

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 2.

Warszawa d. 14 stycznia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — O przepuklinie nadbrzuszej (Hernia epigastrica), podał D-r Emil Bursche. Przyczynę do sprawy błędów dyagnostycznych u histeryczek, podał D-r Eryk Kuehnelt. — WYKŁAD KLINICZNY. — D-r A. Wasserman. Zasady nauki o odporności i o leczeniu surowicą. — STRESZCZENIA. — *Medycyna wewnętrzna*. 4. Ferdynand Blumenthal Cukromocze nie cukrzycowe. 5. Jacobsohn. O znalezieniu preparatów nadnercza w praktyce lekarskiej. *Choroby dzieci* 6. II. Nothmann. Gorączka solna u ssawców. 7. A. N. Schkarin. O wpływie rodzaju żywienia matki na rozwój i odżywianie karmionego przez nią dziecka 8. Artur Keller. O wpływie żywienia karmicielki na wytwórczość mleka w piersiach 9. Huguenin. Gruźlica gruczołów chłonnych okołooskrzelowych a cierpienia płucne. 10. Mieczysław Michałowicz. Zapalenie płuc śledzionowate (splenopneumonia) w wieku dziecięcym i jego stosunek do gruźlicy. 11. H. Rozenblatówna. Scrophulosis, Lymphatismus, Diathesis exsudativa. Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Władysława Stan-
kiewicza.

O przepuklinie nadbrzuszej (Hernia epigastrica).

Podał

D-r Emil Bursche.

Ordynator szpitala Ewangelickiego

(Rzecz zgłoszona na Zjazd chirurgów polskich w
Warszawie 6, 7 i 8-go października 1910 r.)

Pomimo, że już w połowie XVIII wieku
GARENJEOT, PIPELET, GUENZ, RICHTER i inni
zwracali uwagę na dolegliwości, które spra-

wiają przepukliny nadbrzusze, dłuższy czas
nie interesowano się nimi wcale. Ale i póź-
niejsze wzmianki w podręcznikach BARDE-
LEBENA, KOENIGA, PITHA-BILLROTHA i prace
TERRIERA, GUSSENBAUERA, LE PAGEA, WITZLA,
ROTHA i innych — niewiele naprzód posunęły
sprawę. Na ogół znajomość tego cierpienia
i typowych przez nie wywoływanych obja-
wów jest wśród lekarzy jeszcze i teraz taka
sama, jak przeszło 100 lat temu, kiedy RICH-
TER w klasycznym swem dziele „O przepu-
klinach” pisał o przepuklinach nadbrzusznych.

„Przepukliny te bardzo często bywają niewykrywane, a objawy, jakie one wywołują, bywają przypisywane innym przyczynom; za błąd ten płacą chorzy zwykle zdrowiem, czasem i życiem. We wszelkich chorobach i dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego przedewszystkiem powinno się zbadać, czy czasem źródłem tych dolegliwości nie jest ukryta przepuklina. Jest rzeczą nie do uwierzenia, jak różnorodne, niezrozumiałe, uporczywe i nieuleczalne dolegliwości powstają z tej przyczyny. Byłyby one łatwo zrozumiałe i uleczalne z chwilą znalezienia przepukliny i usunięcia jej”.

W piśmiennictwie naszym cierpienie to, pomimo swej doniosłości praktycznej, mało znalazło uwzględnienia. Przeglądając piśmiennictwo lekarskie polskie znalazłem tylko opisy poszczególnych przypadków kolegów: MINKIEWICZA, PRZYBOROWSKIEGO, BENNIEGO, MINTZA i MARCINKOWSKIEGO, kilka słów u GĄBSZEWICZA (o doszczętnem leczeniu wolnych przepuklin) i jedną tylko nieco obszerniejszą pracę kolegi GRUNDZACHA.

Przepuklina ta jednakże zdarza się wcale nie tak rzadko. Zwróciłem na nią uwagę podczas wojny rosyjsko-japońskiej, i uderzyła mnie częstość tych przepuklin u żołnierzy—więc ludzi w sile wieku; w przeciągu niespełna 1½ roku miałem możność obserwowania aż 42 przypadków, a następnie w Warszawie napotkałem jeszcze 12 przypadków—razem więc 54.

Co do częstości tej przepukliny, znajdujemy u rozmaitych autorów różne dane: KUTTNER na 5300 chorych ambulatoryjnych znalazł 12 przypadków — 0,2%, FRIEDMANN na 2850 — 5, w prywatnej zaś praktyce na 2300—21, LINDENSTEIN na 13534 chorych — przepuklin wogóle 850, nadbrzusznych zaś 13—1%, FRIEDRICH na 12724—52 tj. 0,41%, SCHUETZ na 5000—62—1,2%, BOHLAND na 3420—33 — 1%, BERGER na 10000 przepuklin znalazł 117 nad-

brzusznych, ROMANIN na 36340 chorych znalazł 534 przepukliny pachwinowe, 31 udowych, 121 pępkowych i 143 nadbrzuszne; LINIGER, badając 5000 robotników, znalazł 182 przepukliny nadbrzuszne i twierdzi, że na 4 przepukliny nadbrzuszne przypada tylko jedna udowa. KREMBES na 300 chorych—12 przypadków przepuklin nadbrzusznych—4%, HAGENTORN na 88 chorych—10—11%; ten ostatni nawet dowodzi, że każdy 15-ty mężczyzna posiada przepuklinę nadbrzuszną. Cyfry, podane przez KREMBESA i HAGENTORNA, jednak niezupełnie zasługują na zaufanie, ponieważ obserwacya ich ogranicza się na bardzo nieznacznej liczbie chorych. Różnorodność zaś statystyki bezwarunkowo jest zależna od składu badanych: więcej się znajdzie przepuklin nadbrzusznych tam, gdzie jest więcej chorych na zaburzenia narządów trawienia, gdzie przeważa liczba mężczyzn, zwłaszcza należących do klasy robotniczej—a następnie i od dokładności badania. BERGER, naprzykład, u każdego chorego z jakąkolwiek bądź przepukliną badał dokładnie i kresę białą i znalazł, że wielu bardzo chorych albo nie wiedziało o swej przepuklinie nadbrzusznej, albo nie przypisywało owemu guzikowi żadnego znaczenia—wszak nie wtajemniczonymu osobnikowi wydaje się wprost nieprawdopodobnem, by tak niewielkie guziki były w stanie wywołać ciężkie objawy ze strony narządów trawienia.

Przepukliny nadbrzuszne powinny w jednakowym stopniu interesować chirurga, jak i lekarza internistę, należą bowiem do dziedziny t. zw. pogranicza. Do niedawna choroba ta prawie wyłącznie była udziałem chirurgów—obecnie zaś, gdy poznaje się względną częstość tej choroby i udział jej w rozmaitego rodzaju dolegliwościach żołądkowo-kiszczkowych — w coraz większym stopniu zwraca na siebie uwagę i lekarzy chorób wewnętrznych.

Pomimo klinicznego znaczenia przepuklin nadbrzusznych w podręcznikach chorób wewnętrznych, a szczególnie specjalnych chorób żołądka i kiszek nie znajdujemy prawie żadnej wzmianki o tej przepuklinie; jedynie podręcznik EWALDA o chorobach narządów trawienia poświęca tej chorobie specjalny rozdział.

A n a t o m i a. Jeżeli przeprowadzimy 2 linie w poprzek brzucha: jedną od przedniego końca chrząstki 10-go żebra jednej strony do tejże chrząstki drugiej strony—a drugą między kolcami podłędźwiowymi przednimi górnymi, to całą okolicę brzuszną rozdzielimy na 3 poprzeczne pasy: nadbrzusza, śródbrzusza i podbrzusza. Z nich każda rozpada się dalej, mianowicie: okolica nadbrzusza na 2 symetryczne okolice podżebrów (*regiones hypochondriacae*) i środkową nieparzystą, zwaną okolicą ponadżołądkową (*reg. epigastrica propria*); okolica śródbrzuszna dzieli się na okolicę środkową, zwaną pępkową (*reg. umbilicalis*) i na okolice boczne brzucha (*reg. abdominis laterales*); okolica podbrzuszna rozpada się na środkową, zwaną łonową (*r. pubica*) i boczne — pachwinowe (*r. inguinales*). Jak wiadomo, mięśnie szerokie brzucha przechodzą z przodu w szerokie rozciągnięte, tworzące razem torebkę dla mięśnia prostego. Przez skrzyżowanie—właściwie przeplatanie się włókienek obustronnych ścięgien w ten sposób, że rozciągnięto zewnętrzznego ukośnego mięśnia bezpośrednio przechodzi w rozciągnięto wewnętrzznego ukośnego drugiej strony — powstaje w linii środkowej ciała silne pasmo włókniste, ciągnące się od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, zwane linią, kresą albo smugą białą (*linea alba*). Między temi krzyżującymi się włókienkami pozostają minimalne przestrzenie w niektórych miejscach, mające wskutek ukośnego kierunku włókienek kształt równoległoboku; przestrzenie te służą

do przepuszczania z głębi naczyń i nerwów. Pochewka mięśni prostych bezpośrednio się dotyka tylko kresy białej. W ten sposób sam środek ściany brzusznej składa się tylko z rozciągnięta bez warstwy mięśniowej. Kresa biała jest szersza między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, niż między pępkiem i spojeniem łonowym, ponieważ w górnej swej części mięśnie proste oddalają się od siebie, gdy w dolnej się zbliżają. Szerokość kresy białej podług GEGENBAUERA, WALDEYERA, RAUBER-KOPSHA — w okolicy nadbrzusznej dosięga 14 mm., w okolicy pępkowej kresa jeszcze się rozszerza do 18—20 mm., a ku dołowi się zwęża, dosięgając koło spojenia łonowego tylko 2 mm. Grubość zaś, odwrotnie — ku dołowi znacznie się powiększa. Kresa biała jest w górnej swej części nie tylko najszersza i najcieńsza, ale i znacznie więcej napięta między łukiem żebrowym i dlatego staje się mniej odporną na każdy uraz. Pośrodku między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym, nieco bliżej pępka, znajdujemy prawie zawsze ścięgnięto śródmięśniowe (*inscriptio tendinea*), idące do łuku żebrowego, które jeszcze powiększa napięcie.

Wszystkie te warunki anatomiczne składają się na to, że przepuklina najczęściej powstaje w kresie białej powyżej pępka. Za kresą białą znajdujemy otrzewną ścienną, a za nią w górnej części lewy płąt wątroby, niżej żołądek, a jeszcze niżej sieć wielką, okrężnicę poprzeczną i jelita.

N a z w a. Pierwszy przepuklinę tę nazwał nadbrzuszna (*hernia epigastrica*) podług MAYDLA VIDAL de CASSIS w 1848 roku, i nazwa ta zyskała największe rozpowszechnienie, chociaż nie jest anatomicznie ścisła, gdyż, jak wyżej widzieliśmy, znajdujemy ją w kresie białej między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem — więc nie tylko w okolicy nadżołądkowej, lecz i w okolicy pępkowej; do wielkich rzadkości należy znalezienie jej mię-

dzy pępkiem i spojeniem łonowem i to prawie zawsze zaraz poniżej pępka. Ścisłe anatomiczna byłaby nazwa podwójna: nadbrzuszna i obokpępkowa (*hernia epigastrica propria et hernia para-aut supraumbilicalis*) według GRASERA; TERRIER nazywa je: *hernies epigastriques et adombilicales*; WALTER — *hernia lineae albae supraumbilica*. Zupełnie już nieodpowiednie są nazwy, proponowane przez niektórych autorów, jak *hernia mediana* lub *hernia ventralis*. Wielu autorów w ostatnich czasach, szczególnie zaś SCHUETZ i BECK, obstatują przy nazwie „przepuklina smugi białej” (*hernia lineae albae*), dowodząc, że ostatnia ta nazwa najlepiej określa nie tylko umiejscowienie, ale i sposób powstania tej przepukliny.

Nie trzeba przepukliny nadbrzuszej utożsamiać z owymi niby to przepuklinami, które powstają w środkowej linii brzucha u kobiet po wielokrotnych porodach, po operacjach brzusznych i t. p. Te ostatnie nie są właściwie przepuklinami, gdyż nie występują przez otwór w ścianach brzusznych pod ogólne powłoki brzuszne, lecz pokryte są tylko mocno rozciągniętą powięzią smugi białej, a powstają wskutek rozstąpienia się (diastazy) mięśni prostych brzucha. Nie podchodzą pod te przepukliny i przepukliny pępkowe, które tworzą odrębną kategorię. Najczęściej spotykałem przepukliny nadbrzusze pośrodku między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem (w miejscu, odpowiadającym owemu ścięgnu śródmięśniowemu, o którym wspominałem wyżej): na 54 obserwowane przeze mnie przypadki aż 42 znalazłem w tem miejscu, 8 zaraz poniżej wyrostka mieczykowatego, a 4 powyżej pępka. BOHLAND także spotykał je najczęściej pośrodku. LINDENSTEIN podaje stosunek odwrotny; najczęściej bliżej wyrostka, następnie powyżej pępka, najrzadziej pośrodku między nimi. Inni autorowie, jak: KUTTNER, BERGER, ROTH, PUETZ (z

15-tu przypadków 11), NIEHUES (z 35 — 24), SCHUETZ (z 81 — 49) przeważnie znajdowali przepukliny w bliskości pępka. SCHUETZ tłumaczy to największą szerokością kresy białej w bliskości pępka, dochodzącej tu 18—20 mm. Przeważnie też spotykałem przepukliny nadbrzusze niezupełnie ściśle po środkowej linii, ale nieco z boku i przeważnie po stronie lewej: z 54 tylko 11 było ściśle pośrodku i tylko 3 po stronie prawej. Zgadza się to ze spostrzeżeniami większości innych autorów. LOTHROP objaśnia to nadzwyczajną ścisłością i gęstością kresy białej po linii środkowej, gdzie się krzyżują włókienka wszystkich rozścięgien. Spotykamy jednakże i inne dane. Le PAGE z 18 przypadków 15 znalazł pośrodku, 2 z lewej i 1 ze strony prawej. ROTH wszystkie 26 przypadków znalazł ściśle pośrodku.

W i e l k o ś ć. Przeważnie przepuklina nadbrzusza przedstawia się w postaci małego guzika wielkości grochu, fasoli, wiśni lub orzecha laskowego, rzadko bywa większa. Raz jeden tylko napotkałem przepuklinę wielkości kurzego jajka. Bardzo duże przepukliny należą do wyjątków—jak opisane przez TERRIERA i GASCOYENA (ten ostatni usunął przy operacji doszczętniej przepukliny nadbrzuszej tłuszczak wagi 5 funtów).

Tu nadmienić trzeba, że dolegliwości bynajmniej nie są zależne od wielkości przepukliny; często się zdarza, że zupełnie drobne przepukliny sprawiają nadzwyczaj silne dolegliwości, gdy odwrotnie — chorzy z dużymi przepuklinami nie odczuwają żadnych, lub minimalne dolegliwości.

K s z t a ł t mają drobne przepukliny przeważnie okrągłe, półkulisty, czasami z nierówną powierzchnią zlekka guzowatą, jakby porozdzielaną przez bruzdki rozmaitej głębokości. Większe przepukliny są przeważnie płaskie, mają kształt grzyba, winogrona, a bardzo duże (jak opisana przez TERRIERA)

zwieszają się ku dołowi w postaci worka z węższą podstawą. Zresztą kształt może się często zmieniać, zależnie od kaszlu, wymiotów, przy zmianie pozycji i t. d. (*notabene* tak zwane przepukliny tłuszczowe—*hernia adiposa*—nie zmieniają kształtu).

Co do płci, to najczęściej spotykamy przepuklinę nadbrzuszną u mężczyzn. W mojej praktyce na 54 przypadki tylko 4 było u kobiet; co prawda, jak już wyżej wspomniałem, 42 przepukliny znalazłem u żołnierzy podczas pobytu mego na wojnie, więc te przepukliny u 4-ch kobiet należą do tych 12-stu przypadków, obserwowanych przezemnie następnie w Warszawie. Podług ROTH'a procentowo wypada stosunek 66% mężczyzn i 34% kobiet, u BOHLANDA na 40 mężczyzn—3 kobiety, u Le PAGEA na 15 mężczyzn—4 kobiety, LINDENSTEINA na 11 mężczyzn—2 kobiety, KUTTNERA na 10 mężczyzn—1 kobieta, LINDNERA na 67 mężczyzn—23 kobiety—i tylko chyba przypadkowo znajdujemy stosunek odwrotny: że z obserwowanych w klinice DOLLINGERA 9-ciu przypadków 4-ch było mężczyzn, a 5 kobiet. Co prawda u starszych autorów, jak u VIDALA, UHDEGO, spotykamy się z poglądami, że przepukliny kresy białej częściej się zdarzają u kobiet wskutek częstych porodów, lecz objaśnia się to tem, że autorzy ci utożsamiali przepukliny nadbrzuszne z dyastazą mięśni prostych. (C. d. n.).

Przyczynę do sprawy błędów dyagnostycznych u histeryczek.

podał

D-r Eryk Kuehnelt,

lekarz naczelny Sanatorium „Altwater“—Freiwaldau na Szląsku austr.

Z dużej liczby przypadków histeryi, z którymi lekarz sanatorium ma do czynienia, chciałbym też zwrócić uwagę na jeden bar-

dzo ciekawy przypadek, który pomimo bardzo dokładnego i wszechstronnego badania rozpoznany był zupełnie błędnie, czego jednak lekarzowi mieć za złe niepodobna.

Dnia 17 listopada 1909 roku. Sprawa dotyczy 29-cioletniej pacjentki, szczupłej i delikatnej budowy; błony śluzowe blade, tkanka tłuszczowa słabo rozwinięta. W płucach, sercu i narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Hemoglobiny 75 według met. SAHLIEGO. Odruchy nieco wzmożonei Białe upławy w nieznacznym stopniu. Ojciec chorej cieszy się dobrem zdrowiem, matka zmarła na suchoty. Jeden brat zdrowy, drugi upośledzony umysłowo. Pacjentka wyszła za mąż przed 4 laty, wkrótce zaszła w ciążę i od 3-go miesiąca czuła ból w prawej nerce. Ból ten wzmagał się ustawicznie i w trzy miesiące po porodzie jeszcze trwał. Wówczas w Pradze Czeskiej zrobiono rozpoznanie: zapalenie miedniczek nerkowych (w moczu były liczne leukocyty i czerwone ciała krwi). W ciągu dwóch miesięcy pacjentka czuła się dobrze, potem jednak wrócił silny ból w okolicy lewej nerki, mocz zawierał obfite osady, ilość mocznika, kwasu moczowego, fosforanów jakoteż kwasu szczawowego była znacznie zwiększona. Również często wykrywano w moczu ciała ropne i krew, lecz nigdy nie znajdowano elementów nerkowych. Przed dwoma laty objawy chorobowe wzmożyły się, z początku chora gorączkowała tylko zrana po wstaniu z łóżka, następnie gorączka, już stała, do 39° doprowadziła chorą do znacznego osłabienia. Badanie promieniami Roentgena wypadło ujemnie, również badanie bakteryologiczne i biologiczne. Znany chirurg berliński doradził operację próbną, której dokonano w Pradze 9 Marca 1909 r. Skośne cięcie lędźwiowe, dotarcie do lewej nerki. Przecięcie torebki tłuszczowej i częściowe jej usunięcie. Wyłuszczenie nerki ku przodowi do miedniczek.

Nerka okazała się zdrową, miąższ normalny, powierzchnia gładka bez blizn, żadnych podejrzanych guziczków, torebka właściwa normalna. Przekłucie próbne przez miąższ do miedniczki z aspiracją nie dało żadnego wyniku, z tego powodu otworzono miedniczki i znów wykonano przekłucie próbne, które też żadnego nie dało rezultatu. Dalsze poszukiwanie w okolicy nerki wykazało obecność dodatkowego moczowodu o przebiegu równoległym do głównego moczowodu, nie udało się jednak stwierdzić, czy znajdował się on w połączeniu z głównym moczowodem, czy też wpadał do pęcherza samoistnie.

Obydwa moczowody nie wykazywały żadnych zmian chorobowych na całej swej długości, również i miedniczki były zupełnie prawidłowe. Pod koniec operacji zastanawiano się nad tem, czy należy przewiązać dodatkowy moczowód wobec możliwości zatrzymywania się moczu w rozszerzonej jego części, co mogłoby wpływać na powstanie

2.	X.	zrana	35,6,	popołud.	37,5,	wiecz.	37,6,	—	chora	poza	łóżkiem	
3.	X.	"	36,3,	"	36,4,	"	37,6,	—	"	"	"	
4.	X.	"	36,0,	"	36,2,	"	37,7,	—	"	"	"	
5.	X.	"	35,5,	"	36,0,	"	37,7,	—	"	"	"	
6.	X.	"	35,6,	"	36,2,	"	36,1,	—	chora	pozostaje	w	łóżku.

Ile razy chora pozostawała w łóżku, ciepłota była normalna, jak tylko opuszczała łóżko, natychmiast ciepłota podnosiła się. Wówczas chora dostała się pod moją obserwację. W początkach gorączka trwała dalej. Zaleciłem świetlne kąpiele elektryczne, półkąpiele od 26° do 24°R i wilgotne zawijania. Jednocześnie przepisałem leczenie tużące. Od 8 stycznia 1910 r. do 4 marca gorączki więcej nie było, chora robiła duże wyćieczki piesze, i na wadze przybyło jej 10 klg.

Dnia 4 marca chora dostała dreszczy, i ciepłota wykazywała 37,3. Polecilem chorej pozostać w łóżku, mimo to ciepłota wciąż była podniesiona, dochodząc do 39,6. Stan

gorączki. Brak jednak wszelkich objawów patologicznych ze strony miedniczek nerkowych zniewolił chirurga nic więcej nie robić. Nałożono szew piętrowy aż do tylnego kąta i wprowadzono tampon jodoformowy i sączek z rury gumowej.

Gojenie się rany odbywało się prawidłowo, pozostał tylko pośrodku blizny mały otworek, z którego do września sączyła się niewielka ilość wydzieliny ropnej. Gdy po leczeniu we Francensbadzie przetoka nie zagoiła się, dnia 17 września pod narkozą rozszerzono ją, przyczem okazało się, że prowadzi ona do rozszerzonego worka w dolnej części nerki. Wyskrobano całą tę drogę, przyczem usunięto nitkę jedwabną, która tkwiła w mięśniu. Wytamponowano ranę gazą jodoformową i nałożono opatrunek z *liq. alum acet.*

Od tej chwili stan gorączkowy minął. W dwa tygodnie po operacji mieliśmy taki przebieg:

taki trwał przez trzy tygodnie. Dodać muszę, że osobiście mierzyłem ciepłotę.

Wielokrotne badanie moczu nie wykazywało nic szczególnego.

Dnia 25 marca wystąpiła nagła zmiana w przebiegu choroby. Ciepłota spadła do 35,6, i o 7-ej wieczorem nastąpił tak silny napad kolki nerkowej, że chora z bólu gryzła poduszki. Od tej chwili w przeciągu całej doby chora nie oddała zupełnie moczu. 26 marca o godz. 6-ej dwugodzinny napad kolki nerkowej, co w ciągu następnych trzech dni powtarzało się o tym samym czasie. Przypuszczałem, że mam do czynienia z ropniem nerki, który tworzył się w ciągu trzech tygodni

Dragées
LECITHINI-ovo à 0,05

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwu stearinoglicerynofosforowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej: przy anemii, chlorozie, neurastenii, podupadłem odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.
 Flakon 40 sztuk — 1 rs. Dozow.: od 1 — 4 dziennie.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
 Jerozolimska 27 róg Kruczej.

MACZKA
NESTLÉ
 MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylenblau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropine, Salol. Stosują się 3—4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ
PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

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

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

GLYCÉRO - DALLOZ
GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGULKACH.
 KRZYWICA,
 PRÓCHNIENIE KOŚCI
 PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY
 GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
 NIEDOMOGA NERWOWA
 OKRES ZDROWIENIA
 I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Z. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerne i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

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

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPULKACH STERYLIZOWANYCH

CENA PUDEŁKA 21 AMP. 1R 75. 10 AMP. 1.R 100 AMP. 5RSO.

BIOACTYL

FERMENT MLECZNY FOURNIER'A

Biegunki zakaźne. Dyzenterya. Enteritis. Zapalenie wyrostka robaczkowego.
Flakon 60 patsylek 2.50 Główna Agentura G. POMMIER Petersburg, Pantelejmonowska 24.

PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.
CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach
flakon 60 past.



GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.

TERMOGEN

Wata lecznicza.

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwy-
czajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczy-
czniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania
i okłady.

Stosowanie Termogenu jest wskazane: w gość-
cu, dnie, bólach nęwralgicznych, w kolce wątro-
bowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmie-
niający leczenia przepisanego przez lekarza,
N. B. Próby wysyła się pp. doktorom
na żądanie.

Biuro francuzkich produktów farmaceutycz-
nych Gabriel Pommier, 27, ulica Pan-
telejmonowska, St. Petersburg.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyń-
skiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Na-
tansona, Ryłki, Thiemeego, Tyrchowskiego i Winawera
Przyjmuje za opłatą od 2 1/2 do 6 rs. dziennie. Sala porodowa.
Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne

Choroby Mózgu
EPILEPSYA, HISTERYJA, NEUROZY
Lecz się skutecznie OD LAT 40 zapomocą

SYROPÓW HENRY MURE

1. z bromkiem potasu. 2. z licznymi bromkami
(potasu, sodu i amonii) 3. z bromkiem strontu (nie-
zawierającym barytu).

Ściśle dozowane. 2 gramy soli chemicznie czystej w łyżce
stołowej i 50 centig. w łyżce od kawy doskonałego syropu ze
skórek gorzkich pomarańczy.

Preparaty te starannie przygotowane i zawie-
rające składniki, które są w możności zadość-
czynić wymaganiom praktyków, pozwalają na
doświadczalne porównanie w identycznych
warunkach wartości leczniczej różnych pojedy-
nych i połączonych soli bromowych.

FLAKON: 3 rb 90 kop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Phen de tre el,
Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostać można we wszyst. aptekach i składach apt. Rossyji.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

i doprowadził do zebrania się ropy w miedniczce nerkowej z następczem zamknięciem tejże. Diuretyna w ilości 0,5, podawana co godzina, dała drugiego dnia 500 gr. moczu, 3-o 700, 4-o 1100.

Napady kolki powtarzały się codziennie. Lekarz, wezwany na naradę, potwierdził moje przypuszczenie co do wytworzenia się ropnia i radził dokonać ponownej operacji.

Wezwany chirurg dokonał cewnikowania moczowodów. Prawy okazał się normalnym, z lewego wydobyto mocz krwawy (zranienie cewnikiem?).

Dnia 29 marca przystąpiono do operacji.

30 marca — stan bezgorączkowy

1 kwietnia — „ „

2 „ — „ „

3 „ — „ „

4 „ — „ „

5 „ — „ „

6 „ — „ „

7 „ — ciepłota wieczorna 37,6

8 „ — „ „ 37,5

9 „ — chora wstała z łóżka,

wydzieliny niema wcale, brzegi rany zalap-

sowano, prawie zupełnie zagojone. 12 kwietnia rana zupełnie zagojona, ciepłota normalna.

Do historii choroby należy dodać, co następuje.

Wbrew woli ojca swego pacjentka wyszła za mąż za oficera, i z tego powodu ojciec wyrzekł się córki.

Wkrótce po ślubie pacjentka powzięła wątpliwości co do wierności swego męża. Wówczas rozpoczęły się opisane powyżej bóle i gorączka. Siódmego dnia po operacji przybył do sanatorium mąż chorej w towarzystwie pewnej damy (przedmiot zazdrości żony). Tegoż dnia wystąpiła gorączka i trwała dwa dni—tyle, ile czasu owa dama przebyła w sanatorium. Choroba powróciła 4 marca, gdy pacjentka znów zaczęła mieć podejrzenia wobec rzadkich listów od męża; zresztą, chora pragnęła mieć męża przy sobie,

Cięcie typowe, dotarcie do lewej nerki, usunięcie mocno rozwiniętej tkanki łącznej wokoło nerki, przesuniętej ku górze. Torebka nerkowa normalna, schodzi z trudnością, miąższ nerki najzupełniej normalny, miedniczka nie powiększona, pusta, żadnych objawów i zmian zapalnych, kamicowych i nowotworowych. Jeden moczowód, silnie otoczony tkanką łączną, biegnie nieco nazewną, drugiego moczowodu niepodobna wykryć. Otworzono otrzewną, zbadano wyrostek robaczkowy, również obydwaj jajniki — wszystko znalezione w stanie normalnym. Założono sączek, zaszyto ranę.

obfita ilość wydzieliny z rany

„ „ „ „ „

„ „ „ „ „

„ „ „ „ „

zmniejszona ilość wydzieliny

„ „ „

„ „ „

tyczasem urlop mógł on otrzymać tylko w razie ciężkiej choroby żony. Wówczas ciepłota podniosła się do 39,6. Gdy mąż jeszcze nie przybywał, wystąpiły silne napady kolki nerkowej, bezmocz i chęć operacji. Wtedy już małżonek dostał urlop i przyjechał.

Przypadek ten stanowi przyczynek do t. zw. gorączki histerycznej; muszę jeszcze raz zaznaczyć, że osobiście zakładałem termometr i pilną zwracałem uwagę na pacjentkę, badając jednocześnie tętno, które dochodziło do 130.

Wszelkie przeto zabiegi, jak tarcie termometru i t. p., są wyłączone.

Spostrzeżenie niniejsze z rozpoznaniem tak błędnem ogłaszam w tym celu, ażeby innych kolegów w podobnych przypadkach uchronić od przedsięwzięcia tych lub innych zabiegów operacyjnych.

WYKŁAD KLINICZNY.

D-r A. Wassermann.

Zasady nauki o odporności i o leczeniu surowicą.

Nazwą odporności określamy stan, dzięki któremu dany osobnik staje się niewrażliwym na zakażenie, któremu ulega większość osobników tej samej rasy. Stan taki może być wrodzony albo nabyty. Odpowiednio też do tego rozróżniamy odporność wrodzoną albo naturalną i nabytą albo sztuczną. Niżej będzie mowa jedynie o odporności nabytej.

Fakt ten, że jeden osobnik może być odporny w ciągu swego życia względem pewnych zakażeń, jest znany i stwierdzony empirycznie od bardzo dawna.

Co się tyczy wysypek ostrych, a wśród nich w pierwszym szeregu ospy, przekonano się już dawno, że jednorazowe przebycie choroby stanowi ochronę od powtórnego na nią zapadnięcia. Istotnie, ospa stanowiła tę pierwszą chorobę zakaźną, względem której zastosowano umyślnie uodparnianie sztuczne. Mianowicie, od czasu do czasu, głównie w przebiegu łagodnych epidemii ospy, szczepiono ludziom umyślnie jad ospowy, aby im dać możliwość przebycia łagodnej postaci choroby, a tem samem zabezpieczyć ich przed samoistnym, ciężkim przebiegiem cierpienia. Ten zabieg właśnie nazwano: „*variolatio*”.

Uodparnianie sztuczne względem zakażeń jesteśmy w stanie stosować celowo dopiero dzięki poznaniu genialnej metodyki Rob. KOCHA, która pozwoliła nam zapoznać się z istotnymi sprawcami większości najważniejszych chorób zakaźnych, nauczyła nas hodować sztucznie odpowiednie zarazki, a tem samem otrzymywać je w dowolnej ilości, a za pomocą doświadczeń na zwierzętach bliżej zbadać ich własności biologiczne.

Pierwsze próby otrzymania odporności sztucznej za pomocą stosowania hodowli

czystych zbliżają się bardzo do swego pierwowzoru — wariolacyi; polegały one na tem, że zwierzę umyślnie narażano na przebycie postaci łagodnej danego zakażenia, ażeby je zabezpieczyć przed zakażeniem materiałem o pełnej sile zakaźnej. Cel ten osiągnięto za pomocą szczepień ochronnych szczepionkami (*vaccins*) Pasteurowskimi, które w zarazie syberyjskiej (karbunkul), czerwonce świń i cholery kurzej i do dziś znajdują zastosowanie w praktyce weterynaryjnej. Szczepionki Pasteurowskie otrzymuje się w ten sposób, że drobnoustroje odpowiednie, np. laseczki karbunkułu, odznaczające się największą zjadliwością, gdy się je hoduje przy 37° C., są hodowane przy ciepłocie nieco wyższej, około 41° C. W tych warunkach drobnoustroje rosą jeszcze, lecz tracą na swej jadowitości; na skutek tego po zaszczepieniu zwierzętom wywołują zazwyczaj lekką, lecz nie śmiertelną chorobę. Z drugiej strony zaszczepione zwierzęta, które przetrzymały to lekkie zakażenie, stają się zabezpieczonymi przed zarazieniem hodowlą o pełnej sile zakaźnej. Wakcyny tedy są to szczepionki, które zawierają drobnoustroje osłabione, lecz, bądź co bądź, żywe i dlatego posiadają pewne złe strony. Ostatnie polegają na tem, że natężenie odczynu, następującego po zaszczepieniu, nie daje się ściśle oznaczyć, nadto w przypadkach pojedynczych bywa ono tak silne, że powoduje albo ciężką chorobę, albo nawet zejście śmiertelne. Wobec tego, że przy używaniu wakcyn zejście niepomysłne nie jest wyłączone, stosowanie ich do uodparniania ludzi jest niedopuszczalne. To też, kiedy przekonano się, że działanie bakteryi zależy nie tyle od żywych drobnoustrojów, ile od wytworów ich przemiany materyi, zaczęto używać do szczepień ochronnych nie drobnoustrojów żywych, lecz czynnych ciał chemicznych przez nie wydzielanych lub zawartych w samych bakteryach; innemi słowy, zwrócić się do przesączów hodowli, a więc płynów wolnych od zarazków lub d

zarazków zabitych. W rzeczy samej otrzymano wyniki pomyślne w całym szeregu chorób zakaźnych, jak cholera, dur, w których zarazki zabite dają doskonały materiał szczepionkowy przeciw żywym czynnikom chorobotwórczym tego samego gatunku.

Gdy w celu uodpornienia zaszczipimy zwierzęciu pewną nie zabójczą ilość obumarłych lub żywych laseczek tyfusowych, zwykle następnych dni na miejscu zaszczipienia spostrzeżemy mniej lub więcej wydatny naciek, dalej pewne zaburzenia ogólne, zmniejszone łaknienie, podwyższenie ciepłoty i t. d. Następuje tedy odczyn miejscowy i ogólny. Jeżeli postąpić w ten sam sposób z większą liczbą zwierząt tego samego dnia, a następnego dnia wykonać próbę z zaszczipieniem śmiertelnej dawki drobnoustrojów żywych, to można stwierdzić, że zwierzę padnie równie szybko, jak gdyby nie było zgoła szczepione. Taki sam będzie wynik przy próbach odporności 2-go, 3-go i t. d. dnia od czasu zaszczipienia, a dopiero 8-e lub 9-te zwierze, a więc na 8 lub 9-ty dzień od zaszczipienia stwierdzimy, że zwierzę przetrzyma zakażenie dawką zabójczą dla zwierzęcia nie szczepionego. Wynik jest jasny: wskutek odczynu, zależnego od zaszczipienia, w ustroju musiało wytworzyć się coś nowego, co do swego rozwoju wymagało pewnego czasu,

To „coś nowego” stanowiło zagadkę aż do odkrycia BEHRINGA. BEHRING mianowicie stwierdził, że surowica krwi zwierząt, uodpornionych sztucznie względem błonicy i tężca, zawiera pewne ciała, których nie bywa w surowicy zwierząt nieuodpornionych. Mieszał on surowicę zwierząt szczepionych z jadem błoniczym i tężcowym i przekonał się, że taka mieszanina stała się nieszkodliwą. Dalej badaczowi temu udało się z czasem stwierdzić, że to działanie neutralizujące surowicy występuje nie tylko w próbówce, albowiem, gdy zwierzęciu wstrzyknięto naprzód taką surowicę, a następnie jad bakteryjny lub czystą hodowlę odpowiednią, to zwierzę pozostawało zdrowe. A więc te nowo powstałe ciała posiadały własność zabezpieczenia innego osobnika przed odnośnym zakażeniem, wzgl. zatruciem. BEHRING również dowiódł, że to zabezpieczenie posiadało swą siłę nawet, gdy

zwierzę już było zatrute, t. j. gdy zwierzęciu naprzód zastrzyknięto jad, a następnie surowicę, co dowodziłoby, że te nowe ciała posiadają siłę leczniczą. W końcu BEHRING wykrył jeszcze jedną bardzo ważną okoliczność, mianowicie, ścisłą swoistość tych nowo wytworzonych ciał. Surowica zwierzęcia, uodpornionego względem błonicy, posiadała własności ochronne wyłącznie tylko względem błonicy, a surowica zwierzęcia, uodpornionego względem tężca, zabezpieczała jedynie od tężca.

Odkrycia BEHRINGA dały nam dwie wielkie metody uodparniania sztucznego. Jedna polega na tem, że możemy uodpornić ustrój, wywołując u niego przez wprowadzenie drobnoustrojów lub produktów ich życia pewien odczyn swoisty, jako następstwo którego w surowicy krwi występują swoiste ciała ochronne. Metoda druga zasadza się na tem, że z ustroju, który wyrobił sobie ciała ochronne, upuszczamy krew; otrzymaną w ten sposób surowicę, zawierającą ciała ochronne, wstrzykujemy do innego ustroju. Różnica pomiędzy temi dwiema metodami jest wyraźna. W przypadku pierwszym ustrój musi sam wytworzyć swoiste ciała ochronne, i dlatego taką odporność nazywamy za EHRLICHEM odpornością czynną. Ponieważ, jak to już widzieliśmy, przygotowanie ciał ochronnych przez ustrój wymaga pewnego czasu, odporność czynna nie występuje nigdy natychmiast po zastrzyknięciu, lecz dopiero po pewnym czasie. Natomiast utrzymuje się ona dosyć długo, ponieważ komórki ustrojowe nauczyły się przygotowywać ciała ochronne i mogą wciąż pokrywać straty, powstałe wskutek wydzielania, spalania i t. d.

W przypadku drugim dajemy razem z surowicą coś obcego, gotowego, co sobie przygotował inny osobnik; a więc ustrój, uodporniony surowicą, nie potrzebuje nic sobie przygotowywać, gdyż otrzymuje rzecz gotową. Takie uodparnianie nazywamy bierne; występuje ono natychmiast z chwilą, kiedy surowica ulegnie wessaniu, co następuje po upływie kilku minut. Uodpornienie trwa tu względnie krótko, ponieważ ciała ochronne stanowią ciała obce, przygotowane przez inny ustrój, i dlatego ulegają szybko

wydzieleniu lub spalaniu, a komórki nie nauczyły się wynagradzać tej straty.

Zastanowienie się nad temi zasadniczymi różnicami pomiędzy odpornością czynną a bierną wskaże nam, w jakich przypadkach należy je stosować w celach praktycznych. Jeżeli np. będzie chodziło o rodzinę, w której wybuchła błonica, kiedy dzieciom należy zapewnić szybką ochronę wobec grozy zarażenia się, która ustąpi już po paru tygodniach, to przystąpimy do uodpornienia biernego za pomocą surowicy. Gdy jednak będzie chodziło o wojsko, lekarzy albo personel służbowy (pielęgniarze), którzy udają się do okolicy, dotkniętej epidemią moru, cholery i t. p. a więc kiedy ochrona powinna wystąpić nie natychmiast, natomiast musi trwać przez czas dłuższy, to tych ludzi powinniśmy uodpornić czynnie.

W każdej hodowli drobnoustrojów odróżniamy z jednej strony bakterye żywe, z drugiej wydzielane przez nie trujące związki chemiczne, t. zw. toksyny. Zachodzi tedy pytanie, na który z tych dwóch czynników działa surowica ustroju uodpornionego? Czy zobojętnia ona jady bakteryjne, a zatem bakterye chorobotwórcze zamienia na pasorzyty nieszkodliwe, czy też zabija żywe drobnoustroje i w ten sposób kładzie tamę dalszemu szerzeniu się zakażenia? Poglębianie badań w tym kierunku dowiodło, że działanie to jest różne dla rozmaitych rodzajów drobnoustrojów. Istnieją surowice, które posiadają wybitne działanie w pierwszym kierunku, t. j. zobojętniają jady swoiste danego rodzaju drobnoustrojów, natomiast zupełnie nie wpływają na żywe bakterye. Takie surowice nazywamy przeciwdjadnemi, a jako typy odnoś-

ne posiadamy surowicę przeciwbłoniczą i przeciwtężcową. Działanie swoje zawdzięczają one zawartym w nich antytoksynom, które zobojętniają jady błonicze i tężcowe, a w ten sposób zarazki odpowiednie zamieniają na drobnoustroje nieszkodliwe dla ustroju. Lecz surowice te nie zabijają drobnoustrojów błonicy i tężca, które, jak dowiódł BEHRING, rozwijają się bujnie w surowicy błoniczej. Okoliczność ta jest bardzo ważna pod względem praktycznym, ponieważ, dzięki temu, zarazki błonicze mogą bujać w jamie nosogardzielowej dzieci, leczonych surowicą, przez czas długi w okresie zdrowienia, a nawet po wyzdrowieniu. Wprawdzie dla swych gospodarzy, jako dla uodpornionych, są one nieszkodliwe, lecz inaczej zgoła przedstawia się ta sprawa dla dzieci innych, nie uodpornionych. Wynika ztąd, że ozdowieńcy po błonicy nie powinni iść do szkoły wcześniej, aż dokładne badanie bakteryologiczne dowiedzie, że laseczki błonicze znikły zupełnie z jamy nosogardzielowej.

Za pomocą uodparniania względem pewnych innych rodzajów zakażenia otrzymujemy surowice, które odznaczają się innemi właściwościami, niż poznane przez nas dotychczas surowice antytoksyczne. Surowice tego rodzaju działają wprost na drobnoustroje żywe, zabijając je lub rozpuszczając, a więc powodując zupełne znikanie drobnoustrojów, lecz bynajmniej nie zobojętniają one jadów bakteryjnych. Dlatego właśnie takie surowice nazywamy bakteryobójczemi, a typowymi ich przedstawicielami są surowice duru, cholery i moru.

(Dok. nast.).

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

4. Ferdynand Blumenthal. Cukromocze nie cukrzycowe.

Według ogólnie przyjętego określenia pod nazwą cukrzycy (*diabetes*) pojmujemy

szereg przypadków, w których w moczu wydziela się cukier gronowy stale w większych lub mniejszych ilościach. Wydalanie cukru następuje wskutek zmniejszania się sprawności ustroju pod względem spalania węglo-

wodanów, sześćoatomowych lub ich mnożnych, w pokarmie przyjętych.

Do cukromoczu nie cukrzykowego (*glycosuria non diabetica*) zaliczać przeto będziemy:

I) przypadki, w których wydziela się w moczu cukier nie gronowy, lecz inny rodzaj cukru, a mianowicie levulosa, lactosa i pentosa.

II) przypadki, w których wydziela się cukier gronowy przejściowo, w ilości małej, lecz jednocześnie w ustroju nie zachodzi zmniejszona zdolność spalania cukru sześćoatomowego w znaczeniu *diabetes*. Do kategorii tej autor zalicza dwie grupy: 1) cukromocz pokarmowy (*glycosuria alimentaria*), 2) cukromocz zależny od wpływów toksycznych lub infekcyjnych.

Cukromocz pokarmowy:

Zasadniczo zaliczamy tutaj zjawianie się cukru w moczu u ludzi zdrowych po obfitem przyjęciu pokarmów węglowodanowych, bądź to pokarmów z dużą zawartością cukru (*glycosuria e saccharo*), bądź to pokarmów mącznych (*glycosuria ex amylo*). Istnieje jednakże poważna wątpliwość, czy tego rodzaju cukromocz należy uznawać zawsze jako cukromocz pokarmowy, czy też należy podejrzewać istniejącą niedomogę w spalaniu cukru, czyli ukryty początkowy *diabetes*. Dla wykazania cukromoczu pokarmowego posiłkujemy się doświadczeniem znanym, w którym podajemy osobnikowi naczczo 100 do 150 gramów cukru, poczem często w moczu cukier wykrywamy.

Według badań autorów jednak — wpływ nadmierny cukru do kiszek powoduje przejście bezpośrednie cukru do naczyń limfatycznych, z nich do głównego przewodu limfatycznego, a ztamtąd do nerek. Cukier więc przechodzi do nerek czysto mechanicznie, z ominięciem wątroby, której przypisujemy wpływ na spalanie cukru. Potwierdza to spostrzeżenie, że ze zwiększeniem ilości przyjętego cukru ilość jego w moczu wzrasta bardzo powoli, np. po przyjęciu 150 grm. cukru osobnik wydzielił w moczu 0,15%, tenże sam osobnik po 250 gramach wydzielił tylko 0,5. Tymczasem, gdyby wydzielenie cukru zależało od obniżenia granicy asymilacyjnej, to po podaniu 250 grm. osobnik powinienby

wydzielić prawie 100 gramów. Zjawienie się więc cukru w moczu po przyplywie dużej ilości cukru do kiszek dowodzi tylko łatwego względnie przenikania cukru z kiszek do naczyń limfatycznych, a nie zmniejszenia sprawności w kierunku spalania cukru w ustroju, nie będzie to więc *diabetes alimentarius e saccharo*. W cukromoczu pokarmowym *e saccharo* w moczu powinien się zjawiać zawsze ten sam rodzaj cukru, który przyjęto, a więc gronowy po gronowym, mleczny po mlecznym. Jeżeli więc glikozurya zjawia się po podaniu cukru gronowego, a niema jej po podaniu dużych ilości cukru mlecznego lub lewulozy, to przypadki podobne należałoby traktować, jako dyabetyczne, gdyż niezrozumiałem pozostałoby, dlaczego przy podawaniu równych ilości cukru np. gronowego i mlecznego tylko jeden rodzaj przechodzi bezpośrednio do limfy, a drugi nie.

Przy podawaniu krochmalu w większych ilościach, ew. pokarmów mącznych, krochmal wchłania się po przemianie na cukier, lecz przemiana ta zachodzi w кишkach stopniowo, o napływie nagłym w takich razach mowy być nie może. Zjawienie się przeto cukru w moczu po pokarmach mącznych czyli *glycosuria alimentaria ex amylo* świadczy o zmniejszonej sprawności asymilacyjnej ustroju względem cukru czyli o cukrzycy (*diabetes*).

Cukromocz toksyczny.

Różnorodne lekarstwa oraz ciała chemiczne, do ustroju wprowadzone, wywołać mogą cukromocz, prawdopodobnie następuje podrażnienie układu nerwowego, przez co narządy, które w przemianie cukru uczestniczą, przejściowo ulegają zaburzeniom czynnościowym. Autor zestawia obszerną kazuistykę cukromoczu toksycznego. Zastrzega jednak, że nie każda redukcja w moczu, w szczególności po podawaniu lekarstw, uchodzić winna, za dowód obecności cukru. Po użyciu wielu lekarstw występuje w moczu sprzężony kwas glikuronowy — zdarza się to najczęściej po użyciu chloralu, morfiny, kwasu salicylowego, mentolu, terpentyny. Dla sprawdzenia należy się posiłkować próbą fermentacyjną, której kwas glikuronowy nie wykazuje.

Po użyciu morfiny zdarza się i rzeczywisty cukier gronowy w moczu. Psy i króliki po wstrzykiwaniach dużych dawek morfiny zawsze cukier wykazują, który trwa tak długo, jak działanie morfiny. Ilość dochodzi do 0,5%. Rodzaj pokarmu pozostaje bez wpływu na ilość cukru — przyzwyczajenie do morfiny ujawnia się u psów w ten sposób, że po wstrzykiwaniu coraz większych dawek cukier przestaje się wydzielać.

Co się tyczy wpływu na wydzielanie cukru innych ciał chemicznych, badania autora zestawily następujące spostrzeżenia kazuistyczne: glikozurya zjawiała się częściej lub rzadziej po użyciu chloramidu (0,2 — 2,0%), chlorhydratu (u ludzi po bardzo dużych dawkach), pod wpływem chloroformu (u psów prawidłowo, u ludzi czasami), po użyciu *balsami copaivae*, arszeniku, po iniekcjach adrenaliny, po zatruciu fosforem, atropiną, kokainą — po zatruciu kwasami (fosforowym, mlecznym, solnym). Według PHLÜGERA oparzenie vel przyżeganie *duodeni* może wywołać glikozuryę, gdyż według niego *duodenum* stanowi organ centralny dla regulacji przemiany cukru.

ZACK w dwóch przypadkach u zwierząt po przyżeganiu błony śluzowej *duodeni* wywoływał glikozuryę, gdy przyżeganie żołądka i przelyku jej nie wywoływało. GAULTIER u dwóch psów po uszkodzeniu błony śluzowej *duodeni* sinym kamieniem wywoływał glikozuryę, dochodzącą do 10-ciu gramów w litrze.

Praktyczne znaczenie posiada glikozurya po użyciu alkoholu. Autor wyróżnia dwie jej postaci: 1) po użyciu piwa, 2) po użyciu wina szampańskiego. Według KREHLA glikozurya po piwie zjawia się w zależności od warunków użycia i gatunku, a nie od ilości piwa wypitego, co stwierdzać ma charakter toksyczny glikozuryi.

U studentów Jenajskich wieczorne użycie piwa, nawet bardzo obfite, glikozuryi nie wywoływało, zdarzała się zaś po wypiciu piwa zrana. Tak zwane Lagerbier wywołało glikozuryę z 57 przypadków w czterech, a Exportbier z 14-u w pięciu. Po szampanie, wypitym w ilości pół butelki, cukier w moczu zdarza się częściej. Autor u ośmiu osób, z

których każda wieczorem wypila pół butelki, znalazł na drugi dzień cukier u pięciu, glikozurya trwała do 1-ej w południe.

Uwagę autorów zwraca również zjawianie się cukru w moczu w chorobie BASEDOWA. Nie zbadano jeszcze ściśle, czy glikozurya stanowi objaw choroby BASEDOWA, czy też występuje tylko współrzędnie. Wiadomo tylko, że jednoczesne istnienie obu tych stanów wpływa na rokowanie ujemne. Czasami *diabetes* poprzedza objawy choroby BASEDOWA, częściej zdarza się naodwrot.

Zwolennicy teorii thyreoidogennej, jak np. HIRSCHL, przypuszczają, że produkty wydzielnicze gruczołu tarczowego wnikają do krwi w dużej ilości i wywołują glikozuryę. Zachodzi tutaj albo wpływ intoksykacyjny na składy glikogenu (mięśnie i wątrobę), albo intoksykacja ośrodków nerwowych lub wpływ na wydzielinę trzustki. LORAND jest zdania, że prawie we wszystkich przypadkach moczówki cukrowej zachodzi hipersekrecja gruczołu tarczowego, i dlatego wpływa leczniczo na *diabetes* mleko i surowica krwi zwierząt, gruczołu tarczowego pozbawionych.

Cukier w moczu znajdowano również w początkowych okresach kily, w eklampsji, w kamicy żółciowej (według EXNERA na 40 przypadków w 39 w ilości do 0,4%).

Levulosuria.

Wielu autorów spostrzegalo, że cukier, określany w moczu ilościowo za pomocą miareczkowania płynem FEHLINGA, wykazywał ilość większą, niż przy polaryzacji.

Z różnicy tej wywnioskowali o istniejącej jednocześnie z cukrem gronowym substancji, zwracającej płaszczyznę polaryzacji na lewo. Substancją tą okazała się levulosa. W pojedynczym przypadku ilość levulosity może być dość znaczna, np. miareczkowanie wykazuje 3,6%, a polaryzacja zwracanie na prawo na 2,8.

Lewuloza po większej części towarzyszy cukrowi gronowemu w cukrzycy. Konstatają jednak istnienie lewulozuryi samoistnej, z moczówką cukrową nie łącznej. Ilość lewulozy dochodzić może do 0,6%, nie zwiększa się po podaniu do wewnątrz lewulozy, glukozy lub węglowodanów.

Znajdowano lewulozę w moczu w przypadkach otrucia sublimatem, fosforem, ołowiem, bez jednoczesnej glukozy.

Do wykazania lewulozy służy reakcja SELIWANOWA.

Lactosuria.

Laktoza znajduje się tylko w moczu położnic. Według HOFMEISTERA i FEHLINGA ostrożnie należy przyjmować zdanie, że zdarza się i u ciężarnych. Cukier mleczny występuje w pierwszych dniach po porodzie, ale nie przed trzecim dniem po rozwiązaniu. Zwykle w 8-ym, 10-ym dniu znika, lecz przetrwać może i sześć miesięcy. Najobficiej wydziela się w 4-ym lub 5-ym dniu okresu połogowego. Ilość wynosi przeciętnie 0,35%.

Cukier mleczny przenika do dróg limficznych, a z nich do moczu z gruczołu mlecznego, co nie następuje, jeżeli wszystko wytwarzane w gruczołach piersiowych mleko zużytkowane bywa przez ssawca. U kobiet, karmiących własne dzieci, laktozurya zdarza się w 20% i to przeważnie wtedy, jeżeli wydzielanie mleka bywa nadmierne, lub karmienie przerywa się z jakiegokolwiek powodu. U kobiet nie karmiących laktozurya zdarza się w 80%, z wyjątkiem kobiet z upośledzonym wydzielaniem pokarmu.

Powstanie cukru mlecznego wyjaśnia się w ten sposób, że cukier gronowy wskutek enzymy, powstałej w gruczole mlecznym w czasie porodu, zamienia się na cukier mleczny — obfity dowóz cukru gronowego zwiększa laktozuryę. Jeżeli u kóz usuniemy gruczoł mleczny, to po rozwiązaniu w moczu znajdujemy cukier gronowy, gdyż przez usunięcie gruczołu mlecznego wydalona została enzyma, zamieniająca cukier gronowy na mleczny.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy laktozuryą a glikozuryą posiada znaczenie praktyczne, gdyż 1) nie każde wydalenie cukru w moczu u położnicy należy uważać za laktozę, 2) laktozurya przeciągnąć się może i do pół roku po porodzie. Mocz, laktozę zawierający, nie fermentuje ze zwykłymi drożdżami. BUCHNER podaje reakcję następującą: do 10 ctm. sz. moczu dodajemy 3 krople amoniaku i 5 kropel octanu ołowiu, zagotowuje-

my. W razie obecności cukru mlecznego występuje osad biały, przy cukrze gronowym — czerwony.

Pentosuria.

Formuła pentozy $C_5H_{10}O_5$. Pentozy są rozpowszechnione w państwie roślinnym i zwierzęcym. O genezie pentozy u ludzi istnieją tylko hipotezy. Według NEUBERGA pentoza w organizmie ludzkim pochodzi z galaktozy, która znajduje się w substancji mózgowej. Przypuszczenie, że pentoza tworzy się z cerebryny, oparte jest na fakcie, że przy pentozurii występują pewne zaburzenia w ośrodkach nerwowych. Napewno stwierdzić tylko można, że pentoza pokarmowa — arabinoza — nie wpływa na wzmożenie pentozy, że podawanie pokarmów zasobnych w nukleinę, również wydzielania pentozy nie zwiększa i nie wywołuje jej ani u zdrowych, ani u dyabetyków. W przypadkach pentozy w moczu mowy być nie może o cukromoczu pentozurijnym w tem znaczeniu, że węglowodany, z pokarmem przyjęte, zmieniają się na pentozę. Dowód cukru gronowego lub lewulozy istniejącej pentozy nie zwiększa. Względem więc węglowodanów sześćoatomowych pentozuryk zachowuje się, jak osobnik zdrowy, dyeta ścisła antydyabetyczna na zmniejszenie pentozy nie wpływa. Ilość cukru gronowego we krwi pentozuryka waha się w granicach normalnych, a po florydzyne pentozuryk reaguje wydzielaniem cukru gronowego.

Dotąd według BIALA i autora opublikowano ściśle do 28-u przypadków pentozuryi. Pentozurya zdarza się u ludzi pomiędzy 25 a 65 rokiem życia, ulegają jej wszystkie zawody, zdarza się u całych rodzin, nie wywołuje poliuryi, polidipsyi ani polifagii. W przypadkach pojedynczych występują zaburzenia nerwowe, umysłowe, neuralgie. Rokowanie posiada znaczenie w ubezpieczeniach życiowych.

Pentoza wywołuje reakcje redukcyjne, nie fermentuje jednak i optycznie okazuje się nieczynną. Do łatwego rozpoznania służy próba orcynowa w modyfikacji BIALA.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs—und Stoffwechselkrankheiten. Band. II Heft 2).

Sunderland.

5. Jacobsohn. O znaczeniu preparatów nadnercza w praktyce lekarskiej.

Nadnercze — ten zagadkowy narząd, którym zaczęto się interesować dopiero przed 50-ciu laty, kiedy to poraz pierwszy zwrócił uwagę na jego czynności fizyologiczne BROWN-SÉQUARD, dostarczyło medycynie bardzo ważnego preparatu leczniczego w postaci adrenaliny. Późniejsze badania ADDISONA, a głównie OLIVERA i SCHÄTERA, przyczyniły się do tego w znacznej mierze. Ci ostatni mianowicie otrzymali poraz pierwszy wyciąg z nadnercza, który, wprowadzony do krwioobiegu zwierząt, podnosił znacznie ciśnienie krwi. Wprowadzenie do praktyki lekarskiej tego preparatu okazało się dopiero możliwem przed 10-ciu laty, gdy udało się TAKAMINEMU otrzymać z nadnercza związek czysty w postaci soli krystalicznej, pozbawiony wszelkich domieszek wyciągu z narządu. Obecnie w handlu mamy kilka takich czystych preparatów: adrenalinę fabryki Parke, Davis et C-o, epirenan fabryki Byka, paranefrynę Mercka i suprareninę fabryki w Höchst.

Są to wszystko identyczne co do swego działania preparaty w roztworach wodnych 1‰, krystalicznej soli kwasu solnego, rzadziej kwasu bornego. Ujemną stroną organicznych preparatów jest łatwość, z jaką one ulegają rozpadowi pod wpływem światła i powietrza, przez co nietylko tracą swe działanie lecznicze, lecz nadto nabierają własności trujących. Mętne i brunatnawe płyny są niebezpieczne do użytku jako uległe rozpadowi.

Dlatego też ważnym krokiem naprzód było otrzymanie preparatu drogą syntetyczną przez STOLZA. Związek, przez niego otrzymany, ma tę wyższość nad organicznymi, że, posiadając te same własności lecznicze, nie podlega tak łatwo rozpadowi. Jest to t. zw. syntetyczna suprarenina, która w handlu bywa w postaci proszku, tabletek w ilości 1 mlgr. i jako roztwór wodny 1‰, który można łatwo wyjałowić przez zagotowanie.

Główne działanie adrenaliny polega na skurczu mięśni małych i najdrobniejszych naczyń krwionośnych (*vasoconstrictores*), przez co podnosi się znacznie ciśnienie krwi, następnie na wzmożonych skurczach mięśnia

sercowego, co podnosi akcję serca i wreszcie na silniejszym skurczu mięśnia macicy.

Dzięki tym własnościom znajduje adrenalina bardzo szerokie zastosowanie we wszystkich dziedzinach medycyny, a więc zarówno w chirurgii, jak i medycynie wewnętrznej, oftalmologii, laryngologii, otiatrii ginekologii, urologii, dentystyce i innych i nietylko jako środek leczniczy i znieczulający przy operacjach, lecz również w celach dyagnostycznych.

Jeżeli zwrócimy się do poszczególnych wskazań zastosowania adrenaliny, to przede wszystkim oddaje ona doniosłe usługi we wszelkiego rodzaju krwawieniach, a szczególnie w miejscach głębszych, niedostępnych dla zabiegów chirurgicznych. Gdzie dawniej przy krwotokach z nosa nie obeszłoby się bez rurki BELLOCA, obecnie wystarcza zatamponowanie gazą lub watą, przesiąkniętą roztworem adrenaliny. Krwawienie z pęcherza można łatwo zatamować przez wlanie do niego od 100—150 ctm. sz. roztworu z 1 na 10,000 adrenaliny.

Krwawienia maciczne (*endometritis haemorrhagica*) opanować można przez wytarcie jamy macicy wacikiem, owiniętym na zgłębniku PLAYFAIRA, nasyconym roztworem adrenaliny 1 na 10,000; działanie adrenaliny jest znacznie silniejsze po zastrzyknięciu jej w część pochwową macicy (*portio vag.*). Przez jednoczesne zastosowanie kokainy i adrenaliny udaje się prawie bez krwawienia i bólu usunąć po poronieniu resztki łożyska.

Krwawienia z żołądka, kiszek i płuc wstrzymane być mogą bądź przez podskórne zastrzyknięcie adrenaliny ($\frac{1}{2}$ —do 1 szprycki) lub też przez podanie jej *per os* (10—20 kropel kilkakrotnie). Wielu autorów szczególnie poleca ten środek w krwawieniach w przypadkach duru brzuszego. Adrenalina, podawana *per os*, nie zawsze wywiera skuteczne działanie w krwawieniach, co zależy prawdopodobnie od tego, że ulega ona rozpadowi pod wpływem zczynów trawienych.

Przez wlanie większej ilości adrenaliny w roztworze 1 na 10,000 udaje się częstokroć powstrzymać większe krwotoki z odbytnicy.

Na zasadzie doświadczeń LEHMANN, któremu udało się przez zastosowanie adrenaliny prawie bezkruwawo wykonywać wycięcia u psów i królików części takich mięsnych narządów, jak wątroby, zaczęto i u ludzi przy operacjach wątroby i śledziony stosować adrenalinę. Dzięki zwężającemu działaniu naczyń, tworzą się szybko skrzepy, przez co unika się tak częstych pooperacyjnych krwawień.

LANGE podaje kilka przypadków, gdzie dzięki adrenalinie udało się powstrzymać krwotoki u krwawców (*haemophilia*), którym groziła śmierć przez utratę krwi.

Przez swe swoiste działanie na mięsień serca zyskała adrenalina uznanie, jako środek, podniecający jego akcję. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że serce, które pod wpływem chloroformu lub chloralu przestało działać, po zastosowaniu adrenaliny powraca szybko do swych czynności.

Opierając się na tych doświadczeniach, amerykańscy i angielscy autorowie zaczęli stosować adrenalinę w omdleniu podczas uspienia chloroformem, w rozmaitych stanach zapaści, zastrzykując adrenalinę do żyły, pod skórę, a nawet nie wahali się zastrzyknąć wprost do mięśnia sercowego poprzez ścianę piersiową, zawsze z zadziwiająco pomyslnym wynikiem.

W Niemczech pierwsi HEIDENHAIN i KOTHE stosowali adrenalinę w rozmaitych stanach zapaści, szczególnie w stanach zapalnych otrzewny, gdzie ciśnienie krwi spadało prawie do zera. Na zasadzie tych doświadczeń KOTHE twierdzi, że adrenalina obecnie jest najlepszym środkiem, podniecającym akcję serca. Obserwował on w oddziale SONNENBURGA pięć przypadków zapaści przy znieczuleniu lędźwiowym; we wszystkich tych przypadkach wstrzykiwano do żyły adrenalinę i 4-em osobnikom udało się w ten sposób uratować życie. W szeregu przypadków zapaści wlewał KOTHE do żyły adrenalinę w fizyologicznym roztworze soli kuchennej (20 kr. na 1000 ctm. NaCl) i otrzymywał znaczne wzmoczenie ciśnienia i poprawę akcji serca. W zapaleniach otrzewny z przedziurawienia otrzymywał KOTHE tylko chwilową poprawę wbrew twierdzeniom HEIDENHAINA, HOD-

DICKA i ROTSCHILDA, którym w ten sposób udało się uratować pacjentów. Zdaniem autora, adrenalinę uważać należy za skuteczny środek leczniczy w zapaści, spowodowanej zapaleniem otrzewny.

Szczególną popularność zyskała sobie adrenalina w znieczuleniach miejscowych. Przez wpływ swój anemizujący, działający na podobieństwo znieczulenia, wywołanego sposobem ESMARCHA, adrenalina nie tylko ułatwia samo operowanie, lecz nadto wzmacnia działanie miejscowych środków znieczulających (kokainy, nowokainy i inn.); te ostatnie możemy przeto stosować w mniejszych dawkach, przyczem samo ich działanie trujące dzięki powolniejszemu ich wsysaniu wskutek skurczu mięśni naczyń krwionośnych staje się mniej szkodliwym.

Obecnie kokaina z adrenaliną utrzymała się jedynie w dentyście i w oftalmologii; w chirurgii zaś wogóle najczęściej stosowana jest nowokaina z adrenaliną. Do 10 ctm. sz. 1% roztworu nowokainy dodaje się 1—2 krople suprareniny.

W handlu znajdują się gotowe tabletki nowokainy z adrenaliną, których dokładniejszy opis tu pomijamy.

Dzięki powyżej wspomnianym własnościom adrenaliny, dodawanie jej przy znieczuleniu lędźwiowym znacznie zmniejszyło niebezpieczeństwo tych ostatnich.

W medycynie wewnętrznej, pomijając krwotoki i działanie nasercowe, o których była mowa powyżej, znajduje adrenalina zastosowanie w dychawicy oskrzelowej, jak również w dychawicy pochodzenia nosowego. Jest rzeczą ciekawą, że w chorobie ADDISONA, w której spodziewaćby się należało skutecznego działania adrenaliny, ta ostatnia, niejednokrotnie stosowana, pozostawała bez skutku. Niektórzy autorowie, jak EICHHORST i OSLER, przypisują jej jednak pewne działanie lecznicze w chorobach nadnercza.¶

THORNTON stosował adrenalinę w przypadkach dżumy, gdzie jako dość wczesny objaw występuje znaczne obniżenie ciśnienia krwi. Jakkolwiek w wielu przypadkach następowała śmierć wskutek silnego zakażenia, to jednak w 74% przypadków udało się THORNTONOWI uratować życie zadżumionym.

Bossi w przypadku zmięknienia kości (osteomalacyi) po 7 zastrzyknięciach po 0,5 ctm. sz. adrenaliny otrzymał zupełne wyliczenie. Ten fakt naprowadził Stözlnera na myśl stosowania adrenaliny w pokrewnych z cierpieniem tem stanach chorobowych kości — mianowicie w krzywicy. Autor ten twierdzi na zasadzie dużej liczby przypadków, że pod wpływem adrenaliny następuje szybka poprawa zarówno stanu ogólnego, jak również zaburzeń rozwojowych kości. Jednym słowem, niema dziedziny takiej, w którejby obecnie adrenalina nie znalazła zastosowania.

Ujemne wyniki, jakie podają niektórzy badacze przy stosowaniu adrenaliny, zdaniem autora, należy przypisać nieumiejętnemu jej dawkowaniu.

Należą tu 2 przypadki śmiertelne, opisane przez autora, nie podającego swego nazwiska, po wstrzyknięciu adrenaliny do szyi macicznej przy operacji podczas uspienia chloroformem. Zdaniem Brauna, w danym przypadku zastrzyknięto zbyt silny roztwór adrenaliny, mianowicie 3 szpryce z 1,0 — 10,000, podczas gdy należy wstrzykiwać większe ilości bardziej rozcieńczonego płynu 1,0 — 200,000.

Są też zanotowane przypadki martwicy tkanki wskutek złego jej odżywiania po zastosowaniu adrenaliny, szczególnie u starszych ludzi.

Aronheim podaje przypadek przewlekłej ropowicy (*phlegmone*) po zastosowaniu adrenaliny pomimo ścisłej aseptyki; ogłoszony też jest w literaturze przypadek martwicy szczęki po zastrzyknięciu adrenaliny.

Te i tym podobne przypadki wskazują na pewne ostrożności, jakie zachować należy przy stosowaniu preparatów nadnercza, lecz nie osłabiają bynajmniej znaczenia, jakie zyskały one w lecznictwie.

(Therapie der Gegenwart, Zesz. 10. 1910r.).

H. Karasiówna.

Choroby dzieci.

6. H. Nothmann. Gorączka solna u ssawców.

Wzmogona ciepłota, występująca u ssawców pod wpływem wprowadzonej *per os* soli

kuchennej, została po raz pierwszy stwierdzona przez Finkelsteina i L. F. Meyera.

Dziś kwestya ta jest gruntownie zbadana, przeto należy się z nią liczyć, jako z faktem. Jeżeli przypadkiem którykolwiek z badaczy otrzymywał nieco odmienne wyniki, pochodziło to jedynie z powodu nieściśle przeprowadzonego sposobu badania. Np. Friberger stosował przeważnie 3% sól kuchenna, niekiedy próbował 1% i nawet słabszych roztworów; prócz tego badania jego dotyczą nie tylko noworodków, lecz i starszych niemowląt; badania zaś L. F. Meyera dotyczą jedynie noworodków. Celem niniejszej pracy jest określić: jakie roztwory i w jakim wieku wywołują gorączkę; jakie występują przytem objawy ze strony przewodu pokarmowego; jak działa sól kuchenna na ustrój nerwowy.

Co się tyczy wpływu soli kuchennej na ssawca, nie ulega wątpliwości, że uważana być winna jako pokarm szkodliwy, dla organizmu niestrawny, wywołujący wzmogoną ciepłotę, tem większą, im młodszy jest organizm. Doświadczenia L. F. Meyera i Lehlosa dotyczyły jedynie niemowląt, mających *maximum* 3 miesiące, i każdorazowe wprowadzanie *per os* 1% roztworu soli wywoływało wzmogoną ciepłotę. Powstawała ztąd wątpliwość, czy wyniki L. F. Meyera i Lehlosa dałyby się zastosować i do niemowląt starszych. Roztwory 1% nie dawały pożądaných rezultatów, zastosowano przeto 3% roztwór; ilość płynu stale wynosiła 100 ctm.³; płyn wprowadzany był *per os* za pomocą flaszki w dwóch równych częściach w przeciągu 2 godzin. Badania dotyczą 81 niemowląt; wynika z nich, iż gorączka solna bynajmniej nie ogranicza się do pierwszych miesięcy życia, przeciwnie, niekiedy reagują i dzieci powyżej roku. Wogóle dzieci młodsze reagują silniej:

Na 18 przyp.	3 m.	reagowało	94,4%
„ 25	„ 3—6 m.	„	68 „
„ 38	„ 6—14 m.	„	65,8 „

Osobnik reaguje silniej, o ile wprowadzimy naprzemian 1% z 3% roztworami: młodsze niemowlę reaguje na oba roztwory, starsze przeważnie na silniejszy, reagując przytem wzmoganiem ciepłoty daleko silniejszym,

aniżeli młodsze; temperatura dochodzi tu niekiedy do 39,0—40°C.

Pod wpływem soli kuchennej L. F. MEYER niekiedy konstatował spadek ciepłoty poniżej normy (miał on na myśli t° 36,5C w 6 godzin po wprowadzeniu soli, — wtedy, kiedy normalnie należałoby się spodziewać wzmożonej ciepłoty) i nazwał to „reakcją ujemną”. Stan ten daje się łatwo stwierdzić, o ile u tego samego osobnika będziemy naprzemian stosowali 1% i 3% rozczyzny. Gdy pierwszy sprowadza spadek ciepłoty, drugi — wzmożenie.

Niemowlęta chorowite, specjalnie cierpiące na zaburzenia pokarmowe, reagują w silnym stopniu na sól kuchenną, i w zależności od stanu cierpienia bardziej lub mniej uwydatnia się ich nietolerancja względem soli: dawka, w normalnych warunkach niewywołująca u zdrowego niemowlęcia żadnego poniesienia ciepłoty, wprowadzona do chorego przewodu pokarmowego wywołuje wysoką gorączkę solną.

Poza wiekiem i zaburzeniami dróg pokarmowych inne jeszcze warunki wpływają na objawy, spowodowane wprowadzeniem soli do ustroju. Mowa tutaj o dzieciach, usposobionych do stanów spastycznych (*Spasmophile Diathese*) lub też nerwowo obciążonych dziedzicznie. Według ROSENSIERNY sól kuchenna zdolna jest wywołać u dzieci, spastycznie usposobionych, objawy wzmożonej pobudliwości elektrycznej.

Autorowi udało się wielokrotnie pod działaniem soli kuchennej spotęgować objawy jawnej tężyczki, ukrytą zaś doprowadzić na pewien czas do stanu jawnej. Wpływ wzmożonej ciepłoty na stopień tężyczki od dawna został stwierdzony; wiadomo również, że obciążone tem cierpieniem dzieci skłonne są do gorączkowania; ztąd daje się z łatwością wyprowadzić wniosek istnienia wzajemnej zależności między tężyczką a gorączką, pozostaje jedynie ściślej zbadać, o ile w przypadkach autora objawy spastyczne (objaw CHVOSTEKA i TROUSSEAU) powstają bezpośrednio na skutek wprowadzonej soli czy też gorączki solnej.

Dzieci o nadmiernej wrażliwości nerwowej silnie reagują na zewnętrzne bodźce sto-

potrząsem, wzmożonymi odruchami [kolano wymi i dają również wyraźne objawy gorączki solnej.

Pamiętać winniśmy o tem, iż niemowlęta, żywione sztucznie, daleko silniej reagują, aniżeli karmione piersią. Np. sztucznie żywione niemowlę, silnie reagujące na pewien rozczyzn wprowadzonej soli, w kilka dni po przyłożeniu do piersi nie okazywało żadnych objawów gorączkowych. Ztąd wyłania się pytanie, czy przypadkiem pokarm kobiecy nie stanowi czynnika, hamującego gorączkę solną.

Pod wpływem soli kuchennej u dzieci, cierpiących na zaburzenia żołądkowe, występuje niekiedy długotrwałe niedomaganie, tak zwana „*Saladyspepsie*”.

Autor streszcza swe wyniki w sposób następujący: przy wprowadzeniu 100 ctm.³ 3% rozczyynu soli kuchennej otrzymujemy gorączkę solną nie tylko u kilkomiesięcznych, lecz i u starszych niemowląt, co prawda, w mniejszym stopniu. Do objawów gorączki solnej zaliczyć należy nie tylko zmiany ciepłoty (wzmożenie i spadek), jedynie dotąd konstatowane, lecz i zaburzenia kiszki; u dzieci zaś, skłonnych do stanów spastycznych, wpływ na ustrój nerwowy.

Wiek, stan kiszki i nerwów mają niewątpliwy wpływ na powstawanie reakcji. Należy podkreślić udział innych, chwilowo nam bliżej niez znanych czynników. Wpływ pożywienia, szybkość wchłaniania się, jak dotąd, nie zostały zbadane.

(Zeitschrift für Kinderheilkunde Bd. I Heft I).

Mamrot.

7. A. N. Schkarin. O wpływie rodzaju pożywienia matki na rozwój i odżywianie karmionego przez nią dziecka.

Poruszona tutaj przez autora sprawa stanowi jedno z tych niezmiernie ciekawych, a

pod względem praktycznym bardzo ważnych pytań z zakresu dyetyki niemowląt, które dotąd, niestety, naukowego wyjaśnienia nie znalazły. Szczególnie interesująca jest sprawa wpływu przekroczeń dyetycznych matki (pewnego rodzaju zatrucia pokarmowego mniej lub bardziej długotrwałego — *intoxicatio*) na odżywianie niemowlęcia i bardzo ważna sprawa regulowania diety kobiety, karmiącej dziecko. Bardzo liczne spostrzeżenia, oparte na faktach z życia codziennego, a przemawiające najwidoczniej na korzyść związku zaburzeń pokarmowych dziecka z uchybieniami w dyecie matki, naukowo nie są uzasadnione. Dziś wśród lekarzy chorób dziecięcych panuje przekonanie, że najodpowiedniejszym pokarmem dla karmicielki jest pokarm mieszany, niewyszukany, jednak najbardziej zbliżony do tego, do którego ona jest przyzwyczajona. Autor starał się rozstrzygnąć sprawę wpływu pożywienia matki na rozwój i odżywianie oseska na drodze doświadczalnej; do badań używał królic z ich kociętami; badanie samo polegało na określaniu przyrostu wagi ciała i ilości fosforu (kryterium ogólnego rozwoju ustroju) u kociąt przy podawaniu potrójnego rodzaju pożywienia (rośliny, mięso i mleko, mleko i jaja) karmiącym je królicom. Na podstawie w ten sposób otrzymanych dat liczbowych, szczegółowo przytoczonych w 3 tablicach, autor dochodzi do następującego wniosku: zmiana pożywienia królic (zwierzęce zamiast roślinnego) nawet w związku z rozwijającym się w następstwie tejże pewnego rodzaju zatruciem pokarmowym najwidoczniej nie wywoływała żadnych zmian w mleku zarówno co do ilości, jakoteż pod względem jakościowym, gdyż ani ilość fosforu (P_2O_5) w ustroju kociąt, ani waga ich ciała nie różniły się w tych razach od norm, otrzymanych przy stosowaniu pożywienia zwykłego (roślinnego). SCHKARIN zaznacza zresztą, że taką samą opinię w tej sprawie o zastosowaniu do mleka kobiecego wygłosił JOHANESSEN w swej pracy o fizyologii wydzielania mleka kobiecego, gdzie przypisuje wybitny wpływ na skład mleka indywidualnym własnościom samego ustroju kobiecego, przesadzany zaś ogólnie wpływ pożywienia usuwa na plan drugorzędny.

Przeciw zaś wpływowi odżywiania kobiety na ilość wydzielanego przez nią mleka przemawiają dostatecznie badania TUGENDREICHA (Arch. f. Kinderheilk. 50). (Monatsschrift für Kinderheilkunde. Bd. IX Nr. 2 1910).

8. Artur Keller. O wpływie pożywienia karmicielki na wytwórczość mleka w piersiach.

Jako ciekawy przyczynek do wymienionej w nagłówku sprawy, autor podaje szczegółowy opis pojedynczego przypadku z praktyki własnej. Żona pewnego lekarza karmi własną piersią pierwsze swoje dziecko; z powodu jednak obawy o swoją figurę poddaje się energicznemu zabiegom, mającym na celu zapobiedz przyrostowi na wadze; przeprowadza więc jaknajściślejszą w całym tego słowa znaczeniu kurację dietetyczną (pod postacią kuracji BANTINGA, diety mieszanej w ilości bardzo ograniczonej, diety z małą zawartością soli w pokarmach) oraz używa sportu. Skutek jest taki, że po 2 miesiącach straciła 3,35 kilo na wadze ciała. Przez ten czas ilość wydzielanego na dobę pokarmu wynosiła od 350—450 g. Dziecko, pozostające w tym czasie wyłącznie na mleku matczynym, wprawdzie żadnych zaburzeń pokarmowych nie przechodziło, jednakże mało przybywało mu na wadze. Wobec powyższego zaszła konieczność sprowadzenia mamki dla niego; dopiero po przejściu na pierś mamki i zupełną słodową dziecko szybciej posuwać się zaczęło w rozwoju (w 6-ym miesiącu ważyło 5770 g., w 12-ym — 7200 g.).

(Monatsschrift für Kinderheilk. Bd. IX. Nr. 2. 1910).

9. Huguenin. Gruźlica gruczołów chłonnych okołoskrzelowych a cierpienia płucne.

Zasadniczy pogląd autora na sprawę powyższą jest zgodny z poglądem CORNETA, który twierdzi, że gruczoły chłonne okołoskrzelowe mogą ulegać zakażeniu gruźliczemu przy zupełnie zdrowych płucach.

Zakażenie może odbywać się w sposób dwojaki: 1) najczęściej przenosi się ono za pośrednictwem wstępujących lub zstępujących naczyń chłonnych z dotkniętych gruźlicą gruczołów chłonnych, mniej lub bardziej oddalonych; 2) rzadziej — na drodze bez

MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykan-
tem oryginalnego zagrani-
eznego „Muiracithinu“ jest
Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny
środek przeciwko
Impotencji i wszy-
stkim cierpieniom
neurastenicznym,

następuje w praktyce ginekologicznej w przypad-
kach braku popędu, dyspareunii, amenorrhoe, w hypopla-

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

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

CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena za 1000
125 1/2 flakonu
2.25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum, Sedativum. Specyfik dla wszelkich ner-
wic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego Castoreum Bromid stosuje się
w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach ner-
wowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcyjalnych
nerwicach serca i bicu serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci w sta-
nach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych.

Środek ten zalecają: R. dea dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenbúrg Berlin
Dr. Mierziński, Zakład Lecznicy Neurothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Peter-
sthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

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

Kantor chemicznych preparatów - St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

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

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą
soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji
RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.
RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany
materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczauów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana
na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

„Lecithin Agfa“

Najlepsze tonicum dla nerwów

Wskazania: tabes, skrofulosa, neurastenia
rachitis etc.

Bromlecithin

Zastępuje preparaty żelaza
w niedokrwistości

3 razy dziennie po 2 pigułki.

Próby i literatura darmo

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Oddział farmaceutyczny

BERLIN S. O. 36.

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnem działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracji bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neurastenii jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Br. związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

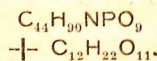
**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

**Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Bracka 6.**

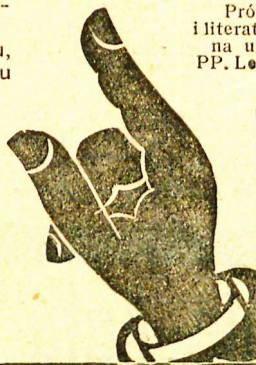
Lecithinum Ovi Magistri Klave

(granulatum)



Granulki z chem. czystej lecytyny żółtka (cholinowego esteru kwasu dwustearynoglicerynofosforowego) z dodatkiem cukru. W opakowaniu po 100 gr. z aluminiową miarką, zawierającą po 0,05 gr. chem. cz. lecytyny. Zaleca się przy upadku odżywiania, słabym rozwoju, we wszelkich cierpieniach, pozostających w związku z utratą energii komórkowej i t. p.

Próbki
i literatura są
na usługi
PP. Lekarzy.



POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia

przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

pośredniego wchłaniania zarazków gruźliczych przez zdrowe błony śluzowe górnego odcinka dróg oddechowych (z powietrza, z pokarmów). Takie pierwotne zajęcie gruźlicze gruczołów chłonnych stanowi najczęstszą postać gruźlicy u dzieci; u osób dorosłych gruźlica tych gruczołów jest cierpieniem wtórnem. Przebieg dalszy choroby zależy od odporności ustroju dziecka i od jadowitości laseczników.

U dzieci w wieku od lat 4 do 13 najczęściej powiększone gruczoły żadnych specjalnych objawów fizycznych nie dają; obraz kliniczny cierpienia przybiera postać przewlekłego nieżytu oskrzeli, przebiegającego z bardzo lekką gorączką przy objawach niedokrwiistości i wychudzenia (zmian w płucach i laseczników w płwocinie brak), zejście bywa różne: otorbienie, zserowacenie, zwapnienie, czyli t. zw. względne wyleczenie; mogą również wskutek przebiccia się z serowaciałych gruczołów do żył prątki gruźlicze dostać się do obiegu żylnego i wywołać prosówkę (najczęściej w płucach z śmiertelnym zajęciem opon mózgowych; znacznie rzadziej — w narządach jamy brzusznej); od ilości i jadowitości dostających się do obiegu krwi laseczników zależy umiejscowienie zakażenia oraz nasilenie gorączki; mogą również prątki dostać się wraz z limfą do przewodu piersiowego, lecz ten sposób rozwoju prosówki ma pod względem praktycznym znaczenie podrzędniejsze. U osobników nieco starszych, w wieku od 17 do 23 lat, często występuje bardzo przewlekła t. zw. śródmiąszowa postać gruźlicy prosówkowej płuc, rozwijająca się wyłącznie za pośrednictwem naczyń chłonnych; moment przyczynowy w jej rozwoju stanowią poprzednie zakażenia dróg oddechowych; u dzieci zaś na tej samej drodze rdzwiają się gruźlica prosówkowa płuc najczęściej po odrze, krztuścu, grypie i nieżycie oskrzeli w przebiegu duru brzuszego; tutaj jednak obraz anatomiczny przedstawia się odmiennie — pod postacią t. zw. gruźlicy wnęki płucnej (*Hilustuberculose*). Rozpoznanie tej groźnej, połączonej z silnym odczynem gorączkowym postaci gruźlicy dziecięcej w początkowym okresie jej rozwoju jest rzeczą bardzo trudną; pośrednio mogą przemawiać

na jej korzyść skrócenie tonu wypukowego obok mostka i kręgosłupa z odpowiedniej strony klatki piersiowej i dość liczne rzeżenia w okolicy wnęki płucnej. Stłumienie i oddech oskrzelowy bywają rzadko.

Wtórne zakażenia ropne gruczołów okołoskrzelowych mogą spowodować ich rozmięczenie oraz przedostać się do narządów sąsiednich, wywołując czasami takie zmiany, jak ostry ropniak opłucny, odma opłucny bez zajęcia płuc. Stłumienie w okolicy mostka i kręgosłupa bywa tylko przy bardzo powiększonych gruczołach; w tych samych warunkach występują objawy uciskowe (ucisk na oskrzela główne, przelyk, żyłę główną górną, nerw błędny, n. sympatyczny). Stałem zjawiskiem w przebiegu rozwoju omawianej sprawy bywa zmniejszona liczba krwinek białych (cecha, odróżniająca tę chorobę od białaczki rzekomej).

(Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. 1910. Nr. 4. 5. 6).

L. Łyskawiński.

10. Mieczysław Michałowicz. Zapalenie płuc śledzionowate (splenopneumonia) w wieku dziecięcym i jego stosunek do gruźlicy.

Terminu „splenopneumonia” użył Joffroy w r. 1880 dla wyodrębnienia pewnej postaci odoskrzelowego zapalenia płuc, w którym obok ropnego lub ropowiczego zapalenia spotykamy jednocześnie śledzionowate stwardnienie tkanki płucnej. Zasługa ustalenia obrazu klinicznego splenopneumonii należy się Grancherowi. Splenopneumonia do złudzenia naśladuje zapalenie opłucny z niewielkim wysiękiem i spotyka się u dzieci i dorosłych, częściej ze strony lewej, niż prawej, i zwykle z tyłu w dolnych częściach płuca. Obok dreszczów, podniesienia temperatury, kłucia w boku powstaje stopniowo coraz większa duszność i dokuczliwy kaszel. Chora połowa klatki piersiowej często bywa rozszerzona, nie bierze udziału w oddychaniu. Drżenie klatki piersiowej; nad zajętą częścią płuca prawie znika i stopniowo wznaga się ku górze aż do obojczyka, gdy w razie wysięku w opłucnie następuje to raptownie. To samo mamy i przy opukiwaniu, że pomiędzy stłumieniem zupełnym i wypu-

kiem o odgłosie jawnym leży pas przejściowy. Osłuchiwanie wykazuje brak szmerów oddechowych, które zjawiają się przy głębokim wdechu lub dopiero w okresie wsysania. Osłabienie oddechu, odgłos bębnekowy i wzmożenie drżenia w dole podobojczykowym są według GRANCHERA bardzo ważnym objawem splenopneumonii. Subiektywne objawy przechodzą zwykle w ciągu 8—10 dni, objawy zaś opukowe i osłuchowe trwają nieraz kilka miesięcy; rokowanie bywa zwykle niepomyślne.

Autor twierdzi, że właśnie należy zwrócić uwagę na związek między splenopneumonią i gruźlicą płuc. Większość historyi chorób podaje, że chory jest podejrzany o gruźlicę. Protokoły sekcyjne różnych autorów, a zwłaszcza BARTHEZA i RILLIETA wykazują, że splenopneumonia występuje na podkładzie gruźliczym (u dzieci) albo też pociąga za sobą sprawę gruźliczą (u dorosłych). Możliwość przejścia splenopneumonii w zgruźliczenie i zserowacenie staje się jasną, skoro weźmiemy pod uwagę, że stosunki anatomiczne, wywołane przez zapalenie złuszczone, jakim jest splenopneumonia, wytwarzają doskonale podłoże do zgruźliczenia płuc (BUHL).

(Przeł. pedyatr. T. III. Z. III).

11. H. Rozenblatówna. Scrophulosis, Lymphatismus, Diathesis exsudativa.

Zestawiając ze sobą te trzy postacie chorobowe, autorka stara się wykazać stosunki, w jakich one stoją do siebie. SOLT-MANN twierdzi, że zolży powstają na tle zatrucia ustroju jadem bakteryi gruźlicy, gdy gru-

źlica sama jest następstwem zakażenia bakteryjnego. HEUBNER przychyliła się do stanowiska MORO i ESCHERICHA, że objawy zolżowe są wyrazem zakażenia gruźliczego, lecz charakter zolżowy mają dlatego, że powstają na tle limfatyizmu. MORO podkreśla fakt, że nie limfatyizm uspasabia do gruźlicy, ale że przez zakażenie gruźlicze limfatyizmu powstają zolży. Co się tyczy odróżniania czystego limfatyizmu od zolżów, to sprawę tę rozstrzyga próba tuberkulinowa PIRQUETA lub inna: zolżowaci oddziaływają zawsze dodatnio, limfatycy — zawsze ujemnie. Badania, przeprowadzone przez autorkę, fakt ten potwierdziły.

Limfatyizm, opisany bliżej przez PALTAUFA, uważany jest przez ESCHERICHA za cierpienie bardzo doniosłe, którego znajomość chroni nieraz od przykrych omyłek dyagnostycznych i terapeutycznych (śmierć dziecka po zastrz. surowicy przeciwbłonicy, przyp. LANGERHANS).

Skazę wysiękową, utożsamianą przez innych autorów z limfatyizmem, CZERNY, uważa za odrębną postać chorobową, którą można wyleczyć, a która przy zakażeniu gruźliczym daje — zolży. Skazę wysiękową prócz wywiadów i objawów rozpoznawczych znamionuje jeszcze wybitna eozynofilia. Objawy jej występują w pierwszych miesiącach życia, a przyczyną, wyzwalającą te objawy ze stanu utajonego, mogą być: zaburzenia w odżywianiu, szczepienie ospy, zastrzykiwanie tuberkuliny.

(Przeł. pedyatryczny — tom III, z. III).

S. Mierostawski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne dnia 27 września 1910 r.

Adolf KOZERSKI przedstawił przypadek wika nosa, wyleczonego naświetlaniami ra-

dem. Od II-ego do XII 1909 r. naświetlono we właściwych odstępach 2 razy promieniami ROENTGENA, 4 razy lampą FINSENA i 6 razy radem. Obecnie, poza niewielu małą wgłębionymi bliznami, jak po ospie, nos

i wargę przedstawiają się zupełnie normalnie.

KARWACKI Leon wygłosił rzecz pod tytułem: „O wartości dyagnostycznej przeciwciał ogniskowych w gruźlicy (sputodyagnostyka)”. Prelegent podsumował wyniki dokonanych w jego pracowni przeszło 300 badań serodyagnostycznych w gruźlicy i stwierdził, że odczyn serodyagnostyczny dla klinicysty ma wartość małą. Następnie prelegent rozwinął opracowaną przez siebie metodę badania dyagnostycznego niweczników ogniskowych w gruźlicy. Płwocina chorych gruźliczych zawiera wszystkie rodzaje przeciwciał swoistych. Dla klinicysty mają wysoką wartość aglutyniny ogniskowe. Pomiar siły aglutynacyjnej płwocin gruźliczych wykazały, że odczyn aglutynacyjny płwociny jest bez porównania silniejszy, niż surowicy tego samego chorego.

Miana surowic leżą w granicach rozcieńczeń 1:5 do 1:25, płwocin zaś w granicach 1:10 do 1:500.

Wnioski prelegenta są następujące: 1) odczyn aglutynacyjny płwociny, poczynając od rozcieńczenia 1:10, uprawnia do rozpoznania gruźlicy czynnej, 2) w określaniu postępu leczenia miano aglutynacyjne płwociny jest bardziej miarodajne, niż miano surowicy.

W dyskusji MUTERMILCH Stanisław podkreśla, że w surowicy krwi osobników, dotkniętych gruźlicą i nie traktowanych uprzednio tuberkuliną, wyjątkowo tylko stwierdzano obecność niweczników (anty-tuberkuliny); znajdujemy je natomiast i to nie we wszystkich przypadkach u chorych gruźliczych, którym kilkakrotnie wstrzykiwano podskórnie tuberkulinę. Ponieważ nadto odchylenie komplementu opisywano nawet u osobników zdrowych po zastrzyknięciach tuberkuliny, metoda przeto BORDET-GENGOU w celu rozpoznawania gruźlicy nie znalazła szerszego zastosowania. Następnie mówca zapytuje prelegenta o bliższe wyjaśnienie co do użytych przez niego dawek zarówno antygeny, jak wyciągu z płwociny oraz o wyniki prób tak zwanych kontrolnych, wykazujących, w jakich dawkach użyte do doświad-

czenia płyny same przez się wpływały hamująco na hemolizę.

KARWACKI odpowiada MUTERMILCHOWI, że do wykrywania ciał, wiążących komplement, używał nie tuberkuliny, lecz zawiesiny laseczników gruźliczych, która nawet w 10-krotnej dawce w porównaniu z użytą do doświadczeń nie wiąże sama komplementu.

Antoni GĄBSZEWICZ demonstrował: 1) 2 preparaty skręconego jelita ślepego, 2) preparat rozlanego raka włóknistego żołądka, 3) preparat gruźlicy przydatków macicznych, 4) ciało obce (gruszka), uwiezione w jelicie biodrowym, 5) preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego w niezwykłych okolicznościach, 6) preparat mikroskopowy śluzaka uda.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 października 1910 r.

KOZERSKI Adolf wygłosił rzecz pod tytułem: O aparatach, wytwarzających wodę radioaktywną (z demonstracją przyrządów). Od czasu wykrycia emanacji radowej w wielu źródłach mineralnych utrwała się przekonanie, że owym dotychczas tajemniczym czynnikiem, który dawał przewagę źródłom mineralnym nad wodami sztucznymi, jest emanacja radu, jako gaz rozpuszczona w wodzie. Zawartości też emanacji należy przypisać sławioną skuteczność niektórych kąpiel, w których chemiczne badanie nie wykrywa żadnych soli mineralnych, natomiast elektroskop wykazuje silną radioczystość. W celu zdobycia możliwości dania sztucznym wodom mineralnym i tej cechy stworzono szereg przyrządów, mających na celu nasywanie płynów emanacją radu. Jeden z takich przyrządów, radiogenem zwany, prelegent przedstawił obecnym, opisał jego budowę i sposób działania. Następnie prelegent pokrótce wspomina o celu, działaniu i skutkach stosowania emanacji radowej.

W dyskusji Anastazy LANDAU przemawia o wpływie dodatnim radu na dnę i skazę moczanową.

ZALESKI zaznacza, że działanie wód alkalicznych polega głównie na tem, że moczany

dwuzasadowe przekształcają się na jednozasadowe.

SOKOŁOWSKI Alfred zaznacza, że kwestya sztucznej wody radowej, otrzymywanej za pomocą odpowiednich aparatów fabryki Charlottenburskiej, była przedmiotem obszernego wykładu prof. KLECKIEGO na zeszłorocznym Zjeździe internistów w Krakowie, który, omówiwszy kwestyę teoretyczną, zdawał sprawę z wyników niezbyt osobliwych stosowania jej wewnętrznego i zewnętrznego (kąpiele).

CIAGLIŃSKI Adam zwraca uwagę na krańcowość niektórych lekarzy w poglądach na sprawę leczenia fizycznego: hiperkrytycyzm ich względem darów natury da się chyba przeciwstawić tylko ich wielkiej łatwości, z jaką przyjmują oni wytwory laboratoryjne, a nawet fabryczne. Badania ostatnich lat odkryły nam niejedną tajemnicę wytwarzania się i nasycania wód mineralnych, przyszłość odkryje nam ich więcej, ale im więcej tajemnic tych poznamy, tem lepiej pojmować będziemy, że w naszych pracowniach i fabrykach — rywalizować z naturą nie będziemy w stanie.

KARWACKI Leon wygłosił rzecz pod tytułem: *Oospora pulmonalis*. Prelegent pokazał hodowle i preparaty drobnowidzowe włoskowców paciorkowcowatych (*streptothrix seu oospora*), wyhodowanych z płwociny gruzliczej. 3 grzybki, pokazane przez prelegenta, różnią się stosunkiem do podłoża i zdolnością wytwarzania barwnika. W przemówieniu prelegent streścił symptomatologię i patogenezę spraw chorobowych, wywołanych przez włoskowce na mocy materiału z literatury i spostrzeżeń własnych. Prelegent [podkreśla, że symptomatologia I-go okresu grzybicy płucnej uchodzi zazwyczaj za gruzlicę, i podkreśla potrzebę sporządzania hodowli z płwociny w przypadkach niejasnych.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 października 1910 r.

GLIŃSKI przedstawił 2 przypadki białaczki chronicznej z oddziału d-ra CHEŁCHOWSKIEGO. Osobliwość pierwszego przypadku polega na pierwotnem obrzmieniu śledziony, poprzedzającym o rok przeszło powiększenie gruczołów. Drugi przypadek zasługuje na uwagę przez to, że choroba rozwinęła się u mężczyzny przedtem zupełnie zdrowego wkrótce po operacyi karbunkułu na plecach.

SOKOŁOWSKI Alfred odczytał rzecz pod tytułem: „Fundacya imienia d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO”. Przyczynek do historyi Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Praca ogłoszona będzie *in extenso* w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 25 października 1910 r.

LANDAU Anastazy wygłosił odczyt pod tytułem: „Kwas moczowy, dna i artretyzm”, który podzielić można na 3 części. W części pierwszej prelegent zastanawia się nad genezą pojęcia „artretyzm” i szczegółowo omawia poglądy nań, panujące w literaturze francuskiej, angielskiej, niemieckiej i naszej. Część drugą prelegent poświęcił kwestyi zachowania się kwasu moczowego w warunkach normalnych i w dnie; uwzględnił on najnowsze zdobycze w tej gałęzi wiedzy, porównawszy od budowy chemicznej kwasu moczowego, podziału jego na \bar{u} endo- i egzogeniczny i skończywszy na wpływie radu na zachowanie się kwasu moczowego w ustroju. W trzeciej części prelegent poddaje szczegółowej analizie przypadki, zaliczane u nas do kategorii artretyzmu, i dochodzi do wniosku, iż zazwyczaj nie mają one nic wspólnego z prawdziwą dną, ani nawet z usposobieniem dnawem.

Tadeusz Wilczyński.

Wiadomości bieżące.

— Komitet redakcyjny pisma naszego na r. 1911 stanowią koledzy: Biehler Waclaw, Biehler Matylda, Bregman Ludwik, Bruner Jerzy, Bursche Emil, Borzęcki Tad., Cetnarowicz Stefan, Korybut-Daszkiwicz Bohdan, Endelman Zygmunt, Gepner (syn), Grundzach Ignacy, Guranowski Ludwik, Heiman Teodor, Halpern Mieczysław, Krause L., Kucharzewski Henryk, Kurella Edmund, Landau Anastazy, Lorentowicz Leonard, Lubliner Leopold, Mutermilch Stanisław, Orłowski Stanisław, Otto Czesław, Sadowski Michał, Srebrny Zygmunt, Szymański Bronisław, Wojciechowski Jan, Zaleski Karol i Zawadzki Józef.

— Bardzo ważną sprawę monografii naszych fundacyi zapoczątkował kol. Alfred Sokołowski, sekretarz stały Tow. Lek. Warsz. Wydał on mianowicie monografię p. n. „Fundacya imienia d-ra Koczorowskiego”, w której streścił dzieje fundacyi. Tego rodzaju monografie szczególnie dziś są pożądane, dowodzą bowiem, jak małymi środkami stworzyć można fundacyę o olbrzymim znaczeniu społecznym.

— Zamiast zwiniętej szkoły babek ma być otwarta przy instytucie położniczym szkoła akuszerok 2 rzędu. Nie zastąpi ona instytucyi, która przez długie lata wypełniała sumiennie swe obowiązki i przygotowywała pomoc położną dla wsi naszych, w każdym jednak razie choć w części może zapłacić brak, powstały skutkiem zamknięcia szkoły babek po 50-letnim okresie jej istnienia.

— Prof. Kader i Ciechanowski zaliczeni zostali w poczet członków honorowych Tow. lek. wileńskiego.

— W 1 zeszytce Przeglądu chir. i ginekolog. znajdujemy następujące prace: M.W. Herman—Współczesna aseptyka i antyseptyka operacyjna, W. Filipowicz — Odkazanie skóry w zabiegach operacyjnych za pomocą jodiny, prof. Chlumsky — O przegrzewaniu elektrycznym (*diathermia*), L. Szuman — Wyniki oper. doszcz. przep. pachwinowej, Z. Monsiorski — Współistnienie różnych nowotworów w narządach płciowych kobiety, Fiedorowicz — Przyczynek do kazuistyki pierwotnej gruźlicy jajnika.

— Nr. 1 Nowin Lekarskich poświęcono d-rowi Ignacemu Zielewiczowi z okazji 25-lecia na stanowisku nac. lekarza oddziału chirurgicznego w zakładzie sióstr miłosierdzia w Poznaniu. Szanownemu Jubilatowi i my ślemy wyrazy uznania za jego owocną pracę na naszej zachodniej reducie.

— Nr. 51 Ruskiego Wracza poświęcono prof. Sirotininowi.

— Redakcyja Pamiętnika Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie prosi uprzejmie tych Szanownych Kolegów, którzy dotychczas nie nadesłali zgłoszonych na Zjazd wykładów (w oryginale lub w dokładnym streszczeniu, bez względu na to, czy były wygłoszone, czy spadły z porządku dziennego), by zechcieli przysłać je na ręce d-ra L. Zembrzuskiego — Nowogrodzka 26 najpóźniej do 1 Lutego 1911 r. Wykłady, nie przysłane przed datą powyższą, która jest ostateczna, nie zostaną umieszczone w Pamiętniku Zjazdu.

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.**Silnie pobudza apetyt.**

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żołądkach, ogólnym osłabieniu, bezkrwistość przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, influenzy i in. chorobach

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antibakteryjnych zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie **nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego** (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruczliczych

zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przy gotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

z gwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe:

Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju) dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.



ALLOSAN

Antigonorrhoeicum

STAŁY, KRYSZTALICZNY ESTER SANTALOLU.

o czystym działaniu tego ostatniego. — Zawartość Santalolu 72%

Zupełnie pozbawiony smaku. Nie drażni.

W przeciwstawieniu do innych płynnych pochodnych Santalu proszek Allosanu może być [zawsze] łatwo przyjmowany bez środków rozcieńczających i daje się łatwo dozować.

Po użyciu nie pozostawia żadnego Santalowego foetor ex ore.

Literaturę i próby na żądanie wysyła się p. p. Lekarzom. Przy zamówieniu prosimy o powołanie się na ogłoszenie № 206.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy**Nowo-karlsbadzkie kryształy****Dr. Brackebuscha**

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody sełcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZPŁATNIE