

MEDYCYNĄ

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 18

Warszawa d. 6 maja 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, Biuro ogłoszeń Jerusa-
lemerstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Bou-
levard Barbès 46.

Adres Redakcji i Administracji, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. „Nie-
dostateczność wielogruczołowa“. — „Insuffisance pluriglandulaire“ (Claude i Gougerot), podał Stanisław
Pechkranc. (Dokończenie). Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych, podał
D-r Tadeusz Borzęcki. (C. d.). — STRESZCZENIE ZBIOROWE. O próbie glicyltryptofanowej w raku
żołądka, podał H. Karasiówna — STRESZCZENIA. — *Medycyna wewnętrzna*. 81. Ehret H. O określaniu
ciśnienia rozkurczowego za pomocą wyczuwania palcem tętnicy łokciowej 82. Van den Velden R. O ana-
leptycznym i przeciwkrwotocznym działaniu wyciągu z nadnerczy. 83. Runge. Rak żołądka w stosunku
do raka narządów płciowych kobiety. *Choroby dzieci*. 84. R. A. Bolt. Dziecko w rodzinie gruźliczej. 85. C.
Pastia. Objaw przegubu łokciowego. (Le signe du pli du coude). 86. R. Quest. W sprawie etiologii skazy
kurczowej (spasmophile Diathese). 87. J. A. Schabad. O przemianie soli wapiennych w tężyczce. 88. W spra-
wie stosowania przetaczania krwi w cierpieniach krwotocznych u noworodków. 89. M. J. D. Rolleston. O ob-
jawie Babińskiego w przebiegu błonicy. 90. Caroline Towler. Badania w sprawie wpływu emulsji tra-
nowej, stosowanej jednocześnie z fosforem, na przemianę materii u oseska, dotkniętego krzywicą. 91. Th.
Escherich. O leczeniu liszajca (impetigo) i zapalenia torebek włosowych (folliculitis) za pomocą wody utle-
nionej. 92. Walther Berk. Początkowe objawy padaczki dziecięcej. — LIST Z BERLINA. — Z TOWARZY-
STWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZ-
NYCH. WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z 6-go oddziału Warszawskiego Szpitala Żydow-
skiego.

Niedomoga

gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. „Nie-
dostateczność wielogruczołowa“ — „Insuffi-
sance pluriglandulaire“ (Claude i Gougerot. 1)

Podał

Stanisław Pechkranc.

Ordynator oddziału.

(Dokończenie).

Jak wytłumaczyć sobie pochodzenie
obrzęków u naszego chorego, napewno po-

wiedzieć nie można. Wyłączyć możemy za-
burzenia krążenia, chorobę BRIGHTA oraz wo-
dnistość krwi, a więc, być może, w grę tu
wchodzą zaburzenia angioneurotyczne lub
przemijające zmiany odżywcze w ścianach
naczyni. Jak to później zobaczymy, obrzęki
u chorych z cierpieniami przysadki zdarzają
się niekiedy, czasami zaś nawet przyłącza się
białkomocz. Przy objaśnieniu tego ostatnie-
go powikłania możemy powołać się na wy-
niki doświadczeń ze wstrzykiwaniem wycią-
gu z przysadki zwierzętom, przyczem spo-
strzegano przekrwienie nerek, powiększenie
objętości kłębków oraz pewne zmiany proto-

1) Demonstr. na posiedzeniu neurologicznem
Warsz. Tow. Lek. d. 19 lutego 1910 r.



plazmatyczne komórki nabłonkowe w kanalikach krętych. Co do obrzęków u naszego chorego, pamiętać należy o jednej jeszcze okoliczności. Wiele objawów każe przyjąć, jak to poniżej zobaczymy, że i gruczoł tarczowy nie jest tu bez udziału, że mamy do czynienia z upośledzeniem i jego czynności. Otóż w nierozwiniętych postaciach śluzobrzęku, przy rozmaitych stopniach upośledzenia czynności gruczołu tarczowego nie rzadko spostrzegamy obrzęki, które są mniej lub więcej stałe i umiejscowione w rozmaitych obrębach. Okoliczność tę podkreśla już HERTOGHE w kilku swoich pracach, omawiających t. zw. *hypothyroidie bénigne chronique*.

Jednym z najstalszych, a przeto i najważniejszych objawów chorób przysadki mózgowej są zaburzenia w dziedzinie płciowej. U tej kategorii chorych następuje po pewnym czasie wygaśnięcie czynności płciowych: u kobiet widzimy ustanie miesiączkowania, niezdolność do zajścia w ciążę, u mężczyzn—niemoc płciową oraz zanik pociągu płciowego. Wcześniej lub później następuje zanik gruczołów płciowych, a na oględzinach pośmiertnych znajdujemy często dziecięce narządy płciowe. Wzmiankowane zmiany często spotykamy w akromegalii (jakkolwiek zewnętrzne narządy płciowe mogą tu być nawet powiększone). Niedorozwój narządów płciowych spostrzegałem także w nowotworze przysadki łącznie z nadmiernym nagromadzeniem się tłuszczu w tkance podskórnej. Później przybyły inne analogiczne spostrzeżenia, tak, że FRÖBLICH w r. 1901 mógł wyodrębnić nowy zespół, który otrzymał nazwę „*dystrophia adiposo-genitalis*”. Zależności zmian w tkance tłuszczowej i narządach płciowych od cierpienia przysadki wyraźnie dowodzą wyniki operacji EISELSBERGA u chorego z omawianym zespołem. Po wycięciu guza przysadki nie tylko znikły objawy miejscowe za-

leżne od guza, lecz także te zmiany, które uważamy za uwarunkowane zaburzeniami czynności przysadki: na wzgórku łonowym poczęły wyrastać włosy, także pod pachami i w okolicach stawów rąk, zjawily się wzdudy prącia, waga ciała zmniejszyła się. Ten sam objaw, tj. zaburzenia w dziedzinie płciowej, występuje także, jak to dalej zobaczymy, w innej grupie przypadków, w której udział przysadki jest niewątpliwy, i do której obecny nasz przypadek zaliczamy. Obecność zaburzeń i zmian w zakresie narządów płciowych była właśnie tym objawem, który łącznie z niektórymi innymi naprowadził mnie na myśl, że wchodzi tu w grę między innymi zboczenia w czynności przysadki.

Objawem przeważającym u naszego chorego są, jakżeśmy widzieli, zaburzenia odżywcze skóry i jej pochodnych. Otóż zaburzenia te muszą być również uważane za wyraz zaburzeń w czynności wydzielniczej przysadki, na potwierdzenie czego można powołać się na obraz chorobowy w „otyłości przysadkowej”, w której uwłosienie ciała jest silnie upośledzone, oraz na wynik operacji EISELSBERGA w tem cierpieniu. Ale, z drugiej strony, takie same zaburzenia spotykamy wskutek upośledzonej czynności innych gruczołów z wydzieliną wewnętrzną: gruczołu tarczowego i gruczołów płciowych. Dla niedostateczności tarczowej (*hypothyroidismus*), jak wiadomo, charakterystyczne jest wypadanie włosów, wypadanie zębów, rozwój tkanki tłuszczowej i t. d. HERTOGHE zwraca uwagę na charakterystyczny dla „*hypothyroidie bénigne chronique*” słaby rozwój brwi, zwłaszcza w zewnętrznych ich częściach. Objaw ten podkreślają także LEWI i ROTHSCHILD i nadają mu nazwę „objawu brwiowego” (*signe du sourcil*). Dodamy tu jeszcze że do obrazu omawianego, również jak do obrazu pownych cierpień przysadki, należą także niektóre inne objawy, spostrzegane u

naszego chorego: uczucie ogólnego osłabienia, apatya, niechęć do pracy i wogóle pewien zanik woli (*abulia*), osłabienie pamięci, bóle głowy, uczucie ziębienia, chłodne kończyny i t. d. Zauważmy, że wiele ze wzmiankowanych objawów należy do obrazu klinicznego neurastenii, którą w ostatnich czasach niektórzy usiłują postawić w związku przyczynowym z zaburzeniem wydzielniczym rozmaitych gruczołów. Co się tyczy pewnego zgrubienia skóry i małej jej przesuwalności, to zmiany te, a nawet prawdziwą sklerodermię jedni łączą z zaburzeniem czynności gruczołu tarczowego, inni zaś uzależniają od niedostatecznej czynności przysadki mózgowej.

Poza wyżej wymienionymi pozostaje jeszcze u naszego chorego szereg objawów, który wymaga omówienia. A więc przede wszystkim prawie zupełny brak pragnienia oraz znacznie zmniejszone łaknienie. Przy doświadczeniach z usunięciem (niezupełnym) przysadki u zwierząt zauważono, prócz innych objawów, osłabienie łaknienia; z drugiej zaś strony — przy podawaniu proszku z przysadki łaknienie znacznie wzmagają się. Co się tyczy pragnienia, to jest ono w cierpieniach przysadki często zwiększone. Wzmoczone pragnienie i nadmierne moczenie zjawiają się często po wstrzykiwaniu zwierzętom wyciągu z przysadki. To samo spostrzega się w opoterapii przysadkowej. Potwierdzają to także spostrzeżenia kliniczne (*akromegalia, gigantismus*). Nasz chory okazuje zбочzenie przeciwne. Objaw ten, którego w odnośnym piśmiennictwie nie znalazłem, dałby się, być może, wytłomaczyć zбочzeniem czynności przysadki odwrotnym, niż w powyższych przypadkach, łatwiej zaś i prościej tłumaczy się obniżeniem czynności gruczołu tarczowego. Wydzielanie moczu u naszego chorego wogóle nie odstępować od normy, niekiedy jednak bez widocznej przyczyny wzmagają się. „Chory cierpi [prócz te-

go na zaburzenia snu i już od paru lat nie może spać dłużej, niż 3 — 4 godziny na dobę. I ten objaw daje się sprowadzić do niedomogi wydzielniczej przysadki (RÉNON i DÉLILLE). Dane zresztą w tej kwestyi niezupełnie są zgodne. Wiadomo tylko, że w nowotworach przysadki występuje znaczna senność lub śpiączka, dalej, że przy podawaniu przetworów przysadki osiąga się często doskonały sen u odnośnych chorych. Ze strony układu sercowo-naczyniowego nie znaleźliśmy żadnych godnych uwagi zaburzeń. Natomiast wspomnieć należy o zaburzeniu czynności gruczołów żołądka, wydzielających kwas solny (*achylia gastrica*), które należy, być może, postawić w jednym rzędzie z zaburzeniem czynności gruczołów potowych u naszego chorego. Biegunka jest prawdopodobnie zależna od braku kwasu żołądkowego. Wreszcie wspomnieć należy o zaburzeniu w tworzeniu krwi: nietylko erytropoetyczna, ale w większym jeszcze stopniu leukopoetyczna czynność szpiku kostnego jest u naszego chorego znacznie upośledzona.

Rozbiór poszczególnych objawów skłania nas do przyjęcia, że przytoczony obraz chorobowy zależny jest nie jedynie od zaburzenia czynności przysadki. Prawdopodobnie biorą tu udział i inne gruczoły o wydzielinie wewnętrznej, jak tarczyca, gruczoły płciowe, a właściwie ich tkanka śródmiąższowa (komórki diastematyczne), a może jeszcze i inne. Gruczoły płciowe są w stanie zaniku. Za udziałem gruczołu tarczowego przemawiają liczne wyżej przytoczone objawy. Pogląd ten jest tembardziej usprawiedliwiony, że odosobnione cierpienia przysadki wogóle prawie nie zdarzają się. Dane fizjologiczno-doświadczałne; anatomo-patologiczne i kliniczne zgodnie świadczą o tem, że najczęściej, prawie stale mamy do czynienia z cierpieniami wielogruczołowymi. Tłumaczy się to po 1) tą okolicznością, że rozmaite szkodliwe

wpływy, jak zakażenia, zatrucia i t. d., najczęściej oddziałują na cały szereg gruczołów, a nie na jeden jakiś gruczoł, po 2) tem, że między rozmaitymi gruczołami o wydzielinie wewnętrznej istnieją zawile i nie dość jeszcze wyjaśnione stosunki współ- i przeciwdziałania. Tak, np. po wycięciu przysadki spostrzega się przerost gruczołu tarczowego (CASELLI i inni). Zaniku gruczołów płciowych nie udało się dotychczas doświadczać, t. j. przez wycięcie przysadki, wywołać. Po długim stosowaniu substancji przysadki spostrzegano (ALQUIER i HALLION) przerost nadnerczy oraz zmiany zanikowe w gruczole tarczowym. Liczne doświadczenia ustaliły fakt, że po wycięciu gruczołu tarczowego powiększa się przysadka. W śluzoobrzęku przysadka często bywa powiększona. To samo spostrzegamy po wycięciu nadnerczy (ALQUIER). Po trzebieniu zwierząt przysadka także ulega przerostowi (FICHER i in.), przyczem jej naczynia są rozszerzone, a komórki chromofilowe zwiększone liczebnie. Wyniki tych badań pouczają, że zespoły, które przez długi czas uchodziły za wyraz zaburzenia czynności wydzielniczej jednego jakiegoś gruczołu, muszą być uważane za cierpienia wielogruczołowe z przeważnym tylko zajęciem jednego gruczołu. Tak np. w akromegalii znajdujemy obok guza lub przerostu przysadki zmiany przerostowe albo zanikowe gruczołu tarczowego (niekiedy z objawami śluzoobrzęku, rzadziej z objawami choroby BASEDOWA), powiększenie albo zwyrodnienie nadnerczy, b. często zanik gruczołów płciowych, przerost grasicy, powiększenie śledziony i t. d. W chorobie ADDISONA znajdujemy prócz zmian w nadnerczach (najczęściej gruczołowych lub sklerotycznych) b. często zmiany w przysadce, świadczące o wzmożeniu jej czynności, oraz zmiany w gruczole tarczowym. W gigantyzmie, infanlizmie i t. p. znajdujemy stale zmiany w przysadce, często

nowotwór przysadki, a obok tego zmiany i w innych gruczolach (tarczycy, jądrach). To samo da się powiedzieć o niektórych innych chorobach dystroficznych, jak choroba DERCUMA, sklerodermia i in., gdzie zmiany dotyczą wielu gruczołów i mają charakter albo przerostowy, albo zanikowy, zwyrodniający.

Uwzględniając wszystkie przytoczone doświadczenia i spostrzeżenia oraz całość obrazu chorobowego w naszym przypadku, skłonni jesteśmy przyjąć, że mamy do czynienia z zaburzeniem czynności wydzielniczej wielu gruczołów, z przeważnym tylko, być może, udziałem przysadki. Zaburzenia te z wielkim prawdopodobieństwem uważać możemy za osłabienie, niedostateczność czynności tych gruczołów, gdyż nie zanotowaliśmy ani jednego objawu, któryby świadczył o nadczynności jakiegoś gruczołu. Tym więc sposobem zaliczyć możemy obecny nasz przypadek do nowego zespołu, który CLAUDE i GOUGEROT opisali dopiero 3—4 lat temu (1907 r.) i ochrzcili mianem „*Insuffisance pluriglandulaire*”. Zestawienie ich przypadku z moim jest bardzo pouczające, gdyż wykazuje wielkie ich podobieństwo, a rozpoznanie w ich przypadku potwierdzone zostało przez oględziny pośmiertne, które wykazały zanik całego szeregu gruczołów z wydzieliną wewnętrzną obok zmian gruczołowych w tych narządach. Podaję tu za BORCHARDTEM streszczenie tego przypadku i 2 innych (RUMPELA i PONFICKA), chociaż te ostatnie noszą inne rozpoznanie.

W przypadku CLAUDEA i GOUGEROTA mężczyzna, który do 41 roku życia był zawsze zdrowy, zachorował wśród objawów podobnych do tężyczki i objawów zapalenia nerek (białkomocz, obrzęki). Jednocześnie osłabł, włosy zaczęły wypadać, a jądra ulegać zanikowi. Objawy te potęgowały się do 50 roku życia, kiedy chory zmarł. Autorowie widzieli chorego na 3 lata przed śmiercią i prócz osłabienia

i zaniku narządów płciowych stwierdzili, co następuje: brak włosów na wierzchu łonowym i pod pachami, rzadką brodę. Chory utrzymywał, że przedtem miał obfite uwłosienie na całym ciele. Do tego przyłączyły się objawy silnie wyrażonego uczucia ziębienia, brak wydzielania potu, zgrubienie i suchość skóry, apatya, zmiana głosu, pigmentacja skóry i błon śluzowych, obniżenie ciśnienia krwi. Chory zmarł na gruźlicę płuc. Na oględzinach znaleziono wyraźne stwardnienie i zmiany gruźlicze w b. małym gruczole tarczowym, brak przytarczyc, zanik gruczołów płciowych, stwardnienie nadnerczy, stwardnienie znacznie zmniejszonej przysadki z brakiem substancji koloidalnej. Śledziona była mała, stwardniała i zawierała ogniska gruźlicze.

W tym przypadku, którego symptomatologia jest niezmiernie zbliżona do symptomatologii naszego przypadku, widzimy objawy zapalenia nerek. Przypominam w tym miejscu, że w przypadku nowotworu przysadki mózgowej, opisanym przeze mnie 12 lat temu, również istniały obrzęki i silnie wyrażony białkomocz, i objawy te w pierwszych chwilach zaciemniały istotny stan rzeczy. W obecnym naszym przypadku przez szereg tygodni pomimo b. częstych badań białkomoczu nie znaleźliśmy, a w osadzie nie udało nam się stwierdzić ani razu składników, przemawiających za zapaleniem nerek. Dopiero pod koniec pobytu chorego w szpitalu, po dwutygodniowym zażywaniu proszku przysadki (0,1 2 — 3 razy dziennie) zauważono w moczu ślady białka, tak, że zamierzone badanie przemiany materii u naszego chorego należało odłożyć. Po kilku dniach przy badaniu osadu moczu znaleziono dość obfite czerwone krążki krwi, wałeczki szkliste i nieliczne ziarniste. Mieliśmy tedy i w tym przypadku do czynienia z zapaleniem nerek. Trudno jednak stanowczo powiedzieć, czy było to

obostrzenie starej i dotąd ukrytej sprawy, czy też świeża sprawa zapalna. Tak samo nie podejmuję się rozstrzygnąć, czy i w jakim stopniu do wywołania sprawy zapalnej w nerkach przyczyniła się opoterapia przysadkowa. — Co się tyczy wogóle działania tej ostatniej, to chciałbym w tym miejscu kilka słów o niej powiedzieć: zauważyliśmy znaczne zmniejszenie uczucia ziębienia, poprawę snu i zmniejszenie biegunki. Łaknienie pozostało bez zmiany. Częstość tętna także nie uległa zmianie. Ciśnienie krwi wzrosło o 5—8 mm. Ilość moczu zwiększyła się do 2 i nawet 2½ litra. Ze strony krwi zauważyliśmy b. ciekawą zmianę, a mianowicie liczba eozynofilów wzrosła do 10%. Przypomnijmy w tym miejscu, że w piśmiennictwie z ostatnich lat znaleźć można kilka przypadków cierpienia przysadki (akromegalia, *gigantismus*) z wyraźną eozynofilią we krwi.

Po kilkotygodniowym stosowaniu bez wielkiego skutku proszku z przysadki zaczęliśmy stosować opoterapię złożoną. Wychoząc z założenia, że mamy również do czynienia z upośledzeniem czynności gruczola tarczowego, skombinowaliśmy proszek przysadkowy z tyreoidyną. Połączenie obu tych przetworów miało jeszcze inny cel, a mianowicie zniesienie przytłumiającego wpływu preparatu przysadki na gruczoł tarczowy, który już i bez tego upośledzony jest w swej czynności. I ta skombinowana opoterapia pozostała bez wyraźnego skutku.

Podajemy tu jeszcze w streszczeniu przypadki RUMPELA i PONFICKA. Przypadek RUMPELA, zatytułowany jako cierpienie śluzobrzękowe z zanikiem jąder, dotyczy mężczyzny 36 lat, który w 30 roku zachorował wśród objawów stopniowo wzmagających się zaburzeń nerwowych, do czego wkrótce przyłączyło się wzrastające stopniowo osłabienie, wypadanie włosów, niechęć do pracy, senność, osłabienie pamięci, wzmożone pra-

gnienie i nadmierne moczenie. Pociąg płciowy słabł i wkrótce wygasł zupełnie. W ostatnich czasach zauważono zgrubienie dłoni i stóp, wydatną suchość skóry i silnie wyrażone uczucie ziębienia. Zdaniem RUMPELA, nie było w tym przypadku żadnych objawów akromegalii. Zamiast gęstej brody, którą chory dawniej miał, obrzmiała twarz pokrywała tylko skąpe włoski, podczas gdy pod pachami i na wzgórku łonowym był zupełny brak włosów. Skóra b. blada, alabastrowa, nigdy się nie poci. Tkanka podskórna miękka, ciastowata, jest silnie rozwinięta, zwłaszcza na wzgórku łonowym, co nadaje choremu wygląd kobiecy. Tarczycza niewyczuwalna. Narządy płciowe silnie zanikłe. Leczenie, polegające na podawaniu preparatów gruczołu tarczowego, pozostało bez skutku.

Przypadek PONICKA, opisany jako śluzobrzęk w 1899 r., dotyczył 47 letniego mężczyzny, który od 13 lat zaczął tyć i zgolił sobie brodę. Wkrótce zauważył, że staje się coraz bledszy, i że jego zdolność do pracy znacznie się zmniejszyła. Na 2 lata przed śmiercią był stan następujący: twarz blada i obrzmiała, wargi zgrubiałe, wydatne brzoźdy na czole. Włosy na głowie cienkie i rzadkie. Upośledzone jest silnie uwłosienie twarzy. Brwi stosunkowo gęste, rzęsy nie ucierpiały. Ruchy mimiczne powolne, ospałe. Kark bardzo gruby; skóra tu także gruba i mało przesuwalna. Gruczoł tarczowy nie wyczuwa się. Na tułowiu i kończynach uwłosienie także jest nadzwyczaj słabe. Łuszczenie skóry na dolnych kończynach, szczególnie na goleniach. Stosowanie gruczołu tarczowego dało polepszenie, ale później objawy znów się nasiliły, i chory zmarł wśród ciężkich objawów otępienia umysłowego. Na oględzinach: znaczny zanik przysadki mózgowej i gruczołu tarczowego. Zanikowi uległy także nadnercza. O zachowaniu się gruczołów płciowych niema wzmianki.

Do tej samej kategorii przypadków zaliczyć można także przypadek NAZARIEGO. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Infantilismus, tuberculosis pulmonum, meningitis tuberculosa, cystis hypophyseos, persistens gl. thyrmus, hypoplasia gl. thyreoideae et testicularum.*

Rozważając przytoczone przypadki i zestawiając je z naszym, przychodzimy do wniosku, że istotnie ma się tu do czynienia ze ściśle określonym obrazem chorobowym, dla którego charakterystyczne są objawy niedomogi ze strony całego szeregu gruczołów z wydzieliną wewnętrzną, a przeto zaproponowaną przez CLAUDEA i GOUGEROTA nazwę „*Insuffisance pluriglandulaire*” uważać należy za zupełnie trafną.

Z oddziału I szpitala S-go Duchy w Warszawie (Ordynator d-r A. Sokołowski).

Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych¹⁾.

Podał

D-r Tadeusz Borzęcki.

(C. d.)

Co do samej techniki zabiegu, to należy odróżnić dwa sposoby, tyjące się jedynie pierwszego nakłucia. Sposób FORLANIEGO jest bardzo prosty, niekrwawy, ale wymagający pewnego obycia się z przyrządem: polega na najzwyczajniejszym nakłuciu międzyżebra. MURPHY, a za nim BRAUER, MURALT i inni operują krwawo: przecinają skórę, rozszczepiają na tępo mięśnie, dochodzą do opłucny, którą przekłuwają tęym trójgrańcem; po skończeniu zabiegu nakładają szew piętrowy. Autorowie ci mają na widoku

¹⁾ Odczyt ogłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego 7 marca 1911 r.

uniknięcie zranienia płuca, wzgl. zatoru gazowego. O powikłaniach tych będzie mowa niżej; tutaj nadmienię tylko, że w ten sposób zabieg staje się już bardziej złożonym, a dla ciężko chorego niezbyt pożądanym z rozmaitych względów; przedewszystkiem leżenie na boku operowanym sprawia chorym ból, a na tej właśnie stronie uciśniętej lepiej im spoczywać; powtóre, według spostrzeżeń BRAUNSA, który z początku dokonywał zabiegu sposobem MURPHY-BRAUERA, bardzo często występują inne powikłania, mianowicie obszerna odma podskórna, a nawet przetoki ropne.

Dla uniknięcia powyższych powikłań, a zwłaszcza groźnego zatoru gazowego FORLANINI obmyślił specjalną strzykawkę bezpieczeństwa, SAUGMAN zaś sporządził igłę, zupełnie temu samemu celowi odpowiadającą. Igła ta ma wygląd trójgrzańca POTAINA, jest tylko nieco cieńsza (Nr. 3 Charrière); posiada ostrze możliwie krótkie i kran, dokładnie dopasowany; do oczyszczania igły służy sztylicik cienki, tępy, nie przywierający do jej ścian i wystający o 1 cm. po za koniec igły; jest więc rodzajem zgłębnika; w otwór zewnętrzny igły można wstawić w razie potrzeby zwykłą strzykawkę Record.

Do nakłuc następnym wszystkie autorowie używają zwykłych igieł, najlepiej platynowych, jaknajmniejszego kalibru.

Do najtrudniejszych dla operującego zadań należy wybór miejsca nakłucia. Trzeba tutaj użyć wszelkich dostępnych metod badania: opukiwania, osłuchiwania i prześwietlania promieniami RÖNTGENA, aby się przekonać, w którym miejscu opłucna jest wolna od zrostów; dalej, należy operować możliwie zdala od okolicy największych zmian w płucu, aby uniknąć zakażenia płuca przez przypadkowe zranienie go igłą. Jeśli zrosty są niewielkie, zabieg w zasadzie jest wykonalny; jeśli zrosty są mocne, dolna granica płuc

jest nieruchoma, to zabieg udać się nie może. Najlepiej wkłuwać igłę w międzyżebro od 6 — 8 żebra w linii pachowej tylnej przy położeniu chorego na boku. Chorego układamy w takiej pozycji, aby wybrane do nakłucia miejsce zajmowało punkt najwyższy klatki piersiowej w kierunku pionowym; wtedy bowiem warstwa gazu układać się będzie wciąż około igły. Najpraktyczniej będzie podkładać zwiniętą poduszkę lub wałek pod przeciwległy bok chorego, zaleciwszy mu założyć odpowiednią rękę na głowę. Dopóki nie wytworzy się dość znaczna odma, dopóty przepisy powyższe należy ściśle zachowywać i sprawdzać zabieg za pomocą promieni RÖNTGENA.

Po wyjąłowieniu igły i innych części przyrządu, po ułożeniu i obmyciu starannem chorego przystępujemy do nakłucia. Dla pierwszego zastrzyknięcia poziom płynu w obu zbiornikach powinien być jednakowy, a ciśnienie równać się 0; chodzi bowiem o to, aby azot nie był wtłaczany do opłucny, lecz raczej przez nią wessany, a to w celu uniknięcia możliwego przedostania się gazu do naczyń krwionośnego. Zaciskamy rurkę gumową, prowadzącą do zbiornika z azotem; igła pozostaje w związku jedynie z manometrem. Wkłuwamy ją powoli i ostrożnie w kierunku prostopadłym, zaleciwszy choremu oddychać powierzchownie i zwracając przytem baczną uwagę na manometr. W przypadkach niepowikłanych z chwilą, kiedy koniec igły przejdzie przez opłucną ścienną, natychmiast ujrzymy na manometrze ciśnienie ujemne (poziom wody w lewej rurce uniesie się ku górze) i wybitne ruchy oddechu. Wtedy dopiero jesteśmy pewni, iż koniec igły znajduje się w jamie opłucny; możemy bezpiecznie otworzyć kran od zbiornika z azotem. Azot szybko ulega wessaniu do jamy opłucny, i często bez uciekania się do pompki możemy w ten sposób wprowadzić

150 i więcej ctm. sz. Wreszcie zamykamy kran, notujemy ciśnienie w opłucnie i wyjmujemy igłę.

Często pierwsze nakłucie się nie udaje. Nie widzimy na manometrze żadnych ruchów, bądź też niewielkie ciśnienie dodatnie lub ujemne bez wahań oddechowych. Wnosimy z tego, że albo igła jest zatkana, albo jeszcze nie przebiła opłucny ściennej, albo tkwi w zroście, płucu lub naczyniu. Po zamknięciu dostępu do manometru wprowadzamy ostrożnie do igły sztylet, starając się przepchnąć przeszkodę; w razie pomyślnym manometr po włączeniu natychmiast wykaże wahania oddechowe. Jeśli to nie pomaga, wkładamy do otworu igły strzykawkę. Jeśli igła znajduje się w zrostach lub jeszcze nie doszła do opłucny, tłok szybko cofa się z powrotem; jeśli zraniła płuco — wyciągniemy pęcherzyki powietrza, jeśli zaś tkwi w naczyniu — otrzymamy krew. Rzecz prosta, że jeśli nakłuliśmy zbyt płytko lub głęboko, to wkłuwamy lub cofamy igłę; jeśli zaś podejrzewamy, że igła tkwi w zrostach lub naczyniu, natychmiast ją wyjmujemy i względnie wkłuwamy ją powtórnie w innym miejscu. Po skończeniu operacji nakładamy na ranę opatrunek z *collodium* lub, jak chcą inni, opaskę uciskającą.

Wogóle nie należy się spieszyć; postępując ostrożnie i zwracając uwagę na manometr, powinniśmy bezwarunkowo unikać powikłań.

Co się tyczy ilości gazu, wprowadzanego przy pierwszym nakłuciu, to różni autorowie rozmaicie postępują. BRAUER wpuszcza odrazu dużo azotu, o ile stan chorego pozwala, 1000 — 1500 ctm. sz.; FORLANINI, SAUGMAN i in. tylko 200 — 300 ctm. sz. Następne zastrzykiwania odbywają się co dni kilka w ilościach większych (500 ctm. sz.) dopóty, dopóki nie wytworzy się odma całkowita, t. j. dopóki manometr nie wykaże

6 — 8 ctm. ciśnienia dodatniego w opłucnie, i dopóki nie wystąpią wszelkie objawy odmy oraz nie znikną rzeżenia. Potem podtrzymujemy odnę w ciągu okresu czasu w każdym poszczególnym przypadku rozmaitego.

Do powikłań, jakie podczas operacji lub po jej ukończeniu zdarzyć się mogą, należą: ból, duszność, rozedma podskórna, zranienie płuca, zator gazowy i objawy nerwowe.

Jeśli jama opłucny jest wolna od zrostów, lub też istnieją niewielkie i słabe zrosty, to bóle zwykle są bardzo nieznaczne. Jeśli zaś zrosty są mocniejsze, ból staje się żywszym, zwłaszcza po operacji.

Duszność występuje jedynie wyjątkowo; niema jej, jeśli wprowadzać naraz niewielkie ilości azotu pod słabem ciśnieniem i przerywać zabieg, gdy chory odczuwa ból lub ma uczucie zaciskania w piersiach.

Rozedma podskórna powierzchowna, o wiele rzadziej głęboka, może powstać bądź wskutek zastrzyknięcia gazu do tkanki podskórnej, bądź też wskutek przedostania się azotu z powrotem przez otwór po przekłuciu do tkanek otaczających. To powikłanie jest zwłaszcza możliwe, jeśli operować sposobem MURPHY-BRAUERA. Rozedma powoduje bóle i inne dolegliwości, atoli nie jest powikłaniem zbyt groźnym, gdyż zależy od ograniczonej ilości gazu, a więc zwykle nie przyjmuje rozmiarów większych i szybko ulega wessaniu. Prawidłowa technika może temu powikłaniu stanowczo zapobiedz.

Zranienie płuca, bardzo możliwe podczas pierwszego nakłucia, według zdania autorów, nie sprowadza następstw poważniejszych.

Do najgroźniejszych powikłań należy zator gazowy. Zator taki może powstać, jeśli azot przedostanie się w większej ilości do naczynia krwionośnego. Zastosowanie strzykawki FORLANINIEGO lub igły SAUGMANA i tę

Chcąc uprzystępnić niską ceną stosowanie w medycynie jednego z najracjonalniejszych nowych związków organicznych fosforu

LECITYNY

której zagraniczne preparaty ze względu na swą wysoką cenę dotąd nie mogły mieć szerszego zastosowania, poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Dragées LECITHINI-ovo flakon 40 szt. à 0,05 ceną Rb. 1.

Doza dla dorosłych: od 1—4 pigułek dziennie.

Inject ster. LECITINI-ovo à 0,05—0,10—0,50

c. ol- olivar. alcohol preparatum.

Próby na żądanie gratis i franco.

NOWE WARUNKI POLISOWE.

- Termin ulgowy w opłacie premii — trzymiesięczny.
- Nieuiszczenie premii w terminie ulgowym skutkuje automatyczną redukcją, czyli czyni polisy T-wa które już trwały 3 lata — nieumarzalnemi.
- Po roku, polisy T-wa w razie śmierci ubezpieczonego są bezspornemi.
- W razie śmierci ubez. w pojedynku, kapitał płatny jest o ile umowa trwała rok jeden, w razie samobójstwa o ile trwała 3 lata
- Ubezpieczeni mają prawo swobodnego podróżowania po całym świecie.

Kapitał
zakładowy
oraz rezerwowy
przeszło 5.500.000 r.

BIURO DYREKCJI:
WARSZAWA, MAZOWIECKA 22
pałac L. Kronenberga.

Pierwsze Krajowe T-wo Ubezpieczeń
„PRZEZORNOSC”
Ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków

Agencury we wszystkich miastach Królestwa i Cesarstwa.
Taryfy i prospekty na żądanie — bezpłatnie.

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 GRANULÉE

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGUŁKACH.
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. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Z. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerme i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

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

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w Paryżkiej Akademii Nauk,

w Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,

w Paryżkim Towarzystwie Biologicznym

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia: przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyzmu i zimnicy i w wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafalszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis A. Naline znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Paris-St-Denis (Seine)

Składy HISTOGÉNOLU we wszystkich aptekach Rosyi i w Rosyjskiem Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurotat w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreju w Moskwie.

CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPUŁKACH 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 wysyła się panom lekarzom na żądanie.

możliwość sprowadza prawie do zera. Np. SAUGMAN na 1000 przeszło nakłuć nie widział ani razu podobnego powikłania; to samo stwierdzają spostrzeżenia innych autorów z lat ostatnich.

Przypadłości nerwowe, mniej lub więcej poważne (np. t. zw. *eclampsia pleurae*), mogą się zdarzać i przy tym zabiegu, jak i podczas innych operacji na opłucnie, wogóle jednak należą one do powikłań rzadkich.

Bardzo często po zastosowaniu sztucznej odmy wytwarzają się wysięki opłucny surowicze, rzadziej ropne. Badania SAUGMANA i L. SPENGLERA wykazały, że wysięki te są bądź jałowe, bądź też pochodzenia gruźliczego; wyjątkowo wykrywano w nich ziarenkowce, jako następstwo zanieczyszczenia. eśli wyłączyć zakażenie zewnątrz, to płyn w opłucnie w przebiegu odmy sztucznej należy uważać albo za przesiek, spowodowany uciśnięciem płuca (BRAUNS), albo też za wysięk gruźliczy, jako skutek zakażenia wtórnego. W każdym razie wysięki te, czy też przesieki, jakkolwiek są powikłaniem niepożądanym, nie stanowią w leczeniu jakichś przeszkód, owszem dopomagają do dokładnego uciśnięcia płuca; BRÉSCIANI z Arco idzie nawet dalej, gdyż twierdzi, że są okolicznością pożądaną, na co nie bardzo możnaby się godzić. Zwykle wysięki surowicze ustępują same przez się; w innych przypadkach lub w razie obecności wysięku ropnego autorowie wypuszczają część płynu, wstrzykując na jego miejsce azot.

Wpływ sztucznej odmy piersiowej na stan chorych w odpowiednich przypadkach prawie zawsze jest dodatni, niekiedy nawet zdumiewający. Ciepłota znacznie się obniża, a wreszcie po wywołaniu zupełnego ucisku chorego płuca spada do normy. Ilość płwociny z początku bardzo się zwiększa, wskutek wyciśnięcia płuca na podobieństwo gąbki (BRAUER); po pewnym czasie ilość wydzieliny

ogromnie się zmniejsza: u ludzi, którzy uprzednio odpluwali bardzo obficie, dochodzi do 5—10 ctm sz. na dobę. Jednocześnie laseczniki gruźlicze i włókna sprężyste stają się mniej liczne, wreszcie nikną. Stan ogólny chorych znacznie się poprawia, łaknienie się wzmacnia, a waga ciała wzrasta. Chorzy, którzy z powodu ogólnego wycieńczenia przed zabiegiem nie mogli chodzić, swobodnie się poruszają bez uczucia większego zmęczenia. Liczba uderzeń tętna zmniejsza się i w przypadkach pomysłnych po wytworzeniu ucisku całkowitego i spadku ciepłoty wynosi 72—80 na minutę. Duszność niezbyt dokucza chorym: liczba oddechów po zabiegu niekiedy się zwiększa, ustrój jednak łatwo przystosowuje się do nowych warunków, i chorzy zbyttnio na brak tchu nie narzekają.

Polepszenie stanu ogólnego, spadek ciepłoty, poprawa tętna zależą wyłącznie od mechanicznego wpływu azotu na płuco. Wskutek ucisku i postawienia płuca w warunkach zupełnego spokoju następuje zwolnienie krążenia limfy i zmniejszenie wchłaniania toksyn. Wspomnę tu o badaniach doświadczalnych japończyka SHINGU (z kliniki BRAUERA) z wziewaniem sadzy; badania te dowiodły, że w istocie w płucu uciśniętem powstaje zwolnienie krążenia limfy. Jednocześnie PIGGER z Davosu i CARPI z Pawii stwierdzili, iż wskaźnik opsoniczny pod wpływem leczenia wyraźnie wzrasta.

Takie jest działanie sztucznej odmy piersiowej na objawy choroby. Że działanie to opiera się na podstawach głębszych, dowodzą badania anatomo-patologiczne doświadczalne i z materiału sekcyjnego zmarłych po dłuższem zastosowaniu odmy.

Jakkolwiek wyników badań doświadczalnych, dokonanych przez O. BRUNSA nad następstwami jednostronnej odmy piersiowej u królików i psów, nie można bezwzględnie przenosić na człowieka chorego, warto się

jednak nad nimi zastanowić. Okazało się bowiem, iż sprawność ustroju zwierząt bynajmniej nie podupada wskutek długotrwałej odmy; zawartość krwi w płucu uciśniętym zmniejsza się w miarę trwania ucisku; gorsze ukrwienie tętnicze tkanek wywołuje rozmnażanie się tkanki łącznej; przytem BRUNS nie spostrzegł ani zlepiania się śródbłonna, ani zrastania się ścian pęcherzyków płucnych. Przy oględnem wypełnianiu klatki piersiowej azotem sercu nie grozi żadne niebezpieczeństwo.

Badania anatomo-patologiczne FORLANINIEGO, GRAETZA i WARNECKEGO, dokonane na materiale sekcyjnym, wykazały w płucu uciśniętym niedodmę, jedynie pojedyncze świeże gruźelki, w dawniejszych gruźelkach suche zserowacenie i wyraźnie przeważający rozrost tkanki łącznej, dążenie do wytwarzania blizn i otorbienia ognisk gruźliczych.

Z badań tych wynika, że w zasadzie możliwe jest wyleczenie anatomiczne. Z dru-

giej strony badania powyższe dowodzą, iż części zdrowe płuca uciśniętego z czasem, po ustąpieniu odmy, mogą się rozszerzyć, co już doświadczenie kliniczne w zupełności potwierdziło. Ztąd możność, jak to zresztą w dwu przypadkach już zrobił FORLANINI, wytwarzania w razie potrzeby sztucznej odmy w drugim płucu, po zagojeniu się pierwszego.

Leczenie oczywiście musi trwać długo— od kilku miesięcy do kilku lat. Prawideł pod tym względem nie może być żadnych, każdy poszczególny przypadek wymaga postępowania odrębnego. Przez kilka pierwszych miesięcy choroby muszą pozostawać pod ścisłą kontrolą lekarską— w szpitalu, zakładzie lub sanatorium. Gdy ciepłota spadnie, i stan chorego znacznie się poprawi, dopełnianie azotu może się odbywać ambulatoryjnie, a nawet chorzy mogą wrócić do swych zajęć zwykłych.

(D. n.)

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O próbie glicyltryptofanowej w raku żołądka.

W roku 1909 FISCHER i NEUBAUER opisaćli nowy odczyn, umożliwiający wczesne rozpoznanie raka żołądka. Wychodząc z założenia, że tkanka rakowa wydziela zaczyn autolityczny, który bardziej rozszczepia białko, niż pepsyna, autorowie wykonali cały szereg doświadczeń w tym kierunku. Posługiwali się oni peptidem, chemicznie związanym z kw. aminowym, mianowicie glicyltryptofanem, który pod wpływem soku żołądkowego chorych na raka ulega rozkładowi. Obecność tryptofanu zaznacza się wystąpieniem

różowego zabarwienia z wodą bromową. Prawidłowy sok żołądkowy tego odczynu nie daje. Wyniki badań autorów były bardzo zadawalające: na 26 przypadków, w których sprawy kliniczne przemawiały przeciwko rakowi, ani razu nie otrzymali oni dodatniego wyniku odczynu. W 17 zaś przypadkach raka, stwierdzonych bądź sekcyjnie, bądź operacyjnie, otrzymali oni wynik dodatni, i tylko w dwóch przypadkach, w których poddawali badaniu wymiociny, wynik był ujemny; na 10 przypadków podejrzanych 4 razy otrzymano wynik ujemny. Próbę autorowie wykonywali w następujący sposób: do 10 ctm.sz.prześcążonego soku żołądkowego, otrzymanego w $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny po próbnem śniadaniu, do-

daje się 5 ctm. sz. glicyltryptofanu¹⁾, stawia do ciepłarki przy 37°, dodając nieco toluolu dla powstrzymania rozwoju drobnoustrojów. Po 24 godzinach ściąga się pipetą kilka ctm. sz. zpod toluolu do probówki, po zakwaszeniu kilku kroplami 3% kwasu octowego i skłóceniu ostrożnie dodaje się kroplami wody bromowej. W razie obecności tryptofanu występuje zabarwienie różowe aż do ciemno-czerwonego, żółta zaś barwa oznacza wynik ujemny. Autorowie zwracają uwagę na pewne ostrożności, jakie zachować należy przy wykonywaniu tej próby: 1) sok żołądkowy, o czym przekonywa nas próba WEBERA, nie powinien zawierać krwi, gdyż sama krew może działać rozszczepiająco na glicyltryptofan; 2) nie powinien zawierać również soku trzustkowego, gdyż ten również działa trawiąco na glicyltryptofan. O obecności soku trzustkowego autorowie sądzą przeważnie na zasadzie zabarwienia soku żołądkowego żółcią. Rzadziej wykonywali oni próbę z rozcieńczonym alkoholowym roztworem jodu w jodku potasu; 3) sam sok żołądkowy przed wykonaniem próby zbadać należy na obecność tryptofanu; 4) wysoka kwasota soku żołądkowego przeszkadza wystąpieniu odczynu dodatniego.

Zachęcenii wynikami FISCHERA i NEUBAUERA, KUTTNER i PULVEMACHER przeprowadzili cały szereg badań. Wyniki autorów tych były mniej pomyślne. Przedewszystkiem zwracają oni uwagę na trudność wykonania odczynu z wodą bromową, gdyż przy jej nadmiarze różowe zabarwienie nie występuje. Następnie słusznie twierdzą, że, o ile usunąć od badania wszystkie te soki żołądkowe, które wykazują obecność śladów krwi przy pomocy odczynu WEBERA, to tylko niewielka liczba przypadków nadawałaby się do tego badania; dla pozostałych zaś miałby wartość jedynie wynik ujemny.

Co zaś do obecności soku trzustkowego, to uważają oni, że sok żołądkowy, który nie wykazuje obecności żółci, może jednak zawierać sok trzustkowy; zabarwienie zaś żół-

te lub zielone soku żołądkowego nie zawsze zależne jest od obecności żółci. Wobec tych trudności autorowie równoległe z próbą FISCHERA i NEUBAUERA wykonywali inną, zmodyfikowaną, a mianowicie, zamiast glicyltryptofanu używali peptonu z jedwabiu (Seidenpepton), który po rozszczepieniu przez zacyzyn rakowy daje kryształ tyrozyny. Obecność krwi przy tej próbie pozostaje bez wpływu. Sposób wykonania jest następujący: do 5 ctm. sz. przesączonego soku żołądkowego dodaje się 5 ctm. sz. sody z wodą chloroformową (5 gr. *Natriumcarbonat in subst.* + 25 gr. chloroformu na 1 litr wody). Przy wielkiej kwasocie soku żołądkowego dodaje się kroplę lugu. Po dodaniu 2 ctm. sz. 20% wodnego roztworu powyższego peptonu stawia się do ciepłarki. Po 24 godzinach gotuje się na wodnej kąpieli, wyparowuje się do 1 ct. sz., wreszcie na kilka godzin wstawia się do wody z lodem.—Wynik dodatni zaznacza się tworzeniem się kryształów tyrozyny. Autorowie przerobili 163 próby z sokami i wymiocinami zdrowych i chorych. Otrzymywali oni wyniki dodatnie nie tylko w raku, ale i w innych chorobach żołądka, jak również i z sokami normalnymi. Przypisują oni ten dodatni wynik obecności soku trzustkowego. Na 39 przypadków raka otrzymano wynik dodatni w 18, w pozostałych ujemny. Porównawcze badania z próbą glicyltryptofanową dały wyniki zgodne.

Również niedowierzająco zapatruje się na tę próbę LEY. Otrzymał on wynik dodatni w czterech przypadkach kataru żołądka; na 4 przypadki stwierdzonego raka otrzymał 2 wyniki dodatnie, zaś na 8 podejrzanych 2 dodatnie. Według tego autora tylko te przypadki dają wynik dodatni, w których tkanka rakowa zaczyna ulegać rozkładowi. Bardziej pochlebnie o tej próbie wyraża się OPPENHEIMER, który jednak w 2 pewnych przypadkach raka otrzymał wynik ujemny, natomiast w jednym przypadku z objawami klinicznymi raka otrzymał wynik próby dodatni, a operacja wykazała kilaki. Pomimo to jednak na zasadzie innych przypadków autor przypisuje tej próbie pewne znaczenie przy rozpoznawaniu raka żołądka. Równoległe z próbą glicyltryptofanową autor ten przerabiał inną, o wiele prostszą i dającą równo

¹⁾ Glicyltryptofan pod nazwą „Fermentdiagnostikum” nabyć można u Kalle et comp. A. G. Biebrich nad Renem.

znaczne wyniki; polega ona na tem, że do przesączonego soku żołądkowego dodaje się nieco 3 proc. kw. octowego, przyczem sok żołądkowy prawidłowy pozostaje przezroczystym, sok żołądkowy zaś chorych na raka ulega mętnieniu. Próba ta dzięki łatwości wykonania oraz dzięki temu, że obecność krwi i soku trzustkowego nie mają wpływu na jej wynik, nadaje się, zdaniem autora, do celów praktycznych.

PECHSTEIN przerobił próbę w 32 przypadkach. Nie przypisuje on jej dużej wartości, a to nie tylko z tego względu, że obecność krwi lub soku trzustkowego sama przez się może być przyczyną wyniku dodatniego, lecz także dlatego, że kwaśność soku żołądkowego może przeszkodzić wystąpieniu odczynu dodatniego. Przekonał się on bowiem, że w przypadku, w którym przy zupełnym braku kwasu solnego wynik odczynu był dodatni, po dodaniu kwasu solnego do wystąpienia odczynu z papierkiem Congo, próba glicyltryptofanowa wypadła ujemnie. Dlatego też

PECHSTEIN nie zgadza się z poglądami FISCHERA i NEUBAUERA, że zacyzn rakowy znika dopiero przy 0,36 proc. kwasu solnego, co odpowiada kwasocie 98. Jakkolwiek więc autor na 12 sekcyjnie lub operacyjnie stwierdzonych raków otrzymał 8 wyników dodatnich i 4 ujemne, na 7 klinicznie pewnych 6 dodatnich, to jednak ze względu na to, że w jednym przypadku rozpadającego się raka odźwiernika otrzymał wynik ujemny, i że tylko niewielka ilość soków żołądkowych nadaje się do wykonania próby, autor nie przypisuje próbie tej wielkiego znaczenia.

PIŚMIENNICTWO.

- Fischer i Neubauer. D. Arch. f. kl. M. T. 97 str. 449.
 Kuttner i Pulvermacher. Berl. kl. W. Nr. 45 1910.
 Ley. Berl. kl. Woch. Nr. 3 1911.
 Oppenheimer. D. Ar. f. kl. M. T. 101 z. 3-4.
 Pechstein. Berl. kl. Woch. Nr. 9 1911.

H. Karasiówna.

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

81. **Ehret H. O** określaniu ciśnienia rozkurczowego za pomocą wyczuwania palcem tętnicy łokciowej.

Ciśnienie rozkurczowe odpowiada, zdaniem E., temu ciśnieniu manometru. przy którym tętno staje się najdobitniejszym i rozchodzi się szeroko naokół, przyczem następuje, zwłaszcza w tętnicy łokciowej, zjawisko „bicia” (Klopfen). Przyczyny tego bicia nie można się jednak doszukiwać w ilości krwi, przynoszonej przez każde nowe tętno, lecz w niezwykle silnym spadku naprężenia ścian tej części naczynia, która zostaje przykryta przez mankieta; w części bowiem naczynia, leżącej od mankieta ku obwodowi, ciśnienie wyrównywa się do pewnego stopnia, i ściany nie zapadają się tak bardzo.

Pierwsza więc fala skurczowa, mająca przewyciężyć zmniejszające się ciśnienie w mankiecie, natrafia na zupełnie zapadniętą ścianę naczynia i powoduje bicie tętna; na zjawisku tem polega, jak wiadomo, metoda wysłuchowa Korotkowa, która daje tem lepsze wyniki, im bliżej mankieta się wysłuchuje, im dalej zaś ku obwodowi, tem niewyraźniej słyszy się pierwszy ton. A na fakcie zaś, iż owo bicie występuje nie powoli, lecz nagle, od jednego uderzenia tętna do drugiego, że zatem drgania w manometrze podczas ciśnienia rozkurczowego są największe, oparł swą metodę oscylacyjną RECKLINGHAUSEN. W gruncie rzeczy tego rodzaju nagły spadek napięcia rozkurczowy z następnym zupełnym napięciem skurczowym polega na tych samych właściwościach, które zauważyć można w *pulsus celer*. Niekiedy udaje się

nawet bez wyczuwania palcem poprostu dojrzeć samo zjawisko na częściach miękkich, pokrywających tętnicę, zwłaszcza u ludzi starszych, gdzie nawet tętnica jest widoczna. Autor otrzymał w 1000 przyp. wyniki zadawalające, tylko w 5 przypadkach mianowicie niedostateczności zastawek aorty, porażenia połowiczego i t. p. metoda ta zawiodła, zapewne dzięki zmienionym własnościom ścian tętnicy, wskutek których zamknięcie tętnicy odbywa się zapewne odmiennie i nie daje „bicia”; również u chorych na miażdżycę naczyń zjawisko to występuje mniej wyraźnie, ponieważ nieraz tętno się zmienia — można jednak po pewnej wprawie przyzwyczaić się do tego, zwłaszcza, gdy starać się podnosić słup rtęci w manometrze niezbyt wolno. EHRET próbował zużytkować swój sposób graficznie; najlepiej udało mu się to za pomocą sfigmokardiografu MAREYA.

W końcu autor dochodzi do wniosku, że jego metoda daje jednakowe wyniki z metodami RECKLINGHAUSENA i KOROTKOWA, daje się też doskonale stosować w przypadkach słabej niedostateczności zastawek aorty, ale zawodzi w daleko posuniętym stanie tej ostatniej choroby, jak to już dla metody wysłuchowej dowiódł Witold ETTINGER. Wyniki jednak, otrzymane za pomocą metody palpacyjnej tętnicy łokciowej, różnią się cokolwiek od wyników tejże samej metody, stosowanej przez STRASBURGERA na tętnicy promieniowej. (Münch. Mediz. Woch. Nr. 5. 1911).

82. Van den Velden R. O analeptycznym i przeciwkrwotocznym działaniu wyciągu z nadnerczy.

Autor dokładnie omawia lecznicze działanie wstrzykiwanej śródżylnie adrenaliny, wywołującej silny skurcz naczyń trzewiowych, dzięki czemu znacznie zwiększa się napływ krwi do naczyń obwodowych. Autor stwierdza, że w przypadkach chorobowych lewa połowa serca nie zawsze mogłaby podjąć wielkiej pracy, jaka następuje w ówczas wskutek zwężenia jednych, a rozszerzenia drugich naczyń, gdyby nie występowały również wskutek działania adrenaliny pewne zmiany skurczowe w małym krwioobiegu. Zmuszają one znów prawą połowę serca do wzmożonej pra-

cy. Całe zatem serce pracuje z większym napełnieniem. Niezwykle podniesienie ciśnienia w nadzwyczaj krótkim czasie jest zatem dla chorego serca niebezpieczne, to też w tych wszystkich przypadkach, w których krwioobieg jest od dłuższego czasu upośledzony, ostre leczenie śródżylnie adrenaliną może przynieść, zdaniem v. d. V., więcej szkody, aniżeli pożytku, zwłaszcza w miażdżycowym układzie naczyniowym. O wiele skuteczniejsze jest podskórne zastrzykiwanie większych ilości adrenaliny (przy dokładnym unikaniu głębszych ukłuć!). W normalnym układzie krwionośnym zastrzyknięcie $\frac{1}{2}$ —1 mg. syntetycznej suprareniny nie wywołuje żadnych zmian, lecz w zmienionym przez toksyny bakteryjne (jak podczas zapalenia płuc, zakażenia, tyfusu) powoduje podniesienie ciśnienia i zwiększenie częstości pulsu. Zastrzykiwanie jest w chorobach krwioobiegu znacznie mniej niebezpieczne, przeciwnie, stosowane co 1—2 godz. po $\frac{1}{2}$ —1 mg. adren. nawet w przeciągu wielu dni w kombinacji z innymi środkami daje bardzo dodatnie wyniki, zwiększając pobudliwość naczynioruchową i działając w rodzaju napastnicy. Dalej omawia jeszcze autor działanie adrenaliny w krwawieniu nerek lub małym krwioobiegu, przyczem stanowczo powstaje przeciw twierdzeniu niektórych badaczy, jakoby w małym krwioobiegu adrenalina mogła działać przeciwkrwotocznie, przeciwnie, wskutek wzmożonego ciśnienia może nastąpić jeszcze silniejsze krwawienie. Na podstawie licznych badań nad dynamiką środków przeciwkrwotocznych v. d. V. doszedł do wniosku, że działanie tych ostatnich polega na zniesieniu równowagi między tkanką a krwią, a doświadczenia z adrenaliną wykazały, że każdemu wywołanemu przez adrenalinę zatamowaniu miejscowego krwawienia towarzyszy wyraźne ogólne podniesienie zdolności krzepnięcia krwi, i że skutek pozostaje ten sam bez względu na to, czy adrenalinę wprowadzić do ustroju—za pomocą wstrzyknięcia, czy też przez jamę ustną.

(Münch. med. Wochenschr. № 4. r. 1911).

Stefan Sterling.

83. Runge. Rak żołądka w stosunku do raka narządów płciowych kobiety.

Jeszcze przed kilkoma laty mniemano, że rak żołądka w etiologicznym znaczeniu nie ma nic wspólnego z rakiem jajników. Najpierw zwrócili na to uwagę klinicyści anatomowie, i wkrótce zjawily się w piśmiennictwie wzmianki o tem.

Sprzeczano się dużo, gdzie znajdował się nowotwór pierwotny, czy w jajniku, czy też w żołądku. Obecnie większość autorów jest tego zdania, że rak pierwotny znajduje się w żołądku. Za tem przemawia też fakt, że rak żołądka wogóle bardzo rzadko zjawia się jako wtórny rak jakiegoś narządu jamy brzusznej. Dalej MENGERSHAUSEN badał 60 przypadków złośliwych nowotworów jajników i nigdy nie znalazł przerzutu w żołądku.

Przeciwno mniemaniu, że guz żołądka jest ogniskiem pierwotnym raka, przytacza ten fakt, że guzy jajników są znacznie większe, niż odpowiedni guz żołądka, muszą więc być znacznie starsze. Niesłuszności tego mniemania dowiedli anatomowie, którzy chcą wywnioskować tylko z budowy drobnowidzowej i ze stanu odżywiania, czy ma się do czynienia z przerzutem, czy też z ogniskiem pierwotnym.

Powołując się na pewne zboczenia w budowie drobnowidzowej raków jajnika i żołądka, mniemano, że między nimi niema żadnego związku wewnętrznego. Słusznie zwraca SCHLAGENHAUFER uwagę na to, że drobnowidzowa budowa guzów jajników może być bardzo rozmaita, odpowiednio do różności w budowie raka pierwotnego żołądka, kiszek i t. d., bez względu na to, że przerzuty podlegają pewnym zmianom, znajdując się w podścielisku jajnikowem. Jeden przerzut często podlega pewnym wpływom podłoża macicznego i wtedy różni się nieco od guza pierwotnego; drugi zaś przerzut podobny jest do guza pierwotnego, jak dwie krople wody.

Co do dróg, jakimi przerzuty z żołądka przedostają się do jajników, to zdania są jeszcze podzielone. Jedni autorowie są tego zdania, że komórki rakowate za pomocą dróg limfatycznych wstecznie dostają się do jajników. A za tem jakoby przemawiają przerzu-

ty, znajdujące się w gruczołach naokoło główki trzustki. Większość badaczy zaś jest tego mniemania, że komórki rakowate, dzięki ruchom kiszek, dostają się na powierzchnię jajników; aby to mogło mieć miejsce, rak żołądka powinien przejść przez całą grubość jego tkanki i wydostać się na wierzch — można tego dowieść bardzo często badaniem drobnowidzowem. Dlaczego w raku żołądka zachorowują przerzutowo jajniki, a nie inne narządy, trudno odpowiedzieć — przemawia za tem wielka liczba naczyń krwionośnych i limfatycznych jajników i to, że po każdym pęknięciu pęcherzyka zostaje jakby ranka, do której łatwo mogą się przyczepić komórki nowotworowe.

Co się zaś tyczy kliniki, to najczęściej zachorowują na tę chorobę kobiety w wieku dojrzałym. Bardzo często ma się do czynienia z amenorrhęą. Objawy ze strony żołądka zwykle są nieznaczne. Zwykle zachorowują oba jajniki.

Rozpoznanie za życia chorej rzadko kiedy zrobiono, zwykle guz żołądka się przeocza. Z tego powodu należy przy operacji guzów jajników zwrócić uwagę i na żołądek i naodwrot, aby jednego lub drugiego nie przeoczyć.

Co się zaś dalej tyczy leczenia, to rak żołądka zwykle jest w takim stanie, że go operować już nie można, i dlatego można tu mówić tylko o operacjach paliatywnych. Zwykle należy usunąć guzy jajników i połączyć żołądek z jelitem. Obie te operacje przedłużą życie chorej. Najważniejszy zaś zabieg stanowi usunięcie guza żołądka.

Zjawienie się raka żołądka podczas ciąży rzadko bardzo obserwowano. FELLNER wskazuje na to, że rak żołądka może wywołać poronienie. POLANO zwraca uwagę, że wymioty u kobiet, które kilka razy rodziły bez wymiotów, w drugim miesiącu ciąży mogą zależeć od raka żołądka; pojawia się on jako ostre cierpienie i szybko prowadzi do wycieńczenia i schudnięcia. W takich przypadkach, ze względu na dużą macicę i na przesunięcie się jelit, trudno zrobić rozpoznanie przez macanie, nieco dopomóż może chemiczne badanie soku żołądkowego.

W większej części przypadków raka żo-

ładka w ciąży przyszło do poronienia. POLANO radzi zaraz po zrobieniu rozpoznania przerwać ciążę i natychmiast usunąć guz żołądka.

(Berl. klin. Woch. № 46. 1910).

Wacław Biehler.

Choroby dzieci.

84. R. A. Bolt. Dziecko w rodzinie gruźliczej.

Wyniki badań, przeprowadzonych przez autora w sprawie częstości gruźlicy u osesków, zgadzają się w zupełności z ogólnie znanym faktem, iż cierpienie to we wczesnym okresie wieku dziecięcego jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem; za tem przemawiają zarówno wyniki badań pośmiertnych jakoteż wyniki stosowania u dzieci odczynu tuberkulinowego według PIRQUERA.

Co się tyczy sposobu, w jaki dziecko ulega zakażeniu gruźliczemu, to BOLT odrzuca możliwość gruźlicy dziedzicznej i wrodzonej (pośrednictwo drogi łożyskowej), natomiast uznaje wyłącznie nabywanie gruźlicy przez dziecko dopiero po wyjściu z łona matki, źródło zaś wyjścia zakażenia upatruje w środowisku rodzinnem. Najczęstszą drogą przenikania zarazka gruźliczego do ustroju dziecięcego są narządy oddechowe, znacznie rzadziej zakażenie odbywa się za pośrednictwem przewodu pokarmowego (mleko krowie). Postępowanie lekarza w przypadkach gruźlicy rodzinnej nie zawsze będzie jednakowe: 1) gdy matka i dziecko są wolne od gruźlicy, natomiast dotknięci są tą ostatnią inni członkowie rodziny, pierwszych dwoje należy usunąć z chorego otoczenia (nie zawsze to jest łatwe do przeprowadzenia, zwłaszcza w zimie); 2) gdy dziecko jest chore na gruźlicę, matka zaś jest zdrowa, ta ostatnia może je karmić, byleby warunki klimatyczne były dobre; 3) gdy dziecko jest zdrowe, a matka jest dotknięta gruźlicą, karmienie jej piersią możliwe jest tylko w okresie utajonym lub wczesnym cierpienia, gruźlica czynna wyłącza karmienie; 4) wreszcie, gdy oboje rodzice są zakażeni, dziecko bezwzględnie powinno być od nich odsunięte.

(The Cleveland med. Journ. VII 1910).

85. C Pastia. Objaw przegubu łokciowego. (Le signe du pli du coude).

Nowy ten objaw polega na wczesnym występowaniu specjalnej postaci wysypki na skórze w okolicy zgięcia łokciowego. Wysypka występuje w postaci wąskiego pasemka, jest jednolita, bardzo intensywne, o zabarwieniu w początku różowym, później ciemno-czerwonym, najczęściej ma zabarwienie wybroczyn. Najczęściej bywa jedna taka linia, może być jednak ich kilka: od 2 do 4. Na przestrzeni, znajdującej się pomiędzy temi liniami, spostrzegamy wysypkę mniej intensywną, podobną do tej, jaka bywa zwykle w płonicy na pozostałych częściach ciała, Powyższy objaw występuje bardzo wczesnie, bo już w samym początku okresu wysypkowego, trwa do końca tegoż, a nawet nieco dłużej w postaci dość intensywnego liniowego zabarwienia na wymienionym poziomie. Autor spostrzegł go z bardzo małymi wyjątkami prawie we wszystkich przypadkach płonicy (94 na 100 — w oddziale GROSOWICI w Bukareszcie i 29 na 30 — w oddziale HUTINELA); w pozostałych cierpieniach wysypkowych oraz w wysypkach, spowodowanych przez środki lekarskie, objawu tego nie było (wyjątek stanowi odra, w kilku bowiem przypadkach objaw był obecny). Wobec tej stałości, z jaką objaw PASTIA towarzyszy płonicy, zdaniem autora, może on mieć wysoką wartość rozpoznawczą, o ile istotnie okaże się swoistym dla płonicy na podobieństwo objawu KOPLIKA swoistego dla odry.

(Archives de Médecine des Enfants Nr. 2. 1911.)

86. R. Quest. W sprawie etiologii skazy kurczowej (seasmophile Diathese)

Zpośród różnych poglądów, dotyczących etiologii skazy kurczowej, specjalną uwagę autora zwróciła na siebie teoria STÖLTZNERA, według której objawy tężyczkowe zależą od nagromadzenia się soli wapiennych (Kalkstauung) w ustroju, resp. samozatrucia tegoż solami wapiennymi (autointoxicatio). QUEST jest wprost przeciwnego zapatrywania, jego bowiem zdaniem, przyczynę powyższych objawów stanowi właśnie

zmniejszenie zawartości wymienionych składników chemicznych (Kalkmangel) w ustroju. Do powzięcia takiego przekonania upoważniły autora: z jednej strony—wyniki bezpośredniego określania zawartości, resp. zmniejszenia soli, o jakich mowa, w ośrodkowym układzie nerwowym dzieci, z drugiej — badania doświadczalne, dokonane na psach, żywności wyłącznie pokarmami, pozbawionymi wapnia (mięso, szczeg. wołowe); u psów tych można było stwierdzić wyraźnie wzmożoną pobudliwość nerwów na prąd elektryczny przy jednocześnie zmniejszonej zawartości soli wapiennych we krwi. W zapatrywaniu powyższym jeszcze bardziej utrwaliło autora nowe doświadczenie, które wykazało szybko występujące osłabienie pobudliwości nerwów na działanie prądu elektrycznego pod wpływem wstrzykiwań podskórnych 5 proc. roztworu chlorku wapnia (w ilości od 0,5 do 0,75 ctm.³); godny uwagi jest fakt, że po tym zabiegu psy nie zdradzały minimalnych objawów chorobowych zarówno ogólnych, jakoteż specjalnie ze strony układu nerwowego. Przypisywaniu gruczołom przytarczycowym wyłącznego bezpośredniego wpływu na sprawę powstawania tężyczki autor jest zasadniczo przeciwny, gdyż pozostałe gruczoły z wydzieliną wewnętrzną, szczególnie gruczoł tarczowy, mają również niezaprzeczny udział w tej sprawie. Rozpatrując bardziej szczegółowo warunki, sprzyjające niedostatecznemu zatrzymywaniu się soli wapiennych w ustroju (mangelhafte Kalkretention), autor przychodzi do wniosku, że główną przyczyną tego zjawiska jest niezupełne trawienie tłuszczów, zawartych w mleku (mangelhafte Milchfettverdauung). W myśl powyższego leczenie tężyczki powinno polegać na uregulowaniu diety (sprzyjającej dostatecznemu zatrzymywaniu się wapnia w ustroju) oraz podawaniu tranu z fosforem do wewnątrz. W przypadkach uporczywych i długotrwałych można uciec się do podskórnego wprowadzania soli wapiennych do ustroju.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde Nr. 1 1910.)

87. J. A. Schlad. O przemianie soli wapiennych w tężycze.

Autor na zasadzie swych spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków:

1) Niema żadnej różnicy pomiędzy przemianą wapnia i fosforu w przebiegu krzywicy, powikłanej tężyczką, a przemianą tychże składników chemicznych w krzywicy, nie powikłanej powyższem cierpieniem.

2) Poprawa w tężycze, wzgl. osłabienie pobudliwości mięśni i nerwów na prąd elektryczny, występujące pod wpływem stosowania *per os* tranu z fosforem, idzie w parze z zatrzymywaniem się soli wapiennych w ustroju czyli z poprawą w przebiegu krzywicy.

3) Dowóz soli wapiennych, pomimo ich wchłaniania, nie pogarsza bynajmniej przebiegu tężyczki.

4) Fakty powyższe znajdują się w zupełnej sprzeczności z teorią STÖLTZNERA o roli, jaką fakt nagromadzenia się wapnia w ustroju odgrywa w sprawie etiologii tężyczki.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde Nr. 1 1910).

88. W sprawie stosowania przetaczania krwi w cierpieniach krwotocznych u noworodków.

Zdaniem lekarzy niemieckich i amerykańskich, którzy otrzymywali znakomite wyniki po zastosowaniu przetaczania krwi w przypadkach krwawień z pępka, ze śluzówki jamy ustnej i przy innych objawach krwotocznych, zabieg powyższy ma wysoką wartość leczniczą: bowiem przede wszystkim szybko zatrzymuje krwawienie miejscowe, również szybko usuwa objawy niedokrwistości ogólnej, wreszcie, dzięki bakterycydzym własnościom osocza, wprowadzanego do krwiobiegu ustroju dziecięcego, zabezpiecza ten ostatni od zakażenia. Nie ulega wątpliwości, że szybkie zastosowanie zabiegu zwiększa jego szanse skuteczności, lecz należy pamiętać, że nigdy nie jest zapóźno, jak o tem wymownie świadczą przypadki autorów amerykańskich (SWAIN, JACKSON, MURPHY), którzy z powodzeniem stosowali przetaczanie krwi u chorych, znajdujących się już

in extremis wówczas, gdy poprzednio dokonywane wstrzykiwania podskórne surowicy świeżej krwi oraz surowicy przeciwbłoniczej pozostały bez wyniku.

(La Semaine médicale Nr. 6. 1911)

89. M. J. D. Roileston. O objawie Babińskiego w przebiegu błonicy.

W żadnej z chorób zakaźnych nie stwierdzono tak częstych zmian chorobowych w układzie nerwowym (na tle zatrucia), jak w błonicy. Pomimo to jednak klinika nie jest w stanie dać nam jakiegokolwiek kryterium do zorientowania się co do istotnego nasilenia tego rodzaju zaburzeń w ośrodkach nerwowych w tych przypadkach, gdzie niema ani drgawek, ani zaburzeń czynności ruchowych. Ten właśnie wzgląd skłonił autora do zajęcia się sprawą odruchu skórno-podeszwowego w przebiegu błonicy. Przy tej okazji R. przekonał się, że temu cierpieniu bardzo często towarzyszy anormalny odruch podeszwowy (*inversio*), dowodzący istnienia głębokich zmian w ośrodkowym układzie nerwowym dziecka nawet w tych przypadkach błonicy, które żadnych innych klinicznych objawów zatrucia tegoż jadem swoistym nie dają. Zpośród ogólnej liczby 877 badanych przez R. chorych w wieku od roku do 15 lat objaw BABIŃSKIEGO został stwierdzony w 19,6% przypadków; w 29 przypadkach objaw był obecny kolejno przy zginaniu i rozginaniu palców; zniesienia odruchu podeszwowego nie było ani razu; w 33 przypadkach — objaw BABIŃSKIEGO był notowany na obu kończynach dolnych. Najczęściej bywa spostrzegany objaw ten u dzieci, znajdujących się w wieku od 1 — 10 lat; w drugim dziesiątku życia — stanowił zjawisko znacznie rzadsze, powyżej 30 lat — nie było go ani razu. Zazwyczaj objaw BABIŃSKIEGO był spostrzegany tylko w okresie ostrym cierpienia, w okresie zdrowienia ustępował on miejsca normalnemu odruchowi podeszwowemu, w przypadkach natomiast śmiertelnych trwał do samego zejścia. Częstość występowania tego objawu w błonicy znajduje się w stosunku prostym do stopnia nasilenia zasadniczej sprawy chorobowej (błonicy); w przypadkach ROILESTONA śmiertelność była znacznie większa

wśród tych chorych, którzy posiadali objaw BABIŃSKIEGO, niż wśród tych, u których objawu tego nie było. Co dotyczy odruchów ścięgnowych (kolanowego i stopowego) w przypadkach z objawem BABIŃSKIEGO, to zazwyczaj były one osłabione, w wyjątkowych tylko razach wzmożone, jednak objawu stopowego nie stwierdził R. ani razu. Patogeneza objawu BABIŃSKIEGO w błonicy, zdaniem R., najprawdopodobniej jest taka, że mamy tu do czynienia z zatruciem swoistem ośrodków korowych, wzgl. komórek, które dają początek drogom piramidowym; skutkiem zatrucia jest zaburzenie czynności torów ruchowych, a zewnętrznym przejawem tego zaburzenia — zбочenie odruchu podeszwowego.

(La Semaine médicale 1911. № 1).

90. Caroline Towler. Badania w sprawie wpływu emulsji tranowej, stosowanej jednocześnie z fosforem, na przemianę materii u ośeska, dotkniętego krzywicą.

U rocznego dziecka, obarczonego krzywicą w pełnym rozwoju, autorka określała 4-krotnie całkowitą przemianę materii, każdorazowo w przeciągu 4 dni, raz jeden badała częściowy bilans w przeciągu 3 dni. W trzecim i piątym z rzędu okresach badań dziecko otrzymywało emulsję tranową z fosforem (5 gr. 0,01 proc. roztworu fosforu na dobę). Wyniki, do jakich doszła autorka, są zupełnie odmienne od wyników, otrzymanych przez SCHABADA: kombinacja bowiem wyżej wymienionych środków leczniczych, jej zdaniem, nie wywiera jakiegokolwiek wpływu na przemianę soli wapiennych. Dotyczy to zarówno ogólnego bilansu wapnia jakoteż wydzielania tegoż przez drogi moczowe: wprawdzie w 3-im okresie (gdy podawano tran z fosforem) przemiana wapnia odbywała się lepiej, niż w 2 okresach poprzednich (wolnych od stosowania tranu), jednak w następnym (również wolnym od podawania tego środka) okresie 4-ym — pozostawała na tym samym poziomie, chociaż w przebiegu krzywicy dały się zauważyć wyraźne objawy pogorszenia; najobfitsze wydzielanie wapnia z moczem osiągnęto wprawdzie w okresach podawania tranu z fosforem; w pierwszym nawet okresie tranowym ilość wapnia,

wydzielonego z moczem, była dwa razy większa od tejże w okresach, w których tranu nie podawano, lecz już w drugim okresie stosowania tego środka — podobnego efektu nie osiągnięto. Również nie zauważono wyraźnego wpływu stosowania tranu z fosforem na ilość wydzielanego z moczem fosforu: chociaż bowiem ilość jego wzmożła się w pierwszym okresie tranowym, pozostała taką samą w okresach następnym, w których środków omawianych nie stosowano.

(Zeitschrift f. Kinderheilkunde Band. I Heft. IV 1911)

91. Th. Escherich. O leczeniu liszajca (impetigo) i zapalenia torebek włosowych (folliculitis) za pomocą wody utlenionej.

W przypadkach zapalenia torebek włosowych i liszajca pęcherzykowego, występującego u dzieci po stosowaniu okładów, autor zaleca następujące postępowanie: przede wszystkim miejsca, zajęte przez powyższe zmiany zapalne, należy obmyć spirytusem mydlanym, małe czyraki pootwierać i następnie oczyścić za pomocą waty, zmoczonej w 30% roztworze wody utlenionej, wreszcie, po zastosowaniu kąpieli sublimatowej, należy robić okłady z 3% wody utlenionej. Zabieg ten przerywa ropienie w przeciągu 2 — 3 dni.

(La Semaine médicale № 3. 1911).

S. Łyskawiński.

92. Walther Berk. Początkowe objawy padaczki dziecięcej.

W praktyce dziecięcej mamy do czynienia przeważnie z padaczką pierwotną — samoistną, podczas gdy padaczka wtórna — objawowa u dzieci jest chorobą względnie rzadką. Pierwotna padaczka przebiega bądź z przerwami, bądź bez przerw. W pierwszym razie występuje ona zazwyczaj już w okresie niemowlęcym, następnie przez dłuższy czas

pozostaje w stanie utajonym i dopiero w latach późniejszych (w 6 lub 7 roku) zjawia się na nowo. Od drgawek pochodzenia innego (*spasmophilia*) różni się ta postać padaczki prawie stałym brakiem objawu twarzowego (*Facialisphänomen*), kurczu głosi, a głównie kurczliwości elektrycznej. Brak tego ostatniego objawu przemawia prawie bezwzględnie na rzecz padaczki, jeśli naturalnie jesteśmy w stanie wyłączyć organiczne cierpienie mózgu. Niezależnie od tego cały obraz kliniczny padaczki niemowlęcej wybitnie różni się od drgawek innego rodzaju. Napadom padaczkowym podlegają zarówno dzieci, karmione piersią, jak i żywione sztucznie, niezależnie ani od wieku niemowlęcego, ani od pory roku, ani od jakiejś widocznej przyczyny. Napad taki nawiedza chorych zwykle raz jeden, poczem następuje dłuższa lub krótsza przerwa, podczas gdy dla eklampsji charakterystyczne są często powtarzające się napady. Tym jednorazowym napadom u niemowląt należy poświęcić więcej uwagi, są to bowiem pierwsze przepowiednie padaczki wieku późniejszego. Niemniej godne są uwagi napady mniejsze, t.zw. „petit mal”, które spostrzegamy przeważnie u dzieci starszych. Naśladując histeryę, nasuwają one niekiedy znaczne trudności rozpoznawcze. Pomiędzy histeryą a padaczką dzieci starszych zachodzi bowiem ten sam stosunek, jaki istnieje pomiędzy padaczką niemowląt a usposobieniem kurczowem (*spasmophilia*).

Padaczka, jak wiadomo, daje rokowanie co do wyleczenia naogół niepomyślne, udało się jednak autorowi w 3 przypadkach skombinowanym leczeniem (opium — brom) napady ilościowo zmniejszyć do minimum i wreszcie usunąć; przynajmniej w przeciągu paru ostatnich lat nawrotu cierpienia nie było.

(Ergebnisse d. inn. Med. und Kinderheilkunde Tom III, 1909).

Michał Rappel.

List z Berlina.

O przekrwieniu zastoinowym pisano już bardzo wiele. Książkę BIERA i jego teoryę przyjęto z początku z zupełną obojętnością; następnie zaczęto ją z jednej strony namiętnie zwalczać, a z drugiej z zapalem propagować. Teraz nastąpił okres pokoju. Rozejrzyjmy się więc pokrótce, które z poglądów BIERA wyszły zwycięsko z tej walki. Mam tu na myśli tylko lecznicze zastosowanie przekrwienia zastoinowego. Przytoczę więc te stany chorobowe, w których podług mniemania większości chirurgów przekrwienie zastoinowe daje rezultaty dodatnie. W klinice uniwersyteckiej w Berlinie (BIERA) w tych przypadkach innych sposobów leczenia zupełnie się nie używa, a o doskonałych wynikach mogłem się naocznie przekonać. A więc.

1. Arthritis gonorrhoeica.

Wypadek zrzucił, że BIER wogóle po raz pierwszy zastosował swoją opaskę u studenta z Kilonii, dotkniętego ostrem zapaleniem stawu kolanowego na tle rzeźączki. Następnego dnia zastał studenta z ognistocie zaczerwienioną i silnie nabrzmiałą kończyną, ale bardzo zadowolonego, gdyż bóle, które go przedtem bardzo trapiły, ustały. Opaska, dobrze nałożona, w tych przypadkach tak znakomicie uśmierza bóle (jak wiadomo, bardzo znaczne), że BIER nazywa ją najlepszym środkiem nasennym. Dawniej leczono *Arthritis gonorrhoeica* za pomocą unieruchamiających chorą kończynę opatrunków i otrzymywano dość pokaźną odsetkę zupełnego zeszywnienia stawu. Natomiast przy zastosowaniu przekrwienia zastoinowego, dzięki okoliczności, że staw nie jest unieruchomiony, a pomimo to bezbolesny, łatwo od początku zastosować ćwiczenia ruchowe i nie dopuścić do zeszywnienia stawu i kalectwa.

Wyniki w tutejszej klinice w przypadkach zapalenia stawu rzeźączkowego są znakomite. Nie widziałem ani jednego przypadku następczego zeszywnienia stawu. Opaskę nakłada się na 22 godziny; następnie 2 godzin-

na przerwa, podczas której kończyzna jest wzniesiona, i znów 22 godziny okres przekrwienia zastoinowego.

2. Mastitis.

Najczęściej leczono ostre zapalenie sutki (ropne) za pomocą wielkich cięć promienistych, co, pomijając względy kosmetyczne, prawie zupełnie niszczyło funkcję wydzielniczą danego gruczołu. BIER, jak wiadomo, robi kilka niewielkich cięć w miejscach, gdzie wyczuwa chęłbotanie, wypuszcza ropę i nakłada na pierś szklaną bańkę, w której rozrzedza powietrze za pomocą pompki. Bańka ta leży 20 minut do $\frac{1}{2}$ godziny dziennie. Wyniki również bardzo dobre, choć leczenie trwa czasem dłużej, niż przy zastosowaniu wielkich cięć:

3. Czyraki twarzy.

Czyraki twarzy należą do chorób bardzo poważnych, gdyż dają dość znaczną odsetkę śmiertelności przy niestosownem leczeniu ich za pomocą cięcia i opatrunku. Tłomaczą to w ten sposób, że cięcie otwiera cały szereg drobnych żył, w których tworzą się skrzepy zakażone, posuwając się po coraz większych żyłach aż do *Venae ophthalmicae* i tędy do opon mózgowych. W ostatnich czasach coraz więcej chirurgów zachowuje się konserwatywnie wobec tej choroby i mają dzięki temu lepsze wyniki, niż dawniej.

W klinice BIERA postępują w taki sposób: po zdjęciu z wierzchołka czyraka cienutkiego naskórka, pokrywa się chore miejsce suchą gazą i nakłada na szyję opaskę na 22 godziny, wywołującą przekrwienie zastoinowe całej głowy. Opaska jest wówczas dobrze nałożona, jeśli nie wywołuje zawrotów i bólów głowy i sinicy. W okolicy wielkich tętnic szyjowych podkłada się pod opaskę kawałki waty. Przy takim sposobie traktowania czyraków twarzy klinika berlińska nie miała w ostatnich kilku latach ani jednego przypadku śmiertelnego.

4. Zastrzał kostny.

Zastrzał kostny lokalizuje się najczęściej, jak wiemy, na pierwszym członku. Dawniej usuwaliśmy cały pierwszy członek, otrzymując dobre wyniki w dość krótkim czasie. Za pomocą niewielkiego cięcia owalnego na końcu palca i opaski BIERA udaje się bardzo często uratować cały lub przynajmniej część członka, choć sprawa ta trwa 6 — 8 tygodni. W przypadkach, gdzie zachowanie 1-go członka ma duże znaczenie (u muzyków, rysowników, lekarzy etc.), warto zastosować leczenie podług BIERA.

5. Zapalenie ropne pochwy ścięgien.

Zapalenie ropne pochwy ścięgien ma ogromne znaczenie praktyczne nie tylko dla chirurga, ale i dla każdego lekarza, zajmującego się ogólną praktyką. Spotykamy je prawie codziennie. Skutki tej napozór blahej choroby są, jak wiemy, często bardzo poważne, gdyż uniemożliwiają wielu ludziom wykonywanie nadal roboty, wżakres ich zawodu wchodzącej. Leczenie polegało zwykle na możliwie rozległym cięciu, tamponowaniu gazą zwyczajną lub jodoformową i często na wprowadzaniu pasków gazy pod ścięgna. Najczęściej skutkiem takiego leczenia ścięgna obumierały, a po zabliznieniu się rany pozostawało zeszywnienie jednego lub kilku palców. Takie wyniki teraz nas nie zadowalały. Pragniemy zachować w całości funkcję chorej kończyny. BIER i KLAPP wypracowali nowy sposób leczenia zapalenia

ropnego pochwy ścięgien, który już od kilku lat w tutejszej klinice stosują. Wkrótce zostanie wydana większa praca książkowa jednego z asystentów BIERA, w której cały materiał dotychczasowy zostanie dokładnie rozpatrzony i opracowany. BIER postępuje w taki sposób: Pacjenta odurza eterem (Etherrausch) lub poddaje miejscowemu znieczuleniu żylnemu. Wytworzywszy sztuczną bezkrwistość podług ESMARCHA, robi stosunkowo niewielkie cięcia z dwóch stron chorego palca, dochodzące do ścięgna, po dwa na wysokości każdego członka. Za pomocą zginania i wyprostowywania palca wy-ciska z głębi ropę, przemywa ścięgno fizyologicznym roztworem soli kuchennej, pokrywa wszystko gazą sterylizowaną, nie wprowadzając nic do środka, i opatrując rękę, wywołuje przekrwienie zastoinowe chorej kończyny. BIER nakłada opaskę na 22 godziny, KLAPP używa do tego celu gorącego powietrza, można przekrwienie wywołać nawet często zmienianymi okładami spirytusowymi. Aby otrzymać dobre wyniki, trzeba prócz tego koniecznie codziennie podczas opatrunku (który jest znacznie mniej bolesny, niż przy zwykłym sposobie leczenia) chory palec jeden raz powoli zgąć i wyprostować. Postępując w taki sposób, otrzymujemy wyniki, o jakich nie marzyliśmy dawniej. Technika tego leczenia jest dość trudna, nie należy więc złych rezultatów, wywołanych przez niedokładne opanowanie techniki, kłaść na karb nowej metody.

P. Goldstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 31 stycznia r.b

BORZYMOWSKI przedstawił chorego, zranionego nożem szewckim, u którego dokonał zeszycia dwóch ran serca.

KRYŃSKI Leon wygłosił rzecz pod tytułem: „Punkty sporne w *appendicitis acuta*”. Zaznaczywszy na wstępie, że literatura, do-

tycząca sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego, przed 5 laty przechodziła już liczbę 7000, prelegent na zasadzie literatury i własnych obserwacji rozpatruje kwestye sporne, dotyczące *appendicitis acuta*. Już co do patogenezy tego cierpienia są punkty sporne. Mamy tu dwa odrębne zapatrywania, dwie szkoły. Jedni uważają tą sprawę za lokalną,

Rteć-Resorbina

==== Najczystsza kuracya wcieraniami ====

W szklanych tubkach z podziałką
 po 15 i 30 grammów 25 i 50 grammów
 $\frac{33\frac{1}{3}\%}{}$ $\frac{50\%}{}$

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

BULGARINE THÉPÉNIER

CZYSTA HODOWLA MLECZNYCH ZACZYŃÓW

Zaleca się do leczenia biegunek; katarów żołądkowo-kiszkiowych, chorób skóry pochodzenia kiszkiowego (ekzema, furunculosis; akne); potężny środek zapobiegawczy przed zarażeniem się cholera.

Wysać dwie tabletki Bułgariny w pół godziny po jedzeniu.

Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.

Główny agent na Rosyę.
 Gabriel POMMIER w Petersburgu,
 ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

Zakład Lecznicy Gorbio

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



Prospekty dostarcza Administracya
 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.

drudzy za chorobę ogólną. Oba poglądy opracowane zostały przeważnie przez badaczy francuskich.

Prelegent, omówiwszy panujące teorie, dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z patogenezą lokalną. W kwestyi objawów zaznacza, że nie mamy żadnego pewnego, za najważniejszy jednak prelegent uważa napięcie mięśniowe i ból. Następnie mówca porusza jeszcze sprawę nakłucia próbnego i przytacza zdanie Roux, że jest to zabieg często niebezpieczny, a zawsze niepotrzebny. Najważniejszym punktem spornym jest sprawa wczesnego operowania. Omówiwszy, panujące obecnie w tej kwestyi poglądy i zaznaczywszy różnicę w zapatrywaniach większości chirurgów i internistów, prelegent dochodzi do następujących wniosków. Tam, gdzie mamy do czynienia z ropniem, należy go jaknajwcześniej otworzyć, jest tylko kwestyą sporną, czy trzeba wycinać wyrostek, czy też tylko wypuścić ropę. Zdaniem prelegenta, wyrostek należy usuwać tylko wtedy, o ile go łatwo można znaleźć, jeżeli niema zrostów i wogóle trudności technicznych. Druga postać, wymagająca natychmiastowego zabiegu operacyjnego, następuje wtedy, kiedy mamy objawy ogólnego zajęcia otrzewny, kiedy nie doszło jeszcze do ropnia. Tutaj jedynie operacja może uratować chorego, choć śmiertelność dochodzi do 80 proc.

Co się tyczy operowania w ciągu pierwszych 48 godzin, to prelegent jest zwolennikiem operowania cięższych przypadków, przypadki lekkie zaś, o ile nasilenie objawów chorobowych się zmniejsza, mogą być leczone wewnątrznie. Operacja wyrostka robaczkowego w pierwszych 48 godzinach jest zabiegiem jeszcze łatwiejszym, niż operacja *à froid*. Nie mamy tutaj jeszcze żadnych zrostów. Ważnym szkopułem jest to, że w pierwszych 48 godzinach trudno jest nieraz rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego.

W dyskusyi CIECHOMSKI zaznacza, że musi być porozumienie między internistami i chirurgami co do punktów wytycznych, dotyczących przedewszystkiem przypadków ciężkich, które należy operować jaknajwcześniej. Bóle i napięcie mięśniowe, zdaniem mówcy, nie mają tak wielkiej wagi w ocenie

ciężkości przypadku, a nawet w znaczeniu dyagnostycznym. Najważniejszym objawem jest wysoka temperatura. Niema ciężkiego przypadku bez wysokiej temperatury. Jeżeli wysokiej temperaturze towarzyszą dreszcze, to wtedy mamy najczęściej już *sphacelus*, i wtedy należy operować jaknajwcześniej. W parze z temperaturą idzie zwykle i szybkie tętno. Oprócz tych objawów mówca zwraca uwagę na rozwolnienia, które, występując w początkach *appendicitidis*, zwykle w przypadkach ciężkich, są objawem septycznym.

ŁEŚNIEWSKI jest zwolennikiem operowania wyrostka robaczkowego w każdym przypadku, jak tylko się rozpoznało zapalenie wyrostka robaczkowego, możliwie w pierwszych godzinach, gdyż na zasadzie objawów nie możemy określić, czy to jest tylko przekrwienie, czy też przedziurawienie wyrostka. Mówca zdaje sprawę z 6 świeżo operowanych przez siebie przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w ciągu pierwszych 48 godzin od początku napadu. We wszystkich tych przypadkach z zejściem pomyślnem operacja nie była cięższa, niż bywa *à froid*.

Co do wycinania wyrostka robaczkowego przy otwarciu ropnia, mówca jest zdania, że należy dążyć jednak do tego, aby wyrostek usuwać.

STARKIEWICZ zapytuje, czy prelegent sprawdzał metodę palpacji wyrostka, proponowaną przez prof. JAWORSKIEGO. Co do porozumienia się wzajemnego co do leczenia operacyjnego zapaleń wyrostka, to sprawa ta, zdaniem mówcy, wymaga otwartego stwierdzenia faktu, że wielu chirurgów, teoretycznie wyznających zasadę bezwzględnego operowania we wczesnym, a nawet w każdym okresie choroby, w praktyce bardzo często okazują się zwolennikami kunktatorstwa. Głównym powodem rozbieżności zdań większości chirurgów i internistów jest niezawodnie to, że niema dotychczas pewnych objawów, któreby pozwoliły w początku choroby ocenić, czy dany przypadek będzie miał przebieg ciężki, czy lekki. Mówca przytacza odnośny przypadek.

SOKOŁOWSKI twierdzi, że tylko obserwacja całokształtu objawów może decydować o ciężkości przypadku i o potrzebie zabiegu

chirurgicznego. W szeregu objawów Sokołowski na pierwszym miejscu stawia charakter tętna, potem temperaturę, na trzecim dopiero ból. Jest jeszcze jeden ważny objaw w przypadkach ciężkich, a mianowicie wyraz toksyczności chorego.

Co się tyczy środków przeczyszczających, to w praktyce szpitalnej niema prawie chorego, któryby nie zażywał ich w zapaleniu wyrostka. Nie musi więc to być metoda tak szkodliwa.

Borzymowski zaznacza, że od roku 1905 wszystkie przypadki *appendicitidis acutae* w jego oddziale są jaknajwcześniej operowane bez względu na dzień choroby. Już w pierwszych przypadkach przekonał się, że przy niewielkiej temperaturze i tętnie spotykają się duże zmiany. Wyniki operacji, obejmujące już kilkaset przypadków, przekonały go, że należy operować wszystkie ostre przypadki i to jaknajwcześniej.

Krauze nie zgadza się z tem, aby zawsze w ciągu 48 godzin operować w *appendicitis acuta*, gdyż rozpoznanie nie zawsze jest pewne. Zdarza się nieraz, że rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, a miało się do czynienia z zapaleniem płuc. Zdaniem mówcy, ból ma bardzo doniosłe znaczenie, szczególnie, jeżeli jest stały i w oznaczonym miejscu, jeżeli przytem jest jeszcze temperatura wysoka, tętno przyspieszone, to w takich przypadkach z operacją czekać nie należy.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie kliniczne z d. 7 lutego r.b.

Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Krynńskiego: Punkty sporne w *appendicitis acuta*. Landau Anastazy ze środków, stosowanych w *appendicitis acuta*, odrzuca nietylko środki czyszczące, ale również i opium, które wzmaga mdłości i poraża perystaltykę kiszki, dostatecznie już osłabioną. Natomiast dobre usługi oddawała mu morfina, stosowana sama przez się lub też w kombinacji z atropiną; pożyteczne również okazały się lawywy z małej ilości płynu, powodujące odejście wiatrów. Opierając się na statystyce berlińskiej, Landau uważa, że tych chorych,

których nie udało się operować w przeciągu pierwszych dwóch dni, należy traktować konserwatywnie i kwalifikować do natychmiastowej operacji tylko w razie obecności wskazań życiowych.

Hewelke podkreśla różnorodność obrazów klinicznych tej sprawy chorobowej, różną skalę ciężkości przypadków, tak, że nasuwa się myśl, że nie mamy tu zawsze spraw tej samej natury.

Skłodowski, opierając się na tem, że ogromna większość napadów ostrych kończy się pomyślnie, że wyniki leczenia wyczekującego nie są wcale gorsze, a może nawet przewyższają te, jakimi poszczycić się może dotąd operacja wczesna, dochodzi do wniosku, że zasada operowania wczesnego nie może być uznana za ogólnie obowiązującą.

Otto Czesław zaznacza, że bóle w prawym dole biodrowym z napięciem mięśni brzusznych i wysoką gorączką nie zawsze przemawiają bezwzględnie za zapaleniem wyrostka robaczkowego, a tembardziej nie mogą służyć jako dowody ciężkości sprawy zapalnej. Na potwierdzenie swego poglądu przytacza dwa przypadki, gdzie przy obecności wyżej przytoczonych objawów chorobowych żadnych zmian po wycięciu wyrostka robaczkowego w nim nie znalazł, a miało do czynienia z zapaleniem płuc włóknikowym.

Rętkowski uważa, że ropienie okołowyrostkowe jest chorobą *par excellence* chirurgiczną, w której jaknajwcześniejsza interwencja radykalna chirurga tylko na wielki pożytek choremu wyjść może.

Grundzach uważa środki czyszczące za niebezpieczne i zgoła niepotrzebne.

Kramsztyk Julian zaznacza, że *appendicitis* u małych dzieci zdarza się bardzo rzadko, i rozpoznanie jest niemożliwe. Od roku 5-go zdarza się często, i rozpoznanie jest łatwiejsze, niż u dorosłych; szczególnie *defense musculaire* występuje bardzo wyraźnie. Większość przypadków kończy się bez operacji pomyślnie.

Świątecki obserwował w szpitalu Ujazdowskim około 400 przypadków *appendicitidis*. Tylko 5 do 8% zgłosiło się takich chorych, którzy nadawali się do wczesnej ope-

racy, metoda więc wczesnego operowania ma bardzo małe praktyczne znaczenie.

BRUDZIŃSKI wbrew twierdzeniu KRAMSZTYKA uważa, że przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci poniżej lat 5 nie należą do rzadkości, nawet u dzieci w pierwszym roku życia. Mówca sam od roku 1904 spostrzegał około 12 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci poniżej lat 2 wieku, w tem u jednego dziecka 5 tygodniowego, u 2 w wieku 8 — 9 miesięcy. Mówca na podstawie spostrzeganych własnych przypadków jest zwolennikiem wczesnej operacji w zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci.

ODELFELD jest zwolennikiem jaknajwcześniejszego operowania w *appendicitis acuta*. Przytacza przypadek, gdzie operował w 18 godzin po rozpoczęciu się napadu i zastał już ogromne zmiany. Mówca nie zgadza się z BORZYMOWSKIM, aby wyrostek robaczkowy po opróżnieniu ropnia ulegał zanikowi. Nigdy w tych przypadkach nie zdarzyło mu się, aby przy następnym zabiegu nie znalazł wyrostka. Dalszy ciąg dyskusji odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 lutego 1911 r.

Leon KRYŃSKI przedstawił mężczyznę 56-letniego, dotkniętego chorobą BASEDOWA, u którego dokonał, jak czyni zwykle w takich przypadkach, wycięcia przerosłej połowy gruczołu tarczowego wraz z częścią środkową, nadto podwiązania po drugiej stronie *arteriae thyreoid. sup.* Obecnie mija od operacji 3 tygodnie: rana zagojona przez rychłozrost, i chory czuje poprawę co do wszystkich objawów chorobowych. Najmniej widać to w tej chwili co do serca, które czas dłuższy zachowuje jeszcze swoją pobudliwość. *Exophthalmus* zmniejsza się, drżenie rąk znikło, nadewszystko zaś poprawiło się znakomicie samopoczucie chorego.

Przystąpiono do dalszego ciągu dyskusji nad odczytem KRYŃSKIEGO: „Punkty sporne” w „*appendicitis acuta*”.

KRAUZE nie zgadza się z BORZYMOWSKIM, że w wyrostku po opróżnieniu ropnia zachodzi przemiana wsteczna. Jeżeli mamy do czy-

nienia ze zgorzelą wyrostka, to zostaje tylko mały kawałek tegoż, a w innych przypadkach wyrostek przy wtórnej operacji zawsze się znajduje.

KJEWSKI Franciszek uważa, że należy przyjąć za zasadę, że, gdzie rozpoznajemy napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, występujący gwałtownie, tam winna być wykonana operacja i im szybciej, tem lepiej dla chorego, gdyż przez to ma on najwięcej szans wyzdrowienia. Mówca przytacza dane liczbowe z ostatnich lat chirurgów francuskich i niemieckich.

KLEIN zaznacza, że do niedawna sądzono, że silna leukocytoza jest objawem sprawy ropnej, obecnie pogląd ten upadł, natomiast wytworzyło się przekonanie, że sprawa tu jest ściśle związana z czynnością obronną szpiku kostnego, a mianowicie obecność silnej leukocytozy przemawia za tem, iż czynność ta odbywa się normalnie, brak zaś jej — iż czynność ta uległa porażeniu. Rozumie się, iż rokowanie w tym ostatnim przypadku będzie *caeteris paribus* złe, i nasuwa się pytanie, czy i w takich przypadkach należy operować wcześniej. Mówca sądzi, że tak, gdyż nie jest wyłączone, że, gdy drogą operacyjną uda nam się wyeliminować pewną ilość czynników chorobowych, ujemnie działających na mięśnie i kiszki, na szpik kostny, ten ostatni zdoła uporać się jednak z zakażeniem.

LOEWENSTEIN Jakób podkreśla, że lat 10 temu na XI zjeździe chirurgów w Krakowie wypowiedział się za natychmiastowem operowaniem każdego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, gdyż ku temu zmusiły go warunki, w jakich się znajdował. Często bywał wzywany do odległych wiosek do chorych, których z wielu powodów nie można było przewieźć do szpitala. W takich przypadkach przystępował niezwłocznie do operacji i miał bardzo dobre wyniki.

GOLDBAUM Józef uważa, że tylko w bardzo ciężkich przypadkach należy uciekać się do wczesnej operacji.

BIAŁOBRZESKI podkreśla elastyczność statystyki, która wykazuje, że każda z proponowanych metod, czy to wczesnego operowania, czy też stosowania oleju rycynowego,

daje dobre rezultaty, nie można więc na niej bezwzględnie polegać.

Sawicki Bronisław podkreśla, że obecnie przestano się obawiać tego wstrząsu operacyjnego w samym początku choroby, oraz przekonano się o kolosalnych zmianach w wyrostku już po 11 godzinach. Co do wczesnego operowania, to francuzi radzą operować tylko ciężkie przypadki, Niemcy i Anglicy wszystkie. Odpowiadając jednemu z przedmówców co do wymacywania wyrostka robaczkowego, zaznacza, że od czasu ogłoszenia tej metody sprawdzał ją i w większości przypadków nie mógł wyrostka wyczuć.

KRAMSZTYK Julian zaznacza, że wzmianka jego na zeszłym posiedzeniu, że *appendicitis* u niemowląt i wogóle dzieci do lat 5 spotyka się bardzo rzadko, spotkała się z ostrą repliką jednego z następnych mówców, przytacza więc literaturę, która wykazuje, że zapalenie wyrostka robaczkowego u niemowląt jest bardzo rzadkie, i że rozpoznanie jest bardzo trudne.

Rejchman nie jest zwolennikiem wczesnego operowania wszystkich przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Mówca podkreśla trudność rozpoznania w pierwszym dniu choroby 3% pomyłek w berlińskiej statystyce dotyczyło ciężkich przypadków, zakwalifikowanych do operacji, tak, że wogóle procent pomyłek jest znacznie większy.

Kryński, reasumując debaty, dochodzi do wniosku, że w rozstrzygnięciu wyboru postępowania leczniczego kierować się winniśmy tylko nasileniem objawów chorobowych, pozostawiając na uboczu tak ogólnie podnoszoną kwestję czasu czy długości trwania choroby. Słabe nasilenie objawów od samego początku lub znaczne ich złagodnienie w chwili, gdy widzimy chorego, w porównaniu z natężeniem początkowym cierpienia pozwalają na zachowanie się wyczekujące, a więc leczenie wewnętrzne; wobec przeciwnych objawów należy operować jaknajwcześniej.

Tadeusz Wilczyński.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

— D-r Much zdawał sprawę w tow. lek. hamburskiem ze swych doświadczeń nad rozpuszczeniem laseczników gruźliczych w neurinie choliny. Badając produkty rozpadu mózgu dla celów serologicznych, Much przekonał się, że laseczniki gruźlicze ulegają pewnym zmianom pod wpływem neuriny w odpowiedniej ciepłocie. Badania dalsze doprowadziły do celu pożądanego, mianowicie przy 55° C. udało się gram laseczników gruźliczych rozpuścić całkowicie w dwóch gramach neuriny w przeciągu doby. Takie 33% roztwory las. gruźl. ulegają przekształceniu do tego stopnia, że bez względu na olbrzymią zawartość jadu gruźliczego albo nie dają zupełnie odczynu Pirqueta albo ledwie dostrzegalny, nawet wtedy, kiedy używano ich w stanie nierozcieńczonym. Musi więc następować nie tylko

mikroskopowo, lecz i biologicznie zupełne rozpuszczenie laseczników, ponieważ, jak wiadomo, odczyn swoisty dają nie tylko żywe, lecz i obumarłe laseczniki. W ostatnich czasach jednak zjawiała się praca Löwensteina, który na podstawie swoich badań wyniki odnośnie Deycke'go i Mucha czyni wątpliwymi. Wywody Löwensteina są zupełnie niezrozumiałe. Można by sobie jeszcze wytłomaczyć nieudatne doświadczenia Löwensteina z choliną, ponieważ ciała tego nie udało się otrzymać syntetycznie, jak neurinę; zależnie więc od branego materiału zasadniczego można było otrzymać raz związek czynny, drugi raz nieczynny. Dlatego też Deycke i Much od dłuższego czasu używają tylko neuriny, a w niej rozpuszczenie laseczników jest zawsze niezmiernie łatwe i proste. Much demonstruje takie roztwory i preparaty mikro-

skopowe, przygotowane na miejscu, i przekonują, że gram laseczników gruzliczych rozpuszcza się w 10 grm. neuriny przy 27° w przeciągu dwóch godzin bardzo wyraźnie, a przy 56° C. całkowicie. Znajdujemy się tedy wobec faktu bardzo doniosłego, i nie ulega wątpliwości, że odkrycie to da się wyzyskać dla celów praktyczno-leczniczych.

— Na posiedzeniu drezdeńskiego tow. przyrodniczo-lekarskiego d-r WEMMERS wygłosił odczyt o niedrożności kiszki pochodzenia skurczowego (*Ileus spasticus*). U chorego 22-letniego w przeciągu trzech dni istniały objawy niedrożności kiszki, która wyrażała się pod postacią wzdęcia brzucha, połączonego z bólami, wymiotami i zupełnym zatrzymaniem wiatrów i stolca. Stan ogólny chorego był dobry, a wynik badania był najzupełniej ujemny. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że pętla kiszki 20 ctm. długa, leżąca w odstępie metra powyżej zastawki BAUHINA, była mocno ściągnięta na podobieństwo taśmy. Dalsze części jelita czczego były po części rozdęte, po części zapadnięte. Kurcz ustąpił sam przez się, a chory wyzdrowiał. W związku ze spostrzeganym przez siebie przypadkiem

mówca przytacza opisane dotychczas przypadki podobne, gdzie kurcz kiszki był stwierdzony za pomocą operacji. Ze spostrzeżeń dotychczasowych wynika, że niedrożność kurczowa kiszki spotyka się: 1) u chorych na nerwice czynnościowe (histerya, neurastenia); 2) jako objaw odruchowy na skutek podrażnienia kiszki przez ciała obce (kamienie żółciowe, robaki); 3) samoistnie bez żadnej przyczyny widocznej u ludzi pozornie zupełnie zdrowych; 4) po operacjach. Według mówcy, niedrożność spastyczna powoduje równie ciężkie objawy ogólne, jak mechaniczna. Co się tyczy przyczyny istotnej, to wiadomości nasze są pod tym względem jeszcze bardzo niewystarczające. Należy przypuszczać jakieś zaburzenia czynności nerwów trzewiowych, a zwłaszcza układu współczulnego kiszki. Dla rozpoznania różniczkowego nie posiadamy żadnych wybitnych danych. Jedyne w przebiegu ciężkiej histeryi można podejrzewać w odnośnych przypadkach niedrożność kurczową. Pod względem leczniczym energiczne dawki morfiny i atropiny dają wyniki pomyślne, jednak w przypadkach ciężkich tylko zabieg operacyjny może uratować chorego. K. Z.

Wiadomości bieżące.

— Na zebraniu ogólnem Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy pod przewodnictwem kol. Kamockiego przyjęto nowych 40 członków, nadto kol. Jaworski zdał sprawę z prac dotychczasowych Zarządu nad utworzeniem Komisji przemysłowej.

— W pierwszych dniach lipca r. b. wydział balneologiczny projektuje wycieczkę do Druskiennik.

— Założona w grudniu 1899 r. w ciągu ubiegłego 12-lecia Kasa rozwija się coraz bardziej ku pożytkowi tych lekarzy, którzy ocenili już wartość drobnych, ale stałych oszczędności oraz taniego dostępnego kredytu.

W ciągu r. 1910 Kasa liczyła 140 człon-

ków, którzy wpłacają po rb. 2 do 50 rb. miesięcznie na kapitał oszczędnościowy.

Kapitał ten w r. u. wzrósł do 45,176 rb., wkładów dobrowolnych na rachunku bieżącym złożono 9,922 rb., od wkładów tych Kasa płaci 3%, pożyczek udzielono w r. ub. 22,315 rb., spłacono 10,360, pozostało 11,955 rb., od pożyczek Kasa liczyła 7,5%.

Nadto Kasa pod zastaw papierów procentowych udzieliła pożyczek 3,345 rb.

Bilans zamknięcia wykazuje 64,105 rb., czysty zysk wynosił 1,659 rb. 08 kop. Z zysku tego rb. 174 kop. 44 przelano na kapitał zasobowy, pozostałe 1484 rb. 59 kop. rozdzielono jako dywidendę w stosunku 3½%.

Do zarządu na r. 1911 weszli doktorzy: L. Guranowski, H. Kucharzewski, W. Szumlański, K. Wisłocki i J. Zawadzki, jako członkowie, oraz Cetnarowicz i Kurella, jako zastępcy, do komisji rewizyjnej powołano d-rów: W. Biehlera, Borzęckiego i Nissensona.

— Pani Zofia z Pohowskich Edwardowa Klugowa, pragnąc uczcić pamięć swej siostry, ś. p. Aleksandry z Pohowskich Bernerowej, złożyła, za pośrednictwem d-ra med. Władysława Janowskiego, Towarzystwu naukowemu warszawskiemu rubli pięćdziesiąt tysięcy (50,000) w 4½% listach zastawnych Towarzystwa kredytowego ziemskiego, jako fundusz wieczysty imienia Aleksandry z Pohowskich Bernerowej, przeznaczając jedną połowę odsetek od tego kapitału na potrzeby bieżące Tow. naukowego warszawskiego, drugą zaś — na potrzeby bieżące Instytutu biologicznego, powstającego przy tem Towarzystwie.

— Komitet gospodarczy XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich donosi, iż nadchodzący Zjazd zapowiada się coraz pomyslniej. Przewodniczący Kom. gosp. prof. d-r Julian Nowak udał się osobiście do Warszawy, Poznania i Lwowa, aby w osobistym zetknięciu dowiedzieć się o życzeniach i zamiarach gości, których w tym roku witać będziemy w Krakowie. Pomimo chwilowych trudności, które nastęrczał ostateczny wybór terminu Zjazdu — termin ten nieodwołalnie ustanowiono na 18 — 22 lipca b. r. — uczestnictwo gości pozagalicyjskich będzie w tym roku wyjątkowo liczne. Prace sekcji, w których cały szereg tematów naukowych będzie przedstawiony przez uproszonych referentów, postępują bardzo rażno, tak, iż w pierwszych dniach maja ukaże się już zupełnie szczegółowy program obrad wszystkich sekcji. Niektóre sekcje urządzą wystawę okazów, tyrczących się danej specjalności; tak np. w sekcji mineralogicznej odbędzie się wystawa minerałów polskich, na którą nadesłane będą okazy również z wiedeńskiego Muzeum nadwornego.

Również towarzyska strona Zjazdu nie będzie zaniedbana. Oprócz dwu urzędowych zebrań, urządzonych przez Komitet gospo-

darczy i przez Radę Miejską, odbędzie się cały szereg przyjęć i u członków Komitetu i gospodarzy sekcji. Jako pamiątkę z pobytu w Krakowie Komitet gosp. przygotowuje artystyczną tekę z najpiękniejszymi widokami Krakowa w reprodukcji autolitograficznej. Odbędzie się także wycieczka do salin wielickich.

— Na XI Zjazd przyr. i lek. polskich w Krakowie zgłoszono następujące tematy i wykłady.

I. Sekcja medycyny teoretycznej: Arytmia sercowa ref. prof. Ciechanowski, W. Janowski, Franke i Latkowski.

E. Pożerski. O błyskawicznym trawieniu białka.

R. Hertz i S. Mutermilch. Badańia nad czwartością dopełniacza w normalnych i patolog. cieczech ustroju.

J. Sosnowski. Geneza zjawisk elektrotonicznych. Studya nad wrażliwością. Przycz. do znajomości oddychania tkankowego.

K. Noiszewski. O zachowaniu równowagi pomiędzy ciśnieniem w czaszce i gałce ocznej.

L. Gliński. O przysadce mózgowej.

Nowotny. O wpływie ciąży i karmienia na rozwój raka szczepionego u myszy białych.

II. Sekcja med. wewnętrznej: 1. O arytmii sercowej (tematy jak wyżej) posiedzenie wspólne obu sekcji.

2. Malinowski F. i Wojciechowski J. Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna.

3. Raczynski. O zaburzeniach odżywiania u niemowląt.

4. Brudziński i Rogulski. O stosunku skazy wysiękowej do zołzów i gruźlicy.

5. J. Lenartowicz i Krysztalowicz. Leczenie kiły przetworami arsenu.

6. Jaroszyński. O nerwicach.

7. Karwowski, Kozerski i W. Sterling. Roentgeno- i radioterapia w chorobach skórnych.

8. Landau A. i Halpern M. Współczesne poglądy na dnę.

9. R a j c h m a n. Leczenie wrzodu żołądka.

10. D a s z k i e w i c z. Najnowsze poglądy na znaczenie fermentów w mleku w stosunku do żywienia niemowląt.

11. S o w i ń s k i. Dotychczasowe wyniki leczenia wiewióra szczepionką.

12. R e i s s. Cylindruria a leczenie rtercią.

13. K r y s z t a ł o w i c z. O nabłonniakach.

14. K. D ł u s k i i S. R u d z k i. Znac. próby tuberkulinowej Moro.

15. D ł u s k i. Uwagi o ciepłocie u kobiet gruźliczych podczas miesiączkowania.

16. R u d z k i. O krwiopluciach w klimacie wysokogórskim.

17. S. S t e r l i n g. Stosunek dychawicy oskrzelowej do gruźlicy płuc.

18. B u j a k. O rozpoznawaniu zapaleń opon mózgowodzeniowych.

19. D a d e j. O stosowaniu równoczesnym tuberkuliny ludzkiej i perliczej.

20. O r z e c h o w s k i. O zaburzeniach nerwowych narządu błędnikowego.

21. Ł a p i ń s k i T. Zboczenia psychiczne w dziedzinie t. z. normy.

22. J e k e l s. Z dziedziny psychoanalizy.

23. O r z e c h o w s k i, K o z ł o w s k i, M e i s e l s. Badania zachowania się narządów wegetatywnych w padaczkę.

24. O r z e c h o w s k i, B e g l e i t e r, M e i s e l s. Badania zachowania się narząd. wegetatywnych w guzach mózgu.

25. K o z ł o w s k i i O r z e c h o w s k i. Przemiana azotowa w padaczkę.

26. O r z e c h o w s k i i N o w i c k i. Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena, jako jednostki chorobowe anatomicznie pokrewne.

27. O r z e c h o w s k i. Przypadek glejaka przysadki.

28. S c h u m a n S. O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z mieszanymi stanami etc.

29. tenże. O postaci psychozy manialno-depresyjnej z prześladowczym systemem obłądu.

30. K o s t r z e w s k i. Serodyagnostyka raka. Odczyn Freund-Kaminera.

31. J a n N o w a c z y ń s k i. Odczyn Calmettea z jadem kobry oraz jego wartość rozpoznawcza.

— XII Kongres francuski w Lionie 22 — 25 września postawił na porządku dziennym tematy:

„O roli hemolizyn w patologii”,

„O spiączce cukrzycowej”,

„O środkach moczopędnych”,

„Epidemiologia i zapobieganie zapaleniu nagminnemu opon mózgowodzeniowych”.

— W dniach 5—8 czerwca odbędzie się w Kołobrzegu V Międzynarodowy Kongres dla Talassoterapii (sprawy leczenia klimatem i kąpielami morskimi). Na kongres zapowiedziano już wiele referatów i odczytów, między innymi mówić będą: prof. Glax (Abbazia), prof. Barbier (Paryż), prof. Richter (Berlin), prof. Eulenburg (Berlin), prof. Bossi (Genoa), prof. Baginsky (Berlin) i t. d.

Koledzy, pragnący wziąć udział w kongresie, mogą się zwrócić do kol. S. Kramsztyka w Kołobrzegu. Pensjonat polski tamtejszy ofiarowuje mieszkania po cenach nader przystępnych.

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 23-go kwietnia r. b. do 30-go kwietnia tegoż roku.

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejścia śmiertelne
Ospa naturalna	18	4	—
Odra	3	2	—
Szkarlatyna	8	2	—
Tyfus wysypkowy	9	8	—
Tyfus brzuszny	12	4	1
Dyzenterya	—	1	—

Zmarli.

— D-r Leon Stefan K w i a t k o w s k i w Genewie 11 kwietnia r. b., w wieku lat 25.

— D-r Albin N e b e l s k i dnia 24 kw. r. b. w Warszawie, w wieku lat 74.

— D-r T r z e c i a k b. lekarz wojskowy w Warszawie.

Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt zakładu leczniczego „ALTVATER”.

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystej hemoglobiny i inne sole świeżej krwi, głównie zaś ważne związki fosforu (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie stężonym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.

- ☛ Wyjątkowe wyniki w krzywicy, zółtach, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, gryppa i t. d.).
- ☛ Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsyfikatami odznacza się tem — że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletniem doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie gruźlicy, co osiągamy zapomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowsz. go, poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podrobienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napojul : 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.

MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykantem oryginalnego zagranicznego „Muiracithin“ jest Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny środek przeciwko Impotencji i wszystkim cierpieniom neurastenicznym,

następnie w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku popędu, dyspareunii, amenorrhoe, w hypoplasi

sii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.** Cena rub. 3.75 za pudełko.

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

CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena zniżona
1.25. 1/2 flakonu
2.25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum. Sedativum. Specyfik dla wszelkich nerwic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego. Castoreum Bromid stosuje się w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach nerwowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcyjalnych nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci w stanach epileptycznych, epileptoidalnych, i historycznych.

Środek ten zalecają: Radea dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenburg Berlin, Dr. Mierzwiński, Zakład Lecznicy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Petersthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

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

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

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