

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 33.

Warszawa d. 13 sierpnia 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . „ 3 „ 5<sup>o</sup> pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem 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 Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała, podał Stanisław Pechkranc — O nadnerczach u dzieci, podali Stella Starłówna i Lesław Węgrzynowski. (Ciąg dalszy). — WYKŁAD KLINICZNY. O zakażeniach septycznych u niemowląt, zestawił d-r Tadeusz Kon. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 138. Mosler. O gościcowem zapaleniu wielu błon surowiczych (polyserositis rheumatica). — *Choroby układu nerwowego*. 139. Hans Willige. Leczenie cierpień nerwowych za pomocą arszeniku. — 140. Costobadie. Hipnotyzm. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — ODCINEK. Stowarzyszenie lekarzy polskich. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych wewnętrznych w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

#### Przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała.

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

podał

**Stanisław Pechkranc.**

Ordynator oddziału.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzeżenia i szczegółowego zbadania przy-

padku, który początkowo przedstawiał dla mnie duże trudności rozpoznawcze. Należy on, jak o tem przekonują wyniki badania klinicznego oraz radiologicznego, do mało znanej dziedziny nabytych przerostów oddzielnych części ciała. W piśmiennictwie znaleźć można zaledwie kilka przypadków nabytego przerostu, obejmującego całą kończynę, albo część kończyny, albo też całą połowę ciała. Przypadku zaś, w którymby, jak w naszym, przerost rozwinał się na obu stronach ciała, nigdzie w dostępnej nam literaturze znaleźć nie mogliśmy.

Przypadek nasz dotyczy chorego J. Sł., lat 18 mającego, który przybył do szpitala 23 lutego r. b. ze skargami na ogólne osłabienie, biegunkę oraz bóle w dolnych kończynach. Czuje się chorym od lat 5 i przez cały ten czas doznaje burczenia w brzuchu, częstych odbijań oraz rozwolnienia do 4—6 razy dziennie. Bóle brzucha występują dość często i są wogóle umiarkowanego natężenia. Parę razy widział domieszkę krwi w stolcu. Przez cały czas choroby kaszle mało. Bywają niekiedy obfite poty, szczególnie w nocy. Schudł znacznie. Od 2 lat już nie pracuje wskutek znacznego osłabienia.

W dzieciństwie, jak chory i matka jego utrzymują, był zupełnie zdrow. Urodził się prawidłowo, bez kleszczy. Zaczął chodzić, mając około 2 lat. Kiedy zaczęły wyrzynać się zęby, niewiadomo. Od 5 do 12 lat chodził do szkoły i narówni z innymi chłopcami bawił się, biegał, skakał, nie odczuwając przytem ani zmęczenia, ani bólu w nogach. Jakichkolwiek zniekształceń na dolnych kończynach, zgrubienia nóg podówczas jeszcze nie było, jak zapewnia chory i jego matka. Mając lat 12, wstąpił do terminu do kamasznika, gdzie, jak powiada, bardzo ciężko pracował, — i tej właśnie ciężkiej pracy sam chorobę swoją przypisuje. W ciągu pierwszego roku pracy czuł się jednak zupełnie dobrze, a dopiero po upływie tego czasu, mając lat 13 — 14, zaczął doznawać wyżej wymienionych dolegliwości. Ogólny stan sił i odżywiania z roku na rok coraz bardziej podupadał, głównie zaś choremu dolegało osłabienie kończyn dolnych, do którego wkrótce przyłączył się ból w nogach przy chodzeniu. W spokoju żadnego bólu nie odczuwał, jedynie tylko podczas chodzenia i przez pewien czas potem. To spowodowało, że chory coraz mniej chodził. Ból w nogach podczas chodzenia niekiedy do tego stopnia się nasilał, że chory aż płakał i musiał odpocząć, ażeby mógł iść dalej. Ból sa-

dowił się głównie w dolnej części goleni i około kostek, ale również w kolanach. W owym czasie chory zauważył, i matka to potwierdza, że kończyny dolne i okolice kostek stają się coraz grubsze. Widoczne się to stało przeważnie na lewej goleni. Jednocześnie z postępowaniem tego zgrubienia chód chorego stawał się coraz bardziej utrudniony, a bóle przy chodzeniu coraz częściej i prędzej występowały. Przez parę lat ostatnich chory miał dużo kłopotów z dobieraniem sobie obuwia. Niezmiernie trudno mu było dobrać sobie taką parę butów, któreby go nie ścisnęły w kostkach, i w którychby swobodnie mógł chodzić. Jeżeli już jakieś buty, sprawione na miarę chorego, wydawały się odpowiednie i luźne, to po paru miesiącach zaczynał się w nich czuć niedobrze: ugniatały go silnie, i rozsadał je na wysokości kostek. Oglądałem umyślnie buty chorego: cholewy w dolnej części, odpowiadającej kostkom, są rozsądzone, popękane, podczas gdy podeszwy są jeszcze względnie niezłe zachowane. Ostatnimi czasy osłabienie ogólne dosięgło takiego stopnia, że, pomijając ból w nogach, przejście małej odległości bardzo go męczyło, i nawet małego pakunku przez dłuższy czas nie mógł nosić. Na bóle głowy mało narzeka. Odznacza się doskonałym łaknieniem, dzięki czemu po parotygodniowym pobycie w szpitalu znacznie się poprawił. Chorób zakaźnych nie przechodził. Na kończynach nie było nigdy ani róży, ani wrzodów, ani obrzęków. W rodzinie podobnych chorób nie było. Rodzeństwo i rodzice zupełnie zdrowi. Matka jeden raz poroniła.

Przy badaniu przedmiotowem znajdujemy, co następuje:

Odżywianie chorego złe. Twarz chorego, gdy przybył do szpitala, przypominała dzieci z *atrepsia neonatorum*. Budowa kośćca nieprawidłowa, ale o tem później. Ciepłota prawidłowa, ale od czasu do czasu podnosi

się do cyfr podgorączkowych (37,4B—37,6). Ze strony płuc znajdujemy niewielkie nacieczenie szczytów. Nad grzebieniem łopatki z obu stron stłumienie odgłosu opukowego niewielkiego natężenia. Drżenie głosowe z obu stron jednakowe, niezbyt silne. Nad lewym grzebieniem wydech wydłużony. Rzężeń nad szczytami nie słycać, poniżej zaś — w środkowych i dolnych odcinkach płuc — z obu stron nieliczne rżenia suche. Doly nadobojczykowe głębokie. Nad lewym obojczykiem lekkie stłumienie, oddech osłabiony w porównaniu z prawą stroną, rżenia niema. Pod obojczykami oddech zaostrozony i nieliczne rżenia suche. Dolne granice płuc prawidłowe, przy oddychaniu ruchome. Badanie płwociny wykryło włókna sprężyste; laseczników KOCHA nie znaleziono. Prześwietlenie oraz zdjęcie roentgenowskie (kol. JUDT) ujawniały we wnęce prawego płuca jeden gruczoł powiększony, a obok niego konglomerat zlanych z sobą gruczołów (*adenitis* i *periadennitis*). Próba PIRQUETA przy dwukrotnem zastosowaniu dała wynik ujemny. Diazoodczyn również ujemny.

Granice serca są normalne. Tętno czyste. Tętno o fali średniej wielkości, umiarkowanie napięte, miarowe, około 100 na minutę. Ciśnienie krwi, mierzone za pomocą sfigmomanometru SAHLIEGO z manszetą RECKLINGHAUSENA, wynosi na lewej tętnicy ramieniowej dla skurczowego 96, dla rozkurczowego 58, dla prawej odpowiednie cyfry wynoszą 102 i 60. Różnica między obu stronami przy kilkakrotnem sprawdzeniu zawsze wynosiła około 6 mm. Badanie krwi nic nieprawidłowego nie wykazało.

Brzuch nieco powiększony. *Hernia inguinalis dextra* (od dzieciństwa). Wątroba przy wdechu wysuwa się z pod łuku żebrowego na jeden poprzeczny palec. Przednia powierzchnia wątroby gładka, brzeg ostry. Spoistość wątroby prawidłowa. Bolesności

na ucisk niema. Przy oddychaniu wątroba jest ruchoma. Przy opukiwaniu stłumienie na linii sutkowej i przymostkowej dochodzi do 5-go żebra. Śledziona na wysokości wdechu wyczuwa się (koniuszcek), ku górze perkutuje się do 7-go żebra. W lewej stronie brzucha w—*meso-i hypogastrium*—wyczuwa się duży, płaski, elastyczny guz, mający kierunek skośny od góry i zewnątrz ku dołowi i nawewnątrz, wrażliwy na ucisk. Przy naciskaniu nań chory odczuwa potrzebę oddania stolca. Guz ten daje się w pewnym stopniu przesunąć w różnych kierunkach, najłatwiej z góry na dół. W okolicy guza łatwo daje się wywołać szmer pluskania. Na wewnętrznym brzegu guza, nieco ku przodowi od tegoż, wyczuwamy kilka twardawych guzików wielkości orzecha laskowego. Takie same guziki, po części zlane z sobą, wyczuwamy na górno-zewnętrznym brzegu dużego guza. Odgłos opukowy nad guzem przytłumiony, bębnowy. Z największym prawdopodobieństwem uważać możemy duży, elastyczny guz za konwolut kiszek pozlepianych, zrosniętych z sobą i, być może, także z siecią, guziki zaś mniejsze—za gruzliczo zwyrodniałe gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe. Wolnego płynu w jamie otrzewny niema. Badanie żołądka wykazuje mechanizm i chemizm normalny. Badanie *per rectum* nic nieprawidłowego nie wykrywa. Stolce rzadkie, z domieszką nieprzetrawionych kawałków pokarmu.

Mocz nic nieprawidłowego nie przedstawia, białka i cukru nie zawiera.

Nigdzie (narządy zmysłów, zęby, układ kostny, skóra, błony śluzowe, gruczoły...) nie znajdujemy ani śladu przymiotu wogóle i przymiotu dziedzicznego w szczególności. Odczyn WASSERMANN (kol. SPRINGER) wypadł ujemnie.

Układ nerwowy mięśniowy nic szczególnego nie przedstawia. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Żrenice równe,

jednakowej wielkości, prawidłowo okonturowane, oddziałują sprawnie na światło i przystosowanie. Ruchy gałek ocznych możliwe we wszystkich kierunkach i do krańcowych punktów bez drżenia. Dno oka żadnych zmian nie przedstawia. Pole widzenia nieznacznie ograniczone z obu stron. Twarz wyraźnie asymetryczna: lewa połowa twarzy większa od prawej, co potwierdzają pomiary (patrz niżej). Lewa brew stoi wyraźnie wyżej od prawej. Wyraz twarzy starczy, spojrzenie sztywne, tępawe, często z zastygłym półuśmieszkiem. Ruchy mimiczne twarzy zachowane. Język wysuwa dobrze i zwraca go sprawnie we wszystkich kierunkach. Asymetrii na języku ǳnie dostrzegamy. Czucie we wszystkich postaciach dobrze zachowane na głowie i twarzy, jak zresztą wszędzie na tułowiu i kończynach. Co się tyczy kończyn, to w nich możliwe są ruchy we wszystkich fizjologicznych kierunkach, ale z siłą zmniejszoną. Wogóle zaznaczyć należy, że gruba siła mięśni jest osłabiona. Różnicy w grubej sile między prawymi i lewymi kończynami prawie że niema. Na lewej dolnej kończynie, przeważnie zaś na lewej goleni, przerost miękkich części i prawdopodobnie głównie masy mięśniowej. Zaników ograniczonych niema. Mięśnie są wogóle zwiotczałe. Czucie mięśniowe bez zmian. Badanie prądem elektrycznym nerwów i mięśni nie wykazało żadnych zбочeń od normy. Odruchy skórne zachowane, dość żywe. Objawu BABIŃSKIEGO niema. Odruchy ścięgnowe, zwłaszcza kolano-we—żywe, jednakowe z obu stron. Siła widzenia, słuch, węch, smak jednakowe z obu stron.

Inteligencya chorego zachowana. Pamięć i oryentowanie się w czasie i przestrzeni bez zaburzeń.

Zmiany w układzie kostnym najwięcej nas w obecnym przypadku zajmują. Zaczniemy od k o ń c y n d o l-

n y c h, jako najbardziej dotkniętych. Rzuca się nam tu w oczy ogromne powiększenie



obwodu obu kończyn, przeważnie zaś z lewej strony. Zgrubienie dotyczy głównie goleni, w mniejszym zaś stopniu ud. Bardzo wyraźnie powiększone są stopy chorego, które przytem są płaskie (*pēs planus*). Zgrubienie goleni jest rozlane, całkowite, przy czem kolosalnie powiększone są kostki (*malleoli*), tworzące z obu stron duże wyniosłości, jak również górne, proksymalne epifizy goleni. Skóra, pokrywająca kończyny dolne, ma wogóle wygląd normalny: nie widzimy nigdzie zaczerwienienia, ani wrzodów, ani blizn po przebytych owrzodzeniach, a bardzo lekki i niestały obrzęk tkanki podskórnej na goleniach wystąpił dopiero w ostatnich tygodniach. Rzuca się w oczy znaczne rozszerzenie żył na goleniach, na ich wewnętrzno-tylnej i tylnej powierzchni, i udach, również na ich powierzchni wewnętrznej. W tem ostatniem miejscu widzimy dużą, zajmującą prawie połowę długości uda sieć rozszerzonych żył. Na kończynie prawej żyły są także rozszerzone, ale w mniejszym stopniu. Rozszerzenie żył znajdujemy także w innych

okolich ciała, np. na kończynach górnych, klatce piersiowej... Wreszcie zanotujmy niebieskawo zabarwione *striae* na wewnętrznej stronie dolnej części lewego uda oraz kilka znamion (*naevi*) na lewej stronie twarzy.

Ciepłota na obu kończynach dolnych nie jest jednakowa. Przykładając rękę do symetrycznych punktów obu kończyn dolnych (goleni, ud), stwierdzamy wyraźnie, że  $t^{\circ}$  po lewej stronie jest wyższa, niż po prawej. Różnica w ciepłocie jest tak wyraźna, że łatwo stwierdzić ją można nawet przez spodnią odzież. Celem otrzymania dowodu przedmiotowego postąpiliśmy, nie mając pod ręką kalorymetru, w następujący sposób: wypróbawawszy uprzednio 2 termometry i przekonawszy się, że jednakowo pokazują, przykładaliśmy je do symetrycznych punktów goleni (a następnie ud), pokryliśmy grubą warstwą waty i zabandażowaliśmy. Wyjawszy po jakich 10 — 15 minutach termometry, przekonaliśmy się, że  $t^{\circ}$  na lewej stronie jest o jakie 4 — 5 dziesiątych części stopnia wyższa, niż na prawej.

By ustrzedz się możliwie od pomyłek, zmieniliśmy miejsce przyłożenia termometrów, t. j. termometr, który leżał na prawej stronie, umieściliśmy na lewej—i odwrotnie, przyczem wynik stale był ten sam.

Asymetria występuje nie tylko w termogenezie, lecz i w czynności gruczołów potowych. Umieściwszy chorego w kąpieli elektryczno-żarowej, przekonaliśmy się, że pot na lewej połowie ciała występuje o wiele wcześniej i obficiej, niż na prawej stronie, a przytem lewa strona twarzy o wiele silniej jest zaczerwieniona, niż prawa.

Wróćmy do zniekształceń na kończynach dolnych. Od czego zależy tak znaczne powiększenie obwodu tych kończyn: czy od rozrostu części miękkich, czy od zgrubienia kości, czy wreszcie od obu tych czynników? Za pomo-

cą obmacywania łatwo przekonać się można, że zgrubienie lewej goleni zależne jest zarówno od zgrubienia kości jakoteż od rozrostu miękkich części: dość ująć w rękę miękkie części (np. łydki) na obu stronach, ażeby się przekonać, że mają one na lewej stronie większą objętość, niż na prawej; o zgrubieniu zaś *tibiae* przekonamy się, obmacowując jej przednio - wewnętrzną powierzchnię; porównyując obie strony, przekonamy się jednocześnie, że poprzecznik tej powierzchni jest wyraźnie większy z lewej strony, niż z prawej. Stwierdzone to zostało za pomocą pomiarów, które wykazały, że na lewej goleni poprzecznik ten wynosi 4,5 cm., na prawej 3,5. Różnica ta wyraźnie występuje na załączonym tu r e n t g e n o - g r a m i e, który jednocześnie wykazuje, że



lwią część zgrubienia lewej goleni położyć należy na karb rozrostu części miękkich. Ażeby dać pojęcie o rozroście oddzielnych odcinków kończyn dolnych oraz o różnicy między symetrycznymi miejscami z obu stron, dokonaliśmy szeregu pomiarów, które tu podajemy:

|   | Prawa strona | Lewa strona |
|---|--------------|-------------|
| Obwód uda po środku                                       | 33 cent.     | 34,5 cent.  |
| Obwód uda na wysokości środka rzepki                      | 32,5 „       | 33,5 „      |
| Obwód w środku goleni                                     | 25 „         | 29 „        |
| Obwód na wysok. kostek (najbardz. wyst. punkt)            | 23 „         | 26,2 „      |
| Obwód stóp poniżej kostek                                 | 22,5 „       | 24 „        |
| Obwód stóp na wysok. stawu metatarso-phal. pal.           | 20,5 „       | 21,5 „      |
| Podłużny wymiar rzepki                                    | 6,5 „        | 6,5 „       |
| Poprzeczny wymiar rzepki                                  | 7 „          | 7 „         |
| Największa odległość obu kostek                           | 7 „          | 8 „         |
| Odległ. od spin. il. ant. sup. do górn. brzegu rzepki     | 39 „         | 41 „        |
| Odległość od dolnego brzegu rzep. do podeszwy             | 37 „         | 38 „        |
| Odległ. od spin. il. ant. sup. do g. brzegu malleol. ext. | 76 „         | 79 „        |
| Odległość od krętarza wielkiego do podeszwy               | 74,5 „       | 77,5 „      |

Z tablicy tej wynika, że lewa kończyna dolna jest nie tylko grubsza od prawej — na wysokości uda, goleni i stopy — lecz również dłuższa o jakie 3 ctm. Zgrubienie dotyczy nie tylko kości długich w ich części za-

kowym kątem. Zależy to prawdopodobnie od wydłużenia lewej dolnej kończyny.

Przechodzimy do m i e d n i c y, przy czym nasamprzód podamy i tu kilka pomiarów.

|   |           |
|---|-----------|
| Największa odległość grzebieni kości biodrowych | 25 ctm.   |
| „ „ krętarzy większych                          | 28,5 ctm. |
| „ „ spojenia łonowego od kości krzyżowej        | 20 ctm.   |

równy diafizalnej, jak i epifizalnej, ale i kości krótkich, jak rzepka (na obu stronach jednakowo). Nadto mamy wyraźne powiększenie obwodu stopy (która jest płaska), znacznie — znów po stronie lewej. Lewa stopa jest nieco dłuższa od prawej: odległość najbardziej wystającego punktu kości skokowej (*os. calcanei*) od końca palucha wynosi na prawej stronie 24 ctm., na lewej 24,5 ctm. Palce stóp są wogóle prawidłowe, ale 4-ty palec lewej stopy jest o jakie  $\frac{1}{2}$  ctm. krótszy, niż z prawej strony. Dodajmy tu jeszcze, że w okolicy lewego stawu skokowego istnieje pewne ograniczenie ruchów na skutek silnego rozrostu kostek (*malleoli*).

Krętarz wielki (*trochanter major*) lewego uda o wiele silniej wystaje, niż z prawej strony, choć, jak to wykazuje rentgenoskopia, szyjka ustawiona jest z obu stron pod jedna-

Odległość kolca biodrowego przedniego górnego od linii środkowej wynosi:

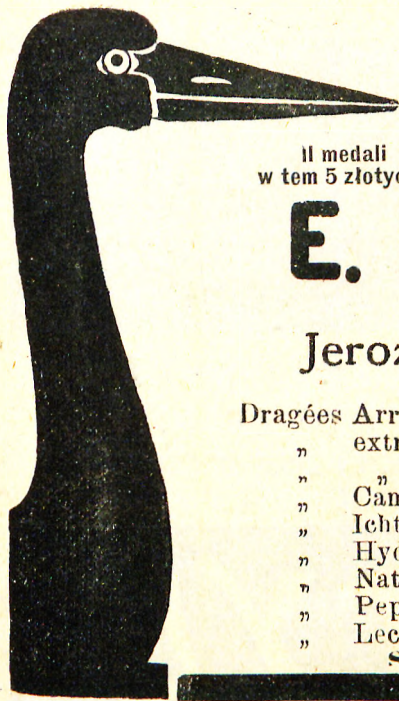
z lewej strony 15,5

z prawej 13 ctm.

Grzebień kości biodrowej (*crista ilei*) z lewej strony stoi wyżej, niż z prawej. Oba grzebienie przedstawiają rozlane zgrubienie. Kość krzyżowa w dolnej części podana jest znacznie w tył, kość ogonowa — silnie naprzód. Czy są one zgrubiałe, trudno powiedzieć.

Kręgosłup naogół przedstawia się prawidłowo, tylko w części lędźwiowej lekkie boczne skrzywienie (*scoliosis*), zwrócone wypukłością na prawo, a w górnej grzbietowej lekkie kompensacyjne boczne skrzywienie. Kręgi i ich wyrostki przedstawiają się normalnie. Ruchomość kręgosłupa we wszystkich kierunkach zachowana.

K l a t k a p i e r s i o w a ku przodowi



II medali  
w tem 5 złotych.

APTEKA

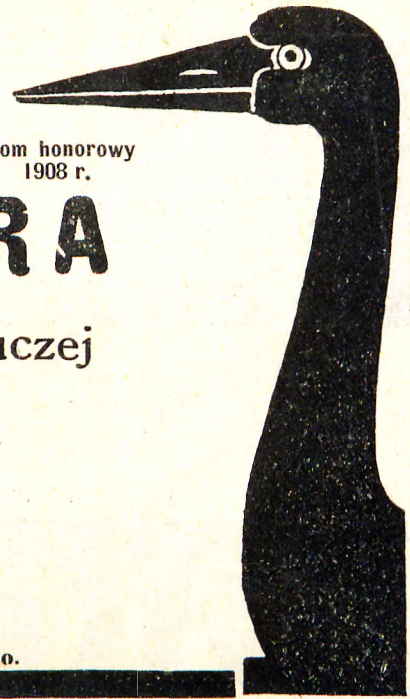
Dyplom honorowy  
1908 r.

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

Jerozolimska 27, róg Kruczej  
poleca

Dragées Arrenali 0,01  
 " extr. Cascar. Sagr. fluid 0,5  
 " Hydrast. Canad. 0,5  
 " Camphor. bromat. 0,05  
 " Ichtyoli 0,05  
 " Hydrastinini hydrochlor 0,025  
 " Natri kakodylici 0,025.  
 " Pepsini 0,05 c. acid. muriat.  
 " Lecithini-ovo 0,05  
 Specyalne cenniki na żądanie gratis i franco.



# LECZENIE KAKODYLOWE

(Arszenikiem Organicznym)

Wszelkie skażenia krwi i zmiany w odżywianiu. Choroby skóry  
Charłactwo pochodzenia zimniczego. Neurastenia. Cukrzyca.

## ARSYCODILE

(Cacodylate de Soude)

Banieczki dozowane po 0,05  
jedno wstrzykiwanie dziennie.

## FERROCODILE

(Cacodylate ferreux)

Fek swoisty w niedokrwistości i blednicy

Pigulki dozowane po 0,025, 4 dziennie.

Dr. M. Lepzince

## NEO ARSYCODILE

(Methylarsinate disodique)

Pigulki dozowane po 0,01; 4 do 5 dziennie  
Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzy-  
kiwanie dziennie.

## FERRICODILE

(Cacodylate ferrique)

Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzy-  
kiwanie dziennie.

Próby na żądanie.

62 Rue de la Tour Paris.

# PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach  
flakon 60 past.



GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.  
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.  
ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.

Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italjańska 14.

# BIOLACTYL

## FERMENT MLECZNY FOURNIERA

DOSTAWCY DO GŁÓWNYCH SZPITALI  
FRANCUSKICH.

BIEGUNKOM ZAKAŻNYM,  
DYSENTERYI. ENTERITIS.

**NAJPEWNIJSZY LEK PRZECIWKO:** ZAPALENIU WYROSTKA ROBACZKOWEGO.  
CHOROBYM SKÓRNYM. WYPRYSKOM.

Flakon 60 pastylek 2.50. Główna Ajentura G. P O M M I E R, Petersburg, Italjańska 14.

D-ra Franciszka Vesely'ego.

# SZARATICA

## Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

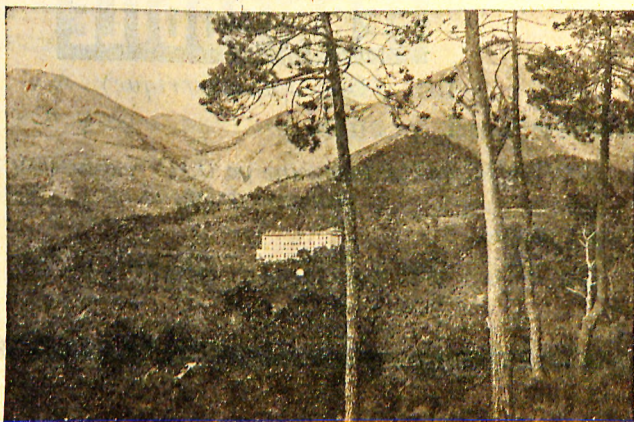
Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warsza-  
wa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

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

Dla chorych wewnętrznych, nerwo-  
wych i rekonwalescentów, w najpięk-  
niejszej i najzdrowszej okolicy po-  
łudniowej Francji w pobliżu lasu i  
wolnej od kurzu. Kuchnia dyete-  
tyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie  
elektryczne. Winda. Telefon. O-  
grzewanie wodą gorącą we wszy-  
stkich pokojach.



Prospekty dostarcza Administracja  
Gorbio pod Mentoną



wypukłona. Największy wymiar przednio-tylny = 20 ctm., największy wymiar poprzeczny 24 ctm. Obwód klatki piersiowej na wysokości brodawek = 74 ctm. Rozszerzenia w dolnej części klatki piersiowej niema. Żebra są normalnie wygięte, na ucisk robią wrażenie mało sprężystych. Czy istnieje zgrubienie żeber, trudno powiedzieć. Prawe 4-te żebro od przodu wyraźnie występuje ponad poziom innych żeber; również 3 i 4-te lewe.

Przestrzenie międzyżebrowe (*spatia intercostalia*) nie są rozszerzone. Mostek znajduje się na poziomie żeber i nieprawidłowych wklęśnięć lub wyniosłości nie przedstawia. Obojczyki i łopatki niezmienione. Ostatnie więcej odstają od klatki piersiowej, niż normalnie. Także dość silnie wystają zewnętrzne końce obojczyków.

K o ń c z y n y g ó r n e są naogół mało zmienione. Zgrubienia trzonów, ani wzdęcia nasad nie dostrzegamy. Radioskopia ujawnia wygięcie kości promieniowej (*radii*) w dolnej  $\frac{1}{3}$  części diafazy z obu stron—z wypukłością, zwróconą nazewnątrz. To wygięcie, jak również płaskie stopy, są prawdopodobnie pozostałościami po przebytej w dzieciństwie krzywicy. Szerokość dłoni jest zbyt duża w stosunku do ich długości. Porównywając palce z obu stron, widzimy pewne różnice w ich grubości, a pomiary wykazują, że obwód oddzielnych palców, rozumie się, w punktach symetrycznych, z obu stron nie jest jednako- wy, a różnica dochodzi do 2—3 mm. Badanie rentgenologiczne wykazało, że zgrubienie zależy prawie wyłącznie od rozrostu miękkich części, tak samo zresztą, jak na stopach. Ostatnie falangi nie są kolbowato wzdęte, a paznogie nie są zakrzywione i wogóle nic szczególnego nie przedstawiają.

(Dok. nast.).

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

## O nadnerczach u dzieci na podstawie własnych badań

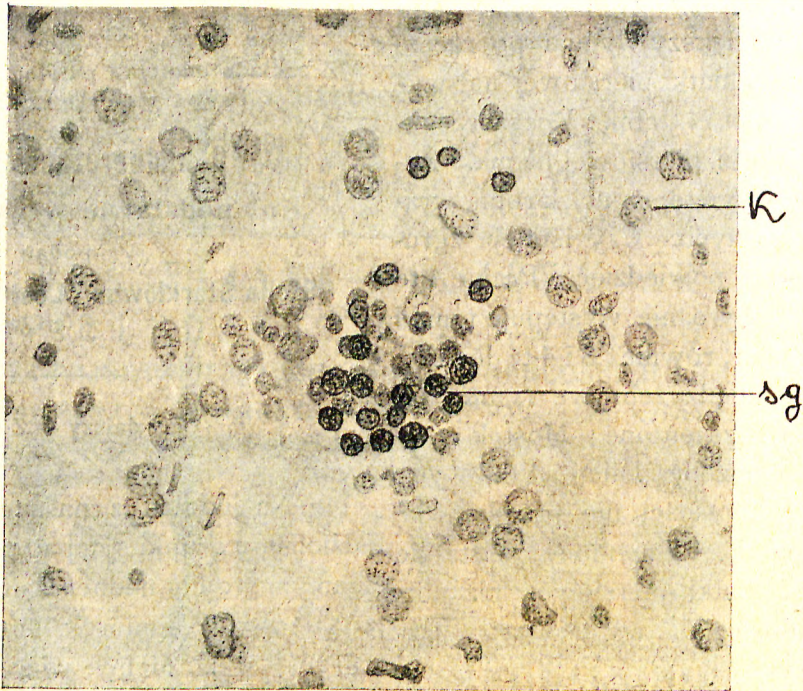
podali

**Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski**  
b. demonstrator zakładu.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 32).

Na jednym z naszych preparatów widzieliśmy grupki sympatogoniów nie tylko w samym środku nadnercza, ale i bliżej powierzchni wśród komórek korowych (ryc. 8 sg. i ryc. 9 sg.). Mamy więc w tym przypadku grupę sympatogoniów, wrastającą zewnątrz do środka nadnercza. (Porównaj Ryc. 1).

Nadnercze noworodka przedstawia już odmienny nieco obraz. (Ryc. 10) Mamy tu już znaczniejsze wrastanie pasm tkanki łącznej wgłąb nadnercza (Ryc. 10 C. tk.), powodujące wyraźniejsze układanie się komórek w pasma i kłębki. W tym okresie i same komórki zaczynają dochodzić kresu rozwoju, zmieniając się na komórki korowe. Stają się one mniejsze, są ściślej obok siebie poukładane, protoplazma komórek w warstwie kłębkowej bardzo skąpa, komórki tej warstwy są najmniejsze i najściślej obok siebie poukładane (Ryc. 10 A. a), jądra ich barwią się ciemniej i są nieco mniejsze od jąder komórek warstw pasmowej i siatkowej, natomiast komórki obu tych warstw zawierają więcej protoplazmy, różowo się barwiącej. (Ryc. 10 A. b.). Kora zaczyna się już nieco odróżniać od warstwy środkowej nadnercza, o wyraźnym jednak odgraniczeniu mowy jeszcze niema. Co więcej, bardzo często widzimy, jak wykształcone komórki korowe sięgają wgłąb nadnercza (Ryc. 10 A. p.). Tworzą



Ryc. 9. Mikroskop Reicherta soczewka E, okul. rysun. Leitza 4. Grúpka sympatogoniów pod dużem powiększeniem z ryc. 8 sg.) K) Komórki kory niewykształcone.

one owe promienie, idące od pasa zewnętrznego żółtego do pasa wiśniowo-czerwonego, które opisywaliśmy w obrazie makroskopowym (patrz ryc. 3 a.).

Bardzo ciekawy obraz przedstawia warstwa środkowa (Rys. 10 B. D.) Nie możemy tu mówić jeszcze o istocie rdzennej wobec tego, że w skład jego wchodzi różne elementy, których w wykształconej istocie rdzennej nie spotykamy. Dla tej warstwy środkowej przyjmujemy nazwę pasa rdzennego. W pasie więc rdzennym u noworodka widzimy przedewszystkiem włókna tkanki łącznej, układające się w siatkę, najobficiej dokoła dużych naczyń krwionośnych i przestworów limfatycznych (Ryc. 10 D. tk. 1.). Włókna te początkowo nie pozostają w związku z tkanką łączną, wrastającą od zewnątrz do nadnercza, wytwarzają się one z zarodkowych komórek tkankolącznowych, w obfitej ilości znajdujących się w pasie rdzennym. Zarodkowe komórki tkankolącznowe są to komórki okrąg-

ławe, czasem nieco wydłużone, o granicach wyraźnych, bladej, różowawej protoplazmie nieco ziarnistej, o jądrach małych, ciemnych. Za powstawaniem włókientkankolącznowych, znajdujących się w środku nadnercza, z tych komórek przemawia ta okoliczność, że już w tym okresie widzimy je w środku nadnercza, kiedy tkanka łączną zzewnątrz nie wrasta jeszcze w głąb nadnercza.

Dalej widzimy w pasie rdzennym komórki o gruboziarnistej, błękitnawo barwiącej się protoplazmie, jądra ich są bardzo duże, pęcherzykowate, o wyraźnych ziarnach chromatynowych (ryc. 10 D. fb.).

Komórki te są rozrzucone pojedynczo lub małemi grupkami w pasie rdzennym, nieraz usadawiają się w pobliżu dużych naczyń krwionośnych. Według wszelkiego prawdopodobieństwa możemy przyjąć, że są to feochromoblasty, bardzo dokładnie i wyraźnie przedstawione na rysunku, podanym przez KOHNA, a dołączonym do monografii nadner-

cza POLLA. Rysunek ten dołączyliśmy również do naszej pracy (Ryc. 2 pbl.).

Spotykamy również w pasie rdzennym komórki kuliste lub wieloboczne, których skąpa ziarnista protoplazma barwi się bardzo słabo eozyną na różowo, tak, że pod małym powiększeniem komórki te wśród innych przedstawiają się jakby jaśniejsze plamki. (Ryc. 11 c.) W komórkach tych widzimy liczne, duże, silnie światło łamiące wodniczki, jądra ich są małe, okrągłe, jasne, często spłaszczone i ku obwodowi komórki odsunięte, jakby atroficzne, w niektórych komórkach zupełnie niewidoczne. (Ryc. 10 D. w.) Znaczenie tych komórek omówimy bliżej, gdy zajmiemy się ciałkami lipoidalnymi, znajdującymi się w nadnerczu.

W samym środku pasa rdzennego widzimy u noworodka wąski pasek właściwej istoty rdzennej, składającej się z komórek niewielkich, o niebiesko barwiącej się, skąpej protoplazmie i małych ciemno niebieskich jąder (patrz ryc. 10 B. i. r. i D. K. z.). Na preparatach, utrwalonych w płynie MÜLLERA, znajdujemy w tych komórkach brunatno barwiące się ziarna. Wśród feochromocytów znajdujemy już u noworodka tu i owdzie komórki zwojowe, duże wielokątne lub wrzecionowate, z obfitą, jednostajną, niebieską protoplazmą i bardzo dużym jądrem. Wogóle komórki te są bardzo nieliczne i u starszych dzieci, i na niektórych tylko preparatach można je znaleźć.

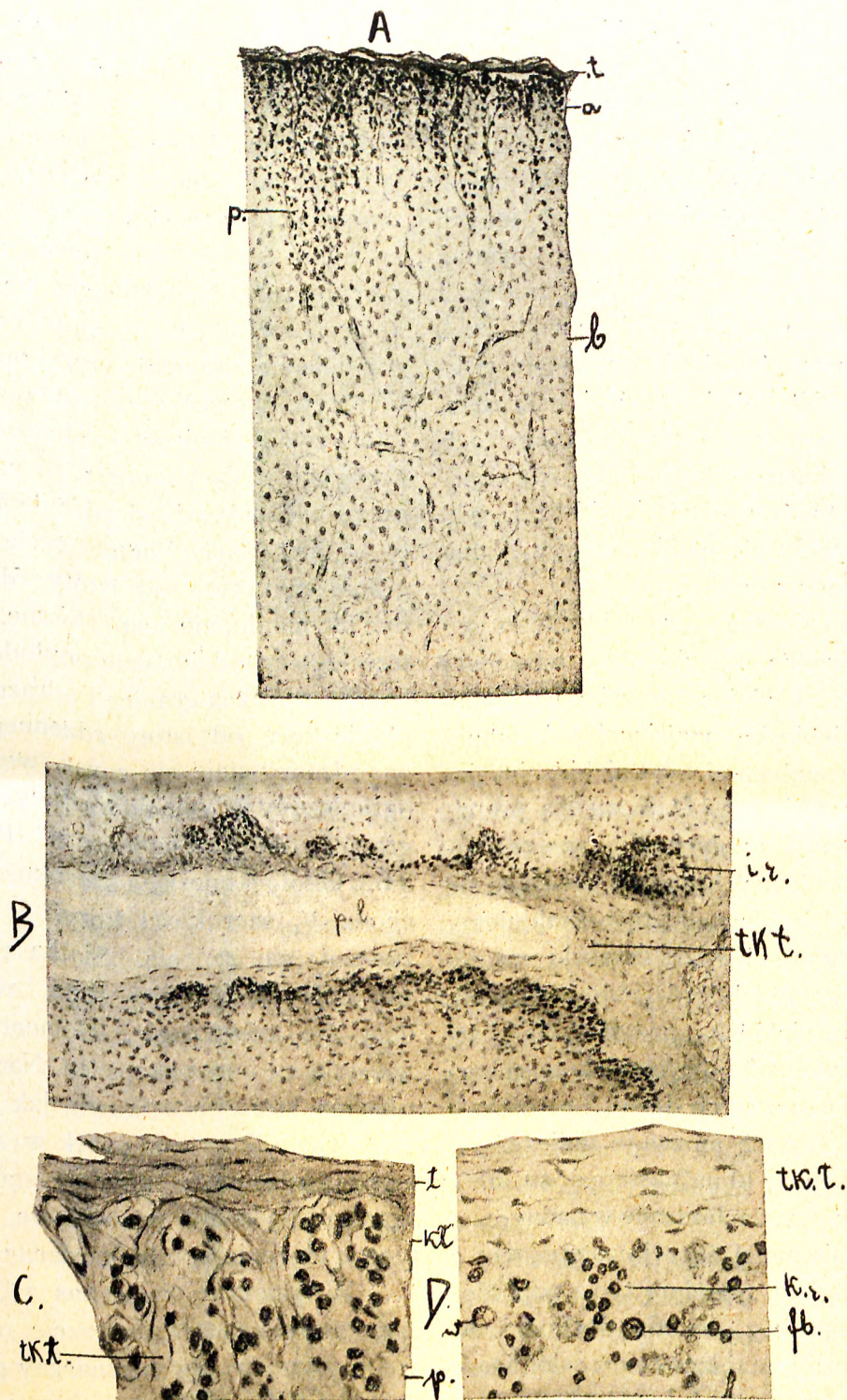
(patrz rysunek 10 na następnej stronie).

Dalsze zmiany, zachodzące w nadnerczu, przedstawiają się mniej więcej następująco:

Okolo drugiego tygodnia życia płodowego tkanka łączna z obwodu dochodzi do środka nadnercza i tutaj łączy się z włóknami, powstałymi z zarodkowych komórek tkankolącznych. W ten sposób wytwarza się wyraźna już zupełnie siatka tkankolącznowa, która najbfciej układa się na pograniczu kory, dobiegającej w tym czasie kresu rozwoju,

i dość już szerokiej istoty rdzennej. W trzecim tygodniu życia płodowego mamy już wyraźne zupełnie odgraniczenie kory i istoty rdzennej za pomocą tkanki łącznej. Pod mikroskopem widzimy wówczas korę, posiadającą błękitne zabarwienie (Ryc. 7 k.) wskutek zawartości znacznej liczby komórek z jądrami, niebiesko się barwiącymi, następnie pas rdzenny różowy, składający się z siatki tkankolącznowej (ryc. 7 p. r.), w oczkach której znajdują się wszystkie wyżej opisane rodzaje komórek, wreszcie w samym środku mamy intensywnie niebiesko się barwiący pas właściwej istoty rdzennej (ryc. 7 i. r.). Z powyższego widzimy, że twierdzenie WIESŁA, jakoby w pierwszych latach życia o ścisłym odgraniczeniu kory od istoty rdzennej mowy być nie mogło, nie jest słuszne, gdyż już od trzeciego tygodnia życia płodowego mamy bardzo wyraźną granicę i odrazu możemy odróżnić korę od istoty rdzennej. Z czasem pas rdzenny staje się coraz węższy, zostaje ograniczony jedynie do wąskiego paska na pograniczu obu istot nadnercza. (Porównaj ryc. 3 b.). Okolo 4 miesiąca szerokość jego nie dochodzi  $\frac{1}{4}$  szerokości kory. I wygląd jego znacznie się zmienia. Siatka tkankolącznowa staje się bardziej zbita, włókna układają się równolegle, elementy komórkowe stają się coraz skąpsze. Natomiast istota rdzenna, która początkowo, jak widzieliśmy, stanowiła tylko wąski pasek w samym środku pasa rdzennego, obecnie staje się coraz szerszą i wykazuje prawidłowe, charakterystyczne ułożenie komórek rdzennych.

W dalszym ciągu pas rdzenny coraz znacznie się zwęża, wreszcie okolo pierwszego roku tworzy nieznaczny pasek na pograniczu silnie rozwiniętej kory i istoty rdzennej (Porównaj ryc. 3 c). Pas ten w tym okresie składa się z włókien tkanki łącznej siatkowatej, w której oczkach znajdują się coraz liczniejsze i coraz większe naczynia krwio-



Ryc. 10. Nadnercze noworodka A:t) część torebki, a) komórki korowe wykształcone b) komórki korowe niewykształcone p) promień wykształ. komórek kor. B. część środkowa i. r.) istota rdzenna p. l.) przestrzeń limfatyczna k. l.) tkanka łączna około przestrz. limf. C. t.) torebka k. l.) warstwa kłębkowa p) początek warstwy pasmowej tk. l.) tkanka łączna wrastająca z torebki D. tk. l.) tkanka łączna około przestrzeni limfatycznej k. r.) komórki istoty rdzennej fb.) feochromoblast.

nośne. Światło tych naczyń posiada ściany składające się jedynie ze śródbłónka. Elementy komórkowe natomiast prawie zupełnie znikają z pasa rdzennego. Bardzo wąski pas rdzenny u dzieci cztero- i pięcioletnich miejscami nawet zupełnie zanika, na wszystkich jednak naszych preparatach, to jest u wszystkich dzieci aż do lat 5 włącznie, można było zawsze ten pas na pograniczu obu istot wykazać. Odpowiada to zupełnie obrazowi makroskopowemu, gdyż, jak to w odpowiednim miejscu wyżej zaznaczyliśmy, we wszystkich naszych nadnerczach na przekroju między żółtą korą a perłową istotą rdzenną mieliśmy we wcześniejszym wieku szerszy i ciemniejszy, w późniejszym znacznie węższy i bledszy pasek graniczny.

Nie zawsze jednak ułożenie warstw nad-

nercza jest tak ściśle. W kilku przypadkach mogliśmy stwierdzić wśród istoty rdzennej rozrzucone wysepki komórek korowych.

Na zakończenie opisu drobnowidzowego nadnerczy musimy jeszcze omówić ciałka lipoidalne znajduwane stale w korze nadnercza. Jak wiadomo, co zresztą i we wstępie zaznaczyliśmy, bardzo wcześnie, bo już z końcem drugiego miesiąca życia płodowego, zaczynają występować w poszczególnych komórkach kory drobnutki ziarenka lipoidalne, które należy odróżnić od tłuszczu na zasadzie:

- 1) anizotropii,
- 2) barwienia się początkowo na szaro tylko przez kwas osmowy,
- 3) rozpuszczania się w kwasie chromowym (*Braun*). (D. n.).

## WYKŁAD KLINICZNY.

### 0 zakażeniach septycznych u niemowląt. <sup>1)</sup>

Zestawił

**D-r Tadeusz Kon.**

(Odczytane w Sekcji pediatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Pod nazwą zakażenia septycznego rozumieamy stan chorobowy, spowodowany przez dostanie się do układu krwionośnego lub chłonnego drobnoustrojów chorobotwórczych. Zdarza się jednak i tak, że nie same bakterie przedostają się do krwi lub limfy, lecz tylko ich produkty: — toksyny lub endotoksyny. Wobec tego niektórzy uczeni, jak np. KOCHER i TAVEL, zowią pierwszą postać zakażenia, — „bakteremią”, drugą zaś, — „toksynemią”.

Bakterie, przedostając się do krwi lub limfy, zaczynają się szybko rozmnażać, podlegać rozpadowi i w ten sposób wytwarzają t. zw. endotoksyny. Wytwarzające się endotoksyny powodują powstanie całego szeregu objawów w rodzaju gorączki, zaburzeń ze strony układu nerwowego i innych; zmiany w sercu i innych narządach mięsnych występują, jako następstwa bezpośredniego działania toksyn.

Zakażenia septyczne mogą występować przy objawach posocznicy (*septicaemia*) lub ropnicy (*pyaemia*); tę ostatnią postać zowią niemcy: *metastasierende sepsis*.

Rozpoznanie zakażenia septycznego opieramy na badaniu bakteriologicznym krwi, otrzymanej wprost z żyły; gdy jednak dla jakichkolwiek powodów badanie takie nie może być dokonane, musimy przy stawianiu rozpoznania posilkować się oceną krytyczną całego zespołu objawów chorobowych właściwych takiemu zakażeniu, co o-

<sup>1)</sup> Według: Finkelsteina, Schlossmana, Pfaundlera, Heubnera i innych.

czywiście pozwala nam zaledwie na zrobienie rozpoznania przypuszczalnego.

Czynnikami, powodującymi zakażenie septyczne, są przedewszystkiem drobnoustroje ropotwórcze; rolę taką odgrywają: gronkowce (biały i żółty), paciorkowce (w szczególności odmiana paciorkowca kiszkiwego), dwoinki zapalenia płuc, laseczniki okrężnicy, laseczniki ropy błękitnej, bakterye kiszkiowe GÄRTNERA, bakterye rzeżączki, laseczniki influenzy, meningokoki WEICHELBAUMA i t. d.

Naturalnie, że i w stosunku do niemowląt zakażenie septyczne, jak zwykle, może mieć charakter pierwotnego lub wtórnego czyli wikłającego inną postać chorobową.

Do ustroju niemowlęcia bakterye mogą wtargnąć czy to z otaczającego środowiska (powietrze, woda kąpielowa, pościel, pieluszki etc.), czy też z pokarmem, a nawiasem mówiąc, najczęściej z mlekiem krwiem podejrzanej czystości. Zakażenie się od matki może nastąpić bezpośrednio podczas porodu lub pośrednio po urodzeniu się dziecka przez przeniesienie wydzielin zakaźnych od matki chorej na dziecko.

Niemowlęta są wogóle mało odporne względem zakażenia septycznego; dotyczy to specjalnie dzieci, urodzonych przedwcześnie, lub obarczonych przymiotem dziedzicznym; tłumaczyć sobie to zjawisko możemy niedostateczną zdolnością oseska do wytwarzania ciał ochronnych (aleksyny) i uodparniających.

W walce z zakażeniem septycznym pierwszorzędną rolę odgrywają gruczoły limfatyczne. Tymczasem brak powiększenia gruczołów limfatycznych u osesków w zakażeniach septycznych jest prawidłem (SCHLOSSMANN). Łatwość, z jaką oseski podlegają zakażeniu septycznemu, tłumaczy się tem, że skóra ich, jako zbyt delikatna i ulegająca różnym chorobom, ułatwia drobnoustrojom przenikanie ich do ustroju niemowlęcia; poza tem na drodze doświadczalnej stwierdzony został fakt przenikania drobnoustrojów chorobotwórczych przez nieuszkodzony nawet nabłonek kiszkiowy. Ucho środkowe służy również często za wrota wtargnięcia zarazka do ustroju.

Dzieci, żywione sztucznie, podlegają daleko częściej zakażeniu septycznemu, niżli

dzieci, karmione piersią, co poza innymi przyczynami (np. wprowadzenie zarazka wraz z pokarmem) Moro tłumaczy tem, że pokarm żywy matki lub mamki obfituje w ciała ochronne (aleksyny), które, wprowadzone do ustroju niemowlęcia wraz z pokarmem, zastępują brak odpowiednich czynników w nierozwiniętym dostatecznie i nieprzygotowanym do walki z drobnoustrojami chorobotwórczymi ustroju niemowlęcia

Inni znowu twierdzą, że komórki ustroju niemowlęcia, karmionego sztucznie, tak są zajęte przyswajaniem pokarmu im obcego (artfremde Nahrung), że nie są w stanie walczyć z wtargającym zakażeniem.

Zakażenia septyczne u niemowląt występują znacznie częściej w szpitalach i innych zakładach leczniczo - wychowawczych (domy podrzutków), niżli w domach prywatnych. Za fakt stwierdzony uważać należy i to, że zakażenie może mieć miejsce i podczas życia płodowego: drobnoustroje, znajdujące się w krwiobiegu matki, mogą przeniknąć przez naczynia łożyskowe do ustroju oseska.

Płód może również uleść zakażeniu drogą aspiracji wód płodowych, o ile one są zakażone, i o ile nastąpiło przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego.

Mówiliśmy już, że przy przechodzeniu płodu przez drogi rodne może również nastąpić zakażenie płodu, o ile drogi rodne podległy infekcyi. Zakażenia wrodzone, łożyskowe i nabyte przy przejściu przez drogi rodne należą do bardzo rzadkich.

Po urodzeniu się wrotami wejścia zarazka często bywa pępownina, a po jej odpadnięciu rana pępkowa. Fizyologiczne luszczenie się skóry i błon śluzowych zwiększa możliwość zarażenia się.

Okolica prostnicy, wewnętrzna powierzchnia ud i krzyż, jako miejsca, często pozabawione naskórka, stanowią również wrota dla zarazków. Bakterye ropotwórcze mogą łatwo z kiszki tutaj się dostać. W następstwie zjawiają się czyraki, a nawet obszerniejsze ropowice (*phlegmone*) i wreszcie zakażenie ogólne. Błona śluzowa jamy ustnej bywa również często punktem wejścia infekcyi. Uszkodzenia błony śluzowej przy my-

ciu jamy ustnej, *aphtae* BEDNARI, *rhagades*, rzekomo dyfterytyczne zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, pleśniawki, rozmaite formy zapalenia jamy ustnej lub dziąseł mogą prowadzić do zakażenia septycznego. Błona śluzowa nosa również może służyć za punkt wejścia infekcyi. Migdałki gardlane bardzo rzadko odgrywają pewną rolę w tym kierunku. Natomiast błona śluzowa łącznic, podległych działaniu bakteryi rzeżączkowych lub innych, staje się nieraz wrotami zakażenia.

Tak częste u osesków zapalenie ucha odgrywają w etiologii zakażenia septycznego rolę wybitną; mamy tu przedewszystkiem na myśli zapalenie opon mózgowych ropne.

Błona śluzowa przewodu pokarmowego tak w stanie normalnym, jak i w stanie zapalnym może służyć za punkt wyjścia zakażenia ogólnego.

Zapalenie oskrzeli z obumarciem nabłonka daje nieraz początek zakażeniu septycznemu. Ztąd drogą układu chłonnego choroba się rozprzestrzenia. Narządy moczopłciowe, szczególnie u dziewcząt, mogą służyć za punkt wyjścia zakażenia. Przytem czynniki chorobotwórcze przedostają się z przewodu moczowego do pęcherza, a ztąd przez moczowody do nerek i krwiobiegu.

Co się tyczy przebiegu choroby, to zaznaczyć nam wypada, że bywają przypadki zakażenia septycznego o przebiegu niemal nagłym, gdzie wśród stanu pozornego zdrowia występuje nagły spadek ciepłoty w bardzo krótkim czasie i. śmierć. W innych natomiast przypadkach przebieg bywa bardzo burzliwy: temperatura wysoka, wymioty, rozwolnienie, przytomność niezupełna, wzrok bez wyrazu, zamglony, oczy zapadnięte, wyraz twarzy ostry, wystraszony, ruchy powolne, słabe, pozbawione energii, czasami drżące; nieraz bywają chwile większego niepokoju i miotania się; to znowu leży dziecko, jak gdyby odurzone, nieruchome, niekiedy bolesnie jęczące. Skóra ma wygląd płowy, wpadający w kolor żółty, daje się zauważyć lekka sinica (*Spitzencyanose*). Przy bliższem oglądaniu spostrzegamy wyraźną duszność z rozszerzeniem nozdrzy; oddech bez przerwy przyspieszony i głęboki; tętno małe. Wa-

ga ciała, dotychczas trzymająca się w granicach normy, zaczyna szybko spadać.

Ważnymi rysami w tym obrazie choroby są objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, zaburzenia oddechu, trawienia i osłabienie serca.

Objawami zaburzenia układu nerwowego ośrodkowego są: zmiany czucia, przejście od apatyi do śpiączki i miotania się, bezcelowe, bezwładne ruchy, wybitnie różniące się w typie i tempie od ruchów dzieci zdrowych, drżenie kończyn i szczękocisk. U dzieci młodszych przyłączają się długotrwałe skurcze mięśni zginaczy i prostujących. Prawdziwe drgawki ogólne są rzadkie i w większości przypadków zależą od powikłań mózgowych, ze zmianami anatomicznemi połączonych.

Objawy ze strony narządu oddechowego zależne są od podrażnienia toksycznego ośrodków oddechowych. Widzimy je nawet tam, gdzie niema mowy o jakiegokolwiek chorobie płucnej. Duszność w zakażeniu septycznem różni się od duszności w zapaleniu płuc lub oskrzeli obok przyspieszenia oddechu i pogłębieniem jego widocznem.

Coś podobnego widzimy w posocznicy u dorosłych, ale rzadko jest to tak silnie wyrażone, jak u osesków. Z początku lekka duszność stopniowo powiększa się i przybiera charakter cierpienia męczącego. Ku górze podniesiona klatka piersiowa lata, jak u ściganego zwierza, i wśród bolesnych jęków dziecko, łaknąc powietrza, wciąga je przez otwarte usta. Wargi, język i krtań wysychają i pokrywają się nalotem, podobnym do sadzy, głos zmienia się w chrypowate kwilenie; rażący spokój, bladeść, sinawy odcień cery świadczą o osłabieniu działalności serca. Ostra, ciężka zapaść zdarza się często, a pochylenie krzywej ciepłoty do granic subnormalnej zależy w zupełności od nieznacznej odporności serca osesków.

Do tych objawów przyłączają się nieraz wylewy krwawe na skórze i w innych narządach, tak, że otrzymujemy wrażenie melaney.

Natężenie zaburzeń niestrawnościowych zależy od stopnia i siły samozatrucia (*toxinaemia*). U ludzi dorosłych w zakażeniu septycznem występują nieraz również objawy ze

strony przewodu pokarmowego, nigdy jednak z taką regularnością i siłą, jak u niemowląt. Powstawanie objawów tych zależy po części od powikłań przypadkowych kataralnych lub dyspeptycznych ze strony jamy ustnej, żołądka i kiszek. Zresztą, toksyny uszkadzają bezpośrednio nabłonek, a uszkodzenie to wyraża się brakiem łaknienia, wymiotami i biegunką; utrata zaś wody nadaje choremu wygląd charakterystyczny. Odżywianie niedostateczne, utrata wody i rozkład tkanek pod wpływem toksyn — doprowadzają do wybitnego upadku wagi, który daje się stwierdzić od chwili zatrucia ogólnego. Bywają przypadki, w których objawy nerwowe tak dalece występują na plan pierwszy, że symulują zapalenie opon mózgowych. Czasami krwawienie z pępka budzi podejrzenie zakażenia septycznego, a gdy zjawia się krwawienie z innych narządów rozpoznanie nabiera cech prawdopodobieństwa.

Gdy sprawa taka łączy się z ostrem zwyrodnieniem tłuszczowym, możemy mówić o tak zwanej: „chorobie BUHLA”.

Zakażenia, o których mówimy, mogą przybierać charakter ropnicy; mamy wtedy, prócz charakterystycznej gorączki, ropnie przerzutowe, właściwe temu rodzajowi cierpienia.

Przechodząc do rozpatrzenia objawów poszczególnych, zaczniemy od gorączki, która nie należy do objawów stałych w zakażeniu septycznym. Jeżeli atoli występuje ona, to w początku choroby zwykle szybko podnosi się do góry, później jednakże raptownie spada. Dalszy przebieg jest bezgorączkowy albo też połączony z nieprawidłowymi wahaniami temperatury. Dreszczy przytem niema.

Pod koniec choroby temperatura spada niżej normy. *Sensorium* w wielu przypadkach jest zajęte, objawia się to wybitnym pobudzeniem: dzieci są wtedy niespokojne, rzucają się, dostają drgawek, ktrzyczą lub też, odwrotnie, leżą w apatii; galki oczne bywają zwrócone ku górze przy otwartych powiekach; mięśnie pozbawione zwykłej sprężystości. W mięśniach kończyn, grzbietu, głowy zdarza się stan spastyczny: sztywność (trismus), zeszywnienie karku (*rigiditas nuchae*), wybitne zgięcie palców rąk etc. Objawy paralityczne nie zdarzają się w zakażeniach septycznych. Skóra u osesków w pierwszych tygodniach życia przybiera zabarwienie żółto ziemiste, które, o ile zakażenie septyczne zjawia się na tle *phlebitidis umbilicalis*, przybiera odcień brązowy.

(D. n.).

## STRESZCZENIA.

### Medycyna wewnętrzna.

#### 138. Mosler. O gościcowym zapaleniu wiełu błon surowicznych (*polyserositis rheumatica*).

Powikłanie ostrego gościca stawowego zapaleniem osierdzia, wsierdzia lub opłucny jest znane. Lecz współczesne nagle powstanie zapalenia kilku błon surowicznych, występujące na pierwszy plan w obrazie ostrego gościca stawowego i nadające mu charakterystyczne piętno, nie zostało dotąd należycie uwzględnione.

Autor w ciągu 18 miesięcy spostrzegł 15 tego rodzaju przypadków, które dzieli na 2 grupy. Do pierwszej grupy należały przy-

padki, w których zapalenie kilku błon surowicznych, obu opłucen, osierdzia, często dosyć wsierdzia wystąpiło nagle w przebiegu prawdziwego ostrego gościca stawowego. W drugiej grupie ciężki obraz chorobowy rozpoczął się dopiero z chwilą wystąpienia zapaleń błon surowicznych. Zajęcie stawów było z początku nieznaczne lub też już zdążyło złagodnieć, a często nawet ustąpić, gdy nagle występują objawy zapalenia błon surowicznych. W tego rodzaju przypadkach obraz chorobowy jest często zamaskowany i nielatwo nieraz stwierdzić gościcowe jego pochodzenie. Przypuszczano wówczas często zakażenie septyczne.



Kliniczne objawy zapalenia wielu błon surowicznych, występujące już to obok silnych bólów w stawach (pierwsza grupa) lub bez nich, były następujące: nagle objawiało się silne klucie w okolicy serca, wzrastające stopniowo i dochodzące do stopnia duszności, i wzmożenie gorączki, a współcześnie z tymi objawami podmiotowymi przy badaniu przedmiotowym wykrywano lekkie tarcie osierdzia i opłucny jakoteż lekkie przytłumienie odgłosu opukowego w dolnych częściach klatki piersiowej. Podczas gdy tarcie osierdziowe w dalszym przebiegu pozostawało, tarcie opłucny w większości przypadków szybko znikają, a przytłumienie odgłosu opukowego w dolnych częściach klatki piersiowej się zwiększało; zapalenie osierdzia pozostawało suche, zapalenie opłucny suche przechodziło w wysiękowe.

Co się tyczy wsierdzia, zachowywało się ono różnie; w pewnej liczbie przypadków występowało zapalenie wsierdzia współcześnie z zapaleniem osierdzia i opłucen lub nieco później, w innych przypadkach zostało ono zupełnie nietknięte; w innych znowu pozornie zostało ono nietknięte, lecz ostatecznie wraz z objawami zapalenia mięśnia serca rozwijało się rozszerzenie serca i niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Udział w całej tej sprawie wogóle mięśnia serca często dawał się stwierdzić, na co wskazywało nieregularne tętno, niekiedy *pulsus dicrotus et bigeminus*.

Zapalenia otrzewny lub opon mózgowych autor ani razu nie spostrzegł.

Robione w każdym przypadku posiewy krwi pozostały jałowe.

Z objawów, towarzyszących zapaleniu błon surowicznych, autor nieco dłużej zatrzymuje się nad wspomnianą wyżej dusznością, dochodzącą do *orthopnoë*, którą objaśnia nie obecnością wysięku w jamach opłucny (który nie był zbyt obfity), lecz suchym zapaleniem osierdzia, w którym, jak na to zwrócił uwagę PAWIŃSKI <sup>1)</sup>, zawsze występują ob-

jawy stenokardii i duszność silnego natężenia, dochodząca do *orthopnoë*.

Cały przebieg zapalenia błon surowicznych był również stały, jak i początek. Przyпадki, w których wsierdzie zostało zaoszczędzone, kończyły się wyzdrowieniem w ciągu 14 dni do kilku tygodni. Przy powikłaniu zapaleniem mięśnia serca wyzdrowienie następowało wolniej, przyczem pozostawało rozszerzenie serca z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Przy powikłaniu zapaleniem wsierdzia zwykle pozostawała wada zastawkowa.

Z 25 chorych 10 wyzdrowiało zupełnie, u 4 nastąpiła poprawa (pozostały objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej i gośćcове zajęcie stawów). Jeden chory umarł w przebiegu ostrego zapalenia błon surowicznych.

Z chorych wyleczonych 1 miał mniej niż 20 lat, 5 wyżej 26 lat, a z tych jedna chora 49 lat, dwóch chorych 36 lat. Wszyscy chorzy z wyjątkiem jednego, u których nastąpiła tylko poprawa, mieli niżej 20 lat (14, 15, 19). Chory, który umarł w przebiegu ostrego zapalenia, miał 16 lat. Autor przeto na mocy swych spostrzeżeń w zupełności podziela pogląd BAGIŃSKIEGO, który uważa młody wiek za moment, niekorzystnie wpływający na przebieg zapalenia wielu błon surowicznych w goścu.

Co się tyczy leczenia, to obok leków przeciwgośćcowych starano się głównie o zwalczenie najdokuczliwszego objawu—duszności. Przekłucia klatki piersiowej unikano, gdyż wysięk w opłucnych był niewielki, i duszność nie od niego zależała, lecz od suchego zapalenia osierdzia. Przeciw kluciu w okolicy serca stosowano ciepłe okłady; zimno w postaci worka z lodem chorzy źle znosili.

Duszność stale zmniejszała się pod wpływem małych dawek morfiny, na co szczególną uwagę zwraca autor, zaznaczając, że i u wielu innych chorych na serce morfina nie wpływa ujemnie; nawet małe, częste, nieregularne tętno nie stanowi przeciwwskazania. W ciężkich postaciach choroby podawano zapobiegawczo digalen, a przy wyraźnym zapaleniu mięśnia serca większe dawki digalenu w połączeniu z kofeiną i kamforą.

Jako lek przeciwgośćcowy, autor naj-

<sup>1)</sup> Ueber den Einfluss der trockenen Pericarditis auf die Entstehung von Stenocardie und Cardialasthma. Deutsches Archiv f. Klin. Medizin. 1897, tom 58.

chętniej podawał roztwór antypiryny 3, 4 do 6 gramów na 180, co 2 godziny łyżkę. Autor w końcu wyprowadza następujące wnioski:

1. Ostre zapalenie osierdzia i opłucen spotyka się, zdaje się, obecnie częściej, aniżeli dawniej i to a) w następstwie ciężkiego gościca stawowego lub b) u osobników, oddawna cierpiących na gościcę, u których objawy gościcowe są na drugim planie.

2. Zapalenie opłucen i osierdzia zjawia się nagle i to współcześnie.

3. Ciężkie przypadłości chorobowe (duszność, orthopnoë i t. p.) należy położyć na karb ciężkiego suchego zapalenia osierdzia.

4. Najczęściej zapalenie osierdzia pozostaje suche, zapalenie opłucen wysiękowe.

5. W pewnej liczbie przypadków do zapalenia osierdzia i opłucen dołącza się zapalenie wsierdzia.

6. Zapalenie mięśnia serca stale towarzyszy chorobie.

7. Zapalenie opłucen kończy się zwykle pomyślnie bez przekłucia.

8. Gościcowe zapalenia osierdzia kończą się pomyślnie bez pozostawienia wyraźnych śladów.

9. Zapalenie mięśnia serca trwa dłużej i kończy się, często pozostawiając rozdzęcie serca i niedomykalność zastawki dwudzielnej.

10. Rokowanie jest tem lepsze, im bardziej chory oddalił się od wieku dojrzałości. (Berliner Klin. Woch. 1910, Nr. 7).

F. Ar.

### Choroby układu nerwowego.

#### 139. Hans Willige. Leczenie cierpień nerwowych za pomocą arseniku.

Dążeniem EHRLECHA jest wynalezienie arsenikowego preparatu, któryby działał swoiście na niektóre cierpienia zakaźne. Udało mu się to do pewnego stopnia w stosunku do zakażeń zależnych od trypanosoma. Wobec pokrewieństwa tych ostatnich z krętkami chciano arsenik stosować w kile zamiast rtęci. Niniejszy artykuł w całości jest poświęcony temu właśnie pytaniu: czy w leczeniu kili oraz cierpień z kilą związanych (wiąd rdzenia i porażenie postępujące) nie odegra dużej roli arsenik?

Badania odnośnie, przeprowadzone przez WILLIGEA nie dały wyników przekonujących. W jednym przypadku kila mózgodzeniowej po zastrzykiwaniach arsenikowych zginął odczyn WASSERMAMNA w surowicy krwi, inne jednak objawy chorobowe pozostały bez zmiany.

Z 10 przypadków wiażd rdzenia arsenik w 6-ciu dał poprawę subiektywną i obiektywną, zaś w czterech nie wpłynął zupełnie na stan cierpienia. W trzech przypadkach wiażd rdzenia nie postępował naprzód, czy stało się to dzięki arsenikowi,—pytanie nie rozstrzygnięte jeszcze wobec tego, iż podobne stany we wiażd rdzenia zdarzają się i bez leczenia. Do podobnych wyników przyszedł i ALT.

Co zaś do innych cierpień układu nerwowego, to nie ulega wątpliwości, iż w leczeniu p l a s a w i c y środek ten odgrywa niezmiernie ważną rolę.

W stwardnieniu rozsianem środek ten jest szeroko stosowany. Osobiste doświadczenie autora przemawia na korzyść arseniku. W dwunastu przypadkach stwardnienia rozsianego otrzymał on dużą poprawę subiektywną.

W dziewięciu spośród nich wystąpiła poprawa głównie co do chodu, w ósmiu niektóre objawy chorobowe osłabły, inne ustąpiły zupełnie.

Najlepsze wyniki leczenia otrzymywał autor w przypadkach, gdzie istniały zaburzenia w czynnościach dolnych kończyn, najmniejszy wpływ miało leczenie na przypadki z porażeniami nerwu wzrokowego.

Rozumie się, poprawa zależy w dużej mierze i od wypoczynku i od zabiegów fizycznych, jakie towarzyszą leczeniu arsenikiem. WILLIGE jednak zaznacza, że wszystkie te środki, stosowane bez zastrzyknięć arsenikowych, dają znacznie gorsze wyniki, jasnym więc jest, że arsenik ma tu niepoślednie działanie swoiste na ustrój nerwowy.

WILLIGE posługuje się przeważnie preparatem *natrii cacodylici*, zwykle rozpoczyna bardzo ostrożnie od 0,015, by dojść do 0,06 na dzień.

Jeszcze chętniej stosuje on *acidum arsenicosum* i *liquor kali arsenicosi*. Zastrzykuje

on podskórnice 1 mg. dziennie *acidi arsenicosi* (1% roztwór), co 3 dni zwiększa dawkę o 1 mg., aż dochodzi do 10 mg. dziennie, taką ilość utrzymuje przez 3—8 dni, by następnie znów zmniejszyć ją aż do 1 mg.

(Münch. Med. Woch. IV 12. 1910).

#### 140. Costobadie. Hipnotyzm.

Autor uznaje, że hipnotyzm może oddać duże usługi w rękach lekarza.

Powołuje się on na przypadki z własnej praktyki. 23 letni robotnik po wypadku przy pracy nie jest w stanie powrócić do pracy; co rano ubiera się w strój roboczy i pozostaje w domu beczynnice.

Pod wpływem hipnozy pozbył się chorobliwego wstępu do pracy.

Autor stosował hipnozę przy drobnych zabiegach chirurgicznych (wrywanie zęba i t. p.), i pacjent nie odczuwał bólu.

Po śnie hipnotycznym czasem występuje ból głowy, co należy usunąć przez ponowne poddanie w śnie hipnotycznym.

Raz chora po przebudzeniu się ze snu hipnotycznego miała drżenie kończyny górnej, jak się okazało po dłuższym badaniu w stanie hipnozy, zależało ono od niewygodnej pozycji tejże kończyny podczas pierwszego uspienia chorej.

(The Brit. Med. Chirirg Jour. IV 107.1910).

## Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego

### Posiedzenie kliniczne z dnia 19 kwietnia 1910 roku.

KRETOWSKI Tadeusz przedstawił ze zbiorów d-ra SERKOWSKIEGO szereg preparatów świdrowców, barwionych metodą GIEMSY, a mianowicie: 1) *Trypanosoma Brucei*, 2) *Trypanosoma equinum*, 3) *Trypanosoma equiperdum*. Wiciowce te u wielu zwierząt ssących i głównie domowych, a w pierwszej linii u koni wywołują znany szereg ciężkich objawów chorobowych z towarzyszącą im wysoką gorączką różnego typu i prowadzących w końcu do śpiączki i śmierci. Do tej samej rodziny należą świdrowce, sprowadzające podobne cierpienia u ludzi.

JANKOWSKI Czesław demonstrował chorego po usunięciu krtani, gardzieli, tarczycy, części przełyku, tudzież zwyrodniałych gruczołów chłonnych śródpiersia tylnego, dokonaniem z powodu raka, oraz przedstawił preparaty tegoż przypadku.

Przypadek tak rozległego usunięcia narządów okolicy przedniej szyi JANKOWSKI uznaje za pierwszy, dokonany u nas, i jeden z bardzo nielicznych wogóle.

GRUNDZACH wygłosił rzecz p. t. „O przepuklinie nadbrzusnej ze stanowiska internisty”. (Rzecz ta była drukowana w Medycynie i Kronice Lekarskiej w Nr. 21).

W dyskusyi POLIKIER zaznacza, że u dzie-

ci *hernia ventralis mediana* należy do najczęstszych. Na 2,600 przypadków przepuklin, zestawionych przez lekarza londyńskiego CORNERA, wypadło przeszło 60% między mięśniami prostymi brzucha. Zdaniem CORNERA, są one najczęściej nabyte i powstają dzięki wzmożeniu ciśnienia w jamie brzusznej, zależnemu od gazów w kiszkiach wskutek wadliwego odżywiania. Pogląd ten spotkał się z ostrą krytyką innego lekarza angielskiego, według którego przepukliny bywają najczęściej wrodzone.

GABSZEWICZ przytacza przypadki przepuklin nadbrzusnych, operowane przez siebie i ogłoszone w roku 1888 w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Wszystkie dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego po operacji ustępowały. Przed rokiem GABSZEWICZ dokonał operacji przepukliny nadbrzusnej u 56-letniego mężczyzny, u którego po parę razy dziennie występujące bóle w okolicy przepukliny nadbrzusnej pociągały za sobą napad duszniczy bolesnej. Po operacji chory przez kilka miesięcy nie dostał ani razu napadu duszniczy. GABSZEWICZ podkreśla, że przepukliny te należy operować zawsze, jeśli wywołują przykre objawy, a objawy te mogą być nie tylko przy przepuklinach, zawierających sieć, ale i przy przepuklinach, zawierających tłuszcz przedotrzewnowy. Prelegent w od-

powiedzi zaznacza, że przypadek, wspomniany przez GABSZEWICZA, jest niezmiernie ciekawy ze względu na objawy dusznicy, jakie wywoływała drobna przepuklina nadbrzuszną. Wzbogaca to symptomatologię tego cierpienia.

Alfred SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Wyspy Kanaryjskie pod względem klimatoterapeutycznym”. Po opisie szczegółowym położenia geograficznego wysp, prelegent skreśla ich wyborne warunki klimatyczne, a szczególnie doliny t. zw. Orotawskiej na wyspie Teneryffie. Temperatura zimowych miesięcy wynosi przeciętnie nie mniej, niż 13°C. Latem niema nadmiernych upałów, przytem na pobyt podówczas służą wyżej położone miejscowości górskie, jak Laguna 700 metrów i Caniados 2,000 metrów; ta ostatnia miejscowość, położona wśród lasów sosnowych, posiada typ klimatu Alpejskiego. Pobyt na wyspie jest zupełnie wygodny, hotele, szczególnie w Orotawie, z komfortem urządzone przy cenach niezbyt wygórowanych pobytu. Wskazany byłby klimat Teneryffy dla osobników, usposobionych do częstych katarów dróg oddechowych, dla osobników z postacią włóknistą suchot płucnych w połączeniu z rozedmą, wreszcie dla neurasteników, znoszących dobrze podróż morską, miłośników przyrody.

### Posiedzenie kliniczne z d. 26 kwietnia

1910 r.

Józef JAWORSKI przedstawił 36-letnią kobietę z przepukliną brzuszną macicy ciężarnej (*Hernia abdominalis uteri gravidi*). Pierwszy poród operacyjny, 2-gi, 3-ci i 4-ty prawidłowe, bez pomocy lekarskiej, 5-ty poród przed 4-ma laty, ukończony przy *graviditas protracta* — 11-to miesięcznej przez cięcie cesarskie. Obec-

nie jest w ciąży w 5-tym miesiącu. Uderzającym zjawiskiem jest jej brzuch, w bardzo wysokim stopniu obwisły, a właściwiej bardzo wystający ku przodowi. Przy wymacywaniu wyczuwa się ciało kulisto-cylindryczne, łatwo przesuwalne, którego zarówno kształt, jak i spoistość nie pozwalają wątpić, iż jest to macica ciężarna, wielkością swą odpowiadająca końcowi 5-go miesiąca ciąży. Badanie przez pochwę wykazuje brak macicy w miednicy. Jest ona odchylona i przegięta ku górze i naprzód, nadto jest ona wprost zgięta poprzez spojenie łonowe na dół i znajduje się w worku przepuklinowym, wytworzonym właściwie tylko z powłoki skórnej, a dno jej ustawione jest znacznie niżej, niż szyja. Rozstęp mięśni prostych brzucha jest bardzo znaczny, a nawet jest ich zanik, podobnie, jak i zanik tkanki łącznej międzykomórkowej. Osobę tę czeka ponowne cięcie cesarskie, które mówca w czasie właściwym wykonać zamierza.

Władysław JANOWSKI w dłuższym przemówieniu omówił niemiarowość tętna podług następującego rozgrupowania: 1) zaburzenia w wytwarzaniu pobudek (*chronotropismus*), 2) zaburzenia w kurezliwości (*inotropismus*), 3) zaburzenia w przewodnictwie (*dromotropismus*), 4) zaburzenia w pobudliwości serca (*bathmotropismus*), 5) nienormalności w miejscu wytwarzania się pierwotnych pobudek. Tętno węzłowe 6) skojarzenie różnych rodzajów niemiarowości tętna.

Wykład był ilustrowany pokazem i szczegółowym objaśnieniem 39 krzywych, z których 32 zostały zdjęte przez samego prelegenta.

Tadeusz Wilczyński.

## ODCINEK

### Stowarzyszenie lekarzy polskich.

Dziwnem echem odbije się wśród wszystkich lekarzy zamknięcie Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie. Stowarzyszenie to od samego zarania swej działalności wykreśliło zupełnie wszelką politykę ze swego programu i nigdy przez cały czas swej działalności nie wychodziło poza zakreślone przez statut ramy. Zajmowało się tylko sprawami, związanymi ściśle z zawodem naszym, dążyło do utrwalenia zasad etycznych i po-

prawy bytu na drodze kooperacji i samopomocy.

I zamknięto je z rozkazu ministerium. Mimowoli nasuwa się pytanie, za co, i mimowoli rodzi się odpowiedź, że jest to tylko jedno ogniwo łańcucha represji przeciwko wszystkiemu, co powstało w dobie 1905/6 r., że jest to tylko likwidacja ostateczna wszelkich złudzeń, że życie nasze szerszym popływie potokiem.

Stowarzyszenie lekarzy polskich od pierwszej chwili swego istnienia wytknęło so-

## TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

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

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

## GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIŁULKACH.  
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. Ż. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Ż. Lerme i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C<sup>IE</sup> 13 Boulevard de la Chapelle PARIS  
PRÓBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

## LE VALERIANATE DE PIERLOT

### WALERJANO-KWAŚNY AMONIAK PIERLOT

Znany, radykalny środek usmierzający w chorobach nerwowych jako to:  
NEURASTENJI, NEURALGJI, MIGRENIE, HISTERJI, EPILEPSYI

Zalecany i stosowany w klinikach:  
Profesora CHARCOT (klinika Salpêtrier).—Profesora TROUSSEAU—Profesora BOUCHARD'A  
Profesora GILBERT'A.

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

Główny przedstawiciel na całą Rosyję: GABRIEL POMMIER, St. Petersburg, Italskaja 14.  
Literatura i próby do rozporządzenia P. P. Doktorów.

## Hemogen Magistra Klawe

plyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN.  
Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji,  
chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, niezytu żo-  
łądka, kiszki i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2—3 łyżki stołowe dzien-  
nie, dla dzieci 2—3 łyżeczki.

## Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.  
LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Glicerofosfat ziarnisty Magistra Klawe.  
Glicerofosf. ziarn. z żelazem Magistra Klawe.

# PILULAE SANGUINALIS KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

**BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.**

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,

Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

**KREWEL & C-o G. m. b. H. Kolonia n. Renem.**

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w **rossyjskiem** opakowaniu, zatwierdzonem przez  
Ministryum Przemysłu i Handlu,

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.



Lagodnie działający środek czyszczący  
w postaci karmelków owocowych

Wskazany: w zaparciu stolca i towarzyszącym mu dolegliwościom.

Nieszkodliwy nawet przy długotrwałem stosowaniu.

Dawka: 1 — 2 karmelków — dzieciom połowa.

Literatura i próby dla p. lekarzy gratis i franco.

**Dom Handlowy Preparatów farmaceutycznych Mayer - Alapin  
Frankfurt n. Menem**

Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Nissenson, Warszawa, Orła 5.

bie drogę jasną zorganizowania lekarzy w kierunku samopomocy i kooperacji, dostarczenia im dodatnich stron życia klubowego i dążenia do utrzymania wysokiego poziomu etycznego, jakim słusznie chlubić się mogą lekarzopolicy. Pozatem poruszało sprawy ogólniejszego, ale ściśle zawodowego znaczenia, jak np. sprawa felezeryzmu.

Nie przypuszczaliśmy, widząc stopniowy rozwój i stopniowy wzrost powagi Stowarzyszenia, aby nam wypadło tak rychło pisać nekrolog.

Z widowni życia społecznego ustępuje instytucja w pełni życia i rozwoju, idee więc, przez nią reprezentowane, nietylko nie zanikną, ale tem silniej wrażą się w umysły, tem silniej oddziaływać będą na lekarzy naszych.

W krótkim swem istnieniu Stowarzyszenie zdołało utworzyć sąd koleżeński, który niósł wysoko sztandar etyki, rozpatrzył wiele spraw zasadniczych, zapobiegł wielu waśniom nieprzyjemnej natury, wskazał drogi, któremi dążyć należy do wyrównania sprzeczności osobistej lub ogólnej natury.

Poza sądem wydział szpitalny, zajmując się ulepszeniem szpitali w gronie jedynie kompetentnych ludzi, przygotował materiały do ulepszeń w szpitalnictwie dla przyszłego samorządu.

Wydział dla spraw bytu i spraw etycznych z szeroko zakreślonym programem dążył do ustalenia zasad stosunków między lekarzami i lekarzami a publicznością, niosąc wysoko sztandar godności naszego stanu.

Założone niedawno biuro windykowania należności zdołało zażegnać kilka spraw między lekarzami a publicznością o honorarya lekarskie bez uciekania się do sądów ogólnych i było na drodze uregulowania tej nieprzyjemnej strony naszego zawodu.

A od pół roku rozpoczęta praca w kasie chorych lekarzy pozwalała członkom jaśniej patrzeć w przyszłość na wypadek choroby i niemożności zarobkowania i w kilku przypadkach wcieliła w życie swoją zasadę samopomocy.

A poza tem konferencye biologiczne i fizyologiczne dążyły do podniesienia poziomu wykształcenia ogólnego blisko pół tysiąca członków, do zużytkowania chwil odpoczyn-

ku po pracy w kierunku samokształcenia członków.

Dziś działalność tę, którą zaledwie szkicowo przedstawić mogliśmy, przerwano. Podkreślamy ostatnie to słowo — przerwano, bo jesteśmy pewni, że jej nie unicestwiono. Jako biolodzy, wiemy, że to, co ma warunki do życia, nie ginie, może zasnąć chwilowo, ale nie może zginąć, odradza się znowu, choćby w innej postaci. Stowarzyszenie, zszeregowanie lepszych żywiołów, dążących do ideałów, stało się dziś koniecznością, której nie zmogą żadne przepisy administracyjne.

Trudno przewidzieć, kiedy będziemy mogli prowadzić w dalszym ciągu prace, przez Stowarzyszenie podjęte, w każdym razie należy natychmiast po zjechaniu do Warszawy większości kolegów wszcząć starania o zalegalizowanie kasy chorych lekarzy, co nawet dziś nie powinno natrafić na przeszkody.

Inne sprawy przejść muszą do prasy lekarskiej, która, jak dotąd, tak i na przyszłość stać musi na straży etyki oraz walczyć o byt lekarzy.

Dotąd sprawy te były omawiane w Stowarzyszeniu, tam było pole do szerokiej nad nimi dyskusji, dziś, gdy tej placówki nie stało, pisma nasze muszą zastąpić ją w zupełności i stworzyć szerokie do dyskusji ogólnej pole.

Pismo nasze przed powstaniem Stowarzyszenia szeroko omawiało te sprawy, z chwilą, gdy sprawy społeczno-lekarskie przeszły do Stowarzyszenia, było odzwierciedlaniem prac tej instytucji, samodzielnie jednak nie wypowiadało się, schylając głowę przed powagą instytucji. Dziś nanowo otwiera łamy dla dyskusji publicznej nad sprawami ogólnymi, aby nie zginęła nic zadzierzgnięta, aby snuła się dalej tradycja wysokiego poziomu etycznego, jakim odznaczeni się nasi lekarze.

Nie należy więc tracić otuchy dla chwilowego niepowodzenia, nie ustaniemy przez to w pracy około dobra społeczeństwa i naszego narodu. Kamienie, rzucane nam pod nogi, nie powinny nas sprowadzać z drogi, którą dążymy do doskonałości pod wszelkimi względami.

Jesteśmy pewni, że krótkie chwile istnieje-

nia Stowarzyszenia umocniły w tem dążeniu najlepsze jednostki wśród przedstawicieli naszego zawodu, że zapłodniły myśl ich dążeniem tradycyjnym do szczęścia ogółu, i dlatego,

acz z zalem, ale z ufnością w przyszłość zegnamy Stowarzyszenie lekarzy polskich.

J. Z.

## Wiadomości bieżące

— W dniu 1 sierpnia r. b. wieczorem przybyła policja do lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i po dokonaniu rewizji oświadczyła, że z rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych, a na skutek raportu senatora Neudharta Stowarzyszenie zostaje zamknięte. W rozkazie doręczonym zapowiedziano, aby w ciągu trzech dni zwołać nadzwyczajne zebranie w celu zlikwidowania Towarzystwa. Wszystkie księgi i protokoły zostały opieczętowane.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich powstało przed czterema laty i doskonale się rozwijało, liczyło przeszło 400 członków. Działalność Stowarzyszenia była nader żywotna. Prócz odczytów i referatów w sprawach zawodowych Stowarzyszenie brało udział i w życiu społecznym. Zorganizowany został wydział szpitalny, w którym omawiano braki szpitali naszych i starano się wywierać wpływ i na tę zaniedbaną gałąź gospodarki publicznej.

Istniał też przy Stowarzyszeniu wydział higieny szkolnej. Przed dwoma laty powstał wydział bytu lekarskiego, który wypracował i ogłosił takse lekarską, której brak odczuwać się dawał nieraz, przed wakacjami poświęcił kilka posiedzeń sprawie reklam i ogłoszeń lekarskich. Wreszcie przy Stowarzyszeniu założona została w ostatnich czasach Kasa chorych.

W myśl żądania władzy odbyło się w dniu 5 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którym prezes Nusbaum prosił obecnych o uznanie posiedzenia za prawomocne wobec niemożności zastosowania się Zarządu do §§ 32 i 33 Ustawy. Na przewodniczącego zebrania wybrano kol. Kamockiego, na sekretarza kol. Wisłockiego. Prezes zaproponował następujący sposób likwidacji instytucji:

1) Wszelkie zobowiązania Stowarzyszenia mają być pokryte.

2) Zaległe składki członków mają być wniesione; wszelkie niedobory mają być pokryte przez członków Stowarzyszenia.

3) Majątek ruchomy Stowarzyszenia ma być sprzedany albo przekazany innym instytucjom według uznania komisji likwidacyjnej.

4) Przewyżka, jakaby się po likwidacji okazała, ma być obrócona na cele higieny i medycyny społecznej.

5) Komisję likwidacyjną stanowiąc mają: a) członkowie Zarządu, b) członkowie komisji rewizyjnej, c) dwóch członków dobranych: kol. Kamocki i Gabszewicz.

W końcu na wniosek przewodniczącego uchwalono, aby komisja likwidacyjna, po skończeniu swych czynności, zdała z nich sprawę zwołanemu ad hoc zebraniu ogólnemu.

— Prywatny docent Uniwersytetu Noworosyjskiego d-r Pożaryski mianowany został profesorem anatomii patologicznej w Uniwersytecie w Warszawie.

— Cholera w Rosji rośnie z dnia na dzień: od początku epidemii zachorowało do d. 10 Lipca st. st. 37652 osoby, z czego zmarło 16651. Od dnia 4 do 10 Lipca st. st. zachorowało 13374, zmarło 5979. W obwodzie wojska dońskiego 2826 — zmarło 1292; w obwodzie Kubańskim 2811 — zmarło 1421; w gub. Ekaterynosławskiej 1967 — zmarło 909; w gub. Charkowskiej 434, z czego zmarło 174; w Samarskiej gub. 409 — zmarło 240; w Saratowskiej gub. 402 — zmarło 184; w gub. Taurydzkiej 417 przyp. — śmiertelnych 179; w Petersburgu 209 przypadków, z czego śmiertelnych 46; w gub. Kijowskiej 76 przyp. — zejść śmiertelnych 26; w gub. Podolskiej 46 prz. — śmiertelnych 12; w gub. Wołyńskiej 16 przyp. — śmiertelnych 10; w gub. Witebskiej 5 przyp., w Moskwie 3 przyp. — 2 śmiertelne; w Niżnym Nowgorodzie 61 przyp. — z czego zmarło 11.



— W Nowoczerkasku skonstatowano, że przefiltrowana woda z Donu zawiera wibryony choleryczne.

— W Odessie ukazała się dżuma.

— W Newie w bliskości rury wodociągowej znaleziono wibryony cholery.

— Dyrektorem Instytutu klinicznego wielkiej Księżny Heleny Pawłówny mianowany został prof. Dołganoff.

— W zdrojowiskach Kaukaskich sprawdzają dyplomy lekarzy, dentystów i masażystów.

— Przedstawicielem rosyjskiej Rady Lekarskiej na drugiej międzynarodowej Konferencji w sprawie badań nad rakiem, która obradować ma od 1 — 5 października r. b. w Paryżu — będzie prof. Podwysocki.

— D-r Iwersen stosował preparat „606” w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu w kilku przypadkach zimnicy typu trzeciaczkowego (tertiana). Po jednorazowym zastrzyknięciu nowego leku napady znikły, obrzmienie śledziony oraz charłactwo zimnicze, które wystąpiło w jednym przypadku, ustąpiły, zdrowienie szybko następowało. Plazmodye zimnicze, które przed leczeniem znajdowały się w wielkiej obfitości w czerwonych krążkach krwi, znikły po zastrzyknięciu zupełnie (Wracz).

— Ehrlich nie pokłada wielkich nadziei, aby preparat jego „606” mógł być skuteczny w cierpieniach parazyfitycznych; radzi stosować go dotąd jedynie w klinikach, wspomina o wielkiej bolesności miejscowej po zastrzyknięciu preparatu w mięśnie i ostrzega przed stosowaniem preparatu u ludzi z chorem sercem (Wracz).

— Po okresie bezwzględnych pochwał przetworu „606” Ehrlich-Hata poczynają się zjawiać pierwsze publikacje o ubocznych działaniach tego nowego leku.

Bohać i Sobotka ogłosili niedawno w Wien. Kl. Wochenschrift, że u 3 na 14 leczonych chorych spostrzegali: groźne zatrzymanie moczu, dokuczliwe parcie na stolec obok zaparcia, zniknięcie odruchów rzekpowych i to w jednym przypadku już po dawce 0,3, t. j. najmniejszej z dotąd używanych. Powikłania te badacze tłumaczą tem, że przetwór nie zawsze ma skład jednakowy.

(Przegląd Lek.).

— W Japonii, gdzie dotąd trzymano się wyłącznie pożywienia roślinnego, zaczynają wprowadzać pokarmy mięsne. Rząd japoński hołduje jęwspecjalnie urządzonych fermach bydło i dostarcza codziennie wojsku pewnej ilości mięsa dla żołnierzy, którzy dotąd karmili się wyłącznie rybą i ryżem. Jest to jeden tylko ze sposobów, którymi Japończycy chcą podwyższyć średni wzrost rasy. W dawnych czasach pokarm mięsny wzbudzał strach i wstręt wśród szerokiego ogółu, i tylko osoby uprzywilejowane kosztowały niekiedy mięsa dzika. W ostatnim jednakże 25-cioleciu spożywanie mięsa w Japonii rośnie z roku na rok.

### Zmarli.

Po długiej chorobie nerwowej zmarł w Warszawie D-r Józef Tchórznicki. Zmarły urodził się w gubernii siedleckiej w majątku rodzinnym Sabnie. Po ukończeniu gimnazjum w Siedlcach, wstąpił początkowo na wydział prawny b. Szkoły Głównej, ale już po roku przeniósł się na wydział lekarski tej Szkoły, którą ukończył w r. 1874 w stopniu lekarza. Podczas wojny Tureckiej, jako lekarz wojskowy, służył na Kaukazie, po ukończeniu wojny został lekarzem ziemskim w gub. Orłowskiej i Kurskiej. Po dziesięcioletnim pobycie w Cesarstwie zmarły powrócił w strony rodzinne i zajął stanowisko ordynatora w szpitalu św. Piotra i Pawła w Sterdyni.

Tu wkrótce podczas akcji przeciwcholerycznej dał się poznać jako dobry higienista i dzielny obywatel kraju. Przed 16 laty osiadł w Warszawie, gdzie założył Instytut szczepienia ospy, następnie został ordynatorem szpitala na Pradze, a przed kilku laty higienistą teatrów warszawskich. Higienie wogóle, szczególnie zaś higienie szkół i ludu oddawał się Tchórznicki z zapałem. Był jednym z najczynniejszych członków Tow. kąpieli ludowych, nawoływał zarządy szpitali do kąpania służby szpitalnej, podał wniosek utworzenia kąpieli Cięchocińskich dla ludu, w Cześćstochowie zaś dla patników.

Zmarły, jako wytrawny popularyzator higieny, pozostawił po sobie szereg broszur i artykułów treści higienicznej, drukowanych w „Zdrowiu”, w pismach codziennych i tygodniowych, bądź też oddzielnie. Cześć pamięci zacnego kolegi i niestrudzonego działacza.

H. K.

# KEPHALDOL

PEWNE, PRĘDKO DZIAŁAJĄCE I ZUPEŁNIE NIESZKODLIWE  
antipyreticum, antineuralgicum, antidroticum

z powodzeniem stosowany w klinikach prof. K. v. Noorden <sup>1)</sup>, N. Ortner <sup>2)</sup>, H. Schlesinger <sup>3)</sup>, E. v. Stoffella <sup>4)</sup>.

## INFLUENZA.

Z artykułu d-ra Heinrich Haase <sup>5)</sup>

„O ostatniej epidemii influency w Wiedniu“. Na podstawie opisanych spostrzeżeń nie będzie przesadą, jeżeli nazwę Kephaldol nie tylko symptomatycznym ale wprost specyficznym środkiem w influency, jakim okazał się w czasie ostatniej epidemii.

Kephaldol-Stohr jest do nabycia we wszystkich aptekach.

ZAPISUJE się Kephaldol najlepiej w opłatkach albo tabletkach. Rp. Tabl. Kephaldol-Stohr 0,5 d. t. d. № 20. „Oryginalne opakowanie“, cena 80 kop.

Próbki i literatura wysyła się **BEZPŁATNIE** pp. lekarzom na pierw. żądanie.

<sup>1)</sup> Maniu, Wiener med. Wochenschrift, LVII, Jahrgang, №№ 33, 34. <sup>2)</sup> Fritsch, Wiener Klin. Wochenschrift 1906, № 33.  
<sup>3)</sup> Einhorn, Zentrbl. für die gesamte Therapie, XXV, Jahrg. H. 2. <sup>4)</sup> Rosenthal, Wiener Klin. Rundschau 1906, № 48.  
<sup>5)</sup> Allg. med. Central-Zeitung 1908, № 18. <sup>6)</sup> Klinisch. Therap. Wochenschrift 1909, № 46.

**KOMPANIA KEPHALDOL-STOHR.** PETERSBURG,  
ul. Nikołajewska, 16.

# ARHEOL

$C_{15}H_{26}O$

Jedyny czynny pierwiastek wyciągu santalowego

RZEŻĄCZKA  
KATAR PĘCHERZA  
MOCZOWEGO



## SANTÉINE

Działanie pewne przy

## ZAPARCIU STOLCA

zaburzeniach w trawieniu, migrenie i hemoroidach i t. d.  
Dawka : dorosłym 2—4 pastylki, dzieciom 1/2—2 stosownie do pożądanego działania.

**MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS**  
Bliższe szczegóły we wszystkich aptekach.

# WIESBADENSKIE

## Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

**Dr. Abend,** Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszki, Parkstrasse 30.

**Dr. Amson,** Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gimnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Taunusstrasse 6.

**Dr. Badt,** Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specjalnie chodzenia, ataxii. Taunusstrasse 4

**Dietenmühle,** Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. Fedor Plessner i D-r Fritz Reich.

**Dr. Otto Dornblüth,** Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.

**Dr. Fendt** Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.

**Dra. R. Friedlaender'a** Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.

**Dr. Guradze,** Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mech. pracownia i oddział Röntgenowski, Mainzerstr. 3.

**Lindenhof,** Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen Walkmühlstrasse 43/45

**Dr. Lubowski** Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.

**Dr. Jul. Müller,** Instytut do fizykal. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4

**Kurhaus Bad Nerotal.** Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lek. dyrektor D-r Mäckler.

**Kuranstalt Dr. Schloss,** dla chorych na żołąd. kiszki i przemianę materyi. Sonnenbergerstrasse 11-a.

**Dr. Schütz** Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materyi).

— Prospekty i informacyi udzielają lekarze zakładowi. —



### Sztuczne NAUHEIMSKIE kapsle kwasowęglowe „ARS”

W zupełności zastępują kapsle Nauheimskie, wydzielając ilość kwasu węglowego, odpowiadającą najlepszym źródłom Nauheimu. Prostota i wygodą stosowania kapsle kwasowęglowe „Ars” przewyższają wszystkie inne sposoby przygotowania sztucznych kapsli kwasowęglowych; są tanie i dają się stosować wszędzie i o każdej porze roku. Wskazania: choroby serca, przewlekłe choroby nerwowe, zolzy, krzywica, gościec, dna i inne.



Przez dodanie do kapsli soli siarki, żelaza i inn. możliwe są liczne i różnorodniejsze kombinacje.

Istnieją 1, kapsle kwasowęglowe „Nauheim w domu,” 2, siarczano-kwasowęglowe kapsle „Akwizgran w domu,” zastępujące kapsle Akwizgrańskie i stosowane w zolzach, gościu, dnie, przymocie i w chorobach skórnych, 3, żelaziste-kwasowęglowe kapsle „Francensbad w domu,” zastępujące kapsle Francensbadzkie i stosowane w zolzach, chorobach kobiecych, nerwowych i innych. Szczegółowa broszura o kapslach kwaso-węglowych „Ars” wysła się bezpłatnie i franco. Sprzedaż we wszystkich składach aptecznych i aptekach. Radzimy zwracać szczególną uwagę na markę „Ars.”

Główny skład na całą Rosyę w Towarzystwie Handlu Mater. Aptecznymi i perfumerya: I. B. Segal. Wilno i Odessa.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełko opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr Bengué