

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 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 operacyjnem leczeniu chłoniaków żółzowych na szyi Podał Prof. R. Trzebicki. (Dokończenie). — Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa. Napisał A. Wizel. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. W sprawie klinicznego znaczenia produktów rozkładowych, występujących w moczku. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 72. Trawienie żołądkowe i kiszkowe oraz przyswajanie substancji białkowych. 73. O znaczeniu rozpoznawczem objawu Kerniga. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 24 czerwea r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Trzebicki — Sur le traitement opératoire des lymphomes scrophuleux du cou 2) D-r A. Wizel — Une imbécille comme calculatrice extraordinaire.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r R. Trzebicki — Ueber die operative Behandlung der skrophulösen Halslymphome. 2) D-r A. Wizel — Ein ausserordentliches Rechenalent in einem Falle von Imbecillität.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O OPERACYJNEM LECZENIU CHŁONIAKÓW ŻOŁZOWYCH NA SZYI.

Podał

Prof. D-r Rudolf Trzebicki.

(Wykład wygłoszony na Zjeździe chirurgów polskich).

(Dokończenie—Zob. Nr. 39).

Pokrótko chciałbym tu jeszcze wspomnieć o technice operacyjnej, przemnie przestrzeganej, i niektórych przykrych powikłaniach pooperacyjnych. Z pomiędzy operacji, opisanych już powyżej, dwie głównie wchodzi tu w rachubę: wyluszczenie gruczołów całkowite i ich wyskrobanie. Punkcye z następczem wstrzyknięciem zawiesiny jodoformowej ograniczam jedynie tylko do tych nielicznych przypadków, w których gruczoł w całości zamienił się w ropień z niezbyt jeszcze ścięcałą skórą, te przypadki leczymy według powszechnie znanych zasad leczenia ropni zimnych.

Rozumie się samo przez się, że wszelkie przetoki, pozostałe np. po samostatnem wyropieniu gruczołów leczymy według ogólnych zasad chirurgii.

Z pomiędzy wspomnianych 2 sposobów operowania chłoniaków gruczliczych pierwszeństwo bezsprzecznie należy się wyluszczeniu całkowitemu gruczołów, jako operacji, dającej jedynie gwarancję całkowitego usunięcia mas schorzałych i czyniącej zadość zarówno wymaganiom nowoczesnej techniki chirurgicznej, jak i względom ekonomiczno-higienicznym, gdyż umożliwiającą rychłozrost rany, a tem samem, skracającą znacznie potrzebny czas pielęgnacji lekarskiej.

To też wyskrobanie staramy się ograniczyć do powierzchownych, zupełnie zropiałych chłoniaków, zamienionych w gruczlicze owrzodzenia skóry. Choć i tu nie należy spuszczać z oka tej okoliczności, że częstokroć powierzchowne te owrzodzenia drogą cienkiej przetoki komunikują z głębszymi gruczołami, leżącymi już pod powięzią, jak na to między innymi zwrócił uwagę i DROBNIK; w tych przypadkach samo wyskrobanie powierzchownego owrzodzenia nie wystarcza, należy wyluszczyć i głębsze schorzałe gruczoły. Oprócz tego niekiedy ograniczamy się do samego wyskrobania także tam, gdzie wskutek rozległych zrostów z tkankami otaczającymi dokładne wyluszczenie wszystkich gruczołów wogóle byłoby niemożliwe albo dałoby się osiągnąć tylko drogą zbyt ciężkiej, karkołomnej operacji.

Jak już wspomniałem, winna operacja wyluszczenia gruczołów skrofulicznych dotyczyć wszystkich dostępnych wogóle a zmienionych gruczołów. Rozumie się samo przez się, że radykalne to postępowanie stanowi w znacznej liczbie przypadków zabieg dla pacyenta dość poważny, wymagający i ze strony operatora pewnej rutyny w technice. Uwzględniając przytem i tę okoliczność, że operacji tej podlegają indywidua osłabione, nie zbyt dobrze narokozę chloroformową znoszące, jestem przeciwnikiem zbyt długiego trwania operacji. Wprawdzie znane są przypadki, gdzie operacja przeciągała się znacznie bez szkody dla chorego, np. w przypadku TROJANOW'a, o którym wspomina FINKELSTEIN, gdzie operacja trwała 5 godzin. Z ogólnego punktu widzenia podobnie długie trwanie operacji jest zbyt dla chorego niebezpieczne. Dla tego pewniej jest w przypadkach, w których przeważnie wskutek rozległości zmian, np. w usadowieniu po obydwu stronach szyi, przewidzieć się da dłuższe trwanie operacji, podzielić ją na kilka części i wykonać poszczególne akty operacji w odstępach, wymaganych do zagojenia się każdej z ran operacyjnych. Postępowania tego, za którym przemawiają także względy czysto techniczne, a głównie obawa zakażenia świeżej rany wśród operowania po stronie przeciwnej, dotąd nigdy nie żałowałem, choć z natury rzeczy przyznać trzeba, że czas leczenia wskutek tego się znacznie nieraz przedłuża. Cięcie skórne z góry prowadzić wypada w takich rozmiarach, by dostęp do gruczołów był możliwie łatwy, a cała operacja odbywała się pod ciągłą kontrolą wzroku. W ten sposób najpewniej uniknąć można wszelkich niemiłych powikłań.

Kierunek cięcia zależy winien głównie prawie od względów technicznych, ewentualnie stosunków anatomicznych, względy inne, a zwłaszcza kosmetyczne, na tyle tylko zasługują na uwagę, o ile nie stają w sprzeczności z postulatem torowania wygodnego dostępu do pola operacyjnego. Z tych też powodów podawanie jakichkolwiek cięć typowych dla wyluszczenia gruczołów na szyi jest zupełnie nieuzasadnione, choć przyznać trzeba, że niektóre z nich, jak np. cięcie KUTTNER'a, polegające na utworzeniu płatu skórno-mięsnego z mięśnia mostko-sutko-obojczykowego, w niektórych przypadkach są nader wygodne.

Również i dalsze postępowanie wśród wyluszczenia gruczołów nie różni się w niczym od zwyczajnej techniki operacyjnej, i dla tego tylko nad dwoma szczegółami chciałbym się zastanowić. O pierwszym, t. j. o zachowaniu się wobec żyły szyjowej (*v. jugularis int.*), wspominam tu jedynie dla tego, że prawie wszystkie monografie, dotyczące wyluszczenia gruczołów na szyi, temu aktowi operacyjnemu uwagę poświęcają. Żyła ta leży w polu operacyjnym przy każdej prawie operacji głębszych gruczołów na szyi, które w znacznej liczbie przypadków z nią są zrośnięte.

Należyte odstonięcie żyły we wczesnym okresie operacji o tyle jest korzystne, że w razie przypadkowego jej skaleczenia ułatwia natychmiastowe zatamowanie krwotoku i chroni przed dalszemi przykremi następstwami, np. zatorym powietrznym. Niektórzy chirurdzy starają się ułatwić sobie jeszcze sytuację w daleko wyższym stopniu przez założenie na żyłę pętli w jej dolnym odcinku, jak np. radzi FEUGER, lub podwiązanie żyły odrazu na początku operacji (MAUCLAIRE). Postępowanie to zdaniem mojem jest zbytne, a wśród pewnych okoliczności może się nawet stać niebezpiecznym, jak tego dowodzi moje własne doświadczenie, zdobyte na przypadku faryngotomii, dokonanej u małego chłopca z powodu mięsaka migdałka. Przy wyluszczeniu nowotworowo zmienionych gruczołów na szyi dostałem się aż do żyły szyjowej wspólnej.

Chcąc się zabezpieczyć przed ewentualnym zbytym upływem krwi u małokrwestego pacjenta, złożyłem na żyłę szyjową, poniżej gruczołów, pętlę, zupełnie luźno, w zamiarze silnego zaciągnięcia jej w razie skaleczenia żyły. Gdy do tego wśród operacji nie przyszło, byłem pod koniec operacji niezdecydowany, czy podwiązać żyłę w miejscu zapętlenia na stałe, czy też zdjąć pętlę. Zdecydowałem się za namową asystentów na to drugie i źle zrobiłem. 10 dnia po operacji nastąpił gwałtowny krwotok z rany, a zanim lekarz dyżurny zdołał dobiec do pacjenta, tenże już nie żył. Sekcja wykazała przeżarcie ściany żyły w tem miejscu, w którym wśród operacji leżała pętla jedwabna zupełnie nie zawiązana.

Wobec tego sądzę, że i tu podawanie jakichś niezwykłych przepisów jest zupełnie zbytne. Jeżeli z góry przewidzieć można, że oddzielenie gruczołów od żyły będzie niemożliwe, nie ma żadnego powodu, dla czego nie należałoby żyły pomiędzy dwiema podwiazkami rezekować. Operacja ta nie powoduje nigdy jakichkolwiek przykrych następstw. W razie przypadkowego skaleczenia żyły można próbować podwiązki bocznej lub szwu ściany żyły lub wreszcie podwiązać żyłę w całości.

Ważniejszy jest szczegół, na który zwrócili uwagę BAYER i RIEDEL, że przy wyluszczeniu gruczołów należy się, ile możności, ograniczyć do samych gruczołów, a oszczędzać tkanki otaczające, zwłaszcza tłuszcz.

Badania BAYER'a wykazały, że osłonka tłuszczowa stanowi integralną część układu limfatycznego, w którym po wyluszczeniu gruczołów przychodzi do chwilowego zastojów limfy, działającej wskutek tego drażniąco. W następstwie tego drażnienia rozwija się młoda tkanka łączna, która wśród korzystnych okoliczności przemienia się w nowe gruczoły chłonne.

W razie zupełnego wyluszczenia tłuszczu okalającego wraz z wszystkimi gruczołami lub, co na jedno wychodzi, jego zropienia, regeneracja nie następuje, i przychodzi do wytworzenia obrzęku, a czasami nawet i następnej stonowacizny. Niebezpieczeństwo to wprawdzie przy operacji na szyi nie jest zbyt wielkie z powodu licznych dróg kollateralnych, częściej przy-

kre to powikłanie wydarza się po wyłuszczeniu gruczołów pachwinowych. Z własnego doświadczenia znam jednak jeden przypadek, w którym po rozległym kilkakrotnym wyłuszczeniu gruczołów karkowych i podszczękowych, wśród którego jednak żyły szyjowej wspólnej nie podwiązywano, ani nawet nie odsłaniano, przyszło do obrzęku twarzy po stronie operacyi, utrzymującego się, choć obecnie już w nieco mniejszem nasileniu, przez dwa lata. O podobnym przypadku wspomina zresztą i MANSON, o przemijającym zaś obrzęku twarzy także i FINKELSTEIN.

Operację prawie zawsze wykonać wypada w uśpieniu, bądź to chloroformowem, bądź też eterowem. Znieczulenie miejscowe sposobem SCHLEICH'a nadaje się do tej operacyi tylko wyjątkowo, w razie istnienia tylko jednego odosobnionego większego gruczołu. Konieczność narkozy ogólnej jest, bądź co bądź, może najbardziej ujemną stroną operacyjnego leczenia chłoniaków, gdyż powszechnie wiadomo, że chorzy właśnie ci źle względnie znoszą chloroform i zbyt często wśród narkozy rozmaitym podpadają przykrym powikłaniami. Po części może i wina spada tu na samą operację, a względnie na drażnienie wśród preparacyi różnych nerwów, zwłaszcza nerwu błędnego i jego rozgałęzień. Ważną przyczyną, sprowadzającą małą odporność organizmu na chloroform, bywa też czasami poprzednie leczenie wewnętrzne, zwłaszcza stosowanie arszeniku, sprowadzające stłuszczenie narządów wewnętrznych, a zwłaszcza serca. Bądź co bądź, wypada się zawsze z tem niebezpieczeństwem liczyć, jak tego dowodzi choćby nasza statystyka, wykazująca 2 przypadki śmierci z chloroformu: jeden z czasów prof. OBALIŃSKIEGO, drugi z ostatniego pięciolecia, który zresztą na blisko 10 000 operacyi, w tym czasie wykonanych, był jedynym przypadkiem śmierci chloroformowej. Pomijając niebezpieczeństwo narkozy, śmiertelność przy wyłuszczeniu skrofulicznych gruczołów wogóle bywa mała, w niektórych statystykach wynosi 0, w innych, np. u FINKELSTEIN'a, 0.49%. Statystyki dawniejsze okazują odsetkę śmiertelności nieco wyższą wskutek rozmaitych powikłań przyrannych, np. ropnego zapalenia śródpiersia, ropnicy ogólnej i t. p. Jako przyczynę śmierci, spowodowaną samem wyłuszczeniem gruczołów serowatych na szyi, podają rozmaite statystyki wstrząs operacyjny, osłabienie czynności serca wskutek przecięcia nerwu błędnego, ostry obrzęk głośni, krwotok następczy z *carotis*, udar mózgowy (BOECKEL) i t. p.

Oprócz wspomnianych już powikłań do rzędu czasami bardzo groźnych, a co najmniej zawsze nieprzyjemnych ewentualności należy dostanie się powietrza do żył, zwłaszcza żyły szyjowej wewnętrznej. Skaleczenie nerwów również zamąca w znacznym stopniu wynik operacyjny. Przecięcie nerwu błędnego należy tu na szczęście do największych rzadkości i da się, przy miernej nawet wprawie i jakiej takiej uwadze, prawie zawsze wśród tej operacyi uniknąć. Inaczej rzecz się ma z nerwem wstecznym WILLIS'a, który czasami, mimo wszelkiej baczości, pada ofiarą, powodując czasami nawet trwale porażenie mięśnia kapturowego. Najczęściej ulega przecięciu nerw twarzowy, a zwłaszcza jego gałąź dolna, co prowadzi czasami do bardzo szpecącego, trwałego spaczenia szpary ust. W bardzo dowcipny sposób stara się WOLFF usunąć to oszpecenie przez przecięcie (w razie potrzeby podskórne) gałązki nerwu twarzowego, zwanej *nervus marginalis*, po stronie przeciwnej, wskutek czego przychodzi do porażenia tych właśnie mięśni, które, zwłaszcza podczas mówienia, wskutek braku antagonistów, przeciągają szparę ust w stronę zdrową. Z innych powikłań pooperacyjnych wspomnieć wypada

o uporczywych nerwobólach, czasami po operacyi występujących, i o obrzęku migdałków, na szczęście prawie zawsze przemijającym, a zawdzięczającym swe powstanie również prawdopodobnie zastojowi limfy. O obrzękach stałych i słoniowaciznie w następstwie wyluszczenia gruczołów była już mowa wyżej. Do rzadkich nader powikłań należy utworzenie się przetoki limfatycznej, wydzielającej przez pewien czas limfę.

Wspomnieć tu wreszcie wypada o niebezpieczeństwie uogólnienia się procesu gruźliczego wskutek, a raczej w bezpośredniem następstwie operacyi, podobnie, jak się zdarza niekiedy, np. po forsownej zmianie ustawienia kończyny, znajdującej się wskutek najczęściej już przebytego procesu gruźliczego w fałszywem położeniu. Obawę tę podniósł na tle teoretycznego rozumowania FRAENKEL, — doświadczenie kliniczne daje jej tylko nieliczne podstawy. W końcu zwrócić należy uwagę jeszcze i na tę okoliczność, że dość często zauważyłem po wyluszczeniu gruczołów na szyi, nawet w razie idealnego rychłozrostu, powstanie po dłuższym lub krótszym czasie w bliźnie keloidu.

LITERATURA.

BAYER Karol. Ueber Regeneration und Neubildung der Lymphdrüsen. Prag. Zeitschrift für Heilkunde. 1886. — BAYER Karol. Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen. Arch. für Klin. Chir. T. 49. — BERGMANN E. Die Lymphdrüsentuberkulose. Handbuch der Kinderkrankheiten Gerhardt'a. — BLOS Edwin. Ueber tuberkulöse Lymphome und ihr Verhältnis zur Lungentuberkulose. Jena 1899. — BRUDZIŃSKI. O stosunku wzajemnym zolżów i gruźlicy u dzieci. Medycyna. 1901. — BRUHN. Beitrag zur Statistik tuberkulöser Lymphome. Kiel. 1887. — BECK Karol. Zur Behandlung tuberkulöser Halsdrüsen. New Yorker Medicinische Monatsschrift. 1901. — CALOT. La guérison des adénites cervicales sans cicatrice. Sprawozdanie ze zjazdu chirurgów francuskich. Revue de chir. 1898. N. 12. — CORDUA. Zur konservativen Behandlung der tuberkulöseitigen Lymphdrüsenentzündung. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten. T. 4. 1896. — DIETRICH. Ueber die Beziehungen der malignen Lymphome zur Tuberkulose. Beitr. zur Klin. Chir. T. 16. — J. DOLLINGER. Die subkutane Extirpation der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses. Centralblatt für Chir. 1894. N. 36. — DOLLINGER J. Ueber subkutane Extirpation der Halslymphdrüsen. Deutsch. Zeitsch. für Chir. T. 44. — FINKELSTEIN B. K. Beiträge zur Frage der Tuberculose der Lymphdrüsen. Arch. f. Klin. Chir. T. 65. — FRAENKEL A. Zur Histologie, Aetiologie und Therapie der Lymphomata colli. Zeitschr. f. Heilkunde. T. 6. — GRUENFELD. Erfahrungen über die Extirpation tuberkulöser Halslymphdrüsen. Ztschrft. f. Heilkunde T. 8. — HAEHL. Ueber die Erfolge der Extirpation hyperplastischer und tuberkulöser. Lymphomata colli. D. Zeitschr. f. Chir. T. 35. — HAMMERSCHLAG R. Eine rationelle Behandlung scrophulöser Lymphdrüsen. Deutsche med. Wochenschrift. 1897. — JORDAN. Handbuch der praktischen Chirurgie v. Bergmann, Bruns, Mikulicz. — KRISCH. Beitrag zur Statistik der Operation der Lymphomata colli. Breslau. 1883. — LESSER. Ueber operative Behandlung verkäsender Lymphdrüsenanschwellungen. Centrbl. f. Chir. 1882. — LINDENBAUM W. F. Ueber tuberkulöse Lymphadenitiden des Halses. Centralbl. f. Chir. 1891. — MANSON. Traitement des adénopathies tub. par l'exstirpation. Paris. 1895. — MOLLNAR J. Behandlung der geschwollenen Lymphdrüsen des Halses. Centralbl. f. Chir. 1876. — MOORE F. C. Scrofulous lymphadenitis. Centralb. f. Chir. 1899. — MORGAN. Remarks on tuberculous adenitis. Hildebrand. Jahresbericht. 1899. — MOSETIG-MOORHOF. Zur Technik der Extirpation vereiterter Lymphdrüsenpackete. Wien. med. Presse. 1891. — NOORDEN W. Ueber die operative Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose. Beitr. zur Kl. Chir. T. 6. — RIEDEL. Lymphstauung nach Lymphdrüsenextirpation. Arch. f. Klin. Chir. T. 47. — SCHNELL. Ueber Lymphdrüsentuberkulose. Bonn. 1885. — Sprawozdanie ze zjazdu chirurgów

gów francuskich. Centralbl. f. Chir. 1902. N. 9. — VOLLAND. Ueber die Entstehung der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Klin. Med. T. 23. — WILLEMS Ch. Traitement des tuberculoses ganglionnaires. Centralbl. f. Chir. 1902. Nr. 21. — WOHLGEMUTH. Zur Pathologie und Therapie der scrophulösen Lymphdrüsen bei Kindern. Arch. f. Kinderheil. 1890. — WOLFF O. Schiefer Mund nach Halsdrüsenexstirpation. Centralblatt für Chir. 1902. N. 13.

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYSŁOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

PRZYPADEK

FENOMENALNYCH ZDOLNOŚCI RACHUNKOWYCH U GŁUPTASA.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 39)

Mówiliśmy wyżej, że Sabina, będąc podniecona, paple ciągle w kółko jedno i to samo o swych urojonych prześladowcach albo też plecie bez najmniejszego związku. Otóż potok tej paplaniny zazwyczaj bardzo trudno przerwać, a niekiedy zupełnie przerwać go się nie daje. Na zadawane pytania, na czynione propozycje Sabina nie zwraca najmniejszej uwagi. By wejść z nią w raport, trzeba mówić o tych samych rzeczach, o których ona mówi, ale i wtedy słucha ona słabo swego interlokutora, mówiąc z nim współcześnie lub przerywając mu i nie czekając końca jego zdania. Jedyna rzecz, zdolna napewno przyciągnąć uwagę Sabiny, jedyny środek niezawodny, przykuwający zawsze jej uwagę, to łakocie. Jeżeli chorą poczęstować łakociami, to nawet w chwilach największego podniecenia, największej paplaniny i bezładu myśli chora na chwilę uspokaja się i z zadowoleniem oddaje się spożywaniu łakoci.

O wiele łatwiej obudzić się daje jej uwaga w stanach umiarkowanego podniecenia. Są to właśnie te chwile, kiedy można dawać jej do rozwiązania zadania rachunkowe. Gdy Sabina jest apatyczna lub bardzo podniecona, o rachowaniu nie może być wówczas wcale mowy: niema ona do tego najmniejszej chęci i nie jest absolutnie zdolna do skupienia uwagi na pewnych określonych wyobrażeniach. W chwilach umiarkowanego podniecenia rachuje chętnie, choć nie zawsze, — zależy to od jej kaprysu. Zazwyczaj postępuję tak, iż naprzód zapytuję Sabinę, czy ma dziś ochotę do rachowania. Jeżeli odpowie, że tak, wówczas dopiero zaczynam badanie.

Ale i w stanie umiarkowanego podniecenia, w stanie podatnym do operacji rachunkowych uwaga jej bywa wysoce niestała. Nader często się zdarza, że, gdy się daje chorej jakie zadanie do rozwiązania, wcale nie słucha ona tego, co się do niej mówi, i tylko ciągle wypowiada swe brednie lub plecie bez związku. W takich razach trzeba kilkakrotnie przerywać jej paplani-

nę i prosić usilnie, aby uważała, popierając niekiedy prośbę łakociami. Wówczas Sabina na chwilę skupia uwagę i, bądź momentalnie, bądź po pewnym namyśle daje odpowiedź na zadane pytanie. Innym znów razem, skupiwszy na chwilę uwagę i wysłuchawszy pytania, chora, zamiast się zająć rozwiązywaniem zadania, zaczyna na nowo pleść piąte przez dziesiąte, i wówczas odpowiedzi od niej otrzymać nie można. Ale zdarza się i tak, że, nie bacząc na paplaninę, chora daje odpowiedź na zadane pytanie: plotąc bez sensu, nagle wyrzuca ze siebie odpowiedź, poczem znów oddaje się swemu bezsensowemu gadulstwu.

Niestalność uwagi uwidocznia się u chorej i w inny jeszcze sposób. Zadając jej np. jakieś zadanie, chora rozwiązała je błędnie. Mówię jej wówczas, że źle rozwiązała, i wkrótce potem zadaję jej nowe zadanie. Chora nie jest jednak w stanie od razu skierować uwagi na inne zadanie i wciąż jeszcze powraca do zadania dawnego.

W sferze uczuciowej widzimy u Sabiny także znamiona wybitnego niedorozwoju. Chora dla nikogo nie żywi przyjaźni, ani miłości. Rodziny albo wcale nie wspomina (nawet ojca, którego miała silnie kochać), albo wspomina ją z urazą, twierdząc, że ją w domu bito. W szpitalu do nikogo absolutnie nie umiała się przywiązać. Ta osoba czy inna, nie stanowi to dla niej żadnej różnicy, dla wszystkich jest jednakowa, a właściwie mówiąc, dla wszystkich jednakowo obojętna. W chwilach silnego podniecenia, gdy przeważa u chorej afekt gniewu, zjawia się u niej wrogie usposobienie względem otoczenia, ale i w tych razach nie widzimy żadnej wyłączności w okazywanym gniewie: chora oskarża raz tego, drugi raz tamtego, najczęściej zaś skargi jej są nieosobowe, bezimienne — biją ją, i tyle.

Najzyczliwiej chora jest usposobiona w stanie umiarkowanego podniecenia, zwłaszcza, jeśli ją poczęstować łakociami oraz pochlebstwami, na które jest bardzo wrażliwa. Wówczas wpada w dobry humor, śmiejąc się i figlując łąsi się, jak kotka, i całuje każdego w rękę, bez względu na to, czy to będzie lekarz, dozorczyńca, czy pierwsza lepsza posługaczka.

Skłonności erotycznych u Sabiny nie zauważyłem. Względem mężczyzn jest również obojętna, jak i względem kobiet. Sabina, o ile sądzić można, pozabawiona jest zupełnie popędu płciowego. Nie oddaje się samogwałtowi, nie mówi żadnych sprośności, nie zdradza w ruchach najmniejszej lubieżności.

Współczucia, litości i t. p. uczuć u Sabiny zupełnie nie zauważyłem. Jest ona pod tym względem jednostką nawskroś aspołeczną. To, co dotyczy drugiego, w niej najmniejszego oddźwięku nie znajduje: żyje sobą i dla siebie, nie interesując się zgoła losem współtowarzyszek. Brak instynktu społecznego wyraża się nadto u Sabiny w zupełnym braku uczucia solidarności: z towarzyszkami żadnych stosunków nie utrzymuje.

Sabina, na ogół biorąc, próżna ani zarozumiała nie jest, zarozumiała jest jednak na punkcie swych rachunkowych i rymotwórczych zdolności; ogromnie lubi, gdy się ją chwali za jej wiersze i rachunki. Pod tym względem jest bardzo wrażliwa na pochlebstwa i nie znosi żadnej krytyki. Gdy rozwiąże źle zadanie, lepiej jej tego nie mówić, irytuje się bowiem i traci ochotę do dalszego rachowania. Dla tego też unikałem zwykle przy doświadczeniach wszelkich uwag krytycznych i nawet w tych razach, gdy się chora myliła, chwaliłem ją za dobre rozwiązanie zadania. Sabina, powodowana próżnością na punkcie rachowania, niejednokrotnie sama zadaje sobie rozmaite pytania

i zaraz na nie odpowiada — obok zamięłowania do rachunków widoczna jest tu niewątpliwie chęć popisania się.

Sabina jest zupełnie wstydu pozbawiona. Wynika to poniekąd z zupełnego braku popędu płciowego. Jest ona bezwstydną tak samo, jak małe dziecko, które zgoła nie rozumie, dla czego ma się wstydzić. Gdy się ją bada, daje się rozbierać do naga, nie stawiając pod tym względem najmniejszego oporu.

Poczucia estetycznego Sabina zupełnie nie posiada. Co jest ładne, a co obrzydliwe, zdaje się zgoła nie wiedzieć. Nawet na śpiew i na muzykę jest niewrażliwa, i, gdy się gra wobec niej na fonografie, zachowuje się całkiem obojętnie: przymruża oczy, leniwie przechyla głowę i popada w stan najzupełniejszej apatii. Gdy spytać: „Sabino, czy ci się podoba ten śpiew lub ta muzyka“, odpowiada, że nie, a po chwili znów, że tak, po czym nagle mówi, że chciałaby coś zjeść i zaczyna paplać bez związku. O czystości nie ma najmniejszego pojęcia. Trzeba ją myć, trzeba jej nos ucierać; gdyby nie dbać o nią, byłaby wiecznie niechlujna. Urynę oddaje zawsze pod siebie, czy to leżąc w łóżku, czy to siedząc, czy też stojąc gdzie w kącie, a w chwilach podniecenia oddaje pod siebie i stolec.

Dodam tu jeszcze, że Sabina, jakkolwiek żartocznością nie odznacza się, jest jednak bardzo chciwa na łakocie, które formalnie pożera; jedząc je, pakuje do ust jednocześnie ciastka, owoce i cukierki.

II.

Po powyższej szczegółowej charakterystyce chorej możemy już teraz przejść do opisu jej rachunkowych zdolności.

Gdy Sabina przybyła do szpitala, dowiedziałem się od krewnych, że posiada ona nadzwyczajną zdolność mnożenia na pamięć. Zainteresowany tą wiadomością, zacząłem jej dawać rozmaite liczby do mnożenia i wkrótce przekonałem się, że istotnie mamy tu do czynienia z jakąś fenomenalną zdolnością. Ta okoliczność zachęciła mnie do prowadzenia drobiazgowych i mozolnych studyów nad zdolnościami rachunkowymi Sabiny w całej ich rozciągłości.

Zacząłem przedewszystkiem od mnożenia, jako od operacji logicznej, do której Sabina okazywała największą zdolność.

Mnożenie liczb jednoznacznych przez dwuznaczne Sabina skutecznia z nadzwyczajną łatwością: odpowiedź trafną daje ona bardzo szybko, często-kroć bez żadnego zgoła namysłu. Nie jest to, co prawda, trudna operacja logiczna, ale, bądź co bądź, dla osobnika tej inteligencji, co Sabina, i tego rodzaju rachunki zazwyczaj przedstawiają nieprzezwycięzone trudności.

O wiele jednak bardziej zdumiewiające jest to, iż Sabina mnoży na pamięć liczby dwuznaczne przez dwuznaczne. Większa lub mniejsza łatwość, z jaką Sabina wykonywa podobne działania, zależy od tego, czy owe liczby są identyczne (podnoszenie do drugiej potęgi), czy też różnorodne. Liczby identyczne mnoży ona o wiele łatwiej i szybciej.

Co się tyczy tego ostatniego działania, t. j. podnoszenia do drugiej potęgi, to Sabina zazwyczaj wykonywa je z niesłychaną szybkością. Począwszy od 11^2 do 99^2 , chora mnoży tak szybko, iż w wielu razach odpowiedź następuje bezpośrednio po zapytaniu. Czas reakcyi, t. j. czas, upływający pomiędzy mojem pytaniem a jej odpowiedzią, jest tak krótki, że możnaby go

zmierzyć jedynie za pomocą czułych przyrządów psychometrycznych (chronometr lub chronoskop). Nie badając takimi przyrządami, odnosi się wrażenie, jak gdyby pomiędzy pytaniem a odpowiedzią nie było żadnej przerwy. Ta szybkość, z jaką Sabina podnosi do drugiej potęgi liczby dwuznaczne, tyczy się głównie liczb mniejszych. Od 11^2 do 31^2 Sabina mnoży liczby z maksymalną, na jaką tylko stać człowieka, szybkością, ale przy 32^2 już się trochę namyśla. Lecz i większe liczby Sabina mnoży niekiedy z nadzwyczajną szybkością: 37, 39, 66, 78, 79 i wiele innych liczb, jak to sprawdziłem, podnosi ona momentalnie do drugiej potęgi.

Innym razem operacja trwa dłużej, przyczem czas reakcyi bywa rozmaity od 1 sek. do kilkunastu sekund. I tak:

56^2 — 1	sek.	93^2 — $7\frac{1}{2}$	sek.
99^2 — 2	"	58^2 — 8	"
85^2 — 2	"	85^2 — 8	"
78^2 — $3\frac{1}{2}$	"	44^2 — $8\frac{1}{3}$	"
68^2 — $3\frac{1}{2}$	"	88^2 — $8\frac{3}{5}$	"
55^2 — $4\frac{3}{4}$	"	69^2 — 9	"
87^2 — 6	"	97^2 — 10	"
96^2 — 7	"	77^2 — 11	"
64^2 — 7	"		

Tu jednak zauważyć musimy, że czas reakcyi przy podnoszeniu do drugiej potęgi jednych i tych samych liczb nie zawsze bywa jednakowy. Te same liczby raz podnosi ona niezmiernie szybko, innym znów razem potrzebuje na to kilku sekund. Tak np. 39 i 66, które raz podniosła momentalnie do drugiej potęgi, innym razem podnosiła o wiele wolniej, zużywwszy na 39^2 — 4 sek., a na 66^2 — $7\frac{2}{5}$ sek.

Z mniejszą szybkością Sabina mnoży liczby dwuznaczne przez dwuznaczne, o ile liczby te nie są identyczne. Ale i w tych razach czyni to ona nieraz momentalnie, a jeżeli nie momentalnie, to w każdym razie szybciej, niż człowiek normalny; częściej się jednak zdarza, że czas reakcyi zbliża się do normalnego czasu reakcyi dla tego rodzaju działań. Oto szereg mnożeń, wykonanych przez chorą, z oznaczeniem czasu reakcyi:

17×18 — momentalnie	38×19 — $6\frac{1}{2}$ sek.
16×37 — " "	39×15 — 8 " "
36×16 — 3 sek.	35×15 — $9\frac{1}{2}$ " "
18×13 — 4 " "	37×14 — 10 " "
28×14 — 4 " "	56×18 — 11 " "
75×25 — $4\frac{1}{2}$ " "	24×18 — 11 " "
48×15 — 5 " "	48×17 — $12\frac{1}{2}$ " "

i t. d.

Tu zauważyć winniśmy, że chora przy powyższych mnożeniach zarówno, jak i przy podnoszeniu do drugiej potęgi liczb dwuznacznych popełnia niekiedy pomyłki lub zgoła żadnej odpowiedzi dać nie może. O wiele częściej zdarza się to przy mnożeniu liczb nieidentycznych, aniżeli przy podnoszeniu do drugiej potęgi.

Jeszcze trudniejsze, niż powyższe działania, jest dla Sabiny mnożenie liczb trójzacznych przez jakiegokolwiek inne. Mnożyć przez jednoznaczne jeszcze jako tako potrafi, ale przez dwuznaczne już zupełnie nie umie.

Tyle, co się tyczy mnożenia.

Dzielenie na pamięć jest dla Sabiny operacją trudniejszą, ale i pod tym względem daje ona niekiedy odpowiedzi zdumiewająco szybko. $576 : 16$, $624 : 16$, $560 : 16$, $336 : 16$ — wszystkie te dzielenia robiła momentalnie bez najmniejszego namysłu. Również prędko podzieliła 225 przez 15 i 270 przez 15. Tu zaznaczymy mimochodem, o czym niżej więcej mówić będziemy, że Sabina ze szczególną łatwością i szybkością dzieli rozmaite liczby przez 16. Przy innych dzielnikach praca trwa o wiele dłużej, a i wynik jej zazwyczaj bywa błędny.

Jeszcze gorzej z dodawaniem i odejmowaniem. W zakresie tych działań Sabina wykazuje wprost już nieudolność. O ile tam zdumiewała swoją niezwykłą zdolnością, o tyle tu znów zadziwia nas swoją tępością. W najprostszych zadaniach myli się rażąco. Np.

$$\begin{aligned} 57 + 68 &= 141 \text{ (zamiast 125)} \\ 48 + 53 &= 163 \text{ („ 101)} \\ 68 + 35 &= 102 \text{ („ 103)} \\ 58 + 24 &= 92 \text{ („ 82)} \\ 36 + 64 &= 104 \text{ („ 100)} \end{aligned}$$

To samo z odejmowaniem. Ale nie znaczy to, aby chora nigdy dobrze dodać albo odjąć nie umiała. Owszem, często daje ona trafne odpowiedzi, ale i w tych razach operacja trwa dość długo.

Tak się przedstawiają w ogólnych zarysach zdolności rachunkowe Sabiny w zakresie czterech działań arytmetycznych.

Ale prócz wykazanych powyżej zdolności rachunkowych Sabina wykazuje jeszcze inne, nie mniej zadziwiające.

Gdym zapytał raz chorą, czemu się równa 23×23 , wnet odpowiedziała mi 529 i jednocześnie z własnego popędu dodała, że jest to to samo, co $33 \times 16 + 1$. Tak samo, jakem spytał, ile wynosi 14×14 , odpowiedziała wnet 196 i zaraz potem dodała od siebie, że to jest to samo, co $12 \times 16 + 4$. Innym znów razem powiedziała, że 729 ($= 27 \times 27$) jest to samo, co $24 \times 30 + 9$, że 1296 ($= 36 \times 36$) jest to samo, co 81×16 , a 784 ($= 28 \times 28$) to samo, co 49×16 .

Zjawisko to jest niezmiernie ciekawe. Nic podobnego nie spotyka się u ludzi normalnych, do podobnych operacji nie jesteśmy wcale zdolni. Przeskok od 23×23 do wzoru $33 \times 16 + 1$ jest zupełnie nieoczekiwany i żadnym prawem matematycznym usprawiedliwić się nie da. Jak to zjawisko wytłumaczyć, o tem pomówimy niżej. Tutaj postaramy się jeszcze bliżej je rozpatrzyć.

Z podanych wyżej przykładów zauważył czytelnik, że we wzorach, będących równoważnikami drugich potęg, trzykrotnie powtarza się mnożnik 16. (Jużemy wyżej wzmiankowali, że przez tę liczbę również i dzieli najszybciej nasza chora). Otóż, badając rzecz zbliżoną, przyszedłem do przekonania, że istotnie liczba 16 odgrywa niepoślednią rolę w działaniach arytmetycznych Sabiny.

Pytam raz Sabiny, ile jest groszy w jednym rublu, a ona mi całkiem niespodzianie odpowiada: $16 \times 12 + 8$. Zdumiony tą odpowiedzią, pytam, ile groszy jest w 4 rublach, a ona mi odpowiada: 800, albo 50×16 . Pytam dalej, ile w pięciu, a ona: $31 \times 16 + 4$, (tu chora pomyliła się, albowiem $31 \times 16 + 4 = 500$; widocznie pomieszała ona w tym razie grosze z kopiejka-

mi). Pytam, ile jest groszy w dziewięciu rublach, a ona odpowiada: $112 \times 16 + 8$ (co się równa 1800). Pytam, ile w 3 rublach 45 groszach, a ona: $21 \times 16 + 9$ (tylko i tu potrzebna poprawka, gdyż chora znów kopiejki z groszami pomieszała; $21 \times 16 + 9 = 345$, gdy tymczasem 3 rb. 45 groszy = 645 groszom). Jak widzimy, wszędzie się tu powtarza 16.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

FERD. BLUMENTHAL.

W sprawie klinicznego znaczenia produktów rozkładowych, występujących w moczu.

Rozpoznanie — przy pomocy badania moczu — spraw rozkładowych, jakie w ustroju zwierzęcym zachodzą w zależności od wpływu bakterji, napotyka znaczne trudności w kierunkach różnorodnych. Oddzielne gatunki drobnoustrojów powodują w przeróbce materji powstawanie jednakowych produktów rozkładowych; wystąpienie przeto w moczu odpowiedniego ciała chemicznego nie upoważnia do wniosku, tyżącego się wpływu pewnego określonego drobnoustroju. Dużą również rolę odgrywają warunki wchłaniania, gdyż to tylko w moczu się ukazuje, co wchłania w siebie potok krwi. Rzecz naturalna, że przy sprawach pochodzenia bakteryjnego, zachodzących w płucach, wątrobie i innych narządach, wchłanianie odbywa się w sposób prosty, to znaczy, że ciała w wzmiankowanych organach, przez udział bakterji produkowane, przenikają wprost do krwiobiegu. Inaczej dzieje się w kiszkaeh. Tutaj wzmózone wytwarzanie się produktów rozkładowych pochodzenia bakteryjnego zdolne jest pobudzać ruchy robaczkowe, dać powód do rozwolnień, a wtedy nie otrzymamy prawidłowego ich wchłaniania — i chociaż produkty wspomniane wytwarzają się mogą w ilości większej, niż zwykle, przewyżka wydalona zostanie bez rezerwcyi. Z drugiej strony osłabienie ruchów robaczkowych, wywołując zaparcie, powodować może w kiszkaeh dłuższe zatrzymanie produktów rozkładu, a więc przyczynić się do wzmózonego wchłaniania, i wtedy w moczu znajdujemy tych produktów więcej, niż w stanie normalnym, chociaż wytwarzanie się ich spotęgowane nie zostaje. Przy określaniu przeto w moczu produktów, zależnych od rozkładów w kiszkaeh, należy ostrożnie wyprowadzać wnioskowanie rozpoznawcze. Nasuwa się jeszcze uwaga następująca: większa część produktów, wytwarzanych przez udział bakterji, nie opuszcza ustroju w tej postaci, w jakiej wchłonięta została, lecz zmienionej. Wykazanie więc w moczu różnych tego rodzaju produktów rozkładowych nie daje miary równoważnej dla ich powstawania lub wessania. Nawet toksyny, które z powodu swego działania specyficznego najbardziej nadawałyby się do wykazania powodowanego niemi zatrucia, w moczu nie ukazują się wcale lub w ilościach minimalnych. Z łatwością zato wykazujemy w moczu wdrożone do ustroju antytoksyny. I stosując leczenie antytoksyczne, posiadamy możność wykazania, że ilość przyjętej antytoksyny nie tylko

okazała się dostateczną dla zneutralizowania toksyny, lecz, że wchłonięta została w nadmiarze.

W pracy niniejszej zadaniem autora było ujawnić, o ile wykazanie w moczu produktów rozkładowych służyć może do rozpoznania zaburzeń chorobowych zależnych od wpływu bakterii. W tym kierunku na pierwszym planie postawić należy znaczenie eterosiarczanów.

BAUMAN pierwszy wprowadził metodę, służącą do wykazania w moczu eterosiarczanów — a którą w następstwie zmodyfikował SALKOWSKI. BAUMAN polecał wykazanie tych ciał w mniemaniu, że przy ich współdziałaniu określamy nie tylko ten lub inny produkt rozkładowy, od udziału bakterii zależny, lecz i ogólną sumę ciał aromatycznych, związanych z kwasem siarczanym, a także część oksykwasów. Nie wszystkie jednak ciała aromatyczne wydzielane zostają w połączeniu z kwasem siarczanym, gdyż łączą się z kwasem glikuronowym. Następnie określenie w moczu eterosiarczanów wskazuje na część tylko produktów rozkładowych, wytwarzanych w kiszkiach, a mianowicie, na produkty aromatyczne, wytwarzane z ciał białkowych. Inne produkty rozkładu, jako to kwasy tłuszczowe lotne i nielotne, kwas benzoesowy w ten sposób wykazać się nie dają, również ciała zależne od wpływu bakterii na rozkład węglowodanów. Ostatnie należy do faktów ważnych, gdyż według badań WINTERNITZ'a, SEELIG'a i innych węglowodany posiadają własności, wpływające hamująco na rozkład białka. Tutaj należy dodać, że bakterie jadowite, jak tyfusowe lub łańcuszkowce, nie wytwarzają przy rozkładzie białka produktów aromatycznych. Uwzględnić również trzeba, że przy określaniu eterosiarczanów nie możemy ściśle określić ilości danego produktu aromatycznego np. fenolu lub indoksyłu, ponieważ nie wiemy, jaka ich ilość opuszcza w połączeniu z kwasem siarczanym, a jaka z kwasem glikuronowym.

Zwiększenie eterosiarczanów znajdujemy w *perityphlitis*, w stanach chorobowych kiszki, połączonych z zaparciem, w cierpieniu kiszki gruźliczem, przy krwawieniach z kiszki i przedziurawieniu wrzodów tyfusowych. Dla rozpoznania różniczkowego np. przy wyróżnianiu *perityphlitis* od *parametritis* należy zawsze określać ilość kwasów eterosiarczanych. Oto niektóre cyfry autora: w trzech przypadkach *perityphlitis* ilości wynosiły 1) 0.564 2) 0.670 3) 0.480 gr., w pięciu zaś *parametritis* ilość nigdy nie przechodziła ponad 0.25 g. W ropnym zapaleniu opłucny wykazano ilość 0.478 — przy zwykłych wysiękach surowicznych autor nigdy nie znajdował zwiększonych eterosiarczanów. W tyfusie wogóle znajdujemy cyfry niskie. W jednym przypadku autor na tej zasadzie przewidział przebieg niepomyślny.

Chora tyfusowa przy ściśle mlecznej diecie wydzielala dziennie 0.1 — 0.2 eterosiarczanów. Nagle cyfra podniosła się do 0.31 — w tym że dniu ślady krwawienia kiszki; w następnym przy ilości 0.6 objawy zapaści, zakończone śmiercią. Sekcja wykazała przedziurawienie wrzodu tyfusowego. W innym przypadku tyfusu ilość eterosiarczanów, która w przebiegu kilkodniowym wynosiła 0.15 — 0.21, podniosła się nagle bez powodu widocznego do 0.45. W następnym dniu recydywa choroby — po dwóch dniach, mimo trwania recydywy, ilość zmniejszona do 0.12 gr. W przypadku *erysipelas migrans* ilość spadła z 0.5 na 0.118, co wypadło w czasie przesilenia.

Przytoczone spostrzeżenia dowodzą, że czasami określenie eterosiarczanów nie bywa pozbawione wartości rozpoznawczej.

Częściej jednak ilość eterosiarczanów nie odpowiada natężeniu sprawy chorobowej. W przypadku np. normalnie przebiegającej szkarlatyny otrzymano

cyfry następujące: w trzecim dniu podwyższonej ciepłoty 0.199, w IV-ym 0.403, w V-ym 0.224, w VII-ym 0.176, w IX-ym 0.290, w X-ym 0.317 — cyfry różne bez żadnych powodów przy dyecie jednakowej. W przypadku *erysipelas*: I-y dzień przy ciepłocie 39.6 ilość eterosiarczanów wynosiła 0.175, II dzień przy 39.5 było 0.533, III-ci dzień przy 40 znaleziono 0.118, w IV-ym zaś przy 38.2 wykazano 0.083. I inne liczne spostrzeżenia doprowadzają do wniosku, że określenie eterosiarczanów w moczu w przypadkach pojedynczych nie daje pewnych wyników, tyjących się procesów rozkładowych w kiszkiach, przy uwzględnieniu ilości dziennej 0,2 jako normalnej. Zwykle należy ilość połączeń z kwasem siarczanym określać przez czas dłuższy, aby osiągnąć wynik, pozwalający na jakiegokolwiek wnioski. Nie możemy również przyjąć, jako zasadę, że zjawienie się eterosiarczanów w moczu jest wyrazem li tylko rozkładu białkowego w kiszkiach. Pojawiać się one mogą w zależności od spraw bakteryjnych, zachodzących i w innych miejscach ustroju, bez zmian widocznych w przewodzie pokarmowym. Względna jednak wartość kliniczna eterosiarczanów nie wyłącza ich znaczenia w badaniach naukowych. Nasuwa się również pytanie, czy podawanie wewnętrzne preparatów tanniny w katarach lub zastarzałych cierpieniach kiszki prowadzi za sobą zmniejszenie się w moczu eterosiarczanów, a więc i zmniejszenie rozkładu białka. Okazało się, że i wspomniane lekarstwa pozostają bez wpływu na sprawy gnilne w kiszkiach. Lecz według ROST'a część kwasu gallusowego wydziela się w moczu, jako sprzężona z kwasem siarczanym, i włącznie określana bywa. Z tego więc powodu tannina, wewnętrznie podawana — może wpływać na zwiększenie ilości eterosiarczanów.

Pewien ułamek produktów aromatycznych wydziela się w moczu w połączeniu z kwasem glikuronowym. SALKOWSKI przytacza spostrzeżenie, w którym wykazywał w moczu fenolu więcej, niż wszystkich wogóle eterosiarczanów. Ztąd wniosek, że fenol nie wydziela się tylko, jako połączenie kwasu siarczanego, lecz i w innym sprzężeniu — mianowicie z kwasem glikuronowym.

Autor również spostrzegał przypadki, w których ilość wydzielanego fenolu przewyższała eterosiarczany. Jednocześnie mocze podobne wykazywały zwrot płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo, dochodzący do 0,6° i redukowały płyn FEHLING'a, a przy destylacji ze stężonym kwasem solnym wykazywały duże ilości furfurołu. Te własności dostatecznie dowodziły obecności kwasu glikuronowego, aczkolwiek nie udawało się go wykazać bezpośrednio przy pomocy octanu ołowiu i amoniaku. Próba z orcyną również wypadła ujemnie. Jednakże przekonał się autor, że ostatnią próbę wykonywał niedokładnie, za krótko gotując z kwasem solnym, tak jak to się czyni przy wykryciu pentozy. Przy późniejszych badaniach doszedł do wniosku, że mocze, które skręcają płaszczyznę polaryzacyjną na lewo i wykazują próbę orcynową z kwasem solnym przy dłuższym gotowaniu — zawierają kwas glikuronowy — mocze, kwas wzmiankowany zawierające, spostrzegał autor w gorączce i chorobach kiszki, wszędzie tam, gdzie jednocześnie wzmożone bywają fenol i indykan. Mocz podobny wykazuje zwykle znaczny ciężar gatunkowy i słabą redukcję.

Ten fakt, że kwas glikuronowy wykazuje się często w moczu, w którym jednocześnie zwiększony jest fenol lub indykan albo obydwaj ciała razem, naprowadza na wniosek, że wytwarzanie się tego kwasu pozostaje w związku z rozpadem białka, aczkolwiek nie można wyłączyć, jako drugiego prawdopodobnego źródła, i węglowodanów.

Od czasu, kiedy autor przekonany został, że określenie ilości eterosiarczanów mało posiada znaczenia klinicznego, zaczął stosować określenie fenolu.

Z badań poprzednich nad tem ciałem najważniejsze jest wykrycie przez SALKOWSKIEGO: że wydzielanie fenolu nie zachodzi zawsze równocześnie z gniciem ciał białkowych w kiszka. W badaniach zaś autora fenol zwiększony bywał równocześnie ze wzmożeniem eterosiarczanów. Przy znacznej zawartości fenolu mocz wykazuje zwykle zielonkawe zabarwienie, lecz rzadko fenol występuje w takich ilościach, aby wykazywał reakcyę z półtorachlorkiem żelaza, mianowicie fioletowe zabarwienie od dodatku ostatniego. Zwiększenie fenolu wykazujemy za pomocą następującej próby SALKOWSKIEGO: 5 ctm. moczu ogrzewamy do zagotowania z paroma kroplami kwasu azotnego i dodajemy nieco wody bromowej, przyczem występuje mniej lub więcej znaczne zmętnienie lub osad nitrotribromfenolu. Drugą próbę po zagotowaniu z kwasem azotnym alkalinizujemy ługiem sodowym, przyczem zjawia się pomarańczowo-żółte zabarwienie, zależne od wytworzenia *nitrophenolnatrium*. Reakcyja ta może być użytkowa przy tyfusie dla wykazania natężenia zachodzących w kiszka spraw rozkładowych. Nagłe zjawienie się reakcyi oznaczać może krwawienie kiszkowe. Wykazujemy również wspomnianą reakcyę przy wrzodach tuberkulicznych w kiszka, w niektórych przypadkach posokowatego wysięku opłucny — nie znajdujemy jej natomiast zwiększonej przy wysiękach surowicznych. Dodatni rezultat próby przy uwzględnieniu ilości moczu zawsze oznacza ilość fenolów wzmożoną, próba SALKOWSKIEGO tak okazała się dogodną dla celów klinicznych, że zbytecznym czyni określanie eterosiarczanów. Tyfus brzuszny, *pneumonia*, *peritonitis*, *tetanus*, *pyopneumothorax*, *bronchopneumonia* wykazują zwiększenie w moczu fenolu, chociaż nie stale.

Zwiększenie fenolu zawsze łączy się z własnością moczu odchyłania płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo i wykazania próby orcynowej na kwas glikuronowy. Powiększanie się fenolów wogóle w chorobach gorączkowych świadczy, że wytwarzać się one mogą i po za przewodem pokarmowym. Zachodzi pytanie, czy zwiększona ich ilość w moczu zależy od wzmożonej produkcyi lub zmniejszonej oksydacyi, gdyż w warunkach normalnych fenol utlenia się na brenzcatechin i hydrochinon. Ponieważ w stanach gorączkowych konstatujemy dla innych ciał zmniejszoną oksydacyę, może to mieć swe znaczenie i dla fenolu. Nasuwa się również kwestya, czy fenol nie wytwarza się z białka bez udziału bakteryi. Autor łącznie z LEWIN'em znajdował go u zwierząt po zastrzyknięciu floridzyny, możnaby przypuścić, że pod wpływem zatrucia floridzyną zachodzi zmniejszona oksydacya, lecz ponieważ w okresie wpływu floridzyny wydzielanie azotu powiększa się, a więc i rozpad białka jest wzmożony. Następnie po zastrzyknięciu floridzyny zwierzętom głodzonemu — fenol również bywał zwiększony. Ztąd wniosek, że fenol powstawać może z białka i bez współdziałania bakteryi.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

72. E. SCHMOLL. Trawienie żołądkowe i kiszkowe oraz przyswajanie substancyi białkowych. W żadnej dziedzinie nauk lekarskich badania lat ostatnich nie wywołały tak gruntownych zmian w poglądach, które zdawały się ostatecznie ustalonymi, jak w zakresie trawienia ciał białkowych. Sądzono, że rozkład tych ciał pod wpływem trawienia sprowadza się do hydrolizy, której wynikiem są ciała bardzo blisko stojące substancyi, wprowadzonych do przewodu żołądkowo-kiszkowego, a mianowicie albumoz i peptonów. Atoli rozbiór chemiczny

wykazał, że działanie pepsyny i trypsyny nie zatrzymuje się tu, lecz przeistacza peptony w cały szereg ciał krystalicznych, które możemy także sztucznie otrzymać przez hydrolizę ciał proteinowych. Owóż te właśnie ciała krystaliczne zyskały wielką doniosłość w naszych poglądach na wchłanianie się białka i wytwarzanie substancji białkowych ciała ludzkiego.

Pochodne ciał białkowych podzielić można na 2 grupy: do pierwszej wchodzi związki, dające jeszcze większość odczynów substancji białkowych, a przede wszystkim odczyn biuretowy; są to acidalbumozy, albumozy pierwotne i wtórne (deuteroalbumozy) oraz peptony. Druga grupa obejmuje ciała krystaliczne, z których najważniejsze są: arginina, lysina, hystydyna, glikokol, kwas α -amidopropionowy, tyrozyna, leucyna, kwas asparaginowy i glutaminowy i t. d.

Nadto liczba fermentów proteolitycznych przewodu trawiennego znacznie wzrosła w ostatnich latach. Co się tyczy trawienia żołądkowego, to prócz pepsyny stwierdzono obecność innego fermentu (pseudopepsyny), wydzielanego przez gruczoły odźwiernika; w kiszkiach zaś znaleziono ferment proteolityczny, wydzielany przez gruczoły BRUNNER'a; wreszcie w samej błonie śluzowej kiszki znajduje się jakoby ferment (erepsyna), posiadający zdolność rozszczepiania albumoz i peptonów, pochodzących z poprzedniego trawienia.

W sprawie rozszczepiania ciał białkowych pod wpływem pepsyny ZUNZ dowiódł, że już po upływie 3—4 godzin znaczna część (30—40%) białka nie ma już budowy białkowej, lecz składa się z tworów krystalicznych (wyżej wyliczonych), które zostają wchłonięte przez błonę śluzową żołądka i kiszki.

Drugi ferment żołądkowy, posiadający zdolność rozszczepiania białka (pseudopepsyna), wykryty został w błonie śluzowej żołądka przez GLAESSNER'a. Ferment ten działa w roztworze zasadowym, podczas gdy pepsyna w tym środowisku ulega, jak wiadomo, zniszczeniu. Wytworu działania tego fermentu (*tryptophane*) nie udało się wyodrębnić przy trawieniu pepsynowem. Ferment ten działa i w obecności wolnego kwasu solnego, a obecność pepsyny nie szkodzi bynajmniej jego działaniu.

GLAESSNER'owi udało się wykryć w błonie śluzowej dwunastnicy, a mianowicie w gruczołach BRUNNER'a, ferment, zajmujący miejsce pośrednie między pepsyną a trypsyną. Ferment ten okazuje działanie identyczne z fermentem, wydzielanym przez gruczoły odźwiernika.

Co się tyczy działania trypsyny na białko, to i tu, wbrew teorii KUEHNE'go, ostateczne produkty trawienia stanowią nie peptony, lecz ciała krystaliczne, tak kwaśne (leucyna, tyrozyna, kwas asparaginowy i glutaminowy), jakoteż zasadowe (arginina, hystydyna, lysina).

Ostatni wreszcie ferment, wykryty przez COHNHEIM'a, ma działać tylko na albumozy i peptony, rozszczepiając je na ciała krystaliczne. Istnienie tego fermentu kiszkiowego (erepsyny) SCHMOLL podaje w wątpliwość.

Z powyższego widzimy, że na całej długości przewodu żołądkowo-kiszkiowego odbywa się rozkład ciał białkowych na związki, mające budowę o wiele prostszą, niż białko. Fakt ten potwierdzony został przez EMERSON'a i innych.

Doświadczenia KUTSCHER'a i SEEMANN'a wykazały nadto, że podobny rozkład drobiny białkowej odbywa się o wiele szybciej w ustroju zwierzęcym (doświadczenia były robione nad psem z przetoką kiszki cienkiej), niż poza ustrojem. Poszukiwania KUTSCHER'a i SEEMANN'a uczyniły bardzo prawdopodobnym przypuszczenie, że ciała krystaliczne, stanowiące produkty trawienia białka, ulegają napowrót syntezie w białko. Krew zwierząt, zabitych w okresie trawienia, po spożyciu obfitego posiłku mięsnego, nie zawierała ani śladu leucyny i ty-

rozyny, podczas gdy kiszki zawierały znaczne ilości tych związków. Przypuszczając, że synteza ta odbywa się w wątrobie, autorowie powtórzyli swe doświadczenia po uprzednim wyłączeniu krążenia wątrobowego; lecz i wtedy nie udało im się znaleźć ani śladu leucyny i tyrozyny we krwi zwierząt. Z tych doświadczeń wynikało, że te związki nie mogły przejść przez błony śluzowe kiszek, lecz musiały tam ulegnąć przeobrażeniu, gdyż i w błonie śluzowej nie można ich było wykryć.

Prawdopodobieństwo syntezy ciał krystalicznych w białko staje się pewnością, jeśli uwzględnimy wyniki doświadczeń Löwr'ego. Badacz ten zadał sobie pytanie, czy byłoby możliwym zastąpić białko pokarmu przez ciała krystaliczne, stanowiące produkty trawienia. Otrzymał on mieszaninę tych ciał przez samotrawienie trzustki, trwające 6—8 tygodni, przyczem otrzymane roztwory nie dawały odczynu biuretowego. Zastępując przez tę mieszaninę całkowite białko w pożywieniu, Löwi utrzymywał psa przez 5 tygodni w równowadze azotowej, przyczem waga psa przez ten czas nawet się powiększyła. Wynik tego doświadczenia wytłomaczyć można jedynie przeistoczeniem w ustroju zwierzęcia wytworów krystalicznych w ciała białkowe, gdyż w przeciwnym razie niechybnie nastąpiłby spadek wagi zwierzęcia.

Powyższe fakty pozostają w doskonałej zgodzie z danymi, zdobytymi przy poszukiwaniach nad zachowaniem się krwi względem rozmaitych rodzajów białka. Badania BORDET'a, WASSERMANN'a i SCHUETZE'go wykazały, że każde ciało białkowe, wprowadzone do prądu krwi, zachowuje się tam, jako ciało obce, i wywołuje tworzenie się substancji, która, będąc dodana do roztworu tego ciała białkowego, powoduje jego ścinanie się. Posiłkując się tą metodą, jesteśmy w stanie rozróżnić ciała białkowe, które przy analizie chemicznej wydają się identycznymi, jakkolwiek pochodzą od rozmaitych gatunków zwierzęcych. Gdyby w przewodzie pokarmowym nie następował całkowity rozkład drobin białkowej i następnie synteza białka w błonie śluzowej, niepodobna byłoby zrozumieć różnicy, zachodzącej między ciałami białkowymi, krążącymi we krwi, a wprowadzonymi z pokarmami. Należy zatem przyjąć, że obce białko ulega rozkładowi na produkty krystaliczne, i że błona śluzowa kiszek syntetyzuje je w białko ludzkie, które, będąc wessane do krwi, może służyć do odnowy narządów, podczas gdy obce białko byłoby skazane na wydzielenie się z moczem.

Powyższe dane mają także znaczenie ogólniejszej natury. Dotychczas sądzono, że synteza ciał białkowych stanowi właściwość jedynie królestwa roślinnego, i że zwierzęta mogą przyswajać białko jedynie w gotowej postaci, dostarczonej przez rośliny. Tożsamość syntezy białka z ciał krystalicznych (lysina, arginina, hystydyna i t. d.), które krążą w kanałach roślin, przeznaczonych dla ich odżywiania, wykazał SCHULTZE dla roślin strączkowych (*Lupinus*, *Vicia*). Stwierdzenie tych faktów znosi zatem jedną z ostatnich przegród, które chciały wznieść między państwem zwierzęcym a roślinnym.

(*Semaine médicale*. 1902. N. 31).

S. P.

73. J. SAILER, W. SHIELDS i F. CLARK. O znaczeniu rozpoznawczem objawu Kerniga. W dwóch przypadkach J. SAILER'a objaw KERNIG'a przez cały przebieg choroby spostrzegano jednostronnie na lewej nodze.

W pierwszym przypadku znaleziono na sekcji przekrwienie opon mózgowych i rozmiękczenie ich na niewielkiej przestrzeni w obrębie prawego ruchowego pasa. Ognisko rozmiękczenia w szarej substancji było w *gyrus postcentralis* i drażyło do *centrum semiovale*, nie dochodząc do *capsula interna*. Pierwotną przyczyną było złośliwe zapalenie wsierdza. Znajdywano: *ptosis* lewostronną; *paresis*

facialis; skurcz zginaczy lewej ręki; *clonus pedis*, objaw KERNIG'a i BABIŃSKIEGO, zwiększenie odruchu kolanowego na lewej nodze, pod koniec dołączył się *clonus pedis* na prawej nodze.

U drugiego chorego SAILER'a rozpoznanie nie jest dokładne. Początek choroby dosyć nagły: trudność wymowy, rozszerzenie prawej źrenicy, zwiększone napięcie mięśni szyi z lewej strony, mięśni lewego stawu napiętkowego i lewej nogi, brak zaburzeń czucia, oddziaływanie na prąd przerywany normalne; objaw KERNIG'a, BABIŃSKIEGO *patellar-clonus*, *clonus pedis* z lewej strony; widzenie podwójne; porażenie lewego *abducentis*. Polepszenie po 5 tygodniach. Autor przypuszcza zator syfilitycznego pochodzenia jednej z gałązek *arteriae basilaris* lub *encephalitis* nie ropne typu, opisanego przez NONNE'a.

SAILER zwraca uwagę, że objaw KERNIG'a w obu jego przypadkach dołączył się do objawów zwiększenia napięcia mięśni z lewej strony. Według niego należy uważać ten objaw, podobnie jak BABIŃSKIEGO, za znak podrażnienia pęczków piramidalnych. Objaw KERNIG'a wskazuje na mniejsze podrażnienie. Występowanie jego w *meningitis* SAILER tłumaczy tem, że prawie w każdym przypadku zapalenia opon znajdujemy zajęcie substancji mózgu.

F. CLARK przytacza z przypadki gruźliczego zapalenia opon i jeden niewiadomego pochodzenia, wszystkie z sekcyami. W żadnym objawu KERNIG'a nie można było wywołać przez cały czas choroby. CLARK przyłącza się do zdania HENOCH'a, że objaw KERNIG'a dla gruźliczego zapalenia opon jest najmniej charakterystyczny.

W. SHIELDS badał 100 różnych gorączkujących i nie gorączkujących chorych i znalazł objaw KERNIG'a jednostronny w 3 przypadkach i obustronny w dwóch. W dwóch przypadkach starej prawostronnej hemiplegii objaw KERNIG'a był stale na prawej nodze. W jednym przypadku tyfusu brzuszego objaw wystąpił na lewej nodze i dotychczas nie znikł (chora zdrowieje). W jednym przypadku ciężkiego tyfusu objaw był dwustronny i znikł podczas okresu zdrowienia. Również u chorego z mocznicą dwustronny objaw KERNIG'a znikł po 2 dniach pobytu w szpitalu.

(*The American Journal of The Medical Sciences*, May, 1902, p. 772—785).

Hołub.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia z dnia 24 czerwca 1902 r.

TREŚĆ: 1) Stanisław KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorego dotkniętego syryngomyelią. 2) Dzdzisław DOBROWOLSKI — przedstawienie dwóch chłopców z gruźlicą nosa i krtani. 3) J. STEINHAUS — przedstawienie preparatów anatomicznych makro- i mikroskopowych w przypadku osobliwej postaci gruźlicy aparatu chłonnego. 4) K. RZĘTKOWSKI — „Sposoby leczenia i wyniki otrzymywane w sanatoryjach dla leczenia suchot płucnych“.

1) Kol. Stanisław KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek syryngomyelii. Chory lat 26, felczer, skierowany został do K. przez kol. LEWENSTERN, u którego zasięgał porady chirurgicznej z powodu niechcących się zagoić ran na palcach. Skarży się prócz tego na bóle ściągające w lewym ramieniu, idące od kręgosłupa, i na drętwienie w prawej ręce. Chory, jak twierdzi, ma od dzieciństwa krzywy kręgosłup, „jakoby wskutek „przełamania.“ Drętwienie i osłabienie siły w prawej ręce rozpoczęło się przed 4 laty, później zaczęła schnąć i słabnąć lewa ręka. Od roku występują rany na palcach prawej ręki i schodzą paznogcie.

Przy badaniu przedmiotowem znaleziono skrzywienie kręgosłupa w części grzbietowej w stronę prawą. Na kończynach górnych wybitny zanik mięśni i osłabienie siły w obu pasach barkowych i obu rękach, zwłaszcza po stronie prawej. Ręce obie przedstawiają t. zw. *main en griffes* w stopniu umiarkowanym. W różnych mięśniach na obu kończynach górnych widać drganie włókienkowe. Odruchy ścięgnowe z górnych kończyn bardzo słabe, kolanowe nieco wzmożone. Na obu kończynach górnych i na obu pasach barkowych zniesienie pobudliwości na bodźce ciepłe przy zachowaniu pobudliwości na dotyk i na ból. Obie szpary oczne bardzo wąskie. Żrenice dość wąskie. Zmiany odżywcze wybitne na palcach rąk (błyszcząca skóra, skruszale paznokcie lub brak ich, rany). Wobec zaników mięśniowych, rozszczepienia czucia, zwężenia obu szpar ocznych i żrenic, zaburzeń odżywczych na palcach K. rozpoznaje u chorego syryngomyelię, umiejscowioną w części szyjowej rdzenia. K. podnosi przebieg cierpienia i zachowanie pobudliwości na ból (z wyjątkiem kilku ograniczonych miejsc) przyzniesieniu pobudliwości na ciepło na górnych kończynach.

W dyskusyi prezes DUNIN pyta się, czy obecność bólów nie przemawiałaby przeciw rozpoznaniu syryngomyelii.

W odpowiedzi K. zaznacza, że bóle i różne parestezye bynajmniej nie należą do rzadkich objawów w syryngomyelii. Jest to zresztą zrozumiałe wobec tego, że, jak wiadomo, w syryngomyelii mamy do czynienia z bujaniem neuroglii (*gliosis*) i następczym jej rozpadem. Pierwsza sprawa, jako nowotworzenie tkanki obcej, może drażnić biegnące obok w rdzeniu przewodniki bólowe i wywoływać odpowiednie sensacje.

2) Kol. Zdzisław DOBROWOLSKI przedstawił dwóch chłopców ze szpitala dziecięcego: jednego z pierwotną gruzlicą nosa, drugiego z gruzlicą nosa i krtani.

Pierwszy chłopiec, lat 12, w roku zeszłym przybył do oddziału gardlanego z następującymi zmianami: nos prawie wtrójnasób rozszerzony, zupełnie zatkany guzami wielkości od ziarnka grochu do łaskowego orzecha. Na skórze grzbietu nosa znajduje się przetoka, wypełniona granulacyami i prowadząca do przegrody nosa. Gruczoly limfatyczne powiększone, zropiałe. W guzie kol. STEINHAUS znalazł komórki olbrzymie i laseczniki gruzlicze. Wszystkie guzy usunięto, kości obnażone wyskrobano, gruczoly chłonne wyjął kol. GRUŻEWSKI. Wkrótce rany się zagoiły. Przed miesiącem stwierdzono znowu guziczki w prawej nozdrzy i przetokę otwartą, gruczoly zropiałe. Znowu w ten sam sposób postąpiło. Obecnie rany zupełnie się zagoiły. D. rozpoznaje w danym przypadku pierwotną guzowatą gruzlicę nosa, przypadek bardzo rzadki. D. na kilka tysięcy chorych na nos podobny przypadek spostrzegł po raz pierwszy.

Drugi chory lat 8 przybył do oddziału z zatkaniem prawej nozdrzy i z chrypką. W nosie stwierdzono nacieczenia i guziczki, w krtani — nacieczenie gruzlicze i zniszczenie nagłośni, nacieczenie więzów nagłośnio-nalewkowych, strun prawdziwych i błony śluzowej przedniej ściany tchawicy. W płucach zajęte oba wierzchołki. D. podnosi niezwykłą rzadkość gruzlicy krtani u dzieci. Jest to trzeci spostrzegany przez niego przypadek. U suchotników dorosłych w 30% przypadków spotykamy gruzlicę krtani.

3) Kol. J. STEINHAUS przedstawił preparaty anatomiczne i mikroskopowe z przypadku *lymphadeniae* górnej połowy ciała z olbrzymim rozrostem grasicy, który pociągnął za sobą ucisk płuc, szczególnie z lewej strony. Przy sekcji St. znalazł jeszcze guziki w wątrobie i śledzionie. Rozpoznanie makroskopowe

brzmiało: *lymphosarcomatosis* i *pseudoleukaemia*. Badanie mikroskopowe natomiast wykazało w tych guzach tkankę łączną, w części nacieczoną limfocytami, w szczelinach limfatycznych komórki jedno i wielojądrowe. W gruzelkach prosówkowych wątroby S. znalazł laseczniki gruzlicze. S. przyjmuje w danym przypadku opisaną przez PALTAUF'a szczególną postać gruzlicy aparatu chłonnego, która klinicznie do złudzenia naśladuje pseudoleukemię lub *lymphosarcomatosis*.

W dyskusyi kol. WŁ. JANOWSKI nie wątpi o słuszności rozpoznania prelegenta. Zaznacza tylko, że jednorazowe badanie krwi w podobnym przypadku może być powodem przeoczenia ostrej białaczki, w którą czasem przechodzi t. zw. *pseudoleukaemia*. J. opisuje szczegółowo przypadek, dotyczący obserwowanego przez siebie chorego, który przyszedł do szpitala ze zmianami gruzliczemi w płucach i obrzymymi gruczołami pachowymi i pachwinowymi. Badanie krwi nie wykryło nic nienormalnego. J. rozpoznawał albo gruzlicę gruczołów, albo pseudoleukemię. Za -godą chorego wycięto mu kawałek gruczołu. Laseczek gruzliczych w nim nie znaleziono. Wkrótce chory zaczął mocno gorączkować i tracił siły. Gruczoły nadzwyczajnie zmałyły. We krwi teraz znaleziono bardzo wybitną *lymphaeimię* (1 : 13). Na sekcyi prof. PRZEWOSKI zmian gruzliczych w gruczołach nie znalazł. J. podnosi ważność powtórnego badania krwi.

Prezes DUNIN podnosi interes, jaki powinien przedstawiać przypadek mówcy, zwłaszcza ze stanowiska klinicznego. Pseudoleukemia to pojęcie ogólne, które zacznie się dopiero rozwijać. Przypadek kol. JANOWSKIEGO, zdaniem DUNIN'a, był, być może, gruzlicą. Gruczoły, zajęte gruzlicą, to *lymphomata*. Podniesienie się ciepłoty powinno skierować uwagę naszą na gruzlicę. Należy w tych razach szukać laseczek gruzliczych i dokonywać szczepień.

Kol. STEINHAUS odpowiada, że podobnie jak prezes, w ciągu ostatnich lat z badań klinicznych i anatomo-patologicznych wyniósł przekonanie, że pseudoleukemia to pojęcie zbiorowe. Najczęściej z niej rozwijają się *lymphosarcomata*, albo przechodzi w leukemię, albo jest właściwie gruzlicą.

Kol. JANOWSKI odpowiada prezesowi, że w swoim przypadku wyłącza gruzlicę gruczołów na zasadzie badania mikroskopowego wyciętego gruczołu i bardzo starannie robionej autopsyi. Stosunek 1 : 13 wykazuje, że miał do czynienia nie z leukocytozą, lecz z ostrą leukemią. Ostra białaczka jest to, właściwie mówiąc, *lymphaeimia*. Spostrzegano w niej wyłącznie limfocytozę.

4) Kol. K. RZĘKOWSKI odczytał rzecz p. t. „Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach“.

Na zasadzie danych statystycznych, zebranych z wielu sanatoryów zagranicznych ludowych i prywatnych oraz Otwockiego, R. dochodzi do wniosku, że metoda leczenia gruzlicy płuc w sanatoryach ludowych daje 18,3% całkowitych wyleczeń oraz bardzo znaczną odsetkę odzyskania całkowitej sprawności zarobkowej. Na tej zasadzie R. bardzo podnosi zalety sanatoryjnego leczenia suchot płucnych. Dalej R. rozpatruje metody leczenia w sanatoryach, jako to: leczenie świeżem powietrzem, spokojem, ruchem, hidroterapią, wreszcie odżywianiem.

W dyskusyi kol. HEWELKE raznacza, że:

1) wobec tak często stwierdzanych przez badanie zwłok przypadków gojenia się spraw gruzliczych u osób, które nigdy nie były w sanatoryach, nie można twierdzić, aby warunki życia w sanatoryach mogły leczyć gruzlicę.

2) trzy okresy podziału przebiegu suchot, podane przez TURBAN'a, są właściwie fazami ostatniego okresu rozpadowego. Próba dwuazotowa moczu ani

pod względem rozpoznania, ani rokowania niema znaczenia dla suchot płucnych. To samo można powiedzieć o próbie aglutnacyjnej COURMONT'a;

3) szkoda, iż referent nie zwrócił uwagi na stosowanie w wielu sanatoryjach tuberkuliny KOCH'a i na obecny stan tej kwestyi.

W odpowiedzi kol. HEWELKEMU kol. RZĘTKOWSKI zaznacza, że nie uważa metody sanatoryjnej leczenia suchot płucnych za jedyną, że o tuberkulinie KOCH'a obecnie tak mało jeszcze można mówić, że podział gruźlicy, sięgający aż do najwcześniejszego stadyum gruźlicy, nieomal do momentu zakażenia, jako sprawy anatomo-patologicznej, jest dla klinicysty bez wartości.

Prezes DUNIN podnosi w leczeniu suchot rolę świeżego powietrza, a dobre odżywianie stawia na drugim planie. Suchotnicy, nie mający dostatecznego odżywiania, a przebywający na świeżem powietrzu, nieraz prędzej się poprawiają, choć na wadze im wcale nie przybywa.

St. Kopczyński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Jeden z asystentów EVERKE'go zapomniał wyjąć jedną serwetkę z jamy brzusznej przy cięciu cesarskiem. Operowana zmarła na 5 dzień wskutek paraliżu serca. Od pierwszej chwili po operacji tętno było bardzo przyspieszone wskutek podrażnienia *nervi splanchnici* (160 uderzeń na minutę). Ani śladu zapalenia otrzewny, ani sprawy zakaźnej sekcyja nie wykazała. (Mon. f. Geb. u. Gyn. Nov. 1901. p. 638).

= O nowem tego rodzaju spostrzeżeniu dowiedziałem się z listu prof. GRAWITZ'a (Gryfia). Chora 47 letnia zmarła w kilka lat po cięciu brzuszem. Przy sekcyi znaleziono jakoby serwetę, kałem i żółcią przesiąkniętą. Lekarze przypuszczali wobec tego faktu, że chora połknęła chyba ową serwetę, i że serweta następnie dostała się z przewodu pokarmowego do jamy brzusznej. Zapytany przez prof. GRAWITZ'a o własne zdanie co do tego przypadku, i czy znane są przypadki, aby pacjentka połknęła kiedykolwiek serwetę, odpowiedzieć musiałem, że takiego przypadku nie znam, i że widocznie serweta musiała być *sub operatione* w jamie brzusznej zapomniana. Fr. N.

= BRUENING wypróbował nowy preparat odżywczy MERING'a p. n. „Odda“. Skład preparatu jest następujący: wody 5%, białka 14,5%, tłuszczu 6,5%, lecytyny 0,4%, wodoru węgla 71,5%, wapnia 0,53%, kwasu fosforowego 1,1%. Jeden gram preparatu daje 4,3 cal. Preparat jest bardzo strawny głównie z tego względu, że nie zawiera wcale masła krowiego, z którego łatwo wytwarza się niestrawny kwas masłowy, a tylko mieszaninę tłuszczu z jajka i kakao. Ogółem autor podawał oddę 87 dzieciom (47 chłopców i 40 dziewcząt) w wieku od 2 dni do 1³/₄ roku w ciągu 2—76 dni. Początkowa dawka 15,0—25,0 *pro die* była stopniowo zwiększana aż do 40,0—60,0 *pro die* (dawka średnia). Najwyżej dawano 80,0—100,0 *pro die* i tylko w wyjątkowych przypadkach, leczonych klinicznie, podawano 120,0—180,0 *pro die*. Autor znajduje, że „Odda“ może być podawana zarówno dzieciom z chorobami, jak i bez chorób przewodu pokarmowego, i to nie tylko jako dodatek do innych pokarmów, ale również z wyłączeniem innego pożywienia. (Die Ther. d. Gegen. Juli. 1902. 7).

Ż.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka d-ra BINDERA „Rady i wskazówki dla jadących do Meranu.“

SPROSTOWANIE. W części nakładu Nr. 39 Medycyny w sprawozdaniu z ruchu chorych podpis autora „J. Szwajcer“ wskutek wypadnięcia czcionek nie został w całości odbity.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довволено Цензурою Варшава, 19 Сентября 1902 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

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

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

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecięcej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, 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.—nieprzetgowane!) 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 tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zołzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek 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 po prostu najwyczejniejsze 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 własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ UCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butalki (8½ uncyi) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

CASCARINE LE PRINCE

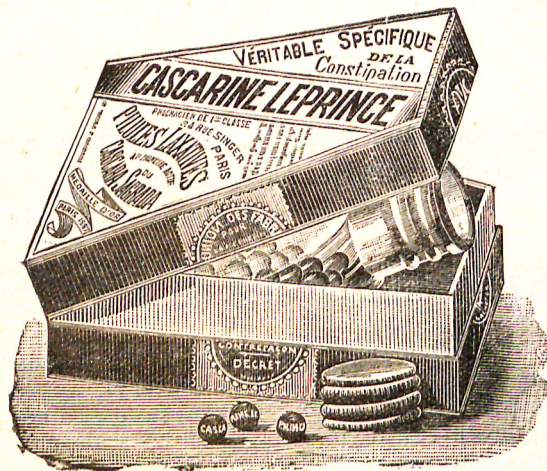
Pigułki zawierają
0,10 zasadniczego
pierwiastka

Eliksir
0,10 w łyżce
stołowej

Przeciw zatwardzeniu i t. p.



Cascarine jestto ściśle określona, skryzalizowana substancja i t. d. (Sprawozdania Akademji Umiejętności.) „Działanie jej lecznicze stwierdzone zostało naukowo“ (M. Laffont Biuletyny Akademii Lekarskiej 14 Czerwca 1892 r.) i klinicznie (Towarzystwo Terapeutyczne: Constantin Paul; Dujardin Beaunetz, Medications nou-



velles; 2 ej serji; Biblioteka Charcot — Debove: O środkach przeczyszczających, strona 104; profesor Lemoine z Lille Terapeutyka Kliniczna strona 30; Tison: Szpital Saint Joseph i Kongress dla postępu Nauk w Bordeaux 1895. r. I-sza, str. 963; profesor Charles z Liège: Wykład położnictwa i t. d., i t. d.

Skutek tego środka jest łatwy do osiągnięcia, nie pociąga za sobą przyzwyczajania się, jeżeli zmienia się sposób użycia. Pomocnym jest przy stałym zatwardzeniu w chorobach wątrobianych, żółciowych, kamieni, otyłości jako środek przeczyszczający.

ZWYKŁA DAWKA

Pigułki: 2 pigułki po 1-ej przy każdym posiłku lub wieczorem kładąc się spać.

Eliksiru: 1 lub 2 łyżeczki od kawy lub stołowe stosownie do wieku (zmniejszając lub zwiększając dawkę stosownie do skutku.)

Cascaricones

Pod tą nazwą wyrabiamy małe czopki pozwalające przyspieszać lub opóźniać działanie Cascaryny na żądaną go dżinę.

Ważne ostrzeżenie. Dla uniknięcia licznych podrabiań, ukrywających się pod podobną nazwą i etykietą upraszamy p. p. Lekarzy o żądanie tylko **Cascarine Le Pince.**

Skład główny w Paryżu ul. de la Tour 62 (16 okręg). dla p. p. Lekarzy wysyła się próby. Na składzie we wszystkich aptekach i składach Aptecznych



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Józef Warszawski, Warszawa, Orla 5.

Aspirin

Antirheumaticum i Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3-5 dziennie

Salochinin

(Ester salicylowy chininy). Antipyreticum i Analgeticum zupełnie bez smaku. Wskaz.: Stany gorączkowe szereg. gorączki tyfusowe, malaria, nerwice. (Neuralgie, Ischias).

Hedonal

Nowy Hypnoticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz.: bezsenność nerwowa szereg. w stanach depresyjnych i t. d. Daw. 1,5-2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.

Heroin hydrochl.

Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003-0,005 gr. 3-4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005-0,0025 gr. 3-4 razy dziennie.

Agurin

Oetan Theobromin natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5-1 gr. pro die 3 gr.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influenzy, ostrym reumatyzmie stawów Dawka 1 gr. co 2-3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitnie bakterycydyjne własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6-12 gr. dziennie, dzieciom 3-6 gr. dziennie.

Europfen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Ulcus molle, Papulmad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z caobor. pulv aa p. mieszany lub jak masę 5-10%

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żołądkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25-0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznym i w postaci łatwo wysysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Aristol

Wybitny środek zablizniający a szereg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszany lub jako 5% masę.

Trional

Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.

Mleko-Somatoza

Zawiera 5% taniny w organicznym połączeniu. Wskaz.: Dyspepsja, Neurastenia, Anemia, Gruźlica, Tyfus i Krzywica. Dla dorosłych 5-15 gr. dziennie, Dla dzieci 3-10 dziennie.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis, Tyfus.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „MOTOR“

Warszawa, Marszałkowska 23.

poleca

KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

otrzymywanego z soli rozpuszczonych w wannie. — Mogą być z łatwością przyrządzane tak dobrze w mieszkaniach prywatnych, jak również w Zakładach kąpielowych. Sposób użycia dołącza się do każdej kąpeli.

Dostać można w aptekach i składach aptecznych. Cena kop. 80. Gotowe kąpiele wydają się w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza
hygroskopijna po 0, 5 i 1 m

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

Składy Główne materiałów opatrunkowych Sterylizowanych z Pracowni D-ra Bo- rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia
Sterylizacyjna
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar.
Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze
i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr.
24. Telefon. Nr. 610.
w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).
w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.
w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.
w Kielcach: Apteka W-go Wierzbiewy.
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Banda-
że 5-10-20 ctm. sześć. 6 m. długi.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-
łciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Do Meranu

powróciłem i ordynu-
ję od lat 8 jako jedyny
lekarz polski przy ul.
Habsburgskiej. l. 58.

Dr. Rom. Binder.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9-10 r. i od 3-5 pp
Chorych na uszy od 12-2 pp.

ZAKŁAD LECZNICZY

„BELLARIA“

D-ra F. Navrátila

W ARCO

Najlepszej stacji klimatycznej południowego
Tyrolu dla chorych chronicznych, rekonwa-
lescentów etc.

Prospekty i wszelkie informacje na żądanie.



Fosfatyna Faliera

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla
dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w cza-
sie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia.
Ułatwia żabkowanie i zapewnia prawidłowy roz-
wój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach

Zakład Lecznicy dla chorych piersiowych

SCHATZALP-DAVOS 1865 m. nad p. morza
300 m nad Davos-Platz
Kolej zębata do Davos-Platz

Najnowsze urządzenia higieniczne. Wszelkie wygo-
dy. Cena w pensjonacie (włącznie z poradą lekar-
ską) 10 mk. dziennie.

—Prospekty franko—

Lekarze kierownicy: Dr. Lucius Spengler.
Dr. E. Neumann.

w San Remo

prakt. znów Dr. R. Steinberg

Latem: Reichenhall i Grossgmain.