

o tem doskonale, a w ostatnich czasach zagraniczna literatura w tej sprawie daje mnóstwo przykładów, tymczasem w polskiem piśmiennictwie odczuwa się pewien brak prac, dotyczących się uszkodzeń moczowodów. Z tego powodu uważam że podanie opisu dwóch moich przypadków, w których moczowody zostały uszkodzone, jest zupełnie usprawiedliwione.

Pierwszy z nich zdarzył się przed 8 laty przy wyluszczeniu zrakowaciałej macicy przez pochwę. W pierwszych dniach po operacji nic nie widziałem, dopiero na 4 dzień po operacji mocz z prawego moczowodu począł obficie sączyć się, co trwało około 2 tygodni. Niezależnie od tego powikłania przebiegu pooperacyjnego gojenie rany pochwowej postępowało prawidłowo, i w 3 tygodnie po operacji stopniowo mocz przestał się sączyć, i chora wyzdrowiała.

Drugi przypadek zdarzył się w roku ubiegłym, a mianowicie:

21 lutego zgłosiła się do mnie skierowana przez kol. MANDUKA do Szpitala Wolskiego I. S., kobieta lat 22, skarżąc się, że jeszcze nigdy nie miesiączkowała, natomiast od lat kilku co miesiąc odczuwa kilkodniowe silne bóle krzyża i brzucha, czemu towarzyszą wymioty, zaparcie stolca i trudności przy oddawaniu moczu, co wszystko razem zmusza ją do pozostawania kilkodniowego w łóżku. Przy badaniu znalazłem powyżej spojenia łonowego guz, przypominający ciężarną macicę, której dno prawie że sięgało do pępka, a boki wypełniały całą jamę miedniczą. Zewnętrzne narządy płciowe były w stanie prawidłowym: wargi wielkie i małe były zupełnie prawidłowe, natomiast po rozchyleniu ich nie dostrzegłem wejścia do pochwy, a wylot cewki moczowej znajdował się tuż przy spoidle tylnem warg. Cewnik, wprowadzony do pęcherza, doskonale wy-
czuwałem przez kiszki prostą, przytem cew-

kę i kiszki oddzielała twarda, ale niegruba błona.

Rozpoznałem *Haematometram*, a to z tej przyczyny, że odległość guza — względnie rozciągniętej macicy od sromu była znaczna, a przytem przegroda między kiszki a cewką — względnie pęcherzem moczowym była bardzo nikła.

Operowanie w celu utworzenia dróg rodných naturalnych, tj. pochwy, uznałem za niemożliwe i zdecydowałem się na wyluszczenie całej rozciągniętej macicy wraz z przydatkami, które również były zmienione i które przy badaniu *per rectum* i ściany brzusznej — przedstawiały się w postaci skłębionych guzowatości.

23 tegoż miesiąca dokonałem operacji w uśpieniu morfinowo-chloroformowem. Chorej w położeniu TRENDELENBURGA otworzyłem jamę brzuszną cięciem od spojenia łonowego do pępka, podwiązałem z obu stron więzy maciczne, oddzieliłem przez rozcięcie otrzewny wokoło jednocześnie od pęcherza i organów, leżących pod *peritoneum*, odszukałem z obu stron obie tętnice maciczne i podwiązałem przed przecięciem, a wtedy przeważnie na tępo, a rzadko kiedy w sposób ostry odseparowałem cały twór, który od dołu wcale nie był przyrośnięty, i wyluszczyłem go tak, jak jaki guz twardy, leżący wśród tkanki łącznej. Wtedy okazało się, że lewy moczowód został przecięty. Natychmiast sposobem van Hock został on zeszyty, gdyż implantować górnego odcinka do pęcherza nie było można z tej racji, że przecięcie nastąpiło w odległości conajmniej 10 — 12 ctm. od pęcherza. Zeszytanie było bardzo trudne z tego powodu, że światło moczowodu było b. małe, nie większe od otworu gęsiego pióra, a ściany jego były b. cienkie. Z trudnością udało się wprowadzić górny odcinek w dolny i zeszyć wokoło szwem ciągłym. Potem dokonano peritoni-

zacyi całej rany miedniczej, a że przy odzielaniu zrostów z obu stron pękły rozszerzone przydatki, które się przedstawiały w postaci poskręcanych kolistych pęcherzy, skąd wylał się obficie szaro-czerwony płyn, więc pomimo starannego oczyszczenia pola operacyjnego w najniższej jego części założono 2 paski gazy. Rany brzuszne zaszyłem 3-piętrowym szwem, w dolnej zaś części zostawiłem wolne miejsce dla wyprowadzenia tych 2 pasków. Cała operacja trwała około 2 godzin. Wycięty guz, jak się okazało, był kolosalnie rozciągniętą macicą wraz z rozszerzonymi jajowodami. Zawartość guza, zbadana bakteryologicznie, była jałowa.

Przebieg pooperacyjny był następujący:

1 dzień. Stan bezgorączkowy. Tętno 80. Ilość dobową moczu — 800 gr. Mocz czysty. Chora sama oddaje mocz.

2 dzień. Ogólny stan doskonały. Bez gorączki. Tętno 84. Mocz oddaje sama. Ilość moczu dobową 850 — mocz czysty.

3 dzień. Stan ogólny chorej wysmienity, bez gorączki. T. 70. Moczu na dobę — 860 gr.

4 dzień. Stan ogólny wysmienity, bez gorączki, tętno 74. Moczu na dobę 1050 grm.

5 dzień. C. 38,5. T. 90. Moczu na dobę — 900 gr. — czysty. Zmieniono opatrunek, który nieco przesiąkł wydzieliną z miejsca, gdzie założono w czasie operacji 2 paski. Paski te usunięto i założono sączek gumowy.

6 dzień. Opatrunek nie przesiąkł. Moczu na dobę 1050 gr., czysty. Ogólny stan doskonały. Stan bezgorączkowy.

7 dzień. Ogólny stan doskonały. Ilość dobową moczu 1050 gr. Od czasu operacji brak wypróżnień. Ol. rycyn.

8 dzień. Stan ogólny doskonały. Zmiana opatrunku, który okazał się nieco przesiąknięty ropą. Po oleju rycynowym

było kilka wypróżnień. Ilość dobową moczu 1000 gr. Szwy z rany brzusznej usunięto. Rychłozrost z wyjątkiem tej części rany, gdzie założono paski gazy, a potem sączek.

9 dzień. Mocz mętny, nieco zmieszany z ropą. Z racyi kilku obfitych wypróżnień — ilości moczu nie można było określić.

10 dzień. Opatrunek cały przesiąknięty moczem. Ilość dobową moczu 800 gr. — mocz mętny — z dużą domieszką ropy. Odczyn moczu kwaśny. Opatrunek zmieniony. Obok sączka i przez niego idzie sporo moczu przy ucisku na ściany brzuszne.

11 dzień. Ogólny stan doskonały — bez gorączki. Opatrunek zmieniony, gdyż cały był przesiąknięty moczem. Oddała chora drogą naturalną moczu 650 gr., mocz mętny, z domieszką ropy.

12 dzień. Zmieniono opatrunek — mocno przesiąknięty moczem. Ogólny stan chorej doskonały. Chora oddała moczu 600 gr., mętnego, z ropą.

13 dzień. Opatrunek mocno przesiąknięty — zmieniono. Ilość moczu przez pęcherz 650 gr. — mętny, z ropą.

14 dzień. Dobowa ilość moczu, oddane przez chorą, 550 gr. Mocz mętny z ropą. Opatrunek cały przesiąkł — czuje się chora doskonale.

15 dzień. Ilość moczu przez pęcherz 650 gr. — mętny, z ropą. Opatrunek cały przesiąknięty moczem. Z przetoki brzusznej dużo leje się moczu. Ziarnina wokoło przetoki — obfita, ale blada i łatwo krwawiąca. Ogólny stan chorej doskonały.

16 dzień. Dobowa ilość moczu przez pęcherz 580 gr. — reszta tak, jak dnia zeszłego.

17 dzień. Wszystko bez zmiany. Dobowa ilość moczu 600 gr. przez pęcherz.

18 dzień. Stan ogólny bez zmiany. Dobowa ilość moczu przez pęcherz 650 gr. — zawsze mętny, z ropą. Opatrunek z racyi przesiąknięcia moczem — zmieniono. Wypróżnienia obfite bez pomocy.

19 dzień.. *Status idem*. Mocz przez pęcherz na dobę oddała 850 — z ropą.

20 dzień. *Status idem* — zawsze opatrunek mocno przesiąknięty. Dobowa ilość moczu przez pęcherz 750 gr. z ropą. Ogólny stan doskonały. Chora już próbuje wstawać.

21 dzień. Mocz oddała 700 gr. Zresztą bez zmiany.

22 dzień. Opatrunek mało przesiąkł. Oddała moczu 1050 gr., ale mętnego i dużo ropy. Ogólny stan doskonały.

23 dzień. Opatrunek mało zmoczony. Mocz oddała na dobę 1010 gr. mętnego.

24 dzień. Opatrunek suchy. Mocz oddała przez pęcherz 1300 gr. na dobę z ropą. Czuje się doskonale, wstaje.

Od tego czasu przetoka brzuszna prędko się zgoiła, ale mocz długo był mętny z obfitą domieszką ropy, a ilość jego wahała się od 1200 — 1800 gr. Zagojenie rany brzusznej nastąpiło zupełnie po 32 dniach po operacji, i chora opuściła szpital zupełnie zdrowa, chociaż jeszcze przez 2 tygodnie potem ropa pokazywała się w moczu, ale i ten objaw wkrótce ustąpił zupełnie.

Cystoskopowanie nie było dokonane, ponieważ chora się na nie niezgodziła. Okolica nerki zeszytego moczowodu — nigdy nie była bolesna, i tam nie można było wyczuć jakiegś guzowatości, ani powiększenia nerki.

(D. n.)

O ostrem zatruciu tarczowym po zażyciu nader drobnej dawki jodu (*Jodothyreoidismus acutus*).

Podał

D-r med. Aleksander Simon (Wiesbaden).

(Dokończenie).

Spostrzeżenie to w krótkości tak się przedstawia:

Panna K. B., Niemka, lat 26, urodzona w Altonie, wychowana na wsi w Prusach zachodnich, pochodzi ze zdrowej rodziny, w której nie zauważono u nikogo wola, ani innych cierpień gruczołu tarczowego. W życiu przechodziła ona li tylko w dzieciństwie odrę oraz później żółtawe powiększenie gruczołów chłonnych. Nerwowa nie była nigdy, nie przedstawiała też objawów historycznych. We wrześniu roku 1910-ego spadła jej z sufitu na prawe przedramię niezbyt ciężka belka, co spowodowało uszkodzenie nerwów przedramienia. Wywiązały się dotkliwe objawy urazowego zapalenia nerwów prawej kończyny górnej, bóle, drętwienie, osłabienie. Prócz objawów czysto miejscowych na kończynie badanie chorej nie wykazało zboczeń ze strony serca, układu nerwowego i innych narządów. Tętno i serce zupełnie normalne; odruchy ścięgnowe nie wzmożone, źrenice normalnej wielkości i czynności; objawów nerwicy urazowej nie było.

Stwierdziłem natomiast nieznaczne powiększenie ogólne gruczołu tarczowego; na ucisk gruczoł bezbolesny. Innych objawów choroby Basedowa nie było.

Wobec uporczywości zapalenia nerwów przedramienia, pomimo systematycznego leczenia, zaleciłem ostrożne stosowanie jodu w postaci tabletek jodglidyny d-ra KŁO-

PFERA, po jednej tabletkę dziennie, czyli 0,05 grama dziennie.

5/XII 1910 zażyła pacjentka pierwszą tabletkę, poczem w pół godziny nagle bez powodu straciła przytomność i upadła głową na podłogę. Do przytomności powróciła wkrótce, uszkodzeń zewnętrznych nie odniosła, doznawała jednak mocnego bólu głowy; zażyła piramidon i położyła się do łóżka. Następnego dnia 6/XII chora zażyła drugą pastylkę jodglidyny, poczem wkrótce wystąpiły zawroty głowy oraz trudność przy chodzeniu. Pomimo uczucia niedomagania i mocnego zmęczenia w całym ciele chora podczas dni następnych nie przestawała pracować (jest ona laborantką u prof. FRESENIUSA w Wiesbaden) aż do 9/XII, kiedy w laboratorium nagle zemdląca, poczem wystąpiło drżenie całego ciała. 10/XII badałem chorą; narzekała na nadzwyczajne osłabienie, bóle głowy, przeważnie na wierzchu czaszki, zawroty głowy, tętnienie w naczyniach szyjowych, częste omdlenia przy wstawaniu z łóżka, drżenie w całym ciele, zimne kończyny, mocne bicie serca, niepokój w sercu, rozdrażnienie i niepokój nerwowy, ciężki niespokojny sen oraz na jakąś nieokreśloną, dla chorej niezrozumiałą zmianę w jej stanie duchowym. Przedmiotowo stwierdziłem: b. zły wygląd chorej, zapadłe policzki, błyszczące oczy, drżenie kończyn, jak w zimnicy, zimne, sine kończyny, tętno 92, b. miękkie, małe, ciśnienie wewnątrz naczyń widocznie zmniejszone, tony serca czyste, słabe, serce nie rozszerzone. Badanie układu nerwowego wykazało: źrenice mocno rozszerzone, reagują na światło, czaszka na ucisk nie bolesna, odruchy kolonowe, achillesowe, przedramieniowe, ramieniowe nadzwyczaj wzmożone, wyraźny objaw stopowy, brak objawu BABIŃSKIEGO, drżenie kończyn, języka i zamkniętych powiek. Nadto stwierdziłem, że gruczoł tarczowy jest

wyraźnie obrzmiały i na dotyk i nawet samostnie bardzo bolesny. W następnych dniach od 10/XII do 14/XII pomimo spokoju, bromu, waleryany i zastosowania od 12/XII antytyreoidyny MOEBIUSA (4 razy dziennie po 10 kropeł) stan chorej się jeszcze pogorszył. 14/XII zaleciłem naświetlenie gruczołu tarczowego promieniami ROENTGENA w ciągu 10 minut. Stan chorej poprawił się natychmiast, zmniejszyły się zwłaszcza objawy zdenerwowania i wyczerpania; omdlenia, bicie serca i niepokój na razie ustały. Poprawa ta trwała jednak nie długo, wskutek czego po dwóch dniach zastosowano 16/XII drugie naświetlenie gruczołu tarczowego, również w ciągu 10 minut. Od tej pory nastąpiła stopniowa i trwała poprawa stanu chorobowego.

Najdłużej pozostały zjawiające się czasem bicie serca, tętnienie naczyń szyjowych, zawroty głowy oraz bolesność gruczołu tarczowego na dotyk, nadto pewna, chorej dawniej obca, zmniejszona odporność na zmęczenie, zepsute powietrze i inne szkodliwości. Na nią jedynie użala się jeszcze po dziś dzień chora, która zresztą pozornie wróciła do zupełnego zdrowia. 15/I 1911 badanie wyazało: wygląd dobry, tętno nie przyspieszone 68 — 72, niezbyt pełne, nie nadmiernie napięte, tony serca czyste, nie akcentowane, nie nadzbyt mocne, rozszerzenia, ani przerostu niema; gruczoł tarczowy wielkości małej mandarynki, sięga mięśni mostkowo-sutkowych, a u góry prawie wyniosłości krtaniowej, na ucisk nieco nadczuły. Źrenice dość duże, prawa nieco większa, niż lewa, reagują, drżenie kończyn nie daje się wywołać. Objawów GRAEFEGO, KOCHERA, STELLWAGA, ani wysadzenia gałki ocznej niema. Język nieco drży, również zamknięte powieki; odruchy ścięgnowe wyraźnie wzmożone, objawu stopowego, ani objawu BABIŃSKIEGO niema. W moczu nigdy nie znajdowałem białka, ani cukru, ciężar gat. zwykle koło 1,015, zawiera

mało osadu i rozkłada się wolno. Poliuryi nigdy nie zauważono.

Spostrzeżenie niniejsze jest tak przejrzyste, że wnioski same się nasuwają. Że mieliśmy do czynienia z ostrem i podostrem zatruciem wydzieliną gruczołu tarczowego, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Duże podobieństwo do obrazu chorobowego, jaki spotykamy u ludzi i zwierząt, po nadmiernym spożywaniu przetworów gruczołu tarczowego, wywołującym nawet zejście śmiertelne z powodu nagłego osłabienia działalności serca (GEORGIEWSKI, MURRAY, THOMSON); zwiększenie i bolesność wola w moim przypadku, poprawa po jego naświetlaniu, wyleczenie innych analogicznych przypadków przez usunięcie gruczołu tarczowego dają nam niewątpliwie dowody słuszności naszego twierdzenia. I co do patogenyzy w moim i podobnych przypadkach jodowego zatrucia gruczołowego nie może być wątpliwości. Gruczoł tarczowy, chorobliwie zmieniony, np. w niektórych postaciach wola, w chorobie BASEDOWA, w przeciwieństwie do normalnego oraz do wola galaretowego (*struma colloidalis*) posiada nadzwyczajne powinowactwo względem jodu, którego jednak zatrzymać nie może. W miarę wzmożonej zawartości jodu następuje zwiększone wydzielanie jodu zawierającej wydzieliny gruczołowej do krwi z jego następstwami. Tyreoidyzm to skutek hipertyreozy (Schilddrüsendiarrhoea KOCHERA). Na czym to zatrucie ustroju polega, dokładnie nie wiemy, może na działaniu na zaczyny proteolityczne zawartej w wydzielinie gruczołowej kinazy w myśl KOTTMANNA. Że już tak drobna, jak w moim przypadku, ilość jodu może wywołać tak ciężkie następstwa, nie powinno zadziwić, bo wiemy z piśmiennictwa, że nawet po zajodynowaniu dżiąsł (GAUTHIER), nawet wskutek samego pobytu nad morzem i po innych sposobach wprowadzania minimalnych ilości jodu do

ustroju następowały poważne zaburzenia, które obecnie tylko za zatrucie gruczołowe uznać możemy. Zdawaćby się mogło, że jesteśmy uprawnieni do wyprowadzenia wniosku: precz z jodem we wszystkich wyraźnych i skrytych schorzeniach gruczołu tarczowego.

Do zakazu jodu w chorobie BASEDOWA bezwarunkowo jesteśmy upoważnieni, bo jod kryje w sobie zawsze poważne niebezpieczeństwo. Na wszelkie postaci wola zakazu owego przenosić jednak nie mamy prawa, ponieważ istnieją wola, na co zwrócili uwagę MARINE i ROGET, jako zastępcze przerozrosty gruczołu tarczowego (*hyperplasia compensatorica*), jako wyraz i następstwo ubóstwa ustroju w jod. Przypadki podobne zdarzają się w ciąży i w okresie pokwitania dziewcząt. W tych razach podawanie małych dawek jodu w samej rzeczy jest bardzo skuteczne. Ze względu jednak na trudne w danych razach rozpoznawanie dozwolone jest li tylko podawanie bardzo drobnych dawek, najwyżej w ciągu paru tygodni i pod ścisłą kontrolą.

We wszystkich innych przypadkach wola jod należy wyłączyć. Zastąpić go możemy przez fosforany, które według CYONA i BARBARA działają na nerw błędny i nerwy hamujące przeciwnie, niż jod, mianowicie pobudzająco. Do lecznictwa wprowadził je KOCHER. Podaje on *natrium phosphoricum* w mleku, począwszy od 4 gramów dziennie (w 2-ch dawkach) aż do 10 — 12 gr., można też stosować protylinę, o ileby żołądek ją znosił. Czy naświetlanie gruczołu tarczowego w celach leczniczych w tyreoidyzmie dla zmniejszenia jego czynności wydzielniczych już było przez kogokolwiek przedemną stosowane, o tem dotychczas najmniejszych wzmianek w piśmiennictwie nie znajduje.

Spór EISELSBERGA i HOLZKNECHTA na zjeździe chirurgów co do wyników naświetlania gruczołu w zwykłym wolu i chorobie BASEDOWA dotyczy pokrewnej, jednakże zasadniczo

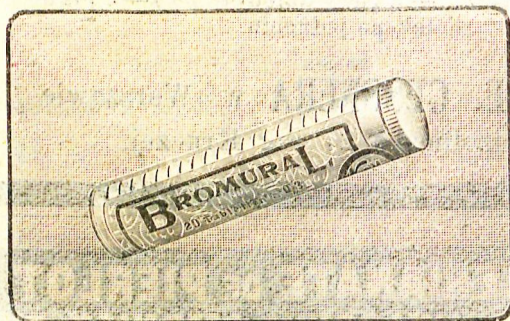
KNOLL & CO.



Ludwigshafen a/Rhein.

Bromural

nieszkodliwy środek nasenny, silny środek kojący.



Zalety:

Nie wywołuje objawów zatrucia

nawet przy użyciu 20 tabletek
nie występują objawy zatrucia.

Nie ma działania zbiorowego

po kilku godzinach utlenia się
i szybko zostaje wydzielony.

Nie ma przyzwyczajenia się

nie wymaga powiększania da-
wek.

Nie wywołuje objawów żołądkowych.

jest zupełnie obojętny dla żo-
łądka.

Nie działa na normalne krążenie krwi

wpływa dodatnio tylko na po-
drażniony krwiobieg neuraste-
ników.

**Nie ma narkotycznego działania nastę-
pczego**

Już po upływie 4 godzin ustaje
działanie bromuralu.

Dawka: Jako środek nasenny wieczorem 2 tabletki po 0,3 g.

„ Jako środek kojący 3 razy dziennie po 1 tabletkę.

Oryginalne rurki zawier. 10 tabletek. . . . Rb. — kop. 55

„ „ „ 20 „ „ „ I „ „

Obszerne broszurki i próby wysyła się na żądanie.

Dragées

ATOXYL à 0,01

BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

Atoxyl — organiczny arsenowy związek, zawierający około 37,7% arsenu mocno związanego w swej budowie, środek względnie mało toksyczny o wybitnym odżywczym i wzmacniającym działaniu na organizm. Połączenie żelaza z atoxylem w postaci pigułek stosowane bywa z powodzeniem przez najwybitniejsze powagi lekarskie, jako środek wytwarzający czerwone ciała krwi (chloroza, anemia), w ogólnym osłabieniu — specjalnie przy osłabieniu systematu nerwowego. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po 1—2 pigułek po jedzeniu.

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
Jerozolimska 27 róg Kruczej.

LE VALERIANATE DE PIERLOT WALERJANO-KWASOWY-AMONIAK-PIERLO

Znany, radykalny, łagodzący środek w chorobach nerwowych jako-to:

NEURASTENJI, NEWRALGJI, MIGRENIE, HISTERJI, EPILEPSJI

Rekomendowany i przyjęty w klinikach:

Profesora SZARKO (klinika Salpétrier). — Profesora TRUSSO. — Profesora BUSZARDA
Profesora GIUBLERA.

LANCELOT et Cie, 26, Rue St-Claude — PARIS

Główna reprezentacja dla całej Rosji: GABRIEL POMME, St-Petersburg, Italjanskaja, 14.
Literatura i wzory dla P.P. Doktorów.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE-DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŻLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYSŁOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGULKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY
GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się
w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rosyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów. — Moskwa. H. Brus. — Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn. — Odesa. Z. Lerme i Cie. — Kijów. Południowo-Rosyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów. — Charków. Rosyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów. — Rostów. Z. Lerme i Cie. — Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: **DALLOZ & C^{ie}**, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

odmiennej dziedziny. Nadzwyczajnie zbarwienny w moim przypadku wynik naświetlania promieniami ROENTGENA upoważnia mnie do gorącego zalecenia tego sposobu leczenia w jodowym i wogóle w tarczowym zatruciu, a przynajmniej dokładnego jego wypróbo-

wania. Jod, jako czynnik, pobudzający czynność wydzielniczą gruczołu tarczowego, promienie ROENTGENA zaś, jako czynnik, hamujący tę czynność, mogą nam oddać duże usługi w dotychczas niezbyt wdzięcznej walce z cierpieniami gruczołu tarczowego.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Obeeny stan wiedzy o gruczolach z wydzieliną wewnętrzną ¹⁾.

Podał

Stanisław Pechkranc

(C. d.)

Infantilismus. Nanismus. Insufficiencia genitalis.

W związku z zaburzeniami w czynnościach wydzielniczych przysadki pozostają i inne zaburzenia w rozwoju ustroju, polegające na karłowatym wzroście z upośledzeniem często sfery intelektualnej. Często mamy tu także niedorozwój narządów płciowych (*insufficiencia genitalis*). Na oględzinach pośmiertnych znajdowano często u takich osobników zmiany anatomiczne w przysadce, najczęściej gruzlicę i nowotwory (HUETER, BABIŃSKI i in.), a obok tego zmiany i w innych gruczolach. Na związek między upośledzonym rozwojem fizycznym i umysłowym a cierpieniem przysadki wskazują także spostrzeżenia, w których stosowano u dzieci, znacznie cofniętych w rozwoju, preparaty przysadki z dobrym skutkiem (LÉVI i ROTHSCHILD). Infantilismus pochodzenia przysadkowego często idzie w parze z innymi zaburzeniami, mające-

mi również źródło w zakłóconej czynności wydzielniczej przysadki. Referent w r. 1910 przedstawił chłopca 17 letniego, który od 9-10 r. życia, w następstwie duru brzuszkiego i odry, przestał rosnać. Bezpośrednio po tych chorobach zakaźnych powstała u tego chorego moczówka prosta, która trwała do ostatniego czasu bez przerwy, a prócz tego typowe i często powtarzające się napady połowicznego bólu głowy. Zamiast moczówki prostej, którą napotykaemy również, jak wiadomo, w akromegalii, gigantyzmie, gruzlicy i nowotworach przysadki (HAUSHALTER i LUCIEN, ROSENHAUPT), w innych przypadkach cierpienia przysadki spostrzegamy cukromocz lub cukrzycę.

Niedorozwój pochodzenia przysadkowego należy umieć odróżnić od niedorozwoju pochodzenia tarczycowego. W tym drugim razie mamy często objawy śluzobrzęku: obrzęki ogólne lub ograniczone na powiekach, wargach, które często są wywrócone; kolor twarzy żółty lub sinicowy, duży brzuch, tłuszczaki rzekome, opieszalność myślowa i t.d. Ale te cechy śluzobrzęku lub wogóle upośledzonej działalności tarczycy mogą być słabo wyrażone, a wówczas i tu również występuje tylko opóźnienie w rozwoju fizycznym i upośledzenie inteligencji, przyczem rozwój narządów płciowych często i tu jest słaby. Ważną byłoby rzeczą odnaleźć cechy, któreby dały możliwość rozpoznania pochodzenia niedorozwoju fizycznego w takich przypadkach, gdyż od trafnego rozpoznania zależy tu wynik leczenia. U chorych LEVIE-

¹⁾ Podług referatu, wygłoszonego na nadzwyczajnym posiedzeniu sekcji neurologicznej Warsz. Towarz. Lek. we wrześniu 1910 r.

GO i ROTHSCHILDA, o których wyżej wzmiankowaliśmy, preparaty tarczycy nie okazywały żadnego działania, podczas gdy preparaty przysadki wkrótce przyspieszyły wzrost i przyczyniły się do obudzenia inteligencji u dzieci.

Cały szereg innych gruczołów również bierze udział w rozwoju ustroju, a w ich cierpieniach nastąpić może zahamowanie rozwoju fizycznego i umysłowego. Ale o tem w innym miejscu.

Dystrophia adiposo-genitalis oraz otyłość pochodzenia przysadkowego.

Kilka lat temu wyodrębniono zbiór objawów, mający związek z zaburzeniem czynności wydzielniczej przysadki i polegający na obfitym rozwoju tkanki tłuszczowej oraz niedorozwoju narządów płciowych. Już 12 lat temu referent ogłosił spostrzeżenie, w którym u chłopca kilkonastoletniego z niezmiernie bogatym podkładem tłuszczowym oraz znacznym niedorozwojem narządów płciowych (*penis*, jak u 5 letniego chłopca) na oględzinach znaleziono nowotwór (*sarcoma angiomatodes*) przysadki, i już wówczas wyraził pogląd, że zaburzenia te, jak również feministyczny typ budowy ciała, spostrzegany u tego chorego, pozostają prawdopodobnie w związku ze zбочeniami, prawdopodobnie wrodzonymi, przysadki, na których tle po jakimś czasie zaczął bujać nowotwór. Podobne do tego spostrzeżenia opisane były i przez innych autorów, a w r. 1901 FRÖH ICH zebrał te przypadki i dołączył do nich 2 własne. Zbiór objawów tych ochrzczoney został przez BARTELSA mianem „*dystrophia adiposo-genitalis*”. Zwyródnienie tłuszczowo-płciowe, jak to widać z opisanego w ostatnich latach całego szeregu przypadków, nie jest bynajmniej rzadkie, na co zwraca też uwagę OPPENHEIM. Mamy tu b. charakterystyczny obraz chorobowy, który napastuje przedewszystkiem młode osobniki. Główne objawy choroby są następujące: otluszczenie, dosięgające często znacznych rozmiarów, przyczem podkłady tłuszczu są najobfitsze na podbród-

ku, ścianach brzusznych, sutkach i na wzgórku łonowym. Tłuszcz jest często „złego gatunku”, przypomina obrzęk lub śluzobrzęk, jak w przypadku referenta, gdzie można było myśleć, wobec towarzyszącego białkomoczu, o obrzęku pochodzenia nerkowego. Skóra sucha, zimna; wydzielanie potu zmniejszone. Często gigantismus. Drugim kardynalnym objawem jest niedorozwój płciowy. Prócz tego mamy objawy miejscowe guza przysadki: *hemianopsia bitemporalis*, tarcza zastoinowa albo częściej zanik nerwów wzrokowych, objawy ucisku mózgu, rozszerzenie siódła tureckiego przy rentgenografii. Dowiadczczenia na zwierzętach nie dały nic takiego, co możnaby porównać z tym syndromem, co bynajmniej nie przemawia przeciw zależności tegoż od przysadki. Czynnościowe zaburzenie przysadki w tem cierpieniu jest niewiadomej dotąd natury. Kilka przypadków, operowanych przez EISELSBERGA, FRANKL-HOCHWARTA i innych, dowiodły, że po usunięciu guza ustępują nietylko objawy zależne od nowotworu, lecz także objawy, które uważamy za uwarunkowane zaburzeniami w czynności przysadki: włosy wyrastają na wzgórku łonowym, pod pachami, występuje wzwód prącia, tłuszcz znika i t. d. W przypadku BYCHOWSKIEGO, operowanym przez EISELSBERGA, wkrótce po operacji wystąpiła miesiączka.

Często przy zajęciu nowotworem przysadki rozwija się tylko otyłość bez zaniku gruczołów płciowych. Na 32 sekowane przypadki *adipositas hypophysariae* notowano tylko 12 razy zanik gruczołów płciowych. W ostatnich latach szereg autorów usiłował dowieść, że *adipositas hypophysaria* jest następstwem zaniku gruczołów zarodkowych, nie zaś zmian w przysadce (SCHÜLLER, TANDLER i GROSS). Ale powyższy stosunek (12:32) przemawia przeciw przyjęciu pierwotnego *disgenitalismus*; przeciw temu przemawiają też wyniki operacji SCHLOFFERA, EISELSBERGA i innych. A zatem wpływ przysadki bezwarunkowo przyjąć należy.

Przeciwnie, niż inni autorzy, ERDHEIM, opierając się na spostrzeżeniach otyłości przysadkowej BREGMANA i STEINHAUSA, SELKEGO, BARTELSA i innych, utrzymywał, że otluszc-

czenie zależy od zniszczenia lub pobudzenia pewnej części podstawy mózgu i specjalnie okolicy lejkowej. Nowsze prace jednak przemawiają na korzyść pochodzenia przysadkowego tej otyłości.

„Insuffisance pluriglandulaire”

Przed 3 laty CLAUDE i GOUGEROT opisali charakterystyczny i, jak się zdaje, rzadki zbiór objawów. Chodzi tu o zanik szeregu gruczołów z wydzieliną wewnętrzną z odpowiednimi objawami ustania czynności tych gruczołów. Przed kilku miesiącami referent pokazywał w sekcji neurolog. W. T. L. odpowiedni przypadek i obszernie przedstawił objawy tego cierpienia. Zaznaczyć tu należy, że w przeciwstawieniu do dystrofii tłuszczowo-płciowej obecne cierpienie napastuje zazwyczaj starsze osobniki (około 40 lat) i za podkład anatomiczny ma zwykle gruczoły z wewn. wydzieliną, która prowadzi do zaniku tych gruczołów. W literaturze znaleźć można kilka przypadków tego cierpienia (RUMPELA, PONFICKA, NAZARIEGO), figurujących pod innymi nazwami. Z opisu tych wszystkich przypadków otrzymuje się wrażenie, że mamy do czynienia ze ściśle określonym obrazem chorobowym, który jest do tego stopnia charakterystyczny, że referent z łatwością mógł podciągnąć swój przypadek pod tę kategorię.

Przysadka ulega zmianom nie tylko w wyżej przytoczonych objawach, lecz również w całym szeregu innych cierpień, gdzie również kojarzy się ze zmianami w innych gruczołach. Tak np. w śluzobrzęku, chorobie BASEDOWA znajdujemy często przerost przysadki, a przy badaniu histologicznym oznaki wzmożonej czynności albo też uległej zbroceniu (przewaga komórek cyanofilowych), zwyrodnienie sklerotyczno-torbielowe. W chorobie ADDISONA prócz zmian w nadnerczach (gruczołach lub sklerotycznych) b. często spotykamy zmiany przerostowe w przysadce, świadczące o jej wzmożonej czynności (bujanie komórek chromofilowych, przekrwienie naczyń), oraz zmiany w tarczycy. W chorobie DERCUMA znajdowano też zmiany w wielu

gruczołach: w przysadce (przerost), w gr. tarczowym (przerost lub zanik), w jajnikach (zanik), w nadnerczach i t. d. Tak samo w twardzinie skóry znajdowano zmiany (często twardzinowe) w licznych gruczołach (przysadka, tarczyca, nadnercza, jądra). Podobnie w myastenii. W wielu chorobach zakaźnych oraz zatruciach zwykle ulega zmianom cały szereg gruczołów. Z tego wszystkiego można wyprowadzić wniosek, że zmiany w przysadce prawie nigdy nie występują odosobnione, lecz zazwyczaj kojarzą się ze zmianami w innych gruczołach, prawie więc zawsze mamy przed sobą cierpienia o pochodzeniu złożonym, cierpienia wielogruczołowe.

Glandula pinealis (Epiphysis, Conarium).

W ostatnich latach wciągnięte zostało do grupy gruczołów z wydzieliną wewnętrzną także ciało szyszkowate (*gl. pinealis*). Z grasicą ma ono tę wspólną cechę, że wcześniej ulega zmianom wstecznym. Już około 7 roku życia spostrzegamy w niem wyraźne oznaki inwolucji, które z biegiem lat coraz więcej się zaznaczają. Ale aż do głębokiej starości pozostają jeszcze wyraźne resztki gruczołu, które są prawdopodobnie zdolne do czynności. Prócz torbieli, częstych już u noworodków i jeszcze częściej występujących w późniejszych latach, szczególne zainteresowanie budzą twory potworowate, napotykanne przeważnie u dzieci i młodzieńców. Ciekawe są z tego względu, że przy nich napotyka się przerost narządów płciowych, przyczem uderza, że przerostu tego bez potworniaków (*teratoma*) dotychczas nie spostrzegano. ASKANAZY uzależnia ten przerost narządów płciowych od charakteru samego guza, który działa, jak płód w płodzie, co MARBURG usiłuje obalić. Najwybitniejsze zmiany przerostowe w sferze płciowej spotykamy w wieku od 4 do 7 lat, a w przypadkach potworniaka powyżej tego wieku zmian tych nie spotykamy. Najsilniej wyrażone zmiany w narządach płciowych spotykamy w spostrzeżeniach SLAWYKA i OESTREICHA, OGLE, GUTZEITA, MARBURGA. W przypadku SLAWYKA i OESTREICHA

istniał prócz przerostu narządów płciowych uderzający wzrost ciała, silna budowa kostna, silny rozwój mięśni, obfity pokład tłuszczu. Niedawno temu FRANKL-HOCHWART na podstawie wyżej przytoczonych danych rozpoznał *intra vitam* w przypadku przedwczesnej dojrzalności płciowej *tumorem epiphyseos*, a oględziny pośmiertne potwierdziły to rozpoznanie.

MARBURG zwraca w ostatniej swej pracy uwagę na otyłość szyszkowatego pochodzenia. W jego przypadku jednocześnie z początkiem rozwoju guza *gl. pinealis* wystąpiła u 9 letniej dziewczynki silna *adipositas*. Taka sama otyłość istniała w przypadkach NOTHNAGELA i MÜLLERA, DALY, KNY, KÖNIGA, FALKSONA i COATSA. W przyp. MARBURGA badane były histologicznie wszystkie inne gruczoły, w tej liczbie także płciowe, żadnych zmian w nich nie znaleziono, tak, że z największym prawdopodobieństwem można tu przypisać otyłość cierpieniu gr. szyszkowatego.

Nadnercza.

Zainteresowanie się nadnerczami oraz wytworem ich czynności wydzielniczej datuje właściwie od chwili, gdy kapitalne badania CYBULSKIEGO i SZYMONOWICZA, OLIVERA i SCHÄFERA ustaliły fakt wielkiej doniosłości, iż wyciąg z nadnerczy wywołuje podniesienie ciśnienia krwi. To samo działanie, jak to wykazali BIEDL i WIESEL, mają komórki chromochłonne wogóle, zarówno pochodzące z nadnerczy, jak i poza nimi. Działanie to posiada ziarnistość feochromowa, która zawiera adrenalinę. Ciało to otrzymane zostało, jak wiadomo, w czystej krystalicznej postaci w r. 1901, a później udało się nawet otrzymać je syntetycznie. Prócz działania na ciśnienie krwi posiada adrenalina zdolności wywoływania cukromoczu, zmian w tętnicach podobnych do miażdżycy (JOSUE), rozszerzenia źrenic i wypuklenia gałki ocznej (LEWANDOWSKI), wydzielania śliny i łez (LANGLEY), zwiększenia wydzielania gruczołów skóry (EHRMANN), obniżenia ciepłoty (WOŁOWNIK).

Nowsze badania wykazały, że chodzi tu

nie, jak to dawniej przyjmowano, o działanie na ośrodkowy układ nerwowy, lecz na nerwy obwodowe (OLIVER i SCHÄFER, GOTTLIEB, LEWANDOWSKI, ELLIOT...). LEWANDOWSKI dowiódł, że działanie adrenaliny tak się zachowuje, jak podrażnienie nerwu spółczulnego, a LANGLEY i ELLIOT dowiedli, że dla wszystkich prawie narządów ciała działanie wstrzykiwań adrenaliny jest identyczne z działaniem podrażnienia elektrycznego n. spółczulnego. Dalej dowiedziono (EHRMANN), że wydzielanie adrenaliny jest stałe, co ma wielkie znaczenie dla ustroju. Badania EHRMANN wykazały również, że zmiany w ciśnieniu krwi nie wywołują żadnej zmiany w koncentracji adrenaliny we krwi. Podrażnienie n. spółczulnego w sąsiedztwie nadnercza wywoływało silniejszą sekrecję (WATERMAN i SMIT).

Jeśli w ostatnich latach fizylogia istoty rdzennej znacznie się wyjaśniła, to tego samego nie można powiedzieć o fizyologii istoty korowej, która dotychczas jest zupełnie ciemna. Przyjmujemy działanie przeciwjadowe istoty korowej na wytwory przemiany materii. Otrzymywana z istoty korowej cholina, wywierająca na ciśnienie krwi działanie odwrotne, niż adrenalina, jest, być może, tylko sztucznym wytworem, powstającym z lecytyny. Przypomnieć tu jeszcze należy, że lipidom, które wchodzą również do składu istoty korowej, chemia w ostatnich czasach przypisuje ważne czynności biologiczne (w odporności, w sprawie utleniania i t. d.).

Co się tyczy fizyologii patologicznej, to i tu w ostatnich czasach zdobyliśmy szereg ważnych faktów. SCHUR i WIESEL dowiedli, że w niektórych przypadkach zapalenia nerek zawartość adrenaliny we krwi jest zwiększona, co potwierdził KAUFMANN, GOLDZIEHER, MIĘSOWICZ i MACIĄG. Dalej JONESCU znalazł, że dawki adrenaliny, które nie podnoszą już ciśnienia krwi, wpływają jeszcze na naczynia nerkowe i wywołują skurcz. REICHER po ochłodzeniu ciała zwierząt znalazł wzmożone wydzielanie adrenaliny, przez co naczynia nerkowe mogą zostać elektywnie podrażnione. Wielokrotne śródżylnie zastrzykiwania adrenaliny wywołują u królików przerost serca (MIĘSOWICZ). Jednak szereg innych autorów, jak BITTORF, SCHMINKE, OBERNDORF-

FER, A. FRAENKEL i inni, nie podziela zdania związku wzmożonej serekcji nadnerczy z cierpieniami nerek i naczyń. Ważne pod względem teoretycznym i praktycznym są najnowsze badania HORNOWSKIEGO i NOWICKIEGO. Pierwszy z nich dowiódł, że zarówno chloroform, jak i wstrząs (shok) operacyjny wyczerpują istotę chromochłonną, co w odpowiednich warunkach może pociągnąć za sobą śmierć osobnika. W drugim szeregu doświadczeń HORNOWSKI badał zachowanie się układu chromafinowego w przypadkach śmierci z oparzenia oraz wpływ czynników termicznych na tenże układ. W pierwszym wypadku HORNOWSKI znalazł b. dużą ilość istoty tonizującej, t. j. chromochłonnej w nadnerczach, co uzależnia od wytwarzania się jakichś ciał, krążących w surowicy krwi. Co do wpływu t^o wyższej nad ciepłotę ciała, to polega on na zwiększeniu zapotrzebowania istoty tonizującej, a tem samem szybciej wyczerpuje układ chromafinowy. Nowicki przeprowadził liczne badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek i doszedł do wniosku, że wycięcie jednej lub obu nerek powoduje wyczerpywanie się istoty chromochłonnej, tem większe, im zwierzę żyło dłużej; dalej, że u ludzi z przewlekłym zapaleniem nerek w końcowym okresie a także w mocznicy następuje osłabienie czynności nadnerczy, i że zmiany, spotykane w układzie krwionośnym (naczyniach, sercu) w schorzeniach nerek, pozostają prawdopodobnie w związku ze wzmożoną pracą wydzielniczą nadnerczy.

Co do miażdżycy tętnic, wywołanej przez wielokrotne wstrzykiwania adrenaliny (JOSUÉ, RZĘTKOWSKI, ERB i inni), dotychczas jeszcze nie wyjaśniono, czy znajduje się ona w związku genetycznym z miażdżycą ludzką. Badano nadnercza zwierząt z miażdżycą adrenalinową (LOPPER, HEDINGER, MIESOWICZ, HANDELSMAN, HORNOWSKI i NOWICKI, LANDAU...), nie znajdowano w nich jednak żadnych zmian charakterystycznych. Badania nadnerczy ludzi, dotkniętych miażdżycą, przeprowadzali JOSUÉ, HANDELSMAN, HORNOWSKI i NOWICKI, LANDAU; i tu nie znajdowano żadnych charakterystycznych zmian dla miażdżycy.

Wobec cukropędnego działania adrenaliny nasuwała się potrzeba zbadania zachowywania się nadnerczy w cukrzycy. ZÜLZER pierwszy wyraził zdanie, że doświadczalna cukrzyca trzustkowa jest właściwie wywołana przez adrenalinę, a zatem jest cukrzycą nadnerczową, która występuje przy usunięciu hamującego działania trzustki. EPPINGER, FULTA i RUDINGER przyjmują również, że trzustka i układ chromafinowy oddziałują na siebie wzajemnie hamująco. Po usunięciu trzustki występuje wzmożone wytwarzanie adrenaliny i jednocześnie z tem wzmożone uruchomienie wodoru węgla. Co się tyczy innych rodzajów cukromoczu, to ustalono, że po wycięciu nadnerczy piqüre pozostaje bez skutku (A. MAYER, LANDAU), a WATERMAN i SMIT wykryli, że ukłucie dna 4-tej komory wywołuje zwiększoną zawartość adrenaliny we krwi, i że podrażnienie n. spółczulnego ma w następstwie wzmożone wydzielanie adrenaliny. Mogli oni w ten sposób określić przyczynę cukromoczu od ukłucia (na dnie 4-tej komory), jako podrażnienie nadnerczy za pośrednictwem n. spółczulnego, co przedtem tylko przypuszczano. W chorobie BASEDOWA wykryto również (FR. KRAUS i FRIEDENTHAL) wzmożone wydzielanie adrenaliny, co potwierdził i A. FRAENKEL.

Jeżeli między nadnerczami a trzustką istnieją wzajemne wpływy hamujące, to między nadnerczami i tarczycą stosunki są wzajemnie przyspieszające (EPPINGER, FULTA i RUDINGER). Mniej wyjaśnione są stosunki nadnerczy do gruczołów płciowych. W czasie ciąży nadnercza są zmienione; w okresie karmienia zabójczo działające wycięcie nadnerczy srowadza dopiero po dłuższym czasie śmierć (EHRMANN). W zwyrodnieniu nadnerczy THUMM spostrzegł rozwój wtórnych męskich cech płciowych u 17 letniej dziewczyny. W kościozmięku, pozostającym w związku z nadmierną, jak przyjmują, czynnością jajników, stosowanie adrenaliny ma działać pomyślnie (Bossi). U obojniaków kobiecych nieraz znajdowano przerost nadnerczy (NEUG-BAUER). Co do stosunku nadnerczy do przysadki, to THAON w 4 przyp. choroby ADDISONA wykazał w przysadce pewien stopień bujania komórek nabłonkowych.

Stosunkiem nadnerczy do choroby ADDISONA zajmowały się więcej badania anatomiczno-patologiczne. O ile zmiany dotyczą całego aparatu nadnerczy lub większej jego części, występują objawy ostrej lub przewlekłej niedomogi nadnerczy. Ponieważ nadnercza, jak dowodzą badania doświadczalne i kliniczne, są niezbędne do utrzymania życia, doniesienia o zupełnym braku tych gruczołów musimy przyjmować b. sceptycznie, tembardziej, że te skąpe dane należą do dawniejszej literatury. Inaczej rzecz się ma z niedorozwojem tych narządów, który, jak wiadomo, prawie stale występuje w niektórych zniekształceniach mózgu, szczególnie w płodzie bezmózgim. Z nowszej literatury mamy do zanotowania przypadki niedorozwoju całego układu chromochłonnego, zakomunikowane przez WIESELA. Na zasadzie spostrzeganych przez siebie 3 przypadków WIESEL sądzi, że przy niedostatecznej czynności układu chromochłonnego najłżejsze szkodliwości wywołać mogą porażenie naczyń i serca. Jako uzupełnienie tych faktów podaje HEDINGER, że *status lymphaticus*, w którym tak często zdarzają się przypadki nagłej śmierci, zazwyczaj połączony jest z niedorozwojem tkanki chromafinowej. Dane te muszą być jeszcze przedmiotem dalszych badań.

Najsilniejsze objawy niedomogi nadnerczy (znaczną adynamię, upadek ciśnienia krwi...) spotykamy w krwawieniu w tych narządach, które najczęściej ma swe siedlisko w istocie rdzennej i dosięgnąć może znacznych rozmiarów. Przy obustronnem występowaniu krwawienia te prowadzą do ciężkich objawów i zazwyczaj do śmierci nagłej. Co się tyczy objawów klinicznych, to przyjąć można 3 typy: 1) objawy nerwowe, jak: bredzenie, drgawki, śpiączka, obniżenie ciepłoty, syncope; 2) objawy otrzewnowe, jak: wzdęcie brzucha, silne bóle brzucha, zapaść; 3) przy nieco dłuższym przebiegu: ogólne osłabienie, wymioty, biegunka, objawy nerwowe, w pojedynczych przypadkach zabarwienie skóry, a więc obraz zbliżony do choroby ADDISONA.

Choroba ADDISONA najczęściej uwarunkowana jest, jak wiadomo, grucziłą nad-

nerczy; godnem jest uwagi, że w takich przypadkach w innych okolicach ciała znajdujemy tylko b. nieznaczne zmiany grucziłcze albo też żadnych zmian nie znajdujemy. Dla ostatnich przypadków przyjmowano wrodzone przeniesienie grucziłcy, ale to bynajmniej nie tłumaczy faktu, że grucziła sadowi się właśnie w nadnerczach i to zazwyczaj w obu narządach, jakkolwiek gruczoły te przy tak częstem występowaniu ciężkich spraw grucziłczych w ustroju b. rzadko ulegają grucziłcy. BABÈS na 50 przyp. ogólnej grucziłcy znalazł wszystkiego 2 przyp. grucziłcy nadnerczy z chorobą ADDISONA, ale, podług tegoż autora, grucziła nadnerczy bez objawów ze strony tego narządu jest b. częsta. W grucziłcy prosówkowej ostrej i przewlekłej nadnercza są prawie zawsze zajęte sprawą grucziłczą, ale w większości przypadków sprawa ta jest tu mało wyrażona i nie wywołuje żadnych objawów klinicznych. Wyłączne niemal zajęcie nadnerczy w chorobie ADDISONA najprościej wytłumaczyć można, przyjmując wrodzoną słabość tych gruczołów w odnośnych przypadkach. Z tym poglądem dobrze zgadza się spostrzeżenie HEDINGERA, że *status thymicus* i *m. Addisoni* występują często razem. W znacznej mniejszości przypadków choroby ADDISONA spotykamy nie grucziłce nadnerczy, lecz inne zmiany (zanik, marskość i t. d.).

Uderzająca jest okoliczność, że raki pierwotne i wtórne nadnerczy rzadko tylko prowadzą do typowego syndromu ADDISONA. Spostrzeżenia, w których w chorobie ADDISONA nie było zmian w nadnerczach, albo przy zmianach w nadnerczach nie było bronzowego zabarwienia skóry, doprowadziły do przyjęcia właściwego siedliska choroby zewnątrz nadnerczy, a, że względu na objawy kliniczne, przede wszystkim w układzie nerwowym. Zmiany patologiczne w obrębie nerwu spółczulnego znajdowało wielu badaczy, ale wkrótce okazało się, że te zmiany nie są stale, a niekiedy tak nieznaczne, że niepodobna było upatrywać w nich przyczyny choroby ADDISONA. Jeszcze mniejsze znaczenie mają spotykane niekiedy zmiany patologiczne w rdzeniu, tembardziej że, podług poszukiwań KAHLDENA, zmiany te w tem samym na-

tężeniu występują również w gruźlicy innych narządów. NEUSSER usiłuje zająć pośrednie stanowisko, uważając chor. ADDISONA za cierpienie układowe, które wychodzić może z każdego punktu łańcucha: rdzeń, n. spółczulny, nadnercza. Podobny pogląd wypowiadają też BITTORF i inni, a mianowicie, że przyczyną chor. AD. są zaburzenia w czynności nadnerczy, i że te zaburzenia mogą być wywołane przez cierpienie samych nadnerczy lub n. spółczulnego. W ten sposób można tłumaczyć przypadki chor. ADDISONA przy pozornie zdrowych nadnerczach. Częstość jednak takich przypadków pozostaje w odwrotnym stosunku do ścisłości, z jaką dokonywa się badanie, a w nowszej literaturze podobnych przypadków prawie wcale nie notowano. Trudno wytłumaczyć te bynajmniej nie rzadkie przypadki, w których wybitne cierpienie nadnerczy nie daje objawów ADDISONA. Wylączyć tu należy te przypadki, w których sekcyja wykazuje zachowanie mniejszych lub większych uczestków zdolnej do funkcji tkanki nadnerczy albo dodatkowe nadnercza. Jakkolwiek bywają przypadki chor. ADDISONA przy zniszczeniu tylko jednego nadnercza, co próbowano wytłumaczyć przez odruchowe zajęcie drugiego narządu, ale nie da się zaprzeczyć, że pozostałe resztki nadnerczy albo dodatkowe nadnercza wraz z n. spółczulnym mogą przejąć czynności zniszczonych części. Dyskusji ulegać mogą tylko takie przypadki, w których przy braku choroby ADDISONA autopsya wykazuje zupełne zniszczenie obu nadnerczy. I tu spodziewać się można, że podobne przypadki staną się rzadsze w miarę powiększenia ścisłości spostrzeżeń i postępów naszych wiadomości o klinice choroby ADDISONA, przy czem przede wszystkim pamiętać należy, że zabarwienie skóry nie jest konieczne dla rozpoznawania tej choroby. Objawy choroby ADDISONA (asthenia, anaemia, obniżenie ciśnienia krwi, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe i nerwowe) występują tylko w przewlekłym przebiegu choroby, przy szybkim zaś postępowaniu zniszczenia nadnerczy występują jedynie burzliwe objawy niedomogi nadnerczy, jak w krwawieniach z tych narządów.

Najnowszą próbę wyjaśnienia podał WIESEL. W 7 przypadkach chor. ADDISONA ustalił on fakt, że zawsze komórki chromafinowe w całym układzie *n. sympathici* uległy mniej lub więcej zupełnemu zniszczeniu; przeciwnie, w 1 przyp. obustronnej ciężkiej gruźlicy nadnerczy bez choroby ADD. nietylko nie mógł znaleźć żadnego braku, lecz, przeciwnie bujanie tkanki chromafinowej. Przeto WIESEL wypowiada pogląd, że choroba ADD. jest pierwotnem cierpieniem układu chromafinowego, i że dopiero wtórnice bywa zajęta kora nadnerczy i zwojowe odcinki n. spółczulnego. Ta teoria WIESELA nie została dotychczas stwierdzona na obszerniejszym materiale.

A zatem przychodzimy do wniosku, że, aczkolwiek postępy fizjologii i patologii nadnerczy w ciągu ostatnich lat są olbrzymie, to jednak potrzeba jeszcze starannych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych dla wyjaśnienia nie jednej ciemnej kwestyi. Natomiast embryologię i histologię nadnerczy uważać można za mniej lub więcej zakończone, przynajmniej w sprawach najważniejszych, zasadniczych.

Gruzoły płciowe.

Badania nad tymi właśnie gruczolami zapoczątkowały naukę o gruczolach z wydzieliną wewnętrzną. Podobnie jak w trzustce i niektórych innych gruczolach, musimy i tu rozróżniać 2 części: gruczoł z przewodem, wyprowadzającym wydzielinę nazewną, oraz część gruczolową bez przewodu, t. j. wydzielającą swoje wytwory do układu krwionośnego, wzgl. chłonnego. Na ten drugi gruczoł składają się szczególne komórki t. zw. komórki śródmiąższowe (*cellulae interstitiales*, Zwischenzellen), odkryte przez LEYDIGA jeszcze w 1850 r. i spotykające się przeważnie w przestrzeniach między kanalikami nasienionymi. Są one najczęściej zgrupowane w mniej lub więcej znacznej liczbie, bądź w postaci kulistych skupień, bądź w postaci powrózków. Stoją w b. bliskim stosunku do naczyń, a na przekrojach widać, jak układają się dookoła naczyń włosowa-

tych. Komórki śródmiąższowe bywają albo okrągłe, albo owalne albo nieprawidłowo wielokątne wskutek ucisku wzajemnego. Posiadają wszystkie cechy cytologiczne pierwiastków gruczołowych, jak to wykazuje budowa ich jądra, obecność w ich cytoplazmie licznych produktów wydzielania (ziarenka pęcherzyki z wydzieliną, tłuszcz, barwnik, kryształoidy), jak również istnienie cyklu wydzielniczego. Zdaniem najbardziej zasłużonych w tej dziedzinie badaczy, ANCELA i BOUINA, komórki te uważać można za „gruczoł śródmiąższowy“ jądra, „gruczoł diastematyczny“ (od *διάστημα* = *interstitium*). Zdaniem wielu autorów (LEYDIG, HANSEMANN, PLATO, FRIEDMANN), komórki śródmiąższowe pochodzą z komórek stałych tkanki łącznej.

Istnienie wydzielania wewnętrznego jądra podniósł po raz pierwszy BROWN-SEQUARD, a późniejsze badania anatomiczne i fizjologiczne potwierdziły ten pogląd. Zdaniem ANCELA i BOUINA, jedynie od gruczołu śródmiąższowego zależy wydzielina wewnętrzna jądra, która wpływa na wszystkie układy w ustroju, i od której zależą czynności płciowe oraz cechy płciowe. Z rozmaitych doświadczeń na zwierzętach (wycięcie jednego lub obu jąder, podwiązanie lub przecięcie przewodu wyprowadzającego i t. d.) wynika, że gruczoł śródmiąższowy jest jedyną częścią jądra, która gra rolę ogólną w ustroju i wpływa na czynność płciową oraz cechy seksualne. ANCELA i BOUIN przypisują jeszcze gruczołowi śródmiąższowemu rolę obrony ogólnej. I rzeczywiście, gruczoł ten ulega przerostowi w początku niektórych chorób wyniszczających, jak niedokręwistość złośliwa, rak, gruźlica. Voisin przyjmuje nadto rolę obrony komórek nasiennych od pierwiastków toksycznych, które po przedostaniu się do kanalików nasiennych mogłyby wywierać szkodliwy wpływ na komórki nasienne.

W patologii gruczołu śródmiąższowego główną rolę zdają się odgrywać zmiany rozwojowe, niedorozwój, zanik skutkiem zmian zapalnych lub z innych przyczyn. Następstwem tych zбоceń często bywają zaburzenia w rozwoju somatycznym, głównie zaś kośćca, oraz zaburzenia psychiczne. BRISSAUD i MEIGE opisali w okre-

sie dojrzewania płciowego postać *akromegalii przejściowej*, cechującej się wielkością stóp, dłoni i nosa. LAUNOIS i ROY mówią o *gigantyzmie przejściowym*, zdradzającym się nie tyle przez nadmierny wzrost, ile przez nadmierne wydłużenie dolnych kończyn w stosunku do tułowia. W następstwie zatrzymania rozwoju jąder, wrodzonego lub występującego w dzieciństwie, czy to skutkiem podwójnego wnetrostwa (*cryptorchismus*), czy też innej sprawy chorobowej, rozwijają się zaburzenia fizyczne i intelektualne. Osobnik taki jest zwykle wysokiego wzrostu, zgarbiony, ma kończyny dolne b. długie, cechy kobiece, piersi i biodra rozwinięte, upośledzony rozwój włosów na ciele i pozostałość chrząstek nasadowych po ukończeniu normalnego okresu wzrostu i odznacza się nadto umysłem chłopcym. U osobników z opóźnieniem rozwoju płciowego spostrzegamy w jednych przypadkach brak wtórnych cech płciowych i odpowiednie objawy psychiczne, w innych zaś tego nie widzimy. Różnica ta zależy, prawdopodobnie, od tego, że u jednych gruczoł diastematyczny jest normalnie rozwinięty, podczas gdy u innych rozwój jego jest opóźniony, bez względu na to, czy ich gruczoł płciowy i jego przydatki są normalnie rozwinięte, czy nie. U osobników z niedorozwojem lub zanikiem jąder spostrzegamy często zatrzymanie rozwoju lub zniekształcenie mózgu, co tłumaczy częstość osłabienia umysłowego ze wszystkimi jego stopniami oraz wszystkie psychozy, których może być źródłem.

Jaki jest stosunek gruczołów zarodkowych do *infantylizmu*? Ostatni, jak wiadomo, jest zbiorem objawów zależnych od wielu przyczyn. Najczęstsza i najlepiej znana postać infantylizmu jest to infantylizm pochodzenia tarczycowego (prawdziwy infantylizm BRISSAUDA). Zdaniem BRISSAUDA, nabyty zanik jąder, spostrzegany u pewnej liczby infantylików, nie jest przyczyną, lecz następstwem okoliczności, które wytworzyły infantylizm. W prawdziwym infantylizmie BRISSAUDA brak wtórnych cech płciowych jest więc w zależności od zmian w tarczycy, zaszłych w dzieciństwie. Analogiczną rolę mogą grać zmiany, powstałe w dzieciństwie

i w innych gruczolach, jak w przysadce i nadnerczach (NAZARI, MORLOT). I w jednym przypadku referenta nowotworu przysadki istniały wybitne cechy infantyilizmu, połączonego z feminizmem i otyłością. APERT wykazał, że dystyreoidyzm również może występować nie tylko pod postacią infantyilizmu czystego, lecz także pod postacią feminizmu albo kryptorchizmu z otyłością lub bez niej. We wszystkich tych przypadkach infantyilizm zdaje się pochodzić z oddziaływania zmian glandularnych na jądra, które w swym rozwoju zostają opóźnione i wpływają na dalsze trwanie stanu infantylnego. Tak samo, zdaje się, rzecz się ma u infantylnych z niedorozwojem dróg tętniczych lub ujść sercowych albo ze zmianami w trzustce, wątrobie, śledzionie.

Obok tego istnieje postać infantyilizmu wskutek pierwotnych zmian w gruczolach zarodkowych. Cechuje ją często mały wzrost przy długich ramionach i zbyt długich w stosunku do tułowia kończynach dolnych; jest to t. zw. *infantylizm typu LORRAINE*. Zbliżona do niego jest postać, opisana przez RUMMO pod nazwą: „la g erodermie g enitodystrophique”, którą cechuje zwi dla twarz starca, co stanowi, podlug RUMMO, oznaki starczości. Ale zaznaczyć nalezy, że w dystrofiach pochodzenia gruczolowego często spotykamy się z mieszanin  cech starczości i infantyilizmu.

Niedostateczno  diastematyczna, rozwijająca się w okresie przed dojrzaoci  płciową, pociaga za sobą brak wtórnych cech płciowych i następce zmiany psychiczne wspólne dla wszystkich postaci infantyilizmu (puerylizm umyslowy, psychologia dziecka). Ale ponieważ gruczol płciowy jądra może być niedostateczny przy zupełnie normalnym gruczole s rdmi szowym, latwo zatem zrozumieć, że osobnik z niedostatecznością jądrową może nie by  infantylikiem.

Jaki jest stosunek niedostateczności gruczolow  zarodkowych do gigantyzmu? Gigantyzm, polegający na persystencji chrząstek nasadowych, których funkcya nadmiernie przeciaga się poza termin normalny, uzależnia się obecnie od przerostu i wzmożonej czynności przysadki mózgowej. Nadmierny wzrost olbrzymow  uwarunkowany jest g w-

nie wydlueniem kończyn dolnych. Otóż jest rzeczą godną uwagi, że anormalne zachowanie się chrząstek nasadowych i nadmierne wydluenie kończyn dolnych spostrzegamy również u ludzi i zwierząt, pozbawionych w m dości ich narz dow płciowych. Wiemy to ze spostrzeen nad eunuchami, które robili LORTET, ECKER, BECKER, GODARD i inni, jak również ze spostrzeen TANDLERA i GROSSA nad „skopcami”, którzy są wysokiego wzrostu, mają dlue nogi, nie mają zarostu, są często otyli, wygląd mają kobiecy i głos wysoki, jak u kobiet. Fakty te nabierają tem więcej donios ci, gdy je zestawiamy z tem, że w gigantyzmie (*gigantismus infantilis*) istnieje często brak rozwoju lub zanik narz dow płciowych ze wszystkimi wynikającymi ztąd zaburzeniami płciowymi. Z faktow tych przekonywamy się o  cislym związku funkcjonalnym, zachodzącym między gruczolami płciowymi a przysadk , a jednocześnie dają one do myślenia, że wzmożona czynno  osteogenetyczna komórek chrząstek nasadowych znajduje się w zależności od wzmożonej czynności przysadki oraz prawdopodobnie i innych gruczolow (tarczycy, grasicy...). I rzeczywiście badania doświadczone nad zwierzętami przekonywają, że trzebienie ma często w następstwie przerost przysadki (FICHERA).

Mikromelia, powstająca wskutek zmian troficznyc w chrząstkach nasadowych (chondrodystrophia), jest poniekad stanem odwrotnym, ni gigantyzm. Jak w gigantyzmie widzimy ryzomeliczny charakter wydluenia kości, tak w mikromelii taki sam charakter posiada skr cenie kończyn. Mamy tu, w przeciwieństwie do gigantyzmu, przedwczesne skostnienie chrząstek nasadowych. Ztąd zrodzila się hipoteza, że chondrodystrofi  czyli achondroplazj  przypisać nalezy wzmożonej czynności jąder. Na korzy c tej hipotezy przemawia fakt, że u mikromelikow narządy płciowe oraz *libido sexualis* są często b. rozwinięte, jak również wynik doświadczeń DORA i MAISONNAVEA, którzy przez wstrzykiwanie płynu jądrowego zwierzętom otrzymali względne wyja wienie chrz tki nasadowej i redukcj  wzrostu.

Jestto faktem, oddawna znanym, że przy

zniesieniu lub osłabieniu czynności gruczołów płciowych występuje skłonność do otyłości. Podobne zjawisko zaznaczyliśmy już wielokrotnie w następstwie cierpienia i innych gruczołów: tarczycy, grasicy, przysadki, *gl. pinealis*. Z powodu otyłości pochodzenia przysadkowego już była mowa o tem, że niektórzy skłonni są otyłość, występującą przy guzach przysadki, przypisać wpływowi gruczołów płciowych. W odnośnym miejscu przytoczone były dowody, przemawiające przeciw takiemu zapatrywaniu. Tu dodamy tylko, że otyłość spotykamy w wielu cierpieniach gruczołowych, którym towarzyszy zanik narządów płciowych (akromegalia, gigantyzm, infantyizm), dalej u eunuchów, skopców, u kobiet w okresie ciąży i okresie pokwitania, gdzie czynność jajników ustaje. TANDLER i GROSS wykazali, że przy zaniku gruczołów płciowych u zwierząt spostrzegamy niekiedy trwanie grasicy, jak w *status lymphaticus*.

Nierównie częściej, niż u mężczyzn, zdarzają się zaburzenia czynności gruczołów płciowych u kobiet. Po kastracyi jajników otrzymujemy w 86 na 100 przyp. sztuczną menopauzę, wywołującą cały szereg zaburzeń nerwowych: przyplwy krwi, poty, zawroty

głowy, bóle głowy, kołatanie serca, amnezyę, zaburzenia umysłowe i t. d. Różne zaburzenia powstają także w następstwie różnych aktów życia płciowego u kobiet: dojrzewania płciowego, miesiączkowania, ciąży, okresu pokwitania. Niedomoga jajników fizjologiczna, czy to przedwczesna, naturalna, czy też sztuczna (po trzebieniu), wywołuje cały szereg objawów, które przypominają objawy wzmoczonej czynności tarczycy. BANDLER, uważa je nawet za identyczne z hypertyreoidyzmem, który stanowi częste następstwo osłabienia lub zniesienia czynności jajników. Niekiedy zaś rozwijają się stany, przypominające śluzozbrzęk nierozwinięty (DALCHÉ, GLUZIŃSKI i in.) lub rozwinięty. Nadmiernej czynności jajników przypisuje się powstawanie osteomalacyi.

Co się tyczy korelacyi gruczołów płciowych do innych gruczołów, to o nich już mówiliśmy niejednokrotnie i przekonaliśmy się, że cierpienia prawie wszystkich gruczołów wywołać mogą zaburzenia w narządach płciowych, i że cierpienia tych ostatnich odbijają się na czynności innych gruczołów. Nie będziemy zatem powtarzali tu tych faktów.

(Dok. nast.).

Wiadomości drobne.

+ Raoul BAYEX badał w pracowni J. VALLOTA na Mont Blanc wydzielanie soku żołądkowego. Z badań tych wynika, iż: 1) ilość soku żołądkowego znacznie zmniejsza się na znacznych wysokościach górskich, 2) kwaśność ogólna jest zmniejszona nieznacznie, 3) czynność trawienia soku jest znacznie zmniejszona. Równocześnie występuje brak łaknienia, wstręt do pokarmów, często wymioty obok szeregu innych objawów ze strony serca i płuc, zależnych od zmniejszonej ilości tlenu w atmosferze. Objawy powyższe występują zarówno przy wchodzeniu na góry, jak i przy wznoszeniu się na znaczne wysokości balonami i aeroplanami.

(Acad. de sc. 13. II 1911).

(Gaz. des hôpit. 321. 1911).

+ M. JACOB dokonał perikardiotomii w przypadku ropnego zapalenia osierdzia z wynikiem pomyślnym. Po stwierdzeniu wysięku w osierdziu próbował bezskutecznie opróżnienia osierdzia za pomocą przekłucia, usunął więc część chrząstki V żebra i znalazł wysięk ropny poza sercem, które zmuszony był chwilowo odsunąć. Chory wyzdrowiał. W dyskusyi M. FAUBE przestrzega, aby nigdy nie pozostawiać sączka w osierdziu, jest to bowiem źródło zakażenia.

(Soc. de Chir. 22. II 1911).

J. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia gastrologicznego z dnia 16 listopada 1910 r.

a) RÓBIN demonstruje skrzynkę w ego pomysłu, która, pomimo niewielkich rozmiarów, mieści w sobie wszystkie przyrządy, niezbędne specjalście chorób żołądka do wyjazdu na miasto, a więc: zgłębniki twarde, zgłębniki miękkie do przepłukiwania żołądka, przyrząd HEGARA, aspirator, balon, szprycę PRAVATZA, ważniejsze leki i buteleczki.

b) SZPIKOWSKI demonstruje chorego S. B., lat 44, z oddziału kol. J. SKŁODOWSKIEGO. Wstąpił do oddziału przed 14 dniami ze skargami na silne bóle w żołądku, trwające od 6 miesięcy. Cierpi na przewód pokarmowy około 12 lat, mianowicie miewał ściskania w dołku, bóle brzucha i rozwolnienie po 2—3 razy dziennie z wydymaniami. Przed 15 miesiącami był badany dokładnie przez RÓBINA, który stwierdził wówczas *achyliam gastricam completam* i uzależnił cierpienie kiszek od zniesionego wydzielania soku żołądkowego (*gastrogene Diarrhoe*). Pod wpływem diety i kwasu solnego stan chorego się wówczas poprawił, bóle w dołku występowały rzadko, ale wypróżnienia bywały 1—3 dziennie miękkie. Potem w ciągu 9 miesięcy czuł się względnie dobrze, a od 6 miesięcy nastąpił jakby nowy zwrot w chorobie: wypróżnienia stały się sformowane, ale wystąpiły silne bóle w żołądku codziennie, często wieczorem i w nocy, często doznaje uczucia bolesnego przekręcania w dołku z nudnościami i zwracaniem wodnistego płynu, poczem ból natychmiast ustaje. Apetyt zmniejszony, odbijania puste, wymiotów nie było; wyraźnego chudnięcia chory nie spostrzega.

Przy badaniu brzucha stwierdzono, co następuje: gruczoły pachwinowe nie powiększone wyraźnie; w dołku wyczuwa się na linii środkowej stwardnienie nierówne, twarde, bolesne na ucisk, idące nieco na lewo. Przy badaniu żołądka naczeczko stwierdzono 175 cm. sz. zawartości pokarmowej,

barwy zielonawo-szarej, woni nieprzyjemnej, odczynu kwaśnego, bez wolnego HCl; ogólna kwaśność = 40, z kwasem mlecznym i dodatnią próbą WEBERA na krew. Pod drobnowidzem są bardzo liczne laseczniki długie, włókna mięsne, tłuszcz, erytrocyty, leukocyty, nabłonki; czerniaków niema.

Po śniadaniu próbnem. Zawartość źle strawiona, L=0, A=25. W kale i w moczu nic patologicznego. Płyn, zwrócony przy uczuciu przekręcania w żoł., jest mętny, ciągnący się, bezbarwny, bez resztek pokarmu, odczynu alkalicznego; pod mikroskopem: śluz i nabłonki.

Wszystkie dane kliniczne (stwardnienie, rozwijające się od 6 miesięcy, zwięźnienie odzwierniaka z zastojem pokarmów, brak HCl, obecność kwasu mlecznego) przemawiają niewątpliwie za rozpoznaniem nowotworu złośliwego żołądka. Jednakże rozpoznanie to nasuwa parę zastrzeżeń, gdyż a) chory już 15 miesięcy temu miał zniesione wydzielanie w żołądku, b) cierpi oddawna na rozwolnienie, zależne prawdopodobnie od braku HCl w żołądku, — zatem brak HCl nie jest powodowany sprawą nowotworową, rozwijającą się od 6 miesięcy, c) — nie chudnie wyraźnie i d) — próba WASSERMANNA wypadła dodatnio(2+).

Pozostaje więc pytanie, czy mamy tu do czynienia z dwiema sprawami chorobowymi od siebie niezależnymi, t. j. z nowotworem złośliwym + przymiotem, czy też z samym tylko gumatem żołądka — i czy wobec tego wskazany jest zabieg operacyjny (*gastroenterostomia*).

RÓBIN uzupełnia powyższe dane i dodaje, że chory zwrócił się do niego przed 15 miesiącami wyłącznie z powodu długotrwałej biegunki, nie poddającej się żadnej terapii, że wykonane zostało wówczas badanie sprawności kiszek metodą SCHMIDTA, które wykazało obecność znacznej ilości tkanki łącznej w kale; że wobec tego zbadany został chemizm żołądka, i stwierdzono *achyliam gastri-*

cam i uzależniono biegunkę od braku HCl w żołądku (*gastrogene Diarhoe*); że chory czuł się potem dobrze, dopiero od 6 miesięcy zapadł na jakąś nową chorobę, czysto żołądkową. Jakkolwiek dużo danych przemawia w tym przypadku za rakiem odźwiernika, to jednak dodatni wynik próby WASSERMANN, brak wyraźnego chudnięcia, niezależność braku HCl od obecnej sprawy chorobowej — zmuszają do przypuszczenia możliwości istnienia gumatu w odźwierniku, do zastosowania leczenia swoistego i do dalszej obserwacji chorego. Przypadek jest ciekawy z dwóch względów: jeśli się okaże rak, to rozwinął się on na tle długotrwałej *achylia gastrica*, co jest zjawiskiem rzadkiem, jeśli gumat, to dawał wszystkie typowe oznaki kliniczne raka odźwiernika.

LANDAU sądzi, że jest to prawdopodobnie rak odźwiernika, gdyż odczyn WASSERMANN nie był całkowity, lecz tylko 2 + +, następnie raki mogą przebiegać bez wyraźnego chudnięcia; jest ciekawe istotnie, czy dawniejsza *achylia gastrica* jest w związku z obecną sprawą, czy też nie.

MINTZ uważa, że chory nie robi wrażenia chorego, dotkniętego rakiem, i że wogóle w danym przypadku niema zupełnie pewnych danych dla rozpoznania raka. Co się tyczy przymiotu żołądka, to sam spostrzegł przypadek guza odźwiernika z zastojem pokarmów, bez HCl, z kwasem mlecznym, z lasecznikami długimi, a tymczasem chory kilkanaście lat żyje jeszcze; w tych razach tylko *ex juvantibus* można rozpoznanie zrobić.

GRUNDZACH również podziela powyższe zdanie, że należy w danym przypadku zastosować leczenie przeciwprzymiotowe (*cura mixta*); na dowód możliwości przymiotu żołądka przytacza przypadek 60 letniego chorego z guzem żołądka i typowymi objawami klinicznymi, u którego nagle wystąpiło owrzodzenie na migdałkach, — po zastosowaniu leczenia swoistego guz znikł.

SKŁODCWSKI wprawdzie nie spostrzegł nigdy podobnego przypadku przymiotu żołądka z guzem i zwężeniem odźwiernika, ale uważa przedstawiony przypadek za dość dziwny; nieprawdopodobne bowiem jest istnienie w danym przypadku raka od 15 miesię-

cy, bo stan ogólny chorego byłby inny. Co do operacji, to sądzi, że, jeżeli chory nie będzie tracił na wadze przy przepłukiwaniach żołądka, to można z rękoczynem poczekać.

ZAWADZKI J. przypomina, że przymiot żołądka przebiega najczęściej pod 2 postaciami: wrzodu i gumatu, a i gumaty często ulegają owrzodzeniu i cechują się nadkwaśnością soku żołądkowego. U danego chorego badanie na labferment mogłoby może wyjaśnić sprawę, w każdym razie sądzi, że należy przeprowadzić leczenie specyficzne i poczekać 2—3 tygodnie na wyniki.

HALPERN zgadza się, że nieraz raki nie dają objawów charłactwa, ale w danym przypadku stwierdzono w zawartości żołądka obecność krwi, zatem charłactwo powinno być większe.

REJCHMAN uważa dany przyp. za bardzo ciekawy. Spostrzegł przypadek przymiotu żołądka u panny z guzem odźwiernika, objawami zastoju pokarmów w żołądku, brakiem HCl, charłactwem i t. d. Wykonana została operacja (gastroenterostomia i rezekcja odźwiernika), znaleziono w odźwierniku twarde duże guz wielkości pięści, ograniczony — badanie drobnowidzowe wykluczyło zmiany rakowe — chora doskonale się czuje do dnia dzisiejszego (3 lata). W danym przypadku nie mógłby zrobić stanowczego rozpoznania, bo nawet dokładnie guza nie wyczuwa, ale w każdym razie uważa operację na razie za przeciwwskazaną.

MINTZ dodaje, że chemizm żołądka w jego 5 przypadkach przymiotu żołą. był rozmaity, i nieraz właśnie zachowywanie się chemizmu żołą. rozstrzyga i rozpoznanie.

RÓBIN podkreśla uwagę MINTZA, że właśnie dysproporcja między objawami klinicznymi a chemizmem żołą. odgrywa pewną rolę w rozpoznawaniu przymiotu żołądka, np. w jednym swoim przypadku spostrzegł zachowane wydzielanie soku żołą. (*subaciditas*) przy charłactwie ogólnym.

SADKOWSKI odczytał rzecz p.t.

„Wskazania i przeciwskazania do przepłuk. żołądka”. Przepłukiwać żołądek należy 1) w ostrych otruciach, 2) ostrych nieżytych żołądka w celu usunięcia zawartości,

wywołującej podrażnienie błony śluzowej żołądka, 3) w przewlekłych cierpieniach żołądka z nadmiernem wydzielaniem śluzu, 4) w przypadkach rozszerzenia żołądka, kiedy mamy zaleganie pokarmów, połączone z fermentacją, 5) w ostrem rozszerzeniu żołądka, niezależnie od przyczyny i warunków powstania tegoż, 6) we wrzodzie okrągłym żołądka w celu usunięcia drażniącej żołądek zawartości, 7) w sokotoku żołądkowym z nadkwasnością trawienną, 8) w ostrem zamknięciu światła kiszek, 9) w celu usunięcia wymiotów w choleryze azyatyckiej, 10) w tym samym celu w końcu ogólnej anestezji, 11) w wymiotach po gastroenterostomii i parizie kiszek pooperacyjnej, 12) w ostrych zapaleniach błony brzusznej, niezależnie od przyczyny i 13) w cierpieniach nerwowych, jak: przeżuwanie, wymioty zwrotne, wymioty nerwowe samoistne, czkawka.

Za przeciwwskazanie do płukań żołądka uważać należy: 1) Tętniak aorty, 2) świeży krwotok żołądka, 3) świeży krwotok z prostaty, pęcherza, nerek, 4) świeże krwawienie płucne, 5) wybitne zaburzenia ze strony serca, 6) ostatni miesiąc ciąży i 7) nadzwyczajny upadek sił chorego, niezależnie od przyczyny.

W dyskusji ZAWADZKI J. zwraca uwagę na przypadki ostrego otrucia substancjami żrącymi, w których przepłuk. żołą. jest stanowczo przeciwwskazane, bo żrący płyn rozlewa się w ustach, a do żołądka najczęściej nie przechodzi, w warszawskim Pogotowiu Rat. płukanie żołą. jest w tych razach wzbronione. W niedrożności kiszek nie należy tracić czasu na przep. żołą., lecz szybko operować.

RÓBIN uważa za słuszny pogląd ZAWADZKIEGO co do powstrzymywania się od płukania żołą. w przypadkach otrucia substancjami żrącymi, ale sądzi, że płukanie żołą. jest jednak w tych razach wskazane w dwóch wypadkach: a) jeżeli chory jest nieprzytomny (np. otrucie karbolem — objawy ogólne), i b) jeśli chory nie chce zażyć odtrutki (sposztregął przyp. otrucia roztworem łapisu, w którym chora nie chciała pić wody słonej). Zapytuje prelegenta, czy poleca przepł. żołą. w

ostrem zapaleniu otrzewny i wyr. robaczkowego?

GRUNDZACH z dobrym skutkiem przepłukuje żołądek we wrzodzie żołą. ciepłym roztworem półtorachlorku żelaza.

REJCHMAN widział dobre wyniki przepł. żołą. w czkawkach histerycznych, podnosi również wielki pożytek przepł. żołą. w przyp. ostrego rozszerzenia żołą. po operacji.

LANDAU sądzi, że zakres płukania żołą. należy raczej rozszerzyć, a nie zwięzić, tylko w ostrych krwawieniach nie należy żołą. płukać. GRAVITZ poleca ten rękoczyn w *anaemia perniciosa*, STRÜBE w moczówce cukrowej, ale to ostatnie wydaje się L. problematycznym.

TUCHENDLER sądzi, że nie należy mówić o płuk. żołądka w tej lub innej chorobie, gdyż w tej samej chorobie może być raz wskazane przepł. żołą., a drugi raz nie. Skuteczność płuk. żołą. w nerwicach polega na sugestji.

MALINIĄK wyjaśnia pogląd STRÜBEGO, że w moczówce cukrowej przepł. żołądka wywoływać ma odruchowe działanie na trzustkę, — ztąd wpływa na zmniejszenie ilości cukru w moczu. Tenże autor radzi płukać żołądek w kamicy żółciowej, w *asthma bronchiale*.

RÓBIN sądzi, że, jakkolwiek praca i poglądy STRÜBEGO są bardzo dziwne, jednak zasługują na wypróbowanie kliniczne. U nas naogół wskazania do przepł. żołą. są bardzo ograniczone, bo sprowadzają się tylko do zaburzeń w mechanizmie żołą. Należałoby częściej rękoczyn ten stosować i wypracować dokładniejsze wskazania i przeciwwskazania.

SADKOWSKI odpowiada, że w ostrych przypadkach zapalenia otrzewny i wyrostka robaczkowego nie widzi przeciwwskaz. do przepł. żołą., zgadza się, że w ostrem rozszerzeniu żołą. bezwzględnie płukać żołądek należy.

ZAWADZKI J. jest przeciwny przepł. żołądka w ostrych przyp. zapalenia wyrostka robaczkowego, gdyż wskazany jest tu absolutny spokój chorego.

REJCHMAN sądzi, że przyp. ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego należy indywidualizować, niektóre bowiem przypadki

przebiegają z nudn. i wymiotami, i tu zastoso-
wanie przepł. żol. byłoby wskazane.

Zdanie to podziela SKŁODOWSKI.

Protokół posiedzenia gastrologicznego z dnia 21 grudnia 1910 r.

I. REJCHMAN przedstawił chorego, który był dotknięty przewlekłym owrzodzeniem podwyższonej esicy. Ostrą dyzenterję przechodził chory przed rokiem, poczem przez cały rok miał kilkanaście razy na dobę wypróżnienia płynne ze śluzem, z krwią i ropą. Chory leczyl się stale bez dobrego wyniku. Badanie proktosigmoidoskopowe wykryło w esicy na głębokości 18—23 cm. duże owrzodzenie, z którego sączyła się krew. Po kilkunastorazowym zasypaniu owrzodzenia przy pomocy proktosigmoidoskopu proszkiem dermatolu nastąpiło zabliznienie, i stan chorego znacznie się poprawił. Mięwa 1—3 wypróżnień na dobę nawpół płynnych ze śluzem, ale bez krwi i bez ropy. Za pomocą proktosigmoidoskopu widać, że śluzówka odbytncy i esicy na całej przestrzeni jest gładka, normalnie zabarwiona, nie wydziela krwi, ani ropy, jest tylko tu i owdzie pokryta strzępkami śluzowymi.

II. REJCHMAN i KARWACKI. Dziewczynka 14-letnia zachorowała na dwa tygodnie przed przybyciem do Warszawy na napady bardzo silnych bólów w lewej okolicy śródbrzusnej, w miejscu, odpowiadajacem mniej więcej linii sutkowej. Takie napady powtarzały się w domu co parę dni i trwały po kilka do kilkunastu godzin. Innych objawów nie zauważono. Ciężota ciała przez cały czas podniesiona, według słów rodziców, nie była. Widząc pierwszy raz chorą po przyjeździe jej do Warszawy, R. nie był w możności zdać sobie sprawy z charakteru i z przyczyny napadów, o których mu mówiono, gdyż ani napadów w tej chwili nie miała, ani nie można było wykryć żadnych zmian w organach jamy brzusznej, jak również i we wszystkich innych organach. Po upływie dni kilku chora doznała znowu napadu bólów. Przybywszy do niej R. zastał ją wijącą się z bólów, umiejscowionych w brzuchu w tem

samem miejscu, jak w napadach poprzednich. Bóle były b. gwałtowne, ale ograniczone do przestrzeni nie większej, niż dłoń, i nie nasilające się wyraźnie od ucisku. R. dowiedział się przytem, że chora oddała stolec ciemnej barwy. Straciła łaknienie i miała lekkie odbijanie. Przy dokładnem badaniu wszystkich organów nic godnego uwagi nie wykryto. Badanie stolca wykazało, że ciemne jego zabarwienie zależy od domieszki zmienionej przez trawienie krwi.

Mocz składników nieprawidłowych nie zawiera. Krew zawiera przeszło 4,000,000 erytrocytów i 18,000 leukocytów. Gruczoły nie obrzmiały, wątroba i śledziona nie powiększone. Na kościach punktów bolesnych nie ma. Znalezienie krwi w kale zniewalało do przypuszczenia jakiejś sprawy chorobowej w przewodzie pokarmowym, ale jakiej? Wobec względnej krótkotrwałości napadów bolesnych, długich przerw kilkodniowych, wobec zupełnie dobrego stanu podczas tych przerw i wobec braku jakichkolwiek innych danych—na pytanie to R. nie mógł znaleźć żadnej odpowiedzi. W dalszym przebiegu jednakże sprawa się wyjaśniła. Okazało się przy następnych napadach, że nastąpiła zmiana w umiejscowieniu bólów w brzuchu. Zaczęły one występować to z prawej strony, to w dolnej części, to w dołku. Po każdym prawie napadzie zjawiała się krew w stolcu i to już nie zmieniona, lecz świeża, czerwona. W przerwach pomiędzy napadami było silne zaparcie stolca, przy wielu napadach też stolca chora nie oddawała, a przy niektórych napadach zjawiał się samoistny wolny stolec z krwią. W przerwach pomiędzy napadami czuła się chora dobrze, była tylko osłabiona, uważała się w tych przerwach niemal za zdrową. Podczas jednego z pierwszych napadów w Warszawie R. zauważył na skórze obu ud wysypkę krwotoczną pod postacią plam wielkości łebka szpilki do ziarnka grochu. Okazało się dopiero wówczas, że i w domu raz zjawiała się podobna wysypka. Od tej chwili zaczęto na tę okoliczność większą zwracać uwagę i wówczas przekonano się, że każdemu napadowi bólów towarzyszy wystąpienie takiej krwotocznej wysypki w tem lub owem miejscu skóry. Przy niektórych

napadach wysypka ta była bardzo nieliczna, z kilku zaledwie plamek złożona. Dwa razy podczas 4-tygodniowego pobytu w Warszawie zjawiały się u chorej bóle nie w brzuchu, lecz w mięśniach, pierwszy raz prawego ramienia, drugi raz — lewego uda. Prócz gwałtownych samoistnych bólów mięśnie te były i na dotyk bardzo bolesne. Jednocześnie zjawiała się też i krwotoczna wysypka w miejscach nowych lub w starych, już pobladłych. Ciepłota nie podwyższona. Zjawienie się po napadach bólów krwi w stolcach, występowanie jednocześnie z napadem bólów wysypki krwotocznej, zjawienie się bólów w mięśniach z wysypką krwotoczną naprowadziło R. na myśl, że mamy tutaj prawdopodobnie do czynienia z infekcją organizmu, wywołującą krwotoki zarówno w ścianie kiszek (i w żołądku?), co jest powodem bólów, jakoteż w mięśniach skóry i w mięśniach kończyn i tułowia. Jakiego to rodzaju może być infekcja, na to R. odpowiedzieć nie mógł; przypuszczał, że może to być coś podobnego do *peliosis rheumatica*, albo że jest jedną z postaci *septicaemii*. Z tego powodu R. prosił kol. KARWACKI'GO o zbadanie krwi, które to badanie rzeczywiście wykazało, że mamy do czynienia z *septicaemią*. Jest to więc bardzo ciekawy przypadek niezwykłego cierpienia przewodu pokarmowego na tle *septicaemii*. Chora bez poprawy powróciła do domu.

W dyskusji HALPERN sądzi, że, gdybyśmy nawet rozpoznali w danym przyp. zakażenie septyczne, to pozostaje niewytłomaczoną przyczyną bólów napadowych w kiszce.

KNAPPE dodaje, że uderzyła go przy badaniu krwi w tym przypadku przewaga neutrofilów, co nasuwało myśl o ropieniu,

REJCHMAN wyjaśnia, że po 2 tygod. liczba białych ciałek krwi już okazała się znacznie mniejszą.

III. KNAPPE przedstawił przypadek *Enteritis follicularis acuta* w następstwie gościa wielostawowego ostrego z zejściem śmiertelnym.

Przypadek dotyczył chorej, 25-letniej służącej, która wstąpiła do oddziału chorób wewnętrznych Dra HEWELKE w szpitalu Ś-go Rocha dnia 7 listopada 1910 r. ze skargami

na bóle we wszystkich stawach przy temperaturze 40 stopni. Sprawa rozpoczęła się od razu bólami w stawach, które wszystkie spuchły. Przed 6 laty przechodziła sprawę podobną, która trwała 6 tygodni; innych chorób nie przechodziła; na sprawy żołądkowo-kiszkowe nie zapadała.

Przy badaniu przedmiotowym stwierdzono: Chora naogół wątła, blada; gruczoły limfatyczne nie wyczuwalne. Płuca zdrowe. Serce nie powiększone; tony czyste, dźwięczne; puls 120; narządy brzuszne bez zmiany. Stawy barkowe oraz stopowy i kolanowy prawy—bolesne, spuchnięte. Mocz białka nie zawiera. Odczyn PIRQUETA ujemny.

W ciągu pierwszych 10 dni sprawa goścowa wędrowała po stawach z różnym natężeniem: kolanowe stawy szybko wróciły do normy, natomiast ból skoncentrował się w stawach napięstkowych. Zmian w sercu nie było; temperatura prawidłowo się obniżała do 37,6. 11-go dnia pobytu w szpitalu, kiedy chora mogła swobodnie poruszać wszystkimi stawami, temperatura zaczęła się ponownie podnosić do 38, 39, 39,4 i do 40 stopni; chora zaczęła zdradzać stan pewnego podniecenia, zaczęła uskarżać się na bólesci, zrazu po lekarstwie, następnie w związku z wypróżnieniem, a 15-tego dnia wystąpiły objawy biegunki krwawej (po 30—50 wypróżnień dziennie, parcie; w stolcach krew, śluz — ciałka ropne; ameb nie znaleziono). 20-go dnia temperatura nie przekraczała 37,4, objawy biegunki jednak, pomimo zwykłych zabiegów leczniczych, nie ustępowały. W 5 dni później chora zaczęła wymiotować, nie mogła przyjmować ani pokarmów, ani lekarstwa i 30-go dnia zmarła przy objawach ogólnego wyczerpania (pomimo stosowania wlewań podskórnych soli fizjologicznej, stosowania masowego kamfory etc.).

Na sekcji znaleziono: *Enteritis follicularis acuta*. Cała kiszka gruba, począwszy od kątnicy aż do kiszki prostej, na powierzchni wewnętrznej była obrzmiała, usiana zgrubiałymi czerwonymi torebkami (*folliculi*) w takiej liczbie i skupieniu, że śluzówka miała wygląd maliny. Zgrubiałe follikule szły w górę po kiszce cienkiej na $\frac{3}{4}$ metra od

coecum — choć w znacznie mniejszej liczbie. Żadnych oznak dyzenterji nie znaleziono. Nadto znaleziono śluzowy nieżyt żołądka i tłuszczowe zwyrodnienie wątroby.

Enteritis follicularis acuta diffusa występuje, jako jedno z najpoważniejszych powikłań spraw zakaźnych ciężkich (np. ospy, błonicy, płonicy etc.), zwłaszcza u dzieci, i zazwyczaj kończy się letalnie. Dany przypadek na tyle zasługuje na uwagę, że sprawa kiszkowa wystąpiła w przebiegu gościa wielostawowego, o przebiegu niezbyt złośliwym, a nawet w okresie zupełnego niemal jego wyleczenia.

Nawiasowo KNAPPE zwrócił uwagę na wyjątkowo zdrowe płuca, chociaż za życia konstatowano zaostrenie wydechu w szczytce prawym, oraz na przerost dośrodkowy mięśnia lewego serca w związku z wrodzoną wąskością układu krwionośnego arterialnego (bez zmian zastawkowych na aorcie): obwód aorty równał się obwodowi tętnicy płucnej, gdy normalnie powinien przynajmniej o 1 cm. być większym. Na tego rodzaju samoistne „przerosty” serca zwrócił uwagę VIRCHOW w r. 1872.

W dyskusji LANDAU sądzi, że przypadek KN. byłby bodaj unikatem, jako powikłanie gościa stawowego, gdyby dokonane były dokładne badania bakteriologiczne krwi i kału, gdyż bez nich nie można wyłączyć jednak zakażenia septycznego. Aglutynacja krwi rozstrzygnęłaby, czy to nie była dyzenterja.

MALINIAK przypomina, że pozornie stawy mogą wydawać się zdrowe, gdy zmiany w nich mogą być b. poważne, przytacza taki przypadek, w którym na autopsji stwierdzono b. dużo ropy w stawach. Czy tedy objawy kiszkowe nie były tu także wyrazem zakażenia septycznego ogólnego?

ZAWADZKI J. sądzi, że brak zmian w sercu świadczy o braku zakażenia septycznego, że w danym przypadku było jakieś nieokreślone zakażenie ogólne, którego jednym następstwem były objawy stawowe, drugim — zmiany w kiszkach. Oczywiście są to domysły wobec braku badań szczegółowych za życia i po śmierci.

IV. LORENTOWICZ przedstawił projekt ułożenia stałych prze-

pisów dyetetycznych dla chorych w Ciechocinku.

Sprawa racjonalnego żywienia dyetetycznego chorych w Ciechocinku, jak wogóle zresztą we wszystkich zdrojowiskach otwartych, pozostawia dotąd bardzo wiele do życzenia. Pensjonaty i jadalnie w zdrojowiskach prowadzone są przeważnie przez osoby, nie posiadające w tym kierunku zgola żadnych kwalifikacyi. Pozatem przyczyny złego szukać należy w braku jednolitych i dokładnych przepisów dyetetycznych, na których lekarze zbiorowo mogliby oprzeć swe żądania wprowadzenia w poszczególnych pensjonatach żywienia chorych, odpowiedniego dla każdego cierpienia.

W Homburgu, którego źródło — Elisabethquelle — składem swoim jest zbliżone do solanki Ciechocińskiej Nr. 10, tamtejsze Towarzystwo lekarskie ułożyło dla użytku lekarzy ordynujących wzory przepisów dyetetycznych, stosowanych w cierpieniach, najczęściej leczonych w tem zdrojowisku, mianowicie dla *gastritis chronica*, *arthritis urica*, *nephritis chronica*, *enteritis chronica*, *obstipatio habitualis*, *diabetes mellitus*.

Jednocześnie Towarzystwo rzeczono, chcąc pobudzić właścicieli hoteli i pensjonatów do ścisłego stosowania się do zleceń lekarzy, poleciło wykonanie dużych tablic, na których wydrukowano powyższe diety z wyjątkiem ostatniej, jako zbyt specjalnej, i rozesało właścicielom hoteli do zawieszenia w kuchniach. Tablice te ze względów konkurencyjnych przyjęły się, i obecnie chorzy, przebywający w Homburgu, mogą otrzymywać w każdym hotelu żądane potrawy, we właściwy sposób przygotowane, stosownie do wymagań tej lub innej diety.

L. za radą d-ra REJCHMANA zajął się przetłumaczeniem rzeczonych dyet na język polski dla użytku Ciechocinka. Wraz z kol. RUPPERTEM przedstawił je zebraniu ciechocińskich lekarzy zdrojowych, na którym poczyniono niektóre zmiany, np. usunięto zupełnie alkohole. Obecnie w Warszawie diety te były powtórnie przejrane i poprawione odpowiednio do polskiej kuchni przez d-rów REJCHMANA i RÓBINA i nadto uzupełnione są dyetą tuczącą, ochudzającą oraz dyetą w

CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPULKACH STERYLIZOWANYCH

CENA PUDEŁKA 21 AMP. 1R 75. 10 AMP. 1.R 100 AMP. 5R 50.

PIPERAZYL LERAT

Dozwolony za Nr. 278

Cena Rub. 2.25

W pastylkach
flakon 60 pastylek.

Gościec. Dna. Piasek Moczowy. Artrytyzm.

Główna Ajentura G. POMMIER

Petersburg, Pantelejmonowska 24.

Próby wysła się panom lekarzom na¹żądanie.

Rtęć-Resorbina

Najczystsza kuracya wcieraniami

W szklanych tubkach z podziałką

po 15 i 30 grammów

33¹/₃%

25 i 50 grammów

50%

Maść-szkarłatna

według Prof. Schmiedena

Do pobudzania nabłonka,
na ziarninujących powierzchniach ran.

Dawki po 50 i 100 grammów

Próby i literaturę na żądanie

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation
Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36



TERMOGEN

Le THERMOGÈNE.



WATA ROZMIĘKCZAJĄCA I LECZNICZA

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwyczajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczyzniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania i okłady.

Stosowanie TERMOGENU jest wskazane: w gościecu, dnie, bólach nerwalgicznych, w kolce wątrobowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmieniający leczenia, przepisanego przez lekarza.

N.B. Pudełko TERMOGENU wysyła się pp. doktorom na żądanie.

Biurow francuskich produktów farmaceutycznych: GABRIEL POMMIER, ulica Pantelejmonowska Nr. 27 w Petersburgu

Choroby Mózgu
EPILEPSYA, HISTERYJA, NEUROZY
Leczą się skutecznie OD LAT 40 zapomocą

SYROPÓW HENRY MURE

1. z bromkiem potasu. 2. z licznymi bromkami (potasu, sodu i amonii) 3. z bromkiem strontu niezawierającym barytu).

Ściśle dozowane. 2 gramy soli chemicznie czystej w łyżce stołowej i 50 centig. w łyżce od kawy doskonałego syropu ze skórek gorzkich pomarańczy.

Preparaty te starannie przygotowane i zawierające składniki, które są w możności zadośćuczynić wymaganiom praktyków, pozwalają na doświadczalne porównanie w identycznych warunkach wartości leczniczej różnych pojedynczych i połączonych soli bromowych.

FLAKON: 3 rb 90 kop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Phen de 1re cl,
Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostać można we wszyst. aptekach i składach apt. Rossyi.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtanie, w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko.

No 40 katalogi ilustrowane franko.

MACZKA

NESTLE

MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

Zakład Lecznicy Gorbio

pod Mentoną (Riviera)
250 m. n. p. morza położony.



Prospekty dostarcza Administracja Gorbio pod Mentoną

Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

nadkwaśności żołądka—przy pomocy d-ra RÓBINA. L., rozdawszy wszystkim obecnym członkom po jednym egzemplarzu dyet, prosi sekcję o wydanie o nich opinii, ew. o poprawienie, ma bowiem na celu przy zbiorowej pomocy kolegów, czy to w postaci bloków dla użytku lekarzy, czy też w postaci tablic na wzór Homburga, wprowadzić je w użycie w Ciechocinku.

W d y s k u s y i LANDAU sądzi, że wprowadzenie podobnych tablic dyetetycznych uważać można za postęp w tej dziedzinie, gdyż wchodzimy w ten sposób na racjonalną drogę dyetetyki chorobowej.

HALPERN zna stosunki Homburskie i wyjaśnia, że tam tablice te służą głównie dla zakładów, mniej zaś dla lekarzy. W Homburgu są one w rękach wszystkich właścicieli hotelów i pensjonatów; lekarz zaleca choremu odpowiedni numer dyety, i chory kontroluje poniekąd restauratora co do jakości pożywienia. Tablice te powinny znaleźć u nas jaknajszersze zastosowanie.

LORENTOWICZ sądzi, że tablice takie mogą mieć czysto pedagogiczne znaczenie dla właścicieli hoteli i powoli zmuszą tych ostatnich do ścisłego stosowania się do przepisów dyetetycznych i do indywidualizowania swoich pensjonarzy. Jestto zatem pierwszy krok na drodze racjonalnego postawienia tej sprawy.

RZĘTKOWSKI uważa, że dokładne przeprowadzenie ścisłej dyety możliwe jest tylko w zakładach dyetetycznych, w hotelu zaś prywatnym prawie nie można żądać od właściciela, aby u swoich pensjonarzy stosował najróżnorodniejsze nieraz dyety. Rozwiązaniem sprawy byłoby tylko założenie w Ciechocinku dużego zakładu dyetetycznego dla chorych.

POLIKIER sądzi, że tablice te mogą być użyteczne tylko dla lekarzy, dając im możliwość stosowania w każdym przypadku racjonalnej, odpowiedniej do cierpienia dyety. Zgadza się, że nie będą one ostatnim wyrazem w tej sprawie, ale odrazu nie sposób jest zadowolić wszystkich wymagań teoretycznych.

KONWERSKI zastanawia się nad pytaniem,

dla kogo te tablice winny być głównie przeznaczone.

GRUZIŃSKI uznaje pożytek tych tablic i sądzi tylko, że należy ustanowić specjalne tablice dla właścicieli pensjonatów.

ZAWADZKI J. chętniej głosowałby za otwarciem kuchni dyetetycznej w Ciech.; tablice będą jeno wskazówką dla lekarzy i dla chorych. Sądzi, że sekcja pediatryczna powinna zająć się opracowaniem takichże tablic dla dzieci, których wiele przebywa latem w Ciechocinku.

REJCHMAN na podstawie dyskusji stawia zasadnicze pytanie, czy wogóle schematy dyetetyczne są użyteczne, czy nie—i sam bardzo przemawia za potrzebą tego rodzaju tablic, gdyż tablice te — to jedyny i łatwy sposób porozumienia się lekarza z restauratorem. Kontrola taka i porozumienie się są b. potrzebne i możliwe, czego dowodem np. jest fakt, że Combes w Lozannie ma pod swoją kontrolą 4 hotele. W ten sposób wzmacnia się i ustala z czasem wpływ lekarzy na hotele.

RÓBIN wyjaśnia jeszcze, że tablice, będące w posiadaniu hotelarzy, będą opatrzone tylko numerami, ale nie będą nosiły nazw chorób, w których winny być stosowane. Lekarz zatem przepisywać będzie choremu dyetę Nr. 1, 2 i t. d.

LORENTOWICZ w końcowym przemówieniu zaznacza, że daleki jest od mniemania, aby wprowadzenie do kuchni pensjonatów kilku tablic z wypisanymi na nich dyetami mogło podnieść pensjonaty Ciechocińskie do wartości zamkniętych zakładów dyetetycznych, gdzie wagowo na kalorye—ciepłotki obliczają wartość odżywczą spożywanych pokarmów; sądzi jednak, że, aby żądać od właścicieli pensjonatów racjonalnego żywienia chorych, należy, aby lekarze wpiery ustalili własne poglądy na stosowanie tej lub innej dyety, i dlatego jest przekonany, że istnienie dokładnych, opartych na podstawach naukowych przepisów dyetetycznych polskich znakomicie ułatwi lekarzom pracę nad podniesieniem dyetetyki zdrojowej.

W końcu jednomyślnie uchwalono w zasadzie, że wprowadzenie tablic dyetetycznych w zdrojowiskach jest użyteczne, celowe i pożądane.

W. Róbin.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Stanisław Kopczyński. Szkice higieniczno - wychowawcze. Nakład księgarni H Sadowskiego 1911 r.

Autor zebrał w oddzielnym wydaniu cały szereg artykułów, które drukował w rozmaitych czasopismach w ostatnim dziesięcioleciu.

Szkice te, przeznaczone dla rodziców, wychowawców i lekarzy, poruszają tematy bardzo żywotne; autor daje w nich rady i wskazówki, oparte na racjonalnym materiale dowodowym z higieny domowej i szkolnej a także na wieloletnim własnym doświadczeniu.

Treść szkiców jest nadzwyczaj różnorod-

na i bogata. Autor omawia szeroko sprawy, dotyczące nauczania w szkole, warunków wśród których znajduje się młodzież i dzieci, zwraca uwagę na niezbędność nauczania higieny w szkołach średnich, badania uczniów i t. p., najwięcej jednak poświęca miejsca bolączce naszego wieku — nerwowości, podając jej przyczyny oraz wskazówki, jak należy postępować, by uchronić się od tego zła, które nas coraz bardziej ogarnia. Szkice napisane są nader barwnie, bardzo dobrym językiem.

Z pożytkiem przeczyta je każdy lekarz, w szczególności lekarz szkolny.

Matylda Biehler.

Wiadomości bieżące.

— Komitet gospodarczy XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości ogólny program XI Zjazdu, który się odbędzie w dniach 18 — 22 lipca b. r.

Dnia 18 lipca, wtorek, o godz. 9 wieczorem swobodne zebranie towarzyskie w salach Grad Hotelu celem wzajemnego poznania się.

Dnia 19 lipca, środa, o godz. 9 rano uroczyste otwarcie XI Zjazdu w salach Starego teatru; powitanie przybyłych; odczyt inauguracyjny prof. d-ra E. Romera „O krajobrazie”. Po południu posiedzenia sekcji.

Dnia 20 lipca, czwartek, rano i po południu posiedzenia sekcji; o godz. 5 po południu zwiedzanie miasta.

Dnia 21 lipca, piątek, rano i po południu posiedzenia sekcji; o godzinie 5 po południu zwiedzanie miasta.

Dnia 22 lipca, sobota, o godz. 9 rano uroczyste zamknięcie XI Zjazdu w salach

Starego teatru — odczyt d-ra H. Święcickiego z Poznania z zakresu nauk lekarskich. Po południu wyjazd do Wieliczki.

Po ukończeniu XI Zjazdu odbędzie się wycieczka balneologiczna do zdrojowisk galicyjskich oraz wycieczka geologiczna wzdłuż Raby i Dunajca do Tatr.

W r. b. przypada 50-letni jubileusz „Przełomu lekarskiego” w Krakowie, najstarszego pisma lekarskiego w Polsce. Dla uczczenia tego jubileuszu odbędzie się we wtorek, 18 lipca b. r., uroczyste posiedzenie w salach Towarzystwa lekarskiego o godz. 6 wieczorem, na które to posiedzenie Tow. lekarskie uczestników XI Zjazdu najuprzejmiej zaprasza.

— Polskie Towarzystwo Okulistyczne, zalegalizowane w roku 1908, liczy 40 członków okulistów (27 z Warszawy i 13 z miast Królestwa Polskiego).

Siedzibą Towarzystwa jest Instytut Oftalmiczny w Warszawie, Smolna 8.

Posiedzenia odbywają się w pierwszy czwartek po 15-ym każdego miesiąca.

Na dorocznym zebraniu ogólnym w r. b. zostali wybrani: na prezesa d-r Br. Ziemiński, na wiceprezesa d-r B. R. Gepner, na sekretarza i skarbnika d-r Ant. Paradowski. W skład komisji rewizyjnej weszli kol. K. Bein, M. Januszkiewicz i J. Matuszewicz.

— Prof. Lannelongue wystąpił w Komisji senatu dla wykształcenia wyższego z projektem zwolnienia profesorów od egzaminowania studentów i powoływania w tym celu specjalnych Komisji egzaminacyjnych spośród docentów i lekarzy.

Notatnik bibliograficzny.

— Wyszedł z druku Pamiętnik Tow. Weterynarskiego za r. 1910, Warszawa 1911.

Zmarli.

TEODOR ESCHERICH.

(Wspomnienie pośmiertne).

— Dnia 15 lutego zmarł nagle w Wiedniu znany pedyatry Teodor Escherich.

Escherich urodził się 29 listopada 1857 r. w Ansbachu; studia lekarskie ukończył w Strasburgu—poczem był asystentem Gerhardta i Widerhofera, następnie był docentem w Monachium, ztąd go powołano na profesora do Grazu. Po śmierci Widerhofera objął katedrę pedyatryi w Wiedniu od r. 1902.

Zmarły wydał około 200 prac, poświęconych różnym zagadnieniom z dziedziny pedyatryi—wszechświatową jednak sławę zje-

dnął mu prace nad bakteryologią przewodu pokarmowego ssawców, odkrycie *Bacterium coli commune* oraz chemiczne i bakteryologiczne badania nad trawieniem mleka. Z całego szeregu prac wymienić należy jeszcze prace nad tężyczką, błonicą i gruźlicą.

Escherich znany był nie tylko jako uczoney i pedagog, który pozostawił po sobie uczniów tej miary, co Moro, Pirquet, Pfaundler, Moser, Trumpp i w. in., był on też świetnym wynalazcą wielu aparatów (zmieniony aparat Soxhleta, aparat do płukania żołądka u ssawców, wyłęgarka, pokój parowy do leczenia błonicy i t. d.).

Zmarły wydawał też wraz z Heubnerem *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*.

Escherich stworzył też w Wiedniu Towarzystwo opieki nad ssawcami, założył szkołę pielęgniarek; wreszcie zaczęto budować według jego planu nową klinikę; niestety, nie doczekał się jej wykończenia, zgasł przedwcześnie.

Przez śmierć Eschericha poniosła pedyatrya stratę dotkliwą.

Matylda Biehler.

— We Florencji zmarł d. 6 lutego b. r. wybitny pedyatry prof. Giuseppe Mya w 53-im roku życia.

Napisał wiele prac z dziedziny pedyatryi — na szczególną uwagę zasługują prace, poświęcone błonicy, zapaleniu opon mózgowych u dzieci i prace o megacolon congenitum. Przed 8-u laty zaczął wraz z Concettim wydawać poważne pismo *Rivista clinica pediatrica*.

— D-r Aleksander Roman Baranowski zmarł dnia 18 lutego r. b. w Grodzisku, w wieku lat 37.

D-r Aleksander Chmielewski zmarł dnia 24 lutego r. b. w Makowie (gub. Łomżyńskiej), w wieku lat 63.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie „Hemogen magistra Klawe”.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, zółtach, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

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

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

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

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnym działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracji bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe — szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neurastenii, jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Bromu związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów
Sł. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

**Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Bracka 6.**

MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykan-
tem oryginalnego zagrani-
cznego „Muiracithinu“ jest
Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny
środek przeciwko
Impotencji i wszy-
stkim cierpieniom
neurastenicznym,

następnie w praktyce ginekologicznej w przypad-
kach braku popędu, dyspareunii, amennorrhoe, w hypopla-

sii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.**

Literatura. Tajn. Rada Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman—St- Petersburg, Hirsch —St. Petersburg, Holländer- Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż Goll—Zurich, Popper—Igls bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzonsbad, Waitz—Paryż, Wright—Londyn, Piliver—Odessa, Fürth—Dervent, Kraus—Wiedeń, Quastler—Wiedeń, Kitaj—Wiedeń.

CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena niższa
1.25 1/2 flakonu
2.25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum Sedativum. Specyfik dla wszelkich ner-
wic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego. Castoreum Bromid stosuje się
w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach ner-
wowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcjonalnych
nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci w sta-
nach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych.

Środek ten zalecają: Rada dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenburg Berli-
Dr. Mierziński, Zakład Lecznicy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Peter-
sthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

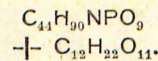
Prawdziwy „Muiracithin i Noridal,“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministe-
ryum Przemysłu i Handlu.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.

Lecithinum Ovi Magistri Klave

(granulatum)



Granulki z chem. czystej lecytyny żółtka (cholinowego esteru kwasu dwustea-
rynoglicerynofosforowego) z dodatkiem cukru.

W opakowaniu po 100 gr. z aluminiową miarką, za-
wierającą po 0,05 gr. chem. cz. lecytyny.

Zaleca się przy upadku odżywiania, słabym rozwoju,
we wszelkich cierpieniach, pozostających w związku
z utratą energii komórkowej i t. p.

Próbki
i literatura są
na usługi
PP. Lekarzy.

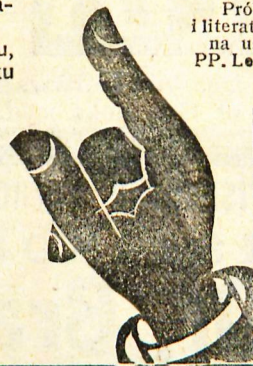
POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Baume Bengué

WYLECZENIE ZUPEŁNE

PODAGRY — REUMATYZMU

Cena:
1 r. 20 k.

NEWRALGII

Cena:
1 r. 20 k.

Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne

Ziarnista **KOLA** Rozpuszczalna
ASTIER

REGULUJE SERCE
POBUDZA UKŁAD MIĘŚNIOWY
ŚRODEK
PRZECIWNEURASTENICZNY
Sprzedaż we wszystkich aptekach.



OOPHORIN (Nazwa zastrzeżona)

Stosowana z dobrym wynikiem przez Prof. Landau, Berlin, w dolegliwościach pory przekwitania, jest w stałym użyciu w jego klinice. Tabletki à 0,3 i 0,5 skła dników stałych pokryte kakao.

Reniform, pierwiastek działający nadnerczy.

Reniform. solut. 1:1000 wywołuje zwężenie tętnic obwodowych, miejscową niedokrwistość i podnosi ciśnienie krwi.

Reniform-Cocain do miejscowego znieczulenia. Reniform potęguje i przedłuża działanie kokainy. Gotowe do użytku w jałowych fiolkach i tabletkach.

Reniform boric mixt. 1:1000. Wprowadza się do nosa zapomocą pulweryzatora lub wciągania proszku i wywołuje bardzo szybko zmniejszenie przekrwienia,

obrzimienia i suchości.

Zastępuje w licznych przypadkach tamponadę po operacjach. Wstrzymuje krwawienie z nosa.

Reniform-Proszek na katar nosa (mixtum 1:2000), łagodzi utrudnione oddechanie nosem, lecz objawowo katar nosa, obrzimienie i zwiększoną wydzielinę.

Wszelkie inne organo-preparaty.

Fabryka Berlińska preparatów organo-terapeutycznych.

D-r. Freund & D-r. Redlich, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 21.

Próby i literatura za pośrednictwem Ak. Tow. Fr. Karpiński. Apteka - Warszawa.

ASTMA

Napady astmy, koklusz, chronicznej bronchitis znikają natychmiast przy stosowaniu środka do palenia **POUDRE D' ABYSSINIE EXIBARD.**

Profesor J. O. Goloubof podaje o tem w swej broszurze szczegółowe dane o astmie bronchialnej i jej leczeniu, na 73 stronie drugiego wydania:

Próby darmo: Oskar Hetling, skład w Moskwie

Petrowka 22 i w aptece W. Borowski, Warszawa Przejazd. i u fabrykantów:

H. Ferré Blottière et C-ie dokt. med., farmac. 1-szej klasy, rue Dombasle 6 à Paris.

Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie krysztaly
Nowo-karlsbadzkie krysztaly
Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecce E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-blau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

IODONE ROBIN

(JODON ROBIN)



Krople zawierające peptonat jodu.

Przeciw: zapaleniu tętnic, chorobom serca, zaduszaniu, obrzękom, otyłości, podagrze, reumatyzmowi, syfilisowi i limfatyzmowi.

Organiczny, łatwo ulegający przeróbce jod.

Nie daje niebieskiego osadu w połączeniu z krochmalem, co dowodzi że niema w nim wolnego jodu.

Dawka: od 30 do 120 kropeł na dobę.

20 kropeł odpowiada 1 gramowi jodku potasu.

Sprzedaż hurtowa: 13, rue de Poissy, Paris.—Detaliczna: w większych aptekach.

Próby za pośrednictwem W-go W. Hoffmann & C-o w Warszawie Zielna 46,

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego
POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletki, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elekoralna 35, Telefon 600.

TLEN W BALONACH

na każde żądanie

w APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5. Telefonu 753.

Dla prowincyi całkowite aparaty do wywiązywania tlenu.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

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

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

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

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

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

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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



Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-bian. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3—4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorhea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.



OOPHORIN

(Nazwa zastrzeżona).

Renoform, pierwiastek działający nadnerczy.

Renoform. solut. 1:1000 wywołuje zwężenie tętnic obwodowych, miejscową niedokrwistość i podnosi ciśnienie krwi.

Renoform-Cocain do miejscowego znieczulenia. Renoform potęguje i przedłuża działanie kokainy. Gotowe do użytku w jałowych fiolkach i tabletkach.

Renoform boric mixt. 1:1000. Wprowadza się do nosa, zapomocą pulweryzatora lub wciągania proszku i wywołuje bardzo szybko zmniejszenie obrzęku, przekrwienia, obrznięcia i suchości.

Zastępuje w licznych przypadkach tamponadę po operacjach. Wstrzymuje krwawienie z nosa.

Renoform-Proszek na katar nosa (mixtum 1:2000), łagodzi utrudnione oddychanie nosem, lecz objawowo katar nosa, obrznięcie i zwiększoną wydzielinę.

Wszelkie inne organo-preparaty.

Fabryka Berlińska preparatów organo-terapeutycznych.

D-r. Freund & D-r. Redlich, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 21.

Próby i literatura za pośrednictwem Ak. Tow. Fr. Karpiński, Apteka — Warszawa.

ASTMA

PAPIEROSY ABISSYŃSKIE EXIBARD
CIGARETTES d'ABYSSINIE EXIBARD

Natychniastowa ulga w astmie, chronicznem bronchitis, katarze, zadyszaniu, kaszlu i wszelkich chorobach kurczowych dróg oddechowych.

Skład główny: Oskar Hettiing w Moskwie, Pietrowka 22 i w aptece W. Borowski, Warszawa Przejazd i u fabrykantów.

H. Ferré Blottière et C^{ie} dokt. med., farmac. 1-szej klasy rue Dombasle 6 à Paris.