

Nr 45. Warszawa d. 27 Paździej. (9 Listopada) 1901 r. T. XXIX.

MEDYCINA.

CZASOPISMO 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 jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varonne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O nowotworach mieszanych ślinianek Podał J. Steinhaus. (Dokończenie). — O stosunku wzajemnym żołądka i grzłnicy u dzieci. Podał J. Brudziński. — STRESZCZENIA I WYCIAĞI. 99. Zastosowanie i wskazania lecznicze jodiny. 100. Moje leczenie suchot płucnych. 101. Kokainizacja mlecza paciorkowego metoda Bier'a. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 24 września i 5 października r. b. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — 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 J. Brudziński — Sur la relation mutuelle de la scrofulose et de la tuberculose.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Steinhaus — Ueber gemischte Geschwülste der Parotis. 2) D-r J. Brudziński — Ueber das gegenseitige Verhältniss der Scrofulose und der Tuberculose.

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.

(Dokończenie—Zob. Nr. 44).

O ile opisane zmiany w tych grupach komórek nie dosięgły wysokiego natężenia, otoczenie tych grup pozostaje normalnem; przy wyższem zaś natężeniu zmian następuje widocznie pęcznienie, skutkiem którego otaczające te grupy komórki epitelioidalne zostają uciśnięte i spłaszczają się, co nadaje całym tym grupom pewne popobieństwo do pereł rakowych, choć podobieństwo jest tylko odległe, brak bowiem najcharakterystyczniejszej cechy — rogowacenia, zamiast którego mamy tutaj zwyrodnienie szkliste lub śluzowo-

szkliste, którego produkty w końcu zastępują degenerującą grupę komórek, wokół której spłaszczenie komórek otaczających utrzymuje się w dalszym ciągu, nawet po zupełnym zwyrodnieniu komórek i wessaniu się zawartości wytworzonego w ten sposób światła.

Opisując twory epitelioidalne, jak one się przedstawiają przy małym powiększeniu, wzminaliśmy, że w niektórych miejscach guzów tworzą one miasto skupień sieci. Przy dużych powiększeniach okazuje się, że sieci te, niekiedy łączące się ze skupieniami, niekiedy zaś nie (na skrawkach mikroskopowych), składają się z pasem komórkowych, częścią podobnych do szczelin i kapillarów limfatycznych, więc posiadających światło (Rys. 7), częścią zaś pełnych, składających się z kilku rzędów komórek wrzecionowatych (Fig. 6). W miejscach węzłowych sieci komórek przybierają kształt wielokątny i tworzą grupy, częstokroć już zupełnie identyczne z opisanymi wyżej skupieniami epitelioidalnymi i niekiedy nawet posiadające światło.

Na dwa szczegóły morfologiczne pragnąłbym jeszcze zwrócić uwagę.

Obwodowe komórki skupień są, jak już wspominaliśmy, podobne do komórek walcowatego nabłonka; o ile skupienia są ostro odgraniczone od otoczenia, podobieństwo to jest istotnie duże. W wielu wszakże miejscach nowotworów odgraniczenie to nie jest ostre; już na pierwszy rzut oka widać stopniowe przejście do otaczającej tkanki. Badając budowę owych walcowatych komórek w takich miejscach, widzimy, że są one wprawdzie wysokie, ale boki ich, tak samo jak i górna i dolna powierzchnia, nie tworzą linii prostych i nie ma przylegania całkowitego do sąsiednich komórek, lecz w różnych miejscach występują wyrostki, któremi komórki te łączą się zarówno z sąsiadami ze skupienia, jak i z komórkami otaczającej tkanki śluzowej. Po między wyrostkami czasami leży substancja śluzowa, czasami zaś przestrzeń jest zupełnie pusta na preparatach — widocznie za życia znajdował się tam płyn, z którego odczynniki nic nie strąciły.

Drugi szczegół — to rzadko przez autorów notowana obecność w guzach mieszanych ślinianek komórek olbrzymich wielojądrowych. Znajdywaliśmy je w obydwóch naszych przypadkach miejscami dość obficie, w innych zaś miejscach bardzo rzadko (Rys. 4 i 5).

BOSC i JEANBRAU²⁾, którzy w jednym z 8 badanych guzów gruczołu przyusznego znaleźli jedną olbrzymią komórkę, widzieli ją w świetle „szczeliny“ limfatycznej (lumière lymphatique), gdzie leżała wśród jednojądrowych komórek epitelioidalnych; za pomocą wyrostków komórka ta łączyła się ze ścianą „szczeliny“.

Badane przez nas komórki olbrzymie posiadały kształty najrozmaitsze, najczęściej wszakże okrągławe lub jajowate. Jądra ich miały takie same cechy morfologiczne, jak jądra komórek skupień epitelioidalnych, więc były ostro konturowane, miały wyraźną budowę chromatynową i jąderko pojedyncze lub kilka jąderek. Najczęściej leżały komórki olbrzymie pojedynczo, rzadziej po kilka obok siebie na granicy skupienia komórek epitelioidalnych w jego przejściu do tkanki śluzowej lub chrzęstnej, rzadziej wśród tych ostatnich. W świetle przekrojów, przypominających przekroje naczyń limfatycznych, widziałem je też kilkakrotnie, i raz komórka taka wraz z kilkoma jednojądrowymi tworzyła ścianę takiego światła (Fig. 5 na lewo).

²⁾ BOSC et JEANBRAU. Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. Nouveau Montpellier Medical. 1899. p. 57.

Już na wstępie zaznaczyliśmy, że zdania w kwestyi, czy należy uważać opisane tutaj nowotwory za nabłoniaki (*epitheliomata*), czy też za śródbłoniaki (*endotheliomata*), są dotychczas podzielone. Geneza tkanki śluzowej, chrzęstnej i kostnej, wchodzących w ich skład, też rozmaicie bywa tłumaczona.

Te sporne kwestye musimy tutaj omówić, żeby umotywować poglądy własne. Zwolennicy natury śródbłonkowej mięszu omawianych nowotworów wyobrażają sobie (VOLKMANN i inni), że punktem wyjścia bujania nowotworowego są komórki śródbłonkowe szczelin limfatycznych tkanki łącznej. Mnożąc się, komórki te wypełniają szczeliny, zachowując z początku swoją postać, zbliżoną do wrzecionowatej, później zaś przybierając kształt wielokątny pod wpływem wzajemnego ucisku. Pasma bujających komórek śródbłonka międzypęczkowego tkanki łącznej są w pierwszym okresie bujania cienkie, składają się z jednego rzędu komórek; później grubieją one i odpowiednio do układu pęczków tkanki łącznej tworzą albo równoległe sznury, albo sieci. Obrazy te już nieco przypominają twory rakowe, ale to podobieństwo staje się większem dopiero, kiedy w pasmach komórek śródbłonkowych zjawiają się światła, wokół których komórki układają się na podobieństwo komórek gruczolowych. Pojawianie się światel objaśniają jedni nagromadzeniem się limfy w szczelinach, w których odbywa się bujanie nowotworowe, inni samoistnem dążeniem komórek do grupowania się wokół centralnego światła, inni wreszcie degeneracyami komórkowemi.

Powstałe wskutek dalszego bujania tych sznurów i sieci skupienia komórek odróżnić można od rakowych ciał na podstawie danych następujących (według VOLKMANN'a⁴⁾): skupienia te nie stoją nigdy w żadnym związku z elementami nabłonkowymi gruczolu; przy bujaniu rakowem w szczelinach i naczyniach limfatycznych śródbłonek tych ostatnich pozostaje niezmiennym; w rakach z powodu luźnej łączności ciał rakowych z podścieliskiem łącznotkankowem następuje prawie zawsze przy nierównomiernem kurczeniu się tkanek w wysoku, odstawanie ciał rakowych od ścian alweol, w tworach zaś śródbłonkowych łączność mięszu z tkanką łączną jest tak ścisła, że do odstawania przy stwardzaniu w wysoku nie dochodzi. Obok układania się bujającego śródbłonka w sznury, rurki, sieci i t. d. ma miejsce często również i rozlane bujanie, skutkiem którego powstają obrazy, których od zwykłych mięsaków lub infiltracyi rakowej odróżnić nie można. Powiększanie się nowotworu zależy zarówno od bujania już istniejących od początku grup komórek nowotworowych, jak i od powstawania nowych sieci i sznurów komórkowych przez bujanie śródbłonka szczelin limfatycznych tkanki łącznej, wśród której cała sprawa się rozgrywa.

Krytykując powyższe zapatrywania, zwolennicy rakowej natury omawianych nowotworów (HINSBERG⁵⁾), odmawiają przedewszystkiem prawa sądzienia o genezie guzów na podstawie obserwacyi obwodowych części już rozwiniętych guzów. Opisywane w tych częściach guzów rozrosty śródbłonkowe nie dowodzą, że mięsz nowotworów właśnie wskutek takich rozrostów powstał.

⁴⁾ VOLKMANN. Ueber endotheliale Geschwülste. D. Zeitschr. f. Chirurgie. T. 41. 1895.

⁵⁾ HINSBERG. Beitr. z. Entwicklungsgeschichte u. Natur d. Mundspeicheldrüsengeschwülste D. Z. f. Chir. 1899. T. 51.

BORST ⁶⁾ obserwował przy wrastaniu różnych nowotworów w szczeliny limfatyczne odczynowe bujanie ich śródbłonka i przekształcanie się jego komórek w twory bardzo podobne do nabłonka, jakkolwiek nie mogło ulegać żadnej wątpliwości, że pomiędzy mięszem nowotworów a śródbłonkiem nie było żadnego związku genetycznego.

Bujanie śródbłonka szczelin limfatycznych na obwodzie guzów nie może więc stanowić argumentu na korzyść śródbłonkowego pochodzenia guzów mieszanych ślinianek, tem bardziej, że wyniki badań RIBBERT'a ⁷⁾ każą przyznać, że według wszelkiego prawdopodobieństwa nowotwory rosną jedynie przez mnożenie się własnych komórek, a nie przez wciąganie otaczających tkanek do rozrostu nowotworowego. Brak wszelkiej łączności nowotworów z komórkami gruczołowemi może być objaśniony nie tylko brakiem genetycznego związku między niemi, lecz również dobrze pochodzeniem guzów z oddzielonych embryonalnych zaczątków w sensie COHNHEIM'a.

Jak widać z powyższego, krytyka zwolenników nabłonkowego pochodzenia naszych guzów nie wykazuje niemożliwości śródbłonkowego ich pochodzenia; pokazuje ona tylko, że nie ma dostatecznych podstaw do wyłączenia *a priori* możliwości nabłonkowego ich pochodzenia.

To też HINSBERG starał się do powyższych argumentów dołączyć takie, które mogłyby udowodnić wprost naturę nabłonkową spornych komórek.

Najważniejszym argumentem HINSBERG'a jest znalezienie w jednym przypadku (Nr. 1) typowych kolców na komórkach, które cechują je wprost jako komórki nabłonkowe.

Argument to istotnie kapitalny: jeśli guz, w którym HINSBERG znalazł komórki kolciste, pod wszelkimi innymi względami był podobny do typowych guzów mieszanych ślinianek, o których naturę jedynie nam tu chodzi, to teoria śródbłonkowa upada raz na zawsze. Ale, czytając opis guza, podany przez HINSBERG'a, przekonywamy się, że najniesłuszniej zalicza on go do mieszanych guzów ślinianek. Był to rak, którego łącznotkankowe podścielisko miejscami podległo szklistemu zwyrodnieniu i zwapniało. Nigdzie nie było typowej chrząstki *resp.* kości, ani tkanki śluzowej. HINSBERG sam zresztą mówi tylko „o niejakiem podobieństwie“ tego podścieliska nowotworu do chrząstki i substancji osteoidnej, ale nie opisuje ani właściwej chrząstki lub kości, ani tkanki śluzowej.

Wobec tego zabójczy argument upada. Nie o takie nowotwory nam chodzi, które bez wahania z HINSBERG'iem zaliczymy do raków, lecz o prawdziwe mieszane nowotwory gruczołów ślinowych, a w tych ani HINSBERG, ani nikt inny nie widział nigdy kolców międzykomórkowych lub prawdziwych pereł rakowych.

Pozycja nie jest wobec tego jeszcze ostatecznie i bezpowrotnie stracona; inne zarzuty HINSBERG'a dadzą się również nieco osłabić.

Zgadzamy się w zupełności z poglądem RIBBERT'a, że nowotwory nie rosną wskutek wciągania otaczających je normalnych tkanek w rozrost nowotworowy, lecz jedynie wskutek bujania dalszego tkanek nowotworów. Jednak sprzeczności pomiędzy tem a powstawaniem nowych skupień epitelioidal-

⁶⁾ BORST. Verhalten der Endothelien bei d. acut u. chron. Entzünd., sowie b. d. Wachstum d. Geschwülste. Verhandlungen der phys. med. Ges. z. Würzburg, N. F. T. 31. Nr. 1.

⁷⁾ RIBBERT. Ueber Rückbildung an Zellen u. Geweben u. ueber d. Entstehung d. Geschwülste. Bibliotheca medica. C. Heft. 9 i Das pathologische Wachstum. Bonn. 1895.

nych komórek z śródbłonka szczelin limfatycznych nowotworu nie widzimy. Wszak ten śródbłonek nie należy do otaczającej tkanki normalnej, od której nowotwór oddzielony jest otoczką, lecz jest składową częścią tkanek nowotworu. Chrząstka, kość, tkanka śluzowa — wszystkie jednym słowem elementy naszych nowotworów bujają, więc również i śródbłonkowe komórki szczelin limfatycznych. Bujanie chrzęstnych komórek daje atypową chrząstkę nowotworu, bujanie śródbłonka szczelin limfatycznych — atypowe rozrosty śródbłonkowe. Nie wszystkie chondrogenne elementy zaczątku nowotworowego bujać muszą od samego początku dla wytworzenia atypowej chrząstki nowotworu, tak samo też nie wszystkie komórki śródbłonkowe szczelin limfatycznych muszą jednocześnie przekształcić się w skupienia komórek epitelioidalnych. Jedne mogą to uczynić wcześniej, inne później, i te późniejsze przekształcenia mogą być dostrzeżone pod mikroskopem w gotowych już guzach. Gdybyśmy w normalnych tkankach, otaczających guzy, szukali przekształcania się śródbłonka szczelin limfatycznych w miąższ nowotworowy, możnaby nam było zrobić zarzut, że, bezpodstawnie przypuszczając „zarażenie“ zdrowych tkanek przez nowotwór, w nich doszukujemy się przejścia zdrowych tkanek pod wpływem owego „zarażenia“ w nowotworowe, zapominając, że (jak to wykazał BORST) właśnie w otoczeniu nowotworów śródbłonkowe komórki bujają odczynowo i, nie wchodząc w skład nowotworu, stają się podobnymi do komórek nabłonkowych.

Tego my jednak nie czynimy: w tkance samego nowotworu, a nie w otoczeniu widzimy i badamy bujanie komórek i tworzenie się nowych skupień epitelioidalnych. Że w początkach tworzenia się owych skupień komórki ich są identyczne z śródbłonkowymi i dopiero później odbiegają od tego typu i zbliżają się do typu nabłonkowego (jak to bywa zresztą z śródbłonkowymi komórkami dość często i to nie tylko w nowotworowych, ale również i w zapalnych sprawach), to chyba bardziej przemawia za śródbłonkową, niż za nabłonkową ich naturą.

Embryonalne pochodzenie zaczątków nowotworowych, które HINSBERG jako argument przeciwko śródbłonkowemu pochodzeniu miąższu nowotworów mieszanych ślinianek wystawia, w istocie wcale argumentem nie jest.

Badania embryologiczne HINSBERG'a wykazały, że między 8 a 15 tygodniem rozwoju ludzkiego zarodka zaczątki ślinianek znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie z kształtującą się szczęką dolną. Pęcherzyki gruczołowe leżą pośród komórek okostny. HINSBERG sądzi, że tutaj, jak i we wszystkich guzach mieszanych, zawierających chrząstkę lub kość, punktem wyjścia dla nowotworu są nieprawidłowości w rozwoju, oddzielanie się grup komórek zarodkowych od zaczątków powstających organów, w danym przypadku pęcherzyka gruczołowego i otaczających go komórek okostny. Następczy rozrost obydwóch prowadzi do rozwoju nowotworu mieszanego.

Akceptujemy w zupełności ten pogląd o embryonalnym pochodzeniu początków nowotworowych; co do jednego tylko punktu nie możemy zgodzić się z rozumowaniem HINSBERG'a. Guzy, o które tutaj idzie, rozwijają się po za kością, w gruczole lub w jego otocze; jeśli mówić o oddzielaniu się komórek zarodkowych i przemieszczaniu ich, to może się to tyczyć jedynie komórek okostny tworzącej się szczęki dolnej, a nie komórek gruczołu. Gdybyśmy w kości znaleźli raka, to przypuszczenie przemieszczenia komórek zaczątku gruczołu byłoby na miejscu. Nie widzę więc, dlaczego by konie-

cznie należało, jak chce HINSBERG, przypuszczać jednoczesne oddzielanie się i przemieszczenie i komórek okostny i komórek gruczołowych.

Jeśli zaś takie jednoczesne przemieszczenie obydwóch rodzajów komórek nie wypływa ani z faktów, ani nie jest logiczną konsekwencją teorii zaczątkowego pochodzenia nowotworów mieszanych ślinianek, akceptowanie tej teorii nie pociąga za sobą konieczności akceptowania hipotezy o nabłonkowym pochodzeniu mięszu tych nowotworów. Przeciwnie, teoria ta raczej przemawia na korzyść śródbłonkowego ich pochodzenia. Zwolennicy śródbłonkowej teorii musieli uciekać się dotychczas do przypuszczenia metaplazji komórek w jaknajszerszych ramach, żeby objaśnić powstawanie chrząstki, kości i t. d. z tkanki łącznej międzyzrazikowej gruczołu. Nowsze badania zaś (RIBBERT, HANSEMANN) wykazują, że nie ma żadnych podstaw do przypuszczenia możliwości takiej metaplazji. Ze stanowiska hipotezy zarodkowego pochodzenia guzów trudność ta zostaje usunięta. Tkanką, z której powstaje guz, jest przemieszczona okostna rozwijającej się szczęki dolnej; a z okostny szczęki dolnej powstawać mogą zarówno chrząstka, jak i kość⁵⁾, zarówno tkanka śluzowa, jak i śródbłonkowe rozrosty.

Ze stanowiska teorii embryonalnej twierdzenie nasze, że bujanie śródbłonka szczelin limfatycznych tkanki łącznej nowotworu jest bujaniem tkanki nowotworowej, a nie normalnej tkanki ustroju, zyskuje więc jeszcze na słuszności, a tem samem teoria śródbłonkowa na prawdopodobieństwie.

Ostatnimi wreszcie argumentami na korzyść nabłonkowego pochodzenia mięszu guzów, które przytacza HINSBERG, są obrazy, dowodzące wydzielniczej według niego czynności komórek skupień epitelioidalnych i podobieństwo niektórych skupień, posiadających światło, do gruczołów.

Co się tyczy pierwszego, to obrazy przedstawione przez HINSBERG'a jako przykłady wydzielniczej czynności, są to obrazy komórek, zawierających śluz. Śluzowemu zwyrodnieniu podlegają skupienia epitelioidalne niewątpliwie bardzo często w mieszanych nowotworach ślinianek, nic więc dziwnego, że komórki ich zawierają śluz. Przy wydzielaniu śluzu komórki nabłonkowe (np. w kiszkiach, w tchawicy i t. d.) nie giną; po wydzieleniu śluzu regenerują one i na nowo rozpoczynają czynność wydzielniczą. Tymczasem w naszych nowotworach rezultatem zjawiania się śluzu w komórkach jest zwyrodnienie tych komórek, przekształcanie się całych skupień w półpłynną masę śluzu bez wszelkiego śladu budowy komórkowej, więc o wydzielniczej czynności mowy być nie może, lecz jedynie o zwyrodnieniu. Dodać jeszcze należy, że reakcye barwne nakazują przyznać słuszność Bosc i JEANBRAU⁶⁾, którzy nie uważają zwyrodnienia tego za czysto śluzowe, lecz za śluzowo-szkliste (*mucopolysaccharide*).

Co się zaś tyczy gruczołowego charakteru niektórych skupień, to jeśli w każdym skupieniu komórek wielokątnych, posiadającym okrągłe, owalne lub nieprawidłowe nawet światło w środku, z boku lub na obwodzie, będziemy chcieli widzieć budowę, podobną do gruczołowej, to tutaj ją też zobaczymy. Przy nieprawidłowym bujaniu komórek w adenokarcinomatach, nabłonek nowowytworzonych rurek lub pęcherzyków gruczołowych staje się

⁵⁾ Porównaj: H. KOLLER. Ist das Periost blutgefäßig angelegter Knochen im Stande Knorpel zu bilden. Archiv f. Entwicklungsmechanik, T. V. i J. SERRAVER. Ueber die Fähigkeit d. Periostes Knorpel zu bilden. Archiv f. Entwicklungsmechanik, T. V.

⁶⁾ BOSC i JEANBRAU, l. c. p. 78—79.

wielowarstwowym, ilość warstw często nie wszędzie jest jednakowa, niektóre nawet części gruczołów mogą pozostać jednowarstwowymi, a skutkiem tego światło przestaje być środkowym i prawidłowo okrągłym na przekrojach. Powstają w ten sposób obrazy, na pierwszy rzut oka podobne do tych, które znajdujemy w naszych nowotworach. Ale od utożsamiania obydwóch obrazów ochronią z łatwością te miejsca, w których światło tworzy się lub tworzyć się zaczyna przez degenerację komórek, podczas kiedy w adenokarcinomatach o takim tworzeniu się światła mowy być nie może, lecz tylko przeciwnie obserwować można znikanie światła przez bujanie komórek gruczołowych (mitozy).

Badania moje, których wyniki przedstawiłem wyżej w opisie budowy mikroskopowej guzów mieszanych ślinianek, utwierdziły mnie tylko w przekonaniu, że mamy tu do czynienia z guzami o miąższu pochodzenia śród-błonkowego, nie zaś nabłonkowego.

Argumentacja HINSBERG'a poglądów tych zmienić nie zdołała, przeciwnie, przekonałem się i usiłowałem i innych przekonać, że zwolennicy nabłonkowej teorii uciekać się muszą do bardzo lichych argumentów, by nadać swym poglądom cechy prawdopodobieństwa, i że o obaleniu przez nich argumentów, na które się powołują zwolennicy teorii śród-błonkowej, mowy wcale nie ma.

Objaśnienie mikrofotografii.

Wszystkie fotografie dokonane zostały przy pomocy mikrofotograficznego aparatu E. LEITZ'a przy pomocy mikroskopu i soczewek C. ZEISS'a. Długość tubusa 160 mm., światło dzienne, jako filtr — płytka szklana brązowa LEITZ'a. Klisze ortochromatyczne A. G. f. Anilin - Fabrication.

Rys. 1. Soczewka B. B. Okul. 2. Wśród tkanki śluzowej skupienia epitelioidalne różnej wielkości, niektóre ze światłem. Od nich odchodzą odnogi, łączące je między sobą lub swobodnie kończące się wśród tkanki śluzowej.

Rys. 2. B. B. 2. Środkową i dolną część pola widzenia zajmuje chrząstka i tkanka śluzowa. W górze i na samym dole na prawo skupienia epitelioidalne, w części posiadające światło, odgraniczone dość ostro i oddzielone od siebie tkanką włóknistą i śluzową.

Rys. 3. B. B. 2. Większą część pola zajmują skupienia epitelioidalne, w części zlewające się ze sobą, w części ostro konturowane; między nimi tkanka włóknista i śluzowa. W samym środku obok siebie dwie komórki olbrzymie wielojądrowe. W górze i w lewo chrząstka; w dole większa masa tkanki śluzowej.

Rys. 4. Soczewka D. D. Okul. 4. Wśród skąpej tkanki włóknistej pomiędzy skupieniami epitelioidalnymi w środku pola komórka olbrzymia wielojądrowa.

Rys. 5. D. D. 2. Pomiedzy skupieniami, wśród tkanki, obfitującej w jądra i przeważnie bez ostrej granicy przechodzącej w skupienia epitelioidalne, trzy olbrzymie komórki, jedna w górze na lewo, druga na prawo, trzecia w dole i na lewo. Ta ostatnia wraz z jednojądrowymi stanowi ścianę naczyń limfatycznego.

Rys. 6. Soczewka immersyjna apochromatyczna Ap. 1,30. Odł. ognisk. 2,0 mm. Okul. kompens. 4. Pasma tkankowe, złożone z komórek wrzecionowatych, przechodzące na lewo w skupienie epitelioidalne. Na prawo nie widać miejsca przejścia w skupienie, które znajduje się nieco dalej. Wokoło tkanka śluzowa.

Rys. 7. Immersja Ap. 1,30, Okul. kompens. 4. Część obrazu z Rys. 1. Od skupienia na prawo i na górze odchodzi w dół kanalik, wystany śród-błonkiem, od niego odchodzą odnogi w prawo i kończą się swobodnie w tkance śluzowej otaczającej. W lewo i w dół ciągną również od niego dwa pasma wrzecionowatych komórek, które w dole przechodzą w skupienie epitelioidalne.

L I T E R A T U R A.

BARTH. Fall v. Lymphangiosarcom d. Mundbodens. D. I. Heidelberg, 1896. BERGER. Tumeurs mixtes du voile du palais. Revue de Chirurgie, 1897. BILLROTH. Beobachtungen ueber Geschwülste d. Speicheldrüsen. Virchow's Archiv, 1859. T. 17. BOSC et JEANBRAU. Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. Nouveau Montpellier Medical, 1899. COLLET. Des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Paris, 1895. CURTIS et PHOCAS. Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. Archives provinciales de Medecine, 1899. Nr. 1. P. 745. DELABARBERIE. Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale. Archives generales de Medecine, 1890. EWETZKY. Zur Cylindromfrage. Virchows Archiv, 1877. T. 69. HENKEL. Beitrag z. Histogenese der Parotisgeschwülste. D. I. Greifswald, 1896. HINSBERG. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte und Natur der Mandspeicheldrüsenengeschwülste. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1899. T. 51. JAKOWENKO. Zur Frage ueber die Natur der Mischgeschwülste der Parotis. D. I. Würzburg, 1897. KAUFMANN. Das Parotissarkom. Archiv für Klinische Chirurgie, T. 26. KOCH. Ueber Parotis tumoren. D. I. Freiburg, 1897. KOLACZEK. Ueber d. Angiosarcom. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1878. T. 9. KUEHN. Beitrag z. Kenntniss d. gemischten Tumoren d. Parotis. D. I. Freiburg, 1894. KUETTNER. Die Geschwülste der Submaxillarspeicheldrüse. Beiträge z. klinischen Chirurgie, 1896. T. 16. LÖTHEISSEN. Ueber d. Geschwülste d. Glandula submaxillaris. Beiträge z. klin. Chir., 1897. T. 29. LÖWENBACH. Beitrag z. Kenntniss d. Geschwülste d. Submaxillarspeicheldrüse. Virchow's Archiv, 1897. T. 150. NASSE. Die Geschwülste d. Speicheldrüsen. Archiv f. klin. Chirurgie, T. 44. OHLEN v. Beitrag z. Kenntniss der Parotisgeschwülste. D. I. Marburg, 1893 i Ziegler's Beiträge, T. 12. PÉROCHAUD. Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse de Paris 1885. PLANTEAU. Contribution a l'étude des tumeurs de la parotide. Thèse de Paris 1876. POUJOL. Sur les tumeurs des glandes salivaires. Thèse de Montpellier, 1893. PUPOVAC. Beitrag zur Casuistik u. Histologie d. sog. Endotheliome. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie T. 49, 1898. REINBACH. Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten d. Kindesalters. Beiträge z. klin. Chir., T. 18, 1897. SCHAEFER. Ein Fall v. Parotissarcom. D. I. Erlangen, 1896. VOLKMANN. Ueber endotheliale Geschwülste, zugleich ein Beitrag zu den Speicheldrüsen und Gaumentumoren. Deutsche Zeitschrift f. Chir. T. 41, 1895.

O STOSUNKU WZAJEMNYM ZOLZÓW I GRUŻLICY U DZIECI.

Podał

Józef Brudziński.

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarz. Lek. Warsz. w dniu 22 października 1901 r.).

Zolzy zajmowały dawniej w patologii wieku dziecięcego nader obszerne miejsce, dość zajrzeć do którego ze starszych podręczników i porównać tekst o zolzach z odpowiednim miejscem w podręcznikach nowszych. Największy przewrót w pojęciach o skrofulozie wywołało odkrycie KOCH'a (r. 1882), że przeszczepianie tkanek przy zmianach skrofulicznych w gruczolakach wywołuje zmiany gruźlicze u zwierząt doświadczalnych. Wyloniła się ztąd drogą naturalną kwestya, czy t. zw. zolzy nie są wprost procesem gruźliczym — kwestya wzajemnego stosunku skrofulozy i gruźlicy zaczęła przedewszystkiem zajmować badaczy, i wytworzyły się dwa prądy monistów i dualistów.

Przy rozstrzyganiu kwestyi stosunku wzajemnego zolzów i gruźlicy badacze różni zapatrują się z dwóch punktów widzenia: etiologicznego i klinicznego. Kwestyi etiologii skrofulozy poświęcił niedawno wyczerpującą pracę prof. POFICK.

Z faktu, odkrytego przez Koch'a — obecności laseczników gruźlicy w gruczołach chłonnych, wyciągnięto wniosek, iż musiały laseczники przejść do gruczołów przez naczynia limfatyczne odnośnego okręgu, dokąd dostały się prawdopodobnie z powierzchni ciała. Stwierdzenie jednak obecności laseczników na skórze i na błonach śluzowych (zewnątrznych, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego) napotykało na duże trudności ze względu na rozległość powierzchni, a więc rozrzucenie bakteryi, na zmywające wpływy wydzielin, ścieranie mechaniczne, znoszenie przez silne prądy powietrza. Jednak w ostatnich czasach wykryto pochodzenie drobnoustrojowe wielu cierpień skóry, ogniwo etiologiczne zostało więc w ten sposób zamknięte — cierpienie skórne miejscowe stanowi punkt wyjścia zarazy. Zarazek idzie dalej przez naczynia chłonne do gruczołów i wywołuje w nich zmiany. W wielu przypadkach ta pierwotna przyczyna znika — cierpienie skórne jest już zagojone, pozostaje tylko skutek — zmiany w gruczołach. Zarażenie przez skórę posiada naturalnie nierównie gorsze warunki, niż zarażenie przez błony śluzowe, to też ostatnie źródło jest najobfitsze np. przy zserowaceniu gruczołów chłonnych. Są jednak zarażenia gruczołów i pochodzenia skór nego np. DENEKE widział przypadek, w którym po owrzodzeniu gruźliczem skóry na czaszce w kilka tygodni wystąpiło zserowacenie gruczołów szyjowych. Najczęściej jednak, jak się rzekło, zarażenie następuje przez błony śluzowe. Ciekawy przypadek przytacza DEMME: u dziecka, cierpiącego na uporczywą ozenę, stwierdził on w wydzielinie nosa obecność laseczników gruźliczych, to samo *post mortem* na dnie owrzodzeń na błonie śluzowej, u tegoż dziecka za życia stwierdzono obrzęk gruczołów szyjowych, a śmierć nastąpiła wskutek *meningitis tuberculosa*. Przypadek ten jest tem ciekawszy, że dziecko nie było dziedzicznie obarczone, lecz było w częstem zetknięciu z suchotnikiem, w którego domu się wychowywało. Jako źródło infekcyi przytoczyć jeszcze należy uszkodzenia dziąseł, zębów; błona śluzowa posiada zresztą własność przepuszczania zarazków bez poprzedniego uszkodzenia, jest to t. zw. zarażenie bez widocznego punktu wejścia, fakt stwierdzony doświadczalnie dla przewodu pokarmowego przez ORTH'a, KLEBS'a, BAUMGARTEN'a. Nie da się wyłaczyć możliwość przedostawania się zarazków przez błonę śluzową dróg oddechowych nieuszkodzoną aż do *vasa afferentia* gruczołów (pierwotna gruźlica gruczołów oskrzelowych), jak świadczą o tem doświadczenia na zwierzętach. CORNET wcierał w błonę śluzową nosa świnki morskiej hodowle laseczników gruźliczych i wywołał typową infekcyę gruczołów podszczękowych. KOSSEL w wydzielinie nosa u 9-letniej dziewczyny znalazł liczne laseczники gruźlicze: chociaż błona śluzowa nie okazywała żadnych zmian nawet przy badaniu mikroskopowem, dziecko w następstwie uległo gruźlicy płuc i mózgu z zejściem śmiertelnem. Takim samym źródłem zarażenia są migdałki, szczególniej przeroste u osób młodych i dzieci; świadczy o tem przypadek SACAZE'a (22-letnia kobieta z *amygdalitis tuberculosa*) przypadek SCHLENKER'a i dane doświadczalne BAUMGARTEN'a.

Gdyby we wszystkich cierpieniach, uznanych za skrofuliczne, stwierdzić było można pochodzenie gruźlicze, jak to stwierdzono dla spraw wyżej wymienionych, moglibyśmy bez wahania twierdzić, że zolzy są tylko

umiejscowioną gruźlicą) istnieją jednak cierpienia, uznane za skrofuliczne, w których laseczników nie wykryto, nie udało się też przez zaszczepienie odpowiednich produktów wywołać doświadczalnie gruźlicy. Sprawy, które makroskopowo podobne są do gruźliczych, przy badaniu bakteriologicznym wykazały obecność innych drobnoustrojów, przeważnie gronkowców. Wyssokowicz w pracy swej z r. 1890 przytacza fakt następujący — uporeczywa pryszczycy u 5-miesięcznego dziecka: podejrzenie zółców, wzmocnione przez tę okoliczność, iż oboje rodzice byli słabej kompleksy i pochodzili z rodzin suchotniczych, zdawało się być pewnem, gdy się przyłączyło powiększenie gruczołów chłonnych: usznych i szyjowych. Badanie na laseczniki wypadło jednak ujemnie, przeszczepianie również; z ropy, która wyszła po kilku tygodniach z gruczołów, wyhodowano typowe łańcuszkowce. Naskórek nie jest tak odporny na przechodzenie gronkowców i łańcuszkowców, jak na przechodzenie laseczników gruźliczych — przez zwykłe tarcie otwiera im się już wrota. Z równą łatwością przedostają się te mikroby i przez błonę śluzową zdrową, tembardziej przez chorą, dostają się do naczyń chłonnych i powodują obrzęk odpowiednich gruczołów. W przeciwstawieniu do zmian, zachodzących w gruczołach gruźliczych w tych przypadkach, nie następuje zserowacenie, lecz ropienie, poczem *restitutio ad integrum*. Jeżeli sprawa nie była zbyt posunięta, kończy się nieraz na powiększeniu. Zaliczyć tu jeszcze wypadła obrzęki gruczołów ze skłonnością do postępującego powiększania się — gruczoły te tworzą na szyi bezkształtny obrzęk (*Gedunsenheit*), na przecięciu są wilgotne, soczyste, konsystencya ich waha się pomiędzy miękkością zapalnych z tendencją do ropienia a twardością gruźliczych. Najcharakterystyczniejszą ich właściwość stanowi fakt pociągania za sobą innych gruczołów ciała (śródpiersiowych) i skłonność do tworzenia choroby ogólnej (*Adénie*). Do obrazu zółców należą jeszcze infekcje mieszane, wtórne, gdzie do zwykłej infekcyi np. gronkowcowej wskutek pobytu w środowisku gruźliczem przyłącza się niekiedy infekcyja gruźlicza, często jednak te postaci pozostają niepowikłanemi. Trudno tu jest bardzo wykryć związek poszczególnych ogniw. Istnieją jednak ściśle spostrzeżenia pod tym względem np. *VOLKMANN*'a, gdy po pryszczycy na ręce rozwinęło się zserowacenie gruczołów zgięcia łokciowego, przypadek *DEMME*'go, gdy u dziecka z pryszczycą na brzuchu, które spało razem z matką gruźliczą, rozwinęła się śmiertelna gruźlica organów brzusznych. Wreszcie przypadek *LELOIRE*'a: zwyczajna pryszczycy u dziecka, gruźlicza matka przykładła na to miazgę z chleba, którą przeżuwała własnymi ustami, z tego rozwinęła się w oczach autora sprawa wilkowa. W innych przypadkach te zewnętrzne, ogolocoone z naskórka powierzchownie same nie ulegają sprawie gruźliczej, lecz są jakby filtrem, przez który zarazki przedostają się do wnętrza organizmu, nie wywołując zmian swoistych w punkcie wejścia. Daleko niebezpieczniejsze, jako wrota infekcyi, są pod względem wspomnianych infekcyj wtórnych błony śluzowe, nie należy i tu jednak przeceniać niebezpieczeństwa, kierować się raczej należy warunkami specjalnymi w każdym poszczególnym przypadku.

Niezmiernie ciekawie przedstawia się kwestya *otitidis mediae*, cierpienia tak częstego u dzieci, którego objaw ostateczny — ropotok jest uważany za najpewniejszą cechę skrofulozy i grożącej gruźlicy. Otóż z badań *PONFICK*'a, dokonanych na bardzo obfitym materiale, i innych autorów (*WEISS* i inni) okazuje się, iż nie znajdowano w tych przypadkach prawie nigdy laseczników gruźliczych, a przeważnie pneumokoki, po nich streptokoki i stafiloko-

ki. Fakty te zmieniają zasadniczo rokowanie w cierpieniach ucha środkowego u dzieci.

Istnieją po zatem, lecz w znacznie mniejszej liczbie przypadków, cierpienia ucha środkowego serowato-gruźlicze, gdzie stwierdzano obecność prątków gruźliczych, i ropotoki chroniczne, wywołane przez zwykłe zarazki ropienia, do których się przyłącza zarazenie wtórne lasecznikami gruźliczymi. W takich przypadkach nie należy również stawiać tak smutnego rokowania, jak w cierpieniach pierwotnie gruźliczych.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

99. E. W. BAUM. **Zastosowanie i wskazania lecznicze jodipiny.** Jodipinę wprowadził H. WINTERITZ; jest to jod rozpuszczony w oleju sezamowym. W organizmie część tego tłuszczu jodowego utlenia się, jod ukazuje się w moczu, druga zaś część osadza się w narządach wewnętrznych pod postacią tłuszczu, z którego jod powolnie wydziela się i krąży w całym ciele. Działanie jodipiny w zupełności przypomina działanie jodku potasu, zakres jej wskazań jest takiż sam przeto, jak dla *kali jodatam*. Nowy ten środek, wyrabiany przez zakłady Менск'a w Darmstacie, znajduje się w sprzedaży w postaci 10% płynnego roztworu, używanego wewnątrznie, lub 25% gęstego i ciemnobrunatnego płynu, stosowanego jedynie pod postacią zastrzykiwań podskórnych.

Jodipina ma tę zaletę, iż nawet przy dłuższem użyciu wewnątrznie nie wywołuje objawów zatrucia jodowego, jakoto: kataru nosa, bólu głowy i *acne*, a to dla tego, iż jod powolnie wydziela się w organizmie z tego środka lekarskiego. Nieprzyjemny smak jodipiny daje się poprawić za pomocą ciepłego mleka, gorącej kawy, innych środków dodatkowych lub też przez podawanie środka tego w kapsułkach.

Nadto jodipina nie drażni wcale błony śluzowej żołądka, jak to czyni jodek potasu wskutek swej wysokiej zawartości szczawu; jodipina, podobnie jak inne tłuszcze, przechodzi przez żołądek w zupełnie niezmiennym stanie; również nie drażni kiszki, z których w zupełności zostaje pochłonięta, rozkład zaś jej następuje dopiero w samych tkankach organizmu. Jodipina działa zupełnie tak samo, jak jodek potasu, a nawet w niektórych przypadkach trzeciorzędnego przymiotu, w których *kali jodatam* odmówiło działania, jodipina okazała się znakomitym środkiem leczniczym. Nadto nowy ten środek i z tego już względu ma pewne znaczenie, iż pozwala lekarzom zmieniać kurację u przewlekłych chorych, którym ciągle dawki tegoż samego leku — jodku potasu lub sodu — nudzą się wreszcie.

Wewnątrznie podaje się 3—4 łyżeczki 10% roztworu, do zastrzykiwań podskórnych 5—10 ctm.sz. 25% roztworu, przyczem ogrzewamy środek lekarski przed zastosowaniem, aby rozrzedzić go nieco. Wyjaławianie samego leku, a nawet strzykawki jest zbyteczne, gdyż środek ten jest zawsze jałowy i sam niszczy zarazki. Miejsce, w którym dokonać zamierzamy zastrzyknięcia, należy poprzednio nieczulić chlorkiem etylu.

Wskazania: przymiot w drugim, a szczególnie w trzecim okresie; astma, rozedma płuc i przewlekłe zapalenie oskrzeli, nadto zapalenie nerwów i nerwobóle. Szczególnie dobrze działają zastrzykiwania jodipiny w rwie kulszowej.

(*Therap. Monatshefte*, 1901 Nr. 6).

L. Wolberg.

100. VOLLAND (z Davos). **Moje leczenie suchot płucnych.** Autor, mający 30-letnie doświadczenie, sam niegdyś zagrożony gruźlicą i w tym celu przybyły do Davos, w odczucie niniejszym powstaje przeciw przesadzonej gimnastyce płuc, zbyt niemu przebywaniu na świeżem, a mroźnym powietrzu, przeciw nadmiernemu odżywianiu, wskutek czego suchotnik tyje wprawdzie, lecz nie nabiera krwi, nie trawi bowiem dokładnie pokarmów, w nadmiernej użytych ilości, przeciw wycieraniem chorych zimną wodą i stosowaniu u nich zimnych pryszniców, przeciw podawaniu im wódki, ulubionego przez ogół lekarzy koniaku i mocnych gatunków win południowych, przeciw obciążaniu żołądka zbyt wielkimi ilościami mleka. Zwraca także uwagę, że ciepłota $37 - 37,5^{\circ}$ stanowi już gorączkę u suchotników, i że pacyenci z tego rodzaju ciepłotą powinni leżeć w łóżku; dalej leczyć należy kassel, który wstrząsa wciąż chorem płucem, a to w myśl zasady, że zapalenie chorego narządu nie powinien być drażniony. Zmniejszenie kaszlu (spokój, powietrze czyste i ciepłe, środki kojące i t. p.) zmniejsza również plwocinę, pęcherzykowatą, pienistą wydzieliną jest objawem zapalenia oskrzeli, skąpa zaś, leżąca w wodzie, gęsta ciemna plwocina jest wydzieliną chorej części płuca. Krwotoki płucne leczy się spokojem, zimnym okładem na piersi, przetworami sporyszu i narkotykami, najlepiej zaś — zapobiegać ich powtarzaniu za pomocą właściwych środków ostrożności.

Przeciw biegunkom zalecić należy łóżko, stosowną dyetę, ciepłe okłady na brzuch i salicylan bizmutu.

Przeciw bólom reumatycznym, pleurytycznym, żołądkowym, kiszkiowym i miesiączkowym zaleca autor ciepło pod postacią japońskiej ogrzewaczki, która przez 3 — 4 godziny dostarcza jednostajnej dawki ciepła — przy jednorazowym napełnieniu.

Wreszcie, zdaniem doświadczonego autora, należy pacyenta uwiadomić o rodzaju i stanie jego choroby, bowiem wtedy tylko można go zniewolić do spełniania zaleconych mu przepisów higieniczno-lekarskich i uniknąć w przyszłości złorzeczeń i pretensji tych ciężko chorych, których lekarze w początkowych okresach ich cierpienia pragnęli pocieszyć i omamić, bagatelizując ich chorobę.

(*Therapeutische Monatshefte*, 1901 Nr. 7). L. Wolberg.

101. RUDOLF TRZEBICKI. **Kokainizacja mlecza paciierzowego metodą Bier'a.** Autor podaje wyniki 138 kokainizacji, wykonanych w jego oddziale.

Z ogólnej liczby — 74 przypada na mężczyzn, 47 na kobiety i 17 na dzieci ponad 8 lat wieku; autor stosował kokainę 111 razy (w tej liczbie 19 razy bez rezultatu), eukainę β — 15 razy (w tem 7 razy bez rezultatu) *Eucainum hydrochloricum* α — 12 razy (w tem 5 razy bez skutku). Ogółem w 103 przypadkach nastąpiło zupełne znieczulenie, w 4 przypadkach znieczulenie zbyt szybko ustąpiło i autor musiał uciec się do chloroformu, wreszcie w 31 przypadkach znieczulenia wcale nie było bądź z powodu błędów w technice (8 przypadków), bądź z powodu zastosowania zbyt słabych roztworów znieczulających (przy eukainie).

Autor oddaje pierwszeństwo kokainie przed eukainą; przy użyciu świeżych roztworów wystarczało $m\text{m. } 0,015$ kokainy, tymczasem eukainy β trzeba było użyć nieraz $0,05 - 0,06$, co ze względu na niestały skład tego alkaloidu może pociągnąć opłakane skutki; roztwory kokainy były robione przed samą operacją w ten sposób, że odważano na sterelizowanej wadze $0,2$ kokainy, przechowywanej w sterylizowanym naczyniu, i po odważeniu wrzucano do butelki z 20 cm. sz. wyjałowionej wody (roztwór 1%).

Miejsce uklucia nie robi różnicy; autor wybierał przestrzeń pomiędzy 11 i 12 kręgiem piersiowym lub pomiędzy 12 piersiowym a 1 lędźwiowym.

W paru przypadkach autor, chcąc podzielać na większą powierzchnię mlecza, stosował 1/4% roztwór kokainy w ilości 6 ctm. sz. (0,015 kokainy) i kładł pacyenta na stole TRENDLENBURG'a; natychmiastowy rezultat był bardzo dobry — znieczulenie obejmowało nawet ramiona, ale późniejsze objawy zatrucia były wprost przestraszające (wymioty, utrata przytomności, *delirium furibundum*, *pulsus fibriformis*).

Znieczulenie zupełne dochodziło zwykle do pępka, czasami zaś aż na 2 ctm. powyżej brodawek piersiowych; następowało przeciętnie po 10 minutach, w niektórych przypadkach już po 3—5 minutach i trwało mniej więcej 2/3 godziny (w 7 przypadkach dłużej niż godzinę, a w jednym przypadku nawet półtorej godziny).

Objawy zatrucia autor widywał nawet w tych przypadkach, w których znieczulenie nie następowało. Natężenie objawów było bardzo różnego stopnia, poczynając od jedno-dwu-godzinnego niewielkiego bólu głowy aż do bardzo silnych bólów głowy o różnym umiejscowieniu, połączonych z nudnościami, wymiotami, dreszczami wstrząsającymi, podniesieniem temperatury do 40° C. i wyżej, uczuciem nadzwyczajnego osłabienia i schnięcia w gardle.

Czasami tuż po operacji a przed wzniesieniem się temperatury następował spadek ciepłoty ciała do 35,5° bez objawów zapaści.

Po ustąpieniu gorączki często notowano rzadkie tętno (48—52 uderzeń na minutę) w ciągu 1—2 dni. Oprócz tych objawów zatrucia autor spotykał jeszcze rozszerzenie naczyń na dolnych kończynach, *herpes labialis* i przemijające porażenie zwieracza odbytnicy.

Objawy zatrucia trwały od 1 do 8 dni; stopień zatrucia zależy jedynie od indywidualności chorego. W razie silnych objawów zatrucia autor stosował zimne okłady na głowę; w przypadkach zapaści w pierwszym okresie po iniekcji dawał wdychać amylnitrit.

Na zasadzie jednej sekcji, zrobionej w 48 godzin po wstrzyknięciu kokainy autor przypuszcza, że na miejscu ułknięcia żadne zrosty nie powstają.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Kokainizacja mlecza pacierzowego nie nadaje się w prywatnej praktyce z powodu dużych szans zakażenia i niepewnych rezultatów.

2. Przedewszystkiem nadaje się do operacji na dolnych kończynach i miednicy (wolne przepukliny, zapalenie wyrostka robaczkowego bez ropienia); nie powinna być stosowana w laparotomiach, w razie jeżeli mamy do czynienia z nadmiernym napięciem ściany brzusznej i z tendencją kiszek do wypadnięcia (*occlusio interna*).

3. Zaleca się szczególną ostrożność przy słabej działalności serca (*myocarditis chr.*).

4. Przeciwwskazanie zupełne zjawia się w razie *septicopyaemia* z powodu możliwości samozakażenia przy ułknięciu.

(*Wiener, klinische Wochenschrift*, 1901, Nr. 22)

B. Żebrowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 24 września r. b

TREŚĆ: 1) Dr. NEUGEBAUER — przedstawienie preparatu płodu pozamacicznego, usuniętego na drodze cięcia brzuszego. 2) Wł. OZTUŚZUWSKI — „Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zbroczeń mowy”.

1) Kol. NEUGEBAUER demonstrował usunięty tegoż dnia przez niego na drodze cięcia brzuszego płód pozamaciczny żeński, który 6 tygodni temu obumarł w 7 miesiącu ciąży. W przypadku tym dokonano *kelyphotomiae* z usunięciem

obumarłego płodu i łożyska, jamę zaś legowiska płodu traktowano jako jamę opróżnionego ropnia. Kol. NEUGEBAUER zaznaczył, że na 51 operacji, dokonanych przez niego przy ciążyach pozamacicznych, dopiero po raz drugi natrafia na t. zw. ciążę wtórną brzuszną, a po raz 4 na płód bądź to żywy prawie donoszony, bądź obumarły w 7, 8 lub 9 miesiącu ciąży, a po raz 6 dopiero miał do czynienia przy ciąży pozamacicznej z płodem, odpowiadającym jednemu z ostatnich trzech miesięcy ciąży.

2) Kol. OLTUSZEWski wygłosił rzecz p. t. „Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zбочeń mowy“. Pojęcie o zwyrodnieniu powstało dopiero od czasu pracy MOREL'a (1857), a rozszerzało się zwolna dzięki badaniom przeważnie autorów francuskich (MAGNAN, CHARCOT, RICHER, FÉRÉ, DÉJÉRINE i inni). Zwyrodnienie psychiczne obejmuje: 1) zwyrodniałych niższych, 2) zwyrodniających się (neurastenia, histeria, *morbus Basedowii*, *Thomsoni*, *paralysis progressiva* i t. d.), 3) niezrównoważonych. Jako przyczynę zwyrodnienia podać należy środowisko (nędza, szkodliwy zawód i t. p.), dziedziczność patologiczną, cierpienia ustrojowe, przymiot, cierpienia lub uszkodzenia płodu. Po krótkim opisie więcej znamiennych objawów zwyrodnienia przy niedorozwoju, padaczce, hysterii, neurastenii i niezrównoważeniach, mówca rozpatrzył dalej stosunek zwyrodnienia do różnych kategorii zбочeń mowy. Najpierw rozpatrzył szczegółowo etiologię niemoty, belkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej, a opierając się na własnym materiale klinicznym, wynoszącym 722 przypadki tych zбочeń, mówca zaznacza, że niedorozwój spowodował je w 221 przypadkach, w pozostałych zaś 501 wrodzona głuchota, ewentualnie niemota pozakorowa, oraz zmiany anatomiczne w narządach artykulacyjnych. Na 814 przypadków jąkania dziedziczność patologiczną znalazł autor w 365 przypadkach, 10 przypadków trzepotania dotyczyło niezrównoważonych. O ile niedorozwój stanowi najważniejszy moment przyczynowy dla niemoty, belkotania i mowy nosowej, poczęści zaś dla wadliwego wymawiania i jąkania, o tyle znów to ostatnie łącznie z trzepotaniem nagabuje przeważnie niezrównoważonych. Przeważną więc liczbę chorych ze zбочeniami mowy zaliczyć wypada do zwyrodniałych, zwyrodniających się lub niezrównoważonych, a same zбочenia mowy do jednych z ważniejszych znamion zwyrodnienia. Logopatologia powinna więc stanowić dział neuropatologii i psychopatologii. Kol. O. wyraża nadzieję, że w miarę przybywania nowych pracowników na polu zбочeń mowy, poglądy, zawarte w niniejszej pracy, niezadługo obejmą wszystkie kategorie zбочeń mowy, a dziś już niektórzy pisarze niemieccy podzielają zdanie autora co do stosunku zwyrodnienia do różnych rodzajów zaburzeń mowy, zwłaszcza do jąkania.

Posiedzenie z dnia 8 października r. b.

TREŚĆ: 1) KIZERSKI A. — przedstawienie chorej z epidermotysis bullosa hereditaria cum atrophia coequeutiva 2) Z. ENDELMAN — przedstawienie dwóch chorych, u których dokonano cięcia cesarskiego sposobem FRIESEN'a. 3) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie preparatu ogromnego włókniaka szyi macicznej, usuniętego per vaginam za pomocą grajcałka francuskiego. 4) BRONOWSKI - SZCZĘSNY — „Przyczynki do względnej uleczalności gruźlicy u dzieci“ (z przedstawieniem dwóch chorych).

1) Kol. KOZERSKI przedstawił 20-letnią chorą, u której od 9 dnia życia poczęły zjawiać się i znikać pęcherze. Przy badaniu przedmiotowym znaleziono: skóra głowy, szyi, tułowia i górnych części ramion i ud blada, wiotka, a na obwodowych częściach kończyn wiśniowo sina, bliznowato zwyrodniała, pergaminowa, głębokimi brózdami porwana; w różnych miejscach widać na niej pęcherze o treści surowiczej, krwawej lub ropnej, lub przyschłe pod postacią strupów. Podobne pęcherze widać i wśród normalnej skóry szyi tułowia i ud. Skóra rąk

jest w stanie daleko posuniętego zaniku, twarda, napięta, gładka. Paznogi u rąk i u nóg brak zupełny. Z dermatoz, przy których powstają pęcherze, blizny powstają w *pemphigus diphtheriticus*, który jednak nie trwa tak długo. Dany obraz chorobowy podpada najlepiej pod „*epidermolysis bullosa hereditaria cum atrophica consecutiva*”. Cierpienie to opisał po raz pierwszy GOLDSCHIEDER w r. 1882. Następnie jako „*epidermolysse bulleuse et dystrophique*” opisali VIDAL, HERZFELD, HALLOPEAU przypadki, w których tworzyły się na miejscu pęcherzy blizny, a w skórze drobne torbiele. Młodsza siostra chorej cierpi na te same objawy w spotęgowanym stopniu. Rodzice chorych dziewcząt i ich krewni powyższemu cierpieniu wcale nie podlegali.

2) Kol. ENDELMAN Z. przedstawił dwie kobiety, u których dokonane zostało przez kol. JUROWSKIEGO cięcie cesarskie sposobem FRITSCH'a.

Pierwsza chora ma lat 28. Odbyla 3 porody. Pierwszy był zakończony wymóżdzeniem, dwa zaś ostatnie — obrotem i ekstrakcją martwego płodu. Przy badaniu wewnętrznym spostrzeżono, iż okolica lewej panewki biodrowej wtłoczona jest do jamy miednicy, wskutek czego powstało znaczne zwięźlenie w prawym ukośnym wymiarze. Operacji dokonano 6 sierpnia pod uśpieniem chloroformowem. Podskórnie wstrzyknięto 0,3 ergotyny. Powłoki brzuszne przecięto na przestrzeni 14 ctm. Wydobyto macicę na zewnątrz. Więzy szerokie w okolicy ujścia wewnętrznego uciśnięto. Na dnie macicznym pomiędzy ujściami jajowodów wykonano cięcie poprzeczne. Przebito pęcherz, wydobyto płód. Cięcie maciczne zeszyto dwupiętrowym szwem jedwabnym, ranę brzucha szwem dwurzędowym. Dziecko zdrowe. Okres połogowy prawidłowy. *Prima intentio*.

Drugi przypadek dotyczył 28-letniej Grajdy P. Ponieważ mało było nadziei na wydobycie płodu żywego na drodze naturalnej wskutek krzywiczego zwięźlenia miednicy, dokonano przeto za zgodą chorej cięcia cesarskiego. Metoda ta sama, co i w pierwszym przypadku. Dziecko i matka zdrowe. W końcu E. zaznacza, że u nas zbyt często poświęca się życie dziecka jakoby dla ratowania matki. Nie należy zapominać, że cięcie cesarskie tak wielkich niebezpieczeństw dla chorej nie przedstawia.

3) Kol. NEUGEBAUER przedstawił preparat ogromnego włókniaka szyi macicznej (1100 gram wagi), usuniętego wraz z macicą u pacjentki 36-letniej. Guz siedział w samej szyi macicznej, był jakby złożony z kilku kulistych guzów. Usunięto go przez światło pochwy bez cięcia brzuszno-górnego. Guz przy pomocy długich noży krzywych rozkawałkowano. Operowano bardzo wygodnie za pomocą grajcarek, używanego przez DOYEN'a i SEGOND'a. Grajcarek ten wkręca się w miąższ samego guza. Przebieg operacji był pomyślny, bez jakichkolwiek powikłań. Największy obwód pionowy guza wynosił 54 ctm., poziomy 36 ctm.

4) Kol. BRONOWSKI Szczęsny wypowiedział rzecz p. t. „Przyczynek do względnej uleczalności gruźlicy u dzieci przed okresem rozpoczynającego się rozwoju płciowego” i przedstawił przytem dwie chore. (Praca ta ukaże się wkrótce na szpaltach „Medycyny”)

W dyskusyi kol. BIRO podnosił mniejszą odporność dzieci na choroby, wskazując na wielką wśród nich śmiertelność.

Wiceprezes NUSBAUM zaznaczył, że ustrój wytwarza sobie odporność często dopiero po przebyciu pewnych chorób.

Prof. BARANOWSKI na ogół zgadzał się z mówcą. U dzieci przyrost tkanek góruje i wrażliwość na zarazki jest większa, lecz wobec pewnych zarazków organizm dziecka jest odporniejszy. Zwłaszcza wyniki leczenia gruźlicy są rażące

wtedy, kiedy organizm z bardzo ciężkich warunków przechodzi choć do nieco lepszych. W przypadkach, przedstawionych przez mówcę, prof. B. przypuszcza istnienie równoległe dwóch spraw: zapalenia płuc nieżytowego i gruźlicy.

Prezes St. MARKIEWICZ zaznaczył, że statystyka, podana przez mówcę, nie ma żadnego znaczenia. Rzeczą niezbędną jest wiedzieć nie tylko to, ile osób w danej kategorii wiekowej umiera na daną chorobę, lecz jeszcze i to, ile osób w danej ludności należy jednocześnie do danej kategorii wiekowej.

Kol. BRONOWSKI odpowiada, że być może, iż u przedstawionych chorych mieliśmy do czynienia z domieszką zapalenia płuc kataralnego, lecz znalezione laseczniki, wybitnie powiększone gruczoły chłonne świadczyły, że chore dotknięte były sprawą gruźliczą. Statystyki odpowiedniejszej mówca znaleźć nie mógł.

St. Kopezyński.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Lipsku dr. KRÖNIG miał wykład o zakażeniu połogowem. Z tego bardzo szerokiego tematu mówca wybrał dwa pytania: 1) samozakażenie i 2) leczenie *endometritis puerperalis septica*. Wiadomo, że HOFMEIER poczytuje drobnoustroje pochwy kobiecej za istotne źródło zakażenia połogowego i przestrzega przed możliwem przeniesieniem tych drobnoustrojów do macicy za pośrednictwem rękoczynów lekarskich. To też radzi on przemywać dokładnie pochwę przed każdym rękoczynem roztworami odkażającymi, zaniedbanie zaś tego nazywa wprost błędem w sztuce lekarskiej. Pomija on zupełnie tę okoliczność, że procedura ta jest nieco skomplikowana i zabiera dużo czasu, co w praktyce prywatnej nie jest rzeczą obojętną. Następnie — badania bakterjologów dowiodły, że w pochwie nawet w warunkach prawidłowych znajdują się drobnoustroje chorobotwórcze, nie należy tylko przeceniać niebezpieczeństwa, którem obecność ta grozi ustrojowi, ponieważ ilość tych zarazków jest nieznaczna, a zresztą jadowitość ich musi być również nie zbyt wielka. Pod względem klinicznym obraz choroby różni się także nieco od naszkicowanego przez HOFMEIER'a. Mówca wykonał w klinice chorób kobiecych cały szereg badań w omawianej sprawie. Rozdzielili mianowicie wszystkie wstępujące chore na dwie kategorie: jednym bez żadnego wyboru przestrzykiwano pochwę według żądań HOFMEIER'a, drugie pozostawiano bez odkażania; śmiertelność, względnie gorączka w pierwszym szeregu chorych wynosiła 36%, w drugim zaś 26%, co wyraźnie przeczy zdaniu HOFMEIER'a. Warto też zastanowić się nad znaczeniem patogenetycznym każdego zabiegu, wykonywanego u kobiety ciężarnej, a więc i przemywań pochwy: przemywanie to ułatwia przenoszenie zarazków nie tylko z pochwy, lecz i z powierzchni skóry, co jest daleko niebezpieczniejsze, zwłaszcza z okolic narządów płciowych i odbytu. W następnym szeregu doświadczeń jednej części kobiet nie kąpano i nie obmywano, u drugich zaś trzymano się zwykłych przepisów. Cóż się okazało? Wśród pierwszych śmiertelność wynosiła 11%, wśród drugich 27%. Na poparcie swoich poglądów mówca przytacza statystykę STICHER'a z kliniki wrocławskiej, gdzie otrzymano niemal jednobrzmiące wyniki. Może takie doświadczenia doprowadzą nakoniec do tego, że stanie się zadość długoletniemu pragnieniu akuszerów, mianowicie unikanie zakażenia rodzących zarazkami z rąk lekarzy. W jednym szeregu doświadczeń

KRÖNIG'a liczby porównawcze nie były zupełnie zgodne z liczbami STICHER'a, może dla tego że do badania nie używał on rękawiczek gumowych, rąk zaś zupełnie odkazić nie podobna. W każdym bądź razie wyniki tych doświadczeń dowodzą, że, aczkolwiek samozakażenie rodzących nie ulega wątpliwości, to jednakże w tych przypadkach sprawa chorobowa przebiega znacznie łagodniej, w porównaniu z tymi przypadkami, w których zakażenie było przeniesione zewnątrz. W leczeniu *endometritis puerperalis* KRÖNIG bardzo chwali działanie sporyszu. O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej orzec nie pewnego nie może z powodu małej liczby spostrzeżeń odnośnych. Natomiast maść srebrna CRÉDE'go nie przynosiła żadnej istotnej korzyści ani u położnic, ani u zwierząt, użytych do doświadczeń porównawczych. Co się tyczy przemywań miejscowych, wykonywanych według FRITSCH'a, to działanie ich jest bardzo małe; mówca sądzi, że wycięcie całej schorzałej macicy ma przed sobą wielką przyszłość. Co prawda, wyniki po tej operacji są do dziś nie bardzo zachęcające, lecz winno temu zbyt ociąganie się, względnie zbyt późne wykonywanie tego zabiegu z obawy przed ciężkiem kalectwem, które pociąga za sobą ta operacja.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy dolnoszląskich w Strasburgu prof. NAUNYN poruszył sprawę udziału zapalenia przewodów żółciowych w marskości wątroby. Mówca przedstawił chorego alkoholika z marskością wątroby i silną żółtaczką. Ostatnia trwa cztery lata, marskość zaś stwierdzono już przed ośmiu laty. Chory doznawał często napadów bólów gwałtownych, którym towarzyszyła żółtaczka. Tego rodzaju napady mogą wprawdzie zależeć od kamieni żółciowych, które stanowią powikłanie w przebiegu zapalenia dróg żółciowych (*cholangitis*), tu jednak nie posiadamy żadnych danych, na podstawie których możnaby było podejrzewać istnienie kamieni żółciowych, a zresztą w literaturze spotykamy sporo przypadków marskości wątroby, połączonej z napadami bólów, badanie zaś zwłok nigdy nie dowiodło istnienia kamieni żółciowych. Zupełnie identyczny przypadek sam NAUNYN miał sposobność spostrzeżać, to też sądzi, że takie napady bólów, a może i ciężka żółtaczka, przemawiają za powikłaniem marskości przez zapalenie dróg żółciowych, którego nie należy poczytywać za przyczynę marskości. Występuje ono przeważnie w przypadkach, podobnych do omawianego, i może być ropne lub nieżytowe. W ostatnich czasach spotykano często nie ropne, proste zapalenie dróg żółciowych, wywołane przez lasecznika okrężnicy. Nie jesteśmy w stanie wykryć zapalenia podczas badania zwłok, i jedynie tylko badanie bakteryologiczne zawartości dróg żółciowych, dokonane jeszcze za życia lub bezpośrednio po śmierci może nam dać odpowiednie wyjaśnienie. Gdybyśmy znajdowali ten drobnoustrój w większości przypadków, to moglibyśmy uważać go za istotny czynnik chorobotwórczy. Niestety, o takie dowody dosyć trudno. Zdaje się, że przypadek, o którym HIRSCHFELD mówił na ostatnim zjeździe internistów w Berlinie, należy do tej kategorii. Co prawda, w tym przypadku marskość wątroby nie została stanowczo stwierdzona, natomiast *cholangitis colibacterica* została wykazana za pomocą badań bakteryologicznych. Z zestawienia tedy powyższego wynika, że rola zapalenia dróg żółciowych w etiologii marskości wątroby jest dosyć wątpliwa, aczkolwiek całokształt napadów, które NAUNYN uważa za przejawy zapalenia dróg żółciowych, zdaje się nie wątpliwie wskazywać na tę właśnie sprawę chorobową. *A priori* jest to bardzo możliwe, zwłaszcza że w przebiegu marskości wątroby zakażenie dróg żółciowych jest bardzo ułatwione z powodu utrudnienia odpływu żółci, na co wskazuje żółtaczka, a badania nowsze stwierdzają, że we wszystkich podobnych przypadkach zakażenie dróg żółciowych wyłączyć się nie da.

W tem samem towarzystwie D-r SCHAEFFER przedstawił 43 letnią chorą, u której wśród objawów wzmagającego się zwężenia kiszek rozwinął się w okolicy kątniczej guz wielkości pomarańczy, mało ruchomy, twardy o nierównej powierzchni. Gruczoły chłonne pod pachami i w okolicy jarzmowej były nieco twarde i powiększone. Rozpoznano zwężenie w dolnym odcinku kiszek. Ze względu na brak gorączki i względnie dobry stan ogólny chorej przypuszczano, że guz ten i samo zwężenie, jest pochodzenia gruźliczego. Aczkolwiek wyosobnienie guza było bardzo utrudnione z powodu licznych zrostów, przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Utworzyła się tylko przetoka kałowa, którą zagojono w ciągu kilku tygodni. Obecnie chora ma się doskonale. Guz był poddany badaniu mikroskopowemu, i dopiero teraz przekonano się, że przyczynę choroby stanowił istotnie *ulcus tuberculosum papillare coli ascendentis*.

Na posiedzeniu paryskiej Académie de Médecine prof. PINARD podniósł sprawę zapobiegania ślepotcie. Obrady akademii nad tym przedmiotem miały dostarczyć materiału do odpowiedzi władzom w odnośnej sprawie. Mianowicie, minister spraw wewnętrznych zażądał od akademii wypracowania stałych przepisów dla akuszerki w celu zwalczania *ophthalmiæ neonatorum*. Referat odnośny opracował prof. położnictwa PINARD. Jak ważne jest zapobieganie rozwojowi *ophthalmiæ neonatorum*, można sądzić na podstawie tego, że w schronisku paryskim Quinze-Vingt dla ślepych w 33% przypadków ślepoty przyczynę jej stanowiło omawiane cierpienie. W swojej klinice w celach zapobiegawczych PINARD stosuje zapuszczanie noworodkom do worka spojówkowego roztworów azotanu srebra, soku lub kwasu cytrynowego, nadmanganianu potasu i aniodolu. Postępując w ten sposób, udało mu się obniżyć liczbę zachorowań do 1%, ostateczne zaś wyniki były znakomite, ponieważ od tego czasu, kiedy zaprowadził u siebie takie leczenie zapobiegawcze, oślepiło tylko jedno dziecko. Pomimo to jednak nie jest on zwolennikiem obowiązkowego stosowania tej metody. Według niego przyczynę tej choroby stanowi nie tylko dwuziarniak NEISSER'a, lecz i dwuziarniak zapalenia płuc, gronkowiec, łańcuszkowiec, lasecznik błonicy, sarcina i t. d. Nakoniec spotykał przypadki *ophthalmiæ neonatorum purulentæ*, w których zakażenie nastąpiło nie podczas porodu, lecz zostało przeniesione od innego chorego. To też mówca przychodzi do wniosku, że liczbę przypadków zachorowań na *ophthalmiæ neonatorum* uda się ograniczyć nie za pomocą obowiązkowego postępowania zapobiegawczego, lecz za pomocą dokładnego zaznajamiania słuchaczy medycyny i uczenic-akuszerki z istotą cierpienia i niebezpieczeństwem, którem ono grozi cierpiącym. Projekt prof. PINARD'a został przyjęty przez akademię i przesłany ministrowi spraw wewnętrznych.

W tejże akademii została poruszona jeszcze jedna sprawa, posiadająca znaczenie niepoślednie dla higieny publicznej. D-r LANDOUZY odczytał doniesienie d-ra LOPE z Marsylii o nowem niezmiernie ciekawem odkryciu. Dziecko dwuletnie nosiło przez ośm godzin buciki, które matka rano tego samego dnia poczerśniła jakimś czernidłem, ponieważ poprzednio były one koloru żółtego. Dziecko dostało gwałtownych boleści w brzuchu, drgawek, a wśród objawów zapaści, bezmoczu i sinicy kończyn robiło wrażenie konającego. LOPE sądził, że ma do czynienia z cholera; po zastosowaniu środków podniecających stan chorego polepszył się nieco, następnie zaś dziecko zupełnie przyszło do siebie. Dokładne wywiady zwróciły uwagę L. na czernidło, które, jak się okazało, zawierało dużo aniliny. Spostrzeżenie podobne ogłosił i LANDOUZY, a od czasu tego w literaturze spotkał około 20 przypadków zatrucia czernidłem, zawierającym przetwory anilinowe. To też ze względu na dobro publiczne prosił o wyznaczenie komisji

do zbadania dokładnego omawianego zatrucia. Akademia poruczyła tę sprawę mówcy, BROUARDEL'owi i RICHER'owi.

Jedno z posiedzeń towarzystwa do badań nad dziećmi (Kinderforschung) w Jenie wypełnił odczyt prof. BINSWANGER'a o histeryi w wieku dziecięcym. Według mówcy w histeryi wieku dziecięcego kryją się drzemiące zarodki ciężkich chorób, które rozwijają się z czasem, w zakresie więc studyów nad psychologią dziecka leży i zapobieganie rozwojowi tych cierpień. Nastrocza się tu nie mała trudność, ponieważ przedstawić dokładnego obrazu tej sprawy chorobowej prawie niepodobna, zwłaszcza, że i wśród specjalistów spotykamy znaczną różnicę zdań. Dawniej sądzono, że cierpienie to znajduje się w związku z zaburzeniami w zakresie narządów płciowych, i ztąd do nazwy „histerya“ przyczepiła się wstętna plama, a pojęcie jej jako jednostki chorobowej zostało zdyskredytowane. Wymazać go jednak ze słownika lekarskiego nie udało się, ponieważ nazwa pozyskała międzynarodowe prawo obywatelstwa. Z czasem na pojęcie to rzucono jeszcze jedną plamę i jedynie na skutek pewnych poglądów, upatrujących w histeryi nie chorobę, lecz udawanie choroby. Pomimo to jednak histerya stanowi samoistną jednostkę chorobową; jest to chorobliwie podniecony stan kory mózgowej, a mówiąc ściślej, chorobliwe podniecenie lub przytłumienie pobudliwości komórek nerwowych kory mózgowej. Równolegle do tego idą sprawy psychiczne, to też następstwa są niezmiernie znamienne. Ujawniają się one przede wszystkim w chorobliwych zmianach wrażeń skórnych. Dalej istnieje znaczna liczba dzieci z zaburzeniami czucia bólu. Tu dla wychowawcy otwiera się szerokie i wdzięczne pole działania, zwłaszcza matki nie powinny litować się zbyt nad dzieckiem, jeżeli ono sprawiło sobie jaki ból, a raczej poddawać dziecku brak uczucia bólu. Na czym więc polega działanie tych zaburzeń na stronę psychiczną i fizyczną dziecka? Oto wyradza się skłonność do melancholii, gniewu, popędliwość, zwiększona wrażliwość, katalepsya, migrena, uczucie dławienia, bicie serca, chorobliwe łkanie i t. p. Trudno przeprowadzić granicę pomiędzy uczuciami prawidłowymi i patologicznymi. Rodzice i wychowawcy powinni baczyć na należyty rozwój uczuć dziecka i wygładzać zauważone różnice. Najlepiej udaje się to za pomocą przykładu, to też nie dziwnego, że matki histeryczki wychowują histerycznych potomków. W końcu mówca zaznajamia słuchaczy ze spotykanymi u histeryków zaburzeniami świadomości; wzywa lekarzy i wychowawców do pilniejszego zwracania uwagi na histeryę u dzieci, która zdarza się tam częściej, aniżeli powszechnie sądzą.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SUCHANNEK z Zurichu podaje nowy środek na katar. Jest nim „forman“ $C_{11}H_{21}OCl$, który pod działaniem ciepłej wody rozpada się na aldehyd mrówczany, mentol i kwas solny; ten ostatni zostaje pochłonięty przez wodę, zaś formaldehyd i mentol ulatniają się razem z parą wodną. Stosując ten środek wcześniej, udaje się nieraz przerwać poroczynający się katar. Forman wpływa łagodząco nie tylko na katar, ale również

na nieżyty gardzieli, krtani, oskrzeli. Spostrzeżenia SUCHANNEK'a potwierdza prof. SEIFFERT z Würzburga. Nowy środek daje się ściśle dawkować pod postacią $33\frac{1}{3}\%$ waty i pastylek formanowych, które zostają rozpuszczone w dołączanym do nich naczyniu inhalacyjnym.

= BONZEAN w dyecie wyłącznie mlecznej radzi dodawać do mleka NaCl. Chorzy, którzy nie znosili tej dyety, po

W
dodaniu soli zaczęli znosić mleko dobrze. Wpływ ten B. tłumaczy w sposób następujący: krew zawiera 5,5 NaCl na 1000 osocza; część soli idzie na wytworzenie HCl w żołądku. Mleko zawiera około 1,0 NaCl na litr, czyli że chory przyjmuje dziennie w 3 litrach mleka około 5,0 na litr osocza; prócz tego część idzie na tworzenie HCl, a część wydzie-

la się z moczem. Oczywiście ustrój nie jest w stanie wypełnić wszystkich tych zadań, co przede wszystkim uwydatnia się przez zmniejszenie ilości HCl w żołądku i zaburzenia trawienne. Dodatek 3 -- 4,0 NaCl do dziennej dawki mleka usuwa wszelkie niepożądane objawy przy stosowaniu diety mlecznej. (Gaz. med. du Centre. marzec).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 2 b. m. odbyło się posiedzenie nadzwyczajne w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim ku uczczeniu pamięci Marcelego NENCKIEGO. Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa Towarzystwa kol. St. MARKIEWICZA nastąpił szereg odczytów a mianowicie: 1) kol. NUSBAUM — Witalizm i Marceli NENCKI; 2) kol. PRUSZYŃSKI — Działalność naukowa ś. p. prof. Marcelego NENCKIEGO; 3) kol. JAKOWSKI — Prace ś. p. Marcelego NENCKIEGO, dotyczące trawienia; 4) kol. PALMIRSKI — Odkrycia ś. p. Marcelego NENCKIEGO, dotyczące księżosuszu.

— Przypadki samobójstw pomiędzy dziećmi z roku na rok zwiększają się. Pierwsze miejsce w tym kierunku zajmują Niemcy. W samych Prusach od roku 1869 do 1898 w wieku od lat 10 zginęło śmiercią samobójczą 73 chłopców i 20 dziewcząt, oraz 1173 chłopców i 342 dziewcząt w wieku pomiędzy 10 a 15 rokiem życia.

— W Nowym Jorku zaczęto budować nowy szpital francuski. Budynek ma być 6-io piętrowy z całą masą wind elektrycznych oprócz kamiennych i żelaznych schodów. Na 6-em piętrze ma być kuchnia i pralnia oraz oddział dla suchotników. Na dachu urządzony będzie ogród. Koszt budowy szpitala ponosi Rzeczpospolita francuska.

— Na zjeździe międzynarodowym w Madrycie, który odbywał się będzie od 23 do 30 kwietnia 1903 roku, będą następujące sekcje: 1) anatomii, 2) fizjologii wraz z fizyką i chemią biologiczną; 3) ogólnej patologii wraz z anatomią patologiczną oraz bakterjologią; 4) terapii, farmakologii oraz farmacji; 5) medycyny wewnętrznej; 6) chorób nerwowych oraz umysłowych; 7) chorób skórnych oraz przymiotu; 8) chirurgii; 9) oftalmologii; 10) chorób nosa i krtani; 11) chorób zębów; 12) akuszeryi i chorób kobiecych; 13) chorób wieku dziecięcego; 14) medycyny wojskowej oraz morskiej i higieny; 15) higieny i epidemiologii; 16) medycyny sądowej.

— W Berlinie powstały, zawdzięczając inicjatywie związku niemieckiego dla higieny ludowej, cztery stacje, w których 2 razy tygodniowo niezamożna ludność może otrzymywać informacje w sprawach higieny, dotyczących pożywienia, mieszkania, odzieży i t. p.

— Na skutek wniosku prof. ZUNZ'a postawionego na posiedzeniu zjazdu fizjologów w Turynie, nastąpiła uchwała, ażeby na Monte Rosa (wysokość 4560 metrów) wystawić międzynarodową pracownię fizjologiczną w celu przeprowadzania badań wpływu wysokich stref na ustrój człowieka.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1902 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablica mikrofotograficzna do pracy d-ra STEINHAUSA „O nowotworach mieszanych ślinianek“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довозено Царскому, Варшава 18 Октабря 1901 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

~ Kilka złotych medali. ~

PERUSCABIN

działająca część składowa Balsamu Poruwiańskiego
Jako najpraktyczniejszą postać stosowania tegoż
polecamy:

PERUOL Patent samoludowy! Nazwa zastrzeżona!

Bezbarwny! — Nie plami bielizny! — Bez zapachu!

Chloroform-Anschütz D. R. P.
Nr. 70.614.

chemiczne czysty, z salicylidchloroformu.

Nie zmienia się w oryginalnem opakowaniu.

Butelki po 25 i 50 gr. zawartości.

Na żądanie i w większem opakowaniu.

 Przyrząd do obliczania kropeł, dopasowany do każdej oryginalnej butelki.

Próby i literaturę mogą panowie lekarze otrzymać w każdej chwili.

Preparaty nasze można sprowadzać za pośrednictwem wszystkich składów aptecznych
lub aptek.

TOWARZYSTWO AKCYJNE FABRYK ANILINOWYCH.

Oddział Farmaceutyczny.

Berlin SO. 38.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD

NAGRODA
1896r.



KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzewa

Warszawskie Hygieniczne Laboratorium Miejskie,
stałemi 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. Szwarec i Stucki.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików poci obojga.

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

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosownie: czysty lub z Acid.
bor pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Tanniny w połącze-
niu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i tru-
jącego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra za-
stępuje doskonale $AgNO_3$, nie
drażni i nie tworzy osadu na bło-
nie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)
łatwo podzielny o przyjemnym
smaku, niehygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku woterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo roz-
puszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie
zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia tanninę, rozszczepia się
w kiszkacli przez co nie psuje
apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicy-
lowy i salicylan sodu, nie drażni
żołądka i zostaje bez rozkładu
przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu
organicznem łatwo przyswaja-
nem. Bez smaku, łatwo rozpu-
szczalna.

Europfen

zastępuje Jodoform w małej chi-
rurgii.
Stosowanie: czysty lub z aci-
boric. pulv. aa. p. w maści —10%.

Jodotyryna

działająca substancja gruczołu
tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i je-
go soli, bez zapachu, zupełnie
niezszkodliwy, wolny od wszelkich
ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol

MARIENBAD

(Zdrojowisko Światowe
Czechy)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn

najsilniejsze wody glauwerskie w Europie (z 5 gr. soli glauwerskiej w litrze).

Wskazania: ogólne otłuszczenie, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca plethora.

Ambrosiusbrunn najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie, (z 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze).

Wskazania: anemia, chloroza.

Rudolfsquelle, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyi.

Wskazania: przewlekłe nieżyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artretyzm.

Wszystkie wody Marienbad w Czechach
SKŁADY
we wszystkich aptekach, w składach wód mineralnych
i składach aptecznych.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej APTEKI we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. I. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg № 12 (1901).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bollon, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

ŁAMANIE W STAWACH, CHOROBA NEREK I REUMATYZM.

Węglany, Salicylowy, Będźwiniany Lityny

LE PERDRIEL

Używają się do rozpuszczania kwasu moczowego przy zapaleniach stawów i wogóle przy usposobieniu moczanowem.

Od otrzymywanego kwasu węglanego wydzielającego się i łączącego z lityną, zależy działanie tej ostatniej. W celu uniknięcia podrażnień niedziałających, nieczystych i złego dozowania należy zwracać uwagę na podpis „LE PERDRIEL“

BROMOWA, GLYCERYNO-FOSFOROWA, CYTRYNOWA.

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Bareza, Cepusza, Filleborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziolkiewicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszcząńskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rózyckiego, Strużyńskiego i Erika, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblowskiego i Zamenhofska.

Składy główne: Karmielicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**. W Kaliszu: w aptece **K. Rybickiego**. w Kielcach w aptece **A. Wierzbęty**.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorium codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

MERAN

D-r ROMUALD BINDER,

Polak, praktykuje jak w 7-miu poprzednich latach od weseń do czerwca

Willi Gotensitz Habsburgerstrasse.

Sanatorium „SCHATZALP“ Davos

Stacya lecznicza górską dla chorych piersiowych

300 m. nad Davos-Platz. 1,850 m. nad po. morza.

Lekarze kierownicy:

D-r Lucius Spengler.

D-r E. Neumann.

== Prospekty franko. ==

Z Meranu:

Wszech nauk lekarskich **D-r Marek Berger**, Polak, wykonuje praktykę lekarską przez sezon zimowy w Meranie, Habsburgerstrasse № 8.

ZAKŁAD LECZCZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyk-lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje

Woda Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelné miejsce.

Główna sprzedaż: Towarzystwo Akcyjne przetworów chemicznych i aptecznych Henryk Welt, Warszawa.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

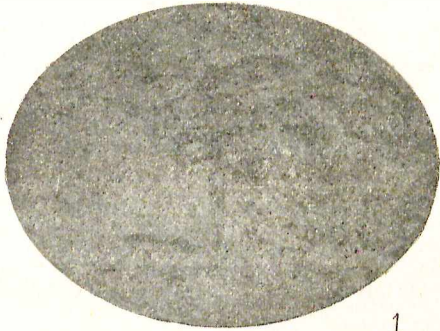
Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.

Wiesbaden

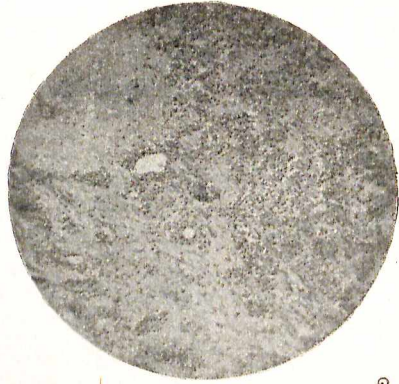
Lekarz chorób skóry i syfilitycznych

Friedrichstrasse 16.

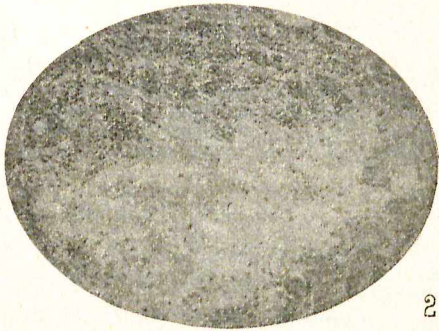
D-r med Julius Müller



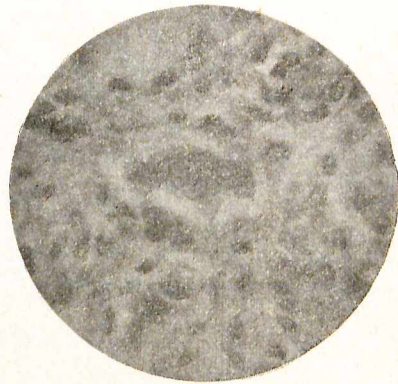
1



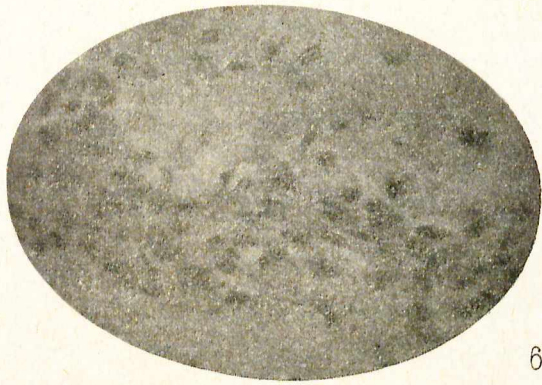
3



2



4



6



5



7