

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 44.

Warszawa d. 4 listopada 1911 r.

Rok XLVI.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —  
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym piśmem 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. Metzl 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 stosowaniu salwarsanu w małych dawkach w leczeniu przymiotu, podał d-r med. Wł. Kopytowski. Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zanik i sterczu, podał S. Groszlik (Dokończenie). Przypadek obustronnej ślepoty połowicznej (hemianopsia dextra et sinistra) z aleksją i agrafią w następstwie porodu, podał Leon Endelman. (C. d.).—WYKŁAD KLINICZNY. O stosunku skazy wysiękowej względnie „limfatyizmu” do zółzów i gruźlicy, podał H. Rozenblatówna. (Dokończenie). — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna.* 206. Monaków. Przyczynek do serodyagnostyki guzów złośliwych 207 Best. O wpływie przyrządzenia pokarmów na ich strawność. 208. Bittorf. Czy można stwierdzić w moczu wce cukrowej wzmożoną czynność nadnerczy? — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

#### O stosowaniu salwarsanu w małych dawkach w leczeniu przymiotu.

Podał

d-r med. Wł. Kopytowski

(ordynator szpit. Ś-go Łazarza).

Nie upłynęło jeszcze dwóch lat od początku stosowania salwarsanu w leczeniu przymiotu, a literatura, tycząca się tego przedmiotu, wzrosła już do olbrzymich rozmiarów. I nic dziwnego—przedmiot jest bardzo aktualny, a lek ze wszystkich przetworów

arszenikowych, dotychczas znanych, najbardziej skuteczny w przymiocie. W pracach o salwarsanie cały szereg autorów podaje różne sposoby stosowania tego środka w postaci zastrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych, bądź wlewań śródżylnych; znajdujemy tu również opisy różnych przyrządów, wreszcie wyniki leczenia przymiotu salwarsanem.

Jeżeli sądzić z literatury, to przeważa obecnie kierunek stosowania śródżylnego salwarsanu. I nic dziwnego—sposób ten jest bezbolesny, pozwala naraz wprowadzać wielkie ilości

salwarsanu, i, gdyby urzeczywistniły się postulaty prof. EHRLICHĄ o całkowitem wyjąłowieniu ustroju, względnie usunięciu doszczętnem choroby jedną wielką dawką salwarsanu, sposób ten byłby jedynie usprawiedliwiony. Doświadczenie jednak wykazało, że jednorazowe śródżylne nalenie salwarsanu w znacznej liczbie przypadków nie niszczy zarazka przymiotu; nie są w stanie nieraz tego uskutecznić powtórne, a nawet wielokrotne wlewania śródżylne, a lek, uważany początkowo za obojętny dla ustroju, okazał się niekiedy wybitnie neurotropicznym, szczególnie przy wielokrotnem użyciu.

Śródżylne wlewania salwarsanu mają i swoje ujemne strony: u osób z dobrze rozwiniętymi żyłami podskórnymi wejście igłą do żyły nie jest zazwyczaj trudne, lecz i tu potrzebne jest odpowiednie wyszkolenie. Natomiast u osób ze słabo rozwiniętymi żyłami podskórnymi i z obfitą tkanką tłuszczową trafianie igłą do żyły jest bardzo trudne. Zdarza się to najczęściej u kobiet, gdzie nawet i bardzo wyszkolony w tym kierunku lekarz musi kłuć nieraz kilkakrotnie, nim wejdzie igłą do żyły, a czasami na jednym posiedzeniu nie może tego uskutecznić. Wejście do żyły igłą jest mocno też utrudnione u osób z mocno rozwiniętą miażdżycą naczyń; dalej u osób nerwowych, bojących się klucia; wreszcie są chorzy, stanowczo nie pozwalający zastrzykiwać sobie leku do żyły.

Dla lekarza praktyka zastrzykiwania śródżylne są też bardzo trudne; dla chorego zaś połączone są ze znacznym wydatkiem na który nie pozwalają często skąpe fundusze chorego.

Wobec tego życie praktyczne skłania do wynalezienia takiego sposobu stosowania salwarsanu, któryby był mało bolesny, skuteczny, tani i nie zmuszał chorych do opuszczania swych zajęć.

Do użycia wewnętrznego salwarsan

dotychczas nie był stosowany. Salwarsan, stosowany śródmięśniowo i podskórnym w wielkich dawkach, wywołuje niekiedy znaczne zaburzenia ogólne, wszystkim, zajmującym się tym przedmiotem, dobrze znane, miejscowo zaś, podobnie jak i nieorganiczne związki arszeniku, zgorzel i następne otorbienie się mas nekrotycznych pod postacią guzów ohelboczących, różnej wielkości, bardzo bolesnych i nie mających skłonności do wchłaniania. W zawartości tych ognisk nekrotycznych znajdowano w znacznej ilości arszenik, który bezużytecznie leżał w ustroju, nie mogąc wskutek otorbienia uleż wessaniu.

Tak więc metoda ta, choć dostępna do użycia dla szerszego ogółu lekarzy, wskutek wyżej przytoczonych powodów obecnie ma mniej zwolenników.

Choć nowe preparaty salwarsanu znacznie różnią się od dawnych—sprowadzają bowiem słabsze objawy ogólne i miejscowe, sprawiają mniej bólu przy zastrzyknięciach podskórnych i mięśniowych i łatwiej się rozpuszczają w wodzie, natomiast również łatwo się psują na powietrzu, a wodne roztwory w bardzo krótkim czasie przyjmują burą barwę, podobnie jak to bywa z wodnymi roztworami pyrogallolu. W tych warunkach preparat ma być podobno mocno trujący.

Badając zachowanie się wodnych roztworów salwarsanu w różnych warunkach, przekonałem się, że mocne roztwory 5-io i 6-io procentowe tego środka, przygotowane na świeżo przegotowanej wodzie przekroplonej bez dostępu powietrza, zachowują się bez zmiany przez czas bardzo długi (mam ampulki, przygotowane przezemnie przeszło od pół roku, bez zmiany, tj. roztwór pozostał jasno-żółty, zupełnie przezroczysty). Wodne roztwory salwarsanu dobrze znoszą sterylizację przy 100° C. Natomiast wodne roztwory salwarsanu, zobojętniane wodanem sodu do obo-

jętnego odczynu, choć się dobrze na razie sterylizują i na razie nie zmieniają, po paru jednak dniach przyjmują w sterylizowanych ampulkach zabarwienie czerwone, ceglaste i zaczynają powoli mętnieć. Po długim staniu zawartość takiej ampulki zamienia się na płynną galaretkę barwy ceglastej. Jednakże roztwory te salwarsanu po dodaniu 1, 2 kropeł słabego ługu sodowego przechodzą w stan zupełnego rozpuszczenia, są przezroczyste, zachowując jednak barwę ceglastą. Jak miałem możność parę razy się przekonać, nie są one trujące dla organizmu, dobrze działają specyficznie, i zdaje mi się, że są bardzo mało bolesne przy zastrzykiwaniach.

W początku stosowania salwarsanu w leczeniu przynięty utrzymywano, że arsenik zawarty w salwarsanie, w ciągu bardzo krótkiego czasu (około 10 dni) ma się całkowicie wydzielać w moczu. Już a priori dziwnem to się mogło wydawać, bo ilość dobowo arseniku, wydzielanego z moczem, wynosi co najwyżej 0,003 (3 miligramy), a dawka do zastrzyknięcia międzymięszowego waha się między 0,3—0,6 przy zawartości arseniku w salwarsanie 34 proc. Dalsze badania wykazały niedokładność pierwotnych badań w tym kierunku; okazało się, że salwarsan wydziela się w moczu wiele tygodni, co dowodzi, że tyleż czasu krąży we krwi i że, stopniowo wydzielając się, może tylko stopniowo leczyć chorobę. Czy to więc przy śródżylnem zastrzyknięciu wytwarza się skład salwarsanu w narządach wewnętrznych, przeważnie w wątrobie, czy też przy podskórnem lub mięśniowem skład tam się tworzy, organizm stopniowo się nim nasyci i stopniowo go wydziela.

(Dok. nast.)

### Przyczynnik do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu<sup>1)</sup>.

Podał

**S. Groszlik.**

Pamięci d-ra Władysława Krajewskiego pracę tę poświęca autor.

(Dokończenie).

Gdy widziałem chorego poraz pierwszy w lutym r. 1908, stwierdziłem stan następujący. Osobnik o cerze żółtej, wychudzony, chorób wenerycznych nie przechodził, skarży się na częste napady gorączkowe, które trzymają po kilka dni, i którym towarzyszy silne zmętnienie moczu. Parcie częste, gwałtowne, bez możliwości oddania choć jednej kropli moczu. Cewnik wchodzi zazwyczaj bez trudności, niekiedy jednak napotyka przeszkodę w głębi cewki. Mocz bardzo mętny, zawierający masę ropy. Badanie wykazało: narządy klatki piersiowej zmian nie przedstawiają, źrenice reagują prawidłowo, odruchy zachowane. Okolice nerek na ucisk niebolesne, nerki wymacać się nie dają. Palec, wprowadzony do odbytnicy po opróżnieniu pęcherza, pozwala dokładnie wyczuć gruczoł krokowy znacznie zmniejszony; oba jego zrazy są twarde, gładkie, każdy wielkości orzecha laskowego. Przy badaniu cystoskopowem, dokonaniem po upływie kilku miesięcy, stwierdziłem niezwykle silnie rozwinięte belecзки (vessie à colonnes), bardzo liczne i głębokie uchylki, błonę śluzową pęcherza mocno zaczerwienioną, brak zmian przerostowych w ujściu wewnętrznem cewki.

Rozpoznałem zupełne zatrzymanie moczu przewlekłe, które rozwinęło się z postaci

<sup>1)</sup> Według referatu, ogłoszonego na Zjeździe chirurgów polskich, odbytym w październiku 1910 r. w Warszawie.

przewlekłej niezupełnego zatrzymania moczu z rozstrzenią pęcherza, zaś za tło tych zaburzeń uważałem nieuchwytne zmiany w szyi pęcherza skutkiem zaniku gruczołu krokowego.

Ponieważ stan chorego wciąż się pogarszał i czynił go do pracy niezdolnym, a wobec długotrwałości cierpienia nie było żadnych widoków na odzyskanie sprawności pęcherza, z drugiej zaś strony perspektywa posługiwała się cewnikiem do końca życia wprost chorego przerażała, uważałem zabieg operacyjny za bezwzględnie wskazany.

Operację wykonałem dnia 17 października 1908 r. w uspieniu skopolamino-morfino-wo-chloroformowem przy laskawej pomocy kolegów WERTHEIMA, RZEPKI i LASKOWSKIEGO. Po dokładnem przepłukaniu pęcherza i napełnieniu 300 gramami wyjałowionego roztworu kwasu bornego wykonałem cięcie nadłonowe pęcherza podłużne. Po otworzeniu pęcherza okazało się, że otwór wewnętrzny cewki przedstawia szparę poprzeczną z wywiniętą ku dołowi tylną wargą. Wprowadziwszy do odbytnicy wskazujący palec lewej ręki, odzianej w rękawiczkę, podparłem nim mocno gruczoł krokowy i starałem się możliwie jaknajbardziej uwydatnić go od strony pęcherza, co było rzeczą dość trudną z powodu nieznacznej wielkości gruczołu. Następnie nożyczkami naciałem poprzecznie błonę śluzową pęcherza poniżej dolnej wargi otworu wewnętrznego cewki i do utworzonej w ten sposób szczeliny wprowadziłem palec wskazujący prawej ręki, przy pomocy którego odłuszczyłem gruczoł od tkanek otaczających. Z powodu małych rozmiarów gruczołu krokowego ten akt operacji nastęrczał poważne trudności, tembardziej, że z uwagi na młody jeszcze wiek chorego zależało mi bardzo na tem, aby zachować w całości część kroczową cewki wraz z przewodami wytryskującymi w celu zabezpieczenia funkcji płciowych. Po całko-

witem oddzieleniu od części kroczowej cewki gruczoł został z zraną wydobyty, poczem odcięto zwisającą wargę dolną otworu wewnętrznego cewki. Krwawienie było względnie nieznaczne i zostało zatrzymane gorącymi przemywaniami z kwasu bornego poprzez cewnik, pozostawiony w cewce moczowej przez cały czas operacji. Dla ostatecznego zatrzymania krwawienia łożysko gruczołu krokowego zostało prowizorycznie wytampowane gazą sterylizowaną. Górną część rany pęcherza zaszyto dwupiętrowym szwem katgutowym, przez pozostały zaś otwór w pęcherzu po usunięciu gazy wprowadzono grubą dren. Ścianę brzuszną zaszyto szwem dwupiętrowym z pozostawieniem otworu dla sączka pęcherzowego w dolnej części rany. Opatrunek.

Usunięty gruczoł krokowy (rys. 2) składał się z 2-ch połączonych ze sobą zrazików, z których każdy był zaledwie wielkości orzecha laskowego; waga gruczołu wraz z odciętą śluzówką cewki wynosiła 5,7 grm.

Przebieg pooperacyjny, prawie zupełnie bezgorączkowy, zakłócony został w pierwszych dniach silnym kaszlem, spowodowanym przez katar oskrzeli. Poza tem stan ogólny był zadawalający. Mocz odchodził przez sączek swobodnie, w ciągu pierwszych 2-ch dni zmieszany był z krwią, poczem przybrał barwę prawidłową. Wierzchnie części opatrunku były zmieniane kilka razy dziennie w miarę przesylenia moczem. Rano i wieczorem opatrunek zmieniano całkowicie i przepłukiwano starannie pęcherz kwasem bornym przez tkwiący w ranie dren. Piątego dnia po operacji dren został usunięty i od tej chwili przemywano pęcherz przez cewnik, wprowadzony do rany. Szóstego dnia szwy skórne zostały usunięte, część zaszyta rany zagoiła się przez rychłozrost. Dziewiątego dnia po operacji otwór w pęcherzu był już tak zwężony, że nie przepuszczał cewnika NELATONA, płuka-

nie pęcherza odbywało się tedy przy pomocy cewnika, wprowadzonego przez cewkę moczową. W 17 dni po operacji chory po raz pierwszy oddał mocz *per vias naturales* w dużej ilości, przyczem niewielka zaledwie część moczu wydobywała się przez ranę pęcherza. Całkowite zamknięcie otworu pęcherza nastąpiło w 3 tygodnie po operacji, zagojenie zaś rany ścian brzusznych w niespełna 5 tygodni. Chory oddaje mocz co 3—4 godziny bez żadnej trudności strumieniem ostrym i grubym, szczególnie zaś rano po 8-io godzinnym śnie, niezakłóconym potrzebą moczenia. Mocz zupełnie przezroczysty, ilość zalegającego moczu wynosiła w początku 40—60 ctm. sz., później zesła do zera.

W ten sposób, dzięki dokonanej operacji usunięcia gruczołu krokowego, chory odzyskał sprawność pęcherza po 11-miesięcznym całkowitem zatrzymaniu moczu, które nie dawało najmniejszych widoków samostnej poprawy. Napady gorączkowe, które tak często trapiły chorego przed operacją, dotychczas nie powtórzyły się ani razu, funkcje płciowe zostały całkowicie zachowane, i wytrysk nasienia odbywa się prawidłowo.

Na uwagę zasługuje jeszcze w przypadku tym zaznaczone w wywiadach zjawienie się w moczu licznych drobnych kamyczków, które wystąpiły bezpośrednio po zastosowaniu cewnika i których usunięcie wymagało zastosowania aspiratora. Zagadkowe to zjawisko spostrzegalem osobiście raz jeden w roku 1904 u chorego, który zwrócił się do mnie z objawami wielce podobnymi do opisanych w przypadku niniejszym, i u którego sam dokonywałem opróżniania pęcherza 2 razy dziennie. W kilka dni po rozpoczęciu leczenia przy każdym wprowadzaniu cewnika wydobywały się z moczem liczne złogi kwasu moczowego, których chory przedtem nigdy nie zauważył. Ponieważ badanie cystoskopowe wykazało obecność w

pęcherzu niezliczonej ilości złogów, a wśród nich niektóre były wielkości ziarnka grochu lub nawet nieco większe, zmuszony byłem wprowadzić litotryptor i większe okazy skruszyć, aby następnie wszystko razem usunąć z pęcherza za pomocą aspiratora. Dłuższa obserwacja wykazała, że był to objaw przejściowy.

Przyp. III. Całkowite zatrzymanie moczu septyczne u osobnika 65-letniego na tle zaniku sterczu. Prostatektomia nadłonowa z usunięciem gruczołu wagi 7 grm. Wyzdrowienie z odzyskaniem sprawności pęcherza. *Calculi vesicae urinariae. Lithotripsis.* Wyzdrowienie <sup>16)</sup>

P., lat 65 liczący, został skierowany do mnie przez kol. Rogozińskiego (z Radomia), który przed miesiącem stwierdził zatrzymanie moczu niezupełne chroniczne i wypuścił za pomocą cewnika przeszło litr moczu przezroczystego. Po tym zabiegu nastąpiło zatrzymanie moczu zupełne, i chory, który do tego czasu mógł jeszcze oddawać, acz z biedą, trochę moczu, zmuszony był odtąd stale posługiwać się cewnikiem. Po tygodniu pokazały się w moczu znaczne ilości ropy, która to znikala, to zjawiała się ponownie pomimo starannego płukania pęcherza, tak, że powstało podejrzenie, iż nastąpiło zakażenie górnych odcinków dróg moczowych.

Przy badaniu *per rectum* po dokładnem opróżnieniu i wypłukaniu pęcherza znaleziono gruczoł krokowy znacznie mniejszy od normalnego. Oglądanie wnętrza pęcherza za pomocą cystoskopu wykazuje nierówności i zgrubienia w przedniej części fałdy przejściowej oraz z boków, u dołu zaś widać nieznacznych rozmiarów twór, który robi wra-

<sup>16)</sup> Przedstawiony na posiedz. chirurg. Tow. Lek. Warsz d. 10 grudnia 1910 r.

żenie zrazu środkowego. Błona śluzowa pęcherza zaczerwieniona, miejscami pokryta strzępami ropnymi, silnie rozwinięte beleczyki, wśród których bardzo liczne uchylki rozmaitej wielkości. Otwory moczowodów z trudnością dają się odszukać, są jednak niezmiennione i przepuszczają mocz zupełnie klarowny.

Rozpoznałem całkowite zatrzymanie moczu, spowodowane zmianami w obrębie gruczołu krokowego. Ponieważ stan obecny rozwinął się w następstwie długotrwałej niedomogi pęcherza, która nie daje żadnych widoków poprawy bez uciekania się do noża, chory zaś pragnął za wszelką cenę uwolnić się od cewnika, zaproponowałem tedy operację, na którą chory się zgodził.

*Prostatectomia suprapubica* d. 18. XII. 09. Przez 3 dni przed operacją chory dostawał po 3,0 *calcii chlorati* na dobę, pęcherz był przemywany starannie po dwa razy dziennie. W uśpieniu chloroformowem otworzyłem pęcherz i stwierdziłem, że otwór wewnętrzny cewki moczowej zamknięty był od strony pęcherza przez poprzecznie usadowiony płat środkowy, który w kształcie klapy wyrastał z tylnego obwodu otworu. Z obu stron tej klapy zlekka zarysowywały się oba zrazy boczne gruczołu, każdy mniej więcej wielkości orzecha laskowego. Cięciem poprzecznym rozlupełem błonę śluzową pęcherza tuż pod otworem wewnętrznym cewki, w powstałą w ten sposób szparę wprowadziłem palec wskazujący prawej ręki, wskazicielem zaś lewym pomagałem sobie od strony kiszki. Odluszczenie gruczołu odbywało się z wielkim mozolem, jak to zwykle się dzieje przy gruczołach małych, mocno zrosniętych z cewką moczową. Pomimo to cewka została nie naruszona, zrazy gruczołu wydobywałem kolejno, najpierw prawy, później lewy, w końcu zaś środkowy. Krwawienie było minimalne. Górną połowę rany pęcherzowej za-

szylem szwem katgutowym, w pozostały otwór wstawiłem dren FREYERA, ranę powłok brzusznych ponad sączkiem zamknąłem i nałożyłem opatrunek szczelny.

Przebieg pooperacyjny bez szczególnych powikłań. W ciągu pierwszych 10 dni ciepłota wahała się między 37,5 — 38,3° z powodu kataralnego zapalenia płuc przy tętnie 40—60, poczem spadła do normy. Sączek usunąłem czwartego dnia i zastąpiłem syfonem, który pozostawał w pęcherzu do dziesiątego dnia, następnie wprowadzono cewnik na stałe. Każda zmiana cewnika spowodowała krótkotrwałą gorączkę, która niekiedy dochodziła do 39°. Opatrunki zmieniane były początkowo dwa razy, później przy cewniku na stałe raz dziennie. Ogólny stan i łaknienie przez cały okres pooperacyjny wyborne. Mocz zaczął odchodzić *per vias naturales* 20-tego dnia po operacji, zagojenie rany pęcherzowej nastąpiło w piątym, zaś powłok brzusznych w szóstym tygodniu po operacji. Obecnie chory oddaje mocz 4—5 razy dziennie bez wysiłku, strumieniem grubym i ostrym. Kilkakrotne próby za pomocą cewnika dowiodły, że pęcherz opróżnia się doszczętnie. Czynności płciowe zostały zachowane.

Wydobyty gruczoł krokowy (rys. 3) ważył wszystkiego 7 gr., jest zatem przeszło dwa razy mniejszy od normalnego. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną zaburzeń pęcherzowych był tu zraz środkowy, który zamknął otwór wewnętrzny cewki moczowej i tworzył nieprzewyciężoną przeszkodę dla strumienia moczu.

E p i k r y z a. W końcu maja 1910 r. chory zgłosił się powtórnie i oświadczył, że od kilku tygodni doznaje bólów w prawym podżebrzu, i że od czasu do czasu zjawia się w bliźnie pooperacyjnej przetoka, która część moczu przepuszcza. Nerka prawa nieco powiększona i bolesna na ucisk, bliźna po



Dragées  
**LECITHINI-ovo à ,005**

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwu stearynoglicerynofosforowego) 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, podupadłym 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.

**Warsz. Tow. Akc.**

**„MOTOR”**

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

**Glicerofosfat**

ziarnisty z żelazem,

z lecitiną.

**Piperazinę**

musującą.

**Kola**

granulowane.

**NOWE WARUNKI POLISOWE.**

- Termin ulgowy w opłacie premii — trzymiesięczny.
- Nieuiszczenie premii w terminie ulgowym skutkuje automatyczną redukcją, czyli czyni polisy T-wa które już trwały 3 lata — nieumarzalnymi.
- Po roku, polisy T-wa w razie śmierci ubezpieczonego są bezspornymi.
- W razie śmierci ubez. w pojedynku, kapitał płatny jest o ile umowa trwała rok jeden, w razie samobójstwa o ile trwała 3 lata.
- Ubezpieczeni mają prawo swobodnego podróżowania po całym świecie.

Kapitał  
zakładowy  
oraz rezerwowy

przeszło 5.500.000 r.

BIURO DYREKCJI:

WARSZAWA, MAZOWIECKA 22

pałac bar. L. Kronenberga.

Pierwsze Krajowe T-wo Ubezpieczeń  
**„PRZEZORNOSC”**  
Ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków

Agentury we wszystkich miastach Królestwa i Cesarstwa.

Taryfy i prospekty na żądanie — bezpłatnie.

# Mergal

Hydrarg. cholicum oxydat. 0,95—Tannalbin 0,1)  
**Nowe Antisyphiliticum do użytku we-**  
**wnętrznego.**

**Mergal** działa również energicznie, jak leczenie wcieraniami, lub wstrzykiwaniami za pomocą rozpuszczalnych soli Hg;

**Mergal** znosi się w większych dawkach szybko się wehłania i wydziela, nie wywołuje żadnego działania ubocznego. Kuracja Mergalem jest ze wszystkich sposobów leczenia syfilisu najprostszą, najwygodniejszą i najprzyjemniejszą, można ją wszędzie dyskretnie przeprowadzić.

*Wskazania:* Choroby syfilityczne i parasyfilityczne.

*Dawka:* 3 razy dziennie po 1 kapsułce, zwiększając do 4—5 razy dziennie po 2 kapsułki (0,05—0,1 pro dosi, 0,3—0,5 pro die).

Pudełka oryginalne po 50 kapsulek.

# Gonosan

Według orzeczenia przeszło 120 autorów  
**Wybitny środek balsamiczny w le-**  
**czeniu rzeżączki.**

zawiera składniki działające Kawa-Kawa w połączeniu z najlepszym wschodnio-indyjskim olejkim santalowym.

**Gonosan zmniejsza wydzielinę ropną, uśmie-**  
**rza ból zależny od sprawy rzeżączkowej**  
**i zapobiega powikłaniom.**

*Dawka:* 4 — 5 razy dziennie po 2 kapsułki po jedzeniu.

W oryg. pudełkach po 50 i po 32 kapsułki

Próby i literatura na żądanie pp. lekarzy gratis

**J. D. Riedel A. G., Berlin N. 39.**

# Peruol

Bezbarwny i niedrażniący, bezwonny

Środek przeciwko świerzbie

Zabija napewno świerzbowce!

Butelki po 100 i 250 grammów.

# Maść-Bromokolowa 20%

Wybornie uśmierza swędzenie  
 w różnorodnych cierpieniach skóry.

Słoiki i tubki po 25 grammów.

Próby i literaturę na żądanie

**Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation**  
 Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36



prostatektomii nie naruszona, mocna, oddawanie moczu prawidłowe. Mocz mętny i każdorazowo zawierał liczne złoże wielkości lepka od szpilki. Badanie cystoskopowe wykazało obecność w pęcherzu kilku kamyków wielkości orzecha laskowego obok niezliczonej ilości drobnych złożeń. Podczas badania kilka takich złożeń wydostało się z otworu prawego moczowodu wraz ze strumieniem moczu, co świadczyło, że miejscem tworzenia się kamyków była prawa nerka. Stan ogólny zadawalający, bezgorączkowy.

Przez cewnik, założony na stałe, pęcherz był płukany energicznie w ciągu trzech tygodni, i w tym okresie czasu odeszło z moczem kilkaset złożeń. Gdy wreszcie ustał ten grad kamicowy, i znikł ból w prawej okolicy nerkowej, pozostałe w pęcherzu większe kamyki skruszylem. Od tego czasu stan chorego nie pozostawia nic do życzenia.

Przelotna kamica, która ukazała się w tym przypadku, nie pozostaje widocznie w żadnym związku z dokonaną prostatektomią, gdyż, jak to zaznaczone było w końcowym ustępie spostrzeżenia II, zupełnie podobne zjawisko dało się zauważyć dwukrotnie po zwykłym opróżnieniu pęcherza u prostatyków, dotkniętych zatrzymaniem moczu przewlekłym niezupełnym. We wszystkich trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z kamicią nerkową, o czym w przyp. III można było przekonać się naocznie podczas oglądania pęcherza wzornikiem. Ta więc kamica nie ma nic wspólnego z wtórnym tworzeniem się kamieni pęcherzowych, których miejscem powstawania bywa niekiedy łożysko, pozostałe po usunięciu sterczu.

### Badanie histologiczne.

W swojej pod wielu względami cennej monografii, dotyczącej niedomogi pęcherza u starców na tle prostatyzmu, CIECHANOWSKI odróżnia dwie postacie zaniku sterczu, a mia-

nowicie zanik prosty, polegający na samych tylko zmianach involucyjnych cewek gruczołowych bez jakiegokolwiek bądź udziału ze strony podścieliska, i zanik pozapalny, cechujący się takimi samymi zmianami najprostszymi elementami tkankowymi, jakie autor ten spostrzegał w przypadkach przerostu sterczu. Za najbardziej charakterystyczne poczytuje CIECHANOWSKI, jak wiadomo, zmiany, zachodzące w podścielisku i „występujące bądź w postaci drobnokomórkowych nacieków, bądź ognisk tkanki łącznej, złożonych z komórek wrzecionowatych, bądź wreszcie, i to najczęściej, w postaci licznych ogniskowych blizn, zawierających w sobie niekiedy resztki gruczołów, niekiedy resztki ich światła, lub też luźno leżące ciała skrobiowate”. Te zmiany podścieliska sadowią się „przede wszystkim tuż pod przybliżeniem przestrzeni gruczołowych”, co według CIECHANOWSKIEGO jest ich cechą znamioną (l. c. strona 403 i 406).

Ponieważ w żadnym z przytoczonych przez CIECHANOWSKIEGO przypadków, należących zarówno do pierwszej, jak i drugiej grupy zaniku sterczu, nie istniała za życia nie tylko niedomoga, ale wogóle żadne dolegliwości ze strony pęcherza moczowego, wydało mi wielce pożądanym dochodzenie, jakim też zmianom histologicznym przypisać należy zanik sterczu, który w przypadkach, przezemnie operowanych, doprowadził do tak ciężkich zaburzeń pęcherzowych. Na preparatach jednak, przygotowanych z wielką starannością przez kol. Maryę ZIELIŃSKĄ, przekonałem się, że oczekiwane przezemnie zmiany są natury podrzędnej i dają się sprowadzić głównie do pomniejszenia liczby cewek gruczołowych bez poważniejszego udziału ze strony podścieliska. Nie polegając jednak na własnej kompetencji pod tym względem, uprosiłem kol. CIECHANOWSKIEGO o przejrzenie preparatów i wyrażenie swojej opinii, co

tenże z wielką gotowością uczynił, i za co mu w tem miejscu serdecznie składam podziękowanie. W ogólnych zarysach kol. CIECHANOWSKI zdanie moje w potwierdził, gdyż w liście z d. 20. IV. 1911 pisze, że żaden z nadesłanych mu preparatów nie odpowiada ściśle tej postaci pozapalnej zaniku, jaką opisywał. Zuwagi jednak na brak danych, dotyczących zmian mikroskopowych, jakie zachodzą w zanikłym sterzu przy niedomodze pęcherza, sędzę, że poszczególny opis tych zmian, pochodzący od takiego znawcy przedmiotu, jakim jest prof. CIECHANOWSKI, nie będzie pozbawiony znaczenia.

Przyp. I. „Układ pęczków mięsnych w podścielisku przemawia za pochodzeniem obu nadesłanych preparatów z przedniobocznych odcinków sterzu. Gruczołów jest w preparatach wogóle bardzo mało, a prawie wszystkie leżą z jednego boku jednej—szerszej—postaci skrawków. W świetle tych gruczołów znajdują się mnogie ciała skrobiowate, sporych rozmiarów, przeważnie o koncentrycznej budowie. Niektóre z nich wypełniają całkowicie światło, obok innych zaś znajdują się w świetle gruczołów jeszcze także złuszczone komórki nabłonkowe i liczne drobne komórki o jądrze ciemno zabarwionem, okrągławem. Kilka przestrzeni gruczołowych z taką treścią jest jakby rozszerzonych, nie posiada prawidłowych rozgałęzień. Nabłonek gruczołów nie wszędzie utrzymany; w niektórych gruczołach brak go na znacznej części ściany. W podścielisku w sąsiedztwie gruczołów niema nigdzie nacieków drobnookrągłokomórkowych; jedyny znaleziony leży koło naczynia. Koło gruczołów widać w preparacie, barwionym sposobem van GIESONA, gdzieniegdzie nieregularne smugi czerwono zabarwionej tkanki włóknistej, co w zestawieniu z małą wogóle liczbą gruczołów przypomina cokolwiek

obrazy, spotykane w pozapalnych zanikach sterzu”.

Przyp. II. „O pochodzeniu nadesłanych preparatów” (11 skrawków) z sąsiedztwa cewki moczowej świadczy znajdujący się na brzegu niektórych skrawków kawałeczek błony śluzowej cewki z wielowarstwowym nabłonkiem. We wszystkich preparatach jest gruczołów mniej, niż bywa zwyczaj w odpowiednich częściach sterzu, a poszczególne gruczoły są od siebie oddzielone szerokimi pasami podścieliska. Gruczoły są lekko rozszerzone przy zachowaniu jednakże prawidłowych rozgałęzień. W świetle przeważnej części gruczołów leżą gromadki złuszczonych, po części zmienionych komórek nabłonkowych; w kilku nieco więcej rozszerzonych przestrzeniach znajduje się oprócz tego sporą domieszkę komórek drobnych, okrągłych, o małym, ciemno się barwiącym jądrze, a miejscami pojedyncze leukocyty wielojądrowe. Nabłonek gruczołów wałeczkowaty, przeważnie nieco niższy od spotykanego prawidłowo. Gruczołów zanikających o wąskim świetle, a niskim nabłonku ani też śladów po zanikłych gruczołach (np. ciał skrobiowatych w przestrzeniach, zupełnie pozbawionych nabłonka), jakie się widuje w pozapalnych zanikach sterzu, w nadesłanych preparatach niema.

W podścielisku, w stosunku do gruczołów obfitszem, niż zwykle, napotyka się w wielu miejscach liczniejsze komórki drobne okrągłe, z ciemno zabarwionem małym jądrem, nie tworzące jednak ogniskowych ograniczonych nacieków, ale rozsiane nieregularnie, niezbyt gęsto. Gdzieniegdzie tylko komórki te skupiają się nieco gęściej w wąskie rozmaicie wygięte smużki. Podobnie smugowato występują gdzieniegdzie obfitsze wrzecionowate i owalne komórki łącznotkankowe. W dwu preparatach znajdują się małe ogniska włókniste (zabarwienie sposo-

bem VAN - GIESONA) nieregularnego kształtu. Rozwój tkanki łącznej nie pozostaje w żadnym stalszym stosunku do gruczołów; spotyka się go w najrozmaitszych miejscach wśród podścieliska, to bliżej, to dalej od gruczołów. W jednym tylko preparacie znajduje się jedna niewielka grupka gruczołów, naokoło której wszędzie są obfite komórki łącznotkankowe.

W trzech preparatach (jeden barwiony hematoksyliną i eozyną, dwa sposobem van GIESONA) znajduje się blisko brzegu preparatów okrągłe, około 3 milim. średnicy mające ognisko, od sąsiedztwa oddzielone dość wyraźnie obwódka mięsno-łącznotkankową, pierścieniastą, nie zawierającą wcale gruczołów, lecz tylko tkankę łączną i komórki mięsne gładkie. W porównaniu z prawidłowym podścieliskiem sterczu zawiera to ognisko wyraźnie obfitsze komórki łącznotkankowe, wrzecionowate i owalne, układające się w wąskie, nieregularnie pogięte i pokrzyżowane smugi. Ognisko to przypomina nieco obrazy, spotykane we włókniako - mięśniakach.

W całości biorąc, stwierdza się w tym przypadku: mniejszą, niż zwykle, ilość gruczołów, a w nich obraz niezbyt znacznego niezbyt złuszczonego, wyraźne bujanie tkanki łącznej w podścielisku, wreszcie w niektórych preparatach—mały twór „który mógłby uchodzić za włókniakomięśniak”.

Ze swej strony dodam, że według MOTZA i PEREARNAU <sup>11)</sup> twory mięśniakowe w sterczach starców nie należą do zjawisk zbyt rzadkich. W cytowanej pracy podają oni na ryc. XXV przekrój gruczołu krokowego, który zawiera mięśniak sporych rozmiarów,

i utrzymują, że mięśniaki drobne zdarzają się nawet w sterczach „prawidłowych”.

Przyp. III. „Układ pęczków mięsnych w podścielisku i gruczołów wskazuje, że preparaty pochodzą z przycewkowej części sterczu. W przedniej części preparatów gruczoły są nieliczne, podobnie jak w warunkach normalnych bywa, zwłaszcza w niższych odcinkach sterczu; w tylnej części preparatów gruczoły liczne, leżą gęsto obok siebie. W świetle gruczołów, wogóle wąskiem, znajdują się gdzieniegdzie złuszczone komórki, pojedyncze ciała skrobiowate i grudki bezpostaciowej masy, barwiącej się różowawo eozyną. Gruczoły w częściach tylnych preparatów prawidłowo rozgałęzione, wysłane prawidłowym nabłonkiem wałeczkowatym. Bliżko jednego z brzegów preparatu trafiony przy cięciu skośnie odcinek większego przewodu z niewielkim wiotkim naciekiem drobnookrągłokomórkowym w podnabłonkowej warstwie podścieliska. W innych częściach niema zmian w podścielisku.

Cały obraz histologiczny wskazuje, że część sterczu, wycięta przy operacji, była stosunkowo niezmienną. W preparatach nadesłanych niema nietylko cech zaniku zapalnego, ale wogóle żadnego zaniku. Zauważyć jednak należy, że w zanikach zapalnych sterczu zmiany lokalizują się głównie w obwodowych częściach sterczu, których w preparatach badanych brakuje”.

### Streszczenie.

1. Niedomoga pęcherza, rozwijająca się u starców na tle zaniku sterczu, w przebiegu klinicznym niczem się nie różni od niedomogi skutkiem przerostu sterczu.

2. Przyczyna zaburzeń pęcherzowych w przypadkach zaniku sterczu nie została jeszcze wyjaśniona. Zdaniem niektórych autorów tłem anatomicznym tej niedomogi są zmiany, zachodzące w ścianie samego pę-

<sup>11)</sup> Motz et Perearnau, Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate. Ann. d. mal. d. org. génito-urin, 1905, str. 1521.

cherza (zwyrodnienie miażdżycowe GUYONA, zanik mięśniówki pęcherzowej według CIECHANOWSKIEGO), inni natomiast upatrują przyczyny niedomogi w zmianach anatomicznych ujścia pęcherzowego, przyczem rolę zapory mechanicznej ma odgrywać bądź zastawka w otworze wewnętrznym cewki moczowej (ENGLISCH), bądź też trwałe zwężenie kurczowe szyi pęcherza (FULLER, CHETWOOD, KEYES, CHOLZOFF). Wreszcie niektórzy autorowie za przyczynę tu działającą uznają odruch, hamujący kurczliwość pęcherza (ALBARRAN i NOGUÈS, JANET, BAZY).

3. W okresie czasu, obejmującym ostatnie trzechlecie, autor spostrzegł 110 przypadków ciężkiej niedomogi pęcherza u starców, i w 87 przypadkach stwierdził powiększenie, w 23 zaś zanik sterca, co stanowi blisko 21% zaniku. W tych 23 przypadkach metody badania klinicznego nie były w stanie wykryć przyczyny niedomogi.

4. Badanie szyi pęcherza, wykonane w trzech przypadkach zaniku sterca po cystotomii nadłonowej, wykazało, że w jednym przypadku część kroczoła cewki sterca do jamy pęcherza w kształcie stożka, na którego wierzchołku znajdował się znacznie zwężony otwór wewnętrzny cewki; w dwóch przypadkach pozostałych otwór ten posiadał kształt szpary poprzecznej ze znacznie rozwiniętą tylną wargą, która w jednym przypadku zwisła ku dołowi i mieściła w sobie zanikły gruczoł krokowy, w drugim zaś sterca ku górze i na podobieństwo szczątkowego zraza średniego szczelnie zamykała wylot pęcherza.

5. Po usunięciu gruczołu krokowego sposobem FREYERA wszyscy trzej chorzy odzyskali całkowitą sprawność pęcherza, która dotychczas zdawała się być już zupełnie wygasła. Z tego autor wnosi, że w przypadkach tych opisane zmiany w szyi pęcherza odgrywały rolę zapory mechanicznej, i że

w wywoływaniu niedomogi ściana pęcherzowa nie brała żadnego udziału.

6. Mechanizm zatrzymania moczu, spostrzegany w tych przypadkach zaniku sterca, nie różni się zdaniem autora od mechanizmu, działającego w przeroście sterca, chyba tylko swymi rozmiarami miniaturowymi.

7. Pod względem jednak anatomicznym obie te sprawy — przerost i zanik gruczołu krokowego — są zupełnie odmienne. W przeroście gruczoł krokowy zawiera łatwo wyluszczalne gruczolaki, które, zmieniając jego kształt, powodują zboczenia w przebiegu cewki kroczołej i zaciskają wylot pęcherza, tamując w ten sposób odpływ moczu. W gruczolach zanikłych natomiast brak zupełnie gruczolaków, zmiany zaś w ujściu pęcherzowym, utrudniające odpływ moczu, rozwijają się prawdopodobnie skutkiem zaniku cewek gruczolowych i wywołanej tem zmiany ilościowej stosunku tkanki gruczolowej do podścieliska. Przypadki, w których stwierdzono obecność gruczolaków w sterca niepowiększonym lub nawet zmniejszonym, powinny być, zdaniem autora, wyłączone z kategorii zaniku i zaliczone do przerostów.

8. Badanie histologiczne wykazało, że żaden z usuniętych gruczolów nie odpowiada tej postaci (pozapalnej) zaniku, jaką opisywał CIECHANOWSKI. W żadnym nie stwierdzono obecności nacieków drobnookrągłokomórkowych w podścielisku w sąsiedztwie cewek gruczolowych, w żadnym tkanka łączna, zresztą słabo rozwinięta, nie pozostawała w jakimkolwiek stalszym stosunku do gruczolów. Cechą wspólną dla wszystkich przypadków, było zmniejszenie liczby cewek gruczolowych które najjaskrawiej uwydatniało się w przypadku I, najmniej zaś występowało na jaw w III-im, gdzie część gruczołu, wycięta przy operacji, była stosunkowo mało zmieniona. Nadto w przyp. II gruczoł zawie-

rał mały, około 3 mm. średnicy mający twór podobny do włókniako-mięśniaka.

9. Leczenie niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu powinno dążyć do doszczętnego usunięcia wszelkich zmian chorobowych w obrębie ujścia wewnętrznego cewki moczowej, co, zdaniem autora, daje się osiągnąć jedynie za pomocą prostatektomii nadłonowej. W przypadku zaniku sterczu, operowanym przed 11 laty sposobem BOTTINIEGO, autor otrzymał zaledwie wynik połowiczny (powrót częściowy sprawności pęcherza przy zachowaniu 400 c. sz. moczu zalegającego), który trwał wszystkiego rok jeden. Tymczasem w przypadkach, które autor operował metodą FREYERA, osiągnięto wynik całkowity, i sprawność pęcherza po zagojeniu się rany nie została ani razu zakłócona.

10. Prostatektomia nadłonowa przy zanikłym sterczu jest zabiegiem daleko cięższym, aniżeli w przeroście, gdyż stercz zanikły nie zawiera wyluszczalnych gruczołaków, i wskutek tego oddzielanie od tkanek sąsiednich, z którymi jest mocno zrosnięty, następuje wielkie trudności.

11. W każdym przypadku zaniku sterczu należy przed operacją dokładnie zbadać stan ogólny chorego celem przekonania się, czy niedomoga pęcherza niema przypadkiem za tło zmian anatomicznych w układzie nerwowym ośrodkowym.

Z oddziału d-ra med. Bregmana w Szpitalu Żydowskim na Czystem.

**Przypadek obustronnej ślepoty połowicznej (hemianopsia dextra et sinistra) z aleksyą i agrafią w następstwie porodu.**

Podał

**Leon Endelman.**

(C. d.)

Stan powyższy trwał, nie ulegając prawie żadnym zmianom, do chwili wypisania chorej z oddziału (10.XII 910). Chorą widzia-

łem po upływie 6 miesięcy (4 VI 911) i stwierdzić mogłem tylko poprawę ogólnego stanu: chora ma wygląd lepszy, nie narzeka na bóle głowy, psychika nie zostawia nic do życzenia, natomiast zaburzenia wzroku istnieją bez zmiany: chora z trudem chodzi bez pomocy postronnej, gdyż otaczające ją osoby i przedmioty to zjawiają się w jej polu widzenia, to wypadają, widzi zaledwie pojedyncze przedmioty, większej ich liczby ogarnąć wzrokiem nie może, najbardziej zaś trapi ją fałszywe rzutowanie, gdyż, chcąc sięgnąć po jakiś przedmiot, leżący w jej polu widzenia, trafić do niego nie może i, jak świadczy mąż, chwytła wtedy przedmioty, leżące dość daleko wprawo od właściwego miejsca.

Streszczając dane powyższe, przypadek nasz możemy przedstawić, jak następuje: Chora, nie obarczona żadną chorobą ustrojową, wkrótce po odbytych porodzie traci wzrok, początkowo zupełnie, z czasem następuje pewna poprawa, która pozwala istniejące zaburzenia wzroku kwalifikować jako ślepotę połowiczną, prawostronną zupełną i niezupełną lewostronną z pozostałością pola widzenia w kształcie niewielkich pośrodkowych wysepek w obu oczach. Tym zaburzeniom wzroku przez długi czas towarzyszą omamy wzrokowe. W okresie poprawy uwydatniają się zboczenia wzrokowe, polegające na niemożności liczenia pewnej liczby przedmiotów, fałszywego określenia wymiarów spostrzeganych rzeczy i fałszywego rzutowania czyli określenia miejsca, zajmowanego przez rozmaite przedmioty w przestrzeni. Z objawów, towarzyszących tym zaburzeniom wzroku, zdołaliśmy zaznaczyć: objawy psychiczne w pierwszym okresie choroby, mające charakter maniakalnego pobudzenia, następnie w postaci utrudnienia wszelkich czynności psychicznych i apatii, bóle głowy bez wyraźnego umiejscowienia, pewne zaburzenia mowy, zwłaszcza w pierwszym okre-

sie choroby, później o cechach afazy amnestycznej, dalej aleksyę i agrafię. Zwrócić należy uwagę, że zaburzenia wzroku przebiegały przy zupełnym braku jakichkolwiek zmian na dnie oczu i przy dobrze zachowanym odczynie źrenic na światło. Stan ten trwa od 8 miesięcy bez zmiany.

W przypadku naszym rozpoznanie zdaje się być nietrudne: objawy oczne (hemianopsya obustronna) wspólnie z aleksyą i agrafią świadczą niewątpliwie za sprawą mózgową ośrodkową, która zjawiała się w następstwie porodu, aczkolwiek co do przebiegu prawidłowego, lecz ciężkiego ze względu na uraz mechaniczny i psychiczny, jaki niewątpliwie wywołać musi zjawienie się na świat trojczków. WILBRAND i SAENGER zwracają uwagę, że wszelkiego rodzaju zaburzenia nerwowe daleko częściej spostrzegamy u pierwiastek lub przy porodach bliźniętami, gdyż w tych razach układ nerwowy ulega znaczniejszem wstrząśnieniom. Bądź co bądź, uraz powyższy jest jedynym czynnikiem, jaki mógł mieć pewien wpływ na powstanie tak ciężkiego obrazu chorobowego, jaki spostrzegaliśmy u naszej chorej.

Przypadków podobnych, w których w następstwie porodu, odbytego przed mniej lub więcej niedawnym czasem, wystąpił szereg zaburzeń wzrokowych ośrodkowego pochodzenia, posiada piśmiennictwo bardzo niewiele.

Pierwszy przypadek, ogłoszony przez BADALA w r. 1888, ogromnie jest zbliżony do naszego, skutkiem czego poświęcimy mu nieco więcej miejsca. Dotyczy on chorej 31-letniej, dawniej zupełnie zdrowej i nie obciążonej.

W ósmym miesiącu ciąży zauważono lekki obrzęk nóg i krótko trwające drgawki. W 8 dni później nastąpił poród bliźniętami. W pierwszym tygodniu zjawily się omamy wzrokowe i wielki niepokój psychiczny (*de-*

*lirum*), poczem zwrócono uwagę na znaczne upośledzenie wzroku chorej. Źrenice rozszerzone, oddziałują dość wolno, porażenie lewego mięśnia unoszącego powiekę. Badanie wziernikowe dało wynik ujemny. Po upływie dwóch miesięcy nastąpiła w ogólnym stanie znaczna poprawa, lecz chora ze względu na brak orientacji stała się niezdolną do wykonywania najzwyczajniejszych czynności. Rozpoznaje pojedyncze litery, lecz nie jest w stanie odczytywać ich w kolei, w jakiej są ustawione, nie może podać liter na początku lub na końcu wiersza. Czyta zaledwie niektóre słowa. Nie może napisać usłyszanego lub widzianego wyrazu, pisze tylko niektóre liczby. Prócz aleksyi i agrafii zwraca uwagę niezdolność określania wielkości pokazywanych jej przedmiotów, skutkiem czego popełnia w tym względzie grube omyłki; wadliwe również jest określanie przez chorą prawej i lewej strony, dali i pobliza, poziomego lub pionowego kierunku przedmiotów. Mowa bez zaburzeń; chora nie popełnia błędów w nazwach przedmiotów, brak jakichkolwiek zaburzeń w kojarzeniu ruchów kończyn, inteligencya nietknięta, jedynie znaczne osłabienie pamięci i uskarżanie się na uczucie ciężaru w głowie. Badanie wykazało przytępienie czucia skórniego i dobrze zachowane czucie mięśniowe. Powonienie i słuch w nieznanym stopniu upośledzone. Ostrość wzroku prawidłowa, zmysł barw zachowany. Pole widzenia znacznie zwężone, brak zupełny dolnej połowy pola widzenia w obu oczach. Badanie wziernikowe zmian nie wykazuje, odruchy źreniczne zachowane. Stan chorej pozostawał bez zmian w ciągu pięciomiesięcznej obserwacji.

Następny przypadek podany w r. 1890 dotyczy chorej CHEVALLEREAU: chora, lat 24, zupełnie zdrowa; poród, w następstwie którego znaczny upływ krwi; po upływie trzech miesięcy (w przeciągu ostatnich 1½ miesią-

ca — afazya i częściowy zanik pamięci) zauważyła brak prawej połowy pola widzenia w obu oczach (prawostronna hemianopsya); dno oczu normalne.

Trzeci przypadek ogłosił w r. 1893 ZENNER. Ze względu również na wielkie podobieństwo do naszego podajemy go w obszerniejszem streszczeniu. Chora, lat 34, zdrowa i ze zdrowej rodziny. W jakiś czas po porodzie (autor nie podaje ściśle czasu) zjawily się znaczne krwawienia z macicy, trwające 6 tygodni; podczas jednego z nich chora uległa jakiemuś napadowi podniecenia z utratą przytomności, w następstwie napadu wystąpiły zaburzenia wzroku. Napad ten poprzedziły pewne zaburzenia mowy, a w 6 tygodni po napadzie zjawil się w nieznanym stopniu niedowład prawej ręki. Po upływie pewnego czasu wzrok o tyle uległ poprawie, że chora, która dawniej nie prawie nie widziała, zaczęła poznawać osoby po drugiej stronie ulicy. Autor widział chorą po raz pierwszy po upływie 18-u miesięcy od początku choroby. Chora, o wyglądzie zupełnie normalnym, uskarża się jedynie na zaburzenia wzroku: nie może wyjść bez postronnej pomocy na ulicę, gdyż nie jest w stanie omijać napotykaných po drodze przeszkód, nie może czytać druku, ani pisma, spostrzega niekiedy pojedyncze litery, lecz nie może ich w słowa zebrać. Badanie wzroku chorej wykazuje jednak, że rozporządza ona dość znaczną ostrością wzroku i z łatwością rozpoznaje osoby, wchodzące do pokoju, widzi drobne plamy na suficie, igłę, włos i t. p. Przy badaniu chorej zwraca uwagę nie tyle niemożność postrzegania otaczającego świata, ile trudność, z jaką chora to czyni, i okres czasu niezbędny do wykonania tej czynności. Zastanawia też u chorej brak jasnego wyobrażenia o kierunku, w jakim znajdują się widziane przez nią przedmioty. Wobec powyższych zaburzeń nie sposób było zba-

dać dokładnie ostrości wzroku chorej, gdyż odpowiedzi przy badaniu na tablicach SNEE-LENA były bardzo chwiejne. Mimo to, Z. przypuszcza, że ostrość wzroku każdego oka była nie mniejsza niż  $\frac{15}{20}$ . Czucie barw zachowane. Badanie pola widzenia nastęrcza jeszcze większe trudności, udaje się jednak stwierdzić niezupełną hemianopsję prawostronną. Porażen mięśni ocznych niema, lecz istnieje pewne ograniczenie ruchów zbieżnych. Przy wpatrywaniu się w jakikolwiek przedmiot występuje powolne drganie gałek w poziomym kierunku. Chora pisze dowolnie i na rozkaz dobrze, nie popełnia błędów w szyku liter i głosek, lecz charakter pisma jest bezładny i niepewny, gdyż odbija się na niem znaczne upośledzenie wzroku. Badanie wziernikowe zmian nie wykazuje.

Czwarty przypadek znajdujemy u MEYERA. Chora, lat 26, do tego czasu najzupełniej zdrowa, w końcu pierwszego tygodnia po odbytych porodzie zaczęła gorączkować, lecz już po tygodniu nastąpiła poprawa, i chora mogła opuścić łóżko. W parę dni później przy pracy uczuła silny ból głowy, mroczenie przed oczyma, a w chwil parę później wypadnięcie prawych połów pola widzenia.

Badanie wykazało dobre oddziaływanie źrenic, brak zmian na dnie oczu, prawidłową ostrość widzenia, prawostronną hemianopsję z silnie zaznaczonemi zaburzeniami orientacyi.

Być może, że odnieść tu jeszcze należy przypadek BAUERA — nagłego ściemnienia chorej podczas porodu; piątego dnia po porodzie ściemnienie ustąpiło miejsca widzeniu połowiczemu. Hemianopsya trwała 4 tygodnie, poczem nastąpiło zupełne wyzdrowienie z zachowaniem prawidłowej ostrości wzroku i prawidłowego pola widzenia. W przebiegu poporodowym tego przypadku autor spostrzegł przemijający białkomocz i 9 dni trwa-

jący stan gorączkowy skutkiem zapalenia macy. Objawy mózgowe B. kładzie na karb eklampsyi, aczkolwiek ani razu nie spostrzegano u chorej drgawek.

We wszystkich powyższych przypadkach poród niewątpliwie stanowił czynnik pierwszej wagi, lecz bezpośrednia przyczyna cierpienia mózgowego była w nich różna. Najłatwiejsze zadanie ma, niewątpliwie, BAUER, gdyż przemijający białkomocz uprawnia go do rozpoznania cierpienia kory mózowej na tle schorzenia nerek. Aczkolwiek zaburzenia wzroku w postaci widzenia połowiczego w przebiegu mocznicy nie należą do częstych, spostrzegano je jednak niewątpli-

wie (KÖPPEN, SCHMIDT-RIMPLEY, PICK, LEHMANN); CHEVALLEREAU w swoim przypadku przyczynę zaburzeń wzrokowych upatruje w ostrej niedokrwistości pewnych okolic mózgu skutkiem obfitego upływu krwi. Rozstrząsając wywiady, przebieg i zejście swego przypadku, MEYER skłania się do przyjęcia u chorej sprawy zatorowej w mózgu, powstałej w okresie poporodowym, za czem przemawiał okres gorączkowy w końcu pierwszego i w drugim tygodniu po porodzie. ZENNER nie wypowiada żadnych przypuszczeń co do istoty sprawy chorobowej w mózgu, sprawy, która wywołała tak powikłany obraz kliniczny w jego przypadku. (D. n.)

## WYKŁAD KLINICZNY.

### O stosunku skazy wysiękowej, względnie „limfatyzmu“ do zółzów i gruźlicy.

(Referat programowy, wygłoszony na posiedzeniu sekcji chorób dzieci XI Zjazdu Lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Podał.

**H. Rozenblatówna**

(Dokończenie)

Stan obecny: nalane, tęgie dziecko o typowo limfatycznym wejrzeniu. Wybitne powiększenie gruczołów chłonnych i migdałków, pryszczycyca policzków i głowy. W płucach rozsiane suche rżenia. Odczyn śródskórny na tuberkulinę ujemny. W tym i wielu podobnych przypadkach powtarza się zawsze ta sama trudność rozpoznawcza: limfatyzm czy skaza wysiękowa?

W myśl terminologii PFAUNDLERA rozpoznalibyśmy u dziecka tego neurolimfatyzm ze skazami częściowymi: limfatyczną, wysiękową i dystroficzną, i rozpoznanie to miało-

by tę wyższość, iż odpowiadałoby zupełnie dokładnie objawom chorobowym danej chwili. Oczywiście, iż możnaby równie dobrze nazywać w dalszym ciągu tę postać kliniczną limfatyzmem, skazą wysiękową, artrytyzmem dziecięcym lub nawet oksypatyą (STOELTZNER), należałoby tylko porozumieć się co do tego, iż wszystkie te nazwy oznaczają jedno i to samo pojęcie, co w obecnym stanie wiedzy jest w każdym razie najprawdopodobniejszą ze wszystkich hipotez w odnośnej kwestyi.

W myśl tej zasady wolno mi również utożsamić skazy: limfatyczną i wysiękową i omówić stosunek zółzów do limfatyzmu wogóle.

I w tej dziedzinie dopiero badania ostatnich lat zdecydowały o wielu przedtem zupełnie problematycznych zagadnieniach.

Skazą przestały być zółzy wprawdzie oddawna i większość zarówno klinicystów, jak i anatomo-patologów dzisiejszych uważa je za jedną z postaci zakażenia gruźliczego. Wyjątek stanowi CZERNY, nie uznający zupełnie odrębności zółzów i utożsamiający je



**NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY**

# HISTOGÉNOL

# Naline

**Histogénole Naline** otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w **Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryżkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

**HISTOGÉNOL NALINE** stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia:

przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyzmu i zimnicy i we wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

**HISTOGÉNOL NALINE** należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłymi 2 łyżki deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafałszowań należy wyraźnie przepisywać.

**HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARNEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

**Histogénol Naline** znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

**A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Pars-St-Denis (Seine)**

Składy **HISTOGÉNOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskim Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurotat w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreja w Moskwie.

# BULGARINE THÉPÉNIER

**CZYSTA HODOWLA MLECZNYCH ZACZYNÓW**

Zaleca się do leczenia biegunek; katarów żołądkowo-kiszkowych, chorób skóry pochodzenia kiszkiowego (ekzema, furunculosis; akne); potężny środek zapobiegawczy przed zarażeniem się cholera.

Wysać dwie tabletki Bułgariiny w pół godziny po jedzeniu.

**Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.**

Główny agent na Rosję:  
**Gabriel POMMIER** w Petersburgu.  
ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

**SKŁAD GŁÓWNY**

## Wód Mineralnych Naturalnych

O R A Z

**Soli, ługów, szlamów i pastylek**

przy **APTEGE**

# M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5.

Telefon 753.

# Jodglidina

Nowy preparat jodowy z białkiem roślinnym do użytku wewnętrznego. Najlepiej zastępuje jodek potasu. Nie posiada działania ubocznego. Jako preparat jodowy o nadzwyczaj wybitnym działaniu wskazana jest w arteriosklerozie, trzeciorzędnym syfilisie, w astmie oskrzelowej i sercowej, podagrze przewlekłym gościec stawowym, żółkach, udarze mózgowym, we władzie rdzenia, wysiękach, wolu, w zmętnieniach ciała szklistego i w krwotokach ciała szklistego, w zapaleniu twardówki ≡ Rp. Tabl. Jodglidin. Oryginalne opakowanie. Dawka: 2 — 6 tabletek dziennie ≡ Każda tabletką zawiera 0,05 g.

I. związanego z białkiem roślinnym ≡ Literatura i próby bezpłatnie.

Cena: 1 flakonu oryginalnego zawierającego 20 tabletek Rb. 1.

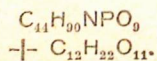
CHEMICZNA FABRYKA D-r KLOPFER, DREZNO - LEUBNITZ,

Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów  
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja ul. 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.

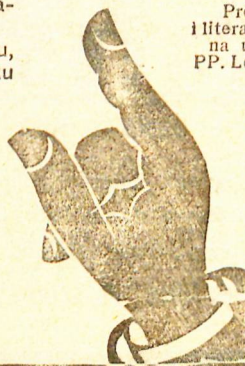
POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



MACZKA

# NESTLÉ

MLECZNA

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

ze skazą wysiękową, i KASSOWITZ, dla którego są one tylko wyrazem objawów wtórnych, wywołanych przez jakiekolwiek pierwotne zakażenia skóry i błon śluzowych. PREISICH uważa wprowadzić zołzy za zupełnie samodzielną postać chorobową, lecz nie uznaje żadnego związku ich z gruźlicą. Ma to być cierpienie układu chłonnego o swoistej etiologii, lecz bez swoistego zarazka, a podłożem anatomicznym — rozszerzenie naczyń i przestrzeni limfatycznych oraz inne t. p. i równie hipotetyczne zmiany.

Podobnie zapatruje się na zołży CORNET, uważa je mianowicie również za skutek pewnych właściwości w budowie narządów chłonnych, zakażenie zaś za sprawę wtórną i wywołaną bądź przez bakterye gruźlicze, bądź przez jakiekolwiek drobnoustroje ropne. PONFICK wreszcie rozróżnia nawet 3 rodzaje zakażeń, jako przyczynę zołżów: zakażenie bakteryami gruźliczymi, bakteryami ropnymi oraz zakażenie mieszane również na tle usposobienia swoistego.

Poglądy te, które należałoby nazwać dualistycznymi ze względu na odróżnianie właściwej istoty cierpienia zołżowego w postaci swoistego podłoża anatomicznego od sprawy wtórnej, t. j. zakażenia, zostały w ostatnich czasach zachowane przez unitarystów, uważających zołży tylko za pewną określoną postać kliniczną gruźlicy u dzieci.

Pomimo braku bezpośrednich danych doświadczalnych na poparcie poglądu o gruźliczej etiologii spraw zołżowych, rozporządzają unitaryści całym szeregiem przekonywających argumentów: HEUBNER np. twierdzi, iż

1) niezłyty śluzówek oraz stany zapalne skóry w zołżach są bezwątpienia sprawami gruźliczymi, gdyż towarzyszący im stale obrzęk gruczołów chłonnych okolicznych jest pochodzenia gruźliczego;

2) u wszystkich bez wyjątku dzieci zołżowych, które zmarły wskutek jakiegokolwiek sprawy chorobowej, stwierdzamy stale na stole sekcyjnym gruźlicę gruczołów oskrzelowych;

3) u dzieci gruźliczych, nie wykazujących do pewnego czasu żadnych objawów

zołżowych, objawy te często zupełnie nagle występują;

4) większość dzieci zołżowych oddziaływa dodatnio na tuberkulinę;

5) „tak zwane zołży” są dla HEUBNERA „skazą gruźliczą”, t. j. zakażeniem swoistem bez swoistych zmian anatomicznych; bakterye gruźlicze mają przy tem pozostawać w stanie utajenia w najrozmaitszych narządach, nie wywołując w nich żadnych zmian charakterystycznych. Twierdzenie to poparte jest m. i. przez doświadczenia BARTELA i WEICHELBAUMA, którzy zakażali świnki morskie materiałem gruźliczym *per os* i nie znajdowali w gruczołach chłonnych, w których bakterye gruźlicze nawet przez dłuższy czas przebywały (do 104 dni), żadnych zmian patologicznych. Z drugiej strony ci sami autorzy, badając starannie materiał sekcyjny, drogą szczepień na zwierzętach stwierdzali u dzieci, zupełnie o gruźlicę niepodejrzanym, obecność bakteryi gruźliczych w gruczołach chłonnych, które napozór makro- i mikroskopowo wydawały się zupełnie prawidłowe.

W pracowni HEUBNERA usiłowano w innym zupełnie kierunku zdobyć podstawy doświadczalne dla omawianej kwestyi, mianowicie porównywano (SALGE, SCHKARIN) własności zlepiające surowicy zołżowych względem bakteryi gruźliczych. Otrzymane wyniki: 62,5% dodatnich aglutynacji w zołżach wobec 14,3% w innych cierpieniach—byłyby bardzo przekonywającym argumentem, gdyby metoda aglutynacji w zastosowaniu do gruźlicy nie była tak bardzo niepewna. To samo mogę powtórzyć o metodzie wiązania dopełniacza na podstawie niedawno rozpoczętych własnych doświadczeń: uważam bowiem znacznie wyższą odsetkę wyników dodatnich (zahamowania hemolizy), jaką otrzymywałam w zołżach, za wynik przypadku, a samą metodę, tak niepewną dla gruźlicy wogóle, za zupełnie nieodpowiednią również w zastosowaniu do rozpoznawania zołżów.

W każdym razie poglądy unitarystów, oparte na całym szeregu logicznych argumentów, są wielkim krokiem naprzód w porównaniu ze światem przypuszczeń, w którym się obracali dualiści. Niewyjaśnioną pozostała jednak kwestya, dlaczego zołży są

tak zupełnie odmienną postacią gruźlicy, i dopiero w ostatnich latach, dzięki odczynom skórnyemu tuberkulinowemu, udało się wreszcie zastąpić jałowe dociekania teoretyczne na ten temat zupełnie pewnymi faktami doświadczalnymi i z danych tych wysnuć konsekwentnie dość daleko idące wnioski.

Na 300 dzieci typowo zółzowych otrzymał MORO u 13—ujemny odczyn tuberkulinowy, a z szczegółowych wywiadów w licznych przypadkach zółzów przekonał się, iż 80 na 100 tych dzieci przechodziło we wczesnym dzieciństwie świerzbiączkę, nieżyty dróg oddechowych, pryszczycę lub inne objawy limfatyzmu.

Na spostrzeżeniach tych oparł MORO swój pogląd na stosunek zółzów do limfatyzmu; jednocześnie i zupełnie niezależnie wygłosił identyczny pogląd ESCHERICH. Podług obu limfatyzm jest podłożem, decydującem o tem, iż u danego osobnika gruźlica przebiega w postaci zółzów. Objawy zółzowe: swoiste wejrzenie, powiększenie gruczołów chłonnych, pryszczycy i t. p. są więc wyrazem nie zakażenia gruźliczego, lecz tego tła limfatycznego, do którego przyłącza się wtórnie gruźlica—pogląd, jak widzimy, znowu dualistyczny, odmienny jednakże od poprzednio przytoczonych (CORNETA, PONFICKA i in.), gdyż 1-o ma za punkt wyjścia nie problematyczną zupełnie, rzekomo swoistą budowę naczędów zółzowych, lecz oparty jest na zupełnie pewnych odczynach tuberkulinowych i na niemniej pewnym pojęciu skazy limfatycznej; 2-o zakażenie wtórne podług MORO i ESCHERICHA jest w każdym przypadku zakażeniem gruźliczem—pogląd zupełnie niezgodny ze stanowiskiem dualistów.

Wogóle pogląd MORO i ESCHERICHA jest zupełnie harmonijnem uzupełnieniem całej nowszej nauki o zółzach. Przyjęty między innymi przez HEUBNERA, który poprzednio nie uznawał żadnego związku między limfatyzmem i zółzami, pogląd ten prawdopodobnie będzie podstawą przyszłych badań nad pograniczem zółzów i limfatyzmu; w każdym razie dziś nie powtórzymy już ani twierdzenia dawnych autorów, iż dziecko zółzowe staje się dzieckiem gruźliczem, ani odwrotnego aforyzmu HEUBNERA, iż „der Tuberkulöse wird

scrophulös”, lecz mówimy, iż limfatyk może się stać skrofulikiem.

Odczyny tuberkulinowe rzuciły również trochę światła na etiologię spraw zółzowych skórnych, których istota gruźlicza, dzięki stale ujemnemu wynikowi badań bakteryologicznych i patologicznych w tym kierunku, była dotychczas jeszcze dość niepewna. ESCHERICH już w 1892 r. spostrzegał w kilku przypadkach zółzów, leczonych wstrzykiwaniami tuberkuliny, występowanie silnych odczynów miejscowych w postaci swoistych zmian zółzowych: pryszczycy, powiększenia gruczołów chłonnych, obrzęku warg i t. p. MORO i DOGANOW zaś w r. 1907 widzieli przy stosowaniu prób tuberkulinowych PIRQUETA i MORO u niektórych dzieci zółzowych bardzo silne odczyny miejscowe, mianowicie powstawanie pryszczyków spojówkowych, tuberkulidów na skórze, podobnych z wejrzenia do liszaja zółzowego i t. p. Zważywszy, iż odczyny miejscowe na tuberkulinę zostają wywołane podług PIRQUETA przez swoiste niweczniki w danym ustroju, musimy w przypadkach tak silnie wzmożonych odczynów przypuścić spotęgowane również tworzenie się tych niweczników, czyli, mówiąc inaczej, mamy u zółzowych do czynienia z miejscową nadwrażliwością skóry i śluzówek. Jest to fakt niezmiernie doniosłości dla zrozumienia pochodzenia niektórych spraw zółzowych.

Przypuśćmy bowiem, że ropna wydzielina nieżyty nosa u dzieci zółzowych zawiera pewne drobne ilości jadu gruźliczego (nie jest to wprawdzie dotychczas doświadczalnie stwierdzone, lecz możliwe). Jad ten z wydzieliną dostaje się na skórę, wzgl. spojówkę i wywołuje w odpowiednim miejscu odczyn nadwrażliwości w postaci pryszczyków spojówkowych, pryszczycy lub innych spraw zółzowych.

MORO i DOGANOW przypuszczają, iż objawy uczulenia swoistego tłumaczą również obrzęki gruczołów u osobników zółzowych; oczywiście, nie są to owe zserowaciale gruczoły o zupełnie pewnej etiologii gruźliczej, lecz przejściowe i przemijające powiększenie gruczołów, macalnych w różnych częściach ciała u dzieci zółzowych. Byłaby to sprawa zupełnie analogiczna z obrzękami gruczołów w

chorobie posurowiczej, będącej, jak wiadomo, również wyrazem odczynu nadwrażliwości.

Udział gruczołów chłonnych w zółzach jest wogóle najprawdopodobniej szczegółem zupełnie nieobojętnym dla danego ustroju: w doświadczeniach BARTELA, LEIMSNERA, NEUMANNA i in. bakterye gruźlicze, zmieszane z miazgą gruczołów chłonnych, stawały się po pewnym czasie niezjadliwe dla morskich świnek, a po jeszcze dłuższym zetknięciu z limfocytami obumierały zupełnie.

Być może więc, iż łagodny przebieg tej zółzowej postaci gruźlicy zależny jest po części od udziału powiększonych gruczołów chłonnych w walce chorego ustroju z zakażeniem gruźliczem.

\* \* \*

Dla celów praktycznych, tj. różniczkowo rozpoznawczych, mamy również w tuberkulinie nieoceniony środek pomocniczy, umożliwiający nam w każdym przypadku szybkie i pewne zorientowanie się, czy mamy przed sobą dziecko zółzowe, czy limfatyczne. Same objawy kliniczne, jak widzieliśmy, o rozpoznaniu decydować nie mogą, gdyż owe rzekomo najbardziej nawet dla zółzów typowej zmiany, jak: wejście zółzowe, pryszczyk

oka, nieżyty śluzówek, pryszczycza skóry i t. d. mogą być zarówno przejawami zółzów, jak i limfatyzmu. Metody zaś pomocnicze laboratoryjne są w danym przypadku bez znaczenia. HELMHOLTZ np. stwierdzał w zółzach niższy od normalnego wskaźnik opsoniczny dla gronkowca, a w przypadkach skazy wysiękowej<sup>1)</sup> prawidłowy lub wyższy; ZAPPERT zaś, porównując odsetkę eozynochłonnych w zółzach i skazie wysiękowej<sup>1)</sup>, — różnicę w postaci znacznie wyższej odsetki w przebiegu tej ostatniej, jednakże różnice te nie są dość wybitne, a wyniki — pewne, aby metody te, zarówno jak i poprzednio wspomniane: aglutynacja i wiązanie dopełniacza — mogły decydować o rozpoznaniu.

Wobec przypadku niepewnego, podejrzanego z jednej strony o jedną z omawianych skaz, niezależnie od tego, czy ją zechcemy nazwać skazą wysiękową, limfatyzmem, czy artrytyzmem, z drugiej strony — o zółzy, pozostaje nam tylko jaknajdokładniejszy rozbiór kliniczny i odczyn tuberkulinowy: dzieci zółzowe we współczesnem znaczeniu słowa oddziaływają zawsze dodatnio, limfatycy — zawsze ujemnie.

## STRESZCZENIA

### Medycyna wewnętrzna.

#### 206. Monakov. Przyczynę do serodyagnostyki guzów złośliwych.

Próby zastosowania metod serodyagnostycznych do rozpoznawania raka przeważnie nie sprawdziły pokładanych w nich nadziei: ani obecność przypuszczalnie specyficznych precypityn, ani też zawartość izo- lub heterohemolizyn, ani wzmożona zawartość fermentu antytryptycznego, ani zmieniona odporność czerwonych krążków krwi, ani próba z wiązaniem komplementu, ani reakcja anafilaktyczna nie posunęły sprawy rozpoznawania raka ani na krok naprzód, żadna bo-

wiem z tych prób nie posiada cechy specyficzności. Bardziej obiecujące wyniki mają dawać dwie inne próby, a mianowicie meiostagminowa ASCOLIEGO i próba komórkowa FREUNDA i KAMINERA. Według ostatniej statystyki próba meiostagminowa daje wynik dodatni w 89% przypadków raka, natomiast tylko w 3% przypadków u nie obarczonych rakiem osobników. Próba FREUNDA i KAMINERA, któ-

<sup>1)</sup> W myśl poprzednio uzasadnionego poglądu na stosunek skazy wysiękowej do limfatyzmu pozwalał sobie w danym przypadku utożsamiać wyniki badań, otrzymane w skazie wysiękowej i w limfatyzmie.

rej dotyczą badania autora, polega na tem. iż komórki rakowe ulegają rozpuszczeniu pod wpływem surowicy osób zdrowych, względnie nie dotkniętych rakiem, nie zmieniają się jednak pod działaniem surowicy chorych na raka. Na 15 badanych w tym kierunku przypadków raka autor stwierdził odczyn dodatni 13 razy, u osobników zaś, nie dotkniętych rakiem, na 52 badania w 13 znalazł odczyn dodatni. Łącznie z istniejącymi w tym względzie badaniami innych autorów okazuje się, że na 67 przypadków raka próba omawiana dała wynik dodatni 53 razy czyli w 79%, na 123 surowice osobników zdrowych próba wypadła ujemnie 95 razy czyli w 77% przypadków. Ztąd wniosek, że i ta nowa próba praktycznego znaczenia dziś jeszcze nie posiada, a przynajmniej należy się nią posługiwać z wielką oględnością.

(Münch. med W. 1911. N. 42).

#### 207. Best. O wpływie przyrządzenia pokarmów na ich strawność.

Pod strawnością pokarmu należy rozumieć jego wpływ na czynności wydzielnicze przewodu pokarmowego, wchłanianie pokarmu i czas zalegania tegoż w żołądku i kiszki. Autor przeprowadzał swe badania na psach, którym porobiono przetoki na rozmaitej wysokości przewodu pokarmowego (właściwie cienkiej kiszki), i doszedł do następujących wniosków. Istotnie łatwostrawnych pokarmów, t. j. dobrze wchłanianych, niedługo zalegających w przewodzie pokarmowym i nie powodujących zbyt obfitego wydzielania soków trawiennych, posiadamy naogół nie wiele; najbardziej odpowiadają tym warunkom węglowodany, a mianowicie cukier, chleb, kartofle; następne miejsce zajmują jajka, a spośród rozmaitych rodzajów mięsa najłatwiej się trawi szynka. Zdrowy organizm posiada w wysokim stopniu zdolność jednakowo łatwego trawienia rozmaitych i rozmaicie przyrządzonych pokarmów; znaczną pomoc okazują mu w tem wpływy psychiczne na czynność wydzielniczą i ruchową przewodu pokarmowego. Pokarmy dobrze wchłaniane obarczają więcej żołądek albo kiszki cienką, aniżeli trudno wchłaniane, a przyrządzenie może wpłynąć na większe

oszczędzanie żołądka kosztem kiszki cienkiej lub odwrotnie. Dotyczy to przeważnie pokarmów roślinnych, które możemy uczynić łatwiej wchłanianymi przez rozdrabnianie, gotowanie, ale i przez dodawanie tłuszczu. Przyrządzenie bez tłuszczu wpłynie na krótsze zaleganie tych pokarmów w żołądku i kiszce cienkiej kosztem wchłanianości, będzie zatem oszczędzało te organy, a pobudzało natomiast ruchy robaczkowe kiszki grubej, do której się owe pokarmy dostaną wtedy w postaci mniej rozdrobnionej.

Wobec tego zalecanie w zaparciu na wykwotem stolca większych ilości masła w celu, jak sobie wyobrażano, uczynienia kału bardziej śliskim, jest zgoła fałszywe, dodawanie bowiem tłuszczu będzie miało skutek wprost przeciwny. Wogóle trudno wchłaniane pokarmy, podawane łącznie z łatwo wchłanianymi, np. z mięsem, stają się do pewnego stopnia łatwiej wchłanianymi, gdyż dłużej pozostają w kiszki i ulegają większemu rozdrobnieniu. Jabłka tarte prędzej dochodzą do grubej kiszki, aniżeli surowe, gdyż surowe uleż muszą uprzednio rozdrobnieniu, zanim się do jelita grubego dostaną; chcąc zatem oszczędzać organy trawienne, winniśmy raczej podawać owoce surowe, aniżeli kompoty, ponieważ grubsze cząstki surowizny, które mogłyby ew. pobudzać jelito grube, wcale doń nie dochodzą. (Ten wniosek autora bynajmniej nie może znaleźć zastosowania w patologii, wiadomo bowiem, że właśnie w przypadkach podrażnienia jelit nawet grubsze cząstki pokarmów, zwłaszcza roślinnych, nie tylko dochodzą w stanie nie zmienionym do kiszki grubej, ale zostają wydalane w takim stanie nazewnątrz i drażnią jeszcze bardziej chore jelita. Przyp. ref.). W stosunku specjalnie do żołądka okazało się, że rozmaitego rodzaju mięso niezależnie od sposobu przyrządzenia trawi się jednakowo; wyjątek stanowi tylko szynka, która o wiele wcześniej opuszcza żołądek i powoduje znacznie mniejsze wydzielanie soku; zgadza się to z powszechnie uznawaną łatwostrawnością szynki; unikanie jednak szynki w obawie nadmiernej produkcji soku żołądkowego w przypadkach nadkwaśności i owrzodzenia, zdaje się

nie ma dostatecznej podstawy. Jaja twarde dłużej pozostają w żołądku, są zatem trudniej strawne, niż miękkie, a zwłaszcza niż surowe. Bułka suszona powoduje silniejsze wydzielanie soku żołądkowego, niż świeża, pieczywo delikatniejsze dłużej pozostaje w żołądku, niż grubsze.

(Deut. Arch. f. kl. Med. T. 104).

### 208. Bittorf. Czy można stwierdzić w moczówce cukrowej wzmożoną czynność nadnerczy?

Gdyby wzmożone uruchomienie węglowodanów w moczówce cukrowej miało zależeć od nadmiernej czynności nadnerczy, to krew odpowiednich chorych winnaby zawierać m. i. wzmożoną zawartość adrenaliny. W przypadkach sztucznej cukrzycy u zwierząt dotychczas objawu tego nie stwierdzono. Autor poczynił odpowiednie badania u 10

chorych na cukrzyce, posiłkując się metodą MELTZER—EHRMANNA.

W 7 przypadkach cukrzycy, przebiegających bez acydozy, wynik był stale ujemny; na 3 przypadki z acydozą dwa razy otrzymał wynik wątpliwy, raz dodatni, co autor uzależnia nie od zawartości adrenaliny, lecz od zawartości produktów przypadkowych, jak kwasy i t. p. Ponieważ jednocześnie BRÖCKING i TRENDELENBURG otrzymali również wyniki ujemne w 4 przypadkach cukrzycy, a SCHMORL stwierdził, że zawartość adrenaliny w samych nadnerczach nigdy nie jest w cukrzycy wzmożoną, lecz raczej zmniejszona, przeto autor dochodzi do wniosku, że przypuszczenie o nadmiernej czynności nadnerczy w moczówce cukrowej nie ma dostatecznej podstawy.

(Münch. med. Woch. 1911. Nr. 42).

M. H.

## Wiadomości bieżące.

— Hr. Adela Ożarowska zrobiła zapis 270.000 rb. na szpital dla dzieci w Radomiu, z tego fundusz 200.000 jest do zrealizowania w rok po śmierci ofiarodawczyni, 70.000 rb. po ustaniu dożywania. Szpital będzie nosił nazwiska mężów ofiarodawczyni i jej samej. Jest to już 4-ty szpital dla dzieci w czasach ostatnich, powstały z darów i zapisów prywatnych: Anny Maryi w Łodzi, Szlenkierów w Warszawie i Vetterów w Lublinie.

— Do Dumy wniesiono projekt zwiększenia w 50 guberniach środkowych Cesarstwa pensji lekarzy powiatowych do 1500 rb. rocznie (obecnie 925 — 1225 rb.).

— Lordem majorem w Londynie został w r. b. d-r Thomas Crosby, lekarz-chirurg szpitala Ś-go Tomasza w Londynie.

— Jak donoszą pisma francuskie, rany w katastrofie na Liberté świadczą o niezwykłej sile wybuchowej prochu obecnego, mięśnie ulegają zupełnemu zniszczeniu.

— Zarząd Pogotowia ratunkowego za wiadomiam kolegów, iż Pogotowie na każde żądanie lekarzy wysyła karetkę do przypad-

ków groźnych dla życia. Wyjaśnienie to uważa za konieczne wobec 2 przypadków pęknięcia macicy, w których lekarze, zamiast wezwać Pogotowie ratunkowe, przewozili chore w dorożkach lub na platformach. Oczywiście, przy wezwaniu lekarz wymienić winien swoje nazwisko i uzasadnić wezwanie.

— Ze szpitala Ś-go Stanisława. **Ospa naturalna** od 16 października r. b. do 30 października tegoż roku

pozostało chorych	przybyło	zejścia śmiertelne
129	63	13

Oprócz tego do g. 12 31 października przybyło do szpitala 7 chorych, w tem dwie „czarne” krwotoczne formy ospy naturalnej u chorych dorosłych, a mianowicie: u panny lat 25 i u mężczyzny lat 19, wcale nie szczepionych od urodzenia.

## Zmarli.

— W Wilnie d-r M. Wygodzki w 47 roku życia.

**ZAMIAST ŻELAZA!****ZAMIAST TRANU!**

# HEMATOGEN D<sup>RA</sup> HOMMELA

**Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim**

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystej hemoglobiny i inne sole świeżej krwi, głównie zaś ważne związki fosforu (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie stężonym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

**Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.**

- Wyjątkowe wyniki w krzywicy, żółtaczach, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, gryppa i t. d.).
- Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsyfikatami odznacza się tem - że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletnim doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie grzylicy, co osiągamy zapomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowszego, o poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podrobienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

**Dawki dobowe:** Dla ssawców 1—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju! dla starszych dzieci 1—2 łyżki deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżki 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.

## Muiracithin

Części składowe Muira puama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

## KACEPE BALSAM

Części składowe: Octowo-salicylowy-Mentholster, octowo-salicyloaetylowy ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dniu, gościcu, rwie kulszowej, migrenie, neuralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzeńslany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

## Noridal

Części składowe: Calc chlor., Calc. iod., Bals. peruv.

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów.

St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant: St. Rożcisławski Warszawa, Praska 8, telefon 499 12



**STOVAINE**

Najsilniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo. Dawkowanie takie same jak kokainy.

**ATOXYL**

Najsilniejszy, najmniej trujący i organicznych przetworów arsenowych.

**TUBERCULIN TEST**

W celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej prof. Calmette'a.

**OVO-LÉCITHINE BILLON**

Reconstituens, neurastenia, anemia mózgu, zmęczenie rekonwalescencya

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS

Jeneralny przedstawiciel Adolf Weinstein  
w Warszawie — Nowo-Jasna 6.

**MELLIN'S FOOD**

DLA ODŻYWIANIA DZIECI I DLA CHORYCH

Mieszanki odżywcze, składające się z mleka krowiego i Mellin's Food są zarówno pod względem fizyologicznego działania jak i składu chemicznego bardzo zbliżone do mleka kobiecego i dlatego żołądek i kiszka dziecka bez porównania łatwiej je trawia, niż czyste mleko krowie.

Próbki Mellin's Food wysyłają bezpłatnie pp. lekarzom przedstawiciele T-wa Mellin's Food na Rossyę — S h a n k s & C<sup>o</sup>. Moskwa. Kuznieckij Most. 3.

**ASTMA**

**PAPIEROSY ABISSYŃSKIE EXIBARD  
CIGARETTES d'ABYSSINIE EXIBARD**

Natychmiastowa ulga w astmie, chronicznem bronchitis, katarze, zadyszaniu, kaszlu i wszelkich chorobach kurczowych dróg oddechowych.

Skład główny: Oskar Hetling w Moskwie, Pietrowka 22 i w aptece W. Borowski, Warszawa Przejazd i u fabrykantów.

H. Ferré Blottière et C<sup>ie</sup> doct. med., pharmac. 1-szej klasy rue Dombasle 6 à Paris



**VITTEL  
GRANDE SOURCE**

poleca się cierpiącym na  
reumatyzm  
podagrę  
artretyzm

Reprezentant: Ch. Fortier

Moskwa

**THIOTYMINA**

Aptekarza J. HUMBLET

(w Noworadomsku, gub. Piotrkowska).  
Zatw. przez Urząd Lekar. Petersb.  
za Nr. 6816.

Zalecany przez pp. Lekarzy z niezawodnym skutkiem jako środek znakomity w przypadkach chorób dróg oddechowych jak: katar krtani, katar oskrzeli, katar płuca, kaszel. Pobudza łaknienie, wzmacnia organy trawienia, a tem samem przyczynia się do ogólnego polepszenia stanu chorego.

Sposób użycia przy każdym flakonie.  
Zadać we wszystkich aptekach i składach



Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający.

Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

**Henryk Mattoni**

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniczy

**Giesshübel Sauerbrunn**

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

*Giesshübler'u*

**Mattoni'ego.**

Naturalna woda, szczawa alkaliczna

# BORŻOM



wskazana jest przy:

- 1) chronicznym katarze żołądka;
- 2) katarze kiszek;
- 3) katarze moczowodów i pęcherza moczowego, kamieniach nerkowych i piasku nerkowym;
- 4) przy podagrze;
- 5) przy innych zaburzeniach przemiany materii: dyatezie moczowej, otluszczeniu, cukrzycy, chronicznym reumatyzmie i t. d.
- 6) przy katarach chronicznych górnych dróg oddechowych i krtani.

## PERHYDROL

30% wa chemicznie czysta woda utleniona, nie zawierająca kwasów.

Nietrujące i niedrażniące

**Desinficiens i Desodorans**

nadaje się znakomicie do

**Leczenia ran**

jak również do łatwego zdejmowania środków opatrunkowych.

**MAGNESIUM-**

**PERHYDROL**

Okazał się wybornym środkiem.

We wzmożonej kwasocie żołądka. w meteoryzmie i w dyspepsyach fermentacyjnych.

**ZINK-**

**PERHYDROL**

Wybornie działa na

rany po oparzeniach, na owrzodzenia nóg i ulcus molle.

Literatura i próby na żądanie.

**E. MERCK-DARMSTADT.**