się do tego i osłabienie mięśnia sercowego pod wpływem zmęczenia lub również działania jądów a także i podrażnienie nerwu współczulnego w klatce piersiowej. W bardziej posuniętych przypadkach gruźlicy płuc osłabienie serca i spadek ciśnienia występują o wiele wybitniej. W celu przeciwdziałania tym zmianom następuje przerost mięśnia sercowego i zgrubienie ścian tętnic. To ostatnie jest prawdopodobnie również skutkiem działania jadu gruźliczego.

(Brauers Beitr. zur Klin. der Tub., 1910 t. XV, zeszyt 2).

M. Gantz.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 czerwca do 14 lipca 1910 r.

Przybyło 71 chorych na ospę naturalną w miesiącu sprawozdawczym. Największy pawilon szpitalny nie mieści ich, endemia ospy naturalnej zagnieździła się w Warszawie na czas dłuższy, nienotowany oddawna w statystyce chorób zaraźliwych. Drugi pawilon, który mieścił uprzednio inne postaci cho-

rób zaraźliwych, zapełniony został chorymi na ospę naturalną. Cechą znaną w miesiącu sprawozdawczym jest przeważająca liczba osobników płci żeńskiej, zanotowanych, jako chorzy na ospę naturalną.

Pomimo zmniejszonej liczby chorych na ospę w zestawieniu z kilkoma poprzednimi

miesiącami, zanotowano nowych ognisk zarazy ospy naturalnej przy ulicy Gęsiej 5, Grzybowskię 6, Smoczej 8.

Prócz chorych na ospę naturalną szpital Ś-go Stanisława w końcu miesiąca sprawozdawczego rozpoczął przyjęcie chorych na ostry niezbyt żołądka i kiszek, na dyzenterję i na tyfus wysypkowy. Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 91 (42 m. 69 k.) chorych, z poprzedniego miesiąca pozostało 59 (26 m. 33 k.), wypisano zdrowymi 71 (33 m. 38 k.), z poprawą 1 k., przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 3 k., zmarło 28 (13 m. 15 k.), na miesiąc następny pozostało 67 (22 m. 45 k.).

Dni szpitalnych 150 chorych przebyło 1573.

O s p a n a t u r a l n a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 55 (26 m. 29 k.) chorych, przybyło nowych 71 (29 m. 42 k.), wśród nich wcale nieszczepionych od urodzenia 19 (9 m. 10 k.). Stosownie do kategorii wyznaniowych było 66 katolików, 38 wyznania Mojżeszowego, 5 prawosławnych, 2 ewangelików. Według rodzaju zajęć wśród przybyłych chorych na ospę naturalną w miesiącu omawianym zanotowano: 17-cie służących w domach prywatnych, 13 wyrobników (żony ich i dzieci), 6 robotników, w tem ich żony i dzieci, dzieci drobnych handlarzy, następnie: 1 cyganka z nieletnią córką, nieszczepione od urodzenia, 1 furman, 1 blacharz, 1 żona dekarza, 3 kamaszników, 2 dzieci krawców, 2 żony kelnerów, 2 dzieci lakierników, 1 pomocnik maszynisty, 1 dziecko mularza, 1 pilnikarz, 1 dziecko rękawicznika, 1 stróż i 2 dzieci stróżów przy kamienicach, 2 stolarzy i 1 żona stolarza, 1 ślusarz, 3 szewców, 1 dziecko targarza, 1 uczeń szkół miejskich, 1 dziecko urzędnika, 1 żona woźnego, 1 zarządzający dobrami, 1 dziecko żebraka i 12-letnia dziewczynka, córka handlarza, która przed dwoma tygodniami, zanim przybyła z ospą naturalną i zmarła, przebyła ospę wietrzną w szpitalu, gdzie jej dwukrotnie szczepiono ospę bezskutecznie. Pozostałe przypadki zejść śmiertelnych w ospie naturalnej dają się podzielić na następujące kategorie: I-a. 2 zejścia śmiertelne u osobników nieszczepionych skutkiem formy ospy krwotocznej: 1) u 3-letniego chłop-

ca wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (ojciec handlowiec), 2) u 31-letniej żony wyrobnika w 4-ym miesiącu ciąży (poronienie); II-a — 7 przypadków zejść śmiertelnych skutkiem komplikacji: 1) u 9-ciomiesięcznej córki służącej, katoliczki, skutkiem lewostronnego zapalenia płuc i róży twarzy, 2) u 12-miesięcznego chłopca, katolika, skutkiem zapalenia płuc lewostronnego, 3) u 5-cioletniego chłopca wyznania Mojżeszowego (ojciec handlarz) skutkiem zapalenia płuc, 4) u 6-letniego katolika przy rodzicach skutkiem ropówki na prawem udzie i zajęcia prawej rogówki; 5) u 6-letniego syna furmana, wyznania Mojżeszowego, skutkiem kataralnego zapalenia płuc, 6) u 16-letniej katoliczki, wyrobnicy, skutkiem obustronnego zapalenia płuc, 7) u 18-letniej katoliczki, służącej, skutkiem zapalenia lewej opłucny. III-a — 6 przypadków formy ospy naturalnej, płaskiej, zapadającej się, pęcherzyki z sinym podbiegiem krwawym: 1) u 4-miesięcznego chłopca, prawosławnego, przy rodzicach (ojciec krawiec), 2) u 7-letniej dziewczynki, katoliczki, przy rodzicach (ojciec stróż domu), 3) u 9-letniej dziewczynki, katoliczki, przy rodzicach (ojciec wyrobnik), 4) u 10-letniego katolika przy ojcu lakiernika, 5) u 21-letniego robotnika, katolika, 6) u 26-letniego katolika, pilnikarza. IV-a 3 przypadki formy ospy zlewającej się: 1) u 3-letniej dziewczynki, katoliczki, przy rodzicach (ojciec handlowiec), 2) u 9-letniego katolika przy ojcu żebraku, 3) u 28-letniej katoliczki przy mężu dekarzu. V-a — 6 przypadków zejść śmiertelnych u osobników, wcale nieszczepionych od urodzenia, skutkiem ciężkiej ospy naturalnej o postaci, nie dającej się zaliczyć do żadnej z wyżej wymienionych kategorii: 1) u 3-miesięcznej dziewczynki, córki cyganki, 2) u 12-miesięcznej katoliczki, córki wyrobnika, 3) u 5-letniego chłopca wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (ojciec rękawicznik), 4) u 13-letniego katolika, terminatora u szewca, 5) u 20-letniej katoliczki, służącej, 6) u 21-letniego katolika, pomocnika stróża.

Na miesiąc następny pozostało 49 (16 m. 33 k.) chorych na ospę naturalną. Ogółem 126 chorych na ospę naturalną przebyło 1289 dni szpitalnych.

Przybyli chorzy na ospę naturalną, zapi-

sani z następujących ulic i domów: Agrikola 1, Bednarska 11, Bracka 8, Bugaj 17, Brzozowa 20, Chłodna 39, Chmielna 76, Dobra 7, Dzielna 10, Dzika 6, 38, Elektoralna 5, 7, Gęsia 53, 60, 61 (2 przypadki), 69, Grzybowska 62, 70 (5 przypadków), Kamionkowska 11, Kawenczyńska 52 (2 przyp.), Krochmalna 57, Łomżyńska 4, Młynarska 8, Mała 11, Nalewki 43, Nowokarmelicka 4, (2 przypadki), Nowoaleksandryjska 17 (2 przyp.), Nowolipki 71, Okopowa 20, Pawia 37, Słiska 44, Stawki 9 (2 przypadki), Junkierska 3, Strzelecka 18, Szwedzka 25, Wałowa 2, Wilcza 28, Wileńska 3, Wolska 34, Zaokopowa 45, Ząbkowska 15, 30, Złota 41.

T y f u s w y s y p k o w y. Przywieziono ze szpitala na Czystem z powodu remontu oddziału infekcyjnego 6 chorych, 3 (1 m. 2 k.) przybyło z miasta, z tych 1 k. 66-letnia służąca, katoliczka, zmarła, 8 pozostało na miesiąc następny.

Chorzy na tyfus wysypkowy zapisani z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Brzeska 13, Gęsia 29, Pawia 76, Srebrna 10, Towarowa 32, Wielka 47 (2 przypadki), Zimna 4.

D y z e n t e r y a. Przybyło 9 (4 m. 5 k.), z tych wyzdrowiało 2 m., 1 k. 44-letnia katoliczka, przy mężu zwrotniczym, zmarła, 6 (2 m. 4 k.) pozostało na miesiąc następny.

O s t r y n i e ż y t ż o ł ą d k a i k i s z e k. Przybyło 7 przypadków, z tych 4 (2 m. 2 k.) wyzdrowiało, jedna, 59-letnia żona mularza, zmarła (*pyelonephritis, degeneratio musc. cordis., gastroenteritis chronica (exacerbatio)*), 2 (1 m. 1 k.) pozostały na miesiąc następny.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym przybyły pojedyncze przypadki, niewłaściwie zakwalifikowane do szpitala Ś-go Stanisława: 1 k. na różę, przewieziona do szpitala Ś-go Łazarza, 1 k. z gruźlicą płuc, wypisana z poprawą, 1 m. z zimnicą wyzdrowiał, 2 m. na grypę, z tych jeden wyzdrowiał, 1 pozostał na miesiąc następny, 1 k. z udarem mózgu, przeprowadzona do szpitala Dz. Jezus, 1 k. z zapaleniem płuc (wyzdrowiała, 1 m. z ogniskowem zapaleniem gardzieli wyzdrowiał, 1 m. z niestrawnością nerwową pozostał na miesiąc następny, 1 k. z zapaleniem wnętrza macicy, przeprowadzona do szpitala Dzieciątka Jezus, 9 matek (4 z poprzedniego miesiąca) przy dzieciach chorych na ospę naturalną wypisano zdrowymi.

Zamiejscowych chorych przybyło 9 (7 m. 2 k.).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się w miesiącu sprawozdawczym do szpitala, wydano 22.

Śmiertelność miesięczna 16,04%.

Wiadomości bieżące

— Pod przewodnictwem policmajstra miasta Warszawy utworzona została komisja dla obmyślenia środków w celu zabezpieczenia miasta od epidemii cholery, w razie zaś wybuchu zarazy przedsięwzięcia środków dla zwalczania tejże.

— Śmiertelność podczas obecnej epidemii cholery w Petersburgu jest wysoka—od 50—55%.

— Prof. Rein delegowany został na południe Rosyi dla przedsięwzięcia energicznej akcji przeciwko epidemii cholery. Tamże wysłane zostały oddziały czerwonego krzyża.

— Od początku epidemii cholery w Ro-

syi do 10 lipca st. st. zachorowało 57720 osób, z czego zmarło 25564. Za czas od 4 do 10 lipca st. st. zachorowało 15244, zmarło zaś 6944. W obwodzie wojska dońskiego 2981 przypadków, z czego śmiertelnych 1411; w Kubańskim okręgu 2416 przypadków—śmiertelnych 1324; w gub. Ekaterynosławskiej 1799 przyp., śmiertelnych 822; w gub. Chersońskiej 757—śmiertelnych 278; w Taurydzkiej 647—śmiertelnych 328; w Samarskiej 655—śmiertelnych 278; w Petersburgu 389 przyp., z czego 140 śmiertelnych; w Kijowskiej gub. 72 przyp., z czego 24 śmiertelne; w Podolskiej 54 przyp.—śmiertelnych 22; w Wołyńskiej gub. 15 przyp.

— śmiertelnych 8; w Odessie 106—śmiertelnych 49; w Rydze 2 przyp., w Rewlu 1.

— Nader smutnie przedstawia się zdrowotność miast w Państwie Rosyjskiem. Z liczby 762 miast Rosyi Europejskiej tylko w 149 są wodociągi, kanalizację zaś posiada 27. Ze 121 miast Królestwa Polskiego 9 posiada wodociągi, a 5 jest skanalizowanych. Ze 103 miast Kaukazu 27 posiada wodociągi, kanalizację 6. Z 50 miast Syberyi żadne nie jest skanalizowane, wodociągi mają dwa miasta. Z 46 miast Azji środkowej wodociągi znajdują się w 5 miastach, kanalizacji żadne nie posiada. Nic dziwnego zatem, że Rosya z pomiędzy państw europejskich ma najwyższą liczbę zachorowań, i że cholera jest prawie endemiczna.

— Na jesieni w r. b. odbędzie się zjazd lekarzy wszystkich rosyjskich dróg żelaznych. Zjazd ma ułożyć instrukcję dla lekarzy sanitarnych na drogach żelaznych oraz obmyśleć środki zapobiegawcze przeciwko szerzeniu się chorób zakaźnych za pośrednictwem dróg żelaznych.

— W żeńskim Instytucie medycznym w Petersburgu zawakowała katedra medycyny sądowej; ogłoszony został konkurs na zajęcie tejże; zgłoszenia przyjmują się od kandydatów do 15 października st. st. r. b.

— W wodzie borżomskiej na Kaukazie wykryto obecność radu.

— Odkazanie wozów kolejowych, szczególnie sypialnych, staje się coraz większą potrzebą, a nie robi się dotąd w tym kierunku nic albo prawie nic. Obecnie koleje pruskie wprowadziły odkazanie w warsztacie poczdamskim. Zbudowano w tym celu olbrzymi cylinder, do którego wnętrza wjeżdża cały wóz kolejowy; następnie zamyka się szczelnie cylinder i ogrzewa do 50°, potem przy pomocy pompy powietrznej wytwarza się próżnię i napełnia cylinder parą formolu. Odkazanie jednego wozu wraz z amortyzacją aparatu wypada około 40 marek. Wobec grasującej obecnie cholery w Rosyi odkazanie dokładne wozów kolejowych byłoby bardzo na czasie.

— Zdetronizowany szach perski, mieszkający obecnie w Odessie, zabrał się do

studyowania medycyny i ma zamiar uczęszczać do uniwersytetu.

— Amerykański urząd skarbowy wprowadza w życie parową pralnię banknotów celem odkazania pieniędzy papierowych, które niejednokrotnie bywają rozsądnikami chorób zakaźnych.

— W Londynie ma powstać bank dla wypożyczania radu uczonym i zakładom. Dla banku ma być zbudowany bardzo skomplikowany skarbiec, wyłożony ołowiem i zabezpieczony przeciw emanacyi radu i złodziejom.

— Zmniejszenie się liczby porodów mniej więcej o 2/10 stwierdzają statystyki wszystkich państw. Na 1,000 mieszkańców przypada urodzin: w Brukselli 16.3, Paryżu 17.7, Turynie 19.2, Edynburgu 20.9, Berlinie 20.6, Wiedniu 22.1, Rosyi powyżej 30.

— Jako przykład dziedziczności podał Klausener następujące drzewo genealogiczne pewnej pijaczki i włóczęgi. Urodziła się ona w roku 1740. Do roku 1893 udało się wykazać 834 potomków: 100 urodziło się nieślubnie, 181 było nierządnic, 142 żebraków, 46 mieszkało w przytułkach, 76 było złoczyńców 7 morderców. K. oblicza, że państwo wydało na tę „rodzinę”, t. j. na utrzymanie w więzieniach, domach poprawy i t. p., 5 milionów marek. (Przegląd Lekarski).

— W miejsce kary śmierci proponuje d-r Ollivier z Paryża wytrzebiecie. Już sama obawa poddania się operacyi miałaby, zdaniem d-ra O., w wielu przypadkach zbawienny skutek moralny, a nadto społeczeństwo zabezpieczyłoby się w ten sposób przeciw potomstwu, dziedzicznie obciążonemu w kierunku zbrodni.

— Według Kocha spostrzega się, jako choroby zawodowe, następujące zбочenia psychiczne: 1) Psychoza ołowicza (ból głowy, zawroty, drgawki, melancholia). 2) Psychoza manganowa (zaburzenia mowy, retropulsya, przymusowy śmiech lub płacz). 3) Psychoza z zatrucia siarczkiem węgla (fabryki wulkanizacji kauczuku): objawy maniakalne, katatonii, otepienia i t. d. 4) Psychoza anilinowa (podniecenie, omamy, zawroty i ból głowy, chód chwiejny zniesienie odruchów, drgawki, drżenia i t. p.) 5) Psychoza z zatrucia tlen-

kiem węgla (otępienie, zaburzenia pamięci, podniecenia, apatya i t. p. (Przegląd Lekarski).

Zmarli.

— W Charkowie wybitny klinicysta

rosyjski, dziekan wydziału lekarskiego d-r A. Ch. Kuzniecoff.

— W Jenie Gustaw Fischer znany wydawca dzieł lekarskich, doktor medycyny honoris causa.

Od Redakcyi.

Z daru jubilata Szanownego Kolegi Juliana MAJKOWSKIGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę oryginalną oraz na najlepsze streszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny, wydrukowane w ciągu roku 1910 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w r. 1910 w naszym piśmie i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada r. b.

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

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej otrzyma nagrody rb. 100.

4. Autorzy 2 najlepszych streszczeń zbiorowych lub odczytów klinicznych otrzymają prócz honorarium zwykłego po rb. 50.

5. Sąd konkursowy ma prawo w razie, gdy prace będą jednowartościowe, dzielić nagrody.

6. Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny, wynik zaś konkursu będzie ogłoszony w Nr. 1 naszego pisma z roku 1911.

* * *

Z daru Sz. Kol. Kazimierza RZĘTKOWSKIEGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny z dziedziny t. zw. pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, wydrukowane w roku 1910 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w piśmie naszym w ciągu r. b. i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada r. b.

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

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

4. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo podziału tej sumy.

5. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny naszego pisma.

6. Wynik konkursu ogłoszony będzie w Nr. 1 pisma naszego z r. 1911.

* * *

Z daru Sz. Kol. Władysława KOPYTOWSKIEGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę z zakresu chorób wenerycznych i skórnych, wydrukowaną w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” w r. 1910 i 1911.

Warunki konkursu:

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

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

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

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

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

6. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny pisma naszego.

7. Wynik konkursu będzie ogłoszony w Nr. 1 pisma naszego z r. 1912.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

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

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu bornego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

ARHOVIN

Preparat doskonały do kuracji wewnętrznej i zewnętrznej

— Rzeżączki —

PROPHYLAKTICUM przeciw rzeżączkowemu zapaleniu stawów.

Użyt. wewnętrznie. **Capsul Arhovini** po 0,25, od 1 do 2 kaps., 3 do 6 razy dziennie. Użyt. zewnętrznie **Arhovini** 1—5,0 ol. oliv 100,0 do iniekcji i tamponów również w postaci bacill. i globulae. Arhovin jest do nabycia we wszystkich aptekach w kapsułkach po 30 i 50 szt. w pudełkach oryginalnych oraz w słoikach oryginalnych.

PYRENOL

Środek wybitny

Specificum zmniejszający gorączkę i **Antireumatyczny.**

Przeciw Pertussis, Asthma bronchial. Influenzy.

Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od 0,5—1,5 dla dorosłych, 3—4 razy dziennie z mlekiem w proszkach, a w mikstura z **Sir. Rubi Idaei** lub **Aq. Menthae** lub w postaci tabletek. Do nabycia we wszystkich aptekach.—Literaturę prosimy żądać od przedstawicieli

E. Koch i W. Borman, w Warszawie, Chmielna 18
Goedecke S-ka, Fabr. Chem. w Lipsku

Bad KUDOWA

Okr. rząd. Wrocław.) stac. kol, Kudowa lub Nachod.

400 m. nad poziom. morza.

Sezon letni: 1 Maj do Listopada. Sezon zimowy: Stycz. Luty, Marzec.

Miejscowość lecznicza dla chorych sercowych

Naturalne kąpiele kwaso-węglowe i borowinowe. Najsilniejsze źródło arseno-żelaziste w Niemczech, w chorobach serca, krwi, nerwowych i kobiecych. Frekwencja 13928. Wydano kąpielei 136195. 15 Lekarzy.

„Kurhotel Fürstenhof“ hotel pierwszorzędnny i 120 hoteli i mieszkań prywatnych. Rozsyłka wody przez cały rok. Prosp. gratis za pośredn. wszystkich biur podróży,

Rudolfa Mosse i dyrekeyi kąpielowej.