

**Nr 44.** Warszawa d. 20 Paździer. (2 Listopada) 1901 r. T. XXIX.

# MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednospaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O nowotworach mieszanych ślinianek. Podał J. Steinhaus. — O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia. Napisał D-r Tadeusz Czapliski. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 91. O wykazywaniu obecności cukru w moczu. 92. O działaniu obocznym ortoforanu. 93. Euresis u dzieci. 94. Objawowe leczenie kaszlu. 95. O dyetetycznym leczeniu epilepsji. 96. Przyczynek do metodyki wykrywania peptomu w moczu i kale. 97. Dalsze badania nad etiologią góśca ostrego stawowego. 98. Doświadczenia nad odżywianiem dzieci zdrowych i chorych za pomocą mleka Dingemana. — **III Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich.** — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

## „MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Steinhaus — Sur les tumeurs mixtes de la glande parotide. 2) D-r T. Czapliski — Sur l'action de l'atropine dans de certaines formes de l'obstruction intestinale.

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

## „MEDICINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Steinhaus — Ueber gemischte Geschwülste der Parotis. 2) D-r T. Czapliski — Ueber die Wirkung des Atropins bei gewissen Formen der Darmobstruction.

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

## O NOWOTWORACH MIESZANYCH ŚLINIANEK.

Z TABLICĄ RYSUNKÓW.

Podał

JULIAN STEINHAUS.

Zarządzający pracownią patologiczną szpitala Żydowskiego w Warszawie.

Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 30. IV. 1901 r.

Kwestya pochodzenia nowotworów mieszanych ślinianek jest oddawna przedmiotem sporów naukowych. Podczas kiedy jedni uważają ich miąższ za twór, pochodzący ze śródbłonka, inni obstają przy nabłonkowym jego pochodzeniu. Utrudnia i wikła sprawę jeszcze ich natura mieszana. Obok miąższu spornego pochodzenia i unaczynionego podścieliska łącznotkankowego w skład ich wchodzi jeszcze tkanka chrzęstna, kostna i śluzowa, których rozwój też rozmaicie bywa tłumaczony.

W ostatnich czasach teoria śródbłonkowego pochodzenia miąższu guzów mieszanych gruczołów ślinowych znajdowała coraz liczniejszych zwo-

lenników, kiedy w 1899 roku wystąpił HINSBERG<sup>1)</sup> z krytyką tej teorii; opierając się na materiale własnym i na literaturze przedmiotu, stara się on zwalczyć ją i ugruntować swoje przekonanie o nabłonkowym charakterze mięszu tych nowotworów.

Argumenty HINSBERG'a, choć nawet zdołały przekonać niektórych dawnych zwolenników teorii śródbłonkowej [np. RIBBERT'a<sup>2)</sup>], nie wydawały mi się przekonywającymi i słusznymi; postanowiłem przeto przestudyować kwestye sporne na dwóch przypadkach nowotworów mieszanych gruczołu podszczękowego, które w roku ubiegłym otrzymałem z oddziału kol. ODERFELDA. Wyniki, do jakich doszedłem, zamierzam obecnie przedstawić, uprzednio wszakże pozwolę sobie naszkicować ogólną charakterystykę guzów mieszanych ślinianek.

Nowotwory te rozwijają się najczęściej w drugim dziesięcioleciu życia i przytem nieco częściej u mężczyzn, niż u kobiet (moje dwa przypadki dotyczyły mężczyzn). Punktem ich wyjścia jest albo fascya, pokrywająca gruczoł, albo sam gruczoł, przyczem pierwsze obserwuje się częściej. Bez względu na punkt wyjścia nowotwory są zawsze osłonięte otoczką. Przylegający albo stanowiący punkt wyjścia gruczoł bardzo wczesnie zanika wskutek ucisku, tak iż najczęściej w chwili operacyi nie pozostało już ani śladu z niego; czasami wszakże znaleźć jeszcze można resztki gruczołu, zrosnięte z otoczką nowotworu.

Rosną te nowotwory najczęściej powoli i stopniowo i nie są złośliwe; niekiedy wszakże w ciągu swego rozwoju nabierają cech złośliwości, nagle zaczynają rosnać bardzo szybko, tracą swe ostre odgraniczenie, przerywają otoczkę i wrastają w otaczające tkanki. Przerzuty jednak notowano niezmiernie rzadko i to prawie wyłącznie w najbliższych gruczołach chłonnych; nieco częściej zdarzają się nawroty po wyluszczeniu. Godny zaznaczenia jest przytem fakt, stale się powtarzający, że nawroty nie posiadają już charakteru guzów mieszanych: części śluzowe, chrzęstne i kostne nie odradzają się, buja tylko mięsz.

Wielkość nowotworów mieszanych ślinianek bywa bardzo rozmaita; niekiedy, doszedłszy do wielkości śliwki węgierki, guzy przestają rosnać, w innych zaś przypadkach dochodzą do wielkości główki dziecięcej. Rzadko zdarzają się rozmiary jeszcze większe — obserwowano jednak przypadki, w których po przerwaniu otoczki nowotwór w krótkim czasie tak gwałtownie się rozrósł, że z przodu dochodził do obojczyka, a z tyłu do łopatki.

Kształt guzów — z wyjątkiem tych przypadków, kiedy przerwana zostaje otoczką, i rozpoczyna się zupełnie nieprawidłowy rozrost — jest zazwyczaj jajowaty albo gruszkowaty, rzadziej stożkowaty.

Spoistość i powierzchnia guzów mogą być bardzo rozmaite. Co do pierwszej, to jest ona zależna od względnych ilości pojedynczych składników: przewaga tkanki śluzowej zmniejsza, przewaga zaś chrząstki *resp.* kości zwiększa ją odpowiednio.

Co do powierzchni, to najczęściej jest ona niezupełnie gładka; nieprawidłowe brzozy widnieją na niej, a pomiędzy niemi wznoszą się pagórki.

<sup>1)</sup> HINSBERG. Beitrage z. Entwicklungsgeschichte und Natur d. Mundspeicheldrusengeschwulste. D. Z. f. Chir. T. 51. 1899.

<sup>2)</sup> RIBBERT. Lehrbuch d. patholog. Histologie. Bonn. 1896 p. 136—137 i Lehrbuch der allg. Patholog. u. d. allg. pathol. Anatomie. Leipzig. 1901. p. 594.

Powierzchnia przekroju guzów bywa bardzo różnaita. Bardzo rzadko bywa ona prawie jednorodna; prawie zawsze widzimy pasma tkanki łącznej, wdrażające się wgląb' z otoczki, a pomiędzy niemi tkanka miejscami błyszczący blaskiem chrząstki, miejscami szkli się, jak substancje hyalinowe, miejscami zaś rozplywa się, jak śluz, pozostawiając niekiedy po sobie torbielowate przestwory.

Etiologia guzów mieszanych ślinianek jest taką samą tajemnicą, jak etiologia nowotworów w ogólności. VIRCHOW sądzi, że chroniczne zmiany zapalne tkanki łącznej gruczołu usposabiają do powstawania guzów; inni zaś wiążą ich powstawanie z nieprawidłowościami rozwoju zarodkowego.

Najenergiczniej broni tej ostatniej tezy HINSBERG, zespalaając ją jednocześnie z teorią nabłonkowego pochodzenia mięszu nowotworowego.

Żeby zakończyć powyższą charakterystykę ogólną, dodać jeszcze winieniem, że według БОЕХМЕ'go guzy mieszane gruczołu przyusznego stanowią 74,1%, gruczołu podszczękowego — 7,7%, gruczołu zaś podjęzykowego — 1,1% ogólnej liczby wszelkich guzów ślinianek. Niemieszane guzy ślinianek stanowią więc 17,1% ogólnej liczby, są zatem 5 razy rzadsze od mieszanych i zdarzają się mniej więcej jednakowo często we wszystkich trzech gruczołach. Histologiczna budowa guzów mieszanych gruczołów ślinowych jest dokładnie znana — opisy różnych autorów nie różnią się od siebie zasadniczo, każde nowe badanie dodaje lub prostuje najwyżej jakiś drobny szczegół drugorzędny. Różnice występują dopiero wtedy, kiedy autorowie próbują tłumaczyć obrazy mikroskopowe, szeregują je, by rozwiązać zagadkę rozwoju i pochodzenia elementów, z których guzy się składają.

Nie byłoby więc racjonalnem z mojej strony, gdybym chciał do bardzo licznych już i szczegółowych opisów pojedynczych przypadków dołączyć jeszcze drobiazgowy opis swoich dwóch przypadków — różnice pomiędzy pojedynczymi przypadkami zależą jedynie od zmiennego stosunku ilościowego części składowych i ewentualnej, a wogóle rzadkiej domieszki tkanki kostnej, której, zresztą, w naszych przypadkach nie było.

Ograniczymy się zatem na opisie ogólnym, który będzie jednocześnie i przedstawieniem wyników własnych badań i streszczeniem opisów, znajdujących się w literaturze.

Zacniemy od tego, co widać przy małym powiększeniu.

Otoczka guza składa się z tkanki łącznej włóknistej, mniej lub bardziej obficie unaczynionej i niekiedy częściowo, rzadziej całkowicie podległej zwyrodnieniu szklitemu. Od tej otoczki idą w wielu przypadkach pasma tkanki włóknistej wraz z naczyniami wgląb' guza; pasma te rozgałęziają się, gałązki łączą się pomiędzy sobą i w ten sposób powstaje rodzaj alweol. Do tkanki łącznej dołącza się we wszystkich tych pasmach tkanka chrzęstna, tworząc niekiedy nawet większe skupienia, znacznie pogrubiające w tych miejscach ścianę owych alweol. Same zaś alweole zawierają tkankę śluzową, wśród której dopiero znajdują się różnego kształtu i wielkości skupienia komórek, łączące się pomiędzy sobą dość często grubszymi lub cieńszymi pasmami komórek, niekiedy zaś zupełnie izolowane (Rys. 1 i 3). Przejście od włóknisto-chrzęstnych pasm do tkanki śluzowej po większej części jest nie ostre, lecz stopniowe, tak samo, jak nie zawsze owe skupienia komórek, mających dużo podobieństwa do nabłonkowych, są wyraźnie konturowane. W innych przypadkach pasma tkanki łącznej, idące od otoczki, przechodzą stopniowo w rozmaitej wielkości i kształtu skupienia tkanki chrzęstnej i śluzowej (Rys. 2); układ



alweolarny ginie wtedy zupełnie, a skupienia komórek, podobnych do nabłonkowych (epitelioidalnych) rozsiane są zupełnie nieprawidłowo wśród masy guza. Skupienia epithelioidalnych komórek czasami są skąpe, często wszakże stanowią większą część tkanki nowotworowej. Śluzowe zwyrodnienie niekiedy prowadzi do zupełnego rozplywania się tkanek i tworzenia się jam o płynnej, śluzowej zawartości. Skupienia komórek epithelioidalnych, o których już wyżej wspominaliśmy, posiadają bardzo rozmaitą wielkość — czasami zajmują one przestrzeń, kilkakrotnie nawet przewyższającą pole widzenia mikroskopu (przy powiększeniu 180 do 200 razy), czasami zaś są zaledwie z kilkunastu lub kilkudziesięciu komórek złożone. Leżą albo daleko od siebie wśród tkanki śluzowej lub chrząstki, albo też tuż koło siebie, zlewając się ze sobą lub łącząc za pomocą wyrostków, to grubszych, to cieńszych. Wyrostki te składają się z takich samych komórek epithelioidalnych, jak i same skupienia. Oprócz wyrostków, łączących pomiędzy sobą sąsiednie skupienia, znaleźć można również podobne wyrostki, odchodzące od skupień i kończące się, stopniowo cieniejąc, wśród tkanki śluzowej lub chrząstki (Rys. 1). W innych wreszcie miejscach skupień większych wcale nie widać, lecz tylko pasma, tworzące sieci i grubiejące mniej lub bardziej znacznie w punktach węzłowych.

Wśród skupień komórek epithelioidalnych znajdują się różnej wielkości, lecz wogóle niewielkie światła okrągłe, jajowate lub walcowate, wokoło których najbliższe warstwy komórek grupują się dość prawidłowo nakształt nabłonka w gruczołach. Średnica tych światel nie przenosi średnicy 3—6 komórek. Światło jest albo puste, albo też mniej lub bardziej szczelnie wypełnione śluzowo-szklistawą masą lub mniej lub bardziej zwyrodniałymi komórkami. Niekiedy przy bardzo szczelnem wypełnieniu światła otaczające je komórki spłaszczają się, przypominając nieco nawarstwiające się komórki z *globes epidermiques*.

Przechodząc obecnie do szczegółowej morfologii nowotworów, którą poznajemy, badając je przy dużem powiększeniu, rozpoczniemy opis od elementów łącznotkankowych (tkanki włóknistej, śluzowej, chrzęstnej i kostnej). Tkanka włóknista, z której składa się otoczka i jej odnogi, drążące wgląd guza, zbudowana jest z pęczków dość grubych, wśród których rozsiane są nieliczne pałeczkowate jądra. Przy zwyrodnieniu szklistem tkanki tej, które napotyka się niezbyt rzadko, granice pęczków przestają być widoczne, jądra znikają, i cała tkanka przekształca się w masę jednorodną, szklistą, dającą przy barwieniu mieszaniną van Gieson'a charakterystyczne dla zwyrodnienia szklistego zabarwienie. Tkanka włóknista rzadko kiedy ostro odcina się od śluzowej. Najczęściej obwodowe części pasem tkanki tej tracą swą włóknistość, substancja międzykomórkowa przybiera charakter śluzowy, protoplazma komórek jest wydatniejsza, a kształt komórek okrągławy. W ten sposób kształtuje się przejście do tkanki śluzowej o gwiazdzistych komórkach z anastomozującymi wyrostkami i okrągłymi jądrami. Analogiczna łączność istnieje często również pomiędzy chrząstką szklistą o komórkach, posiadających charakterystyczną otoczkę z jednej, a tkanką włóknistą i śluzową z drugiej strony. Komórki tracą otoczkę, substancja międzykomórkowa jest już śluzowa *resp.* włóknista w pasie granicznym, tak że przejście i tutaj jest stopniowe.

Skupienia komórek epителиoidalnych składają się z elementów o kształcie rozmaitym, który stoi w pewnym związku z formą samych skupień i z obecnością już wspomnianych wyżej światel, jakby gruczołowych wśród skupień.

Część skupień przedstawia się w formie różnej wielkości rurek podłużnie, skośnie lub poprzecznie przeciętych na skrawkach mikroskopowych. Ściany rurek składają się albo z jednej warstwy komórek kształtu mniej więcej walcowatego albo częściej z kilku takich warstw, z których obwodowe posiadają zwykle komórki wyższe, zwrócone zaś do światła niższe, często-kroć nawet zupełnie spłaszczone. Czasami od rurek takich odchodzą boczne odnogi, identycznie zbudowane, co jeszcze bardziej potęguje podobieństwo do przewodów gruczołowych. Dokładnie badając jednak te odnogi, często zauważyć można, że one przechodzą w cieniutkie rurki, których ściana składa się z jednej warstwy komórek płaskich, identycznych z komórkami śród-błonkowymi, i które w świetle swoim nie mają żadnej zawartości lub tylko nieco substancji jednorodnej o charakterze szklistym (Rys. 7). Twory te często są łącznikami pomiędzy dwoma skupieniami alweolarnymi, niekiedy zaś przechodzą w pasma komórek kształtu mniej więcej wrzecionowatego, przerywające się w otaczającej tkance łącznej. Obok skupień epителиoidalnych w kształcie rurek ze światłem, opisanych wyżej, znajdują się również takiej samej formy skupienia bez światła, od których również idą odnogi ze światłem lub bez i kończą się tak samo, jak wyżej opisane.

Inny rodzaj skupień stanowią te, których kształt na przekroju jest okrągły lub jajowaty, a rozmiary większe od poprzednich. Na obwodzie tych skupień komórki są walcowate, w środku wielokształtne, zależnie od warunków wzajemnego ucisku mniej lub bardziej wyraźnie wielokątne. Wśród tych większych skupień można zauważyć również dość często światła, wokoło których komórki często spłaszczają się mniej lub bardziej znacznie. Takie skupienia, stykając się ze sobą, mogą łączyć się w jedno większe o nieprawidłowych już konturach. I od tych większych skupień odchodzą odnogi — pasma komórek, ginące wśród otaczającej tkanki lub łączące z sąsiednimi skupieniami. Zaznaczyć należy, że w takich łączących skupienia odnogach komórki przybierają kształt wyraźnie wrzecionowaty, stopniowo przechodzący w wielokątny w miejscu łączenia się odnogi ze skupieniem komórek epителиoidalnych. (Fig. 6).

Co się tyczy światel wśród skupień epителиoidalnych, to w niektórych nie znajdujemy żadnej zawartości, inne zaś ją posiadają. Jeśli w światłach znajduje się zawartość, to rzadko leży ona luźno w nich, najczęściej wypełnia je całkowicie. Zawartość posiada albo charakter czysto szklisty, albo bardziej śluzowy z domieszką resztek komórek degenerujących, albo bez takiej domieszki. Formą przejściową pomiędzy skupieniami pełnymi a posiadającymi światła zdają się być te skupienia, w których znajdujemy okrągławe, jajowate lub nawet nieprawidłowe grupy komórek, odcinające się od reszty różnym zabarwieniem zarodzi, czy to wskutek zawartości śluzowo-szklistej, czy też wskutek homogenizacji plazmy; jądra tych komórek (o ile są jeszcze widoczne) barwią się najczęściej mocniej od reszty jąder, ale budowa ich jest zatarta, i kontury często nieprawidłowe; część wszakże tych komórek jąder już nie posiada, przynajmniej barwnikami ich wykazać nie można.

(D. n.).

## O DZIAŁANIU ATROPINY W PEWNYCH PRZYPADKACH NIEDROŻNOŚCI JELIT. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne.

Napisał

D-Ń TADEUSZ CZAPLICKI

Elew kliniki.

(Dokończenie. — Zob. Nr 43).

Doświadczenie IV. Pies mały. Tracheotomia. Odsłonięto *vena jugularis dextra* i wstrzyknięto 2 gramy 1% *curare*.

Godzina 10,35 otworzono jamę brzuszną w kąpieli o ciepłocie 37° C.

Godz. 10,45 pętlę długości 20 cm. odnerwiono. Silne przekrwienie tej pętli.

Godz. 10,50 żadnych ruchów ani skurczów.

Godz. 10,55 *atropini sulfurici* 0,001.

Godz. 10,56 skurcz mięśni okrężny wybitny w pętli odnerwionej. Inne pętle spokojne. Ruchów nigdzie nie ma.

Godz. 11,3 *atropini sulfurici* 0,002.

11,5 w pętli odnerwionej skurcz jeszcze wybitniejszy, mięśnie innych pętli zaczynają się nieznacznie kurczyć.

11,15 skurcz mięśni okrężny wystąpił wszędzie. Tętno 220, tętnienie bardzo wyraźne. Zrenice bardzo znacznie rozszerzone.

Godz. 11,23 jelito wiotkie.

Godz. 11,25 *atropini sulfurici* 0,005.

Godz. 11,27 słabo kurczą się mięśnie okrężne jelit wszystkich pętli, prócz pętli odnerwionej, która jest zupełnie spokojna i wiotka.

Godz. 11,30 skurcz w pętlach utrzymuje się. Pętla odnerwiona dość znacznie przekrwiona, spokojna, wiotka. Inne pętle bledsze, jakkolwiek również przekrwione.

Godz. 11,38 skurcz ustąpił.

Godz. 11,40 *atropini sulfurici* 0,006.

Godz. 11,43 jelita wiotkie, spokojne.

Godz. 11,50 kryształek NaCl, położony na pętli odnerwionej, wywołuje przewężenie miejscowe po kilkunastu sekundach; ruchów robaczkowych nie wywołuje. Na innych pętlach kryształek NaCl wywołuje natychmiastowe przewężenie. Ruchów robaczkowych również nie wywołuje.

Godz. 11,55 śmierć przez powolne duszenie. Ruchy robaczkowe wszędzie wybitne, dość żywe.

Czas doświadczenia: 1 godzina 20 minut. Ilość atropiny: 0,019.

Doświadczenie V. Pies duży. Tracheotomia. Odsłonięto *vena jugularis dextra*. Wstrzyknięto 2 gramy 1% *curare*.

Godz. 9,55 otworzono jamę brzuszną i odnerwiono pętlę długości 15 cm.

Godz. 10,30 wstrzyknięto 1 grm. 1% *curare* i włożono do kąpieli o ciepłocie 38,5° C.

Godz. 10,35 skurcz mięśni okrężny pętli odnerwionej nieznaczny. Przekrwienie żyłne tejże pętli.

Godz. 10,40 *atropini sulfurici* 0,0005.

Godz. 10,42 słaby ruch robaczkowy, bardzo powolny w pętli odnerwionej; wybitne tętnienie naczyń kreskowych.

Godz. 10,43 ruch robaczkowy ustąpił. Skurcz utrzymuje się.

Godz. 10,46 *atropini sulfurici* 0,001.

Godz. 10,48 skurcz mięśni okrężny wszędzie powoli występuje. Ruchów robaczkowych nie ma. Zrenice znacznie rozszerzone.

Godz. 10,53 powolny ruch robaczkowy na pętlach unerwionych.

Godz. 10,56 *atropini sulfurici* 0,002.

Godz. 10,58 pętla odnerwiona wiotka, na niej żyłne przekrwienie. Mięśnie w innych pętlach skurczone. Od czasu do czasu bardzo słaby ruch robaczkowy.

Godz. 11,5 *atropini sulfurici* 0,004.

Godz. 11,8 wybitny skurcz mięśni okrężny także i na pętli odnerwionej.

Godz. 11,15 pies rzuca się dość gwałtownie. Wstrzyknięto 2 gramy 1% *curare*. Znaczne przekrwienie żyłne całego przewodu pokarmowego. Tętno przyspieszone, słabe.

Godz. 11,20 *atropini sulfurici* 0,005.

Godz. 11,21 powolny ruch robaczkowy, najprzód na pętli odnerwionej, potem na innych pętlach. Przekrwienie żyłne ustępuje. Tętno szybkie, ale pełne. Wybitne tętnienie naczyń kreskowych.

Godz. 11,23 ruchy ustaly.

Godz. 11,30 *atropini sulfurici* 0,005.

Godz. 11,31 ruch robaczkowy wybitny, ale powolny występuje wszędzie.

Godz. 11,35 na pętlach unerwionych żywe ruchy robaczkowe; na pętli odnerwionej również występują, jednak znacznie są powolniejsze.

Godz. 11,40 ruchy ustaly; skurcz utrzymuje się.

Godz. 11,41 *atropini sulfurici* 0,005.

Godz. 11,43 bardzo żywe ruchy robaczkowe występują wszędzie.

Godz. 11,46 ruchy ustaly.

Godz. 11,50 *atropini sulfurici* 0,005.

Godz. 11,52 występują żywe ruchy robaczkowe, zwłaszcza w pętlach unerwionych. Pętla odnerwiona okazuje również ruchy, jednak słabsze i powolniejsze.

Godz. 11,55 ruchy ustaly.

Godz. 12,0 psa zabito przez powolne duszenie. Wystąpiły ruchy robaczkowe; wybitne, żywe.

Czas doświadczenia: 1 godzina 30 minut. Ilość atropiny: 0,0275.

Jeżeli teraz przejrzymy przebieg moich doświadczeń, to zwróci naszą uwagę przede wszystkim wpływ atropiny na naczynia i na umięśnienie jelita w postaci zwiększonego napięcia mięśni. Gwałtownych ruchów robaczkowych, o jakich wspomina HAGEN, nigdy nie zauważyłem. Wprawdzie w doświadczeniu II i III występował pod koniec doświadczenia wybitny i żywy ruch robaczkowy, był on jednak widoczny tylko na kilka minut przed śmiercią zwierzęcia, a więc tylko jej zapowiedzią. Na dowód tego niech posłużą doświadczenia IV i V, gdzie przy końcu doświadczenia zwierzęta powoli du-



szono, a równocześnie występował żywy ruch robaczkowy. Przyczyną więc jego była obecność większej ilości bezwodnika kwasu węglanego, a nie atropina. Natomiast mogłem zauważyć w każdym doświadczeniu mierny ruch robaczkowy, ale po dawkach wysokich. Co do elementów, na jakie atropina działa i jak na nie działa, to z doświadczenia IV i V widzimy stanowczy wpływ podrażniający na mięśnie, jak to podają SCHMIEDEBERG i HAGEN. KEUCHEL uważał ruch robaczkowy jelit za porażenie aparatu hamującego, JACOBI zaś za podrażnienie elementów nerwowych. Zapatrywania dwóch ostatnich autorów doświadczenia moje nie potwierdziły.

Z moich tedy doświadczeń wynika, że atropina: 1) w pierwszym rzędzie podnosi „tonus“ mięśni okrężnych jelit; 2) następnie sprowadza przekrwienie tętnicze i podnosi parcie krwi w kresce i ścianach jelit; 3) na ruchy robaczkowe jelit ma wpływ nieznaczny i 4) działać może bezpośrednio na elementy mięśniowe, bez pośrednictwa nerwów.

Przystępując zaś do ujęcia w określone twierdzenia wpływu atropiny na niedrożność jelit w znaczeniu klinicznym, zastanowić się musimy nad pojedynczymi formami tego cierpienia.

Ogólnie dziś przyjęty podział niedrożności jelit wedle SCHLANGE'go różni *ileus*: 1) *dynamicus*, 2) *obturatorius*, 3) *e strangulatione*. Z naszych przypadków (I, II, IV) i przypadków BATSCH'a, LÜTTGEN'a i HÖCHTLEN'a, popartych bądź to następczą laparotomią (BATSCH, nasze przypadki), bądź też sekcyą — wynika, że *ileus e strangulatione* w żadnym prawie razie tem leczeniem usunąć się nie da, owszem dłuższe wyczekiwanie i zwlekanie z operacyą tylko na szkodę chorego wyjść może. Zwróćmy tylko uwagę na to, że stan zaciśniętej pętli z każdą sekundą, można powiedzieć, jest gorszy, przede wszystkim skutkiem zaciśnięcia naczyń i przez to upośledzonego odżywiania, co w jelitach ma tem większe znaczenie, że w nich przecież ciągle odbywa się proces trawienia, a więc proces przy współdziałaniu bakteryi i wydzieliny gruczołów, co tem prędsze obumarcie ich ścian powodować musi. Zgodnie jednak z twierdzeniem, po raz pierwszy przez BATSCH'a wypowiedzianem, przyjąć musimy, że atropina w tych przypadkach, jakkolwiek nie jest w stanie usunąć cierpienia, to przecież zaznaczyć się może korzystnie, opóźniając zgorzel pętli uciśniętej. Z doświadczeń moich bowiem wynika, że atropina w znacznym stopniu podnosi parcie krwi; następstwem więc tego mogłoby być lepsze odżywianie ściany jelit. Nadto mogłem zauważyć, że po zastosowaniu atropiny występuje przekrwienie tętnicze w jelitach; to też przemawia za opóźnieniem zgorzeli jelit.

Skuteczność działania przetworów wilczej jagody w przypadkach uwięzłych przepuklin, za którą przemawiają publikacye, na początku niniejszej pracy przytoczone, należy odnieść częściowo do dopiero co wspomnianego działania ich na naczynia, a nadto do wpływu atropiny na umięśnienie jelit. Boć przecież pętla uwięzła, ulegając pod działaniem atropiny skurczeniu, staje się mniejszą, a nadto zmiana jej kształtu, jaka prawdopodobnie powstaje wskutek zwiększonego „tonus“ mięśni, ułatwić może wysunięcie się jej z pierścienia przepuklinowego. Być jednak może, że należy tu uwzględnić dopiero działanie porażające atropiny, wskutek czego następuje rozszerzenie pierścienia przepuklinowego. (FRAENKEL).

Podobne też może być działanie atropiny w niedrożności jelit wskutek wgłobienia. Mimo tego jednak nie zgadzałbym się absolutnie, by w przypadkach *ileus e strangulatione* czekać niepewnych korzyści z działania atropi-



ny, i przypomnę tylko klasyczne zdanie DIFFENBACH'a, że słońce nie powinno zająć nad przepukliną, uwięzłą w dzień, ani wzejść nad uwięzłą w nocy.

Pozostaje *ileus dynamicus et obturatorius*. Z naszych przypadków, przypadek V zaliczyć należy do *ileus dynamicus postoperativus* z powodu *peritonitis circumscripta*; tu również należą przypadki BATSCH'a i SIMON'a, w których przyczyną niedrożności jelit była prawdopodobnie niedomoga jelit wskutek *peritonitis circumscripta post partum*. Działanie atropiny w tych przypadkach może być rzeczywiście korzystne, jeżeli zwrócimy uwagę, że ona, jakkolwiek gwałtownych ruchów robaczkowych nie wywołuje, to przecież w wysokim stopniu podnosi sprawność umięśnienia jelit. Nadto operacya w tych przypadkach nie ma żadnego celu. Podobnie mogą tu działać środki przeczyszczające i lawatywy, i, jak z historyi chorób wynika, zawsze poprzednio je stosowano. Gdy więc wyczerpiemy cały dotychczasowy arsenał środków wewnętrznych bez skutku, jako *ultimum refugium* możemy spróbować atropiny.

Przyczyną *ileus obturatorius* mogą być, jak wiemy, kamyczki kałowe lub żółciowe. Do tej grupy zaliczyć należy zwężenia jelit, wywołane bądź to nowotworami, bądź też sprawami zapalnymi, w których to sprawach napady ostre, występujące właśnie pod postacią niedrożności jelit, przeplatane są okresami wolnymi od przypadłości chorobowych. Tutaj też należeć będą zaparcia stolca (*Obstipatio alvi habitualis, coprostasis*).

Zastanówmy się naprzód nad zwężeniami przewodu pokarmowego.

Stanowisko, na jakim stoi nasza klinika, aby tego rodzaju cierpienia usuwać operacyjnie tylko à froid, jest dziś prawie wszędzie przyjęte. Gdy więc nam się do leczenia dostaną te przypadki w czasie ostrego napadu, a morfina odmówi nam swych usług, bardzo dobrym i polecenia godnym środkiem będzie atropina, której działanie posłuży do usunięcia towarzyszących objawów i prędszego sprowadzenia okresu wolnego od ostrego napadu.

W przypadkach kamyczków kałowych i żółciowych, jako też silnego zaparcia stolca, skuteczność atropiny odnieść należy albo do zwiększonego napięcia mięśni okrężnych jelit i miernego ruchu robaczkowego, co razem może wystarczyć do przepchania treści przez miejsce zwężone, (przypadek Pritchard'a, patrz tabela statystyczna, nasze przypadki III i VI), albo też należy przyjąć dopiero to działanie porażające atropiny, gdzie wskutek zwiótczenia umięśnienia następuje rozszerzenie światła jelita, a dopiero wówczas jakiś czynnik w organizmie, który w zwykłych warunkach wywołuje normalną perystaktykę, przez tak rozszerzony przewód łatwiej posunie treść, tam się znajdującą. Byłoby to więc działanie podobne do działania morfiny i innych przetworów makuwca w *colica saturnina*.

Nie omieszkałbym jednak i w tym przypadku podać przedtem innych środków przeczyszczających i zastosować wysokich lawatyw. Jak zaś ryzykowne może być podawanie atropiny w tych przypadkach, niech posłuży za przykład przypadek GEBELE'go z kliniki ANGERER'a w Monachium (patrz tabela statystyczna).

Wspomnieć też muszę jeszcze o działaniu uspokajającym atropiny, jak to zaobserwować mogłem przy jej stosowaniu w naszej klinice. Wszelkie gwałtowne objawy, towarzyszące niedrożności jelit, jak bóle w jamie brzusznej, wymioty, bezsenność, ustępowały we wszystkich obserwowanych przypadkach nawet po niezbyt wysokich dawkach i tam, gdzie morfina była bez-

skuteczna. W tym więc kierunku działanie atropiny było rzeczywiście dodatnie.

Interesującym też momentem było, że kał, jaki po stosowaniu atropiny chorzy oddawali, był zawsze konsystencji miękkiej papkowatej. Gdy atropina sama działa jako *antihydroticum*, własności kału wytłomaczyć sobie możemy częścią działaniem środków przeczyszczających, przed tem użytych, częścią tem silnem przekrwieniem, w jelitach występującem, jakie w moich doświadczeniach po podawaniu atropiny zauważyłem.

Na jedną jeszcze rzecz zwrócić należy uwagę, mianowicie, na ilość atropiny, która odpowiedni skutek wywołać może. Najwyższa dawka jednorazowa siarczanu atropiny wynosi 0,001, dzienna 0,003. Dawki zaś zalecane i stosowane są daleko wyższe; BATSCH radzi jednorazowo 0,005, Russow w przeciągu 48 godzin podał choremu 0,015. Mimowoli więc nasunąć się musi lekarzowi przy stosowaniu tak ogromnych dawek obraz sądu karnego, zwłaszcza, że LÜTTGEN u swej pacjentki po 0,005 *atropini sulfurici* widział silne objawy zatrucia, DIETRICH, SIMON, HÖCHTLEN i ja w przypadku VI już po małych dawkach (0,001-- 0,003) zauważyliśmy objawy intoksykacji. Należy więc zwrócić uwagę na indywidualność chorego i większą lub mniejszą odporność organizmu. Lecz, zaczynając od najmniejszych dawek i czekając jak najkrócej na skutek, t. j. 4 do 6 godzin, możemy czasem znacznie pogorszyć stan chorego, a wyniku dodatniego nie osiągnąć.

Dlatego też sądzę, że stosowanie siarczanu atropiny w niedrożności jelit przedewszystkiem nie powinno być generalizowane, jak tego chce BATSCH, może być wskazane tylko w pierwszych 24 godzinach, a wtedy może służyć równocześnie jako środek rozpoznawczy; w pewnych formach, t. j. w *ileus dynamicus* i *obstratorius*, atropina może być stosowana, ale zawsze z wielką uwagą i nie na niekorzyść innych środków wewnętrznych, daleko mniej niebezpiecznych, a czasem skuteczniejszych. Z chwilą, gdy się nie zauważy polepszenia stanu chorego po pierwszych dawkach siarczanu atropiny, należy zaprzestać dalszego podawania i ewentualnie operować, a nie ufać zbyt nio zapewnieniom Böck'a, że zejście śmiertelne nawet po 0,05 *atropini sulfurici* należy do rzeczy rzadkich.

W końcu uważam za miły obowiązek złożyć podziękowanie memu czcigodnemu szefowi, prof. RYDYGIER'owi, za odstąpienie materiału i zachętę do pracy, jak również dyrektorowi zakładu fizyologicznego U. I. prof. BECKOWI za umożliwienie i ułatwienie robienia doświadczeń i światłe uwagi.

#### PIŚMIENNICTWO:

- 1) BATSCH. Ileus und Atropin. (Münchener medicinische Wochenschrift. 1899. Nr. 45).
- 2) BATSCH. Ileus und Atropin. (Münch. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 51).
- 3) BATSCH. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 27).
- 4) MARCINOWSKI. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 43).
- 5) HOLTZ. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 48).
- 6) DEMME. Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 48).
- 7) LÜTTGEN. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 4).
- 8) OSTERMEIER. Zur Darmwirkung des Atropin. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 49).
- 9) DIETRICH. Noch ein Fall des Ileus, der mit Atropin behandelt wurde. (Münch. med. Wochenschrift. 1901. Nr. 8).
- 10) SIMON. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1901. Nr. 12).
- 11) HÖCHTLEN. Ein weiterer Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde.

(Münch. med. Wochenschrift. 1901. Nr. 12). 12) RUSLOW. Therapeutische Notizen. (Münch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 40). 13) GEBELE. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. med. Wochenschrift. 1901. Nr. 33). 14) PRITCHARD. Ein Fall von Darmverschluss durch einen Gallenstein erfolgreich behandelt mit Atropin. (Münch. med. Wochenschrift. 1901. Nr. 33). 15) ARONHEIM. Ileus und Atropin. (Münch. med. Wochenschrift. 1901. Nr. 33). 16) POLACK. Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Wiener klinische Wochenschrift. 1901. Nr. 17). 17) HAGEN. Ueber die Wirkung des Atropin auf den Darmkanal. Strassburg 1890. 18) JACOB. Darmbewegungen. Leipzig 1891.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

91. A. CIPOLLINA. O wykazaniu obecności cukru w moczu. W 1897 roku LAMANNA podał swój sposób określania obecności cukru w moczu za pomocą fenilhydrazyny: do próbówki wlewamy 4 krople czystej fenilhydrazyny, 10 kropeł *ac. acetic. glacialis* i 10 kropeł rozcieńczonego kwasu solnego, silnie wstrząsamy, potem dodajemy 5 ctm. sz. moczu, gotujemy 1 minutę na gołym ogniu i szybko ostudzamy w gorącej wodzie.

W 2 lata później KOWARSKI, krytykując tę metodę, znalazł, że przy ilościach cukru mniejszych, niż 0,5%, daje ona ujemny wynik. Zastępując kwas solny jedynym centymetrem sześciennym nasyconego wodnego roztworu chlorku sodu, KOWARSKI widział tworzenie się kryształów ozazonu w przeciągu kilku minut, najdalej po upływie pół godziny przy 0,1% cukru w moczu.

W roku 1899 NEUMANN opisał nową modyfikację metody. Do próbówki z podziałkami na 3,5 i 7 ctm. sz. wlewamy 5 ctm. sz. moczu, 2 ctm. sz. nasyconego roztworu octanu sodu w 50% kwasie octowym i 2 krople fenilhydrazyny. Mieszanie wyparowujemy do objętości 3 ctm. sz., ostudzamy, dodajemy parę kropeł ługu sodowego, ażeby zmniejszyć stopień kwaśności mieszaniny, jeszcze na chwilę ogrzewamy naczynie i potem powoli ostudzamy. NEUMANN otrzymał kryształy już przy 0,01% cukru; przy 0,02% cukru kryształy ozazonu tworzyły się w ciągu kilku minut.

Wreszcie w 1900 roku MARGULIES, kontrolując 2 ostatnie metody, znalazł, że przy metodzie KAREWSKIEGO udaje się otrzymać kryształy ozazonu zwykle dopiero przy 0,2% cukru, ale czasami już przy 0,05% cukru. Metoda NEUMANN'a dawała dobre wyniki już przy 0,05% cukru, ale w moczu z dużą ilością fosforanów i moczanów MARGULIES widział ujemne wyniki nawet przy 0,5% cukru.

Przechodząc do własnych doświadczeń, CIPOLLINA przedewszystkiem przypomina fakt, już dawniej zaobserwowany, mianowicie, że dodawanie chlorku sodu lub kwasu solnego opóźnia, a nieraz przeszkadza tworzeniu się kryształów ozazonu. Autor znalazł, że przy metodzie LAMANNA'y prawie zawsze można otrzymać kryształy ozazonu w ciągu kwadransa nawet przy zawartości cukru, wynoszącej 0,2% moczu. Metoda KOWARSKIEGO daje wynik dodatni już przy 0,1% cukru, ale przy takiej nieznacznej zawartości cukru trzeba nieraz czekać całą godzinę na utworzenie kryształów ozazonu; oprócz tej niedogodności spotykamy przy metodzie KOWARSKIEGO jeszcze dwie inne: płyn przy gotowaniu ulega silnym wstrząśnieniom; po drugie chlorek sodu tworzy po ochłodzeniu zbitą masę kryształów, które utrudniają wyszukiwanie kryształów ozazonu pod mikroskopem.



Metodę NEUMANN'a autor sprawdzał na moczu ludzi zdrowych z wysokim ciężarem właściwym: 1,024 — 1,026 — 1,028 i na wodnych roztworach cukru grobowego. W wodnych roztworach udaje się wykryć za pomocą tej metody już 0,02% cukru — w ciągu kilku minut. W moczu wynik próby bywa różny zależnie od ciężaru gatunkowego: jeżeli mocz posiada ciężar właściwy niższy niż 1,020, to już przy 0,05% cukru tworzą się kryształy ozazonu w ciągu kilku minut (5 — 10 minut); w moczu o ciężarze właściwym 1,026 — 1,030 próba wypada ujemnie przy zawartości cukru, nie przenoszącej 0,05%, zaś przy 0,1% cukru trzeba na utworzenie się kryształów ozazonu czekać po pół godziny, a czasem dłużej. Pochodzi to stąd, że im wyższy jest ciężar właściwy moczu, tem więcej zawiera on mocznika, soli amoniakalnych i innych substancji bezazotowych, a wszystkie te ciała utrzymują kryształy ozazonu w roztworze (NEUBERG).

Metoda NEUMANN'a ma tę niedogodność, że wymaga kalibrowanych próbek. Autor podaje swoją modyfikację metody LAMANNA'y i NEUMANN'a, do której wystarcza zwyczajna próbówka.

Do epruwetki wlewamy 5 kropeł czystej fenilhydrazyny, pół ctm. sz. *acid. acetic. glacial.* (lub 1 ctm. sz. kwasu octowego 50%), 4 ctm. sz. moczu i gotujemy w ciągu jednej minuty na małym płomieniu, ciągle wstrząsając naczynie. Potem dolewamy 4 do 5 kropeł ługu sodowego o ciężarze właściwym 1,16 (około 14%), tak że płyn pozostaje słabo kwaśny, gotujemy jeszcze chwilkę i wreszcie ostudzamy. Używając tej modyfikacji, autor widział tworzenie się kryształów ozazonu w moczu, zawierającym tylko 0,05% cukru: jeżeli ciężar właściwy moczu był niski, kryształy tworzyły się po paru minutach stania; przy wysokim ciężarze właściwym tworzą się z początku żółte kule, które dopiero po 20 lub 30 minutach przeobrażają się w rozetki; jeżeli mocz zawiera więcej niż 0,2% cukru, to nawet przy wysokim ciężarze właściwym kryształy ozazonu tworzą się już po kilku minutach.

Trzeba pamiętać, że żółte kule o tyle dowodzą obecności cukru w moczu, o ile po jakimś czasie przeobrażają się w kryształy w kształcie igieł. Wylączyć obecność cukru w badanym moczu można tylko wtedy, gdy kryształy ozazonu nie utworzą się w ciągu godziny.

(*Deutsche med. Wochenschr.*, Nr. 21, 1901 r.). Bolesław Żebrowski.

92. Gaston GRAUL. O działaniu ubocznem ortoformu. EINHORN i HEINZ, którzy wprowadzili użycie ortoformu, dalej NEUMAYER i KLAUSNER mówią o zupełnej nieszkodliwości tego środka.

W kazuistycie innych autorów znajdujemy wzmianki wyłącznie o działaniu ortoformu na skórę: obserwowano mianowicie miejscową lub ogólną ekzemę, której towarzyszy silne swędzenie skóry, czasami zaś gangrenę na miejscu zastosowania środka. Rzadziej już notowano zaburzenia ogólne, występujące pod postacią zawrotów, mdłości, wymiotów i gorączki — nieraz dość znacznej (HEERMANN widział w jednym przypadku 40,1° C.). Od czego zależy taka wybitna idiosynkrazia — niewiadomo; w każdym razie, zdaje się, ani od trwania kuracji, ani od ilości zastosowanego ortoformu. Przytem objawy zatrucia były obserwowane tylko po zewnętrznem użyciu tego środka (maść lub proszek do zasypywania).

W przypadku autora u chorej na wrzód okrągły żołądka po kilkunastu gorących kataplazmach utworzył się na skórze brzucha pęcherzyk wielkości monety fenigowej; ponieważ po pęknięciu pęcherzyka skóra stała się w tem miejscu bolesną, zastosowano więc maść ortoformową 10% z wazeliną tylko na bolące miejsce. Po 2 dniach chora dostała ogólnej ekzemy tułowia, kończyn i twarzy, połączonej z obrzękiem, zaczerwienieniem i swędzeniem skóry. Po paru niefor-

tunnych próbach z pastą LASSAR'a, autor zastosował naftelan z dodatnim wynikiem.

(*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 21, 1901 r.). *Bolesław Żebrowski.*

93. M. THIEMICH. **Enuresis u dzieci.** Dotychczas powszechnie utrzymywano, że przyczyną mimowolnego moczenia się dzieci nocnego, a nawet dziennego, jest nerwica szyi pęcherza lub też nadczułość dna pęcherzowego. MENDELSONH zaś utrzymywał, że *enuresis* jest wynikiem osłabienia aparatu, zamykającego pęcherz moczowy. Tego rodzaju zapatrywanie się na chorobę tę, jakoteż oparte na tym poglądzie sposoby lecznicze, są zupełnie fałszywe, zdaniem THIEMICH'a, który uważa *enuresis* za objaw ogólnego cierpienia nerwowego, a mianowicie histeryi. Zwraca on przytem uwagę, że histerya u dzieci występuje po większej części w postaci mono-symptomatycznej, to znaczy, że oprócz danego objawu nerwowego brak jest innych t. zw. stygmatów histerycznych, jakie zazwyczaj spostrzegamy u dorosłych osób. Większość dzieci, cierpiących na *enuresis*, pochodzi z rodziców nerwowych, a nieraz jedno z rodziców w dzieciństwie również cierpiało na powyższy objaw chorobowy. U dzieci, które cierpiały lub cierpią jeszcze na *enuresis*, można od czasu do czasu spostrzegać także pewne inne objawy histerycznej natury, jakoto: astazyę-abazyę po zwykłym upadku podczas latania, histeryczne porażenia lub skurcze, ogólne nieokreślone bóle w boku, w głowie, w nogach i t. p.

Za histeryczną naturą danego cierpienia przemawia również epidemiczne występowanie tegoż w szkołach, pensjonatach i t. p. W takich razach ani żadne metody lecznicze, ani groźby i kary nic nie pomagają, natomiast choroba szybko ustępuje po oddzieleniu chorych dzieci od zdrowych.

Omawiane cierpienie nie łatwo poddaje się leczeniu za pomocą środków farmaceutycznych, daleko skuteczniejszą okazuje się terapia zewnętrzna, a szczególnie za pomocą prądu faradycznego. Stosowano ją i dawniej, jako środek miejscowo wzmacniający mięśnie pęcherza, i w tym celu przystawiano elektrody w okolicy narządów płciowych; otrzymywany pomyślny skutek, przy użyciu mocniejszych bolesnych prądów, nie zależy jednak wcale od miejscowego ich działania, lecz od wpływu psychicznego i otrzymuje się również przy postawieniu jednej elektrody np. na mostku, a faradyzowaniu drugą — ramion lub ud chorego dziecka. W klinice Wrocławskiej, z której pochodzi niniejsza praca, wyleczano niekiedy na jednym 2—3 minutowem posiedzeniu zastarzałe przypadki *enuresis*, przyczem po bolesnej faradyzacji zapowiadano dziecku, że, w razie powtórzenia się objawu mimowolnego oddawania moczu, na drugim posiedzeniu wzięte będą jeszcze silniejsze prądy. W tego rodzaju przypadkach działa nie sam prąd elektryczny, jako taki, lecz wywierany przez ten rękoczyn — wpływ sugestyjny. W podobny sposób tłumaczyć sobie należy działanie zastrzykiwań strychniny w uda lub w okolicę wzgórka łonowego: nie strychnina tu działa, lecz bolesne ukłucie igłą strzykawki Pravaz'a, powaga lekarza, wpływ psychiczny leczenia i t. p.

Utrzymywano również, że u wielu dzieci obecność wyrosła adenoidalnych powoduje *enuresis*, usunięcie zaś ich leczy ją. I w tych razach jednak, jak sądzi autor, sam akt bolesnej operacji (lub wpływ chloroformowania i całej sceneryi operacji) oddziaływa na umysł nerwowego dziecka i działa leczniczo. Zalecane w dawniejszych czasach wysokie ułożenie miednicy chorego dziecka, a to bądź za pomocą podsuwanej poduszki ceratowej, lub też przez podniesienie nożnego końca łóżka — nie daje pewnych, ani szybkich wyników, a jeżeli nawet działa niekiedy skutecznie, to bez wątpienia również tylko drogą sugestyi

gdyż teoretyczne podstawy tej metody postępowania okazały się fałszywymi; pęcherz bowiem nie opróżnia się, jak podają w literaturze, wtedy dopiero, gdy jest w zupełności pełen moczu, lecz nawet przy nieznacznym napełnieniu pozbywa się u chorych osobników swej zawartości nocną porą, chociaż za dnia może mieścić w sobie bardzo znaczne ilości moczu.

Za historyczną naturą danego cierpienia przemawia i to jeszcze, że jedna nieudana kuracya osłabia widoki pomyślnego działania następnych, a także, że obcy lekarz, specjalista, nieznanany dotychczas dziecku, łatwiej i prędzej wyleczyć może dane cierpienie, niż lekarz domowy.

Wyłączenie (izolowanie) chorego dziecka z dotychczasowego otoczenia jest najlepszym środkiem, lecz, niestety, bardzo niełatwym do zastosowania w życiu.

Oprócz *enuresis*, t. j. mimowolnego oddawania moczu we śnie lub podczas czuwania, istnieje jeszcze inne, podobne cierpienie, zwane „Pollakuryą“, polegające na bardzo częstem, lecz od woli zależnem oddawaniu moczu w bardzo małych ilościach. Dzieci takie co kwadrans lub co pół godziny czują potrzebę oddania moczu (zupełnie prawidłowego). W przypadkach tych, dla pewności rozpoznania, należy wyłączyć zapalenia pęcherza, cewki moczowej, cukromocz i *diabetes insipidus*. Zauważyć można, że dzieci, cierpiące na pollakuryę, podczas wesolej zabawy całemi godzinami nieraz zatrzymują moczu w pęcherzu, nie czując potrzeby oddania go. Fakt ten dowodzi nerwowego charakteru danego objawu, a leczenie (izolacya, strumienie faradyczne) jest takie same, jak przy *enuresis*.

Na *incontinentio alvi*, któremu bardzo często towarzyszy uporczywa *enuresis*, zapatruje się autor także jako na cierpienie czynnościowe nerwowo-historycznej natury; niejednokrotnie widział on też, że wśród kilkorga dzieci jednej i tejże rodziny jedno cierpiało na *enuresis*, inne na *incontinentio alvi*, a także, że objawy te ustępowały szybko pod wpływem bolesnej faradyzacyi.

Wynik ostateczny tej pracy brzmi: czynnościowe mimowolne oddawanie moczu u dzieci nie jest cierpieniem miejscowem narządów moczopłciowych, lecz objawem mono-symptomatycznej histeryi, właściwej wiekowi dziecięcemu.

(*Berlin. klinische Wochenschrift* 1901. Nr. 31).

L. Wolberg.

94. M. SAENGER. **Objawowe leczenie kaszlu.** W wielu chorobach stanowi kaszel bardzo ciężki i uporczywy objaw, którego usunięcie jest niezbędne ze względu na siły i spokój chorego, a ponieważ w wielu cierpieniach niepodobna zadość uczynić wskazaniam zasadniczym i przyczynowym (*indicatio morbi et causalis*), przeto z konieczności trzeba uciec się do leczenia objawowego,

Symptomatyczne leczenie kaszlu polega na podawaniu środków narkotycznych do wewnątrz lub za pomocą zastrzykiwań podskórnych. Środki te: morfina, kodeina, heroína i t. p. działają bezwzględnie bardzo dobrze, lecz, prócz działania głównego, wywierają niepożądane skutki uboczne, nadto ustrój łatwo przyzwyczaja się do nich, zniewalając i lekarza i chorego do ciągłego powiększania dawki, co wobec natury środka leczniczego staje się groźnem.

Wobec tych niedogodności zaleca S. użycie mentolu, jako środka, doskonale kojącego kaszel, bez względu na jego przyczynę. Zamiast kosztownych przyrządów, używanych do rozpylania mentolu, radzi on kilka kryształków tegoż położyć na łyżce i ogrzewać ją przez 5—10—20 sekund nad płomieniem świecy, poczem, odjąwszy łyżkę od płomienia, wdychać wydzielającą się parę mentolową i powtarzać tę manipulacyę po kilkakroć. Prócz tego można także rozpuszczać mentol w wyskoku (stężenie 40—50 procentowe), a 10—20



kropel tego silnego roztworu rozetrzeć na dłoniach i przysunąwszy je do nosa i ust w postaci maski, wdychać pary mentolu. Również wygodnie można skropić roztworem tym zwykłą maskę do chloroformowania lub kawałek waty, umieszczonej w trąbce tekturowej. Dla tegoż celu poleca autor swój przyrząd inhalacyjny, opisany w lipcowym zeszycie „Therapeutische Monatshefte“ z roku 1898. W tych chorobach, w których błona śluzowa narządów oddechowych pokryta jest obfitą ilością śluzu, wskutek czego pary mentolu nie mogą bezpośrednio działać na tkanki, zaleca autor wstrzykiwania 1—2 gramów 10—20% roztworu mentolu bezpośrednio do krtani, co wywołuje silny na razie napad kaszlu, połączony z wykrztuszeniem wydzieliny, następnie zaś uspokojenie się kaszlu na przeciąg 1—3—5 godzin. Zastrzykiwania takie można wykonywać 2—3—4 razy dziennie.

Dobroczyne skutki mentolu spostrzegął autor w przewlekłych cierpieniach tchawicy, oskrzeli, w gruźlicy płuc (bez krwawień), a nawet w kilku przypadkach koklusz. Wstrzykiwania do krtani dokonywa się pod kontrolą wziernika krtaniowego lub też bez niego — po naciśnięciu szpadelkiem nasady języka i skierowaniu końca strzykawki po za nasadę języka ku tylnej ścianie gardzieli.

Ostre zapalne cierpienia płuc, opłucny, krwawienia płucne, jakoteż niedawno dokonane operacje wewnątrzkrtańowe stanowią przeciwwskazania do użycia mentolu zarówno w postaci wdychań, jak wstrzykiwań.

(*Ther. Monat.* 1901. Nr. 7).

L. Wolberg.

95. Rudolf BALINT. O dyetetycznym leczeniu epilepsji. Autor stosował w 9 świeżych i w 19 zastarzałych przypadkach epilepsji metodę TOULOUSE'a i RICHAET'a, polegającą na odjęciu soli kuchennej z pożywienia, to jest podawał dziennie: 1 litr mleka; 300,0 mięsa; 300,0 kartofli; 200,0 mąki; 2 jaja; 50,0 cukru; 10,0 kawy; 40,0 masła — wszystko niesolone. Taka dyeta posiada jednak dwie znaczne niedogodności: niektóre z wyliczonych pokarmów zawierają dość wysoki odsetek soli kuchennej, z drugiej zaś strony spożywanie niesolonego mięsa wywołuje wkrótce wstręt i obrzydzenie u chorych. Żeby temu zaradzić, autor przepisywał chorym wyłącznie mleczną dyetę i nie dawał nawet chleba; jednak i taka dyeta wkrótce przykrzy się chorym, często zaś wywołuje uporczywe zaparcie stolca. Autor w końcu wpadł na pomysł zastąpienia soli kuchennej w chlebie przez bromek sodu i unormował dyetę w ten sposób: 1 — 1½ litra mleka; 40,0 — 50,0 masła; 3 jaja niesolone; 300,0 — 400,0 chleba i jarzyny. Ogółem organizm dostawał w ten sposób 2300 — 2400 Cal; 2,0 soli kuchennej i 3,0 bromku potasu (w chlebie). Wyniki takiej kuracji były bardzo dodatnie.

W ciągu pierwszych 6 — 7 dni albo nie było żadnej zmiany, albo liczba napadów powiększała się (zwykle na II lub III dzień) albo też napady znikwały zupełnie.

Na 6 — 7 dzień leczenia i później we wszystkich przypadkach bez wyjątku następowała widoczna zmiana na lepsze: w 80% obserwowanych przypadków (w 7 świeżych i w 15 zastarzałych) napady ustały stopniowo zupełnie; w 20% przypadków napady stały się słabsze i mniej częste; ale i w tych przypadkach autor przypuszcza możliwość zupełnego wyleczenia przy dłuższej kuracji.

Psychika chorego poprawia się znacznie, napady nie działają nań tak ogłupiająco, jak dawniej.

Chorym w czasie kuracji przybywa na wadze, mają oni dobry apetyt i trawienie. Autor nie widział objawów zatrucia bromem nawet po kilkumiesięcznej kuracji (dawka bromku sodu 2,0 — 3,0 *pro die*).

Leczenie trwało przeciętnie 35 do 40 dni, niektóre przypadki leczono po parę miesięcy. Zdaje się, że dłużej trwająca kuracja (parę miesięcy) wywiera swój korzystny wpływ jeszcze jakiś czas po przejściu chorego na zwykłą dyetę. Autor radzi stosować swoją metodę w zakładzie i z początku brać chorego na ścisłą bezchlorową dyetę; dopiero później, gdy się okaże, że dany przypadek jest dość łagodny, to jest że oddzielne napady łatwo dają się usunąć, można zacząć stopniowo podawać coraz większe ilości soli kuchennej. Wreszcie autor radzi wypróbować tę terapię w innych chorobach nerwowych, w których jest wskazane stosowanie bromu.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 23 r. 1901). *Bolesław Żebrowski*.

96. O. FREUNDT. **Przyczynek do metodyki wykrywania peptonu w moczu i kału.** Urobilina, zawarta w moczu, zwłaszcza jeżeli znajduje się w większej ilości, stanowi poważną przeszkodę do wykrycia w moczu peptonu, względnie albumozy, za pomocą odczynu biuretowego. Chodzi więc o znalezienie metody, która pozwoliłaby usunąć zupełnie urobilinę, a nie wpływała na uszczuplenie ilości peptonu. Metoda odnośna polega na tem, że mocz, zakwaszony kwasem octowym, strąca się za pomocą octanu ołowiu, następnie zagotowuje się i przesącza na gorąco. Do przesącza dodaje się ługu w celu strącenia ołowiu i po przesączeniu otrzymuje się płyn zupełnie wolny od urobiliny. Przy takim postępowaniu straty peptonu są bardzo niewielkie, zaledwie około 6%, co autor stwierdził za pomocą doświadczeń kontrolujących. Postępować należy w sposób następujący: 10 ctm. sz. moczu zakwasza się 2—3 kroplami 20% kwasu octowego i dodaje się 5 ctm. 20% roztworu octanu ołowiu; otrzymany płyn z obfitym osadem gotuje się dokładnie i przesącza na gorąco. Do przesącza dodajemy ostrożnie ługu potasowego dopóty, dopóki otrzymuje się osad, poczem mieszaninę tę należy raz zagotować i przesączyć. W otrzymanym teraz alkalicznym przesączeniu wykrywamy pepton przez dodanie roztworu siarczanu miedzi. Badanie kału odbywa się w podobny sposób.

(*Centralbl. f. in. Med.* Nr. 27, r. 1901.).

K. Z.

97. F. J. POYTON i AL. PAINÉ. **Dalsze badania nad etiologią gośćca ostrego stawowego.** W ciągu swych badań, które miały na celu wykrycie przyczyny gośćca ostrego stawów, autorzy spostrzegali dwa przypadki tego cierpienia, od obydwu chorych robili szczepionki i otrzymali czystą hodowlę dwuziarniaka. Drobnoustrój ten w czystej hodowli został zaszczerpiony królikowi, u którego wystąpiło zapalenie osierdzia, wsierdzia na zastawkach i zajęcie kilku stawów. Wysiłek zapalny, wzięty ze stawu jednego z tych królików, został zaszczerpiony na pożywkę sztuczną, i znów otrzymano czystą hodowlę powyższego pasorzyta. Autorzy twierdzą, że wykryty przez nich dwuziarniak stanowi przyczynę gośćca stawowego. U jednego z zaszczerpionych królików spostrzegano zbiór objawów, podobny do płasawicy: zwierzę stało się bardzo „nerwowe” i dostało lekkich drgawek w mięśniach kończyn i pyska. W mózgu tego królika znaleziono te same dwuziarniaki w oponie miękkiej i w śródbłonku naczyń włosowatych kory mózgowej. Dalej— autorom udawało się znajdować odnośne dwuziarniaki w komórkach wielojądrowych (wysiłek z osierdzia) zarówno u ludzi, jak i u zwierząt, i dla tego sądzą, że leukocytoza, powstająca w przebiegu reumatyzmu, stanowi czynnik ochronny ze strony chorego ustroju. Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych i na doświadczeniach na zwierzętach, autorzy nie przyznają istnienia stałego okresu wylegania w przebiegu ostrego reumatyzmu: choroba występuje najczęściej już na drugi lub trzeci dzień po zakażeniu. W wielu przypadkach można było uważać migdały za wrota zakażenia, a gorączka, to warzysząca cho-

robie, znacznie wyprzedzała objawy miejscowe. Dostyc często znajdowano prócz wysięku w stawach objawy zapalne i wyrosłe na zastawkach serca, dalej rozszerzenie i stłuszczenie mięśnia sercowego.

(*The Lancet 4 Mai. 1901*).

K. Z.

98. F. SIEGERT. Doświadczenia nad odżywianiem dzieci zdrowych i chorych za pomocą mleka Dungere'a. Główna przeszkoda, która nie pozwala odżywiać dzieci za pomocą nierozcieńczonego mleka krowiego, polega na własności jego tworzenia twardych i dużych skrzepów sernika pod wpływem soków trawiennych. DUNGERN postarał się o usunięcie tej przeszkody, podając mleko, traktowane za czynem podpuszczkowym (Labferment). SIEGERT, na podstawie swego półrocznego doświadczenia, poleca to mleko, jako pożywienie dla dzieci, zarówno zdrowych, jak i chorych, dalej dla dzieci starszych i osób dorosłych, jeżeli mleko zwykle wywołuje „gniecenie w dołku“ lub wymioty, zwłaszcza wobec nieżyty lub wrzodu żołądka. Ssawcom chorym podaje się to mleko w małej ilości, 50 grm. na raz, jeżeli zaś istnieje cierpienie przewlekłe żołądka i kiszek, to zaledwie 30 grm. Sposób przygotowania jest następujący: Do 200 grm. mleka przegotowanego lub wyjałowionego, o temperaturze ciała, (w przypadkach ciężkich i tylko tymczasowo można dawać mleko świeżo wydojone i nie gotowane) dodaje się małą szczyptę pegniny (zaczyn podpuszczkowy w połączeniu z cukrem, przygotowywany przez fabrykę w Höchst). Po kilkakrotnem dokładnem skłóceniu mleka wstawia się je z naczyniem (butelką) do wody o ciepłocie 40° C.; pozostawia się je, dopóki nie zwarzy się, mniej więcej na 5 — 10 minut. Teraz można w razie potrzeby dodać śmietanki, kleiku, wody i t. p. i następnie mąci się mleko tak długo, żeby pozostały drobnutki zaledwie dostrzegalne skrzepy.

Płyn ten podaje się ogrzany do temperatury ciała. Zważać należy, żeby przerwy między posiłkami wynosiły 3 — 3½ godziny. Ilość podanego mleka przed 8 miesiącem życia nie powinna dochodzić do litra na dobę, a w pierwszym roku nie przechodzić litra. Już po 4 tygodniach takiego żywienia można dawać mleko zwykle bez podpuszczki. W razie zaparcia dodaje się do mleka nieco śmietanki lub cukru.

(*Münch. med. Wochenschrift. Nr. 29. 1901*).

K. Z.

### III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji chirurgicznej.

„O dolnym segmencie macicy“ mówił d-r A. OSTROIL, asystent kliniki prof. RUBESKI. Autor dowodzi, że dolny segment nie istnieje wcale, a więc i poglądy KUESTNER'a są mylne, jakoby dolny segment podczas ciąży tworzył się z szyi, i SCHROEDER'a, według którego dolny segment tworzy się z *corpus uteri*. W czasie ciąży jama macicy tworzy jedną przestrzeń. Ściany jej w kierunku dolnym są cieńsze, lecz przejście owo nie jest nagłe i w miarę postępu ciąży przejście staje się nieznaczniejsze. W niektórych przypadkach długość szyi aż do końca ciąży zostaje niezmienną. W czasie porodu szyja bądź się rozciąga, bądź iku gorze wyciąga, a więc dolny segment macicy podczas porodu — to wyciągnięta



i rozciągnięta szyja. Wyżej przytoczone poglądy opiera prelegent na badaniach klinicznych, makroskopowych i mikroskopowych ciężarnych i puerperalnych macic.

D-r J. FRANTA mówi o rezultatach zastosowania metody GRAMMATIKAT'ego w *endometritis*, *metritis*, *para-perimetritis*, *sulpingoophoritis* i t. d. pochodzenia tryprowego lub połogowego. Wstrzykiwania odbywały się trzy razy tygodniowo, każda chora otrzymała 34 iniekcye. Od samego początku leczenia miesiączki nie było, nastąpiła dopiero w miesiąc lub więcej po skończonej kuracji. Bóle i nieprawidłowe krwawienia ustawały, miesiączka stała się prawidłową, narządzenie macicy znacznie malało, chore czuły się rzeświejszemi i silniejszymi. Z 20 chorych 4 zupełnie wyzdrowiały, stan zdrowia pozostałych 16 znacznie się polepszył. Są to rezultaty dobre, tembardziej, że były to pacjentki biedne, które się szanować nie mogły. Chudych, bezkrwistych, histerycznych chorych sposobem wyżej wymienionym autor nie radzi leczyć. D-r C. ROHAC (Rohacz) na podstawie obserwacji, czynionych w klinice prof. PAWLIKA, wyłożył podobieństwo i różnice między miednicą przy obustronnem wrodzonym zwicnięciu w biodrze a miednicą spondylolistetyczną oraz przyczyny tych deformacji. Przy luksacyjnej miednicy prognoza zupełnie bywa dobra (z wyjątkiem, rozumie się, częstych przypadków wczesnego porodu), przy spondylolistetycznych zaś — rokowanie zależy od stopnia zwężenia.

D-r KOMAREK w odczycie „Kwestya cesarskiego cięcia“ poleca przy konserwatywnem cięciu cesarskiem sposób SAENGER'a (podłużny). Uważa za najodpowiedniejszą ku temu chwilę pierwszy okres porodu; dodaje, że operacya ta jest niczem innem, jeno zwykłą laparotomią, nie grożącą kobiecie tak wielkiem niebezpieczeństwem, zwłaszcza gdy przedtem nie była często badana wewnątrznie. Zbyteczną mu się wydaje ręczna kompresya szyi macicy lub naczyń, wystarczy dłuższa kontrakcyja macicy. Węzłowy ścieg katgutowy daje lepsze rezultaty, niż jedwabny, gdyż pierwszy może się wessać. Nie używa wcale wstrzykiwań ergotynowych — uważa je bowiem za bezcelowe. Odczyt popiera przypadkami z kliniki prof. PAWLIKA.

D-r J. LANDR, mówiąc o „Etiologii *melancholice neonatorum*“, dochodzi do przekonania, że w ogromnej większości przypadków przyczyną tej choroby bywa *lues*, *sepsis ab umbilico*; zakażenie powstaje przed lub podczas porodu najprędzej za pomocą wód porodowych, będących w rozkładzie, które dostały się do przewodu pokarmowego dziecka. Dr. CIPEK poleca zaniechanie kąpania niemowląt, gdyż przez pępowinę najczęściej dostają różnych chorób niemowlęta, a radzi natomiast dla utrzymania czystości ciała częste przewijanie i zmianę bielizny. Metoda owa stosowana bywa z dobrymi rezultatami w klinikach czeskich. Dr. J. ELGART z Brna Morawskiego opisał rzadki przypadek szefa swego, dr. NEOPIL'a, *osteomyelitis* u 2-tygodniowego niemowlęcia. Chodziło o przedwczesny poród w ósmym miesiącu u matki, która przed czterema tygodniami przechodziła ciężką *polyarthriti uculi*. Spokojne w pierwszym tygodniu dziecię dostało *eczemu pustulosum*, a w końcu 2 tygodnia znać było zapalne obrzmienie. Po trzech miesiącach wykonano nekrotomię całej górnej części prawej piszczeli. Wyleczenie nastąpiło po 6 tygodniach wraz ze skróceniem 1,5 ctm; obecnie zaś t. j. w 13 miesiącu życia noga jest krótsza o  $\frac{3}{4}$  ctm. Trudno wytłomaczyć pochodzenie *osteomyelitis* w tym przypadku, gdyż dopiero w drugim tygodniu przywołano lekarza, na danyen zaś przedtem nie można polegać. Możliwem jest, że zarazki przeszły na dziecko już w życiu wewnątrzmacicznym, ponieważ matka przy końcu ciąży przeszła chorobę septyczną, która wywołała przedwczesny poród; przypuszcze-

nie to nie wyłącza możliwości zakażenia dopiero po porodzie dzięki ropiejącej pryszczycy skóry.

Dr. O. KUTVIRL, asystent kliniki otyatrycznej, podaje sposób operowania fibromatów i wogóle nowotworów nosogardzielowych, sposób ten stosowany jest od 1886 roku przez prof. KAUFMAN'a w klinice czeskiej. Zgięta sonda z uszkiem przez które przewleczona jest grubsza nitka, przeprowadza się do jamy nosogardzielowej. Gdy się nitka ukaże za miękkim podniebieniem, wyciąga się ją przez usta nazewnątrz. Do nitki przytwierdza się końce drutu (platynowego lub stalowego) w ten sposób, aby utworzyły pętelkę; za pomocą nitki pętelka wciągnie się do jamy nosogardzielowej w ten sposób, że końce jej wystają z nosa nazewnątrz. Przy pomocy palca, wprowadzonego do jamy nosogardzielowej przez usta, okrążamy pętelką nowotwór u podstawy; po odwiązaniu nitki, końce pęteli włożyć należy do podwójnej nasadki, którą, o ile możności, zapuszcza się głęboko do nosa w kierunku jamy nosogardzielowej. Po fiksowaniu pęteli około nowotworu nasadkę przytwierdzamy do rączki, połączonej z baterią galwanokaustyczną. Po wypaleniu nowotwór wypada przez usta; resztki zaś przypalane bywają galwanokaustycznie lub kwasem chromnym. Sarkomaty również w ten sposób wycinano. Rezultaty operacji bardzo dobre. Przy silnych krwotokach wystarczało tamponowanie nosa i hypodermokliza — podwiązywanie *carotis* jest zbyt ciężkie. Dr. K. VYMOŁA w „Przyczynku do terapii ostrych zapaleń usznych“ poleca zastosowanie ciepłych okładów na ucho od 24 do 48 godzin z „cataplasme instantané à la Mousse d'Islande“, ogólnie znanym pod nazwą Cataplasma LELIEVRE w zwykłych i powikłanych ostrych zapaleniach usznych. Z 63 przypadków leczonych wszystkie zdrowe wyszły z kliniki. W drugiej pracy swej dr. K. VYMOŁA daje nowy sposób leczenia „infekcyjnego skleromatu“. Sposób ten polega na wstrzykiwaniu od 0,5 ctm. sz. do 8,5 ctm. sz. plasminy (albo proteiny), przygotowanej z ciał bakterii skleromatowych, według metody BUCHNER'a z odparzeniem aż na  $\frac{1}{10}$ . Za pomocą szpryczki PRAWATZ'a wprowadzał płyn w okolice międzyłopatkowej. Stan zdrowia chorych, leczonych tym sposobem przez ostatnie lat 8 (7 przypadków) w klinice prof. KAUFMAN'a, znacznie się polepszył; przewody nosowe znacznie się rozszerzyły, oddechanie stało się lżejsze swobodniejsze. Opierając się na rezultatach doświadczeń na zwierzętach, autor dowodzi: 1) że *bact. sclerom.* jest rzeczywiście patognomiczne, 2) że części nowotworu i kultury, wprowadzone do różnych narządów zwierząt, nie wywołują zwiększenia się nowotworu lub wzrostu skleromatowej tkanki i 3) że ciągłe pojawianie się prątka skleromatu w tkance, a również i pewne jego własności różne od podobnych mu prątków dowodzą jego etiologicznego stosunku do skleromatu, umieszczonego czy to w nosie, czy w krtani. Wreszcie prelegent proponuje zmianę „rhinoscleroma“ na „scleroma infect“, opierając się na badaniach FRISCH'a, PALTAF'a, głównie zaś HLAVY. Dr. CISLER mówił „O sprawie zapalenia ucha średniego u niemowląt“. Doc. dr. O. FRANKENBERGER wygłosił statystyczną pracę na temat: „Górne drogi oddechowe u dzieci szkolnych“. W roku 1897, 98 i 99 zbadał prelegent 2400 chłopców i 2377 dziewcząt w wieku od 6 do 15 lat. *Devitio septi* znalazł u 13,2% wszystkich dzieci; w wieku 6 lat, to jest przed powtórnym ząbkowaniem (*dentitio*), tylko u 9,34%; *crista* i *spina septi* u 13,39% ogólnej liczby; u sześciolletnich zaś tylko 2,82% — z czego autor sądzi, że *devitio*, *crista* i *spina septi* mogą się rozwinąć przed powtórnym ząbkowaniem, lecz są to przypadki rzadkie. W 28 przypadkach znalazł doc. Fr. dolne muszle nadzwyczaj małe, pozatem w 15 przypadkach zasychającą wydzielinę, którą w jednym razie czuć było. Odkrycie to potwierdza pogląd ZAUFAL'a o powstawaniu oze-

ny, mianowicie, że głównym jej warunkiem jest niedorozwój dolnych muszel, powodujący rozszerzenie przewodów nosowych. Przerost migdałów znalazł autor u 34,49% wszystkich dzieci, wyrosłe adenoidalne u 32,95% ogólnej liczby, wyso-ki zaś stopień wyrosła konstatuje prelegent tylko u 4%. Uważał również autor, że *hypert. tons. phar.* umiarkowana częściej bywa w klasach zamożniejszych; *hypertrofia tons. phar.* nie ma żadnego wpływu na rozwój i postępy dzieci. Prof. dr. V. JANOWSKY w dwóch wykładach podał stan dzisiejszej nauki o rzeżączce i szkic studjów swych nad endoskopią kanału moczowego. Doc. dr. J. BUKOWSKY na mocy klinicznego materiału wyjaśnił w swym odczycie różnicę między ziarni-niakami (*gumma*) i *ulcer. syphilit.*

Dr. V. MAXA mówił „O wartości leczniczej protargolu i ichtarganu w rze-żączce“. Na mocy doświadczeń, nabytych w klinice prof. JANOWSKY'ego, dr. MAXA uważa protargol za skuteczny w tym razie, kiedy nie wywołuje żadnego kataru deskwamatywnego lub palenia w kanale moczowym; w krótkim czasie zmniejsza on liczbę gonokoków, lecz nie leczy zupełnie; dla dokonania leczenia trzeba zwy-kle uciekać się do starych środków. Z tego wypływa, że protargolu nie można uważać za środek swoisty przeciw rzeżączce. Ichtargan nie wywołuje żadnych subiektywnych przykrości w roztworze 0,02 — 0,05:200, nie niszczy również zu-pielnie gonokoków, zmniejsza zaś w krótkim czasie sekrecję, która nawet traci ropny charakter.

Dr. Václav CERNÝ z Kolina mówił „O etiologii i symptomatologii idiopa-tycznego czyraka (*furunculus*)“. W całej literaturze dermatologicznej w niewielu miejscach (ZUELLER, FUCHS i in.) znajdujemy przypuszczenie, że czyrak pewnie objawia się i epidemicznie i że jest również zakaźny. Z własnej praktyki autor przytacza fakty na potwierdzenie tego przypuszczenia. Za epidemicznym cha-rakterem czyraka przemawia statystyka za ostatnie trzy lata: w r. 1897 w prze-ciągu trzech miesięcy (wrzesień—listopad) na czyraka przypada 55% wszystkich leczących się w tym roku; w 1898 r. (czerwiec—sierpień) 56%, w 1899 r. (paździer-nik—grudzień) 45%. Epidemia w r. 1898 poucza, że choroba powstaje nie tylko w czasie wilgotnym i chłodnym, jak chce wielu autorów. Co się tyczy sympto-matologii i profilaktyki terapeutycznej, zasługuje na uwagę okoliczność (dotąd nigdzie nie zaznaczona), że zaraz na początku rozwoju towarzyszy czyrakowi poza bólem zapalnym wielka nadczułość skóry dookoła. Leczenie abortywne polega na rozcięciu pustułki, usunięciu jej zawartości i wymyciu roztworem su-blimatu w spirytusie lub chloroformie.

Prof. d-r KUKULA wygłosił odczyt „O autointoksykacyach przy okluzjach wewnątrzności“.

Doc. d-r R. JEDLIČKA przedstawił pracę chorego prof. MAYDLA na temat „O nowotworach żołądka“.

D-r B. NIEDERLE mówił „O rezultatach terapii *carcinoma recti*“. Materiału do rzeczy tej dostarczyło prelegentowi 188 przypadków *carcinoma recti*, na pod-stawie doświadczenia nabytego w tym kierunku autor twierdzi, że w przypad-kach, gdy można operować radykalnie, należy używać o ile możliwości metody najprostszej; paliatywną zaś kolotomię lepiej stosować w przypadkach, nie tylko nie nadających się do operacji, lecz i tam, gdzie radykalna terapia była możebna, ale tak skomplikowana, że pociągałaby za sobą bardzo niepomysłne roko-wanie. Śmiertelność po radykalnej operacji wynosiła 15%; najdłuższy przeciąg czasu życia pacjentów bez recydywy 3½ roku; średni przeciąg czasu życia po operacji 12 miesięcy. Przy paliatywnych kolotomiach śmiertelność wynosi 4%; najdłużej żyją 3¼ roku po operacji, przecięciowo zaś 10—11 miesięcy.



D-r ZAHRADNICKY z Niemieckiego Brodu w rzeczy „O pierwotnych rezekcjach w przepuklinach zgorzelinowych“ radzi częstsze używanie rezekcji pierwotnej, niż to dotąd miało miejsce; następnie daje statystykę przypadków ze swej praktyki. W drugim odczycie mówił d-r Z. „O rezultatach operacji VULPIUS'a transplantacji ścięgien w paraliżu i skrzywieniach kończyn“. Jeżeli przenieść siłę zdrowego mięśnia na sparaliżowany lub paretyczny za pomocą fiksacji całego lub części zdrowego ścięgna na ścięgno chore, można uzyskać znów czynność sparaliżowanego mięśnia. Myśl tę pierwszy w czyn wprowadził NICOLADONI w 1882 r. przy *pes calcaneus*, w 1892 r. ś. p. DROBNIK zastosował przy *pes equinus paralyt.*, VULPIUS zaś najbardziej metodę ową udoskonalił. W odczycie tym daje autor zestawienie operowanych przypadków, zebranych z literatury, w liczbie 226.

D-r V. KOPFSTEIN naczelny lekarz szpitala w Młodej Bolesłavi przytacza rzadki przypadek „rozwoju kankroidu w epidermalnej traumatycznej torbieli sakralnej“. Dnia 6 grudnia 1900 r. przyjęto do szpitala 58-letniego mężczyznę, który, będąc 10-letnim chłopcem, spadł na krzyż z dachu i silnie sobie potłukł krzyż. W okolicy kości krzyżowej w parę miesięcy utworzył się nowotwór wielkości włoskiego orzecha, który bardzo wolno rósł i po dwudziestu latach był wielkości pięści. Dopiero w roku zeszłym (1889), to jest po 48 latach, począł się nowotwór nadzwyczaj powiększać. Przy badaniu okazało się, że w okolicy *os sacrum* silnego, kościstego, anemicznego mężczyzny znajduje się nowotwór wielkości głowy dziecka, pokryty niezmienioną skórą z widoczną fluktuacją. 10 grudnia wykonano przecięcie nowotworu w średniej linii, którego większa część została usunięta zaraz, część zaś przyrośnięta do kości była wyskrobana. Ściany nowotworu w niektórych miejscach dochodziły do 1 ctm. grubości; powierzchnia gładka, świecąca. Zawartość torbieli żółtawa, rzadka, kaszowata, składająca się z nabłonka i obfitego detrytu, włosów lub zębów nie znaleziono. Przy mikroskopem badaniu ściany worka nowotworu znaleziono wielowarstwowy nabłonek, pod nim zaś rzeczywistą oponę nowotworu; brak był kompletny gruczołów potowych, tłuszczowych i włosów. W części worka, znajdującej się na prawo od średniej linii, stwierdzono miejscami zwyrodnienie rakowe, które zajęło najmniej trzecią część całości i umieszcilo się na wypukłej części nowotworu. Makroskopowo w zdegenerowanej części nie można było zauważyć nic nadzwyczajnego. Chodzi więc o typowy kankroid. Zasługuje na uwagę wielka ilość kankroidowych pereł, znajdujących się nie tylko w głębi, lecz i na powierzchni. Tkanka w wielu miejscach z naciekiem, jak przy zapaleniu. Przemiana w raka nie mogła być skonstatowana ani przed, ani w czasie operacji, dla tego więc worek sam tylko był wycięty. Rozwój raka w ścianie zamkniętego, podskórnie ułożonego dermoidu, należy do wielkich rzadkości. Prelegent przytacza tylko 3 przypadki, zaznaczone w literaturze: dwa opisane przez FRANKÉ'go w r. 1890, gdzie podskórny epidermoid znajdował się na brzuścu palca; przypadek trzeci był operowany w klinice BERGMANN'a w Berlinie, opisał go WOLFE.

W drugim odczycie przytoczył d-r K. cztery operowane przypadki przedniej ropnej *mediastinitis*, polecając metodę trepanacji mostka, używaną przez GALEN'a, MILTONA, GIORDANO.

D-r V. CHLUMSKY z Krakowa demonstrował magnezyowy guzik, służący do zmniejszenia anastomoz trzew.

*Przemysław Rudzki.*

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BERNHARDT przedstawił w Berl. Tow. Neurol. chłopca 3 letniego olbrzymiego wzrostu i z nadmiernie rozwiniętymi narządami płciowymi. Rodzice i 5 rodzeństwa zdrowi. Chłopiec urodził się prawidłowo. Prącie odpowiada wiekowi 14—15 lat, ma 6 ctm długości; wzgórek łonowy pokryty włosami, ręce i nogi duże, odpowiadają reszcie ciała. Obwód czaszki 33 ctm. Wzrost 103 ctm.; waga 49½ funta. Przed 2 tygodniami zauważyli wypływ z cewki. Jądra wielkości jaja gołębiego. Niekiedy bywają zmyły nocne. (D. M. Zg. 29—1901).

= NOORDEN, na zasadzie 600 przypadków cukrzycy, spostrzeganych w ciągu lat 5, utrzymuje, iż leczenie powinno być głównie higieniczno-dyetyczne, wszelkie zaś nowe środki (antimellina, glykosolvol, sacharosolvol i in.) nie posiadają żadnej wartości. W rzędzie leków N. stawia najwyżej makowiec, dalej zrzygium jambolanum; również skuteczna jest woda karlsbadzka ciepła. Kwas salicyłowy (zwłaszcza aspirynę) N. zaleca w tych przypadkach, gdy chorzy mogą przyjmować nieco węglowodanów bez pojawiania się cukru w moczu. Aspiryna pozwala zwiększać ilość węglowodanów. Przeciw objawom nerwowym N. zaleca bromipinę, jakoteż dioninę (0,015, dwa trzy razy dziennie). Swędzenie szybko ustaje od aspiryny. (Deutsche Praxis, stycz. 1901).

= KRZYWSKI opisuje przypadek dwukrotnego pęknięcia macicy podczas porodu u kobiety, po raz 6-ty rodzącej, mającej lekki stopień zwężenia miednicy. Celem przyspieszenia porodu K. wykonał obrót na nóżkę, przyczem rozpoznał pęknięcie macicy, gdyż wyczuwał pętle kiszek. Po 23 dniach chora wyzdrowiała. W 10 miesięcy później ponowne zajście w ciążę. W 8-ym miesiącu sprobowano w szpitalu wywołać sztuczny poród. Po odejściu wód wystąpiły objawy groźnego pęknięcia macicy, wskutek czego przystąpiono do cięcia cesarskiego. Wobec jednak całkowitego pęknięcia wycięto całą macicę. Chora wyzdrowiała. (Wrac. 1901).

= BERENGUER opisuje bardzo rzadki przypadek przebywania glist w pęcherzu. Kobieta 78-letnia długi czas wydalała krew z moczem. Przedmiotowe badanie nie wykryło przyczyny. Dopiero po kilku miesiącach wyszło z moczem kilka glist, po części w stanie maceracji. Prawdopodobnie dostały się one do pęcherza z odbytnicy. (Rivis. di Medic. 14. 12. 1900)

= VARNIER i SENS poddali szczegółowemu rozbirowi zebrane w literaturze przypadki ciąży pozamacicznej i doszli do wniosków następujących: 1) ciąża pozamaciczna powtarza się częściej, niż zwykliśmy mniemać, przyczem dany ustrój okazuje skłonność do takiego powtarzania się; 2) powtórna ciąża pozamaciczna spostrzegać się daje w trąbce przeciwległej, np. z 65 przypadków raz tylko powtórzyła się po tej stronie, a 43 razy po przeciwnej (16 w lewej, 27 w prawej); 3) odstęp między ciążą powtórna a pierwszą (stwierdzoną operacyjnie) bywa rozmaity, mianowicie: mniej niż 2 miesiące — 1 raz, 3—12 mies. 18 razy, 12—18 mies. 7 razy, 18—24 mies. 10 razy, 2—3 lat 8 razy, 3—5 lat 7 razy, 5—6 lat 4 razy, 12 lat — 1 raz; 4) na 65 przypadków tylko 6 razy spostrzegano ciążę maciczną pomiędzy pierwszą a drugą ciążą pozamaciczną; 5) w rzędzie momentów przyczynowych autorzy wymieniają zapalenie trąbek (*tendosubpymitis*). (Annal. de gyn. et d'obstetr. T. 55).

= STRAUS opisuje jedyny w literaturze przypadek jednoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej u 34 letniej kobiety, po raz trzeci brzemiennej, stwierdzono ciążę zewnątrzmaciczną prawostronną, a zarazem ciążę zwykłą 4 miesięczną. Z powodu pierwszej ciąży usunięto drogą operacji *haemutocoele* i wycięto jajowód i jajnik prawy; przytem sprawdzono rozpoznanie ciąży macicznej w 4 miesiącu. Wskutek zakrzepu w żyłach prawej kończyny dolnej z gorączką nastąpiło poronienie w 3 tygodnie po operacji. (Ztschr. f. Geb. und Gyn. T. 44).

P.

Wydawca Dr. L. Guranowski.

Доводило Пензуров, Варшава 18 Октабря 1901 г.

Redaktor odpowiedzialny Dr. med. H. Sadowski.

Druk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

# SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową, a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, braku krwi, blednicy, chorobach żołądka, i kiszek, zбочeniach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wyniszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, karmiących piersią.

## Doskonale działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-cim oddziale wewnętrznej kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a w Wiedniu, w zamiejskiej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

*Przygotowuje firma:*

## Bauer et C-ie, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GLÓWNY REPREZENTANT W WARSZAWIE:

Apteka H. Biertümpfla, ulica Marszałkowska Nr. 136, róg Ś-to Krzyskiej.

*Prawdziwy tylko w ruskim opakowaniu.*

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

# D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

*przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.*

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

## „Hélouan les Bains” w Egipcie.

Stacya klimatyczna dla chorych nerkowych, piersiowych i reumatycznych. 40 minut jazdy koleją od Kairu. Otwarte sezon od 1-go października now. stylu. Znacznie ulepszone w stonaku do roku zeszłego, pierwszorzędny pensjonat, Hôtel-pension „villa Wanda.” — W. Bilińskiej. Własna kuchnia dyetetyczna. W miejscu lekarze specjaliści.

Utrzymanie całodzienne od 8 do 10 franków. Przy pomieszczeniu 2 osób w jednym pokoju następstwo.

— Adres: Egypte-Hélouan „Villa Wanda.” M-me Wanda de Bilińska. —



# KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.

**NAJWYŻSZA**  
 NIŻ. NOWOGROD 1869.

**WAGRODA**  
 KAZAN 1896.

**KONIAK**  
 KAUKAZKI NATURALNY  
*D. Z. Saradzewa*

Warszawskie Hygieniczne Laboratorium Miejskie,  
 stałymi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność  
 koniaków.

Zaszczycony złotym medalem na wszechświatowej  
 wystawie w Paryżu w 1900 r. „Prawit. Wiest. № 10.

Agentami w kantorze są pp. Szware i Stucki.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy  
 Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina  
 Metbylen-Blau med. Rezoreyna med. Hydro-  
 chinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach  
 z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco)

Opuścić prasę i jest do nabycia u wydawcy (w Warszawie, ŚWIĘTOKRZYSKA 29) i we wszystkich księgarniach

## KALENDARZ LEKARSKI NA ROK 1902.

Dr. J. POLAKA.

Treść: Ratownictwo. Otrucia (znacznie uzupełnione). Najwyższe dawki środków mocno działających. Zamiana wag. Porównanie ciepłoty według trzech termometrów. Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych i mięsaszowych, leków wprowadzanych do odbytnicy, do cawki, łącznicy i t. p. Stężenie roztworów do płukań. Dawkowanie leków do wziewań, do podziwoń, wdychań. Rozpuszczalność różnych przetworów w wodzie, wysokoci i eterze, kąpiele lecznicze itp. Podręcznik terapeutyczny z udziałem pierwszorzędnych powag lekarskich w Warszawie ułożony, uzupełniany obecnie dokładnym przeglądem najnowszych leków (do września r. bież. włącznie zanotowanych w literaturze). Spis wydziałów i szkół lekarskich we wszystkich częściach świata. Metrologia znacznie uzupełniona. Najzupełniejszy alfabetyczny spis istniejących w Europie zdrojowisk i uzdrowisk z oznaczeniem głównych danych. Lista lekarzy i instytucji lekarskich w Warszawie—skład uniwersytetu, urzędu lekarskiego, szpitali, lecznic i t. p.), aptek i składów aptecznych i t. p. Lista lekarzy, szpitali i aptek na prowincyi (w Królestwie Polskiem). Lista lekarzy-polaków praktykujących u wód zagranicą.

Oprawa wykwiutna — ze sztucznej skóry, z notatnikami kwartalnymi, wkładanymi, z ołówkiem i gumą.

Cena egzemplarza i rb. 50 kop., z przesyłką i rb. 60 kop., zaś i rb. 70 kop. za zaliczeniem pocztowem.

Nabywający egzemplarz kalendarza mogą otrzymać (od autora) po cenie zniżonej (3 rb. zamiast rb. 4 z przesyłką, „Naukę o szczęśliwości“ przez d-ra Polaka (str. 450 wielkiego formatu na weliwie, patrz ogłoszenie w Kalendarzu lekarskim).