

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. ALBARRAN'a W PARYŻU.

Leukocyty w moczu chorych, dotkniętych gruźlicą dróg moczowo - płciowych.

Napisał

Wacław Zawisza.

Długoletnie badanie nad gruźlicą dróg moczowo-płciowych doprowadziły do ciekawego, a jednogłośnie prawie przyjętego pewnika: gruźlica pęcherza jest zupełnie wyjątkową, przynajmniej dotychczas jej nie znaleziono (SAXTORPH—*Congrès international. Paris: „Il faut garder des doutes sérieux sur l'existence de la tuberculose vésicale primaire“*).

Wychodząc z tego, że pęcherz w gruźlicy prawie zawsze tylko wtórnie ulega zakażeniu, staramy się zwykle ściśle zlokalizować pierwotne siedlisko cierpienia, szukając go w dolnym lub górnym odcinku dróg moczowo-płciowych. Dolny odcinek [*penis*, jądra, *prostata*, gruczołki nasiennej] z powodu łatwego dostępu nie przedstawia wiele trudności dla dotykowego, że się tak wyrażę, postawienia rozpoznania. Wręcz przeciwnie rzecz się ma z górnym odcinkiem: nerkami i moczowodami. Tutaj, poza niewyraźnymi często objawami zapalenia, dotykowe badanie, szczególnie w początkowym stadium gruźlicy, nie daje żadnych wskazówek. Wtedy uciekamy się do dwu pomocniczych metod badania: cystoskopii i analizy moczu. Nie ulega kwestyi, że cystoskopia często daje nam możność postawienia ścisłego rozpoznania (CASPER *Handb. d. Cystoscopie: „Es giebt manche Charakteristika, die eine Vermutung auf Tuberculose rechtfertigen.“* MOTZ i HALLÉ: *Tuberculose de la vessie*).

Jeżeli jednak z jakichbądź powodów [nietolerancja pęcherza na pierwszym planie] wziernikowanie jest niewykonalne, to zostaje badanie moczu na laseczniki. Kto robił tych badań dużo, ten wie, jak często pomimo długich i starannych poszukiwań *bacillus* KOCH'a trudny jest do znalezienia

w moczu. Z tego powodu pomyślano, czyby leukocyty, prawie zawsze w moczu gruźliczym obecne i do znalezienia łatwe, nie mogły dać nam wskazówek.

Na myśl tą wpadł rodak nasz dr Motz. Za jego inicjatywą zajął się tą kwestią dr COLOMBINO [Turyn] i doszedł do bardzo ciekawych wyników: okazało się, że w moczu osób, gruźlicą dróg moczowo-płciowych dotkniętych, znajdujemy leukocyty, które noszą ślady widocznej degeneracji.

Kwestya ta tak stała, gdy dr Motz zachęcił mię do sprawdzenia badań dra COLAMBINO'a.

Zanim jednak o mych badaniach pomówię, niezbędnych jest parę słów wyjaśnienia, a mianowicie, jak prowadziłem badanie moczu i o jakich zmianach patologicznych w leukocytach mówić będziemy.

Badanie moczu odbywa się w sposób łatwy i szybki: mocz kateterem z pęcherza zebrany centryfugujemy i kroplę badamy bez żadnych barwików wprost pod szkiełkiem.

Leukocyty badamy na:

- 1) Zmiany protoplazmatyczne [rąbek].
- 2) Zmiany w jądrze.

Zanim jednak rozpatrzmy każdy z tych punktów, zaznaczyć należy, że w leukocytach, zawartych w moczu alkalicznym lub nawet neutralnym często spostrzegać się dają pewne zmiany w formie zewnętrznej, zależne li tylko od alkaliczności moczu. Uwaga ta jest niezbędna z tego względu, iż we wszystkich analizach, przeze mnie robionych, reakcja każdorazowo była badana, przyczem ani razu w przypadkach gruźlicy mocz nie był alkalicznym; czyli że zmiany, które obserwowałem, nie mogą być od alkaliczności moczu zależne.

Jak już wzmiankowaliśmy, przedewszystkiem zwracamy uwagę na formę zewnętrzną i stwierdzamy, że leukocyty zatraciły swą pierwotną formę okrągłą, są jak gdyby pomięte, poszarpane. Brzeżek jest albo lekko zębaty lub wprost naddarty. Oprócz tego wiele leukocytów posiada t. zw. *pseudopodia*, czyli wyrostki czasem nieznaczne, czasem rozmiarami przechodzące same leukocyty; dostrzedz je bardzo łatwo, gdyż, jasnoprzeczyste, odcinają się jaskrawo od ciemniejszego jądra.

Jeżeli rozpatrywać teraz będziemy samo jądro, to i tu spostrzedz łatwo zmiany chorobne; jądro jest zwykle silnie ziarniste, posiada granulacje obfite, często jest z oddzielnych bryłek złożone. Wyżej wspomniane zmiany widzieć się dają wogóle tylko wtedy, o ile patologia leukocytów nie jest daleko posunięta; przy dalszem bowiem stadium zwyrodnienia już nie podobna odróżnić jądra od protoplazmy; leukocyt składa się z bryłek poobrywanych, bezkształtnych, w których zwykłej formy leukocyta wprost doszukać się nie można.

Z tymi rozmaitymi okresami patologii leukocytów bezpośrednio związana jest kwestya, czy zmiany spostrzegane należy nazwać deformacją, czyli zmianą czasową, czy też degeneracją, czyli zmianą ostateczną.

Powodem tej różnicy zapatrywań posłużył fakt znalezienia pewnych odczynników, pod których wpływem zmiany patologiczne zacierają się i leukocyty przybierają naturalną, zwykłą sobie formę, dając wrażenie leukocytów zupełnie normalnych. Do odczynników tych należy fizyologiczny roztwór soli kuchennej i *picrocarmin* RANVIER'a.

Otóż z przytoczonych przeze mnie badań, okazało się, że jeżeli reaktywami tymi działać będziemy na te leukocyty, w których zmiany znajdujemy tylko w protoplazmie (brzeżek naddarty, zębaty, *pseudopodia*) to rzeczywiście leukocyty te przybierają pierwotny, normalny kształt, innymi słowy— w tych przypadkach mówić można o deformacji. Gdzie zaś zmiany są już tak daleko posunięte, że o dyfferencyacji między jądrem a protoplazmą mowy być nie może i gdzie leukocyt składa się z oddzielnych posklejanych bryłek, tam odczynniki pierwotnej formy przywrócić nie mogą, czyli, że tu o degeneracji mówić należy.

Jaka jest etyologia tych zmian patologicznych? Na to odpowiedź dać trudno. W każdym razie przypuszczać należy, że są one zależne od toksyn lasecznika KOCH'a, działających *in statu nascendi*, to jest w samych ogniskach gruźliczych i że mocz jest tutaj tylko dobrem środowiskiem, konserwującym zmiany te bez najmniejszego ich naruszania.

Że niedosyć jest samych tylko toksyn lasecznika, rozpuszczonych w moczu, do wywołania tych zmian i że niezbędnymi są jakieś sprawy biologiczno-chemiczne w samych gniazdach tuberkulicznych, dowodem tego są następujące robione przeze mnie doświadczenia:

1) Brałem leukocyty z moczu osób, u których gruźlica dróg moczowopłciowych była wykluczoną i pogrążałem je w mocz, zawierający leukocyty zdeformowane [które uprzednio zapomocą filtrowania usunąłem], przy czem nawet po 24-ch godzinach żadnych zmian nie spostrzegałem.

2) Leukocyty patologiczne, którym pierwotny, prawie normalny kształt nadawałem zapomocą działania na nich roztworem picrokarminu RANVIER'a, pogrążałem z powrotem w mocz, z którego je wzięłem; i tu jednak żadne zmiany nie następowały.

Jaką właściwie praktyczną wartość przywiązywać należy do znalezienia w moczu leukocytów patologicznych, to od razu na pierwszy rzut oka widzieć się daje z wyniku analiz, przeze mnie zrobionych, który jest następujący: [Patrz tabl. na str. nast.].

Jakie wnioski stąd wyciągnąć należy:

1) Są przypadki gruźlicy, gdzie pomimo znalezienia w moczu laseczników KOCH'a, leukocyty nie przedstawiają nic anormalnego.

2) W 3 ch przypadkach (kamica, *hydronephrosis*, *prostatitis pur.*), gdzie gruźlica absolutnie wykluczoną była, znaleziono wyżej wspomniane patologiczne leukocyty, które dawały wrażenie, że się ma do czynienia z moczem osób, gruźlicą dotkniętych.

Jeżeli teraz z wyniku tych analiz zechcemy wyprowadzić dane statystyczne, to okaże się, że na 60 moczków badanych, 8 tylko dało nam niezgodne z badaniami dra COLOMBINO'a wyniki. Dodać wszakże należy, że te 5 przy-

padków gruźlicy, w których leukocyty były normalne, są jedynymi, jakie od czasu, gdy się tą kwestyą zajmować poczęto, w klinice prof. GUYON'a obserwowano; gdy tymczasem takich, gdzie przy gruźlicy leukocyty patologiczne znajdowano, było daleko więcej, niż te 30 przypadków, w których analizie moczu robilem.

Lekarz praktyk powinien jednak przyjąć pod uwagę, że obecnie w klinice fakultetu paryskiego przy każdej analizie moczu, w razie znalezienia leukocytów, wymagane jest zawsze określenie, czy leukocyty są normalne, czy też patologiczne.

Nie chcę wcale twierdzić, że fakt znalezienia leukocytów ze zmianami charakteryzującymi gruźlicę, jest równoznaczny ze znalezieniem laseczników KOCH'a; daje nam on jednak—co tu w klinice jest ogólnie przyjętem—bardzo szybki i łatwy sposób rozpoznania z wielkiem prawdopodobieństwem gruźlicy.

	Znajdujemy leukocyty patologiczne w przypadkach	Nie znajdujemy w przypadkach
Gruźlica dróg moczowo-płciowych . .	32	5
Inne cierpienia dróg moczowo-płciowych .	3	20

Czyli, co z tego wynika: w razie już rozpoznania gruźlicy, jest on niejako potwierdzeniem rozpoznania; w razach wątpliwych poddaje myśl, że w danym przypadku przedewszystkiem pomyśleć należy o gruźlicy i zachęci do starannego poszukania laseczników.

A jak ważnem jest wczesne postawienie rozpoznania gruźlicy nerek np. przy obecnym stanie chirurgii, widzieć się daje z wyników operacji. Niejednokrotnie zdarzyło mi się widzieć w Paryżu nefrektomie, robione wobec gruźlicy nerki, gdzie w wyjętej nerce ognisko gruźlicze nie przerosło rozmiarami orzecha włoskiego, a gdzie jednak rozpoznanie gruźlicy z wielkiem prawdopodobieństwem zrobione było dzięki prawie jedynie leukocytom patologicznym w moczu.

II. Z KLINIKI TERAPFUTYCZNEJ I Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ
 WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU.

Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem krwi
 do mózgu u 13-letniej dziewczynki.

Napisał

Dr Czesław Otto,

ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 49).

W miejscach, gdzie ognisk nekrotycznych było mniej, tkanka łączna była rozwinięta dość silnie, lecz zawsze słabiej, niż około ognisk zmartwiałych. W miarę zmniejszania się ognisk nekrotycznych i razem z nimi tkanki łącznej, zjawiały się pęcherzyki płucne, zmniejszone początkowo znacznie w swej objętości, a w miarę zbliżania się ku normalnej tkance płucnej zbliżające się do normy. Niektóre z pęcherzyków płucnych zawierają nieznaczny ilość ściętego białka i złuszczonej komórek nabłonkowych. W tkance płucnej, położonej bliżej ognisk zapalnych, znajdujemy pęcherzyków płucnych z opisaną wyżej zawartością dużo więcej, niż w tkance położonej dalej. Jeżeli pęcherzyki płucne są zmniejszone w swej objętości, to zawsze przegródki rozdzielające je są mocno zgrubiałe, wskutek silnego rozrostu tkanki włóknistej; i w tej tkance spotykamy także gruźelki pojedyncze lub też kilka gruzłków położonych blisko obok siebie i otoczonych pierścieniem silnie rozwiniętej tkanki łącznej.

W okalającej gruźelki tkance łącznej zauważono w liczbie nieznacznej komórki plazmatyczne średniej wielkości i przejściowe formy od stałych komórek tkanki łącznej do komórek plazmatycznych.

Naczynia włosowate w przegródkach pomiędzy pęcherzykami rozszerzone i napełnione krwią; ich komórki śródbłonkowe niekiedy napęczniałe; białe ciała krwi nie rozłokowane przybrzeżnie, a mniej więcej równoległe w całym świetle naczyń. Około naczyń włosowatych znajdujemy mniej lub więcej silnie wyrażone nacieczenie małymi komórkami. Bliżej większych ognisk zapalnych nacieczenie wyrażone silniej.

Oskrzela, jak i oskrzeliki napełnione złuszczonej komórkami, wielojądrowymi leukocytami i śluzem raz w większym, drugi raz w mniejszym stopniu. Około ich zewnętrznych ścianek rozwinięta silnie tkanka włóknista; i w tej tkance spotykamy też same pierwiastki komórkowe, co i w tkance okalającej ogniska zmartwiałe, tylko, że w tkance okołoskrzelowej nacieczenie drobnymi komórkami wyrażone jakby silniej i naczyń w niej więcej;

w tych naczyniach zauważyć się daje dużo polinuklearów. Laseczników Koch'a nie udało się wykryć.

Serce mikroskopowo zmian żadnych nie przedstawia. Komórki, wątrobnne zmętniałe; centralne naczynia zrazików napełnione umiarkowanie krwią i bez zmian widocznych, pozatem nie anormalnego nie udało się zauważyć. W śledzienie zauważono, że ściany niektórych naczyń włosowatych uległy zwyrodnieniu szklistemu i że około tych naczyń rozwinęła się dość silnie tkanka włóknista, zawierająca dużo stałych komórek tkanki łącznej i umiarkowaną ilość substancji międzykomórkowej włóknistej. Pozatem innych zmian nie zauważono.

W nerkach skonstatowano szkliste zwyrodnienie niektórych kłębków i ich otoczek. Komórki tworzące kłębki barwią się słabo eozyną; w samych kłębkach zauważyć się daje niewielka liczba komórek śródbłonkowych i łącznotkankowych i dość dużo szklistej masy amorfnej pomiędzy komórkami, tworzącymi kłębki.

Niektóre kanaliki kręte i proste znacznie rozszerzone, a komórki wyścielające je ziarniste i parenchymatycznie zmętniałe; inne znowu kanaliki bez zmian widocznych. Naczynia włosowate w przegródkach pomiędzy kanalikami w niektórych miejscach rozszerzone i napełnione dość obficie krwią; w innych znowu miejscach bez zmian widocznych. W jednym miejscu bliżej wnętrza obserwowano dość duży rozrost tkanki włóknistej na przestrzeni kilku mm. W tymuczastku z kanalików nerkowych pozostały tylko ślady, a na ich miejscu silnie rozrosła się tkanka łączna w przegródkach, które w skutek tego przedstawiają się silnie zgrubiałe; często bardzo kilka przegródek zlewa się z sobą, tworząc jeden płat tkanki włóknistej. W blizkiem sąsiedztwie od silnie rozrośniętej tkanki łącznej zauważono zmiany w naczyniach większego kalibru.

Mianowicie, w jednej z sąsiednich większych tętnic stwierdzono bujanie „*intimae*“, które doprowadziło prawie do całkowitego zamknięcia światła tętnicy, a w drugiej tętnicy mniejszego kalibru, w warstwie średniej, tuż pod śródbłonkiem zauważono złogi soli wapiennych, zabarwione hematoksyliną na kolor fioletowy. Niewielką ilość soli wapiennych zauważono także w dwu małych gruzelkach, umiejscowionych w silnie rozrośniętej tkance włóknistej; każdy z tych gruzelków zawierał w środkowej części komórkę olbrzymią z wieloma jądrami.

Większość naczyń średniego i większego kalibru, tworzących *plexus chorioideus* bez zmian widocznych; w niektórych tylko zauważyć się dają zmiany w „*intima*“: mianowicie komórki jej wraz z śródbłonkiem bujają w jednych naczyniach więcej, w drugich mniej; do całkowitego jednak zamknięcia światła naczyń nie dochodziło. W naczyniach włosowatych, wchodzących w *plexus chorioideus*, zmiany w śródbłonku wyrażone daleko silniej, niż w naczyniach większego kalibru. Prawie w każdym naczyniu włosowatym komórki śródbłonkowe znacznie zgrubiały w swej objętości.

Okolo naczyń włosowatych drobnokomórkowe nacieczenie, które bywa wyrażone o tyle silniej, o ile większym zmianom uległy komórki śród-

błonkowe. Naczynia włosowate zawsze napełnione krwią dość obficie; białe ciała rozlokowane mniej więcej równolegle w każdym naczyniu i przybrzeżnej ich lokalizacji nigdy nie zauważono tak w większych, jak i w mniejszych naczyniach.

W skrawkach z tkanek mózgowych, sąsiadujących z miejscem krwotoku, nie zauważono wyraźnych zmian w neuroglii, a także nie zauważono ich i w komórkach nerwowych. Natomiast naczynia krwionośne, przebiegające w tkance mózgowej tak większe, jak i włosowate prawie wszystkie zmienione. Zmiany te polegały na przepelnieniu ich krwią, na dość silnie wyrażonym nacieczeniu drobnokomórkowem około ich ścian i na dość znacznem zgrubieniu komórek śródbłonkowych. Przepelnienie naczyń krwią jest tak silne, że całe światło naczyń wypełniają czerwone krążki krwi, nie zostawiając literalnie miejsca wolnego. Białych ciałek w świetle naczyń znajdujemy liczbę zwykłą; w niektórych naczyniach przeważają polinukleary. Nacieczenie drobnokomórkowe występuje przeważnie około naczyń włosowatych i wyrażone bywa to silniej, to słabiej; zdaje się, że nacieczenie to znajduje się w ścisłym związku ze zmianami w śródbłonku, albowiem w tych naczyniach, gdzie komórki śródbłonkowe są więcej zgrubiałe, zauważyć się daje na zewnątrz ścian większe nacieczenie—i odwrotnie. W miarę zwiększania się kalibru naczyń nacieczenie drobnokomórkowe około ich ścian stopniowo słabnie.

Komórki śródbłonkowe we wszystkich naczyniach włosowatych silnie zgrubiałe; komórki *intimae* większych naczyń niekiedy zaczynają bujać dość znacznie i zwężają światło naczyń o jedną trzecią, a niekiedy i o połowę. Jakichkolwiek oznak, przemawiających w rozlokowaniu komórek na korzyść gliomatu, sarkomatu lub innego guza nie zauważono. Natomiast dość często około zmienionych naczyń włosowatych zauważono obfite wybroczyny krwawe; ciała krwi po większej części bez zmian; trafiły się jednak i takie miejsca, gdzie niektóre komórki glii i otaczające je wyrostki były wypełnione barwikiem krwi pod postacią maleńkich żółto-brunatnych ziarenek.

W miarę przybliżania się do głównego wylewu krwi, czerwonych krążków naokoło naczyń przybywa coraz więcej i nakoniec występują one pod postacią wielkich mas, które następnie zlewają się z sobą; wtedy substancja mózgowa ulega rozerwaniu i w postaci wysepek leży pośrodku prawie czystej i wylanej krwi. W jamkach mózgowych stwierdzono tylko wypełnienie ich czystą krwią, jako też nacieczenie takąż krwią dookoła miękkiej opony mózdzku i mlecza przedłużonego.

Dany przypadek zasługuje na uwagę z dwu powodów: 1) z powodu wielkiego wylewu krwi do mózgu i 2) z charakteru zmian w płucach.

Wylew krwi u tak młodego osobnika z rozerwaniem endymy i zalewem jamek niezawodnie jest zjawiskiem bardzo rzadkiem i zastanawiającem. Zwykle u młodych osobników, którzy nie cierpieli na silnie rozwinięte zapalenie nerek lub też nie ulegli mocnym uszkodzeniom, zdarza się to tylko w syfilisie. Z ostatniego względu zaraz na trupie obejrzano wszystkie kości, gardziel, wątrobę i pozostałe narządy i w nich charakterystycznych zmian sy-

flitycznych nie znaleziono. Natomiast badanie mikroskopowe naczyń mózgowych wykazało zmiany powyżej opisane. Zmiane te, polegające na zgrubieniu śródbłonna i bujaniu komórek *intimae*, są identyczne z temi zmianami, jakie spotykamy u syfilityków w późniejszym okresie ich choroby. I w danym przypadku tylko syfilisem można objaśnić obecność zmian w naczyniach. Zda się jednak, że mamy tutaj do czynienia z syfilisem dziedzicznym, a nie nabytym. Na korzyść tego przemawiają dane z wywiadów, że matka umarłej przechodziła syfilis [częste poronienia i bóle głowy]. Danych, przemawiających za nabytym syfilisem u zmarłej, nie wykryto w anamnezie.

Co się tyczy sprawy płucnej, to biorąc pod uwagę umiejscowienie jej w obu szczytach, obecność gruzelków i mas serowatych w ogniskach stwardniałych, obecność gruzelków włóknistych w mięszu płucnym dookoła ognisk stwardniałych i nakoniec silny rozwój tkanki włóknistej w samych ogniskach i dookoła nich, przychodzimy do wniosku, że mamy tutaj do czynienia z zapaleniem gruzliczem, a mianowicie z jednym jego zejściem w suchoty włókniste.

Cierpienie to, ogólnie wiadomo, przejawia się zawsze w wieku późniejszym, mniej więcej około 30-go roku życia i wyżej. Gruźlica zaś płuc u dzieci przebiega zawsze prędko z rozmięknieniem ognisk zapalnych i następczem zejściem śmiertelnem; do rozrostu tkanki włóknistej, jak w danym przypadku, nie dochodzi nigdy. Dany więc przypadek stanowi wyjątek od tego, co daje pospolicie spostrzeżenie, i dlatego tem bardziej zasługuje na uwagę.

Co faktycznie wpłynęło na ten anormalny przebieg gruźlicy w mojej obserwacji, powiedzieć trudno. Być może głównej przyczyny należy szukać w syfilisie dziedzicznym. Sokołowski w pracy swojej o gruźlicy płuc robi nacisk na ten moment etyologiczny, lecz opisów odpowiednich przypadków z literatury nie przytacza. I mnie również, przeglądając dostępną mi literaturę, nie udało się znaleźć opisanego przypadku suchot włóknistych, również jak i wylewu krwi do mózgu u dziecka na tle syfilisu.

III. ZE SZPITALA MIEJSKIEGO DLA DZIECI IM. CESARZA FRYDERYKA W BERLINIE [Dyr. Prof. BAGINSKY].

Maślanka, jako pokarm dla niemowląt oraz jej wskazania lecznicze.

Podał

Stefan Kramsztyk.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49].

Przypadek IX. A. H., przyjęty 27. IX. 1906, wieku 6 tygodni.

Pięć tygodni przed czasem urodzony, do 8-u dni pierś, później pokarm sztuczny. Od paru dni częste wodniste wypróżnienia i wymioty.

Stan obecny. Nader mizerne dziecko o żółtawem zabarwieniu skóry, jędrność zła; jama ustna silnie zaczerwieniona; ciemiączko dwa centymetry szerokie, zapadnięte. Tętno wyczuwalne, 130. Brzuch nieco napięty. Wątroba trochę powiększona. Waga 1,750. Wypróżnienia wodniste. Ciepłota 36,0°. Przepis: herbata, wlewania podskórne soli kuchennej.

29. IX. Wygląd niedobry, jędrność zła. Maślanka 8×40.

1. X. 5—6 wypróżnień jednolitych. Przyjmowanie pokarmu dobre. Jędrność niezła. Waga 1,870. Maślanka 6×60.

10. X. Wygląd bardzo dobry. Ciepłota 37,0°. Waga 2,170. Wypróżnienia 2, ciastowate. Maślanka 6×90.

19. X. Stan ogólny dobry. Waga 2,520. Maślanka 6×100.

21. X. Maślanka 3×100, mleko rozcieńczone 3×100.

26. X. Waga 2,600. Wygląd, jędrność dobre.—Wypisany.

Za przykład skuteczności maślanki przy niestrawności u niemowląt, karmionych piersią, może służyć:

Przypadek X. M. S., przyjęta 13. XI. 1906, w wieku 6 tygodni.

Urodzona w terminie jako pierwsze dziecko matki. W ciągu pierwszego miesiąca życia otrzymywała wyłącznie pierś; w ostatnich dwu tygodniach wobec straty na wadze dostawała jeszcze 2×80 kleiku owsianego+20 mleka, później 70+30 i 60+40, oprócz piersi. Mimo to w ostatnich dniach znowu straciła na wadze. Matka zdrowa, gruźlicy i syfilisu nie ma.

Stan obecny. Bardzo nędzne dziecko; ciemiączko przednie 3 ctm., szerokie, zapadnięte; gruczoły na szyi powiększone. Jędrność skóry bardzo zła; muskulatura słabo rozwinięta; jama ustna silnie zaczerwieniona. Brzuch nieco napięty; śledziona wyczuwalna. Ciepłota 37,0°. Waga 2,970. Przepis: herbata.

14. XI. Stan bez zmiany. Cztery rzadkie wypróżnienia; zalecono: maślanka 3×100, pierś—90. Dziecko ssie pierś bardzo źle. Pokarm matki nader skąpy.

18. XI. Pokarmu z piersi otrzymuje najwyżej 50—80 grm., pozatem maślankę, około 500 grm. Dziecko wygląda lepiej, jędrność lepsza; brzuch miękki. Ciepłota 36,8°. Waga 2,970.

22. XI. Dziecko otrzymuje wyłącznie maślankę: 6×110. Wypróżnienia 2, ciastowate. Waga 3,000.

26. XI. Waga 3,100. Maślanka 6×120.

29. XI. Waga 3,150. Wypróżnienia bardzo dobre. Wygląd ogólny dobry.—Wypisana.

Już w pierwszych pracach o maślanecy wspomniano o przypadkach, w których stosowanie tego pokarmu spotyka się od razu z gwałtowną częstokroć idyosynkrazją. TUGENDREICH¹⁾ opisał nawet pięć takich przypadków, jako „gorączkę maślankową“, przypisując podniesienie się temperatury wyłącznie

¹⁾ TUGENDREICH. „Ueber Buttermilchfieber“. Archiv für Kinderheilkunde. 1906. t. 44.

maślance. Przypadki te zdarzają się od czasu do czasu. Za przykład służyć może

Przypadek XI. W. H., przyjęty 9. IX: 1906 r. w wieku 6 miesięcy.

Stan obecny. Bardzo mizerne, wyniszczone dziecko; sinica; oddech głęboki. Ciemiączko przednie 2 cm. szerokie, zapadnięte; lekki *craniotabes*. Gruczoły na szyi z lewej strony nieco powiększone. Tętno 130, małe, regularne. Jędrność zła; muskulatura wychudła. Objawy tężyczki [CHWOSTEK, TROUSSEAU] wydatnie wyrażone. Brzuch napięty. Ciepłota 37,0°. Waga 4,820. Zalecono: herbatę, wlewianie soli kuchennej.

11. XI. Dziecko wygląda nieco lepiej; w wypróżnieniach niewielka ilość śluzu. Puls dobry. Maślanka 12×30.

12. IX, Ciepłota 40,2°. Cztery ciastowate wypróżnienia. Płuca, uszy bez zmian. Przyjmowanie pokarmu dobre. Jędrność wciąż jeszcze nader mierna. Waga 4,670. Maślanka 8×60.

18. IX. Ciepłota 39,2°. Wygląd niedobry. Ciemiączko zapadnięte; jędrność zła; przyjmowanie pokarmu złe, częste wymioty; wypróżnień 4. Zalecono: wlewianie soli kuchennej [200 ctm.], herbata.

14. IX. Wymioty ustały. Ciepłota 36,2°. Waga 4,750. Zalecono: wlewianie soli kuchennej [2×150], herbata, mączka 6×80.

15. IX. Wygląd ogólny lepszy; przyjmowanie pokarmu dobre; jędrność zła.

20. IX. Stan dobry; trzy ciastowate wypróżnienia; przyjmowanie pokarmu dobre. Waga 4,800. Zalecono: mączka 6×150.

29. IX. Stan dobry. Waga 5,200. Zalecono: mączka 900.

2. X. Waga 5,380. Wygląd ogólny bardzo dobry, jędrność dobra. — Wypisany.

Wszystkie podane wyżej przypadki stwierdzają na ogół te cechy maślanki, jakie przez większość klinicystów są jej przypisywane. Jest więc maślanka doskonałym środkiem dyetetycznym w bardzo wielu przypadkach ostrych zapaleń kiszek, nawet o objawach nader ciężkich. U wcześniaków zawsze znaleźć może zastosowanie, oczywiście tam tylko, gdzie niemowlęcia sposobem naturalnym karmić się nie udaje. Bardzo szerokie zastosowanie w naszych zwłaszcza warunkach, gdzie sztuczne karmienie nie jest jeszcze, na szczęście, tak bardzo rozpowszechnione, powinienby znaleźć ten pokarm, jako „*allaitement mixte*”.

Przy jego pomocy udałoby się może przeprowadzić karmienie dziecka przez matkę i w tych przypadkach, gdzie z różnych przyczyn pierś całkowicie niemowlęciu wystarczyć nie może. Przykładów „*allaitement mixte*” podać nie mogłem, gdyż w szpitalu prof. BAGINSKY'ego mamek dotychczas nie ma. Nie podałem również przypadków atrepsyi, gdyż ani jednego jej przykładu z zastosowaniem maślanki materiału klinicznego w danym okresie czasu mi nie dostarczył.

[D. n.].

IV. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego *).

Podał

Teodor Heiman.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w październiku 1907 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 49].

U dzieci starszych i u dorosłych objawy zapalenia opon gruczliczego są takie same, jak u dzieci małych, tylko okres przedwczesny i drgawki są rzadsze. Tętno i ciepłota mogą się tak zachować, jak przy ropniu mózgu. Szybko wzmagająca się utrata przytomności, bredzenie, wybitna sztywność karku i skrzyżowane zaburzenia ruchowe i czuciowe przemawiają więcej za zapaleniem opon, którego charakter zostaje określony przez badanie innych narządów i przez szczegółowo przeprowadzone wywiady. Jeżeli istnieje próchnienie kości jamy bębnekowej i jam sąsiednich, to rozwijające się zapalenie opon jest prawdopodobnie gruczlicze, jakkolwiek w tych warunkach rozwija się też ropień mózgu. Jeżeli u dziecka lub dorosłego powstają opisane objawy ogólne i miejscowe przy zdrowym narządzie słuchowym i przy objawach gruczlicy w innych narządach, można ropień mózgu stanowczo wykluczyć.

Złogi gruczlicze w mózgu prowadzą do ropnia mózgu gruczliczego w sposób opisany najlepiej przez VIRCHOW'a. Taki zółg umiejscawia się najchętniej między białą a szarą substancją mózgu. Gdy jego zawartość serowata mięknie, co się nie często zdarza, wytwarzają się w złogu małe jameczki; wypełnione mętnym serwatkowatym płynem. Dokoła takiego zółgu można niekiedy zauważyć warstwę ropną, lub też cała jego zawartość staje się ropną. Taki ropień łatwo przyjąć za ropień samoistny; odróżnia się zaś od niego większą lub mniejszą zawartością pałeczek gruczliczych. Objawy daje takie same, jak ropień mózgu niegruczliczy; obok niego znajdziemy atoli zmiany w płucach i innych narządach. Niekiedy zdarza się, że do czystego ropnia mózgu pochodzenia usznego przyłącza się gruczlica płuc. Przed laty spostrzegłem taki przypadek ropnia mózdzku. Ropnie mózgu gruczlicze powstają najczęściej skutkiem gruczlicy kości czaszkowych, ewent. kości skroniowych.

Zapalenie nagminne opon mózgowo-rdzeniowych trudno pomieszać z ropniem mózgu. Jeżeli przy istniejącem ropieniu z ucha rozwijają się objawy zapalenia opon z silnem bólem głowy, ściągnięciem głowy, nadczułością skóry, bredzeniem, sztywnością mięśni, bólem krzy-

*). W streszczeniu odczyt niniejszy wygłoszony został w sekcji otyatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)

za, bolesnością mięśni karku, wypryskiem wargowym i t. d., to, pomijając naturę zakaźną i nagminną choroby, powyższe objawy wystarczą najzupełniej do postawienia właściwego rozpoznania. O bolach krzyża przy ropniu mózdku wspomina OKADA.

Zakrzep zatok mózgowych a ropień mózgu. Zamiana tych dwu powikłań ropienia usznego rzadko się zdarza. W największej liczbie przypadków zakrzepowi zatok towarzyszy z początku ból głowy i wymioty. Ból głowy jest jużto rozlany, jużto ograniczony do połowy głowy po stronie ncha chorego; innym razem ból ogranicza się do ucha. W przypadkach, gdzie jednocześnie nie istnieje ropień mózgu lub zapalenie opon, umysł nie jest z początku zajęty; później utrata przytomności bywa różnego stopnia; zdarzają się wszelako przypadki ze znaczną utratą przytomności już od samego początku. Spostrzegałem wiele przypadków wybitnej ropniczo - posocznicy, gdzie badanie pośmiertne wykazało bardzo rozwinięte zapalenie ropne na podstawie mózgu; za życia zaś przytomność umysłu dopiero na kilka godzin przed śmiercią była nieco zamącona; pewien zaś stopień ogłuszenia zależał od sprawy zakaźnej. Bardzo częstymi objawami są: stępienie umysłu, lekkie zamącenie świadomości i ogólny upadek sił. Zapalenie nerwu wzrokowego napotyka się rzadko [LEUTERT, HANSEN]. Ma się przytrafiać częściej przy zajęciu zatoki jamistej. JANSEN uważa zapalenie nerwu wzrokowego przy zapaleniu zatok za ważny objaw rozpoznawczy. Najważniejszym objawem, odróżniającym zakażenie ropnicowe od ropnia mózgu, jest charakterystyczna gorączka ropnicowa z dreszczami wstrząsającymi i szybko podnosząca się i opadająca ciepłota [41,5°—36,2°] z silnymi potami. U dzieci dreszcze i poty mogą nie wystąpić, lecz nawet ciepłota wykazuje u nich nie zawsze krzywiznę ropnicową nawet przy istnieniu przerzutów. Częstość tętna jest odpowiednia do ciepłoty; gdy jednocześnie istnieje zakażenie posocznicowe, tętno jest przyśpieszone nawet w czasie apyrekty. W rzadkich przypadkach spostrzegano też zwolnienie tętna do 42 [KESSEL]. Ropnie mózgowie przerzutowe są zwykle w znacznej liczbie; może wszelako istnieć jeden tylko ropień i dający się operować. Przy sprawach usznych ropnie przerzutowe są najczęściej obwodowe, t. j. w stawach, tkance łącznej podskórnej i w mięśniach; rzadziej przytrafiają się w płucach; najrzadziej w innych narządach.

Z objawów zewnętrznych, znamiennej dla zapalenia zatok, są obrażenia nerwów, przechodzących przez dziurę szyjną [nerw błędny, dodatkowy, językowo-gardłowy], i nerwu podjęzykowego. Tu należą obrzęki bolesne u tylnego brzegu wyrostka sutkowego, obrzęk powiek przy zajęciu zatoki jamistej; mniejsze napełnienie żył czołowych po stronie chorej i nierówne napełnienie żył szyjnych zewnętrznych. Czasem daje się wyczuć twardy, bolesny sznurak żyły, wypełnionej zakrzepem i sąsiedniej nasiąkniętej tkanki łącznej. Ruchy głowy ku stronie zdrowej i obroty jej są bolesne. Chrypka, bezgłos i trudność oddychania są częste. Występują też drgawki w zakresie nerwu dodatkowego, porażenie polykania [BECK], bezwład mięśni podniebiennych, bolesne obrzmienie karku i głębokie ropnie tej okolicy. Zatkanie zatoki jamistej objawia się przez zastoje w zakresie żył ocznych i w obrażeniu jedne-

go lub kilka nerwów, będących w zetknięciu z zatoką jamistą. Wysoka, stała gorączka, słabe przyśpieszone tętno, zaburzenia umysłu, wyraźny upadek sił stanowią objawy zatrucia posoczniczowego.

U dzieci przebiega niekiedy niepowikłane zapalenie zatok wśród tak zwanych objawów zapalenia opon i w podobnych przypadkach nie daje się rozpoznać. Przekłucie łądźwiowe może rozjaśnić do pewnego stopnia właściwą sprawę chorobną.

Gdy zakrzep zatoki wikła się z ropniem mózgu, lub jeśli jeszcze oprócz tego istnieje zapalenie opon, wtedy objawy zakażenia ogólnego tak są wybitne, że objawy innych powikłań zostają do pewnego stopnia zamaskowane. W wielu takich przypadkach ropień jest mały i rozwija się dopiero po zakrzepie [MACEWEN].

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 —

106. Lesser. Leczenie syfilisu w świetle nowych wyników badań

Dwa kolosalne odkrycia, dokonane ostatnimi czasy w dziedzinie syfilisu, mianowicie możliwość szczepienia syfilisu małpom [MIECZNIKOW i ROUX] i wykrycie swoistego zarazka [SCHAUDINN i HOFFMANN], wpłynęły i na zmianę poglądu na leczenie syfilisu.

Jak wiadomo, już od dawien dawna było kwestyą sporną, czy należy wycinać pierwotne owrzodzenie, innymi słowami—czy przez wycięcie pierwotnego owrzodzenia możemy uchronić ustrój od ogólnego zakażenia? Ale na pytanie to nie można było odpowiedzieć przed wykryciem krętków, gdyż na mocy pierwotnego owrzodzenia nie można było zrobić pewnego rozpoznania. Jakże obecnie zapatrują się na tę kwestyę? Co prawda, badania histologiczne wykazały, że po zarażeniu krętka bardzo prędko dostają się do ścian naczyń, a NEISSER, wycinając pierwotne owrzodzenie u małp już w kilka godzin po zarażeniu, w 50% przypadków widział objawy wtórne.

Ale nie należy zapominać, że warunki, w których małpa zaraża się syfilisem, znacznie różnią się od takichże u człowieka, czyli że i wniosków z poświadczeń nad małpami nie powinniśmy bezpośrednio przenieść na człowieka. LESSER jest zdania, że pierwotne owrzodzenie syfilistyczne należy czem prędzej wyciąć, gdyż w ten sposób usuwamy jeżeli nie wszystkie pasorzyty, to przynajmniej sporą ich liczbę. Następnie należy rozwiązać drugie pytanie: jak należy postępować z chorym po wycięciu pierwotnego owrzodzenia? Dawniej, rozumie się, nie będąc w stanie zrobić rozpoznania na mocy pierwotnego objawu, wstrzymywano się z ogólnym leczeniem do wystąpienia objawów wtórnych. Ale i obecnie wielu syfilidologów utrzymuje, że z ogólnym leczeniem należy wstrzymać się do wystąpienia objawów, gdyż wtedy na ustrój, przesycony jadem syfilistycznym, najlepiej działa rtęć. Ale założenie ich jest mylne, gdyż jad syfilistyczny bardzo wczesnie dostaje się do krwi [doświadczenia HOFFMANN'a na małpach], a na objawy wtórne należy zapatrywać się jako na przerzuty, które zatrzymują się w pewnych miejscach. Pasorzyty w tych miejscach rozmnażają się, a przez reagowanie na nie tkanek

powstają grudki, różyczki i t. d. A zatem po rozpoznaniu syfilisu należy natychmiast przystąpić do leczenia ogólnego. Ale do wyleczenia syfilisu nie wystarczy jednokrotnego leczenia. Jak wiadomo, nawroty syfilisu objaśniamy w ten sposób, że pasorzyty syfilisu, dostawszy się w pewne miejsce, przechodzą na niejaki czas w stan spoczynku, aby później znowu rozmnożyć się i dać nawroty choroby. I rzeczywiście, często widzimy, że nawroty umiejscawiają się u brzegów pierwotnie chorych miejsc, naokoło plam leukodermatycznych, na miejscach, na których pozostało zabarwienie po przebytej wysypce i t. d. Obecnie, dzięki wykryciu krętków, wiemy również, że tak zwane trzociorzędne objawy także zależą od krętków. Otóż zadaniem leczenia syfilisu—zniszczyć o ile się da wszystkie zadatki syfilisu, co możliwym jest tylko przy długotrwałym leczeniu, gdyż, jak doświadczenie nauczyło, po pierwszej kuracji następuje tylko pozorne wyleczenie, t. j. udało się zniszczyć tylko pewną liczbę pasorzytów, pozostałe zaś tylko chwilowo są nieczynne, a zatem kuracja rtęciowa powinna być stosowana przez kilka lat, rozumie się, z przerwami. Nareszcie należy rozwiązać następujące pytanie: czy rtęć, na którą dotychczas zapatrywano się jako na najskuteczniejszy środek w syfilisie, rzeczywiście zabija jad syfilityczny, *resp.* krętki? Po zastrzyknięciu rtęci często spostrzegamy zaożnienie wysypki—tak zwany odczyn HERXHEIMER'a. [HALMANN objaśnia to w ten sposób, że endotoksyny krętków, które [krętki] giną pod wpływem rtęci, od razu stają się wolne i to w dużej ilości i wywołują ten żywy odczyn; LESSER przy stosowaniu rtęci zauważył inny objaw, mianowicie podniesienie ciepłoty; objaw ten w obserwowanych przez niego przypadkach niczem innym nie dał się objaśnić, jak reagowaniem ustroju na pewne toksyny, które uwalniają się z krętków. Nie ulega wątpliwości, że rtęć niszczy jad syfilityczny, *resp.* krętki, tak że przy częstem stosowaniu rtęci może się nam udać zniszczyć stopniowo wszystkie zarodki syfilisu. Niestety, doświadczenie uczy, że, pomimo najenergiczniejszego leczenia, nieraz następują nawroty. Przeto już od dawien dawna szukano środka lepszego od rtęci, ale jak dotychczas bez skutku. Ostatnimi czasy w leczeniu syfilisu zaczęto stosować atoxył. UHLENBECK, który pierwszy zastosował ten środek, wyszedł z tego założenia, że atoxył działa skutecznie na różnego rodzaju choroby [śpiączka, durina] zależne od pasorzytów, t. zw. tripanozom, a ponieważ krętek blady należy również do tripanozom, przeto i atoxył powinien działać skutecznie w syfilisie.

LESSER stosował atoxył w 28-u przypadkach syfilisu, dając na dawkę 5.0 10% go roztworu atoxyłu co 2-gi dzień, pod koniec leczenia co 3-ci dzień, przyczem w sumie nie dawał więcej od 6.2 atoxyłu. We wszystkich bez wyjątku przypadkach, a były między nimi i bardzo ciężkie, objawy syfilisu przy tem leczeniu bardzo prędko znikaly. Prócz ogólnego leczenia atoxyłem LESSER w kilku przypadkach zastrzykiwał atoxył pod owrzodzenie i penzlował roztworem atoxyłu. Co się tyczy długotrwałości skutków leczenia atoxyłem, to dotychczas nic się nie da powiedzieć o trzech przypadkach LESSER'a; nawroty nastąpiły już w kilka tygodni po zastrzyknięciu. Następnie należy pamiętać, że atoxył nie należy do obojętnych środków dla ustroju: na 28 przypadków autora, tylko w 13-u LESSER nie widział żadnych objawów ubocznych. Pozostali chorzy uskarżali się na różne dolegliwości: ból brzucha, wymioty, rozwolnienie, zawroty głowy i t. d. W jednym nawet przypadku wystąpiło zapalenie nerek, w innym znów zapalenie pęcherza moczowego. Zna ny jest również przypadek BORNEMANN'a—ślepoty po atoxyłu;—co prawda w danym przypadku użyto 27.0 atoxyłu. Jak wykazały badania SCHILD'a i BORNEMANN'a, atoxył dość prędko wchłania się do ustroju [arszenik wykrywali w moczu na drugi dzień po zastrzyknięciu], a wydziela się powoli. SCHILD znajdował arszenik w 7 dni po ostatniem wstrzyknięciu, BORNEMANN,

stosując większe dawki atoxyłu, znajdował ślady arszeniku w moczu jeszcze w półtora miesiąca po ostatnim zastrzyknięciu. Wogóle na mocy dotychczasowego doświadczenia nad atoxyłem, nie możemy jeszcze wydać pewnego sądu o działaniu i skuteczności jego.

(*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1907, № 27.).

Springer.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 28-go Września 1907 r.

1) T. ŁAPIŃSKI przedstawił przypadek manii przewlekłej.

Chory, lat 30, b. student, obarczony pod względem neuropatycznym, od r. 1900 uważa się, jak to szczegółowo opisał w pamiętniku, za coś wyższego od innych, wypowiada mnóstwo najrozmaitszych projektów, marzy o sławie autorskiej, wykazuje przyspieszony bieg myśli. W końcu r. 1902 został oddany do szpitala Św. Jana Bożego w stanie silnego podniecenia z wybitnymi ideami wielkości, maniami i złudzeniami. Po paru miesiącach został wypisany. W r. 1907 z temiż samymi objawami znowu został oddany do szpitala. Z wyjątkiem okresów silnego podniecenia B. uświadamia sobie, iż jest ciężko chory, chwilami nie wierzy w swe wyzdrowienie, lecz pesymizm jego trwa b. krótko i nie przechodzi granic zdrowia.

Ł. wyklucza w danym przypadku wobec nieistnienia okresu przygnębienia t. zw. *manisch-depressives Irresein*, a wobec braku objawów otępienia wyklucza *dementia praecox* lub *paranoia chronica*; brak zaburzeń mowy i objawów patologicznych ze strony żrenic każe wykluczyć *paralysis progressiva juvenilis*. Wobec tego mówca zatrzymuje się na manii przewlekłej.

W dyskusyi FLATAJ i WIZEL przemawiali za rozpoznaniem *manisch-depressives Irresein* w rozumieniu KRAEPILIN'a, przytem ze specjalną rzadką jej postacią, t. zw. manią konstytucyjną, ciągnącą się od dzieciństwa.

HIGIER podnosił możliwość *hebephreniae*.

PRĘGOWSKI podkreślił małą odwracalność uwagi u chorego, co, jak wiadomo, stanowi typowy objaw stanu maniakalnego.

2) BYCHOWSKI przedstawił przypadek astereognozy.

Chora, lat 60, skarży się, że nie potrafi nic utrzymać w palcach lewej ręki. Choroba rozpoczęła się przed rokiem drętwieniem w palcach lewej ręki. Badanie przedmiotowe wykazuje wyłącznie niewielkie osłabienie czucia dotykowego i bolowego na dwu ostatnich członkach pierwszych trzech palców. Kreski, koła, kreślone na lewej dłoni, chora rozpoznaje prawidłowo, natomiast nie rozpoznaje zupełnie konturów przedmiotów. B. zalicza ten przypadek do t. zw. astereognozy, aczkolwiek istnieje nieznaczące przytępienie czucia doty-

kowego, a wobec braku odpowiedniości pomiędzy zaburzeniami czucia dotykowego lub stawowego a astereognozją, przyjmuje dla tego ostatniego cierpienia, zgodnie z poglądami WERNICKE'go, osobny ośrodek, umiejscowiony najprawdopodobniej w *gyrus supramarginalis*.

W dyskusyi STERLING zwracał uwagę na potrzebę badań wszystkich rodzajów czucia, a więc i barestezyi [zdolności rozpoznawania ciężarów].

FLATAU i BREGMAN są zdania, że tak niewielkie zaburzenia czucia dotykowego upoważniają do rozpoznania t. zw. *Tastlähmung* WERNICKE'go.

HIGIER mówił o zaburzeniach stereognostycznych przy zapaleniu nerwów.

3) STEFAN ROZENTAL mówił o rozpoznawaniu anatomicznem psychoz organicznych i demonstrował odpowiednie preparaty mikroskopowe.

Mówca podkreślał, iż przy *paralysis progressiva* widzimy w całej korze rozpad pierwotny elementów nerwowych; natomiast zjawia się bujanie neuroglii, której komórki (*Trabanzellen* i *Gliafasern* NISSL'a) zbliżają się do rozpadających się elementów nerwowych i jako „neurofagi“ podług MARI-NESCO'a przejmują produkty ich rozpadu. Przy pomocy t. zw. nóżek glii (*Gliafüsschen*) WEIGERT'a produkty te zostają odprowadzone do ścian naczyń; tam działają drażniąco i wywołują nacieczenie przestrzeni chłonnych VIRCHOW-ROBIN'a komórkami plazmatycznymi. Jednocześnie komórki łącznotkankowe *adventitiae* naczyń wrastają w osłabioną tkankę nerwową i tam występują jako komórki pałączkowate. Bezwład postępujący jest więc sprawą zwyrodniającą, a nacieczenia naczyń są zjawiskiem wtórnem. Syfalis mózgu natomiast jest sprawą wyłącznie zapalną. T. zw. *meningo-encephalitis luetica* zaczyna się od nacieczenia zapalnego opon przez limfocyty. Ta sama sprawa przechodzi na naczynia kory; cierpią wtedy elementy nerwowe, glia buja, następnie się rozpada, dając obraz rozmięknienia. Produkty rozpadu zostają usuwane przez t. zw. *Gitterzellen*, pochodzące z błony zewnętrznej naczyń. Łukę wypełnia tkanka łączna. Te same zjawiska ogniskowe przedstawia t. zw. *dementia arterio-sclerotica*.

4) BEEGMAN objaśniał przypadek choroby FRIEDREICH'a.

Chora, lat 23, nieobarczona, od 8-go roku życia po przebyciu odry i szkarlatyny zaczęła doznawać drżenia rąk, osłabienia nóg i zaburzenia mowy. Cierpienie to wciąż się potęgowało. Obecnie u chorej stwierdzić można: chód z charakterem niedowładu i bezładu; objaw ROMBERG'a, dość znaczny niedowład kończyn dolnych, słabszy kończyn górnych, wyraźny bezład i drżenie rąk, drżenie głowy, języka. W niektórych mięśniach przy wysiłku powstaje skurez toniczny. Czucie zachowane. Mowa drżąca, zamazana. Mówca wyklucza stwardnienie wielogniskowe [wobec braku odruchów ścięgnowych, a zachowania brzusznych, wobec braku zaniku nerwów ocznych], dalej wyklucza wiał rdzenia [normalne źrenice], a rozpoznaje typową chorobę FRIEDREICH'a.

W dyskusyi BIRÓ podkreślał rolę dziedziczności w chorobie FRIEDREICH'a i znaczenie etyologiczne chorób zakaźnych.

HIGIER podniósł szybki rozwój choroby w danym przypadku.

KOPCZYŃSKI St. podkreślał wczesne wystąpienie niedowładu kończyn dolnych, upatrując w tem potwierdzenie poglądu na chorobę FRIEDREICH'a, jako na cierpienie przeważnie słupów boczno-tylnych w mleczu pacierzowym.

5) STERLING przedstawił przypadek a k r o m e g a l i i.

Chora, lat 33, cierpi od roku na bole w okolicy lewej czołowej i na drętwienie palców u rąk. W ostatnich czasach zauważyła wybitne zgrubienie dłoni i stóp. Brak danych dziedzicznie neuropatycznych. Badanie przedmiotowe wykazało wybitnie powiększoną czaszkę bez guzowatości, zgrubiałe łuki licowe i oczodołowe. Nos wybitnie powiększony, zgrubiały, wydłużony w części miękkiej. Dolna szczęka znacznie powiększona wszcz. Powieki górne zgrubiałe, wyglądają jak gdyby spuchnięte. *Nystagmus oscillatorius*. Powiększenie warg, a zwłaszcza widoczne powiększenie i zgrubienie języka. Wybitne powiększenie obu dłoni i palców obu stóp we wszystkich wymiarach. Nadmiernie obfity rozwój tkanki tłuszczowej podskórnej zwłaszcza na pośladkach, na przedniej i tylnej powierzchni ud i na łydkach. Pole widzenia normalne. Oftalmoskop zmian nie wykazuje.

6) KOELICHEN przedstawił przypadek podostrawego zapalenia rogów przednich.

Chory, lat 64, stróż, od kilku miesięcy zauważył chudnięcie i osłabienie siły mięśniowej w obu pasach barkowych. Przedmiotowo stwierdzić można u chorego: porażenie i zanik mięśni pasa barkowego, a w mniejszym stopniu przedramion i dłoni. W mięśniach, uległych zanikowi, widać drgania włókienkowe i stwierdzić można w niektórych z nich zupełny odczyn zwyrodnienia. Odruchy ścięgnowe mięśnia dwu- i trójgłowego słabe. Mówca przypuszcza, że mamy tu do czynienia z podostrawym zapaleniem rogów przednich, cierpieniem, spotykanem u osób dorosłych dość rzadko.

7) KOPCZYŃSKI ST. przedstawił dwa przypadki postępującego połowiczego zaniku twarzy (*hemiatrophia faciei progressiva*).

a) Małyda B., lat 13, od dwu lat, jak podaje matka, cierpi na schnięcie lewej połowy twarzy, głównie górnej części. Choroba rozpoczęła się od zagłębień na lewej połowie czoła. Obecnie stwierdzić można: na czole bezpośrednio przy linii środkowej po stronie lewej podłużne wgłębienie w kości czołowej, szerokości $1\frac{1}{2}$ ctm., drugie podobnie równoległe obok. Brak włosów na czaszce w górnej części pierwszego wgłębienia. Brak włosów na wewnętrznej połowie lewej brwi. Skóra na lewej połowie czoła, na lewym skrzydle nosa cienka, zwiotczała, mocno pomarszczona, w wielu miejscach pozbawiona barwika. Tkanka tłuszczowa podskórna i mięśnie mocno zwiotczałe.

b) Rozalia K., lat 34. Od dziesiątego roku życia zauważyła schnięcie prawej połowy twarzy, które stopniowo potęgowało się; w ostatnich czasach wstrzymało się. Przedmiotowo stwierdzić można: na czole po prawej stronie tuż przy linii środkowej podłużną brózdę. Skóra na tej brózdzie i na całej prawej połowie czoła zwiotczała, cienka, mocno pomarszczona, brunatna. Również zanik skóry, tkanki podskórnej, mięśni widać na całej górnej prawej połowie twarzy, w okolicy *fossa canina*, łuku licowego i skrzydła nosa.

Mówca rozpatruje te dwa przypadki łącznie z trzecim przez niego demonstrowanym uprzednio, podkreśla występowanie tego cierpienia przeważnie u kobiet, brak objawów ze strony nerwu sympatycznego i trójdzielnego, twierdzi, iż chodzi tu o jakieś zboczenie rozwojowe.

Stanisław Kopczyński.

ODCINEK.

Organizacya walki z rakiem*).

Opracował

Mikołaj Rejchman.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Wobec powyższych danych widzimy, jak słabe są nasze siły do walki z rakiem. Pomocy naukowej, jakiej wszędzie dostarczają uniwersytety, w całym kraju, z wyjątkiem Krakowa i Lwowa, nie znajdziemy; rząd nam pieniędzy nie da; ofiarność zaś publiczna jest już obecnie nieszczęśliwym położeniem kraju w ostatnich czasach zupełnie wyczerpana. Tem niemniej, żeby się nie wyłączać z grona narodów ucywilizowanych, i żeby też w miarę możliwości wnieść choć małą cegiełkę do budującego się gmachu, powinniśmy starać się coś na tem polu zrobić, a przynajmniej cośkolwiek do przyszłej roboty przygotować. Nie mając odpowiednich środków pieniężnych, musimy ze zdwojoną energią i z całą sumiennością zabrać się do pracy, t. j. musimy indywidualnem i zbiorowem ofiarowaniem pracy zastąpić brak środków pieniężnych. Miejmy nadzieję, że w przyszłości uzna rząd naszą pracę za niezbędną i pożyteczną i że będzie w stanie ułatwić nam ją udzieleniem potrzebnych środków pieniężnych. Może też w naszym kraju, w którym przed 300-u już laty założono pierwszy na świecie szpital dla rakowych, w którym mnóstwo szkół i instytucji kulturalnych i dobroczynnych utrzymuje się z ofiarności społeczeństwa, znajdzie się filantrop, który nam ułatwi nasze zadanie i da nam możliwość postawienia naszej instytucji na pożądaną wysokość. Tymczasem zaś musimy zrezygnować ze wspaniałe urządzonej instytucji, musimy zrezygnować z dobrze uposażonych specjalnie dla chorych dotkniętych rakiem przeznaczonych szpitali, musimy obejść się bez specjalnie wyćwiczonych w danym przedmiocie i dobrze wynagradzanych naukowych pracowników, a powinniśmy szukać pomocy w naszych skromnych oddziałach szpitalnych, w przytułku dla nieuleczalnych i w pracowniach założonych i utrzymywanych kosztem prywatnym. Musimy się tem pocieszać i w tem zachęcić do naszej pracy znajdując, że nieraz, jak to wykazuje historia medycyny, bardzo ważne odkrycia i wynalazki zostały dokonane w zwykłych oddziałach szpitalnych i w bardzo skromnych pracowniach. Powinniśmy więc w naszych warunkach liczyć tylko na nasze, przedewszystkiem lekarskie siły i tak się zorganizować, żeby brak środków materialnych, przynajmniej na razie, nie stawał na przeszkodzie do osiągnięcia umiarkowanych chociażby wyników.

W tym celu postanowiliśmy rozdzielić całą naszą pracę na szczegółowe działy i zaprosić ludzi dobrej woli, a znanej nauki i energii do zajęcia się osobście i przy pomocy innych kolegów każdym poszczególnym działem. W ten sposób powinna też być zorganizowana praca we wszystkich komitetach dziel-

*) Rzecz czytana na posiedzeniu Polskiego Komitetu badania i zwalczania raka w dniu 6-go listopada 1907 r.

nicowych, jakie mają być zawiązane w głównych miastach wszystkich ziem polskich. Zaproszeni pracownicy wszystkich poszczególnych działów mają nam, co pewien czas, na naszych posiedzeniach zdawać sprawę z wyników prac swoich lub pod swym kierunkiem wykonanych, jako też donosić o wynikach pokrewnych prac, dokonanych w instytutach i w szpitalach zagranicznych. Za pierwszy i najważniejszy dział ogólnej naszej pracy poczytujemy badania nad naturą, rozwojem, sposobem powstawania i szerzenia się, jako też nad przeszczepialnością zw. zaraźliwością raka, tudzież badania nad wpływem rozmaitych środków na zapobieganie i na rozwój tej choroby. Drugi, niemniej ważny dział stanowią badania nad leczeniem raka, nie tylko środkami wewnętrznymi, ale i metodami fizykalnymi i chirurgicznymi. Dalej postanowiliśmy już w roku ubiegłym wydać praktyczny podręcznik dla lekarzy do rozpoznawania raka różnych narządów. Prócz tego mamy zamiar poprosić jednego z kolegów o zbieranie wszystkich ogłaszanych prac i dzieł, mających za przedmiot badanie i leczenie raka, w celu utworzenia specjalnej biblioteki. Nakoniec prezydium naszego Komitetu wzięło na siebie zadanie zebrania wszechstronnej, a możliwie dokładnej statystyki. Uznając nadzwyczajną ważność poszukiwań statystycznych dla dokładnego poznania liczby osób zapadających u nas w kraju na raka, dla wykrycia przyczyn powstawania i sposobów szerzenia się tej choroby, uprzytomniamy sobie całą trudność w wykonaniu tego zadania i pragniemy wprowadzić takie ulepszenia, któreby dać mogły pewniejsze i dokładniejsze wyniki, niż dały dotychczas stosowane metody.

Jeżeli zebranie danych statystycznych o chorych na rozmaite inne choroby należy do bardzo trudnych zadań, to tem bardziej trudnem jest zadanie zebrania dokładnych statystycznych danych o chorych dotkniętych rakiem. Składa się na to bardzo wiele przyczyn, leżących przedewszystkiem w samej naturze tego przedmiotu. Trudność rozpoznania, szczególnie w pierwszych okresach raków narządów wewnętrznych; długotrwałość i nieuleczalność choroby, a jako skutek tychże zasięganie porady przez jednego i tego samego chorego u bardzo wielu lekarzy; mała stosunkowo liczba chorych szukających porady w szpitalach, a jeszcze mniejsza w szpitalach zmarłych—oto główne przyczyny trudności w zbieraniu danych statystycznych o chorych na raka. Nie lepsze też wyniki statystyczne u nas dać może registracya zgonów osób chorych na raka, z tego mianowicie powodu, że w szpitalach chorych takich umiera, stosunkowo do ogólnej liczby chorych na raka w całym kraju, bardzo niewielka liczba, a poświadczenia zgonów poza szpitalami są zazwyczaj bardzo niedokładne, niezawsze sporządzane przez lekarza, który zmarłego za życia obserwował, a najczęściej brak jest zupełny takich poświadczeń, mianowicie w mniejszych miastach i po wsiach. Wobec wyżej powiedzianego widzimy, że pozostaje nam jedyny sposób zbierania danych statystycznych, mianowicie sposób podawania danych z obserwacji chorych, zarówno szpitalnych, jak i praktyki prywatnej. Sposób ten nie może dostarczać zupełnie pewnych danych, ale jest obecnie najlepszym ze wszystkich innych, jakie w danych warunkach zastosować się dają. Ten sposób został zastosowany, jakśmy to powyżej widzieli, w kilku krajach europejskich, które w tym celu urządziły spisy jednodniowe wszystkich chorych na raka. U nas spis taki, jak wiadomo, przed 3-ma prawie laty urządzili SERKOWSKI i MAYBAUM.

Takie spisy jednodniowe mają jednakże swoje złe strony. Wszyscy lekarze, biorący udział w takim spisie jednodniowym, mogą do spisu włączać nie tylko tych chorych na raka, którzy w tym dniu po raz pierwszy do nich się zgłaszają, ale i tych, których od dłuższego czasu obserwują. I jedno i drugie z konieczności musi wprowadzić do statystyki liczne błędy. Najpierw bowiem, jest często niemożliwością rozpoznanie raka narządów wewnętrznych

po jednorazowym zbadaniu chorego, a powtórnie, ci chorzy, którzy dłuższy czas są obserwowani przez danego lekarza, zasięgają niewątpliwie porady i u innych lekarzy, skutkiem czego jeden i ten sam chory może być podany do statystyki spisu jednodniowego przez kilku naraz lekarzy.

Dla uniknięcia tych błędów, postanowiliśmy w inny sposób przystąpić do zbierania danych statystycznych chorych na raka i projekt nasz przedstawiamy do dyskusji członkom naszego Komitetu. Niewątpliwie projekt ten jest trudniejszy do wykonania, niż spis jednodniowy, ale przy dobrej woli lekarzy da się w czyn wprowadzić, a powinien przynieść daleko dokładniejsze i wszechstronniejsze wyniki, niż spis jednodniowy. Na dwóch głównie zasadach polega wartość tego projektu. Pierwsza zasada jest ta, że raka, a szczególnie raka narządów wewnętrznych, w zwykłych warunkach praktyki, rozpoznąć można dokładnie dopiero wtedy, gdy choroba zupełnie się rozwinie, gdy wystąpi charakterystyczny obraz tej choroby. Następuje to zazwyczaj po upływie 3—4 miesięcy od zjawienia się pierwszych objawów choroby. Niewątpliwie bywają z jednej strony przypadki bardziej prędkiego, rzec można, gwałtownego rozwoju raka narządów wewnętrznych, prowadzącego do śmierci nawet w znacznie krótszym okresie czasu, jak znowu z drugiej strony bywają przypadki bardzo powolnego rozwoju raka, w których nawet po kilkunastu miesiącach nie ma jeszcze objawów charakterystycznych. Ale są to rzeczy wyjątkowe, niezbyt wielkie błędy do statystyki wprowadzić mogące. Tak więc za pierwszą zasadę projektu uważamy, żeby lekarze podawali do statystyki tylko tych chorych, u których choroba, rakiem zwana, trwa przynajmniej 4 miesiące.

Druga główna zasada projektu polega na tem, że mają być podawane przez lekarzy całkowite imiona i nazwiska chorych, tudzież sporządzane szczegółowe opisy objawów choroby. Jest to niezbędne z dwu względów: najpierw dlatego, żeby jedna i ta sama chora osoba nie dostawała się kilka razy do tej samej statystyki i powtórnie dlatego, żeby z opisu można się było upewnić, że rozpoznanie było zgodne z rzeczywistością.

W następującej tablicy znajdują się bliższe szczegóły omawianego projektu statystyki:

ZASADY GŁÓWNE.

- a) Posyłać dane statystyczne do Komitetu co 6 miesięcy, mianowicie w końcu lipca i w końcu grudnia.
- b) Podawać do statystyki tylko te przypadki, w których choroba trwa przynajmniej 4 miesiące.
- c) W razie wątpliwości w kwestyi rozpoznania, przysyłać chorych do Komitetu centralnego w Warszawie, lub do najbliższego Komitetu dzielnicowego, gdzie rozpoznania dokona się bezpłatnie.

DANE STATYSTYCZNE.

1. Imię i nazwisko chorego.
2. Płeć.
3. Wiek.
4. Rasa.
5. Miejsce zamieszkania [gubernia, powiat, miasto, ulica, osada, wieś, opis topograficzny i higieniczny domu, w którym chory mieszka].
6. Gdzie chory mieszkał przez ostatnich 5 lat?
7. Warunki bytu [zajęcie, odżywianie się i t. p.].
8. Anamneza, odnosząca się tylko do będącej przedmiotem niniejszego opisu choroby.
9. Czy rodzice lub krewni nie chorowali na raka?

10. Czy w najbliższej rodzinie, lub pomiędzy domownikami nie było chorych na raka?

11. Czy w domu, w którym chory mieszka, niema lub nie było chorych na raka?

12. Symptomatologia.

13. Pierwotne umiejscowienie raka.

14. Przebieg choroby.

15. Czy są przerzuty i w jakich narządach?

16. Czas trwania od początku choroby.

17. Czy była robiona operacja?

18. Stan zdrowia po operacji.

19. Czy nastąpił nawrót po operacji i w jakim czasie?

20. Uwagi [przypuszczalna przyczyna raka, częstość zachorowań na raka w danej miejscowości i t. p.].

Teraz musimy się zastanowić nad tem, jakim sposobem, według przedstawionego projektu, dałyby się zbierać dane statystyczne. Przedewszystkiem liczyć musimy na zrozumienie wielkiej ważności tej sprawy, na dobrą wolę i przejęcie się poczuciem obowiązku obywatelskiego naszych lekarzy szpitalnych i lekarzy praktyków. Następnie trzeba będzie kraj cały podzielić na okręgi z jednakowem mniej więcej zaludnieniem i w każdym okręgu mieć członka korespondenta Komitetu, któryby podjął się zadania rozsyłania schematów statystycznych do wszystkich praktykujących w danym okręgu lekarzy, przypilnowania dokładnego wypełniania schematów, zbierania ich i odsyłania do najbliższego Komitetu. Nakoniec w Komitecie centr. w Warszawie trzeba będzie urządzić specjalne biuro do zbierania schematów statystycznych z całego kraju, do korespondowania z członkami prowincjonalnymi, do segregowania schematów, do wykluczania tych schematów, które się odnoszą do jednego i tego samego chorego i wreszcie do opracowania całkowitego obrazu statystycznego z dostarczonego materiału.

Nie możemy się tutaj zajmować kreśleniem planu badań dla innych działów ogólnego naszego zadania, musimy to zostawić kierownikom poszczególnych działów. Każdy z tych kierowników, dokładnie obeznany z przedmiotem, najlepiej będzie wiedział, czem powinien się zająć i do jakiego celu dążyć.

Mam nadzieję, że praca nasza nie będzie bezowocna i jeżeli nie potrafimy dojść samodzielnie do ostatecznego celu, to przynajmniej będziemy pomocą dla tych, którzy w szczęśliwszych, niż my, pracują warunkach.

Wiadomości bieżące.

— Świeżo powstała przy Towarzystwie Hygienicznem Sekcja przeciwrakowa pod przewodnictwem kol. M. RECHMANA przystąpiła do pracy. Na ostatniem posiedzeniu grudniowem kol. DYONIZY HELLIN mówił o raku i jego leczeniu. Praca ta ukaże się w Gazecie Lekarskiej. W przemówieniu kol. H. zaznaczył, że praca, rządząca rozwojem komórek raka, nie różni się od praw, rządzących rozwojem komórek normalnych. Dla rozwoju raka niezbędne zatem są: obfitość odżywiania, wody, wyższa temperatura, zmienione ciśnienie osmotyczne—wszystko w zależności od podrażnienia chronicznego. Komórki rakowate można określić jako komórki odróżniczowane, neoteniczne, poronne; zgodnie z tem; 1) Liczba komór-

rek rakowatych w miarę wzrostu raka stosunkowo coraz bardziej się zwiększa. 2) Tempo wzrostu komórek staje się szybsze, okres aż do pierwszego dzielenia się komórek staje się coraz krótszy. 3) Rozmiar komórek coraz bardziej się zmniejsza. 4) Długość życia komórek jest coraz krótsza. 5) Stoją one i pod względem czynnościowym i pod względem anatomicznym na coraz niższym stopniu.

Odróżniczkowanie komórek w raku nie jest jednak czemś odrębnym, zdarza się ono i przy wielu innych zjawiskach patologicznych, np. przy przeszadaniu narządów, przy zaniku tkanek, odradzaniu się ich, zabliznieniu, zapaleniu, przy niedokrwistości postępowej [choroby, która właściwie jest rakiem krwi], a nawet w normalnym rozwoju gruczołu tarczycowego, w ciałku żółtem, w błonie doczesnej i t. d.

Zależność rozwoju raka od zdolności rozmnażania się komórek jest przyczyną, że z komórek zwojowych i z komórek mięśni poprzecznie prążkowatych, rak nigdy rozwinąć się nie może.

Powstawanie raka w wieku późniejszym nie polega, jak twierdził THIBERSCH, na zanikaniu tkanki łącznej, lecz na zmianach w warunkach odżywiania.

Powstawanie raka po rentgenizacji jest najlepszym dowodem, że rak powstaje na tle podrażnienia chronicznego i jednocześnie, że bakterye bynajmniej nie są tu niezbędne; z drugiej zaś strony—że dostateczne jest kilkuniesięczne działanie podrażnienia, by rak się rozwinął.

Podany w literaturze szereg przypadków znikania raka bez wszelkiej interwencji postronnej, lub po większych zabiegach na innych częściach ciała np. po gastroenterostomii, laparotomii, róży i t. d., dowodzi uleczałości raka.

Nowotwory złośliwe dlatego tylko nie przechodzą w łagodne, że komórki w nich zbyt szybko się rozmnażają i nie mają wskutek tego czasu na osiągnięcie wyższego stopnia rozwoju. Dowodem możliwości zamiany nowotworów złośliwych na łagodne, są rezultaty, otrzymane przez ENRICHA przy przeszczepianiu raków u myszy.

Leczenie raka z punktu biologicznego polegać musi na przedłużeniu życia komórek jego. Osiągnąć hierarchicznie wyższy stopień rozwoju komórek, wstrzymujący jako taki rozwój raka, można: 1) przez zmianę tych warunków, które wywołują szybkie rozmnażanie się, jak oto: nadmiar odżywiania, nadmiar wody, chroniczne podrażnienie, podwyższenie temperatury, przez zmianę ciśnienia osmotycznego i stosowanie bardzo słabych kwasów; 2) przez stosowanie wielorakich zabiegów na innych częściach ciała; 3) przez szczepienie komórek o większej jeszcze sile rozmnażania się, aniżeli siła rozmnażania się komórek rakowych; 4) przez naśladowanie procesów, wywołujących przy raku samoistnie wzrost tkanki łącznej; 5) przez stosowanie rozmaitych surowic; 6) przez wstrzykiwanie swoistych ciał białkowych, zawartych w tkance mózgowej, łącznie z lecytyną i choliną.

Gdy kiedyś powstaną organizmy, które, zgodnie ze zmniejszaniem się odradzania równoległe do wzrastania dostajeństwa filogenetycznego, nie będą posiadały już żadnych własności odradzania, gdy organizacja dosięgnie zatem najwyższego stopnia zcalcowania [i zróżniczkowania], wtedy nie będzie więcej i raka.

— Piąty numer dziennika „X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich” oraz obszerny tom Sprawozdań z posiedzeń naukowych w sekcjach ukażą się niebawem w druku i będą rozesłane wszystkim uczestnikom Zjazdu. Dla uniknięcia pomyłek uprasza się wszystkich uczestników Zjazdu o niezwłoczne nadesłanie swego dokładnego i czytelnego adresu [najlepiej na karcie wizytowej] pod adresem: Administracja Tygodnika lekarskiego, Lwów—ulica Sykstuska 1. 8.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Masowiecka 8.

Phytina

Składnik organiczny ziaren roślinnych, zawierających fosfor (anhydroksymetylenwufosforan kwasny wapnia i magnu) zawiera 2,8 % fosforu w związku organicznym, zupełnie nieszkodliwym.

Środek odżywczy, silnie pobudzający łaknienie.

Wskazany w:

Neurastenii

Histeryi

Zmęczeniu fizycznem

Zółtacz

Gruźlicy kostnej, skórnej i płucnej

Bezkrwistości i nieprawidłowych menstruacjach

Rekonwalescencji

Ciąży

Karmienia i t. d.

Postaci: Phytina w kaps. żelat. po 0,25, w pastylkach po 0,125
wpłylnie (rozt. 2%), w opłatkach po 0,5, w granulkach po 0,5 i t. p.

Sprzedaż wyłączna na Królestwo Polskie i Rosyę

Pabjanickie Tow. Akc. Przemysłu Chemicznego w Pabjanicach (gub. Piotrkowska)

Upzejmie uprasza się zwracać o próby i literaturę, któremi chętnie służy franco i bezpłatnie, pod powyższym adresem.

FORTOSSAN

Sól obojętna Phytiny z cukrem mlecznym w postaci tabletek. Przeciw krzywicy, zółtom, wzrostowi nadmiernemu chorobliwym i objawom przy wzroście nadmiernym i t. d.

PHYTINAT CHININY

Zawiera 57% chininy i 43% Phytiny w formie łatwo rozpuszczalnej. Wskazania: newralgia, migrena, encefaloc. Postaci: 1/1 flak. 50—1/2 flak. 25 tabletek posrebrzonych.

SALEN

Ester metyl-etyl-glykoluwy kwasu salicylowego, bez zapachu, wchłania się b. łatwo przez skórę, nie drażni, mało lotny, w małych dawkach stosowany i tani. Wskazania: reumatyzm mięśniowy i stawowy nerwice poch. reumatyc.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu,
wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom.

==== S. KARCZEWSKI ====

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Collargol

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych, w sprawach pęłogowych, jako te¿ środek zapobiegawczy przeciw gorączce pęłogowej. Stosuje się dożylnie (bez objawów ubocznych, per rectum i per os; do wcierania jako Unguentum Credé. Również nadaje się do opatrunku ran, do leczenia chorób oczu pochodzenia zakaźnego i do przemywania pęcherza.

Duotal

Duotal „Heyden“, przetwórz gwałakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

Bismuthum bitannicum Adstringens tani i dogodny w użyciu, o działaniu pewnym w ostrych i w przewlekłych katarach kiszek. Powstrzymuje biegunkę tak samo jak makowiec bez właściwych mu ubocznych objawów trujących. W oryginalnym opakowaniu po 10 i 25 gm.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul, — Drezno,
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nigrodzona na Wystawie Lwowskiej medalem złotym
wszelkie



1) Iniectiones Subcutaneae
Sterelisatae

w opatentowanych ampulkach

2) Opatrunki wyjałowione
przy temperaturze 125% i 2-ch atmosferach
ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700

próby gratis i franco



Zakład

parowy JANA ZAWADZKIEGO

Dezynfekcyjny za rogatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08.

Zarząd przy Aptece Mokotowska 43, telef. 2700.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu główne, oraz badania płwociny, nasienia, kału i t. l. Kryzoscopia
Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ul. Marszałkowska 97 1, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56.