

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 48.

Warszawa d. 15 (28) 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 Administracja „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 oddziaływaniu leukocytów na nalewkę gwajakową. Podał d-r St. Klejn. — W sprawie pulpitów do pisania. Podał d-r H. Higier. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Urologia. Choroby pęcherza moczowego. Zestawił A. Leśniowski. 133. Przyczynę do syndromu Adams-Stokes'a. 134. Ostre zapalenie kiszki ślepej. 135. O patogenie ostrej przejściowej ślepoty przy kolce ołowianej, mocznicy i eklampsji. 136. W sprawie wrzeczonych toksycznych i leczniczych własności surowicy epileptyków 137. Spostrzeżenia nad leczeniem chorych gruźliczych tuberkulą — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — Ze zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Kassel (20—26. XI. 1903). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 października do 14 listopada r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Klejn — Sur la réaction des leucocytes à la teinture de guajac. 2) D-r H. Higier — Sur les pupitres pour écrire.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. Klejn — Ueber die Reaction der Leucocyten auf Guajacinctur. 2) D-r H. Higier — Ueber Schreibpulte.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Starozakonnych w Warszawie.

O ODDZIAŁYWANIU LEUKOCYTÓW NA NALEWKĘ GWAJAKOWĄ.

Podał

D-r STANISŁAW KLEJN

ordynator oddziału.

Jeśli do krwi dodamy trochę nalewki gwajakowej (*tr. ligni guajaci*) i starej terpentyny lub roztworu H_2O_2 , to płyn nabierze koloru niebieskawo-zielonego lub szaro-niebieskiego. Jest to

próbą VAN DEEN'a, oddawna znajdująca zastosowanie w medycynie sądowej i w klinice. VITALI¹⁾ zwrócił uwagę, iż także zabarwienie otrzymamy z ropy, jeśli do niej dodamy samej tylko nalewki gwajakowej, krew zaś tego odczynu z samą nalewką według niego nie daje.

W r. 1900 przekonał się BRANDENBURG²⁾, iż podobnie, jak ropa, zachowuje się względem

¹⁾ D. VITALI. Chemisches Centralblatt. 1887.

²⁾ K. BRANDENBURG. München. med. Wochenschrift 1900. N. 6.

nalewki gwajakowej czerwony szpik kostny i krew leukemii szpikowej. Natomiast krew wogóle i inne tkanki, a w szczególności tkanka adenooidalna z zawartymi w niej limfocytami, odczynu tego nie dają. BRANDENBURG wyraża nadzieję, iż za pomocą tego odczynnika będzie można odróżnić komórki szpikowe od limfocytów i leukemię myelocytową od limfocytowej. Autor ten przypuszcza, że działanie powyższych leukocytów, zarówno jak i ciałek ropnych, na nalewkę gwajakową zależy od obecności w nich nukleoproteidów, zmieniających barwę nalewki na niebieską.

Jeżeli różnica we wpływie krwi i ropy na gwajak już zmusza nas do zastanowienia się, to spostrzeżenia BRANDENBURG'a, przeciwstawiające (pod względem odczynu na gwajak) szpik, krew leukemiczną i ropę innym tkankom ustroju, a szczególnie krwi, wzbudzają pewne wątpliwości co do ich ścisłości.

Że nalewka gwajakowa sama daje odczyn jednakowy z ropą, krwią białaczkową i szpikiem kostnym, jestto rzecz zrozumiała: i tu i tam komórki są prawie identyczne — przeważnie komórki neutrofilowe. Wprawdzie w ropie mamy komórki wielojądrowe, w szpiku zaś większość komórek należy do rzędu jednojądrowych (myelocyty), oba jednak rodzaje komórek mają jedną wspólną cechę — obecność w zarodki ziaren neutrofilowych; od nich prawdopodobnie zależy odczyn na gwajak.

Jeżeli sprawa tak się ma, to narzuca się pytanie: dlaczego krew normalna, a szczególnie leukocytotyczna nie daje tego odczynu z gwajakiem? Wszak krew zawiera, szczególnie podczas stanu leukocytozy, bardzo dużo leukocytów neutrofilowych; jeżeli zatem od nich zależy odczyn ropy i szpiku na gwajak, to każda krew, a szczególnie obfitująca w leukocyty, powinna również dawać ten odczyn, może nie tak wyraźnie, jak ropa lub krew leukemiczna, ale w każdym razie dawać go powinna.

Z tego założenia wychodząc, postanowiłem sprawdzić odczyn BRANDENBURG'a z krwią, tembardziej, że w chwili, gdy się tą sprawą zająć postanowiłem (lato 1902 r.), nikt spostrzeżeń BRANDENBURG'a jeszcze nie sprawdził. Z góry jednak byłem przygotowany na to, że wskutek bardzo małej zawartości leukocytów we krwi w stosunku do ropy odczyn z krwią w próbowce nie wypadnie tak wyraźnie, jak z ropą, a to wskutek tego, iż barwa czerwona krwi zamaskuje barwę odczynu. Dlatego też wykonanie próby BRANDENBURG'a zmodyfikowałem w ten sposób, iż puszczałem 1 lub 2 krople krwi na kawałek suchej białej bibuły do filtrowania, na krew puszczałem kroplę wody destylowanej i, gdy obie te krople się zmieszały (można sobie pomóc bagietką), puszczałem na tę mieszaninę 1–2 kropel *tr. guajaci*. Badania takie przeprowadzałem nie tylko u wielu zdrowych, ale i u mnóstwa chorych, dotkniętych najrozmaitszymi cierpieniami. Jednocześnie także obliczałem liczbę leukocytów krwi w 1 mil. sz. i odsetkę neutrofilów.

Okazało się, iż odczyn niebieski z gwajakiem daje każda krew, bez względu na liczbę leukocytów. W takich razach tworzy się w pośrodku plama brudno-czerwono-brunatna, a naokoło niej mniej lub więcej wyraźna obwódka zielono-niebieska (słaba reakcja). Rozumie się, iż najwyraźniej odczyn występował w przypadkach z dużą leukocytozą neutrofilową (20,000—30,000). W takich razach cała mieszanina przybiera mocną niebieskawo-zieloną barwę, występującą szczególnie wyraźnie po wyschnięciu bibuły. Jak czuły jest ten odczynnik, dowodzi fakt wystąpienia odczynu u chorego z anemią pokrwotoczną, u którego znalazłem tylko 2600 leukocytów w 1 mil. (neutrof. 70%).

Zauważyć jednak muszę, iż, gdy po roku wznowiłem te same doświadczenia w tej samej formie, odczyn nie zawsze występował (szczególnie przy małej leukocytozie). Przyczyny tego

zjawiska nie potrafię na razie wytłomaczyć, przekonałem się tylko, iż stara (1½ roczna) nalewka gwajakowa (przechowywam ją w ciemnym miejscu) działa gorzej, niż świeża (3 miesięczna). Gdy jednak zmodyfikowałem technikę doświadczeń, odczyn znów się zjawiał, również lepiej ze stosunkowo świeżą nalewką. Postępowałem mianowicie w ten sposób, iż kilka kropel krwi wpuszczając do kilku ctm. wody destylowanej i, zmieszawszy dobrze płyn, natychmiast albo po 24 — 48 godzinach centryfugowałem. Fibryna, leukocyty z cieniami erytrocytów osiadały na dnie probówki, skąd je po odlaniu płynu przenosiłem na bibułę, na którą puszczałem kilka kropel *tr. guajaci*. Odczyn występuje tak samo, jak w podanym wyżej sposobie. Sądzę, iż ta druga modyfikacja jest pewniejsza od pierwszej z tego względu, iż pozwala w razach wątpliwych (mała leukocytoza) brać więcej krwi, a więc więcej leukocytów, do doświadczenia.

Na zasadzie swoich badań zgadzam się zupełnie z BRANDENBURG'iem, iż krew leukemiczna (z myelocytami, t. zw. dawniej szpikowa), odczyn ten daje najwyraźniej. Powiem nawet więcej. Tak samo wyraźnie odczyn ten wystąpił u mnie raz w przypadku leukemii z małą liczbą leukocytów (18,000—37,000). Tu odsetka myelocytów wynosiła 10%, a wraz z leukocytami neutrofilowymi wielojądrowymi dosięgała 70%. Wystąpił on jednak nie dlatego że tu była leukemia szpikowa, lecz dlatego że krew zawierała tu leukocyty neutrofilowe. Natomiast nie mogę zgodzić się na twierdzenie BRANDENBURG'a, że leukemia limfatyczna nie daje tego odczynu. Już *a priori*, w myśl wyżej przytoczonych rozumowań moich, można przypuścić, że ta postać leukemii da odczyn z gwajakiem, choć może bardzo słaby.

Wszak wiadomo, iż w każdej limfemii krew zawiera pewną, minimalną wprawdzie, odsetkę neutrofilów, absolutna jednak liczba tych komórek, ze względu na olbrzymią często leukocyto-

zę, cechującą to cierpienie, zawsze będzie dość pokaźna i w każdym razie tak duża, jeśli nie większa, niż we krwi normalnej. Niestety, podczas moich doświadczeń nie miałem pod ręką stosownego materiału z tak dużą leukocytozą. Natomiast mogłem badać krew chorego (Silberberga), dotkniętego limfemią, uktórego liczba leukocytów wahała się między, 28,000—36,000, a odsetka limfocytów dochodziła zwykle do 90³⁾. Neutrofilów było zatem około 10%, w 1 mil. sz., zatem było tych ostatnich 2800—3600, a zatem znacznie mniej, niż we krwi normalnej (około 5000), natomiast daleko więcej, niż w przypadku wyżej przytoczonym z 2600 leukocytów w 1 mil. Otóż w tym przypadku limfemii odczyn był dość wyraźny.

Rozumie się, iż odczyn tu wystąpił nie dlatego, że tu była limfemia, że krew zawierała limfocyty, lecz dlatego, iż krew w każdej limfemii zawiera neutrofile, które dają odczyn na gwajak.

Wobec tego, cośmy tu przedstawili, musimy dojść do wniosku, iż różnica w odczynie na gwajak między krwią normalną i patologiczną a krwią leukemiczną i szpikiem kostnym jest wyłącznie ilościowa: krew leukemiczna i szpik dają odczyn wyraźniejszy i to zawsze dlatego tylko, że zawsze zawierają olbrzymią liczbę leukocytów neutrofilowych do pewnego stopnia podobnych do ciałek ropnych. Krew zaś normalna lub leukocytotyczna, zawierająca mniej leukocytów, niż krew leukemiczna, odczyn ten również da, ale w stopniu słabszym, niż ta ostatnia. Jestem przekonany, że, gdybyśmy wykonywali próbę z gwajakiem w przypadku banalnej leukocytozy neutrofilowej, z liczbą leukocytów prawie tak wysoką, jak to bywa w przypadkach białaczki, natężenie zabarwienia niezemby się pewno nie różniło od natężenia, jakie daje krew

³⁾ Opis tego przypadku znajduje się w pracy mojej p. t. O rozpoznawaniu białaczki. Medycyna, r. 1903. Nr 29—32.

białaczkowa. Niestety, takiego przypadku nie miałem pod ręką.

Przeglądając literaturę kwestyi, nas obchodzącej, wpadłem na ślad, iż już dawniej zauważono, że krew daje niekiedy odczyn niebieski z samą nalewką gwajakową. E. BRUECKE⁴⁾ mianowicie wspomina, iż SCHÖNBEIN (Journal für praktische Chemie) już zwrócił uwagę, że miał taką nalewkę, która sama dawała odczyn z krwią, i dodaje zaraz od siebie, iż sam nie podobnego ani razu nie zauważył. Natomiast w dopisku wyraża przypuszczenie, iż być może, że białe ciała krwi, jeżeli ich jest dużo we krwi, mogą dać reakcję z gwajakiem. Bardzo zatem być może, iż w przypadku SCHÖNBEIN'a, który wykonywał reakcję zapewne *in vitro*, wynik odczynu zależał tak samo, jak u nas w pierwszych próbach, od świeżości nalewki. Rzecz tę należałoby w każdym razie sprawdzić jeszcze dokładnie.

Gdybyśmy poprzestali na tem, cośmy tu wyłożyli, doszlibyśmy jednak do wniosku, że rozróżnianie krwi limfatycznej od krwi myelocytowej za pomocą *tr. guajaci*, wprowadzone przez BRANDENBURG'a, utrzymać należy, odczyny te bowiem pomimo obecności neutrofilów we krwi limficznej o całe niebo od siebie się różnią. Tak rzeczywiście jest. Jednakże pewne fakty, znane nam z patologii, i moje własne spostrzeżenia i tu zmuszają nas do postawienia pewnych ograniczeń. Przedewszystkiem zastanawiał mnie już dawno fakt, że t. zw. *chloroma*, składający się, jak wiadomo, z samych limfocytów, daje tak wyraźny odczyn z nalewką gwajakową, jak szpik kostny leukemii myelocytowej lub krew w tej chorobie; odczyn ten w obu przypadkach absolutnie niczem się nie różni.

Ponieważ cierpienie to bardzo często przebiega z limfocytemią, należałoby się spodziewać, iż krew w przypadkach chloromatu powinna dać

silną reakcję z gwajakiem. Niestety, dotychczas, o ile mi wiadomo, nikt krwi chloromatycznej w tym kierunku nie badał. Co prawda, w ostatnich dniach obserwowałem przypadek chloromatu z umiarkowaną, co prawda, leukocytozą, ale przypadek ten do stwierdzenia naszych przypuszczeń pod wieloma względami się nie nadaje. U chorego, o którym mowa, znalazłem przy sekcji guzy blado-zielone, otaczające mostek, żebra, wżerające się w kręgi i zajmujące szpik kostny wieloogniskowo. Guzy te, polane nalewką gwajakową, przybierały mocną niebieską barwę. Liczba leukocytów, z początku wynosząca 19,120, stopniowo doszła do 41,170. Odsetka limfocytów dużych wahała się między 11 a 40, odsetka limfocytów małych wahała się w granicach od 20—37, natomiast leukocytów neutrofilowych było zawsze bardzo mało, myelocytów za to było 20—30%. (Przypadek ten, skądinąd bardzo ciekawy, będzie szczegółowo opisany). Otóż tu krew dawała bardzo wyraźny odczyn z gwajakiem; ale, jak widać z danych, dotyczących się form leukocytów, trudno tu z pewnością powiedzieć, jakie rodzaje leukocytów były przyczyną wystąpienia tak wyraźnego odczynu. Wobec tego, że guzy chloromatyczne, jak wiadomo, dają z gwajakiem wyraźny odczyn⁵⁾, limfocyty zaś, znajdujące się we krwi, im zawdzięczają swoją tam obecność, należało przypuścić, że odczyn zależał od limfocytów. Z drugiej znów strony obecność we krwi tak znacznej liczby myelocytów neutrofilowych również przyczyną odczynu być mogła. Być także może, że na wystąpienie odczynu złożyły się oba rodzaje komórek. Z tych to powodów przypadek nasz nie nadaje się do potwierdzenia przypuszczenia naszego, że krew limficzna (z dużymi limfocytami) w przypadkach chloromatu powinna dawać odczyn z gwajakiem.

Przypadek nasz jednak pozwala wyprowadzić inne wnioski. Wobec tego, że krew,

⁴⁾ E. BRUECKE. Sitzungsberichte, d. Kais. Akad. d. Wissenschaften. Mat. Naturwiss. Cl. Jahrg. 1889.

⁵⁾ G. LANG. Archives génér. de Médecine. 1898. N. 7, 8 i 9.

a właściwie limfocyty małe zwykłej limfemii nie dają odczynu z gwajakiem (tam dają neutrofile), komórki zaś chloromatyczne odczyn ten dają, wobec tego, że te ostatnie należą przeważnie do rzędu limfocytów dużych, normalnie znajdujących się w szpiku kostnym, limfocyty zaś w leukemii limfatycznej należą w przeważającej części do limfocytów małych, nasuwa się przypuszczenie, iż z pomiędzy grupy limfocytów tylko limfocyty duże mogą dać odczyn z gwajakiem. A w takim razie wniosek, któryśmy powyżej wyprowadzili, że przyczyną odczynu z gwajakiem są leukocyty, zawierające ziarna neutrofilowe, leukocyty, wytwarzające się wyłącznie prawie w szpiku kostnym, należy rozszerzyć w ten sposób, że przyczyną tą są wogóle komórki szpiku kostnego, t.j. zarówno limfocyty duże, jak i myelocyty i leukocyty wielojądrowe. Tym komórkom zapewne przedewszystkiem zawdzięczają zarówno komórki chloromatu, jak i krew chloromatyczna i myeliczna, zdolność dawania odczynu z gwajakiem. Rozumie się, że i neutrofilowe wielojądrowe leukocyty dają odczyn z gwajakiem, wszystkie dane za tem przemawiają, ale mam to wrażenie, że myelocyty je w tym względzie przewyższają.

Przypomnijmy sobie teraz, że szpik kostny kości krótkich w warunkach normalnych, a jeszcze więcej w leukemii myelocytowej i wogółem twory specyficzne chloromatyczne przedstawiają obraz bardzo bujnego życia, leukocyty te, rzecz można, wyrastają, jak grzyby po deszczu, komórki te bardzo szybko się tam rozmnażają, są młode i mają przed sobą jeszcze daleki cykl rozwoju; bardzo więc być może, iż produktem tego życia gorączkowego tych młodych komórek są właśnie owe nukleoproteidy, które BRANDENBURG uważa za ostateczną przyczynę odczynu z gwajakiem; przyczyna odczynu leży zatem najprawdopodobniej w młodym wieku tych komórek.

Z poszukiwań PAPPENHEIM'a, WOLFF'a i innych wiadomo, iż limfocyty duże stanowią prototyp wszystkich leukocytów krwi. Tyczy się to szczególnie życia embryonalnego a także prawdopodobnie leukemii szpikowej. Cokolwiek starsze już od nich, lecz jeszcze zdolne ulegać starzeniu się i dyferencyacyi, są myelocyty. Wobec tego jednak, że limfocyty duże ziaren nie mają, a jednak odczyn prawdopodobnie dają, przypuszczać należy, że nie tylko obecność ziaren, ale i młodość komórek ma wpływ decydujący na wystąpienie odczynu. Odczyn ten zatem dawać powinny komórki wogółem młode, szybko się rozmnażające, a więc i przedewszystkiem tkanki zarodkowe, a następnie niektóre nowotwory szybko rosnące, szczególnie ich przerzuty. Zarodków dotychczas nie badałem. Natomiast w pewnym przypadku mięsaka przedramienia, który dał liczne przerzuty na opłucnie, odczyn w przerzutach nie wystąpił⁶⁾. Natomiast skonstatowałem ten odczyn w przypadku limfomatozy bardzo uogólnionej. Tu krew przedewszystkiem, jak spodziewać się należało, dawała dość wyraźny odczyn, pomimo iż leukocytów było w niej tylko 5440, a później nawet tylko 2160, limfocytów było 15%, neutrofilów zaś 70. Taką samą reakcyę, co i krew, dawały guzy limfatyczne rozmaitych gruczołów. Najbardziej jednak wyraźną reakcyę dał konglomerat guzów zaotrzewnowych, z których część przedstawiała się w postaci masy rozplywającej się. Masa ta składała się z samych limfocytów przeważnie małych, poczęści rozpadłych. Niewątpliwie mieliśmy tu do czynienia z bardzo silnem bujaniem limfocytów, i okoliczność, że komórki te w tym stanie dawały silny odczyn, podczas gdy komórki innych guzów u tejże chorej odczyn ten dawały w daleko słabszym stopniu, przypuszczenie moje o wpływie młodych limfocytów na gwajak zdaje się w zupełności potwierdzać. Rozumie się, iż rzecz

⁶⁾ Jednakże HUGOUNENQ i PAVIOT wywoływali ten odczyn z nowotworami szybko rosnącymi. (Por. LANG. loco citato).

tę należałoby sprawdzić na obfitym materiale*), a w szczególności w przypadkach ostrej limfemii, gdzie krew najczęściej składa się z samych prawie limfocytów dużych.

Sądzę, iż fakt, że z ropą odczyn wychodzi najwyraźniej, nie sprzeciwia się w niczem wyżej podanym przypuszczeniom. Leukocytów ropy nie mogą uważać za komórki stare, przeciwnie komórki te, zjawiające się bardzo szybko w ognisku zapalnym, pochodzą po części tylko ze szpiku z nagromadzonych tam na zapas leukocytów neutrofilowych; większa jednak część wytwarza się tam na świeżo pod wpływem specyficznego podrażnienia, pewna znów część niewątpliwie tworzy się w tkankach, uległych sprawie zapalnej. Są to więc komórki, co do formy swej i wyglądu wprawdzie stare, lecz co do wieku zupełnie młode i, jako takie, dają one reakcję z gwajakiem.

W każdym jednak razie, pozostawiając na razie kwestyę stosunku limfocytów i młodych tkanek wogóle do gwajaku na uboczu do czasu dokładnego jej sprawdzenia, musimy przyjąć za pewnik, iż każda krew daje odczyn z samym tylko gwajakiem, i że natężenie tego odczynu stoi w stosunku prostym do liczby leukocytów krwi, wskutek czego np. krew leukemiczna z umiarkowaną liczbą leukocytów da taki sam odczyn, jak krew z silną leukocytozą. A zatem sama nalewka gwajakowa wystarcza już do wykrycia obecności krwi (stare plamy krwi zasuszone na bibule również dają odczyn z gwajakiem).

Ponieważ krew tak samo wpływa na nalewkę gwajakową, jak i ropa, to w razie obecności obu tych czynników odczyn z gwajakiem da wynik dwuznaczny, szczególnie, gdy ilość ich będzie nieznaczna. W takich razach należy, jak to radzi VITALI, płyn zagotować mocno i długo i wtedy dopiero wykonać próbę VAN DEEN'a;

*) W tych dniach udało mi się wykonać tę próbę z wynikiem dodatnim w drugim przypadku limfomatozy, gdzie część guzów również była rozmięczona.

wynik dodatni stanowczo dowiedzie obecności krwi, natomiast wynik ujemny wskaże nam, że krwi nie było, o obecności zaś ropy obie te próby nie pewnego nam nie powiedzą.

Fakt zatem, że krew również zmienia barwę nalewki gwajakowej, w wysokim stopniu zmniejsza wartość rozpoznawczą próby VITALI'ego na ropę. Ponieważ jednak odczyn VITALI'ego z ropą daje zawsze wyraźniejszą reakcję, niż z krwią, a to z powodu, że małe już ilości ropy zawierają daleko więcej ciałek ropnych, niż krew zawiera leukocytów, odczyn ten na ropę zawsze będzie miał duże znaczenie praktyczne, szczególnie, gdy wypadnie *in vitro* dość wyraźnie. To samo tyczy się, zdaniem mojem, białaczki myelocytowej. Dla krwi normalnej i patologicznej (nie leukemicznej) reakcja z gwajakiem nie ma żadnego znaczenia praktycznego.

DODATEK.

Powyższe spostrzeżenia i wnioski były już skompletowane, gdy zjawiała się praca E. MEYER'a p. t. Beiträge zur Leukocytenfrage (Münch. med. Woch. 1903. Nr. 35), w której autor w znacznej części potwierdza fakty i wnioski BRANDENBURG'a, rozszerzone przezemnie. MEYER jednakże dochodzi do przekonania, że krew nie-leukemiczna wtedy tylko daje odczyn z gwajakiem, gdy liczba leukocytów wynosi *minimum* 19000, poniżej tej liczby odczynu z krwią nie otrzymywał. Również autor nie otrzymywał odczynu z krwią limfemiczną. Wobec tych danych muszę jeszcze raz stanowczo potwierdzić to, com wyżej powiedział, a mianowicie, iż każda krew, zawierająca neutrofilowe leukocyty, a więc i limfemiczna daje odczyn z gwajakiem. Przyczyna ujemnych wyników MEYER'a leży prawdopodobnie w jego technice — zapożyczony od BRANDENBURG'a, który krew, rozcieńczoną wodą, przepuszczał przez filtr i przemywał jeszcze wodą. Wi-

docznie nukleoproteidy leukocytów albo, jak chce MEYER, ferment utleniający, znajdujący się w leukocytach, w znacznej części przechodzi przez filtr, wskutek czego przy bardzo małej liczbie leukocytów odczyn nie wychodzi. Przy mojej metodzie (sucha bibuła, bez filtrowania) żadna cząstka krwi nie ginie, dlatego też odczyn zawsze występuje. Natomiast w zupełności zgodzić się muszę z MEYER'em, iż dodanie wody do krwi jest konieczne do wystąpienia reakcyi, inaczej wynik jest ujemny. Fakt ten zauważyłem już na samym początku, gdy zacząłem sprawdzać dane BRANDENBURG'a.

Przy sposobności muszę zwrócić uwagę, iż już wspomnieni przezemnie HUGOUNENQ i PAVIOT doszli do przekonania, że przyczyną, powodującą wystąpienie w chloromatach zabarwienia niebieskiego, jest najprawdopodobniej jakaś substancja diastatyczna utleniająca, zaś SIEBER-SZUMOWA¹⁾ wyodrębniła taką substancję (zaczyn), dającą odczyn niebieski z gwajakiem, z włóknika krwi, ze ślinianek, z ikry i t. d. Wogóle zaczyny te (oksydazy) są w świecie zwierzęcym bardzo rozpowszechnione.

W sprawie pulpitów do pisania.

Podał

D-r med. HENRYK HIGIER.

Że pisanie lub czytanie przy zwykłych stołach i ławkach jest wielce niedogodne i z wielu względów niehigieniczne, wiedzą oddawna zarówno lekarze-higienisci, jak i doświadczeni nauczyciele. Nic przeto dziwnego, że rok rocznie dziesiątki modeli stołów, ławek i pulpitów dla młodzieży szkolnej opatentowanych zostaje nie tylko zagranicą, ale i w Rosyi. Prym wśród hi-

gienicznie urządzonych utensyliów szkolnych trzymają ławki. Nie wszędzie jednak, mówiąc o zajęciach po za obrębem gmachu szkolnego, mamy dosyć miejsca w pokoju dziecięcym dla wygodnej ławki szkolnej nawet mniejszych rozmiarów. Wreszcie, nie wszędzie możemy sobie pozwolić na taki zbytek, na taki mebel kosztowny, który, w miarę jak dziecko podраста, staje się nieużywalnym, bezużytecznym.

Wymagać należy od utensyliów szkolnych, aby były nie tylko praktyczne, proste, tanie i higienicznie urządzone, ale wszędzie i w każdym wieku łatwo zastosowalne. Na pulpit do pisania i czytania, odpowiadający w mniejszym lub większym stopniu wszystkim powyższym dezyderatom i czyniący zbytecznem używanie ławki szkolnej, chciałbym w tem miejscu zwrócić uwagę Szan. czytelników. Mam na myśli „pulpit uniwersalny“, przez FEISE'go w Hildesheim wyrabiany według wskazówek nauczyciela OHLMER'a.

Jestto zwykły płaski blat drewniany o pochyłej powierzchni, rozmiarów 60 × 50 ctm., spoczywający wygodnie na 2 grubych listwach. Przy pomocy dwóch hakowato wygiętych podpórek, obejmujących grzbiet stołu, pulpit przyjmowuje się w jednej chwili łatwo do każdego stołu lub ławki.

Jako zalety pulpitu, godne wzmianki, uważam następujące:

1) Nieznaczne pochylenie pulpitu (1 : 5) daje książce lub zeszytowi tak pomyślne dla oka położenie, że zwykle przechylenie tułowia nie przychodzi do skutku, a wystąpieniu bólów głowy i krótkowzroczności w części się zapobiega.

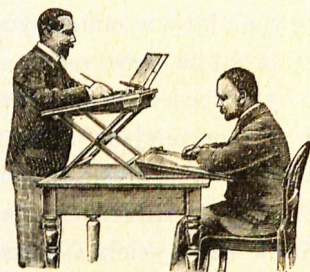
2) Dzięki wystawianiu przedniego kantu pulpitu na 10 ctm. piszący zmuszony jest wysunąć ławkę lub krzesło najmniej do t. zw. Nulldistanz, przy której odległość brzegu stołu od krzesła = 0. Łokiec przeto znajdują przy naturalnej, niewymuszonej pozycyi przedramion pewny punkt oparcia, a tułów, należycie podparty przez ramiona, może dłużej bez zmęczenia wytrzymać prostą pozycyę. Skrzywieniu kręgosłupa

¹⁾ N. SIEBER-SZUMOWA. Gazeta lekarska 1902 N. 11.

pa (skolioza szkolna) nie dajemy możności rozwinąć się.

3) Dzięki półkolistemu wycinkowi pulpitu wyłączone jest uciskanie prawego łuku żebrowego i okolicy żołądka, a czynność oddechania i trawienia upośledzone nie są nawet przy dłuższej pracy.

4) Podwyższenie siedzenia u młodych dzieci uskutecznia się łatwo przy pomocy twardej poduszki, a co do wymiarów podwyższenia, zależnych od długości ciała, informuje szczegółowo tabliczka, przytwierdzona na odwrotnej stronie pulpitu.



5) Pulpit daje się łatwo przy pomocy kobyłki zamienić na biurko stojące, gdyż listwy poprzeczne kozła ściśle zastosowane są do zagłębień: można przeto, o ile zmęczenie nóg lub mięśni tułowia przy siedzeniu zmusza do przerwania zajęcia, kontynuować pracę wygodnie w pozycji stojącej.

6) Przyrząd jest nieskomplikowany, bez szrub i zawias i nieruchomy podczas pisania dzięki ciężkiej ornamentacji metalowej, przyczepionej do tylnej jego części, i dzięki wspomnianym podpórkom przedniego grzbietu pulpitu.

7) Zajmuje mało miejsca i daje się odstawić po zajęciach, zamieniając stół szkolny na zwyczajny.

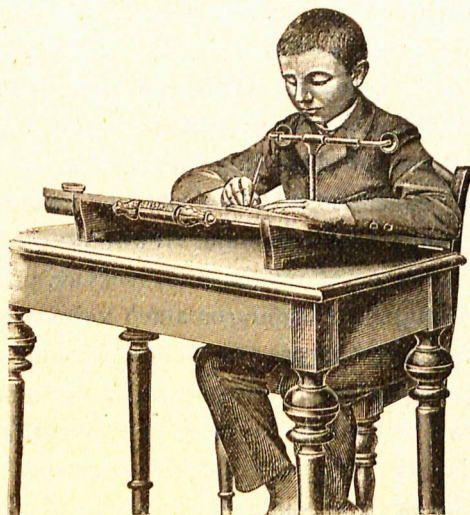
8) Jest przenośny i może być zastosowany w każdym miejscu i każdym wieku.

9) Łatwo zastosować się daje w szkołach internatach, gdyż do każdego większego stołu kilka pulpitów przyczepić się daje.

10) Pulpit zastępuje w zupełności przybory do pisania, gdyż zaopatrzone jest w rynienkę

dla piór i ołówków, w kałamarz, umieszczony w bocznym otworze, i w karton twardej bibuły, pluskwkami do górnej powierzchni przymocowany.

11) Załączony trzymacz nieruchomy i przytwierdzacz książek i kajetów ułatwia wielce przepisywanie, kopiowanie, tłumaczenie tekstu i t. d.



12) Względna taniaść przemawia za pulpitem: kosztuje bowiem 6, z kobyłką 8½ marek.

Ja osobiście stosuję pulpit uniwersalny FEISE'go blisko rok przy czytaniu i jestem z niego bardzo zadowolony. Nie mniej go chwali syn mój, w wieku szkolnym będący, a korzystający z niego o wiele więcej i częściej odemnie przy pisaniu. Bardzo przychylnie o pulpicie tym odzywali się w ostatnich czasach między innymi prof. LITTEN z Berlina, znany higienista prof. COHN z Wrocławia i wytrawny okulista prof. KOENIGSHOEFER z Stutgardu.

Pomysłn tego ostatniego jest t. zw. wyprostowywacz (Geradehalter), uwidoczony na rysunku, a wskazany u dzieci krótkowzrocznych, które się już przyzwyczyły do wadliwego sposobu siedzenia. Co do niego, nie mam osobistego doświadczenia.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

UROLOGIA.

Choroby pęcherza moczowego.

Zestawił

Antoni Leśniowski.

Zwrócimy dziś uwagę czytelników na kilka nowszych spostrzeżeń, z dziedziny chorób pęcherza moczowego. Mało szerszemu ogółowi znaną sprawę porusza BAATZ w artykule swym, zatytułowanym: „*Trichomonas vaginalis* w pęcherzu moczowym niewieścim“.

Znaleziono dotychczas w moczu ludzkim z pośród pierwotniaków — tak zwany *bodo urinarius* HASSAL'a, ameby, *trichomonas vaginalis*. Zastanawiając się krytycznie nad ogłoszonymi spostrzeżeniami, dochodzi B. do wniosku, że tylko odnośnie ameb zostało niezbitnie stwierdzone przebywanie tychże w ludzkim pęcherzu moczowym; co się tyczy *bodo urinarius* i *trichomonas vaginalis*, dotychczasowe spostrzeżenia wcale nie przekonywają, by mieściły się one w samym pęcherzu moczowym. Następnie przytacza autor swoje spostrzeżenie, które ma do wiarygodności znajdowania się *trichomonas vaginalis* w pęcherzu moczowym kobiecym.

41-letnia kobieta uległa przeziębieniu i wkrótce potem zaczęła czuć się nie dobrze, uczuwała palenie w pęcherzu moczowym i rżnięcie podczas oddawania moczu, jak również mocne, ciągle parcie na mocz. Po zastosowaniu pewnych środków leczniczych i po pójściu na czas dłuższy do łóżka, zaczęła chora czuć się lepiej; parcie na mocz przeminęło, ból podczas oddawania moczu również. Uczucie palenia atoli pozostało, czasami stawało się nieznośnym. Autor widział chorą po upływie 2 miesięcy od początku choroby. Stan ogólny lichy. Mocz

jasny, wodnisty, klarowny, zawiera drobniutkie kłaczkę, jest kwaśny, nie zawiera białka, pod mikroskopem umiarkowanie liczne leukocyty. Po upływie kilku dni w moczu, wypuszczonym z pęcherza moczowego z zachowaniem największej ostrożności do wyjąłowanego naczynia, znaleziono infuzorye liczne, podobne do *trichomonas vaginalis*. Chora pozostawała pod obserwacją 2½ miesiąca. Przez ten czas stosowano leczenie miejscowe, mianowicie, przestrzykiwanie pęcherza moczowego i pochwy, rozmaitymi lekami: roztworem chininy, sody, sublimatu. W chwili wyjścia chorej z oddziału w pochwie znajdowano bardzo liczne *trichomonas vaginalis*, ruchome, w cewce moczowej mniej liczne, nieruchome. Mocz był wodnisty, czysty, kwaśny, białka nie zawierał, drobnoustrojów również, w osadzie — pojedyncze leukocyty i nabłonki i dość liczne nieruchome *trichomonades*.

Pierwotniaki, spostrzegane przez autora w danym przypadku, przedstawiały się, jak następuje. Były one 1½ — 3 razy większe od leukocytów, miały kształt gruszkowaty, jajowaty, okrągły, kielbasowaty lub zgoła nieprawidłowy. W postaci gruszkowatej węższy koniec przedstawiał się jako długi ogonkowaty wyrostek. I u innych postaci można było widzieć w tylnej części ciała wyrostek koleczasty. Przedni koniec ciała był już to zaogrąglony, już to zaostrozony, już to w postaci wyrostka. Ciało zwierzątko było już to jednostajnie szkliste, już to drobnoziarniste. Jądro było okrągłe lub nieco podłużne. W przednim końcu ciała widziało się otworek, w postaci szpary, sięgający do 1/3 długości ciała. Na przednim końcu były osadzone 3 rzęski, długości 2/3 ciała, pozostające w ustawicznym bardzo żywym ruchu; ruch ten zachowywał się w ciągu 4 godzin, gdy preparat

był podgrzewany. Po zatem na jednym z boków ciała widzi się błonkę, zdążającą do $\frac{2}{3}$ długości ciała, pozostającą w ustawicznym ruchu falowatym. Prócz tego omawiane ciała wykonywały ruchy pelzakowe; na ostatku należy wymienić, że zmieniały ciała ciągle swe położenie w polu widzenia. Wyhodować omawianych pierwotniaków autorowi nie udało się. W moczu, w temperaturze ciała ludzkiego, pozostawały one jako żywe w ciągu 24 godzin. Słaby roztwór błękitu metylenowego barwił zaródź na jasno-niebiesko, jądro na ciemno-niebiesko; roztwór mocny barwił ciało na ziarnisto-ciemno-błękitno, jądro na ciemno. Zabarwienie rzęsek nie udało się. Ponieważ mocz był wydostawany z pęcherza z zachowaniem wszelkich ostrożności, przeto sądzi autor, że *trichomonades* mieściły się w samym pęcherzu moczowym. Do pęcherza dostały się one z cewki moczowej, zaś do tej — z pochwy, w której były zgromadzone w olbrzymiej liczbie.

Klinicznie charakteryzowało się cierpienie palącym bólem, który wzmagał się w chwili i po oddaniu moczu i był czasami tak dokuczliwy, że pozbawiał chorą snu. Parcia na mocz nie było, chora oddawała mocz 3 razy na dobę.

(Monatsberichte f. Urologie 1902 N. 2).

Nie mniej mało znaną sprawę porusza C. RAVASINI w rozprawie swej: „Przyczynę do leukoplakii pęcherza moczowego“. 67-letni mężczyzna od roku doświadczał potrzeby o wiele częstszego, niż zazwyczaj, oddawania moczu, które to oddawanie było połączone z bólem. Mocz był mętny, natomiast nigdy nie miał zabarwienia krwawego. W chwili przybycia do szpitala skarżył się pacjent na mocny ból w podbrzuszu, znakomicie zwiększający się wraz z ukończeniem oddawania moczu; ciągle potrzeba opróżniania pęcherza moczowego obrzydzała pacjentowi egzystencję. Badanie wykryło powiększenie gruczołu krokowego. Pęcherz moczowy był mocno skurczony. W moczu znaleziono ropę i krew. Dobowa ilość moczu 2300 c. s., c. g. 1019. Oględziny wnętrza pęcherza moczowego za pomocą cystoskopu, połączone z dużym bólem, pozwoliły jednak wykryć na tylnej ścianie tegoż ograniczoną wydatność, o powierzchni nierównej, tu i owdzie błyszcząco-białawo zabarwionej. Poruszanie się chorego nie sprawiało owych białych plam w ruch. Poza to śluzówka mocno nastrzy-

knięta, w wielu miejscach pofalowana. Boczne zrazy gruczołu krokowego mocno sterczały ku wewnątrz. Rozpoznano guz tylnej ściany pęcherza moczowego, być może, inkrustowany. W celach leczniczych dokonano cięcia nadłonowego. Znaleziono ścianę pęcherza moczowego mocno zgrubiałą. Na tylnej ścianie pęcherza moczowego znaleziono białą, gładką, błyszczącą plamę wielkości monety 20-halerzowej, o granicach nieprawidłowych; na plamie tej umieściły się 4 złogi fosforanowe, wielkości ziarnka grochu. Boczne zrazy gruczołu krokowego sterczą jako guzy. Cała śluzówka poza to zaczerwieniona, obrzmiała, zgrubiała. Złogi usunięto na tępo, ową plamę białą zeszkrobano ze znaczną trudnością za pomocą ostrej łyżki, okrwawioną powierzchnię przypalono żegadłem. Sterczące zrazy gruczołu krokowego podwiązano i odcięto. Ze zdrowo wyglądających otworów moczowodów wypływał prawidłowy mocz. Pęcherz moczowy częściowo zeszyto, częściowo przesączkowano. Gojenie szło pomyślnie. Oględziny pęcherza moczowego, wykonane po upływie 6 tygodni od operacji, wykazały, że śluzówka pęcherza wyglądała zdrowo, nigdzie śladów leukoplakii, gruczoł krokowy nie sterczał. Pacjent bez bólu oddawał mocz dwukrotnie w ciągu nocy, 3—4 razy podczas dnia.

Badanie mikroskopowe tkanki, usuniętej za pomocą ostrej łyżki, wykazało, że na powierzchni jej mieściła się dość gruba warstwa nabłonka zrogowaciałego, pozbawionego jąder. Pod tą warstwą leżała druga, gruba, złożona z dużych wielokątnych komórek, o przezroczystej pierwszczy i dużym jądrze, wewnątrz którego spostrzegano 1—3 mocno barwiące się jąderka. Tu i owdzie były te komórki bardzo duże, napęczniałe, niezabarwione. Komórki tej warstwy, położone bliżej warstwy zrogowaciej, często były pozbawione jąder. Jeszcze głębiej natrafiono na warstwę komórek mocno ściśniętych, kształtu podłużnego. Tu i owdzie tuż pod warstwą komórek zrogowaciałych widziano komórki, przypominające warstwę ziarnistą. Tkanka podśluzowa nacieczona drobnokomórkowo o mocno rozszerzonych naczyniach krwionośnych. Przypadek niniejszy zasługuje, zdaniem autora, na uwagę dla powodów następujących. Po pierwsze, przyczyną, powodującą leukoplakię, było podrażnienie śluzówki, powstałe na skutek nie-

drożności, która to niedrożność była zależna od rozrośnięcia bocznych zrazów gruczołu krokowego. Następnie przypadek ten dowodzi, że rozpoznanie leukoplakii nawet za pomocą cystoskopu jest bardzo utrudnione. Wreszcie za pomocą usunięcia przeszkody w oddawaniu moczu udało się uwolnić pęcherz od trapiącej go sprawy chorobowej.

(Centralblatt für die Krankh. der Harn. und Sexualorgane. 1903. B. XIV. H. 5).

Losy ściany pęcherza moczowego, dotkniętego zgorzelinową postacią zapalenia, dostarczyły Stoeckel'owi tematu do artykułu pod tytułem: „Zmiany w pęcherzu moczowym po przebytem zapaleniu zgorzelinowem“. Głównym czynnikiem, warunkującym zgorzel pęcherza moczowego, jest dużego stopnia i długotrwałe zatrzymanie moczu, wskutek którego ściana pęcherza ulega nadmiernemu rozciągnięciu. Odżywianie zostaje mocno upośledzone. Wówczas już małej siły zakażenie wystarcza do wywołania sprawy zgorzelinowej. Zakażenie to wprowadza się za pośrednictwem cewnika, lub też dostają się drobnoustroje do wnętrza pęcherza moczowego z cewki lub ze zrosniętej z pęcherzem kiszki.

Powód do tak fatalnego zatrzymania moczu szczególnie często daje uwięźnięcie tyłozgiętej macicy ciężarnej, następnie — bardzo długie trwanie rozwiązania, porody prawidłowe, czasami nawet rozmaite wcześniejsze okresy ciąży. Następnie zgorzelinową sprawę pęcherza widziano u mężczyzn z przerostem gruczołu krokowego, po urazowym obrażeniu pęcherza moczowego, w niektórych chorobach zakaźnych, jak po tyfusie, biegunce krwawej, wskutek kamieni moczowych, porażen mięśni pęcherza, zwężeń cewki moczowej.

Obraz kliniczny jest dość charakterystyczny, że wspomnimy tu swoiste wywiady, mimowolne wypływanie moczu z nadmiernie wypełnionego pęcherza moczowego, bolesność okolicy tegoż, wybitny rozkład wydobywającego się kroplami moczu, często — bezowocne cewnikowanie na skutek zatykania się otworu cewnikowego masą zgorzelinową. Na skutek zniszczenia ściany może dojść do pęknięcia jej. Prawie zawsze znajduje się otwór w tylnej ścianie pęcherza; wówczas mocz wylewa się do jamy otrzewny. W innych przypadkach otwiera się pęcherz do przyklejonej doń kiszki. Sprawa może

wikłać się zakażeniem nerek. Pozatem może dojść do ogólnego gnilnego zatrucia ustroju. Zgorzelinowe miejsca mogą oddzielać się, leżą one wewnątrz pęcherza lub też zostają wyrzucone nazewnątrz. W tym ostatnim przypadku już to wydalają się strzępiaste błonki, już to duże platy, już to wreszcie rodzi się przez cewkę z dużym bólem cały odlew wnętrza pęcherza, złożony ze śluzówki tegoż. Czasami po pewnym odstępnie czasu rodzi się drugi odlew wnętrza pęcherza, złożony z mięśniówki. Badanie błon wykazało, że składają się one istotnie z następujących warstw. 1) warstwy wewnętrznej, utworzonej z kryształów kwasu moczowego, włókien elastycznych, włóknika i rozpadu, 2) z mocno zgrubiałej, naciezionej drobnokomórkowo tkanki podśluzowej, 3) z warstwy grubej na 2 mm. włókien mięsnych, między którymi tkanka łączna mocno napęczniała, wreszcie włóknika, rozpadu, ziarnek tłuszczu, ropy i pasem tkanki. W innych przypadkach wychodząca z pęcherza błona miała jakoby na swej zewnętrznej powierzchni otrzewną, zaś powstały brak w ścianie pęcherza był zalepiony, jak to stwierdzono po śmierci, przez posklejane pętle kiszki. Autor jednak z pewnym niedowierzaniem zapatruje się na ową otrzewną na odchodzących z pęcherza moczowego błonach.

Dotychczas nie znany jest obraz cystoskopowy wnętrza pęch. mocz. po szczęśliwym przebyciu przez chorego sprawy chorobowej. Autor stara się wypełnić lukę, podając 2 swoje własne spostrzeżenia. 32-letnia wieloródka, cierpiąca na tylopochylenie macicy, podczas ostatniej ciąży stale powoli krwawiła z macicy. W piątym miesiącu ciąży z powodu krwawień zatamponowano jej pochwę, co było połączone z dużym bólem. Prawie natychmiast po ukończeniu tamponowania zaczął wypływać bezwiednie mocz. Po tygodniu chora poroniła, następnie pozostawała w szpitalu 4 tygodnie, przemywano jej pęcherz roztworem kwasu bornego. Po wyjściu ze szpitala ciągle doznawała ona mimowolnego wypływania moczu, który był zmieszany z krwią, z klaczkami, dawał obfity osad. Na skutek tego udała się ona ponownie do szpitala, gdzie jej w uspieniu chloroformowem usunięto śluzówkę pęcherza moczowego. Pozatem rozpoznano u niej przetokę pęcherzowo-pochwową. Po upływie roku spostrzegł ją autor. Stan ogólny

był ciężki. Ciepłota ciała dobiegała 39,5°, tętno 114. W moczu masa białka, bóle w okolicy prawej nerki. Pomimo obfitego wypływania moczu z pochwy, otworu przetokowego wykryć się nie udało. Pęcherz był w stanie utrzymać 100 gramów cieczy. Oglądając wnętrze pęcherza moczowego za pomocą cystoskopu, znalazł autor, co następuje. Tuż ku tyłowi od zwieracza widzi się dwie głębokie, zięjące, uchylkowate jamy, położeniem swoim odpowiadające ujściom moczowodom; z obu jam wypływał mocz. Podczas tego wypływania nie spostrzeżono zmieniania się kształtu otworów, co widzi się podczas wypływania moczu z prawidłowych ujść moczowodom: oba otwory pozostawały zupełnie nieruchome, zaś mocz nie wystrzykiwał, lecz wypływał stałym strumieniem. Pozostała ściana wewnętrzna pęcherza była połyskująco biała, o bardzo nielicznych cieniutkich naczyńkach, pofałdowana, pomarszczona. Tylko w pobliżu wylotu cewki i moczowodomów zabarwienie było bardziej żółte i naczynia krwionośne liczniejsze. Zwieracz wewnętrzny był zadziwiająco błady. Poza ujściami moczowodomów było widać otwór, prowadzący do przetoki. Było oczywiście, że zgorzeli uległa nie tylko śluzówka, lecz i mięśniówka, mianowicie powierzchowna i środkowa warstwa tejże, czego dowodziło niezamykanie się zwieracza cewki i ujść moczowodomów. Po szczęśliwym zaszyciu przetoki, wspomnianej wyżej, wykryto drugą, pęcherzowo-maciczną, z którą chora opuściła oddział z dużą poprawą stanu ogólnego.

Autor sądzi, że zgorzel pęcherza w niniejszym przypadku powstała w następujących warunkach. Na skutek tyłozgięcia macicy chora poroniła w 4 miesiącu ciąży. Prawdopodobnie przed zabiegiem, dokonanym w celu zatamowania krwawień, chora cierpiała na znaczne zatrzymanie moczu; wobec tego ściany pęcherza moczowego uległy poważnym zmianom, dzięki którym z łatwością pęcherz uległ uszkodzeniu, a następnie zgorzeli.

W przypadku drugim chora po przebyciu ciężkiego bolesnego porodu przez 5 dni miała się zupełnie dobrze, następnie zjawilo się z początku mocne parcie na mocz, potem zaczął mocz wypływać mimowolnie. Po upływie 4 tygodni widział ją autor. Narządy płciowe zewnętrzne w wysokim stopniu bolesne. Z zewnętrznego zięjącego wylotu cewki bez przerwy sączy się

gęsty, śluzowaty, wstrętne cuchnący mocz. Tolerancja pęcherza zupełnie prawie zniesiona; każda kropla cieczy, wstrzyknięta do pęcherza, wypływa natychmiast nazewnątrz obok cewnika. Przetoki pęcherzowo-pochwowej nie znaleziono. Podano chorej salol, włożono cewnik na stałe. Mocz mocno alkaliczny, w osadzie liczne czerwone ciała krwi, pałeczkowate drobnoustroje i bardzo liczne gronkowce i paciorkowce. W dalszym przebiegu ciepłota ciała prawidłowa, tętno 88—108. Bóle w pęcherzu moczowym trwały. Po upływie kilku dni naraz wśród bólów, przypominających porodowe, cewnik został wypchnięty z pęcherza moczowego, zaś następnie urodziło się również przez cewkę ciało wielkości pięści o zapachu trupim. Składało się ono z grubej błony, częściowo pozostającej jeszcze w pęcherzu. Po mocnym pociągnięciu wyszła i reszta błony z pęcherza. Natychmiast potem z impetem wypłynęła z tegoż duża ilość mętnego, krwawego, mocno rozłożonego moczu. Większego krwawienia nie było. Chora uczyła dużą ulgę. Cewnik włożono na stałe. Dalszy przebieg bardzo pomyślny. Po upływie kilku dni usunięto cewnik, pęcherz był już w stanie utrzymać 100 c. c. cieczy. Owa błona przedstawiała dokładny odlew wnętrza pęcherza moczowego. Ściana pęcherza, w miejscu, odpowiadającym trójkątowi LIEBTAUD'a, była mocno podziurawiona, wobec tego trudno było wykryć otwory cewki i moczowodomów. Górna część błony, odpowiadająca wierzchołkowi pęcherza, miała 4—5 mm. grubości, ku dołowi dosięgała grubość 2—3 mm. Tkanina była tak mocno zmieniona, że badanie mikroskopowe nie dało żadnych wskazówek co do jej części składowych. Otrzewny na błonie owej nie znaleziono. Po upływie 1³/₄ roku miała się chora doskonale, mocz utrzymywała dobrze, oddawała go bez bólu. Mocz zupełnie prawidłowy. Badanie wnętrza pęcherza za pomocą cystoskopu wykryło, że ściany jego były połyskująco białe, wyglądały w wysokim stopniu nieprawidłowo, mianowicie, w jednych miejscach widziano zagłębienia uchylkowate, w innych wystające pasma. Otwory moczowodomów przedstawiały się, również jak i w przypadku pierwszym, w postaci głębokich, zięjących uchylków. Wprowadzając cewniki do moczowodomów, przekonał się autor, że w odcinku początkowym, na przestrzeni 1 ctm. były one znacznie zwężone, następ-

nie szedł cewnik zupełnie swobodnie. Z obu cewników wypływał mocz czysty, bezkrwawy. Ujścia moczowodów były zbliżone ku sobie, całe dno pęcherza zwrócone na lewo. Zwieracz wewnętrzny był bardzo blady, w postaci cienkiego fałdu.

W obu przypadkach ściana pęcherza uległa zgorzeli aż do głębokiej warstwy mięśniówki.

Ta ostatnia składa się z 3 warstw; z nich podsurowicza i podśluzowa mają włókna, przebiegające podłużnie, środkowa — okrężne. Ta ostatnia warstwa między innymi tworzy zwieracz cewki i obu moczowodów. Otóż fakt, że otwory moczowodów i cewki nie były zamknięte, były nieruchome, dowodzi, że zgorzeli uległa i ta środkowa warstwa mięśniówki, że zatem ocalała warstwa zewnętrzna, podsurowicza. Dzięki temu sprężystość pęcherza ocalała, aczkolwiek częściowo mocz oddawały chore prawidłowo. Pomimo tego że ujścia moczowodów były szeroko rozwarłe, jednak w obu przypadkach nie było wstępującej sprawy w nerkach.

(Monatsberichte für Urologie 1902 N. 4).

„W sprawie rozpoznawania pęknięć pęcherza moczowego, szczególnie wewnątrzotrzewnowych“ zabrał głos BLECHER.

Najpierw podaje on spostrzegany przez się przypadek. 21-letni mężczyzna przed 2 dniami po raz ostatni oddał stolec i mocz. Nazajutrz zrana wypił duże ilości piwa i wódki, na skutek czego upił się. Po południu wystąpiły moene bóle w brzuchu. Na skutek tych bólów i zatrzymania stolców i moczu przybył do szpitala. Miał on wygląd zatrwożony. Tętno 80, dość mocne, nieco napięte. Brzuch umiarkowanie napięty, mocno bolesny na całej swojej przestrzeni, szczególnie był wrażliwy w okolicy pęcherza moczowego. Odgłos wypukowy wszędzie bębniasty, nawet nad spojeniem łonowym. Rezytencya w tem ostatnim miejscu przypominała odporność wypełnionego pęcherza moczowego. W okolicy wątroby odgłos wypukowy bębniasty. Za pomocą cewnika metalowego wypuszczono 2 litry moczu mocno krwawego; miało się jednak uczucie, że pęcherz nie opróżnił się całkowicie, albowiem podczas głębokiego oddychania, jak również na skutek uciskania brzucha wpływała wciąż pewna ilość moczu. Po wypuszczeniu moczu ustały wszystkie dolegliwości. Dokła-

dniejsze wywiady stwierdziły, że chory w przeddzień przybycia do oddziału, będąc mocno pijany, spadł z łóżka. Po kilku godzinach bóle brzucha znów wzmożyły się, spostrzeżono odbijanie, tętna 100 na minutę. Po upływie jeszcze kilku godzin niepokój chorego wzrastał, jako też i bóle, zmniejszające się tylko podczas siedzenia. Tętno powoli dobiegało 132 uderzeń, było małe, nieprawidłowe, ciepłota ciała 37.2. Wrażliwość na ucisk znów wzmocniła się, szczególnie w okolicy pęcherza moczowego, tu również wzmożone napięcie mięśni brzucha. Przytłumienia odgłosu wypukowego nie znaleziono nigdzie. Przystąpiono do operacji. Cięcie ponad spojeniem łonowym. Tkanka przedpęcherzowa niezmienniona. W jamie otrzewny krwawa ciecz w dużej ilości, kiszki zaczerwienione i rozdęte. W ścianie pęcherza moczowego znaleziono szczelinę, długą na 10 ctm., szeroko ziejącą, położoną wewnątrzotrzewnowo, zdążającą skośnie od strony prawej ku lewej po przez wierzchołek pęcherza moczowego. Otwór w tymże zamknięto szwem dwupiętrowym. Jamę otrzewny, po oczyszczeniu jej roztworem NaCl, zaszyto zupełnie. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Mocz oddawał chory sam. Gojenie się rany ściany brzucha było zakłócone umiarkowanym ropieniem. W przebiegu gojenia się rany przebył chory nieżyt pęcherza moczowego. Po upływie ½ roku od operacji wrócił pacjent do swojej pracy. Przypadek niniejszy zachęcił autora do rozejrzenia się w piśmiennictwie, dotyczącem pęknięć zdrowego pęcherza moczowego.

W pojedynczych przypadkach spostrzegano owo pęknięcie wskutek wydymania się mocnego podczas oddawania stolców, następnie skutkiem nadmiernego kureczenia się tłoczni brzusznej podczas dźwigania dużych ciężarów, niezwykłe mocnego grania na instrumentach dętych. Zazwyczaj zaś było owo pęknięcie następstwem działającego od zewnątrz urazu. W wielu przypadkach stwierdzeniu powodu pęknięcia stała na przeszkodzie okoliczność, że pęknięcie powstało podczas upicia się chorych, co z jednej strony powoduje mocne wypełnienie pęcherza moczowego, zaś z drugiej pijani są narażeni na najrozmaitsze uszkodzenia zewnętrzne. Oczywiście, skoro chory uległ urazowi, będąc pijany aż do nieprzytomności, wówczas może on nie wie

dzieć o okolicznościach, wśród których powstało uszkodzenie pęcherza moczowego.

Jako główne objawy pęknięcia pęcherza moczowego, czy to wewnątrz-, czy to zewnątrz-otrzewnowego, należy wymienić: ból w okolicy pęcherza moczowego, parcie na mocz, zatrzymanie moczu, brak moczu w pęcherzu. W przypadkach świeżych spostrzega się prócz tego zapaś. Ból zależy od uszkodzenia licznych nerwów ściany pęcherza moczowego. Mocz przez powstały otwór wylewa się już to do jamy otrzewny, już to do przestrzeni Retzius'a, i w pęcherzu pozostaje tylko drobna ilość moczu, zabarwionego krwią. Spazmatyczne kurczenie się mięśni ściany pęcherza moczowego daje uczucie parcia na mocz; dzięki jemu, wydzielający się nanowo mocz zostaje wyciśnięty przez otwór w ścianie pęcherza; wskutek tego oraz wskutek bezczynności tłoczni brzusznej otrzymujemy zatrzymanie moczu. Jeżeli nie wszystek mocz wydała się z jamy pęcherza moczowego, już to dzięki zamknięciu otworu przez skurczenie się mięśni ściany pęcherza, już to wskutek zatkania się otworu przez śluzówkę lub przez płat skośnie rozdartej otrzewny, wówczas przez cewnik, wprowadzony do pęcherza, wypływa nieduża ilość krwawego moczu. Powyższe objawy nie są stałe. U osób mało wrażliwych lub nie zupełnie wytrzeźwiałych spostrzegano zupełny brak bólu i parcia na mocz. Może również chory z pękniętym pęcherzem moczowym dowolnie oddawać mocz lekko krwawy lub zupełnie czysty, albo też taki sam mocz może być wypuszczony za pomocą cewnika. Zależy to od rozmaitego kształtu, wielkości i umiejscowienia pęknięcia. W pewnych nielicznych przypadkach pętla кишки wpukłała się do otworu w pęcherzu moczowym, była tu uwięziona, i dzięki temu krwawienie tamowało się, pęcherz zawierał czysty mocz. Następnie, w przypadku pęknięcia półksiężycowatego z płata wytwarzał się wentyl, zamykający powstały otwór. Odnośnie wielkości otworu w pęcherzu dają się rozróżnić 3 grupy.

Do grupy pierwszej należą przypadki, w których szczelina ma długości 8 — 10 ctm. Tu nawet podczas zupełnego skurczenia się pęcherza moczowego otwór nie zamyka się całkowicie, dzięki temu jama pęcherza moczowego pozostaje w trwałej łączności z jamą otrzewny. Oczywiście cewnik wypuszcza tu mocz jedno-

ześnie i z pęcherza moczowego i z otrzewny. W przypadkach tych zwraca na się uwagę okoliczność, że pomimo pozorne opróżnienie pęcherza moczowego podczas głębokiego wydechu lub wskutek naciskania na brzuch wypływa mocz nanowo.

Do przypadków grupy drugiej należą te, w których długość pęknięcia waha się od 4 — 6 ctm.; są one najliczniejsze. Po zupełnem skurczeniu się pęcherza moczowego i po wydaleniu się zeń moczu pęcherz jest zupełnie pusty.

Wreszcie w przypadkach, w których długość pęknięcia nie przekracza 1 — 3 ctm., już małego stopnia skurczenie się ścian pęcherza, wystarcza do zamknięcia otworu; im mniejszy jest otwór, tem większą ilość moczu napotkamy w pęcherzu. W przypadkach bardzo drobnych pęknięć może znaleźć miejsce dowolne oddawanie moczu. Im mniejsze jest pęknięcie, tem mniejsza jest domieszka krwi do moczu. Ilość krwi w moczu jest zależna od umiejscowienia pęknięcia; daleko mocniej krwawi przednia ściana, bardzo obfitująca w naczynia krwionośne, niż wierzchołek, umiarkowanie w naczynia krwionośne uposażony.

Bądź co bądź, pomimo niecałkowitego nieraz obrazu chorobowego, rozpoznanie pęknięcia pęcherza moczowego nie następuje dużych trudności: Mniejsze lub większe ilości moczu, znajdującego się w pęcherzu moczowym, nigdy nie odpowiadają mocnemu parciu na mocz oraz trwaniu zatrzymania moczu. Nieprawidłowy ten stosunek wraz z zatrzymaniem moczu oraz z obecnością w tymże krwi z łatwością naprowadzają rozpoznanie na właściwe tory; bardzo ważne jest pod tym względem zachowanie się moczu natychmiast po wypadku, albowiem już po upływie niedługiego czasu własności jego mogą uleść zmianie. Początkowe zatrzymanie moczu obok zawartości krwi daje wartościową wskazówkę rozpoznawczą tam, gdzie po upływie krótkiego czasu mocz nanowo zaczyna wypływać dowolnie.

Jeżeli, jak to ma miejsce w przypadku rozległego pęknięcia, wypuszczamy za pomocą cewnika dużą ilość moczu, odpowiadającą długiemu trwaniu zatrzymania tegoż, wówczas napelnienie pęcherza, stwierdzone już poprzednio za pomocą opukiwania i obmacywania, potwierdza rozpoznanie. Jeżeli wobec długotrwałego

zatrzymania moczu nie znajdujemy stłumienia, odpowiadającego wypełnionemu pęcherzowi moczowemu, przeciwnie, wykrywamy pomiędzy pępką i spojeniem odgłos bębenny, wówczas oczywiście pęcherz jest pusty; jeżeli wówczas dowiadujemy się o urazie okolicy nadłonowej, natenczas i bez pomocy cewnikowania z łatwością dochodzimy do właściwego rozpoznania pęknięcia pęcherza moczowego. Gdy natomiast wykrywamy stłumienie, przypominające wypełniony pęcherz moczowy, wówczas cewnikowanie staje się nieodzownem; jeżeli znajdujemy tylko niedużą ilość krwi lub drobne ilości moczu, mamy do czynienia z wylaniem się moczu przez otwór w pęcherzu.

Duże wątpliwości nastroczają się, gdy już od samego początku mocz wypływał dowolnie, lub gdy wobec zatrzymania moczu znajdujemy tenże zupełnie czystym.

Zabarwienie krwawe moczu w przypadku pierwszym może zależeć od uszkodzenia nerki, miedniczki nerkowej, wreszcie nadpęknięcia samej śluzówki; zatrzymanie moczu w przypadku drugim może powstać na drodze odruchowej; dopiero zjawienie się objawów, wskazujących na wypłynięcie moczu do otrzewny lub nazewnąrz tejże, kieruje rozpoznaniem na właściwe tory.

Bezwarunkowo wskazującym na wewnątrzotrzewnowe pęknięcie pęcherza moczowego jest cewnikowanie otrzewny; mianowicie, cewnik wypuszcza z pęcherza drobne ilości krwi lub moczu, następnie przy pewnym poruszeniu dostaje się naraz dziób cewnika do nowej jamy, i natychmiast wypływa duża ilość krwawego moczu, brzuch zapada się, stłumienie zmniejsza się. Dziób cewnika wymacuje się przez powłoki brzucha, zaś strumień moczu zmienia się równoległe do ruchów oddechowych. Oczywiście, cewnikowanie to stanowi wynik przypadku; świadome poszukiwanie otworu w pęcherzu nastrocza za dużo niebezpieczeństwa.

Drugim niezawodnym objawem jest obecność moczu w jamie otrzewny. Gdy ilość ta jest znaczna, wykrywamy ją za pomocą opukiwania brzucha; gdy jest nieduża, daje się wykryć tylko w jamie DOUGLAS'a. Tępość, odpowiadająca wylanemu moczowi, może mieścić się na bokach brzucha, lub też, jak to spostrzegali rozmaici autorowie, być ograniczona do okolicy

pęcherza moczowego. W tych ostatnich przypadkach prawdopodobnie szybkie obkleiny prowadziły do otorbenia stopniowo wypływającego moczu; kilka odnośnych spostrzeżeń potwierdza to przypuszczenie.

Jako na trzeci niezawodny objaw wewnątrzotrzewnowego położenia pęknięcia, należy wskazać na objawy podrażnienia otrzewny. Prawidłowy mocz wywołuje co najwyżej chemiczne podrażnienie tejże. Dopiero wtórne zakażenie moczu, w większości przypadków na skutek cewnikowania, daje septyczne zapalenie otrzewny. Dlatego też pierwsze łagodne objawy podrażnienia otrzewny wcale nie są tu tak rozpaczliwie beznadziejne, jak w przypadku pęknięcia kiszek; tu służą one do potwierdzenia rozpoznania i do wskazania, że należy przystąpić do operacji. Objawy te, jak tego dowodzi obserwacja, nie zjawiają się prędzej, niż po upływie 12 godzin od uszkodzenia. Do objawów tych oczywiście zaliczyć należy: stopniowe przyśpieszenie się tętna, wzdęcie brzucha, bolesność tegoż na początku największa w okolicy pęcherza moczowego, napięcie mięśni tłoczni brzucha i t. d. Sposób WEIR'a i KECNA rozpoznania pęknięcia pęcherza moczowego za pomocą wlewania doń odmierzonej ilości cieczy lub wdmuchiwanie powietrza musi być zarzucony, jako niebezpieczny. Skoro rozpoznanie wewnątrzotrzewnowego pęknięcia pęcherza moczowego zostało ustalone, należy natychmiast przystąpić do laparotomii; cięcie nadłonowe, zalecone przez niektórych autorów, musi być w tego rodzaju uszkodzeniach pęcherza moczowego zaniechane.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1903. B. 66 H. 5 u. 6).

Bardzo zajmujący, aczkolwiek na pozór banalny temat porusza M. HIRSCH w artykule swym „Przyczynę do nauki o ciałach obcych w pęcherzu moczowym męskim“. Ciała obce mogą znaleźć się w pęcherzu moczowym w sposób trojaki. 1) Wskutek rany powłok brzucha i ściany pęcherza; w ten sposób dostają się tam naboje postrzałowe, odłamy noża, porwane wraz z nabojem cząstki ubrania, kawałki zdruzgotanych kości. 2) Dzięki połączeniu jamy pęcherza z sąsiednimi narządami, a to wskutek rozmaitych spraw chorobowych; należy wymienić tu cząstki płodu w ciąży zamacicznej, zawartość

torbieli skórzastych, martwaki powstałe po próchnicy kości miedniczych i t. p. 3) Ciała, wprowadzone do pęcherza przez cewkę.

Autora w pracy niniejszej obchodzi tylko ta ostatnia kategoria ciał obcych w pęcherzu moczowym... Praca ta jest wynikiem spostrzeżenia przez autora 8 przypadków własnych oraz zestawienia z nimi 103 przypadków, znalezionych w piśmiennictwie od r. 1856.

Z pośród owych 111 przypadków ciał obcych w pęcherzu moczowym 51 przypada na narzędzia urologiczne, 14 na części roślinne, 8 na ołówki i obsadki, 8 na przedmioty ostro zakończone, 6 na ciała woskowe, 4 na przedmioty szklane, 5 na części zwierzęce, 8 na małe okrągławe przedmioty i 7 na przedmioty rozmaitego innego pochodzenia.

Wśród 51 przypadków pierwszej kategorii w 29 przypadkach miano do czynienia z kawałkami cewników i zgłębników (*bougies*) już to metalowych (7), już to sprężystych (22), w 19 z całymi narzędziami i w 3 z przedmiotami, nie mającymi nic wspólnego z cewnikowaniem.

Otóż z powyższego widać, że narzędzia metalowe łamią się o wiele rzadziej, niż sprężyste. Najczęściej napotymano odłamy narzędzi ołowianych, lecz natrafiano i na odłamy instrumentów nowosrebrnych, srebrnych, nawet stalowych, szczególnie litotryptorów, które łamią się, gdy do skruszenia twardego kamienia użyto za delikatnego narzędzia. Zazwyczaj łamie się męska część przyrządu. Mamy dwa gatunki cewników sprężystych: 1) robione z wulkanizowanego kauczuku, tak zwane cewniki NELATON'a i 2) mające rusztowanie, plecione z jedwabiu (angielskie) lub z jedwabiu z rozmałą domieszką nitek bawelnianych (francuskie) i powleczone odpowiednią masą. Oba gatunki po dłuższym użyciu, a nawet leżąc dłuższy czas nieużywane, tracą swą sprężystość i stają się łamliwymi. Odłamanie się części cewnika odbywa się zazwyczaj podczas wyciągania narzędzia z cewki i mianowicie w taki sposób, że najpierw uczuwa się przeszkodę w wyjmowaniu, w celu przecięcia tejże zostaje zastosowany większy wysiłek, i wówczas wydobywa się nazewnątrz tylko część cewnika. Oczywiście, skutek wyciągania instrumentu kurczy się mocno podrażniony zwieracz, uciskając gwałtownie cewnik — a to tem mocniej, im bardziej raptowne było szar-

pięcie. Wskutek dalszego pociągania cewnik ulega rozciągnięciu, i skoro stał się już poprzednio łamliwym i kruchym — ulega urwaniu. W podobny sposób może działać i niepodatne zwięźnienie, mocno obejmujące cewnik lub zgłębnik. Najłatwiej łamie się część cewnika, zaopatrzona w otwór, jako najsłabsza.

Znajdowano w pęcherzu męskim i całe cewniki i zgłębniki. Chorzy opowiadali, że podczas wprowadzania wyslizgiwały się one im naraz z rąk i uciekały do pęcherza. W jaki sposób może odbyć się coś podobnego?

Dla objaśnienia tego faktu budowano rozmaite teorie. Według autora wystarczają następujące okoliczności.

1) Naprężenie członka. Bardzo często, po wprowadzeniu narzędzia, zjawia się naprężenie członka. Jeżeli po wprowadzeniu narzędzia koniec tegoż był bardzo bliski wylotu zewnętrznego cewki, wówczas po wydłużeniu się członka skutkiem naprężenia znika swobodny koniec narzędzia w cewce i w *fossa navicularis* znajduje przeszkodę do wydobywania się nazewnątrz. Skoro następnie naprężenie przemija, członek zmniejsza się, cofa się ku tyłowi i w ten sposób popycha cewnik do pęcherza.

2) Nieodpowiednie postępowanie chorych: mianowicie, z chwilą zniknięcia cewnika w cewce chorzy zaczynają gwałtownie wyciągać członek i w ten sposób coraz bardziej nasuwają cewkę na cewnik. W tym samym sensie działa próba wydobywania cewnika za pomocą wpychanych do cewki przedmiotów.

3) Może sprzyjać uciekaniu cewnika do pęcherza zwijanie się części tegoż, już wprowadzonej do wnętrza pęcherza.

4) Wreszcie nie da się wyłączyć i ssące działanie pęcherza, który narazie kurczy się gwałtownie, następnie rozszerza się, wytwarzając ciśnienie ujemne.

Do grupy cewników i zgłębników należy zaliczyć złogi, powstające dokoła wstrzykniętych do pęcherza moczowego wraz z użytą do przemycia tegoż cieczą cząstek tkanek, kryształów nierozpuszczalnych nadmanganianu potasu, dokoła kłaczków włosów, wprowadzonych do pęcherza wraz z cewnikiem.

W jaki sposób możemy zapobiegać urywaniu się cewników? Oto bezwarunkowo przed każdym użyciem należy sprawdzić własności

mającego być użytem narzędzia. Cewnik kauzukowy winien giąć się, nie łamać się, we wszelkich kierunkach, oraz nie urywać się, będąc dość mocno rozciągany. Cewnik pleciony winien mieć gładką, jednolitą powierzchnię, będąc zgięty, powinien pozostać takim samym. Największą uwagę należy zwrócić na część cewnika, zaopatrzoną w otwór. Wyciągać cewnik należy powoli, nie szarpiać. Zupełnemu wślizgnięciu się cewnika zapobiega się w ten sposób, że chorzy podczas autokatetyzacji nie wypuszczają ani na chwilę wolnego końca cewnika; temuż wślizgnięciu zapobiega lejkowate rozszerzenie cewnika.

Co się tyczy ciał obcych innych grup, to długie ciała, dostają się do pęcherza już to wskutek ułamania się, będąc wprowadzone aż do pęcherza, już to wślizgują się doń tak samo, jak i cewniki. Ciała mniejsze były wprost wpychane ręką.

Z pośród ciał, pochodzenia roślinnego, znajdujących w pęcherzu moczowym, należy wymienić źdźbła słomy, trawy, zboża, liście, gałązki. Napotymano również ołówki, obsadki do piór, wprowadzane do cewki w celu samogwałtu. Do ciał ostro zakończonych, spostrzeganych w pęcherzu, należy zaliczyć szpilki małe, szpilki od kapeluszków, szpilki od włosów. Szpilki wprowadzano główką naprzód.

Z woskowych przedmiotów napotymano w pęcherzu moczowym świeczki i sztabki, ze szklanych — sztabki, rurki, ciepłomierze, areometry i t. d., z części ciała zwierząt — prącie świńskie, ogony zwierząt, fiszby i t. p. Przeważnie u dzieci spostrzegano w pęcherzu moczowym ziarnka grochu, fasoli, małe kamyki, spinki od mankietów i t. d. Wreszcie z przedmiotów innego pochodzenia znajdowano w pęcherzu moczowym kawałki skóry, pączki żelazne, pendzelki, fajeczki, klucz od pudełka z sardynkami i t. d.

U dorosłych mężczyzn powodem do wprowadzania obcych ciał była w większości przypadków chęć wypuszczenia zatrzymanego moczu, następnie — samogwałt, wreszcie w niewielu przypadkach chęć zapobieżeniu zapłodnienia podczas spółkowania.

Ciała obce po wdrażeniu do jamy pęcherza moczowego ulegają zmianom. Mianowicie, mogą one rozpadać się na kilka części, jak np.:

kruche cewniki, cienkie roślinne przedmioty, ołówki, które pod wpływem moczu rozklejają się i t. d. Mogą one powiększać swą objętość, już to pęczniąc, jak groch, fasola i t. p., już to pokrywając się złoгами (inkrustacyami). Najłatwiej pokrywają się złoгами ciała roślinne, żelazne; trudniej — srebrne; natomiast szklane i woskowe wcale nie podlegają inkrustacji.

Ciała obce wywołują zapalenie pęcherza ze wszelkimi następstwami tegoż, już to mechanicznie, już to za pośrednictwem wprowadzonych do tegoż drobnoustrojów. Mogą one wdrążyć w ścianę pęcherza, wywoływać owrzodzenie tegoż, przedziurawienie z wszelkimi tegoż następstwami. Zejście śmiertelne znalazł autor w 2,73% wszystkich przypadków.

Podłużne ciała obce zajmują w pęcherzu położenie poprzeczne lub nieco skośne, albowiem kurczący się pęcherz moczowy zatracą wymiar pionowy i strzałowy, zaś pozostaje mu tylko wymiar poprzeczny. Ciała drobne leżą zazwyczaj w pobliżu pęcherza moczowego, mogą chować się w fałdach śluzówki.

Ponieważ ściana zdrowego pęcherza moczowego nie jest wrażliwa na dotyk, tylko na rozciąganie, przeto znosi pęcherz ciała obce małe i gładkie zupełnie obojętnie. Natomiast ciała większe, chropawe powodują bóle, parcie na mocz, potrzebę oddawania moczu, pomimo, że pęcherz jest zupełnie opróżniony. Ból zależy od drażnienia śluzówki; bardzo swoisty jest ból natychmiast po oddaniu moczu — zależy on od ściskaania kamienia przez skurczone ściany pęcherza; parcie na mocz wywołuje się przez podrażnienie gruczołu krokowego, ujścia wewnętrznego cewki, trójkąta LIEUTAUD'a.

Potrzeba oddawania moczu, pomimo opróżnionego pęcherza, pochodzi z kurczenia się ścian pęcherza w celu wydalania ciała obcego.

Z innych objawów należy wymienić zatrzymanie moczu i nietrzymanie moczu.

To pierwsze powstaje w taki sposób, że ciało obce mieści się pomiędzy szyją i zwieraczem lub też, leżąc swobodnie w jamie pęcherza, w chwili wypływania moczu działa, jako wentyl. Nietrzymanie moczu jest następstwem osłabienia zwieracza lub też takiego położenia ciała obcego w szyi pęcherza, że zupełne zamknięcie pęcherza jest niemożliwe. Mocz może być

zabarwiony krwią lub zawierać cząstki ciała obcego.

W pewnych przypadkach rozpoznanie ciała obcego w pęcherzu moczowym jest zupełnie wyraźne. W innych udaje się ono dopiero po bardzo starannem zbadaniu chorego. W tym celu uciekamy się do obmacywania dwuręcznego pęcherza moczowego, do sondowania, do badania za pomocą litotryptora, wreszcie do oglądania za pomocą cystoskopu i do prześwietlania lub fotografowania za pomocą promieni RÖNTGEN'a. Te dwie ostatnie metody dają najpewniejsze wyniki.

Czasem wydalają się ciała obce z pęcherza moczowego samoistnie; mianowicie, przeważnie ciała obce małe, okrągłe, lecz spostrzegano i ciała długie. Z pośród 111 przypadków autora spostrzegano to 4 razy. W celu wydalenia możemy uciec się najpierw do aspiracji, która stosuje się do usunięcia cząstek rozkruszonego kamienia. Następną metodą jest wydobycie ciała obcego za pomocą przyrządu podobnego do litotryptora. Możliwe to jest w następujących warunkach: 1) ciało obce nie może być grubsze od światła cewki moczowej. 2) ciało obce winno leżeć zupełnie swobodnie w jamie pęcherza moczowego. 3) ciało nie może mieć ostrych końców lub brzegów. 4) przedmiot nie powinien być kruchy. 5) cewka moczowa musi być odpowiednio drożna. 6) pęcherz moczowy nie powinien być w stanie mocnego zapalenia.

Do wydobycia ciał obcych służą nam następujące narzędzia: 1) litotryptor bez otworów; podłużne ciało, uchwycone przez ten przyrząd, składa się w otworze wewnętrznym podwójnie; 2) plikator LEROY d'ETIOLLES'a i ekstraktor MERICIERA; 3) redresser COLLIN'a, który umożliwia ułożenie ciała obcego, złapanego poprzecznie w położeniu podłużnem.

Gdy nie udaje się wyciągnąć ciała obcego z pęcherza moczowego, należy skruszyć tenże, tak jak to robi się z kamieniem.

Wreszcie, do wydobycia ciał żelaznych stosowano magnes. Skoro wydobycie w jeden z powyższych sposobów jest przeciwskazane lub gdy jest możliwe, lecz nie udaje się wykonać, wówczas pozostanie uciec się do wydobycia ciała obcego na drodze krwawej, najczęściej do cięcia nadłonowego.

Na zakończenie artykułu przytacza autor w skróceniu opis 8 spostrzeganych przez się przypadków oraz tablicę 103 zebranych z literatury spostrzeżeń.

133. Du MESNIL de ROCHEMONT. Przyczynek do syndromu ADAMS-STOKES'a.

Zbiór objawów, znany pod nazwą choroby ADAMS-STOKES'a, polega, jak wiadomo, na tem, że u chorych sercowych zjawiają się napady zwolnienia czynności serca (*bradycardia*) z nieprawidłowym oddechem i utratą przytomności. Bradykardia stanowi główny objaw. Prócz niego występować mogą w przebiegu choroby rozmaite inne objawy: omdlenia, ustanie oddechu, oddech CHEYNE-STOKES'a, oddech nieprawidłowy, zawroty i bóle głowy, dusznica bolesna (*angina pectoris*) i dychawica sercowa (*asthma cardiale*), udar mózgowy, przemijające porażenie połowiczne (bez zmian anatomicznych przy oględzinach pośmiertnych), drgawki padaczkowe, nieruchomość źrenic i t. d. Najczęściej dotknięte są osobniki starsze z miażdżycą aorty i tętnic wieńcowych, z wadami zastawek aorty lub stłuszczeniem serca, niekiedy jednak choroba występuje w wieku młodszym (20 — 30 l.), a nawet u dzieci (w przypadku SCHUSTER'a u 4-letniej dziewczynki). Napady zjawiają się zwykle w ciągu tygodni i miesięcy, powracają często, mogą ustąpić na zawsze, albo też trwają latami, szczególnie u ludzi starszych ze zmianami miażdżycowymi, a wtedy prowadzą po dłuższym przebiegu do zejścia śmiertelnego; przebieg jednak może być bardzo krótki, wynosząc zaledwie kilka godzin lub dni.

Co się tyczy etiologii, to na podstawie danych, zdobytych przy oględzinach pośmiertnych, ustalić można 2 wielkie grupy momentów przyczynowych: cierpienia serca oraz zmiany w układzie nerwowym. Co się tyczy pierwszej grupy, to stwierdzono na stole sekcyjnym rozmaite zmiany: zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawek aorty, zawał tętnic wieńcowych, rozległe stwardnienie tychże naczyń, guz w przegrodzie międzykomorowej, silną fragmentację mięśnia lewej komory serca i mm. bro-

dawkowych. W drugiej grupie znaleziono następujące zmiany: zgrubienie nerwu błędnego i obrzmienie górnego zwoju szyjowego ze zwężeniem otworu potylicznego, ucisk na most i rdzeń przedłużony, zmiany przymiotowe na dnie 4 komory, prawie zupełny brak prawej połowy mózdzku i żyłak w miejscu skrzyżowania dróg piramidalnych. Ta wielka różnorodność zmian anatomicznych przy jednakowym obrazie klinicznym dowodzi, że niesłuszną jest rzeczą mówić o chorobie ADAMS-STOKES'a, gdyż jest to raczej grupa objawów, zależna od najrozmaitszych zmian chorobowych.

ROCHEMONT przytacza 2 przypadki syndromu ADAMS-STOKES'a. U pierwszego chorego, lat 35 mającego, choroba wystąpiła prawdopodobnie w następstwie kilkakrotnych urazów głowy. Osobliwość tego przypadku polega na tem, że zwolnienie tętna (18 — 27) zależało, jak tego dowodzą przytoczone kardiogramy oraz zdwojona liczba tętna żyły szyjowej, od osłabienia skurczów serca, tak że każdy drugi skurecz komór był do tego stopnia nikły (t. zw. *frustrane Herzcontractionen*), że nie był w stanie wytworzyć fali tętna w tętnicy promieniowej i szyjowej. Przy rentgenoskopowaniu można było jednak dojrzeć i owe niewydolne skurcze serca. Co się tyczy bliższej przyczyny cierpienia, które w tym przypadku przebiegało w postaci napadów z nagłą utratą przytomności, zawrotami głowy, zaburzeniami w oddychaniu, bólami w okolicy żołądka, to przeciw zwyrodnieniu mięśnia sercowego przemawiał długi przebieg sprawy, prawidłowość czynności serca pod względem miarowości i natężenia oddzielnych skurczów, okoliczność, że wysiłki nie wywierały żadnego wpływu na spostrzegane objawy, brak wzmoczenia 2^o tonu tętnicy płucnej oraz brak innych objawów następczych. Z największym prawdopodobieństwem istniało zaburzenie czynności nerwu błędnego, bądźto wskutek zmian w zakończeniach nerwu błędnego w ścianach serca, bądź też na dnie 4 komory. Za tem ostatniem umiejscowieniem przemawiał jednocześnie udział innych zakończeń tego nerwu (uczucie przygnębienia, bóle w okolicy żołądka, duszność obok występowania napadów zawrotu głowy). Przyczyniły się do powstawania choroby prawdopodobnie kilkakrotne urazy głowy.

W drugim przypadku, dotyczącym mężczyzny 45-letniego, w przebiegu choroby występowały omdlenia, *aphasia*, *hemiplegia*, napady drgawkowe. Tętno było znacznie zwolnione i niemiarowe. I w tym przypadku zdjęcia kardiograficzne obok radiogramów, jak również rentgenowanie pozwalały sądzić, że niektóre skurcze były do tego stopnia słabe, że w tętnicach obwodowych nie wytwarzały się odpowiednie fale. Zastrzyknięcie podskórne atropiny, która poraża na pewien czas hamujące włókna nerwu błędnego, nie wywierało żadnego wpływu na bradykardię, z czego, według DEHIO, wnosić można, że zwolnienie tętna nie zależało od podrażnienia nerwu błędnego. Należało więc przyjąć, że przyczyna tkwiła w zmianach samego mięśnia sercowego. Podług poszukiwań HIS'a, ROMBERG'a, ENGELMANN'a, FREUDENTHAL'a i innych, rytm przedsionków i komór zależny jest od mięśniowego automatyzmu serca. Zmiana w wytwarzaniu podrażnienia w stanie jest wywołać zwolnienie skurczów, które zależne jest także od zaburzeń w przewodnictwie bodźców, pobudliwości i kurczliwości. Mamy więc tu cały szereg możliwości dla powstawania bradykardii. Ze wiele z tych czynników istniało w przypadku autora, za tem przemawiają zarówno zaburzenia ze strony serca, jako też rozbiór kardiogramów i radiogramów.

(Münch. med. Wochenschr. 1903. N. 37).

Pechkranc.

134. REISINGER. Ostre zapalenie kiszek ślepej.

NOTHNAGEL w swej patologii i terapii kiszek wyraża przekonanie, iż w nielicznych, co prawda, przypadkach *perityphlitis* wyrostek robaczkowy bywa nie zmieniony, natomiast chorobie ulega sama kiszka ślepa. Przypadki te są tak nie liczne, iż prof. JORDAN wcale nie uznaje istnienia pierwotnego ostrego zapalenia kiszek ślepej. Wśród 350 przypadków *epityphlitis*, leczonych operacyjnie, autor miał 2 przypadki, przebiegające pod postacią typowego *epityphlitis*, w których jednak wyrostek robaczkowy okazał się podczas operacji zupełnie zdrowym. W przypadku pierwszym skonstatował autor stłumienie nad *lig. POUPARTI*, sięgające do linii środkowej brzucha, tuż nad spojeniem łonowem, dużą gorączkę, wymioty, *meteorismus*, brak stol-

ca, częste i bolesne oddawanie moczu. Przy operacyi znaleziono między *peritoneum perietale* i nieco głębiej położoną kiszka ślepą ropień dosyć duży, którego dno tworzyła szaro zmieniona ściana kiszki, po dwóch dniach odpadła ściana ta zgangrenowana, i utworzyła się duża przetoka, przez którą wylała się zawartość kiszki; wyrostek robaczkowy był nie zrośnięty i zupełnie normalny. Wywiady nie wyjaśniły w danym przypadku przyczyny choroby, gdyż chory nie cierpiał nigdy na zaparcie stolca, nie był dotknięty gruźlicą i t. d.; chory dotychczas (po 6 latach) jest zdrow. Przypadek drugi dotyczy 37 letniej kobiety, cierpiącej na zaparcie stolca. Przy badaniu znalazł autor objawy rozlanego zapalenia otrzewny; brzuch cały wzdęty, w okolicy kiszki ślepej stłumienie odgłosu opukowego; chorą trapią uporeczywe wymioty. Brak stolca od 10 dni, gorączka. Przy operacyi znalazł autor, po otwarciu brzucha i wypuszczeniu dużej ilości cuchnącej, z kałem zmieszanej ropy, szaro-czarną kiszka ślepą, przedziurawioną w dwóch miejscach, wypełnioną całkowicie kałem; ściany kiszki łatwo łamiące się, śluzówka po większej części zniszczona; wyrostek robaczkowy był na swoim miejscu, nieco zgrubiał, błona surowicza zaczerwieniona wskutek sąsiedztwa z kiszka, podległa ostrej martwicy, w 20 godzin po operacyi chora zmarła; badanie pośmiertne wykazało zniszczenie duże śluzówki kiszki ślepej, ściany jej były zgrubiałe, łatwo łamiące się. W naczyniach liczne zakrzepy; wewnętrzna powierzchnia wyrostka robaczkowego natomiast zupełnie normalna.

Badanie pośmiertne nie wyłomaczyło przyczyny martwicy kiszki ślepej, żadnego zwężenia w kiszkach grubych i kiszce prostej nie znaleziono. W przypadku tym, zdaniem autora, zaparcie stolca odegrało ważną rolę.

W obu przytoczonych powyżej przypadkach trudno było rozpoznać pierwotne zapalenie kiszki ślepej z powodu uderzającego podobieństwa cierpienia tego do *epityphlitis*. Dlaczego martwica kiszki grubych wskutek nienormalnego zastojów kału umiejscawia się przeważnie w kiszce ślepej? Że tu nie odgrywa roli wysokość słupa kałowego, dowodzą zapalenia, prowadzące do martwicy kiszki ślepej u noworodków. Przyczyna, dlaczego martwicę spotyka się najczęściej w kiszce ślepej, tkwi w zdolności zamy-

kania się zastawek BAUHIN'a, w zastojach kału w kiszce ślepej i w zwiększaniu się siły ścian kiszki w miarę zbliżania się do otworu stołcowego. Ostatnia okoliczność powoduje większe rozdęcie kiszki ślepej i, co za tem idzie, martwicę i przedziurawienie. Uderzający, zdaniem autora, jest tu brak zmian uciskowych na śluzówce poprzeczniczy i okrężniczy zstępującej, natenczas gdy w kiszce ślepej nastąpiła już martwica i przedziurawienie. KREUTER przyczynę większego wzdęcia kiszki ślepej upatruje w tworzeniu się kłapy *in flexura hepatica*, przy czem *flex. hepatica* tworzy kąt od tępego do prostego, *flex. lienalis*—kąt ostry. Przeciw tej hipotezie przemawiają: 1) brak objawów ze strony poprzeczniczy pomimo ostrokątnej formy *flexura lienalis*, 2) brak kłapy *in flexura lienalis* przy wzdęciu poprzeczniczy i okrężniczy zstępującej wskutek zwężenia we *flex. sigmoidea* lub kiszce prostej. Zdaniem autora, na większe wzdęcie kiszki ślepej wpływają następujące czynniki: 1) większa ruchomość lewej połowy poprzeczniczy i 2) dłuższa kreska okrężniczy zstępującej. Dzięki tym okolicznościom napelnione odcinki kiszki ustępują jedno drugiemu i łatwo przesuwają się ku przeponi brzusznej (*diaphragma*). Inaczej rzecz się ma przy *flexura hepatica*. Tylne ściany okrężniczy wstępującej jest nieruchoma, prawa połowa poprzeczniczy jest mało ruchoma; przy niezwykle wzmóconem wzdęciu kiszki ślepej i okrężniczy wstępującej górna część tej ostatniej wypycha dolną ścianę poprzeczniczy i wywołuje zatkanie mniej więcej całkowite w początkowej części poprzeczniczy; w ten sposób występuje częściowe uciskanie następującego odcinka kiszki. Przy zwężeniach w *S-romanum* ucisk w grubych kiszkach jest wszędzie jednakowy, wskutek jednak słabszych ścian kiszki ślepej i okrężniczy wstępującej wzdęcie w nich jest największe, naczynia ich rozciągają się silnie, co wywołuje upośledzenie żywotności ścian kiszki; do tego przylacza się ucisk kału wskutek chronicznego zatwardzenia na ściany kiszki, wywołujący mniejsze lub większe zmiany na śluzówce; wszystkie te czynniki, ma się rozumieć, łatwo mogą wywołać martwicę kiszki. Prócz tej mechanicznej przyczyny martwicy, nie bez znaczenia są własności kiszki ślepej i stosunek jej do tylnej ściany brzusznej, jak to wykazały dwa następujące przypadki. Przypadek pierwszy dotyczy

58-letniego mężczyzny, któremu wskutek zatrzymania stolca od 10 dni, wywołanego rakiem kiszki, autor zmuszony był utworzyć *anus praeternaturalis* w *flexura sigmoidea*; po oddaniu stolca chory poprawił się; naraz drugiego dnia po operacji wystąpiły objawy ostrego zapalenia otrzewny z zejściem śmiertelnem. Badanie pośmiertne wykazało prócz *peritonitis* na wewnętrznej ścianie kiszki ślepej, nieznacznie wzdętej, obfitą ropę, wypływającą z tyłu kiszki; pod kiszką znaleziono jamę ropną wielkości jaja kurzego; na tylnej ścianie kiszki ślepej ostro odgranieczoną martwicę, formą odpowiadającą granicom ropnia; dopóki kiszka ślepa była ponad normę rozdęta i przycięnięta silnie do tyłu, ropa nie miała ujścia; dopiero po opadnięciu wzdęcia mogła ropa przejść do jamy otrzewny. Podobny przypadek wylania się ropy z ropnia koło kiszki ślepej do brzucha spostrzegał autor przy nagłym przerwaniu ciąży w 7 miesiącu. Przypadek drugi jest zupełnie analogiczny z przypadkiem pierwszym; w przypadku tym też było zwężenie w kiszce grubej, wkrótce wystąpiło zapalenie ostre otrzewny po utworzeniu *anus praeternaturalis* in *flexura sigmoidea* i opróżnieniu kiszki z jej zawartości. Badanie pośmiertne i w tym przypadku wykazało martwicę w tylnej ścianie kiszki ślepej, która, podobnie jak w przypadku pierwszym, spowodowała zapalenie otrzewny. Dlaczego tylna ściana kiszki ślepej najłatwiej ulega martwicy, tłumaczy się jej małą odpornością; autor skłonny jest przypuścić, iż prócz tego przyczyną tego faktu jest jeszcze wciśnięcie tylnej ściany kiszki ślepej we wgłębienia otrzewny, położone po za kiszką ślepą.

Ze spostrzeżeń autora a także z opisanych w literaturze spostrzeżeń ANSCHUETZ'a i KREUTER'a wynika, iż głęboko położone zamknięcia kiszki grubych są niebezpieczne ze względu na kiszki ślepe. Z przypadków tych da się wyciągnąć jedną praktyczną wskazówkę: jeśli przy głęboko położonych zwężeniach kiszki grubych konieczne jest utworzenie *anus praeternaturalis*, należy wybrać po temu kiszki ślepe; kiszki tę, a szczególnie jej tylną ścianę należy dobrze obejrzeć i stosownie do tego, co się znajdzie, zastosować ten lub ów sposób operacji.

(Münch. Med. Woch. Nr. 40. 1903).

Maksymilian Goldflam

135. PAL. O patogenezie ostrej przejściowej ślepoty w kolce ołowianej, mocznicy i eklampsji.

We wzmiankowanych wyżej cierpieniach występuje niekiedy przejściowa ślepotą przy normalnem dnie oka i zachowanej reakcyi źrenic. Autor wskazuje na jeden moment, wspólny tym trzem sprawom chorobowym i dostatecznie wyjaśniający patogenezę zaburzenia ocznego. Momentem tym jest wzmożone ciśnienie krwi.

Już oddawna wiadomem było, iż w przewlekłym otruciu ołowiem występuje niekiedy ślepotą, na którą zapatrywano się przeważnie, jako na objaw mocznicowy, ponieważ przewlekłe otrucie ołowiem wywołuje zapalenie nerek (HIRSCHBERG).

Tymczasem badania autora wykazały, że nie zawsze w tem cierpieniu spotykamy zapalenie nerek. Badając ciśnienie krwi u chorego podczas napadu kolki ołowianej i ślepoty i po ustąpieniu kolki i ślepoty, autor zauważył, iż w pierwszym razie ciśnienie wynosiło 180 mm., w drugim — 80 mm..

Istnieją również różne poglądy na powstawanie ślepoty w mocznicy. I w tym przypadku autor skonstatował wzmożone ciśnienie krwi; ze zmniejszeniem się ciśnienia znikła i amauroza mocznicowa.

Na eklampsję wielu autorów zapatruje się, jako na mocnicę, tak iż ślepotę w jej przebiegu uważają, jako jeden z objawów mocznicowych. Przeciwno pogładowi temu przemawia ten fakt, iż w eklampsji moczu bardzo często wcale nie zawiera białka, natomiast znajdujemy wzmożone ciśnienie krwi.

A zatem w trzech rozmaitych cierpieniach, jako to: kolce ołowianej, mocznicy i eklampsji, znajdujemy przejściową ślepotę. Wspólnym momentem tych trzech cierpień nie jest zapalenie nerek, jak dotychczas utrzymywano, lecz wzmożone ciśnienie krwi, z którego wynika ślepotą. Na ślepotę przejściową należy zapatrywać się, jako na reakcyę mózgu *resp.* naczyń mózgowych, które podlegają skurczowi.

Omawiane zmiany umiejscowiają się prawdopodobnie w tylnym zrazie mózgu.

(Centralblatt. für Innere Medicin N. 17. 1903 r.).

Mamroth.

136. SALA i ROSSI. **W sprawie wrzeczomych toksycznych i leczniczych własności surowicy epileptyków.**

Niedawno CENNI ogłosił szereg badań, w których zastrzykiwał surowicę epileptyków, bądź od tego samego chorego pochodzącą, bądź od innego — i otrzymywał w pierwszym okresie zwiększenie się liczby napadów, a następnie w większości przypadków wyraźne zmniejszenie się, a nawet niekiedy zupełne ich ustąpienie. Zjawisko to CENNI uzależniał od specjalnych trujących i leczniczych właściwości surowicy krwi osób, dotkniętych padaczką. CENNI'emu poczęto jednak zarzucać, że doświadczenia swoje robił nieogłędnie, że zbyt krótki czas obserwował chorych i że do badań brał chorych, których surowica krwi wskutek poprzedniego specjalnego leczenia zawierała w sobie sole bromowe. Mając na uwadze te wszystkie zarzuty, SALA i ROSSI przystąpili do doświadczeń własnych, stosując zastrzykiwanie surowicy krwi od epileptyków, którzy przez czas dłuższy wcale się nie leczyli, epileptykom, również nie zażywającym od dłuższego czasu bromu. Chorzy, wzięci do doświadczeń, byli to chorzy zakładowi z padaczką nie dziedziczną, powstałą najczęściej około 10—15 roku życia i nie powikłaną żadną psychozą. Wynik doświadczeń autorów był następujący: 1) zastrzykiwania surowicy epileptyków nie wywołały w żadnym z badanych przypadków dobroczynnego wpływu na przebieg choroby i 2) również nie zauważono żadnego toksycznego wpływu tych zastrzykiwań. Działanie ich było dla przebiegu choroby zupełnie obojętne.

(Neurologisches Centralblatt. 1903. N. 18)

St. Koczyński.

137. ROSENBERGER. **Spostrzeżenia nad leczeniem chorych gruźliczych tuberkuliną.**

Zachęcony dobrymi wynikami Görsch'a, autor zastosował tuberkulinę w 13 przypadkach

gruźlicy płuc i innych narządów (krtani, pęcherza moczowego, stawu łokciowego i ucha).

Autor umyślnie wybrał tego rodzaju chorych, którzy przy poprzednim długotrwałym leczeniu, polegającym na dobrem odżywianiu, leżeniu w łóżku i zażywaniu *guajacoli carbonici*, wcale nie poprawiali się.

Rozpoczął zwykle leczenie od zastrzykiwania $\frac{1}{10}$ mg. T. R. (Tuberkulin — rückstand), stopniowo zwiększając dawkę. Jeżeli chory dobrze znosił 1 mg. T. R., natenczas autor zaczął zastrzykiwać A. T. (altes Tuberkulin), począwszy od $\frac{1}{10}$ mg. Nieraz po zastrzyknięciu T. R. ciepłota podnosiła się, i chorzy uskarżali się na bezsenność, natomiast łaknienie znacznie poprawiało się.

Przy stosowaniu A. T. zwykle w kilka godzin po drugim lub trzecim zastrzyknięciu zjawiały się wymioty, bóle głowy, dreszcze, podniesienie ciepłoty; objawy te po 24 godzinach znikaly. W moczu, z wyjątkiem jednego przypadku, białka nie znajdowano.

Leczenie tuberkuliną, prowadzone w ciągu 3 miesięcy, dało autorowi następujące wyniki:

4 chorych znacznie poprawiło się; 5 pozostało bez poprawy, stan jednego chorego pogorszył się, a 3 umarło, przyczem oględziny pośmiertne nie wykazały, aby śmierć nastąpiła wskutek stosowania tuberkuliny.

Samo przez się rozumie się, że z tak małego materiału nie możemy wyciągnąć żadnych pewnych wniosków co do wartości leczniczej tuberkuliny, ale w każdym razie metoda Görsch'a zasługuje na uwagę, ponieważ daje niekiedy dobre wyniki.

(Centralbl. f. innere Med. N. 19. 1903).

Springer.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Cierpienia zakaźne narządów moczowych u dzieci stanowiły treść odczytu, wygłoszonego przez d-ra J. CNOPF'a na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Norymberdze. Na wstępie mówca zaznacza, że dawniejsza literatura lekarska zawiera względnie małą liczbę spostrzeżeń odnośnych, w ostatnich dopiero czasach częściej można spotkać wzmianki o cierpieniach tego rodzaju. Przyczyna tego kryje się zapewne w niedocenianiu konieczności badań bakteriologicznych, które dopiero w ostatnich czasach są przedsiębrane w każdym podobnym przypadku. Wiadomo, że zawartość pęcherza znajduje się pod wpływem trybu życia chorego i rozmaitych środków farmakologicznych, które mogą działać w sposób drażniący na ściany narządu. Jeżeli więc związek pomiędzy przyczyną a skutkiem jest w tych warunkach przeważnie wyraźny, to nie można tego powiedzieć o działaniu drobnoustrojów na pęcherz, a ztąd na narządy sąsiednie, a nawet na cały ustrój. Badania odnośne dostatecznie wyjaśniły, że zakażenie narządów moczowych, zwłaszcza pęcherza, u dziewczynek łatwo przychodzi do skutku, dzięki bliskości szpary sromnej od otworu stolcowego. Jako przykład takiej możliwości, może nam służyć zakażenie pęcherza moczowego u dziewczynek w przebiegu zapalenia kiszek mieszkowego (*enteritis follicularis*). Następstwa takiego przeniesienia drobnoustrojów zależą następnie od stanu błony śluzowej pęcherza, która, dzięki czynnemu lub biernemu przekrwieniu, może stanowić dobre podłoże dla przeniesionych drobnoustrojów. Sposób zakażenia u chłopców musi być inny. Doświadczenie przekonało nas, że wskutek uszkodzenia błony śluzowej кишки prostej drobnoustroje mogą przedostawać się do pęcherza przez sąsiednie części miękkie. Możliwe jest nadto, że lasecznik okrężnicy, tak często wykrywany we krwi, za-

równo za życia, jak i po śmierci, może stać się przyczyną zakażenia zawartości pęcherza.

Następnie — spostrzeganie poucza, że takie zakażenie może pozostać ukrytem, nierozpoznanem lub powodować nieznaczne dolegliwości miejscowe, które są chętnie zaliczane na karb niewinnej kolki kiszki, objawy zaś zapalenia pęcherza bywają tak zamaskowane przez współistniejące *vulvo-vaginitis*, że rozpoznanie właściwe następuje często trudno. W większym stopniu spotykamy takie trudności, jeżeli, jak to uczy doświadczenie, czynniki trujące wywołały objawy ogólne, podczas gdy narząd moczowy nie zdradza wyraźnych oznak cierpienia. Wśród objawów ogólnych pierwsze miejsce zajmuje podwyższenie ciepłoty, która nie posiada żadnego określonego typu, lecz przeciwnie, cechują ją częste wahania: gorączka trwa kilka dni z rzędu, poczem nagle znika, żeby zjawić się znowu po dniach kilku, i stan taki trwać może przez czas dłuższy, dopóki nie uda się przeprowadzić należytego odkażenia pęcherza. Podwyższeniu ciepłoty towarzyszy często dreszcz wstrząsający lub objawy zapaści, często jednak brak tych objawów. Przytoczony wyżej obraz chorobowy prelegent ilustruje za pomocą trzech historii choroby, dotyczących dzieci od lat 3 — 4. Żadne z dzieci nie przechodziło cierpienia kiszki, to też przyczyna choroby nie została wykryta; przebieg choroby był długotrwały, i tylko zastosowanie urotropiny zdołało doprowadzić do zupełnego wyleczenia, kiedy nawet badanie bakteriologiczne nie zdołało wykryć w moczu żadnych drobnoustrojów. Odkażenie pęcherza udaje się tem łatwiej, im wcześniej zostało przedsięwzięte, czyli im wcześniej zostało uskutecznione rozpoznanie prawidłowe. Mówca zaznacza, że istnieją takie zakażenia pęcherza moczowego, które nie wywołują zbyt silnego podrażnienia samego narządu, lecz, dzięki

czynnikom trującym, mogą stać się przyczyną ciężkich objawów ogólnych, z którymi nie idą w parze uczucia podmiotowe. To też w celu uchronienia się od błędów należy uskutecznić badanie moczu nie tylko chemiczne, ale i bakteriologiczne, ponieważ wynik badania wyświetli nam nie tylko rodzaj cierpienia, lecz da nam możliwość zastosowania odpowiednich zabiegów leczniczych.

W towarzystwie lekarskiem berlińskim d-r GRAWITZ poruszył sprawę, która dotychczas nie została jeszcze należycie wyświetlona. Chodzi, mianowicie, o stany wielkiego wyniszczenia z przebiegiem śmiertelnym, w których badanie anatomiczne nie jest w stanie wykryć przyczyny choroby. Często króć za życia spostrzegano stany ciężkiej bezkrwistości u osób, których jedyną skargę stanowiły zaburzenia trawienia, zależne od braku kwasu solnego, jak przekonano się z badania klinicznego; badanie zaś zwłok nie dało żadnych dowodów, przemawiających za cierpieniem błony śluzowej żołądka. Jeszcze niedawno spostrzegał mówca podobnego chorego, u którego po najdokładniejszym badaniu znaleziono tylko brak kwasu solnego w soku żołądkowym, a oznaki ciężkiej bezkrwistości we krwi. Chory zmarł pomimo najtroskliwszej opieki. Badanie przemiany materii świadczyło, że białko ustroju ulega szybkiemu rozpadowi (ustrój przyswajał 3 grm., wydelał 13, z tego w moczu 6 grm.). Podczas badania zwłok wszystkie narządy były zupełnie prawidłowe, zarówno jak i gruczoły błony śluzowej żołądka i kiszek. Tak samo wyglądał szpik kostny i nadnercza. W danym przypadku na pewno nie było bezkrwistości złośliwej, ani też jakiegoś niezwykłego cierpienia. Podobnych przypadków w ostatnich latach spostrzegano kilka, w żadnym jednak nie udało się dociec, jaka jest przyczyna cierpienia. Pomimo woli pozostaje tylko zwrócić się do przypuszczenia bezkrwistości złośliwej. Istota tego cierpienia pozostawała ciemną przez czas bardzo długi; poszukiwania jej często wiodły na bezdroża, dopóki nie przekonano się, że chodzi tu o zatrucie bądź zewnątrz, bądź też z przewodu pokarmowego. Z punktu widzenia teoretycznego wydaje się zupełnie zrozumiałem, że wskutek braku kwasu solnego powstają w kiszkiach pod wpływem drobnoustrojów pewne sprawy fermentacyjne, albo też że ta sama przyczyna przeszkadza prawidłowej

odbudowie białka ustrojowego. Takiemu pogładowi nie może zaprzeczyć słuszności zarzut, że jest sporo ludzi, którzy czują się wybornie pomimo braku wolnego kwasu solnego. Istotnie znajdują się ludzie, których ustrój może się przystosować do rozmaitych nieprawidłowości, natomiast są i tacy, którzy poddać się takiemu przystosowaniu nie są w stanie, a nie ulega wątpliwości, że umiejętna pomoc lekarska w tych właśnie razach jest bardzo pomocna. Można by tu przytoczyć chociażby suchotników. Wielu z pośród nich cierpi na brak wolnego kwasu solnego w żołądku, lecz użycie wewnętrzne tego leku przynosi mało korzyści, kiedy tymczasem metodyczne przemywanie żołądka wpływa znakomicie na chorych. Prelegent przytacza kilka spostrzeżeń podobnych i zaznacza, że długotrwały brak kwasu solnego w żołądku może stać się przyczyną ciężkich zaburzeń ogólnych.

Na posiedzeniu paryskiego towarzystwa biologicznego LINOSSIER i LEOMOINE zdawali sprawę ze swych doświadczeń nad wpływem, jaki wywiera położenie ciała na czynność nerek zarówno u osobników zdrowych, jak i u dotkniętych cierpieniem nerek. Osoby, poddane doświadczeniu, przebywały naprzemian jeden dzień w łóżku, drugi zaś w pokoju, już to siedząc przez czas dłuższy, już to stojąc. Mocz był zbierany co 12 godzin. Okazało się, że u wszystkich badanych, pozostających w położeniu pionowym, bez względu na to, czy byli to zdrowi, czy chorzy, ilość moczu była mniejsza. Zmniejszenie się ilości moczu powtarzało się stale do tego stopnia, że wyjątek, pomimo znacznej liczby doświadczeń, zanotowano zaledwie 2—3 razy. Zjawisko to występowało wybitniej u chorych na nerki, aniżeli u zdrowych, a różnica ta nabiera w oczach sprawozdawcy takiego znaczenia, że chciałby on poczytywać je za bardzo czuły objaw niedostatecznej czynności nerek. Co się tyczy wydzielania mocznika, to położenie pionowe ciała zaznaczyło się wyraźnie i pod tym względem: u osobników zdrowych ilość mocznika była w 5—6 przypadkach nieco większa, u chorych zaś stale mniejsza. Zmiany w wydzielaniu kwasu fosforowego i chlorków u osób zdrowych nie dadzą się ująć w pewną regułę, u cierpiących zaś na nerki ilość tych składników była zawsze mniejsza. Prelegenci sądzą, że spostrzeżenia ich nasuwają bardzo poważne wnioski co do czyn-

ności nerek wogóle. We wszystkich przypadkach stwierdzono, że stanie lub siedzenie utrudnia czynność nerek, co przejawia się rozmaicie, zależnie od tego, czy nerka jest zdrowa, czy dotknięta cierpieniem, to też możnaby nerki podzielić na pewne grupy. A więc: 1) Nerki zupełnie zdrowe, gdzie pionowe położenie ciała mało wpływa na ilość wydzielanego moczu. 2) Nerki o czynności upośledzonej, kiedy spostrzega się jednocześnie wybitną *oliguria et hypoaeceturia orthostatica*. 3) Jeżeli to upośledzenie czynności jest bardziej wybitne, to wtedy, o ile chory nie leży w łóżku, albo występuje białkomocz, albo ilość białka, zawartego w moczu poprzednio, wzrasta znakomicie. 4) W końcu istnieje jeszcze jeden rodzaj cierpienia nerek, które od poprzednich różni się tem, że położenie ciała nie gra tu żadnej roli; są to pewne postaci zapalenia miąższowego (*Epithelial - Nephritis*), w których przepuszczalność nerek jest wogóle większa. W celu uniknięcia błędów podczas doświadczeń, a co za tem idzie, i fałszywych wniosków, należałoby starać się o to, żeby spostrzeżenie trwało przynajmniej dni cztery, jeżeli nie 6—8, ponieważ wtedy różnice w ilości moczu byłyby znacznie wyraźniejsze, zależnie od położenia ciała.

W towarzystwie lekarskiem hamburskiem d-r SAENGER poruszył tylokrotnie omawianą już sprawę sztywności przewlekłej kręgosłupa. Mówca przedstawił dwóch odnośnych chorych i przytoczył kilka historii chorób spostrzeganych przez siebie przypadków. W pewnej liczbie spostrzeżeń istniała czysta postać tej choroby, opisana przez BECHTEREW'a (przyczyna choroby: uraz lub przeziębienie), w jednym były objawy zapalenia stawów zniepodabniającego (*Arthritis deformans*, postać MARIE-STRÜMPPELL'a), w innym znowu przyczynę sztywności stanowiły przykurczenia mięśni grzbietu pochodzenia histerycznego, w jednym przypadku typu STRÜMPPELL'a jako przyczynę zanotowano rzeżączkę, następnie ostry gościec stawów kręgosłupa (było tu i zajęcie drobnych stawów palców), nakoniec zapalenie kręgów zniepodabniające (*spondylitis deformans*) pochodzenia gruźliczego. Zestawienie powyższe dowodzi, że sztywność przewlekła kręgosłupa nie może być poczytywana za jednostkę chorobową samoistną, lecz raczej za zbiór objawów, które mogą powstać wskutek bardzo roz-

maitych przyczyn. Zestawienie literatary odnośnej zwłaszcza wskazuje na to, że cierpienie, wyosobnione przez BECHTEREW'a, było opisane dokładnie w roku 1824 przez WENZEL'a. Prace, ogłoszone w ostatnich czasach, nadały omawianej sprawie nieco inne oświetlenie i w ten sposób przyczyniły się do pewnego pomieszania pojęć, zwłaszcza że rozpoznanie różniczkowe stało się możliwe dopiero po zastosowaniu promieni ROENTGEN'a, sprawa zaś chorobowa powinna otrzymać nazwę: zapalenie kręgosłupa zniepodabniające (*Arthritis deformans*). Częstokroć dopiero zachloroformowanie chorego daje możność rozpoznania prawidłowego i to głównie w tych przypadkach, w których sztywność kręgosłupa jest pochodzenia mięśniowego. Jako przyczyny choroby wymienić należy: przymiot, zapalenie szpiku kostnego, zapalenie opon rdzenia (*Pachyct Leptomeningitis*), nareszcie guzy i sprawy zapalne pochodzenia zakaźnego. Na tle tego odczytu rozwinęły się bardzo obszerne rozprawy. Na szczególną uwagę zasługują głosy SIMMONDS'a i FRAENKEL'a. Pierwszy okazuje kręgosłup, w którym zeszywnienie zupełne zostało spowodowane przez skostnienie wszystkich więzów własnych kręgosłupa. Tego rodzaju cierpienie, w którym skostnienie nie prowadzi do powstawania wyrostów kostnych (*exostoses*), nie może być zaliczane do szeregu zapaleń zniepodabniających i zapewne posiada swój swoisty przebieg, aczkolwiek nie można zaprzeczyć, że najczęściej występuje pod postacią mieszaną, mocno przypominającą zapalenie kręgosłupa, względnie stawów zniepodabniające. D-r FRAENKEL okazał cały szereg bardzo pouczających preparatów anatomicznych i rentgenogramów i na podstawie tego materiału stwierdził, że rozróżnianie rozmaitych typów omawianego cierpienia prowadzi tylko do nieporozumień i jako takie jest zgoła zbyteczne, ponieważ badanie dokładne okazów anatomo-patologicznych przekonywa, że chodzi tu o dwie zupełnie różne postaci chorobowe, mianowicie, albo o zapalenie kręgów zniepodabniające (*spondylitis deformans*), albo o zapalenie kręgosłupa zeszywniające (*ankylosirende Spondylitis*). W przypadkach pierwszej kategorii spotykamy istotną sprawę zniepodabniającą, cierpienie kręgów pierwotne, które prowadzi do spłaszczenia i ucisku kręgów, a tylko w przypadkach wyjątkowych do zeszywnienia. W prze-

biegu dalszym cierpienia może dojść nawet do zrośnięcia się kręgów za pomocą nowopowstałych kostnych połączeń, co spotyka się przeważnie po stronie prawej, wskutek czego kręgi tracą swój wygląd porowaty, a stają się jednolite i zbite. Chrząstki międzykręgowe są znacznie spłaszczone, a stawy kręgowo-żebrowe kostnieją. W przypadkach zapalenia kręgów zeszywniającego spotykamy zupełnie inny obraz: kręgi są niezmiennione, a zeszywnienie następuje wskutek tego, że na powierzchni przedniej kręgosłupa tworzą się płaskie blaszki kostne, które uniemożliwiają zginanie kręgosłupa, zwłaszcza że jednocześnie prawie dochodzi do połączeń kostnych pomiędzy łukami kręgów. Objawy ze strony rdzenia łatwo objaśnić zmniejszeniem się światła kanału kręgowego. Z czasem objawy te słabną, o czym przekonano się niejednokrotnie, oczywiście więc rdzeń przystosowuje się stopniowo do nowych warunków. FRAENKEL nie zgadza się ze zdaniem SIMMONDS'a, który twierdzi, że sprawa chorobowa bierze początek w więzadłach kręgosłupa, zaznaczając po raz drugi, że punkt wyjścia stanowią stawy międzykręgowe, dlatego też proponuje nazwę *Arthritis ankylopoëtica*.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego d-rzy G. HOLZKNECHT i G. SCHWARZ poruszyli sprawę, która przedostała się i do prasy codziennej, wywołując obszernie rozprawy. Chodzi mianowicie o działanie promieni radu (*radium*) na siatkówkę. Na podstawie doświadczeń własnych mówcy poddają surowej krytyce badania i doniesienia d-ra E. S. LONDON'a z Berlina nad promieniami radu, ponieważ poszukiwania własne doprowadziły ich do wniosków wręcz przeciwnych. Najzupełniej zaprzeczają twierdzeniu LONDON'a, jakoby wrażliwość siatkówki wzrastała pod wpływem tych promieni, i przypominają dawne doświadczenia, dokonywane w Wiedniu przez HELLER'a, który w swoim czasie miał wykład o tem w towarzystwie lekarskiem. HELLER nie używał, wprawdzie, promieni radu, lecz posługiwał się światłem słonecznym lub lampy i u chorych ślepych, którzy mogli jeszcze odróżnić światło od ciemności, otrzymał te same wyniki, jakie obecnie LONDON przypisuje promieniom radu. LONDON twierdzi, że ślepi, którzy zachowali zdolność odczuwania światła i odróżniają światło od ciemności, lecz nie są w stanie

zdać sobie sprawy za pomocą oczu z tego, jaką formę posiada przedmiot, rozpoznają w ciemnym pokoju zarysy przedmiotu, leżącego lub odbitego na ekranie, oświetlonym za pomocą promieni radu. Odkrycie to sięga czasów HELLER'a i nie posiada nic wspólnego z radem. Prelegenci przypominają dalej, że już w roku 1899 GIESEL pisał o zastosowaniu dla ślepych t. zw. promieni BECQUEREL'a, które jakoby wywoływały wrażliwość na światło u wszystkich ludzi. W danym razie nawet mowy być nie może o bezpośrednim podrażnieniu siatkówki przez promienie radu, ponieważ prawo o umiejscowieniu zjawiska przemawia przeciw wywodom LONDON'a. Zarówno bezpośrednio podrażnienie przez promienie radu, jak i percepcya (jeżeli wogóle można ją przypuścić) samoistnej fosforescencji siatkówki są tu zupełnie wyłączone. Jeżeli LONDON sądzi, że za pomocą pudełka z ciałem promieniującym, przytwierdzonego do potylicy, można będzie podrażnić ośrodek wzrokowy, to pogląd taki nazwać należy wytworem fantazyi naukowej, pozbawionym wszelkiej podstawy.

Tylokrotnie omawianą sprawę chromania przestankowego poruszył d-r Gross na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo - lekarskiego w Jenie. Wykład swój mówca oparł na czterech przypadkach tego cierpienia, spostrzeganych w klinice miejscowej, jednocześnie zaś okazał ciekawy preparat tętnicy udowej, pochodzącej od chorego, któremu odjęto nogę z powodu zgorzeli samoistnej. Zgorzel wywołało zwięzienie ograniczone światła tętnicy, które ledwo przepuszczało cienki zgłębnik. Chromanie przestankowe istniało u tego chorego około 1½ roku. U drugiego chorego zbiór objawów chorobowych był spowodowany przez tętniak tętnicy podkolanowej; następny chory był dotknięty wadą serca, przypuszczalnie zapaleniem osierdzia, ponieważ znaleziono zakrzep w *art. iliaca*. Nakoniec ostatni chory cierpiał na stwardnienie naczyń. Ten właśnie chory jest bardzo ciekawy z tego względu, że tętno w tętnicy grzbietowej stopy i w podkolanowej znika podczas silnego naprężenia mięśni. Chory ten cierpi na silne bóle w całej nodze. Co się tyczy istoty cierpienia, to prelegent sądzi, że jego spostrzeżenia najzupełniej potwierdzają pogląd, wyrażony już dawniej przez GOLDFLAMA i ERB'a, według których przyczyna chromania przestankowego, zwła-

szcza zaś chwilowego jakoby porażenia kończy-ny, stanowi wyraz podrażnienia nerwów, zwężających naczynia (*vaso-constrictores*). Dzieje się to mianowicie w ten sposób, że silne napięcie lub zmęczenie mięśni upośledza dopływ krwi, względnie tlenu, stan ten działa jako bodziec na układ nerwowy naczyń, zwłaszcza na nerwy, zwężające naczynia. W ostatnim czasie mówca miał sposobność spostrzegać chorego, który prócz chromania przestankowego cierpiał na niedawno opisaną przez ORTNER'a t. zw. *dysphagia intermittens intestinalis angiosclerotica*. Ta sprawa chorobowa polega na silnych wzdęciach jelit na szczycie trawienia i posiada przebieg i obraz bardzo charakterystyczny.

W towarzystwie lekarskim londyńskim toczyła się dyskusja nad patologią i leczeniem przerostu gruczołu krokowego. Temat do dyskusji dał odczyt d-ra BRUCE-CLARKE'a, który spostrzegł, że w wielu przypadkach, w których gruczoł krokowy jeszcze nie uległ nawet powiększeniu, otwór wewnętrzny kanału moczowego był przemieszczony. Dla tego też prelegent jest zdania, że należałoby właściwie mówić nie o powiększeniu gruczołu, lecz o niemożliwości oddania moczu, zależnej od zmian w gruczole. Objawy, zależne od przemieszczenia gruczołu krokowego, mogą zależeć od rozmaitych zmian patologicznych w gruczole, z pośród których najważniejsze są następujące: gruczolaki, stwardnienie tkanki gruczolowej połączone ze zwyrodnieniem włóknistym, nakoniec żylaki w części gruczolowej kanału moczowego i na trójkącie LIEUTAUD'a. Każda z tych trzech zmian wymaga odpowiedniego leczenia, a więc: gruczolaki należy wyfuszczać; w przypadkach zwyrodnienia włóknistego, kiedy tkanki dają się z trudnością usuwać, najzupełniej wystarcza wycięcie połowy gruczołu, przynajmniej mówca, postępując w ten sposób,

otrzymał wyniki bardzo zadawalające. W tych razach, kiedy niedrożność kanału moczowego zależy od rozszerzenia się naczyń, względnie, kiedy otwór ulega zatkaniu przez wypadniętą błonę śluzową pęcherza, rozpułchnioną przez przebiegające w niej naczynie, dobre usługi oddaje przyżeganie, wykonywane w ten sposób, jakiego używa się w razie wypadania błony śluzowej odbytnicy. Naturalnie, ścisła indywidualizacja przypadków odnośnych jest niezbędna, gdyż tylko pod tym warunkiem można oczekiwać wyników pomyślnych. CLARKE operował 33-ch chorych i miał trzy zejścia śmiertelne. D-r HARRISSON wyraża zdziwienie, że mówca nie wspomniał o raku gruczołu krokowego. Jest to cierpienie, nie należące do rzadkości. H. operował w ostatnich latach dwa takie przypadki, lecz w obudwu nastąpił nawrót. EDWARDS radzi w przypadkach rozszerzenia naczyń (żyłaków) obustronne wycięcie żyłaków, wogóle zaś utrzymuje, że wyluszczenie zupełne gruczołu daje najlepsze wyniki, jeżeli tylko dokonane być może. Na to WALLACE przypomina, że gruczoł krokowy nie posiada torebki na podobieństwo np. nerki, lecz jego otoczka łącznotkankowa jest zrośnięta bezpośrednio z tkanką gruczołu, a tak zwane wyluszczenie zupełne polega najczęściej na tem, że z rozciągniętej i napiętej tkanki gruczołu usuwa się mniejszy lub większy gruczolak. CLARKE zgadza się z ostatnim mówcą i dodaje, że częstokroć duży gruczolak przekracza granicę gruczołu i wciska się pod ścianę pęcherza. W tych razach rozrost guza powoduje zanik tkanki gruczolowej.

K. Z.

Ze zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Kassel

(20 — 26. IX. 1903).

B. KROENIG (Jena): O stosunku czynnościowych cierpień układu nerwowego do kobiecych narządów rodnych pod względem przyczynowym, rozpoznawczym i leczniczym.

Cierpienia narządów rodnych, zwłaszcza zaś te, którym towarzyszy znaczna utrata krwi i długotrwałe zapalenia tkanek, otaczających macicę, mogą bezpośrednio wywoływać stan wyczerpania układu nerwowego, a więc neurastenię. Nawet czynności fizyologiczne narządów rodnych, jak częste ciążę i porody, mogą stwarzać warunki, usposabiające do powstawania neurastenii. Co się zaś tyczy histeryi, to ponieważ pojęcie tego cierpienia nie jest jeszcze ustalone, przeto trudno jeszcze rozstrzygać o wpływie fizyologicznych i patologicznych czynności narządów rodnych na powstawanie tego cierpienia. Zwolennicy psychicznego pochodzenia histeryi nie upatrzą zapewne ścisłego związku pomiędzy histeryą a cierpieniami narządów rodnych. Przyjmując jednak z BINSWANGER'em za podstawę histerycznych zjawisk chorobowych pewne patologiczne stany podrażnienia kory mózgowej, zrozumiemy łatwiej związek przyczynowy pomiędzy temi cierpieniami; być może, związek ten jest tak ścisły, jak twierdzi BINSWANGER, że zmiany zapalne lub zwyrodniające w narządach rodnych, obfitujących, jak wiadomo, w mnóstwo włókien mózgodzeniowych i sympatycznych, wskutek sumowania podrażnień patologicznych wywołują daleko sięgające zmiany w stanie pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego. Nawet zapalając się ciałniej na histeryę, jako na psychozę, musimy na mocy obserwacji klinicznych przyznać, że cierpienia narządów rodnych pozwalają uwidocznić się histeryi utajonej i że przebiegowi histeryi nadają one specyjalne zabarwienie. W podobny sposób działa przebieg czynności fizyologicznych w narządach rodnych, jak np. początek dojrzałości płciowej, miesiączkowanie, poród,

klimakteryum. Za bezpodstawne należy uznać twierdzenie, że brak stosunków płciowych u kobiety wpływa niekorzystnie na układ nerwowy i jest źródłem histerycznych i neurastenicznych dolegliwości. Spotykany niekiedy korzystny wpływ małżeństwa na istniejącą u kobiety nerwowość należy pojmować inaczej, uwzględniając więcej czynniki psychiczne. Nadużycia płciowe, samogwałt, stosowanie środków, zapobiegających zajściu w ciążę, powodują daleko rzadziej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, stany neurasteniczne i histeryczne.

Tyle co do etiologii. Co się zaś tyczy rozpoznania, to należy mieć na uwadze fakt następujący: Ponieważ osoba, dotknięta neurastenią lub histeryą, niekiedy zjawiska chorobowe, odznaczające się szczególnem natężeniem i trwaniem, umiejscawia w okolicy narządów rodnych, przeto w poszczególnych przypadkach mogą powstawać poważne trudności w rozpoznaniu, czy istniejący objaw chorobowy należy uważać za część składową czynnościowego cierpienia układu nerwowego, czy też istotnie jest on uwarunkowany przez jakieś zaburzenie miejscowe. Ból histeryczny lub neurasteniczny nie posiada przecież żadnych szczególnych właściwości. Ani przeciąg trwania, ani rodzaj, ani zmienność uczucia bólowego nie upoważnia nas jeszcze do rozpoznawania „bólu histerycznego“. Wobec znacznego rozprzestrzenienia histeryi i neurastenii, z drugiej znów strony wobec udoskonalonych metod badania ginekologicznego, odkrywającego najmniejsze anomalie w narządach rodnych, nie powinno nas dziwić, że upatrują związek przyczynowy tam, gdzie istnieje jedynie przypadkowy zbieg faktów. Wskutek takiego błędnego pojmowania rzeczy niektórym anomalom w narządach rodnych stanowczo bywa nadawana zbyt wysoka waga. Dotyczy to zwłaszcza takich cierpień, jak stare rozdarcia szyi ma-

cieznej, nieprawidłowe położenia macicy, zwłaszcza *retroflexio uteri mobilis, endometritis, parametritis posterior* i t. p., które błędnie nieraz winimy w powstawaniu różnych objawów nerwowych, nawet występujących zdala od narządów rodnych, niekiedy i za samą histeryę chcemy je uczynić odpowiedzialnymi.

Obserwacje kliniczne pouczają, że niektóre objawy nerwowe, uzależniane dawniej od pewnych zmian w narządach rodnych, stanowczo należy uważać za przejaw histeryi i neurastenii. Pewnej dyskusji podlegać mogą takie cierpienia, jak *dysmenorrhoea*, wymioty u ciężarnych (*hyperemesis gravidarum*), zaburzenia naczynioruchowe i odżywece, występujące w okresie klimakteryicznym. *Dysmenorrhoea* niekiedy powstaje wprawdzie wskutek zmian patologicznych w narządach rodnych, jak np. przy zwężeniu ujścia macicznego, przy *metritis et endometritis membranacea* i t. p. W największej jednak liczbie przypadków dysmenorrhęę spotykamy u osobników anemicznych i neuropatycznych, u których zmian w narządach rodnych doszukać się trudno. Uważając dysmenorrhęę za objaw w większości przypadków histeryczny, musimy jednak uświadomić sobie sposób powstawania bólów, które chore opisują jako kurczowe lub parte. Jedni uważają te bóle za ideogenne, powstałe na drodze czysto psychicznej, inni znów twierdzą, że występujące przy każdym miesiączkowaniu kurcze maciczne, które powodują w normalnym układzie nerwowym podrażnienia, nie dochodzące do progu świadomości, przy zwiększonej pobudliwości układu nerwowego w histeryi odczuwane są jako czucia bolesne. Jeszcze inni (THEILHABER) twierdzą, że w histeryi podczas miesiączkowania występują tężcowe skurcze mięśni kolistych (Ringmuskulatur) w okolicy wewnętrznego ujścia macicy, co wywołuje przejściowy zastój krwi w jamie macicznej i wskutek tego zwiększone bolesne skurcze mięśni macicznych.

Godny uwagi jest fakt, że często po pierwszym porodzie dysmenorrhoea znika, choć histerya trwa dalej, co przemawia przeciwko czysto psychicznej naturze cierpienia. Wymioty u ciężarnych uważamy wprawdzie za objaw czysto histeryczny, jednak nie posiadamy należytego objaśnienia, dlaczego właśnie ciąża wywołuje ten ciężki objaw histeryi. Objawy nerwowe, wy-

stępujące w klimakteryum (zaburzenia naczynioruchowe, odżywece, kongestye, otłuszczenie, bóle, nastroje hipochondryczne, „fobie“ i t. p.), dotyczą przeważnie osobników z usposobieniem neuropatycznym i rzadko dają się obserwować u kobiet pod względem nerwowym przedtem zupełnie normalnych.

Pod względem terapeutycznym należy mieć na uwadze punkty następujące: Histerya i neurastenia bynajmniej nie wyłączają miejscowego leczenia istniejących spólcześnie zaburzeń w narządach rodnych. Przeciwnie, niekiedy nawet powinny zmuszać nas do przyspieszenia zabiegu leczniczego. Tak np. mięsak krwawiący, z którym w przypadku normalnego układu nerwowego moglibyśmy jeszcze zwlekać, u histeryczki wymaga szybszego usunięcia, gdyż krwawienie podziałałoby u niej bardziej wyczerpująco na układ nerwowy. Wogóle jednak w histeryi i neurastenii miejscowe zabiegi lecznicze należy stanowczo ograniczyć. W przypadkach pewnych cierpień narządów rodnych, w których mamy do wyboru operacyę lub bezkrwawe długotrwałe leczenie, powinniśmy wybrać pierwsze. Pogląd, jakoby operacya na częściach rodnych prędzej, niż operacya w innych okolicach, wywołać mogła uraz psychiczny, służący za punkt wyjścia histeryi lub neurastenii, należy stanowczo odrzucić. Fakt, że dawniej znaczenie kliniczne różnych nieprawidłowości w narządach rodnych stanowczo przeceniano, powinien nas zmuszać do ścisłego określenia w każdym pojedynczym przypadku stopnia zależności wzajemnej objawów nerwowych i zmian miejscowych. Należyte uświadomienie sobie faktu, że skargi neurasteniczne i histeryczne często umiejscawiane bywają w okolicy narządów rodnych, ograniczy z pewnością liczbę operacyi, przedsiębranych w celu usunięcia nieprawidłowości w tych narządach. Zachodzi wprawdzie niekiedy potrzeba rozcięcia ujścia macicznego przy miesiączkowaniu bolesnem, wywołania przedwczesnego porodu lub poronienia w ciężkich postaciach wymiotów u kobiet ciężarnych, jednak pamiętać zawsze należy w tych razach o leczeniu ogólnem, skierowanem ku wzmocnieniu układu nerwowego.

(Neurologische Centralblatt N. 20. 1903).

St. Kocyński.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 października do 14 listopada r. b.

W miesiącu sprawozdawczym napływ chorych wzmógł się jeszcze więcej, gdyż prócz złośliwej płonicy zaczęły się wysuwać na pierwszy plan tyfus brzuszny (chorych 29), nie mówiąc już o różycy, która również doszła do 36 przypadków. Wskutek przepelnienia szpitala ciągle korzystano z łóżek rezerwowych, dostawianych bądź na środku sali, bądź między łózkami etatowymi, lecz pomimo to trzem chorym trzeba było odmówić.

Z poprzedniego miesiąca pozostało chorych 117 (m. 52, k. 65), przybyło 143 (m. 70, k. 73), w tej liczbie 22 chorych z okolic pozamiejskich; wypisało się 114 zdrowych, 9 z poprawą, 3 chorych przeprowadzono do innych szpitalów, 18 zmarło. Pozostało na miesiąc przyszyły 114 (m. 58, k. 56).

Tyfusu brzuszego pozostało z poprzedniego miesiąca 25 przypadków, przybyło 29 (m. 16, k. 13) z różnych punktów miasta, lecz przeważnie z dzielnic biedniejszych. Natężenie choroby było mocne, 5 chorych zmarło. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Ś-to Krzyska 1, Piękna 19 (dwa przypadki), Wolska 3 i 35, Leszno 46, z Przytłuku ua Placu Broni, Okopowa 4, Muranowska 5, Al. Jerozolimska 115 (trzy przypadki), Wolska 47, Parysowska 1 i 19, Młynarska 6, Sowia 3, Leszczyńska 8, Wolność 11, Grzybowska 78, Krótka 1 oraz ze wsi Wola 3 przypadki, Marymont, Zabry, Koło, Mokotów, Czarny Dwór.

Płonicy pozostało z ubiegłego miesiąca 29 przypadków, przybyło 20; sześć przypadków zakończyło się niepomyślnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Żórawia 19, Nowowiejska 7, Chłodna 11 i 66, Belwederska 4, Ś-to Jerska 24, Krochmalna 39, Pawia 59 (dwa przypadki), Dzielna 26, Zakątna 1, (dwa przypadki), Folwarczna 21, Łazienki 33, Bolesć 5, Stalowa 1, Pańska 40, Powązki (dwa przypadki). Pozostało na miesiąc następny chorych 21.

Przy leczeniu chorych surowicy przeciwploniczej nie stosowano.

Ospy przybyło przypadków 13 (m. 7, k. 6), z których dwa zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Chłodna 37 i 39, Wronia 33 i 51, Solec 62, Burakowska 24, Krak. Przedmieście 62, Rybaki 8 i 10, Żórawia 22 oraz ze wsi Woli, Mokotowa i Szcześliwie.

Odry przybyło 14 przypadków z następujących ulic i domów: Złota 33, Żelazna 58 (dwa przypadki), Twarda 60, Wolność 11 (dwa przypadki), Ciasna 5, Nowowielka 15, Marienstadt 19, Targowa 32, Litewska 13. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie.

Błonicy gardła było przypadków 4 i również wszystkie zakończyły się pomyślnie, Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Krucza 4 i 21, Nowowiejska 1 i Kościelna 5.

Zapalenia gardła (*angina follicularis*) przybyło 8 przypadków z następujących domów i ulic: Krak. Przedmieście 30, Żórawia 34, Ś-to Jerska 30, Długa 19, z Cytadeli i ze wsi Koło.

Różycy przybyło 36 przypadków, z których jeden zakończył się śmiertelnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Nowogrodzka 39, Piękna 41, Wspólna 19 i 49, Koszykowa 5, Szopena 4, Nowolipki 38, Ogrodowa 58, Grochowska 18, Smocza 30, Podwałe 19, Bielańska 9, Miedziana 7, Złota 83 i 25, Konopačka 4, Muranowska 7, Leszno 80, Aleksandrya 13, Ś-to Jańska 13, Pawia 37, Karmelicka 15, Freta 40, Nalewki 15 i 43, Czerniakowska 116, Ś-to Jerska 28, Marszałkowska 153, Jerozolimska 107, Ostrowska 15, Tłomackie 2, Mokotowska?, oraz ze Strzemieszyc (p. Będzin), z Grabowca (pow. Gostynin), z Radzymina i ze wsi Woli.

Z innych chorób gorączkowych wymienić należy: trzy przypadki karbunkułu złośliwego, z których jeden zakończył się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących do-

mów i ulic: Łucka 21, Pawia 92 i ze wsi Rudy, gm. Czyste. Biegunki krwawej 5 przypadków, gorączki połogowej jeden przypadek.

Odsetka śmiertelności wynosi 6,92.

Badań pośmiertnych dokonano w pięciu przypadkach.

Chorzy przeżyli dni szpitalnych 3542 (m. 1699, k. 1843).

Biletów odmownych wydano 3 z powodu braku miejsca, zaś dwóch chorych odesłano do innych szpitalów.

Roman Gutowski

Lekarz miejscowy szpitala.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Metoda leczenia raka skóry CERNY-TRUNECEK polega, jak wiadomo, na tem, że pendzluje się owrzodzenie codziennie roztworem wyskokowym kwasu arsenowego w stężeniu wzrastającym (*Ac. arsen.* 1,0; *Alcoh. absol.*, *Aq. d. aa* 75,0 do *aa* 25,0), poczem zostawia się je bez opatrunku, pod wpływem powietrza. Tworzy się naówczas powłoka, z początku jasna i cienka, później coraz grubsza i ciemniejsza, mocno przylegająca, której nie wolno odrywać. Po samodzielnym odpadnięciu powłoki pendzluje się raz jeszcze. Jeśli nowa powłoka będzie żółtawa lub zielonawa, lekko oddzielającą się, to można przypuścić, iż wszelkie tkanki chore zostały zniszczone; jeśli zaś będzie ona zabarwiona ciemniej i mocno przylega, to pozostała jeszcze tkanka rakowa, i trzeba cały rękoczyn powtórzyć na nowo. БЕCK wypróbował metodę w 5 przypadkach nabłoniaka twarzy. W jednym musiano przerwać leczenie z powodu innego cierpienia, połączonego z gorączką; w drugim — z powodu że po 23 pendzlowaniu nastąpił nagły rozpad nowotworu. W 3 przypadkach owrzodzenia pokryły się wprawdzie powłoką, lecz, po odpadnięciu jej, nastąpiły nawroty po kilku miesiącach. Autor przekonał się, że metodą powyższą można osiągnąć zadawalające wyniki jedynie w rakach powierzchownych, lecz nie chroni ona od nawro-

tów bardziej, niż nóż, ostra łyżka lub żegadło. (Mon. f. prakt. Derm. T. 36).

= Zdaniem PITRES'a, wiądrzenia nie powstrzymuje zdolności do zapłodnienia, lecz powoduje często rodzenie się dzieci martwych lub umierających wkrótce po urodzeniu. Z 209 chorych (148 mężczyzn, 61 kobiet) 42 pozostało bezpłodnymi; pozostali 167 dali życie 483 dzieciom, z których 197 (41%) urodziło się nieżywymi lub zmarło wkrótce. Wiądrsam przez się nie bywa przyczyną ogromnej śmiertelności, gdyż z dzieci tabetyków, urodzonych przed wybuchem wiądu, umiera 44% przedwcześnie, zaś z dzieci, urodzonych później, tylko 28%. Przyczyną tej wcześniejszej śmiertelności jest przymiot u $\frac{3}{4}$ tabetyków. Dzieci, pozostałe przy życiu, rozwijają się prawidłowo i nie są usposobione ani do wiądu, ani do innego cierpienia układu nerwowego. (Progr. méd. 20 — 1903).

= W Instytucie dla chorób zakaźnych w Berlinie BRUCK wykonał szereg badań nad szerzeniem się duru przez masło, z których okazało się, że masło może z łatwością być przenośnikiem duru. Żywotność laseczników stwierdzono aż do 27 dnia. (D. M. Woch. 26. 1903).

P.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST 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^o/₁₀).

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 dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterji, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzetworzonej) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i 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 sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy dzierżeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymanywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofji 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 dyetetyczny 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 najwycyńsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (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 własnym doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycy: **Apteka na Bolszoi Ochcie 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.

Sprzedaz we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncyi) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

ADRENALINA

(Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działająca czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; 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 preparatu **adrenalinowy**, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

ACETOZON (C⁶H⁵CO. O. O. COCH³. Benzoyl acetyl-hydroxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytnicy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci. Jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnieślanych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy trzypierze, chorobach oczu cholery, dysenterji i rozwolnieniach u dzieci w sprawach ropnych porodo-nych i t. d.

CHLORETON

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

TAKA-DIASTATA

Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EWAKUANT

Lek toniczny przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu 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 tablet.

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

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

BIURO:
St.-Petersb., Zamiatin. Zauf. 4.
Adres dla telegr. —
CASCARA — ST.-PETERSBURG.

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

PARKE, DAVIS & CO.