

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 28.

Warszawa d. 9 lipca 1910 r.

Rok XLV.

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. 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.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. O stosowaniu bromku żelaza w leczeniu daczki samoistnej podał d-r S. Rottermund. — O cierpieniach paciorkowcowych skóry, w szczególności o udzielnosci róży, podał L. Wernic. (Dok.). — O mało znanym syndromie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej, przez d-ra W. Róbinę (Dok.). — STRESZCZENIA. *Akuszerya i choroby kobiet.* 121. Pankow. Przyczyny krwawień macicznych. — *Choroby skóry.* 122. Unna i Gołodec. O składzie tłuszczu w skórze ludzkiej. — *Choroby dzieci.* 123. Edred M. Corner. (Londyn). O powrózkach nasiennych u dzieci. — *Choroby gardła.* 124. Pironeau M. Przypadek choroby Rigay. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — ODCINEK. W kwestyi leczenia raka, podał Szeifstein. — WIADOMOŚCI BEZĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

O stosowaniu bromku żelaza w leczeniu daczki samoistnej (Epilepticon d-ra Weila).

podał

D-r S. Rottermund.

Powódz nowych środków lekarskich w ostatnim dwudziestoleciu wywołuje wprost chaos w orientacyi lekarza praktyka przy ich stosowaniu. Znane są przypadki, niektóre dopiero przez naszych lekarzy demaskowane, gdzie pod nową nazwą wypuszczano nie tyl-

ko już dawno znane i stosowane mieszaniny, ale nawet wprost środki, działające w odwrotnym od swego przeznaczenia kierunku. Próby ze strony lekarzy, opinie, przez nich ogłaszane, z konieczności nieraz grzeszyć muszą do rywcznością i powierzchowną obserwacją. I ja osobiście, kreśląc niniejszą notatkę, czynię to z pewnem zastrzeżeniem, licząc, że moje bardzo dodatnie obserwacje będą podniecią do zwrócenia bacniejszej uwagi ze strony innych lekarzy na sam środek i na szczegółowe zbadanie jego działania.

Epilepticon d-ra WEILA, mało dotychczas znany na naszym rynku, w Austrii i w Niemczech od lat już 17 cieszy się bardzo dużym wzięciem (d-r WEISS, FISCHER, HOENIG, REIF i inni). Nie jest to nowy związek chemiczny, w skład jego wchodzi jednak sól, prawie że dotąd nie stosowana w farmakoterapii: bromek żelaza w stosunku 84%; oprócz bromku żelaza mamy jeszcze 10% hemoglobiny, 2% acidalbuminy oraz 4% goryczek roślinnych sproszkowanych. Mieszanina ta w postaci proszku koloru brunatno-czerwonego, o aromatycznym zapachu i smaku gorzkawo-słonym w pewnej części jest rozpuszczalna w wodzie. Farmakodynamiczne działanie *epilepticonu* określić należy jako *sedativum, nervinum, roborans, spec. antiepilepticum*.

Wiadomą jest rzeczą, że leczenie padaczki sprowadza się do 2 zasadniczych dążeń: zmniejszenia pobudliwości komórek kory mózgowej oraz usunięcia ubocznych przyczyn, pobudzających do wystąpienia napadu. Co do pierwszego, to farmakoterapia przechodziła różne etapy; stosowano opium, antypirynę, boraks, ergotyne, *amylenum hydratum* i t. p.; ze wszystkich jednak środków stałe prawo obywatelstwa uzyskał jedynie brom pomimo często towarzyszących mu objawów ubocznych bromizmu. Doświadczenie stwierdziło tylko, że racjonalne stosowanie tego środka warunkowane być musi (MAURICE de FLEURY) odpowiednim doborem związku bromowego, ilością jego dzienną, wreszcie systematycznym dawkowaniem związków bromowych, które znalazły zastosowanie, jako *antiepileptica*. Pamiętać należy, że epileptycy, najczęściej obarczeni dziedzicznością na tle syfilitycznym, alkoholizmu, psychopatycznym lub nerwowym, są osobnikami mało odpornymi, wybitnie anemicznymi. Szczególniej ma to miejsce w t. zw. essencyalnych przypadkach padaczki samoistnej, gdzie charakter ogólny występuje silnie, najczęściej

zmuszając lekarza do większego zwracania uwagi na ogólne odżywianie ustroju, aniżeli nawet na leczenie bromem. Myślą d-ra WEILA było, ażeby to równoległe leczenie w 2 kierunkach umożliwić w pojedynczym dawkowaniu. Że bromek żelaza najlepiej odpowiada takiemu zadaniu, trudno powątpiewać; inne części składowe *epilepticonu* służą specjalnie do polepszenia ogólnego odżywiania.

Przechodzę do historii chorób w moich przypadkach.

Przypadek I. C. Sk., lat 29, zamężna od 6½ lat; rodziła 2 razy; nie ronila; miesiączkowała od 14 roku życia zwykle co 3 tygodnie przez 3—4 dni; pierwsze napady padaczkowe miała już w dzieciństwie, do 21 roku zjawiały się one 3—5 razy do roku, później miewała po 2—3 napady na miesiąc; chorób przewodu pokarmowego nie przechodziła; badanie nosa i ucha nie dało ujemnych wyników; chora skarżyła się na bezsenność, częste bóle głowy; małokrwistość w bardzo wysokim stopniu; zwykle leczenie bromkiem potasu dawało bardzo nieznaczną poprawę (napady 1—2 razy na miesiąc). Wobec rozpoznania *erosio port. vaginalis uteri* chora zaczęła się leczyć u mnie. *Paquelinisatio*. *Erosio* wygojone bez żadnego wpływu na zmniejszenie się częstości i siły napadów padaczkowych. Zastosowanie *epilepticonu*, z początku rano i wieczorem po 1 proszku gramowym, zwiększając dawkę tak, że w 5 tyg. dawano już 4 proszki dziennie. Po 3 tyg. kuracyi chora sama spostrzegła znaczną ogólną poprawę. Napady, choć słabsze i szybciej przechodzące, w ciągu tych 5 tygodni były jednak jeszcze 2 razy. Ostatni napad był w 19 tygodniu leczenia. Obecnie minęło 1½ roku od rozpoczęcia kuracyi; kurację przerwano w 16 tygodniu, poczem wrócono do niej jeszcze w 24 tygodniu do 28 tygodnia, stosując po 2 proszki dziennie. Obecnie minęło 10 miesięcy bez napadów. Żadnych przypadłości ze strony żołądka lub kiszek, a

nawet ubocznych objawów działania bromu nie zauważono.

Przypadek II. Anna L., lat 27, właścicielka pralni, zamężna od 4½ lat, rodziła 2 razy, 1 raz ronila; o ile pamięta od wczesnego dzieciństwa cierpiała na drgawki epileptyczne; z rozpoczęciem miesiączkowania w 15 roku życia napady ustały, powrót napadów, jak chora sobie przypomina, przypada na 20 rok życia, przyczem napady te były rzadkie (3—4 razy do roku); po wyjściu zamaż chora przez 1½ roku nie miała napadów, po poronieniu, które było niecałe 3 lata temu, wystąpiły bardzo silne, choć nie częste napady (1 — 2 razy na miesiąc); w tym okresie, według słów chorej, chorowała ona na macicę: krwawienia z przerwami trwały do 12 dni w miesiącu, bardzo obfite, upławy; w czasie ostatniej ciąży chora miała tylko 1 napad, po ostatnim porodzie (rok i 7 miesięcy temu) napady wystąpiły ze wzmożoną siłą (co 4 — 5 dni); peryody się uregulowały (typ 4—5 dni), bardzo obfite, mało-
3 tyg.

krwistość ogólna. U mnie chora zaczęła się leczyć 6 miesięcy temu; w narządach płciowych ważniejszych zmian nie znaleziono, waga 51,4 kg.; czerwonych ciałek 3,700,000. Kurację rozpoczęto od 2 proszków dziennie epilepticonu, zwiększając co tydzień dawkę dzienną o ½ proszka gramowego, tak, że w 5 tygodniu chora otrzymywała 4 proszki dziennie; dozę taką utrzymałem w ciągu 4 tygodni, poczem, identycznie zmniejszając ją, doszedłem w 14 tygodniu do 2 proszków. Kurację zakończyłem po 15 tygodniach. W piątym tygodniu po raz pierwszy nie było ani jednego napadu, ostatni napad w 11 tygodniu; obecnie mija 3½ miesiąca; i żadnego napadu nie było. Badanie, w 15 tygodniu dokonane, wykazało: waga 54 kg., czerwonych ciałek 4,420,000. Podczas leczenia epilepticonem chora była forsownie odżywiana mlekiem i pokarmami roślinnymi z ograniczeniem do

minimum spożywania mięsa. W 7 tygodniu kuracyi wystąpiły objawy bromizmu, co spowodowało przerwę na 6 dni.

Trzy następne przypadki dotyczą dzieci w wieku szkolnym.

Przypadek III. F. R., lat 14½, córka epileptyczki, ojciec zdrowy, jako dziecko miewała konwulsje; od 8 roku wystąpiły napady padaczkowe rzadkie: 1 — 2 razy na miesiąc; 1½ roku temu pierwsze menstruacje, nieregularne, bardzo obfite, według typu $\frac{5-6 \text{ dni}}{2\frac{1}{2}-3 \text{ tyg.}}$, wkrótce zaczęły się coraz częstsze napady padaczkowe, tak, że, gdy chora zaczęła się leczyć u mnie 13 miesięcy temu, napady występowały prawie co 4—5 dni regularnie we dnie. Po 6 tygodniowej kuracyi żelazem z *Hydrastis canad.* peryody były już mniej obfite, przychodziły co 3½ tygodnia, napady jednak stały się silniejszymi, dłużej trwały i zjawiały się raz we dnie, raz w nocy. Zastosowano *epilepticon*: pierwsze 2 tygodnie 3 razy dziennie po ½ proszka gramowego; w każdym następnym 2 tygodniach zwiększając dawkę dzienną o ½ proszka, doprowadzono do tego, że w 10 tyg. dawano 3 proszki całe dziennie; napady stały się znacznie rzadsze (1 — 2 razy na miesiąc), lecz trwały po dawnemu stale. Po 12 tygodniach kurację przerwano na miesiąc, poczem w ciągu 6 tygodni stosowano znowu po 3 proszki dziennie. Już w 3 tygodniu tej powtórnej kuracyi chora zaczęła sama konstataować wielką ogólną poprawę. Ostatni napad był w pierwszych dniach drugiego tygodnia, odtąd minęło ½ roku bez napadów; ogólny stan lepszy, waga w ciągu tego okresu podniosła się z 38,1 — na 46,2 kg., peryody znowu stały się częstsze $\frac{3-4 \text{ dni}}{3 \text{ tyg.}}$, choć mniej obfite.

Przypadek IV. J. R., lat 9, matka zdrowa, alkoholiczka, ojciec niewiadomy, ślady *rhachitis*, *dentes luetici*, *anaemia*; pomimo młodego

wieku również chroniczna alkoholiczka; pod moją obserwację dostała się jako uczennica, zapisana do szkoły przez opiekunów; sama wielkiej chęci do nauki nie zdradzała; napady padaczkowe klasyczne od 4 lat, średnio 4 — 5 razy na miesiąc; przyczyny i warunki pierwszego napadu niewiadome; fizycznych wad innych nie znaleziono; chora przechodziła kuracje bromowe zwykle, raz leżała nawet w szpitalu, poprawy były chwilowe; po usunięciu ze szkoły chorą zacząłem leczyć epilepticonem, dochodząc od 3 półproszków do 3 proszków dziennie w ciągu 3 miesięcy. Ostatni napad był w 9 tygodniu kuracji. Obecnie minął od ostatniego ataku 7 miesięcy, chora ma się lepiej, wygląd ogólny lepszy, chociaż podejrzewać należy, że wódkę pije.

Przypadek V. M. G., lat 12, syn robotnika zdrowego, matka zdrowa, rodzeństwo zdrowe, od 2½ lat cierpi na napady padaczkowe, poprzedzane uczuciem strachu i drżeniem, napady bywają 1 — 2 razy na miesiąc; *anaemia*, waga 23,2 kg. przy 138 cm. wzrostu, do nauki chętny, onanista; szczegółowe badanie nosa, ucha, kału; żadnych bezpośrednich przyczyn nie skonstatowano. Leczenie bromowe dwukrotne bez poprawy. Zastosowano epilepticon 3 razy dzien. po ½ proszka, zwiększając dawkę co 2 tygodnie o ½ proszka, kuracja trwała 14 tygodni. Najwyższa doza, na jakiej się zatrzymano, była 2 proszki dziennie całe i jeden ½ proszek; żadnych ubocznych objawów nie skonstatowano. Ostatni napad był w 4 tygodniu kuracji. Obecnie minęło 7½ miesiąca bez napadu. Powtórnej kuracji epilepticonem nie przedsiębrano.

Poza tymi 5 przypadkami leczenia epilepsji, dłuższy czas obserwowanymi, również i w 4 innych otrzymałem bardzo dobre wyniki; nie przytaczam ich jednak z powodu zbyt krótkiej jeszcze obserwacji. Jedyne w 2 przypadkach, oprócz nieznacznej poprawy, wyraźnych dotąd nie otrzymałem rezultatów.

W zakończeniu dodać muszę, że, opierając się na twierdzeniach wielu mówców z ostatniego Zjazdu Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich (MĘCZKOWSKI, BORNSTEIN i inni), wskazujących pokrewieństwo migreny z padaczką, zastosowałem epilepticon i w tem cierpieniu. O dodatnim działaniu epilepticonu w tym przypadku pisali już uprzednio niektórzy lekarze (WEISS, FISCHER). Rezultaty w tym kierunku nie okazały się jednak tak pomyślnymi, jak w padaczce. Na 6 obserwacji jedynie w jednym przypadku napady, uprzednio powtarzające się co 7—10 dni, ustąpiły; obecnie od ostatniego napadu minęło już 2½ miesiąca. W 3 innych przypadkach osiągnąłem zmniejszenie się częstości napadów (zamiast co 8—12 dni — napady nieregularne, najczęściej raz na 3—4 tygodni) oraz siły i długości. W 2 przypadkach żadnej poprawy nie skonstatowałem. Leczenie prowadziłem każdorazowo przez 6 tygodni po 2 proszki dziennie (osoby dorosłe). W innych chorobach epilepticonu nie stosowałem.

Reasumując powyższe wszystkie obserwacje, świadczące o wyraźnie dodatnim działaniu epilepticonu w epilepsji, podkreślić jeszcze należy, że rzadko przy jego stosowaniu mają miejsce objawy bromizmu, a jeśli są — to w bardzo słabej i krótkotrwałej formie. Dawkowanie zależne jest od wieku chorego, stopnia i przejawów choroby, jej rodzaju i t. p. Normalna dawka dla dorosłego człowieka w padaczce 2—3 gramowe proszki dziennie po jedzeniu. *Dos. max.* 5 proszków dziennie. Najlepiej zaczynać dawkowanie od połowy średniej dawki, zwiększając ją systematycznie. Kuracja średnio trwać winna od 12—16 tygodni. Przy kuracji epilepticonem pożądanę jest zalecanie diety mleczno-roślinnej.

Z oddziału dla chorych na różę w szpitalu Ś-go Łazarza.

O cierpieniach paciorkowcowych skóry, w szczególności o udzielalności róży.

Podał

L. Wernic — kierownik oddziału.

Odczyt wygłoszony 8/II 1916 w sekcji dermatologicznej W. T. Lek.

(Dokończenie — patrz Nr. 27).

W czasach ostatnich takiego samego rodzaju badania rozpoczęła szkoła prof. chirurgii HILDEBRANDTA z Bazylei.

Asystenci HILDEBRANDTA, HAEGLER, a następnie RESPINGER, poddali najszczegółowszemu badaniu przeszło trzydzieści przypadków róży. Uwzględnili oni zarówno łuski, jak zawartość pęcherzyków oraz gruczołów potowych przy róży. Ani razu nie były wykryte paciorkowce. Wnioski tych autorów zasługują na szczególne przytoczenie.

Paciorkowiec, zdaniem ich, znajduje się na powierzchni skóry, ew. błony śluzowej, w miejscu przenikania zarazka wyłącznie na samym początku cierpienia. Już bardzo prędko, pomimo badań szczegółowych, miejsce zakażenia jest jałowe.

Również ciekawy jest wniosek tych autorów, iż bardzo często źródła róży należy szukać w innych cierpieniach lub braku właściwego opatrunku po zabiegach operacyjnych.

Otwarty ropień, zdaniem RESPINGERA i towarzyszy, jest daleko niebezpieczniejszy dla otoczenia, niż róża. Ropne zapalenie ucha powoduje często szereg zakażeń paciorkowcowych u osób z otoczenia.

* * *

Tyle dało badanie bakteryologiczne, zadając kłam zarówno udzielalności róży za po-

średnictwem powietrza, jak i specyficznej złośliwości zarazka.

Zatrzymamy się nad danymi cyfrowymi, omawiającemi sprawę gromadnego występowania róży i warunków, w których ona się udziela osobom trzecim lub też dołącza do cierpień innych.

TOELKÜHN (14) w pracy benedyktyńskiej, obejmującej stan całego wojska niemieckiego w okresie lat dwudziestu, od r. 1882 do 1902 r., twierdzi, iż odsętka zasłabnięć na różę w pierwszym lat dziesiątku wynosiła 2,2%, a w następnym, przy ulepszeniu warunków sanitarnych spadła do 1,5%.

Ani razu nie było zauważone epidemiczne szerzenie się tego cierpienia, aczkolwiek w przypadkach pojedynczych konstатовano liczniejsze zapadania jednoczesne. W ostatnich przypadkach wykrywano pośrednictwo osób trzecich, przenoszących zarazę od chorego do chorego.

Idealne warunki higieny wojskowej oraz wysoki stopień organizacyi pomocy lekarskiej w Niemczech — doprowadziły liczbę przypadków róży, będącej ongi plagą szpitali wojskowych, do znikomej odsetki (1,5%).

Omówienie warunków, w jakich róża najłatwiej udziela się chorym w szpitalach, znajdujemy w pracy MAKSIMOWITSCHA (15), rozbierającej przypadki zasłabnięć na różę wśród chorych szpitala Ujazdowskiego w okresie lat dziesięciu od 1893 do 1902 r. włącznie.

Autor, rozpatrując grupy chorych szpitalnych, u których róża występowała wtórnie, podaje odsetki następujące:

U chorych chirurgicznych	32, 4%	} 61, 4%
„ usznych	29, 0%	
„ wewnętrznych	20, 6%	
„ skór. i wener.	9, 5%	

Niewielką odsetkę stanowili chorzy umysłowo i oczni. Ponieważ cierpienia uszne mogą być zaliczone do grupy chirurgicznej,

ta ostatnia wzrasta do 61,4%. Chorzy na cierpienia wewnętrzne stanowili grupę odsetkowo przeszło dwa razy liczniejszą, niż skórni.

Obserwacje te podkreślają niejako ważną rolę uszkodzeń głębszych skóry, które występują w cierpieniach chirurgicznych — w przeciwieństwie do uszkodzeń warstw powierzchniowych skóry, które tak często wy-

Ze szpitala Dz. Jezus 4,6²⁾ — co stanowi 4,6% (w stosunku do 1000 łóżek).

Ze szpitala Wolskiego 5 „ „ 5% (w stosunku do 100 łóżek).

Z innych oddziałów szp.

Ś-go Łazarza 8 „ „ 2,2% (w stosunku do 360 łóżek nieróżowatych).

Zestawienie danych statystycznych ze szpitala Ś-go Łazarza z czasów przed otwarciem oddziału róży z danymi z okresu istnienia tegoż oddziału tłumaczy po części wpływ skupienia większej ilości zarazka w jednym miejscu na otoczenie. O ileby zarazek ten przenosił się z potem, łuskami oraz innymi wydzielinami chorych, obecność oddziału róży musiałaby koniecznie wpłynąć na liczbę zapadnięć na różę.

Tymczasem dane cyfrowe z lat 1902 i 1903 wynoszą 10 i 11, t. j. 2,5% — 2,75% zapadnięć na różę wśród chorych skórnych i wenerycznych. Cyfr z lat innych wydostać nie mogliśmy, gdyż szpital zapasowy, do którego wysyłano chorych na różę, bywał zamknięty dla tej kategorii chorych z powodu panowania innych epidemii. W latach niewymienionych (od 1903 — 1908) chorzy na różę przeważnie leczyli się w pokojach oddzielnych szpitala Ś-go Łazarza.

Widzimy przeto, iż skupienie większej liczby chorych nie wpłynęło na wzmożenie się epidemii róży w szpitalu, co znajduje potwier-

²⁾ Chorzy na różę w szpitalu Praskim pozostają w oddziałach (zarówno wewnętrznych jak i chirurgicznych), w szpitalu Ś-go Ducha przeważnie również nie są wysyłani.

Wiemy, że z oddziałów wewnętrznych szp. Dz. Jezus niezawsze chorzy na różę bywają odsyłani do oddziału róży.

stępują w cierpieniach dermatologicznych.

Podobne światło rzucają cyfry, omawiające statystykę chorych, przysyłanych z różnych oddziałów szpitalnych do oddziału róży w roku 1909.

Od miesiąca lutego r. 1909 do tegoż r. 1910 ze szpitali warszawskich przysłano:

dzenie w fakcie, iż na sali 15-ej, sąsiadującej z oddziałem róży, której powietrze, dzięki wentylatorom, komunikuje się z salą dla róży, nie było w ciągu 16 miesięcy (całego czasu istnienia oddziału) ani jednego przypadku róży.

Na ostatnim miejscu stawiamy o b s e r w a c y e k l i n i c z n e, jako posiadające charakter najbardziej subiektywny. Obserwacje te, o ile dotyczyły faktów, spostrzeganych dawniej (przed przeniesieniem oddziału róży), potwierdzały pogląd, iż tylko przeniesienie bezpośrednio może powodować różę. Do tego rzędu zaliczam różę nosa u felczera, opatrującego wszystkie chore w oddziale skórny. Osobnik ten w ciągu szeregu dni systematycznie atakował nos swój, który go swędził, nie podejrzewając róży, którą późno dosyć rozpoznano. Dwie chore uległy zakażeniu.

Że wśród chorych skórnych najłatwiej zapadają chorzy po zabiegach krwawych, chirurgicznych, jak to bywa najczęściej po skaryfikacjach i łyżeczkowaniach w wilku — potwierdza fakt, niedawno obserwowany. Chłopiec po skaryfikacji i zajodynowaniu nosa — zdjął opatrunek i forsownie drapał naciętą skórę. Nazajutrz *erysipelas* i przepisanie do oddziału róży, gdzie anamneza została wyjaśniona.

Obok oddziału dla cierpiących na różę jest oddział dla chorych sekretnych. W ciągu dłu-

11 medali na wystawach
w tem 5 złotych

Wstrzykiwania podskórne wyjąłwione w I C. C.

Dyplom honorowy
1908 r.

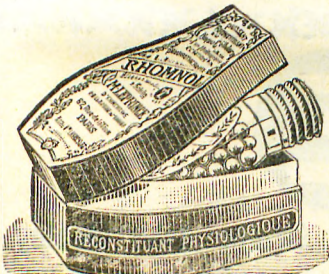


Strichnini nitrici. 0,001 — 0,002
 Chinin. bimuriatic. 0,10 — 0,20.
 Chinin. dihydrobromic. 0,1.
 Coffein. natro-benzoic. 0,10 — 0,15 — 0,20.
 Cornutin. citric. Kobert. 0,005.
 Ergotin. dialysat. Bombel. — Bonjean. — Denzel. — Wiggers.
 Pilocarpin. muriat. 0,01.
 Hetol. 0,01 — 0,02 — 0,05.
 Yohimbin. hydrochlor. 0,01.

stale gotowe posiada

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Specyalne cenniki na żądanie — gratis i franco.



RHOMNOL

$C^{40} H^{54} Az^{14} O^{27} P^4$

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.
Racyonalne leczenie fosforem.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigulki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, ły-
żeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.

Kwas nukleinowy
i
Nukleofosfaty
naturalne.

Wzmożone ciśnienie

Miażdżycy tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerka-h, zaburzenia w okresie prze-
kwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.
Zawiera pierwiastek działający Gui.
6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie
Dr. M. LEPRINCE
62 Rue de la Toure
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Pour Paris, France.

gich miesięcy leżał w nim osobnik z obnażonym naskórkiem wskutek pęcherzycy. Osobnik ten wielokrotnie przechodził przez sionkę oddziału dla róży, udając się do ubikacji—i żadnych objawów róży u niego nie notowano.

Nie będziemy dowodzili, iż nikt ze służby w czasie funkcjonowania w oddziale na różę nie zachorował. Nie pragniemy podkreślać szeregu cierpiących na różnorodne cierpienia skórne i wewnętrzne, przez omyłkę przysyłanych do oddziału róży i tamże nie zarażonych.

Podkreślimy tylko trzy najbardziej wybitne przypadki, przez nas obserwowane.

P r z y p a d e k p i e r w s z y dotyczy obszernego oparzenia skóry stopnia drugiego, zajmującego cały tył tułowia.

Chory ten w ciągu trzech dni nosił bez zmiany opatrunek z pasty cynkowej. Bezpośrednim skutkiem tego było wzniesienie ciepłoty, które skłoniło do przesłania do oddziału róży, gdzie już po pierwszym nałożeniu 10% maści bornej — ciepłota spadła.

Pobyt w oddziale, gdzie było kilka przypadków ostrej róży wędrującej, w ciągu trzech z górą tygodni ani razu nie wpłynął na zjawienie się gorączki. Zagojenie całkowite wystąpiło bez komplikacji. Przypadek ten, w którym uszkodzone były powierzchowne warstwy skóry, potwierdza przypuszczenie, iż w etiologii róży tego rodzaju uszkodzenia (powierzchowne) grają rolę stosunkowo nieznaczną.

P r z y p a d e k d r u g i, aczkolwiek przysłany do nas, jako rekonwalescencya po róży, nie przedstawiał typowego łuszczenia się skóry w miejscach zaatakowanych. Była to dziewczyna 14-letnia, która przechodziła tyfus, jakoby skomplikowany następnie przez różę. Skutkiem tego powstać miały owrzodzenia. Lecz zarówno brak łuszczenia, jak umiejscowienie owrzodzeń na tyle tułowia, w miejscach, podlegających uciskowi (tył czaszki,

łopatki, okolica główki udowej) przemawiały przeciw pochodzeniu różowemu, a za charakterem kachektycznym. I ten przypadek po 2 miesięcznym prawie pobycie bez żadnych komplikacji i objawów róży zagoił się. Ponieważ mieliśmy tutaj uszkodzenia, głębiej sięgające do tkanki podskórnej, a przytem organizm mocno wycieńczony oraz indywiduum dosyć niespokojne — poruszające opatrunki—, wyjście obronną ręką tłumaczyć możemy tylko słabym stopniem udzielalności róży od chorych otaczających, z którymi chora się komunikowała. I w tym czasie było kilka ciężkich zakażeń różą, z których jeden zakończył się śmiercią.

P r z y p a d e k t r z e c i, przysłany został dzięki umiejscowieniu wrzedzonek na powiekach u młodego chłopca, a ztąd obzmieniu powiek i otaczającej skóry policzków oraz czoła. Po wyjściu czopa wszelkie objawy, przypominające różę, będące li tylko reakcją zapalną tkanki otaczającej, przeszły. Ponieważ nader często różę komplikują czyraki, wyjście obronną ręką naszego chorego tłumaczyć możemy między innymi małą udzielalnością róży przy izolowaniu miejsca chorego za pomocą zwykłego bandaża.

* * *

Szanowni Panowie! Wiemy aż nadto, że nie podajemy rzeczy nowych, uważamy przecież za swój obowiązek podkreślić, iż praktyka wykazuje, iż te nienowe już pojęcia nie znajdują żadnego uwzględnienia. Owoce badań ostatnich lat dziesiątka nie zostały wyjaśnione w żadnej pracy oryginalnej polskiej o róży. Tymczasem zarówno metoda prowadzenia statystyk chorób zakaźnych w piśmach lekarskich, jak i pewnego rodzaju opozycya w sprawie translokacji róży i usunięcie jej z pod wspólnego przytulku z tyfusem plamistym, ospą, szkarlatyną i błonicą dowodzą, iż poglądy epoki z przed lat czterdziestu i pięćdziesięciu istnieją w życiu nienaruszone.

Ruch ideowy we Francyi, Niemczech, a nawet i Rosyi mały tylko oddźwięk znalazł u nas i nie wpłynął na zasadniczą zmianę w stosunku do tego ongi groźnego cierpienia. Oto motywy, dla których pozwoliłem zająć ich uwagę.

Wnioski moje są następujące:

1-o Róża należy do wielkiej rodziny cierpień paciorkowcowych skóry.

2-o Paciorkowce, wywołujące inne cierpienia skórne i zakażenia ogólne, stanowią ten sam typ, co w róży, i mogą wywoływać różę (ropnie, liszajce, gorączki połogowe etc.) oraz odwrotnie.

3-o Róża należy do cierpień skóry przyranych, gdzie paciorkowce sadowią się w warstwach głębszych — skórze właściwej i tkance podskórnej.

4-o Paciorkowiec znajduje się w róży tylko znikomo krótki przeciąg czasu na powierzchni skóry, w miejscu zarażenia.

5-o Słuszne jest zdanie szkoły HILDEBRANDTA, że otwarty ropień, a my dodamy, niedostatecznie opatrzone jakiegokolwiek cierpienie paciorkowcowe skóry (np. liszajec) są daleko niebezpieczniejsze dla otoczenia, niż róża.

6-o Do unieszkodliwienia róży dla otoczenia wystarczy opatrunek antyseptyczny ze szczególnem uwzględnieniem nosa, ucha i jamy ustnej, które najczęściej są miejscem wejścia zarazka.

LITERATURA.

- 1) Handb. d. Alg. Pathol. und path. Anat 13 Jahrg 1 Abth 1909, str. 182.
- 2) Schotmüller H. Die Artunterscheidung d. f. d. Menschen, path. Streptok. durch Blutagar. Münch. med Wochenschr 1903, 20, 21 u 1905, 30.
- 3) Kocher u. Tavel. Die Streptomycozen. Vorles. ueb. Chir. Infect. Krank. str. 7, Jena 1909.
- 4) Brocq. Traité Elem. de Dermat. T. I, str. 737, r. 1907. Paris
- 5) Kocher u. Tavel. Die Streptomycozen 1909 rok.
- 6) Ibidem i u. Brocqa. Str. 737.

- 7) Kocher u. Tavel. ibid.
- 8) v. Eiselsberg. Nach. d. Streptokokken in Luft. Chir. Krankenzimmer Langenbecks. Archiv Bd. 35.
- 9) Beitr zur klin. Chir. Bd. 26.
- 10) Krauze. Einige bakter. Untersuchungen. beim Erysipel. Zentralblatt. f. Bakteriolog. Bd. 35.
- 11) Franke. Zur Behand. d. Erysipels. Therap. Monatsht. 1904 Bd 18.
- 12) Klemm. Ueb. d. Verh. d. Erysipels zu den Streptomyk. u. ueber d. Epidemie des. Mitheil. aus d. Grenzgeb d. Med. u. Chir. 1901 Bd. 8.
- 13) Respinge. Unters. ueb. die angebl. Kontagiosität d. Erys. Beitr. z. Chir. Bd. 26.
- 14) Tollkühn. Beitr. z. Chirur. Bd. 26.
- 15) Maksimowitsch. Arch. f. kl. Med str. 33. Bd. 83.

O mało znanym syndromie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej.

(Rzecz odczytana na posiedzeniach Warsz. Tow. Lek. i sekcji Gastrologicznej).

Przez

D-ra W. Róbina.

(Dokończenie—Zob. Nr. 27).

Obecność więc syndromu nie wyłącza raka żołądka.

Zastanawiając się nad faktem, że w olbrzymiej większości — 93½% przypadków syndromu ze zwracaniem słonemi nie mamy do czynienia z rakiem żołądka, lecz tylko w wyjątkowych 6½% przypad., pragnę wyrazić przypuszczenie, wyjaśniające, mojem zdaniem, przyczynę obecności syndromu w wyjątkowych razach i w raku żołądka. Oto, jak wiemy, rak żołądka bardzo rzadko, wyjątkowo tylko powstaje u osobników, którzy przed-

tem cierpieli przez czas dłuższy na zniesione lub upośledzone wydzielanie, bądź wskutek nieżyty żołądka, bądź wskutek przyczyny nerwowej. Jednakże w wyjątkowych razach rak może powstać na tle długotrwałej sprawy zanikowej lub nieżytowej, jak tego dowodzą spostrzeżenia lat ostatnich (ALEXANDER). Otóż, zdaniem mojem, w owych 4 przyp. syndromu z rakiem żołądka istniał poprzednio sam syndrom ze zwracaniem słonem, jako wyraz zniesionego lub upośledzonego wydzielania soku żołądkowego, potem zaś przyłączyła się sprawa rakowa. Ztąd współistnienie syndromu z rakiem.

II. Przechodzę do drugiej kategorii syndromu „ze zwracaniem kwaśnym”, który nazwiemy „pseudosyndromem ze zwracaniem kwaśnym”, w odróżnieniu od powyższego „typowego syndromu ze zwracaniem słonem”, opisanego przez REJCHMANA. Do tej kategorii zaliczam chorych, którzy uskarżają się na napady bólu w dołku z nudnościami, ale zwracania wodniste są smaku kwaśnego. Na tego rodzaju przypadki dotąd nikt uwagi nie zwrócił. Przypadków takich napotkałem ogółem mniej, niż poprzednich, bo 16. Jako typowy przykład, należący do tej kategorii, podaję następujący:

Abram M., lat 43, żonaty, dietny, od lat 3-ich doznaje napadów bolesnego przekręcania w dołku z nudnościami i zwracaniem płynu wodniste smaku kwaśnego, apetyt O. Naczczo 100 sz. cm. zawartości żółtej, bez resztek pokarmowych, L=16, A=40. Po śniadaniu próbnem: L=38, A=70

Zpośród owych 16 przypadków pseudosyndromu ze zwracaniem smaku kwaśnego, zanotowałem 12 razy nadkwaśność i 4 razy chemizm prawidłowy, czyli innymi słowami, syndrom ze zwracaniem kwaśnym jest najczęściej wyrazem nieupośledzonego wydzielania soku żołądko-

wego, lecz bądź wzmoczonego, bądź prawidłowego. Wobec niewątpliwego istnienia przypadków tego rodzaju, t. j. powyższego syndromu, lecz ze zwracaniem „kwaśnym”, staje się jasnym, że należy w każdym przypadku, w którym chory na syndrom nasz się uskarża, dokładnie rozpytać się o smak zwracanego płynu, gdyż smak kwaśny płynu zwracanego każe przypuścić prawidłowe lub wzmoczone wydzielanie soku żołądkowego.

Wyjątków w tym względzie, być może, z powodu względnie niedużej liczby spostrzeganych przypadków, nie napotkałem, t. j. nie było przypadku ze zwracaniem „kwaśnym”, w którym badanie chemiczne żołądka wykazałoby upośledzone wydzielanie soku żołądkowego.

III-ą kategorię wreszcie stanowią te przypadki, w których chorzy wyraźnie zaznaczają, że wydzielany w czasie bólów w dołku i nudności płyn jest śliną, smaku żadnego nie posiada i wycieka bezpośrednio z jamy ustnej. Tę kategorię, na którą również nikt uwagi nie zwrócił dotąd, nazwiemy „pseudosyndromem ze ślinotokiem”.

Jako typowe przykłady tego rodzaju pseudosyndromu, niech służy następujące przypadki:

1) Eugeniusz N., lat 38, od kilku lat cierpi na napady bólu w dołku, nudności i „ślinotoku”. Po śniadaniu L=32, A=72, peps 72%, zawartość ciekła.

2) Włodzimierz Ż., lat 38, kawaler, od 5 lat napady podpierania w dołku, nudności i „ślinotoku;” po śniadaniu próbnem: L = 58; A = 86.

W napotkanych przez nas ogółem 11 przypadkach syndromu ze „ślinotokiem” występowało przeważnie wzmoczenie kwaśności soku żołądkowego (ilość wolnego HCl wahała się od 30 do 58, ogólna kwaśność od

68 do 86). Przypadków z niską kwaśnością nie napotkałem.

Na zasadzie 11 przypadków nie czuję się w prawie uogólniać moich wniosków, ale uważam, że obecność pseudosyndromu ze „ślinotokiem” upoważnia nas do przypuszczenia, że dany chory ma wzmózone wydzielanie soku żołądkowego o wzmózonej kwaśności. U tego rodzaju chorych wogóle często spostrzegałem obfite wydzielanie się śliny, które stanowi jakoby naturalną, odruchową przeciwwagę w stosunku do zbyt kwaśnej zawartości żołądka. Połykana ślina ma za zadanie zubożnić sok żołądkowy, jak to najnowsze badania stwierdziły w stosunku do soku trzustkowego.

Zbyt kwaśna zawartość żołądka pobudza odruchowo gruczoły ślinowe do wzmózonej pracy, i nadmiar śliny wydziela się właśnie w czasie występowania syndromu.

Tak więc moje spostrzeżenia dowodzą, że napadowe bóle z nudnościami i zwracaniem wodnistymi mogą zjawiać się zarówno u osobników z bardzo upośledzonym lub zupełnie zniesionym wydzielaniem (typowy „syndrom” ze zwracaniem ślonymi) — jak i u osobników ze wzmózoną kwaśnością (pseudosyndrom ze ślinotokiem i pseudosyndrom ze zwracaniem kwaśnymi) i z chemizmem normalnym (pseudosyndrom ze zwracaniem kwaśnymi).

Mając na względzie wyżej podane cechy różniczkowe (smak zwracanego płynu), potrafimy najczęściej ze znacznym prawdopodobieństwem rozpoznać, do jakiej kategorii dany przypadek zaliczyć, wzgl. jakiemu chemizmowi żołądka odpowiada dany przypadek. Spostrzegając chorego, przedstawiającego objawy syndromu, lecz ze zwracaniem kwaśnymi, mamy prawo przypuszczać dostateczne wydzielanie soku żołądk. (normalne lub wzmózone), — mając przed sobą chorego z syndromem, lecz ze ślinotokiem — wydzielanie

wzmózone, wreszcie osobnik z typowym syndromem ze zwracaniem ślonymi najczęściej dotknięty będzie znacznie upośledzonym wydzielaniem soku żołądkowego, zwłaszcza osobnik ze sfery niezamożnej, rasy aryjskiej, z poprzedzającym nadużyciem wysokości i t. d. (wyjątki bowiem okażą się zaledwie w 5%).

Czy chory, dotknięty syndromem ze zwracaniem ślonymi, dotknięty jest jednocześnie rakiem żołądka, — tego rozstrzygnąć najczęściej nie będziemy w stanie, z wyjątkiem przypadków, dotyczących się osobników młodych, u których niemal z pewnością rozpoznajemy łagodny charakter zniesionego wydzielania, gdyż raka, zgodnie z moimi spostrzeżeniami napotykałyśmy tylko u osobników z syndromem w wieku starszym (57—65 lat).

Różniczkowanie kategorii syndromu ma znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne. Pseudosyndrom ze zwracaniem kwaśnymi i ze ślinotokiem wymagać będzie przepisania środków alkalicznych i diety białkowej, typowy zaś syndrom ze zwracaniem ślonymi w 95% wymaga leczenia wręcz przeciwnego, t. j. kwasu solnego i ograniczenia ilości mięsa.

Zwłaszcza w tej ostatniej kategorii przypadków, t. j. w „syndromie ze zwracaniem ślonymi”, spotykamy się często z niezmierną wdzięcznością chorych, którzy z powodu owych bólów w żołądku zasięgały, jak opowiadają, wielokrotnych porad u wielu lekarzy, ale zupełnie bezskutecznie. Lekarze nie zdają sobie bowiem sprawy z istnienia syndromu u danego chorego i na zasadzie owych bólów rozpoznają bądź owrzodzenie w żołądku, zalecając kurację mleczno-bismutową, bądź nerwicę żołądka, zalecając obfite odżywianie, bromki lub narkotyki. Leki te, rzecz prosta, nietylko w tych razach ulgi nie sprowadzają, lecz często, przeciwnie, stan pogarszają i bóle

potęgują, zwłaszcza obfita dyeta mięsna. Tymczasem w przypadku naprz. „syndromu ze zwracaniem słońmi”, z którym najczęściej związany jest brak HCl w żołądku, musimy zalecić małą ilość mięsa w postaci *rozdrobionego mięsa siekanego*, kwas solny w większej ilości z pepsyną, (na dawkę 10 — 20 kropeł w 1/2 szklance zimnej wody w czasie jedzenia łykami), — co najczęściej tak szybko ulgę przynosi, że chorzy nieraz uważają sobie za obowiązek zjawić się z podziękowaniem za skutecznie udzieloną pomoc.

Zaznaczam, że kwas solny jest tu niezbędnym czynnikiem leczniczym, gdyż z chwilą, kiedy chorzy lek ten odstawiają, poprzednie napady bólów częstokroć natychmiast się zjawiają. Z krótkimi przerwami przyjmują tedy ci chorzy kwas solny przez czas długi.

Chorzy bardzo często skłonni są widzieć domniemaną przyczynę owych bólów żołądkowych, połączonych z nudnościami i zwracaniem, w *pasorzytach kiszki* w y c h. Niektórzy chorzy zaręczają nawet, że robaki widzieli w swych wypróżnieniach (najczęściej glisty). Pod wpływem tych wyjaśnień często lekarze zalecają tym chorym badanie kału na pasorzyty lub podają leki przeciw robakom. Rzecz prosta, że usunięcie robaków, jeśli one u tych chorych nawet są wykrywane, nie wpływa na chemizm żołądka i syndromu nie usuwa.

Na zakończenie winienem jeszcze zaznaczyć, że zdarzają się *przypadki nietypowe*, t. j. takie, w których chory uskarża się na 1 lub 2 z podanych 3-ch objawów naszego syndromu. Tego rodzaju przypadki, których naliczyliśmy ogółem 17, rozpoznawczego znaczenia nie mają i spotykać się mogą w różnych cierpieniach żołądka, naprz. w niżytach przewlekłych, w rakach, w nerwicach żołądka. Do takich „nietypowych” przypadków zaliczyć musimy następujące skargi: *przekręcanie w dołku z nudnościami* (bez

zwracań), *przekręcania w dołku ze zwracaniem* (bez jednoczesnych nudności), *wrzeszcie nudności ze zwracaniem* (bez poprzedzających bólów).

Skargi te zdarzają się dość często, i nie należy brać ich za powyżej opisane przypadki pełnego syndromu, w których zawsze występują współcześnie wszystkie 3 objawy: *przekręcanie, nudności i zwracania wodniste* (o różnym smaku). Tylko bowiem te ostatnie przypadki pełnego syndromu, służące za temat niniejszej pracy, mogą być uwzględniane przy rozpoznawaniu, i tylko w tych przypadkach rozpoznawać możemy z dużym prawdopodobieństwem, na zasadzie smaku zwracań, stan chemizmu żołądka i, co za tem idzie, odpowiednie leczenie zastosować.

Wnioski zatem moje są *następujące*:

1) Istnieje syndrom żołądkowy, opisany przez REJCHMANA w roku 1897, a nie uwzględniany przez lekarzy przy rozpoznawaniu cierpienia żołądka.

2) Syndrom ten polega na bolesnem uczuciu przekręcania się czegoś w żołądku, nudnościach i zwracaniach wodnistych.

3) Syndrom ten występuje u przeszło 1% chorych, zjawiających się w naszych ambulatoriach.

4) U rasy aryjskiej występuje częściej, niż u semickiej.

5) Istnieją 3 kategorie tego syndromu, zależnie od różnego smaku zwracań wodnistych: *a)* typowy syndrom ze zwracaniem smaku słonego, odpowiadający opisowi REJCHMANA, *b)* pseudosyndrom ze zwracaniem smaku kwaśnego, *c)* pseudosyndrom ze ślinotokiem.

6) Typowemu syndromowi ze zwracaniem słońmi najczęściej, bo w 95% przypadków, towarzyszy upośledzone wydzielanie

soku żołądkowego lub zupełne zniesienie wydzielania (*achylia gastrica*).

7) W 5% przyp. typowego syndromu ze zwracaniem słońemi napotykanym jednak chemizm prawidłowy.

8) Syndrom ze zwracaniem słońemi ma tedy nie absolutne znaczenie w rozpoznaniu, lecz tylko warunkowe (95%).

9) W raku żołądka również napotkać można syndrom ze zwracaniem słońemi (w 6,5%).

10) Obecność typowego syndromu ze zwracaniem słońemi nie wyłącza tedy raka żołądka.

11) Pseudosyndromowi ze zwracaniem k w a s n e m i towarzyszy zazwyczaj bądź prawidłowy chemizm, bądź wzmożone wydzielanie soku żołądkowego.

12) Pseudosyndromowi ze ś l i n o t o k i e m towarzyszy zazwyczaj w z m o ż o n e wydzielanie soku żołądkowego i sokotok.

13) W nadkwaśności często spostrzeżać się daje ślinotok, jako objaw odruchowy.

14) Syndrom powyższy ma znaczenie rozpoznawczo - lecznicze, pozwala bowiem rozpoznać zniesione wydzielanie (typowy syndrom ze zwracaniem słońemi) w 95%, nadkwaśność (pseudosyndrom ze ślinotokiem) i dobrze zachowaną czynność wydzielniczą żołądka (pseudosyndrom ze zwracaniem kwaśnemi),—a z rozpoznaniem chemizmu żołądka racjonalne leczenie zastosować.

15) Typowy syndrom ze zwracaniem słońemi rozpoznawany bywa często przez lekarzy, jako wrzód żołądka lub nerwica, — wskutek czego leczenie pozostaje bezskutecznem.

16) Należy zalecać w typowym syndromie ze zwracaniem słońemi duże dawki kwasu solnego i ograniczyć ilość mięsa.

17) Usunięcie pasorzytów kiszkowych nie usuwa syndromu.

18) Przypadki nietypowego syndromu, t. j. z brakuującym jednym z 3 objawów, żadnego rozpoznawczego znaczenia nie mają.

S T R E S Z C Z E N I A.

Akuszerya i choroby kobiet.

121. Pankow. Przyczyny krwawień macicznych.

Oprócz krwawień macicznych, uwarunkowanych obecnością nowotworów łagodnych lub złośliwych tudzież spraw zapalnych macicy i jej przydatków, nierzadko mamy do czynienia z przypadkami krwawień, w których badanie narządów rodzajnych albo nie wykazuje zmian żadnych albo conajwyżej pewne zwiększenie samej macicy. Krwawienia powyższe występują przeważnie w okresie dojrzewania kobiety i na schyłku życia płciowego w okresie przejściowym w postaci

nieprawidłowego i długotrwałego miesiączkowania.

Dawniejsi autorowie ze SCANZONIM upatrywali przyczynę krwawień w swoistem cierpieniu macicy, t. zw. *metritis chronica*, w którym rozróżniano dwie postacie: obrzęku (macica powiększona, miękka, krucha) i stwardnienia (macica mała, zbita, twarda). Przerastanie mięszu macicy tkanką łączną utrudniało kurczenie się narządu w czasie peryodu — ztąd długotrwałe krwawienia.

RUGE i VEIT, którzy stworzyli naukę o *endometritis*, zwrócili uwagę ginekologów na śluzówkę macicy i w jej zmianach chorobowych, a nie w mięszu szukać zalecali podsta-

wy do zbudowania etiologii krwawień. Wskutek tego długie lata chirurgiczne usunięcie chorej śluzówki, t. j. skrobanie macicy uważano za najskuteczniejszy zabieg w leczeniu nieprawidłowych krwawień. Dokładne atoli badania śluzówki normalnej w różnych okresach życia kobiety i w różnych okresach międzymiesiączkowych i porównanie jej ze śluzówką w t. zw. niezycie (*endometritis*) wykazało, że obrazy mikroskopowe, odpowiadające różnym postaciom t. zw. *endometritis*, nie mają nic wspólnego z właściwym zapaleniem, że są to przeważnie zmiany fizyologiczne, uwarunkowane zbliżającym się peryodem. Conajwyżej, stwierdzić można pewne zgrubienie śluzówki *in toto* — *hyperplasia mucosae*. Przekonano się dalej, że skrobanie macicy w bardzo wielu odnośnych przypadkach nie wywierało żadnego wpływu na zmniejszenie lub zatrzymanie krwawienia, że wracało ono po skrobaniu wcześniej, niż następowało odradzanie się usuniętej śluzówki. Widocznym więc było, że śluzówka odgrywała w krwawieniu rolę bierną. W ostatnich latach punkt ciężkości omawianej sprawy przeniesiono ponownie do mięszu macicy. THEILHABER i jego uczniowie mniemają, że przerost łącznotkankowy mięszu macicy, jaki widzimy u wieloródek w okresie bliskim *climacterium*, wywołuje niedostateczność mięśnia macicy, t. j. zmniejszoną zdolność kurczenia się, co ze swej strony spowoduje długotrwałe krwawienia. Inni natomiast autorowie szukali przyczyny krwawień w zmienionych naczyniach mięszu macicy, mianowicie w przeroście *mediae* tkanką łączną i włóknami sprężystymi.

PANKOW zbadał 52 macice, wycięte z powodu obfitych krwawień, w tem 6 macic, pochodzących od kobiet, które nigdy nie rodziły. Następnie zbadał dla kontroli szereg macic, które nie krwawiły, lecz były usunięte z powodu wypadnięcia. Porównał otrzymane dane i doszedł do następujących wniosków. Zmiany w *endometrium* nie mogą objaśnić powstawania krwawień i krwotoków macicznych, bowiem zmiany podobne znajdował w śluzówkach normalnych, jak również w macicach tyłozgiętych, w miesięczkowaniu bo-

lesnem, w obecności upławów bez krwawień. Tłomaczy to wynik ujemny skrobania.

Przerost mięszu macicy tkanką łączną uważa za objaw fizyologiczny, spowodowany mnogimi ciążami, nie może więc od niego uzależniać krwawień, zwłaszcza, że nie znajdował go w macicach kobiet, które nigdy nie rodziły, a mimo to cierpiały na obfite krwawienia miesięczkowe. Również zmiany w naczyniach spotykał tylko w macicach wieloródek, zalicza je także do objawów fizyologicznych (*Graviditätsclerose*). Słowem, wszystkie dotychczasowe próby objaśnienia krwawień macicznych okresu przejściowego P. uważa za niewytrzymujące krytyki naukowej.

Zdaniem P., przyczyny szukać należy poza obrębem macicy — prawdopodobnie w zaburzeniach czynności wydzielniczej jajnika lub, co może jest bliższe prawdy, w zakłóceniu równowagi fizyologicznej rozmaitych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, mających wpływ na ciśnienie wewnątrznaczyniowe — mianowicie jajnika, nadnercza, gruczołu tarczowego oraz przysadki mózgowej. Zaburzenia czynnościowe jednego gruczołu wywołują zastępcze zwiększenie lub zmniejszenie czynności innego. Ta równowaga ulega niewątpliwie wybitnym zaburzeniom w okresie dojrzałości płciowej i w okresie przejściowym, co spowodować może wzmożenie czynności jajników, a co zatem idzie, obfite i długotrwałe krwawienia maciczne.

(Münch. med. Woch. Nr. 52, 1909).

L. Lorentowicz.

Choroby weneryczne i skóry.

122. Unna i Gołodec. O skłacie tłuszczu w skórze ludzkiej.

Barwienie się na czarno kwasem osmowym podstawowej rogowej warstwy skóry znane było już dawniejszym badaczom (UNNA, GIERKE), którzy zajmowali się sprawą zrogowacenia i wytwarzania się tłuszczu przy tej czynności.

Podług autorów tych, powyższe ciekawe zjawisko wywołane zostaje redukcją kwasu osmowego, gdyż czarne zabarwienie znika po

dodaniu tlenu wodoru, przyczem wydziela się ostry zapach kwasu osmowego.

ALTMANN, badając rozmaite związki tłuszczowe, przyszedł do przekonania, że kwas osmowy nie jest odczynem na wszystkie tłuszcze, lecz tylko na kwas oleinowy i oleinę.

STARKE odróżnia tłuszczowe ciała, które bezpośrednio redukują kwas osmowy, od takich tłuszczowych substancji, które przyjmują kolor żółty lub cynamonowy i czernieją dopiero później przy współdziałaniu wysokoku. Pierwsze z nich (oleiny i kwasy oleinowe) odznaczają się własnością redukcji kwasu osmowego, drugie zaś wchodzi z nim tylko w związek, do tych ostatnich należą: kwas stearynowy i palmitynowy.

Zdaniem HANDWERCKA chemicznie czysty kwas palmitynowy i stearynowy nie może zredukować kwasu osmowego, a jeżeli występuje nieznaczne poczernienie tych kwasów, to zależy ono od przymieszki kwasu oleinowego, zawsze im towarzyszącego.

Autorzy badali działanie kwasu osmowego na chemicznie czysty kwas oleinowy, stearynowy i palmitynowy, jak również na stearynę i przekonali się, że tylko kwas oleinowy czernieje szybko i mocno od kwasu osmowego, gdy tymczasem nasycone kwasy (palmitynowy i stearynowy) przyjmują zabarwienie cynamonowe i to bardzo słabe. Ta wyjątkowa własność związków kwasu oleinowego objaśnia się niepełnym jego nasyceniem. Kwas oleinowy, nasycony bromem, już powyższego odczynu nie daje, to samo ma miejsce z kwasem palmitynowym i stearynowym, które mają zawsze małą domieszkę kwasu oleinowego.

Autorzy postanowili dalej przekonać się, czy istnieją w skórze inne ciała, oprócz tłuszczów, mogące redukować kwas osmowy.

Badane skrawki skóry, pozbawione zupełnie tłuszczu, wykazały, że w podstawowej rogowej warstwie, na którą najsilniej działa kwas osmowy, następuje również redukcja nadmanganianu potasu, soli tlenku żelaza i kwasu nitro-chryzofanowego.

Dalsze badania dowiodły, że pośród związków białka tylko tyrozyna, zawarta w rogowej warstwie skóry, posiada odpowiednią siłę redukcji kwasu osmowego. Ke-

ratyna A i B, jak również rogowe albumozy, wchodzące również w skład tkanki rogowej, same przez się nie czernieją od kwasu osmowego.

Wspomniane jednak trzy ciała białkowe tkanki rogowej barwią się kwasem osmowym mniej lub więcej silnie na kolor żółtozielony. Zabarwieniem tem, jak wiadomo, odznaczają się wszystkie części protoplazmatyczne skóry.

Ostatni objaw zależy od połączenia się kwasu osmowego z białkiem protoplazmy, co łatwo sprawdzić można, jeżeli pozbawiony tłuszczu skrawek włożyć do roztworu kwasu osmowego, a później do roztworu pyrogallolu. Zielono zabarwiona protoplazma komórek przyjmuje natychmiast cynamonowo-czarny kolor, co jest dowodem, że kwas osmowy znajdował się rzeczywiście tylko w połączeniu, a dopiero później uległ redukcji.

Wspomniane trzy ciała białkowe warstwy rogowej dają zabarwienie, właściwe połączeniu kwasu osmowego, a tylko owa niezwykła „czarna ramka” daje odczyn na obecność kwasu oleinowego i jego związków.

RONVIER jako początek czarnej ramki przyjmował zewnętrzną granicę warstwy ziarnistej, późniejsze jednak badania dowiodły, że w tym właśnie miejscu znajduje się linia bezkolorowa komórek, ułożona w 1 do 2 rzędów; warstwę tę, dla odróżnienia od całej warstwy bazalnej, nazwano infrabazalną.

Przyjąć należy, że głównym źródłem kwasu oleinowego są ciała białkowe komórek, uległych zrogowaceniu.

Stosownie do panujących obecnie poglądów, jeżeli białka wytwarzają tłuszcz, to dzieje się to drogą okólną, za pośrednictwem węglowodanów. Skład węglowodanów pozwala raczej na przemianę ich w tłuszcz, niż na zbudowanie białka.

Ponieważ pośród węglowodanów, napotykanym w rozmaitych narządach ciała ludzkiego, glikogen odznacza się charakterystycznymi cechami, autorzy przeto zwrócili uwagę przede wszystkim na to ciało.

Odczyn na glikogen BESTA (mocny amoniakalny roztwór karminu), zastosowany do barwienia skrawków skóry, daje czerwone zabarwienie, ześrodkowane w warstwie przejś-

ciowej. Zabarwienie to zaczyna się bezpośrednio nad warstwą ziarnistą i kończy się na granicy podstawowej warstwy rogowej, ograniczając tym sposobem bardzo wyraźnie przejściową warstwę infrabazalną.

Po zastosowaniu innego sposobu dla wykrycia glikogenu, a mianowicie działania jodu, otrzymujemy takiż sam wynik, jak przy odczynie BESTA: bezpośrednio nad warstwą ziarnistą widzieć się daje infrabazalny pasek, posiadający czerwono-cynamonowe zabarwienie.

Na podstawie zatem odczynu BESTA i barwienia jodem przyjąć należy, że w infrabazalnej warstwie, jak również w warstwie przejściowej w zrogowacenie komórek znajduje się glikogen.

Ponieważ glikogen, zawarty w wątrobie, szybko ginie w wodzie i ślinie, a skrawki skóry, zabarwione sposobem BESTA lub jodem, bywają bardzo odporne na rozpuszczające działanie wspomnianych cieczy, przypuścić zatem należy, że glikogen połączony jest z białkiem w postaci glikoproteinu.

Wnioski autorów co do składu tłuszczu w-skrórze ludzkiej są następujące:

Pomiędzy warstwą ziarnistą skóry i bazalną znajduje się jeden rząd komórek rogowych—infrabazalna warstwa, która nie redukuje kwasu osmowego i nie zawiera kwasu oleinowego.

Dolnopodstawowa warstwa (infrabazalna) daje odczyn na glikogen i zawiera to ciało, prawdopodobnie, pod postacią glikoproteinu.

Kwas oleinowy i związki jego redukują kwas osmowy, inne kwasy tłuszczowe i tłuszczowe własności tej nie posiadają.

Własność powyższa kwasu oleinowego zależy od niepełnego jego nasycenia; po nasyceniu bromem znika i kwasu osmowego nie redukuje.

Ciała białkowe (protoplasma, tkanka rogowa), pochłaniają kwas osmowy, lecz nie redukują go.

Kwas oleinowy ześrodkowuje się głównie w bazalnej warstwie rogowej. Źródłem kwasu oleinowego w warstwie rogowej skóry zdaje się być glikogen warstwy infrabazalnej.

Tłuszcz warstwy rogowej składa się głównie z kwasu oleinowego i tłuszczo-kwasowych eterów, znajdujących się równomierne w całej pozostałej warstwie rogowej.

(Wraczebnaja Gazeta, Nr. 3 i 4, 1910).

J. Wojciechowski.

Choroby dzieci.

123. Edred M. Corner. (Londyn). O powrózkach nasennych u dzieci.

Zestawiając dane, dotyczące 86-ciu dzieci, badanych przez CARMICHAELA z Edynburga, jakoteż 200 spostrzeżeń własnych nad dziećmi (bez widocznych przepuklin) szpitala dziecięcego (Great Ormond Street Hospital) oraz 100 osób dorosłych w ambulatoryum szpitala Św. Tomasza w Londynie, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Prawie w $\frac{3}{4}$ ogólnej liczby dzieci oba powrózki nie są jednakowe; zazwyczaj prawy bywa większy, niż lewy.

2) U dzieci w $\frac{2}{3}$ przypadków prawy powrózek jest szerszy, niż lewy, u dorosłych zaś w $\frac{9}{10}$ lewy jest szerszy.

Nierówność powrózków zależy u dzieci od niepełnej obliteracji *processus vaginalis* i niepełnej absorbcyi otaczającego tłuszczu podotrzewnowego; u dorosłych od wytwarzającej się fizjologicznie większej liczby żył nasiennych po stronie lewej, co by można nazwać łagodną postacią naturalnego *varicocoele*.

Dane powyższe uważa autor za ciekawe, jeśli rozpatrywać je w związku ze znaną przewagą pod względem częstości (4,1) przepukliny pachwinowej prawej nad lewą.

(The Brit. Journ. of. Children's Diseases Febr. 1909).

Przypisek sprawozdawcy. Cyfry, podane przez autora są, jak wpływa z jego słów, owocem zbierania dokładnych danych, dotyczących faktów, łatwo dostrzegalnych; osmielę się tu zauważyć, że niezależnie od autora do notowania takich faktów nawoływałem i ja kolegów, rozporządzających większym materiałem (Kronika Lek. 1904. i Archiv. f. Kinderh. T. XLIII), podając pierwszą seryę tego rodzaju spostrzeżeń własnych z ambulatoryum w szpitalu Staroz. w Warszawie.

B. Polikier.

Choroby gardła.

124. P.roneau M. Przypadek choroby Riga'y

U dziewięciomiesięcznego pacyenta zaczęło się przed tygodniem formować pod językiem z przodu na dolnej jego powierzchni owrzodzenie mniej więcej okrągłe, o brzegach wyraźnie zarysowanych, dnie gładkiem, pokrytem nalotem. Owrzodzenie w czasie oględzin sięgało koniuszeczka języka i miało wielkość dwufrankówki (prawie szóstaka).

Z cierpieniem podobnem spotykamy się dość często u osesków we Włoszech południowych, rzadziej we Francyi i przeważnie podczas ciężkich zaburzeń ustroju. BRUN, FEDE i ISRAËL stawiają je w zależności od bujania nieprawidłowego warstwy brodawkowej

śluzówki, COLLARI zaś, COZZOLINO i PANDOLFI uważali, że mają do czynienia z rozpadającym się włókniakiem. Autor podziela jedynie zdanie ABETTIĘGO, który stwierdził, że owrzodzenie podjęzykowe u osesków jest pochodzenia czysto urazowego i zapalnego. Wyrastające zbyt wcześnie siekacze dolne kaleczą język, zwłaszcza podczas kaszlu i ssania nierozwiniętych lub wciągniętych brodawek sutkowych; przyczynia się do tego również krótkie wędzidełko podjęzykowe. Ranka w początkach niewielka podlega zakażeniu droboustrojami jamy ustnej i przemienia się w duże owrzodzenie. Jedynym skutecznym środkiem okazało się usunięcie siekaczy dolnych, poczem owrzodzenie zagoiło się w trzy dni.

(Gazette des Hôpitaux 1910 — Nr. 64).

Szleifstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne 15 marca 1910 r.

GLIŃSKI demonstrował 2 przypadki białaczki chronicznej z oddziału d-ra CHEŁCHOWSKIEGO: limfemii i myelemii oraz preparaty krwi. W obu przypadkach jako moment etiologiczny występuje bardzo wyraźnie uraz.

Stanisław KLEIN demonstrował 22-letniego chorego, który się zgłosił do niego z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, trwającym 4 lata pomimo bardzo starannego leczenia. Z wielkim trudem udało się dowiedzieć od chorego, iż ten 5 lat temu, zauważywszy u siebie *pediculosis vestimenti*, za namową znajomych zastosował następujący oryginalny środek: kawał krajki, długości 2 łokci, wraz z białkiem od jaja i 3 łyżkami rtęci tłukł w moździerzu tak długo, póki cała mieszanina nie wsiąknęła w krajkę. Tak spreparowaną krajkę zawiesił sobie na piersiach, zmieniając ją z początku co 3 miesiące, a w ostatnim roku co miesiąc. *Pediculosis* znikła, natomiast rozwinęła się u chorego *stomatitis mercurialis*.

Zdzisław DOBROWOLSKI przedstawił 13-letnią chorą z rynolitem w lewym nozdrzu.

MUTERMILCH Stanisław demonstrował preparaty mikroskopowe, bakteriologiczne i hematologiczne, przygotowane metodą tuszową BURRIĘGO. Ta ostatnia polega na tem, że na szkiełku podmiotowym mieszamy kroplę badanego płynu z kroplą rozcieńczonego płynnego tuszu chińskiego GÜNTHER-WAGNERA i następnie rozprowadzamy cienką warstwę tak, jak to czynimy z preparatami krwi. W preparacie, rozpatrywanym pod immersyą, tło jest zabarwione na kolor ciemny żółto-brunatny, elementy zaś morfologiczne, np. bakterye, przedstawiają się nadzwyczaj efektownie, jako twory bezbarwne, błyszczące, o niezmiernie wyraźnych zarysach. BURRI i inni autorowie polecają wogóle metodę tuszową do badań mikroskopowych, a zwłaszcza do poszukiwania krętków białych w wykwitach syfilitycznych. Co się tyczy samej techniki badania, to BURRI poleca brać tusz, rozcieńczony 10-krotnie. Inni autorowie rozcieńczają tylko dwukrotnie, co radzi też czynić prelegent.

KARWACKI przedstawił wyniki badań bakteriologicznych krwi dwóch przypadków: *morbis maculosus Verlhoffii* i ostrej białaczki gruczołowej ze skazą plamicową.

Posiewy w obu przypadkach dały hodowlę *bac. fusiformis*. W przypadku drugim laseczniki wrzecionowate były wykryte na preparatach krwi bezpośrednio. Prelegent uzależnia obraz chorobowy od wyhodowanych przez siebie zarazków.

W dyskusji JANOWSKI podkreśla, że nie można łączyć etiologii chorób *morbis maculosus Verlhoffii* i ostrej białaczki z wynikami badania bakteriologicznego, i sądzi, że znalezienie na preparatach krwi i w hodowlach laseczników wrzecionowatych było faktem przypadkowym. Ryszard HERTZ nie sądzi, żeby w danym przypadku można było mówić o białaczce, powikłanej posocznicą, ponieważ w powikłaniach takich obraz hematologiczny zawsze się zmienia w ten sposób, że liczba form chorobowych białych ciałek krwi, naprz. w danym przypadku form RICOLEA, odrazu się zmniejsza na korzyść zwykłych form wielojądrowych neutrofilowych, występujących stale w sprawach zapalnych, czy też toksycznych. W danym przypadku tego nie obserwowano. Następnie HERTZ podkreśla, że w przemówieniu prelegenta uderza fakt, że znajdował on drobnoustroje nawet na preparacie krwi bezpośrednio, co należy do wielkich rzadkości.

HIGIER wygłosił odczyt pod tytułem: Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych rzadszych chorób mózgowych rodzimo-dziedzicznych (Rzecz drukowana w *Medycynie i Kronice Lekarskiej*, Nr. 16 i 17, 1910 r.). W dyskusji GRUNDZACH zaznacza, że prelegent nie powiedział nic o płci chorych na chorobę TAY-SACHSA. HEWELKE zwraca uwagę, że prelegent w przeprowadzeniu dyagnostyki różniczkowej między opisywanymi przez siebie dwiema chorobami nazywa pierwszą rodzimą, a drugą w przeciwstawieniu dziedziczną. Nie odpowiada to najnowszym odnośnym poglądom. To, co jest rodzime, musi być dziedziczne.

Posiedzenie kliniczne d. 22 marca 1910 r.

Kazimierz RZĘTKOWSKI przedstawił pre-

parat krwi chorego na *typhus recurrens*, barwiony metodą tuszową BURRIEGO z krętkami OBERMEYERA.

Tadeusz WRĘTOWSKI przedstawił preparaty barwione plwociny, w których znaleziono dużą liczbę pełzaków (*Entamoeba histolytica* SCHAUDINA). Plwocina pochodziła od chorego, podejrzanego o nowotwór, ewentualnie gruźlicę płuc. Prątków KOCHA, ani komórek olbrzymich nie wykryto. Ameby posiadały typowe swoiste ruchy, zawierały jądro i kilka aż do 7 wodniczek. Widoczna była ekto i endoplazma. Na drugi dzień pełzaki utraciły ruch, udało się go jednak przywrócić przez ogrzewanie cieplarnie przy 37 ° w ciągu 1/2 godziny. Późniejsze próby ożywienia ameb już się nie powiodły.

Prof. KRYŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Przyczynę do leczenia operacyjnego choroby GRAVESA”. Prelegent demonstrował również 2 chore, pomysłnie operowane z powodu choroby GRAVESA.

W dyskusji PUŁAWSKI jest zdania, że wobec wielu ciemnych stron etiologii choroby GRAVESA nie można uważać operacyjnego leczenia tej choroby za środek jedyny i zawsze skuteczny, ale dobre wyniki, podawane przez wielu wiarogodnych chirurgów, oraz wątpliwe rokowanie przy wszelkiem innem leczeniu tej choroby zniewalają do liczenia się z metodą operacyjną, zachęcają do jej stosowania. Co się tyczy przypadków KRYŃSKIEGO, to są to przypadki zanadto świeże, ażeby z nich można było sądzić o wszystkich dobrodziejstwach operacji, mianowicie o trwałości poprawy. W każdym razie widzimy *ad oculos*, że chore operacje wytrzymały i doznały pewnej poprawy, na którą musiałyby niewątpliwie dłużej czekać przy leczeniu t. zw. wewnętrznem. Dalej PUŁAWSKI nie zgadza się z prelegentem, ażeby każdy przypadek choroby GRAVESA kwalifikował się do operacji. Są przypadki choroby GRAVESA, które dają się wyleczyć bez operacji, przy zwykłym leczeniu.

KRAUZE twierdzi, że przy leczeniu choroby BASEDOWA za pomocą promieni Roentgena nie tylko spostrzegano kruchość naczyń, co stanowi ważną przeszkodę w razie operacji, lecz również wole mocno przyrasta do tkanek

otaczających, jak to stwierdził EISELSBERG, przez co zachodzi duża trudność techniczna przy wycięciu gruczołu tarczowego. Należałoby przeto stosowania promieni Roentgena zaniechać, o ile po kilku posiedzeniach stan chorego się nie poprawia.

KOPCZYŃSKI podkreśla, że, dopóki współzależność cierpienia różnych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej w chorobie GRAVESA nie zostanie jeszcze wyświetlona, dopóty nie może być mowa o racjonalnej terapii tej choroby.

JANOWSKI sądzi, że prawda leży pośrodku. Niewątpliwie bowiem przypadki, przebiegające długo lub dające dłuższe, względnie cięższe nawroty, należy poddawać operacyi po dokładnem rozważeniu wszystkich szczegółów *pro* i *contra* w każdym przypadku. Niepodobna jednak namawiać na operacyę osobników, którzy dotknięci są cierpieniem GRAVESA od kilku tygodni, gdyż podobne przypadki mogą być jeszcze znakomicie wyleczone środkami wewnętrznymi.

OCZESALSKI wygłosił referat pod tytułem: „O zespole objawów, zwanym chorobą MORGAGNI-ADAMS-STOKESA (z pokazem krzywych)”. Zespół objawów tej choroby składa się z niestającej bradykardii oraz z napadów omdlenia, którym nieraz towarzyszą drgawki. Bradykardia bywa rodzaju trojakięgo: 1) całkowita, to znaczy dotycząca i komór i przedsion-

ków, 2) komorowa, zależna od tak zwanego bloku sercowego, czyli od tego, że niektóre skurcze przedsionków nie udzielają się komorom i 3) komorowa, zależna od dysocjacji czyli rozkojarzenia komór i przedsionków, przy której żaden skurcz przedsionków nie udziela się komorom.

Bradykardyę pierwszego rodzaju spotykamy w postaci pozasercowej cierpienia M. AD. STOKESA; jest ona wynikiem podrażnienia nerwu błędnego wskutek różnorodnych spraw chorobowych albo w rdzeniu przedłużonym (kilaki, ograniczone zapalenie opon, stwardnienie tętnic, nowotwory), albo też w jądrze lub w pniu nerwu błędnego.

Bradykardia drugiego i trzeciego rodzaju zależy od różnych spraw chorobowych w mięśniu serca, jeżeli te ostatnie wywołują zaburzenia w przewodnictwie pobudek skurczowych.

Rozpoznanie rodzaju bradykardii, a co zatem idzie, i stwierdzenie, czy przyczyna cierpienia znajduje się w sercu, czy w opuszce, możliwe jest za pomocą skombinowanego tętnopisania, lub też za pomocą prześwietlenia serca promieniami Roentgena albo za pomocą metody elektrokardiograficznej.

Jeżeli metody te są niedostępne, to należy zastosować odczyn atropinowy lub t. zw. próbę uciskową CZERMAKA.

Tadeusz Wilczyński.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych

— Nowy przyczynek do fizjologii tarczycy przyniósł odczyt d-ra WIENERA, wygłoszony na posiedzeniu tow. lek. niemieckiego w Pradze, pod tytułem: „O zawartości tyreoglobuliny w gruczole tarczowym”. Mówca zajął się oznaczeniem ilości tyreoglobuliny i jodu w tarczycy psa w stosunku do wagi samego gruczołu i doszedł do wniosków następujących: 1) Po wycięciu jednego gruczołu następuje rozrost drugiego, liczba zaś komórek mięszzowych wzrasta znacznie (*hyperthrophia et hyperplasia*). 2) Podawanie przetworów jodu prowadzi do powiększenia ilości tyreoglobuliny, połączonego z zanikiem gruczołu.

Adrenalina powoduje tylko przyrost tyreoglobuliny, a pilokarpina nie posiada żadnego działania. 3) Splot szyjowy najniższy n. współczulnego posiada wpływ odżywczy (troficzny) i wydzielniczy na gruczoł tarczowy, ponieważ usunięcie go powoduje zanik i osłabienie czynności gruczołu, leżącego po tej samej stronie. Zdaje się, że to odkrycie powinno posiadać pewne znaczenie dla patogenezy, a może i leczenia choroby BASEDOWA.

— Nowe poglądy na małokrwistość zawiera odczyt, wygłoszony przez d-ra E. MÜLLERA na posiedzeniu internistów berlińskich,

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŹLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
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 ROSSYJSKIM:

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

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,
WZMAGA 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.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-blaa. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3—4 razy
dziennie po dwie kapsułki przy Gonorhea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

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

Bromocollowa Maść 20%

Specyfik na swędzenie skóry.

Uśmierza swędzenie w różnorodnych chorobach skóry.

Rurki po 25 gramów.

Próby i literatura darmo

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrication

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 kuracy, 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.**



**Łagodnie działający środek czyszczący
w postaci karmelków owocowych**

Wskazany: w zaparciu stolca i towarzyszącym mu dolegliwościom.

Nieszkodliwy nawet przy długotrwałem stosowaniu.

Dawka: 1 — 2 karmelków — dzieciom połowa.

Literatura i próby dla p. lekarzy gratis i franco.

**Dom Handlowy Preparatów farmaceutycznych Mayer - Alapin
Frankfurt n. Menem**

Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Nissenon, Warszawa, Orła 5.

pod tytułem: „Badania krwi u dzieci zdrowych, małokrwistych i rzekomo małokrwistych”.

Poszukiwania odnośne zostały wykonane na 20 dzieciach, wyglądających świeżo i zdrowo i na 10 bladych i podejrzanym o małokrwistość. Oznaczano stale ilość ogólną krwi, całkowitą i odsetkową ilość hemoglob. i zdolność przyswajania, wzgl. pojemność tlenu we krwi. Otrzymano wyniki następujące: ilość krwi u dziecka zdrowego jest stosunkowo większa, niż u człowieka zdrowego; jest ona o tyle większa, że równoważy nieznaczne zmniejszenie odsetkowej zawartości hemogl., a ztąd ilość hemogl. w stosunku do ciężaru ciała jest u dziecka większa, niż u dorosłego.

Ten sam stosunek zachodzi co do pojemności tlenu. Co się tyczy dzieci bladych, to należy wyłączyć dzieci rzekomo małokrwiste, ponieważ ich własności krwi były takie same, jak u dorosłych, dzieci zaś istotnie małokrwiste można podzielić na trzy grupy. Pierwszą będą składały osobniki z mniejszą odsetkowo zawartością hemoglobiny przy prawidłowej ilości krwi; pojemność tlenu ich krwi była tak wysoka, że ogólna pojemność tlenu dla całego ciała była tu wyższa, niż u dzieci zdrowych, ztąd wynika, że, bez względu na mniejszą zawartość hemoglobiny, sprawy utleniania w ustroju odbywają się zupełnie prawidłowo. Stosunki te wskazują na bardzo mądre urządzenia kompensacyjne, które polegają na tem, że wogóle tam, gdzie spotykamy mniejszą zawartość hemogl., brak ten zostaje wyrównany przez spotęgowaną zdolność przyswajania tlenu.

Do drugiej grupy należą dzieci, które, przy odsetkowo prawidłowej zawartości he-

mogł., posiadają znacznie więcej krwi, natomiast ustrój ich odznacza się słabszą odsetkowo zdolnością przyswajania tlenu, pojemność zaś ogólna krwi względem tlenu będzie prawidłowa. Takim dzieciom pomaga ich wielka ilość krwi, innemi słowy — ich wielkie bogactwo hemoglobiny, ponieważ ona źle przyswaja tlen. Trzecią grupę, na koniec, będą stanowiły dzieci o znacznie zmniejszonej ilości krwi. Aczkolwiek u tych dzieci odsetkowa zawartość hemoglobiny odpowiada liczbom przeciętnym, biorąc jednak pod uwagę ogólną ilość krwi, zawartość w niej hemogl. okaże się bezwzględnie zbyt niska. Leczą i w tych przypadkach brak powyższy wyrównywa się przez wzmózoną pojemność tlenu we krwi. Powstaje tedy pytanie: jaką grupę należy zaliczyć do małokrwistych? W tem znaczeniu, że krew swą czynność roznosiciela tlenu do tkanek wypełnia niedostatecznie, żadna z tych grup do małokrwistych nie należy. Dziś nie da się jeszcze orzec, jak uzewnętrzniają się wszystkie wymienione typy, jak wykazać czynniki etiologiczne i jaką metodę leczniczą zastosować należy. Obecnie można jedynie powiedzieć to, że, opierając na zewnętrznym wyglądzie osobnika, nie mamy prawa wnioskować o ilości krwi, o zawartości hemogl. i o jej zdolności przyswajania tlenu. Na to SAHLI kładł nacisk już przed 20 laty przeszło, twierdząc, że zpośród znacznej liczby ludzi bladych nie wszystkich należy zaliczać do małokrwistych, gdyż u wielu z nich odsetkowa zawartość hemoglobiny okazałaby się prawidłową. Stosunki są tu zapewne znacznie więcej zawiłane, niż jakby to można było skądinąd wnosić.

K. Z

O D C I N E K.

W kwestyi leczenia raka.

podał
Szleifstein.

W NNr. 43 i 44 Medycyny i Kroniki Lekarskiej z r. z. miałem możność przedstawi-

nia Sz. czytelnikom w streszczeniu doniosłych wyników pracy nad rakiem dziś już powszechnie znanego i cieszącego się zaufaniem świata naukowego BASHFORDA, dyrektora funduszu króleswa Brytańskiego dla badań nad rakiem. Snadź, zagranicą zajęto się na dobre tą plagą ludzką, skoro w niespełna parę

miesiący mogą się podzielić jeszcze donioślejszymi wiadomościami z dziedziny patologii i terapii raka.

W Nr. 2051 „Medical Recordu” doktor E. HODENPYLE, anatomo-patolog szpitala imienia ROOSEVELTA, ogłosił komunikat tymczasowy treści następującej.

Przed czterema laty autor obserwował 37-letnią chorą z rakiem sutki, u której, po wyluszczeniu doszczętnem nowotworu, zjawily się nawroty w postaci guzów w bliźnie i na szyi. Guzy te usunięto jaknajdokładniej, co jednakże nie zapobiegło nawrotom wtórnym w postaci szybko rosnących najtypowszych raków. Ze względu na upadek się i ciężki stan chorej dalszych operacji zaniechano. Z biegiem czasu rozwinęły się w wątrobie guzy olbrzymich rozmiarów, które niemal całkiem wypełniły jamę brzuszną, rozduła „*ad maximum*” płynem przesiekowym (*ascites*). Rzecz przosta, rokowanie zrobiono jaknajgorsze, gdy naraz zauważono, że guzy na szyi i piersi zaczęły się zmniejszać i w końcu znikły. Temu samemu losowi uległy guzy wątroby. Obecnie, po czterech latach, pozostały li tylko blizny, niezwykle wycieńczenie organizmu i ogromna puchlina brzuszna, wymagająca częstych przekłuć. Autor, jako specjalista anatomo-patolog, zdumiony tym nadzwyczajnym przebiegiem raka, przypuszczał, że ustroj, rakiem dotknięty, produkuje pewne przeciwciała, które wpływają ujemnie na rozrost i żywotność raków. Mając do dyspozycji znaczną ilość płynu z jamy brzusznej chorej i chcąc teorię swoją poprzeć doświadczeniami, H. zaczął wstrzykiwać płyn myszom, u których uprzednio wszczepiona tkanka rakowata dobrze się w postaci guzów rakowatych rozrosła. Płyn wstrzykiwano obficie bądź do nowotworów, bądź też w ich okolicę, wreszcie wprowadzano do ustroju myszy. Wynik był nadspodziewany: raki mysie częścią uległy zgorzeli, częścią znikły. Przekonawszy się, że ów płyn nie jest ani dla ustroju zwierzęcego, ani też dla ludzkiego szkodliwy, autor przystąpił do doświadczeń na ludziach, cierpiących na raka. I u ludzi H. wstrzykiwał ten sam płyn brzuszny w dawkach małych albo wprost do

nowotworu albo do tkanek sąsiednich albo też do żył (w ilości obfitej). Zastrzykiwania wywoływały u ludzi zaczerwienienie, rozpulchnienie i obrzmienie dokoła guzów. Objawy powyższe wkrótce znikaly, guz zaś mięki i ulegał zgorzeli, a na jego miejscu wytwarzała się tkanka łączna. Postępując w ten sposób, autor doczekał się zmniejszenia się raka w e w s z y s t k i c h przypadkach, w niektórych zaś już c a ł k o w i t e g o w y l e c z e n i a.

Inne tkanki, prócz rakowatej, na te zastrzykiwania nie oddziaływały wcale.

Dotychczas H. zastosował płyn z brzucha chorej u 47 pacjentów, w większości przypadków beznadziejnych. Dalsze wyniki doświadczeń swoich, jakoteż technikę zastrzykiwań autor obiecuje niezadługo ogłosić drukiem, zastrzegając się skromnie przed sądzaniem go o wynalezienie środka przeciw rakowi.

Zanim autor komunikat powyższy ogłosił, wiadomości o spostrzeżeniach jego przestały się do prasy peryodycznej amerykańskiej i, naturalnie, wywołały w całym świecie niezwykle zainteresowanie. To też redakcja pisma lekarskiego, z którego wiadomość czerpie, w specjalnej wzmiance ostrzega, że płyn, którym H. się w doświadczeniach swoich posilkował, nie jest przez tegoż uważany za środek niezawodny przeciw rakowi; autor stwierdził jedynie w p ł y w n i s z c z ą c y t e g o p ł y n u n a k o m ó r k i r a k o w a t e.

W nadziei, że niezwykle komunikat badacza amerykańskiego przyczyni się i u nas do podjęcia studyów specjalnych w tej pozostałej, bądź co bądź, otwartą kwestyi, pośpieszyłem podzielić się nim z czytelnikami. Prawda, że przypadki samowyleczenia się organizmu z raka prawdziwego są niezmiernie rzadkie, lecz, być może, że ciecz z organizmu, wyleczonego z raka bądź promieniami ROENTGENA, bądź za pomocą radu lub chirurgicznie, teżby się do doświadczeń tych nadawała. Materiał mamy chyba dość obfity, skoro istnieje w Warszawie nawet oddział dla rakowatych.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku podręcznik kol. L. E. Bregmana p. n. *Dyagnostyka chorób nerwowych*. Wytwornie wydana książka znaleźć się winna w rękach każdego lekarza. Obszerniejszą recenzję umieścimy niebawem.

— Zmarł w Mohylowie skutkiem duru plamistego ś. p. d-r Maryan Cywiński w wieku lat 57; zmarły ukończył medycynę w 1878 r.

— W Londynie w 89 roku życia zmarła pierwsza kobieta - lekarz w Anglii Elisabeth Blackwell.

— Kierownikiem instytutu poliklinicznego w Berlinie został mianowany na miejsce Senatora prof. Goldscheider.

— Liczba studentów medycyny w Ameryce maleje; w r. 1902/3 było ich 24.930, w r. 1907/8 21.011, w r. 1908/9 20.554.

— Na leczenie zębów wśród warstw najniższych British Dental Assoc. otrzymało od niewiadomego dobroczyńcy 1½ miliona rubli.

— Nagrodę im. Fraenkla otrzymał prof. Killian we Fryburgu.

— W Niedzielę ubiegłą wydział Balneologiczny W. T. H. odbył wycieczkę do Nałęczowa. Po dokładnym zwiedzeniu zakładu, który w czasach ostatnich zyskał kanalizację wodociągi, oświetlenie elektryczne i stoi pod względem naukowym na wysokości zadania, odbyło się posiedzenie pod przewodnictwem kol. Jaworskiego. Przemawiali kol. Jakowski, Szokalski, Tokarski, Zawadzki J., Polak i inni na temat ogólny rozwoju zdrojowisk i Nałęczowa w szczególności.

— Wbrew opinii, wypowiedzianej przez nas i inne pisma lekarskie, wydział dobroczynny magistratu postanowił przystąpić do budowy pawilonu przy szpitalu Ś-go Stanisława. Jakie miał ku temu motywy, oczywiście nie wiadomo.

— W pracowni naukowej W. T. Lek.

d. 1 Października rozpoczną się odczyty z pokazami i zajęciami praktycznymi, mówić będą:

1. Prof. J. Sosnowski. Zasady energetyki organizmów (7 wykładów).

2. Dr. Anast. Landau. Choroby przemiany materii (8 wykładów).

3. Dr. Anast. Landau. Choroby krwi (4 wykłady i zajęcia prakt.).

4-5. Dr. A. Sokołowski i Dr. B. Dębiński. Podstawowe metody rozpoznawania i leczenia chorób dróg oddechowych.

6. Dr. F. Erbrich. O najnowszych postępach rino i laryngologii ze szczególnym uwzględnieniem broncho- i ezofagoskopii (wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne).

7-9. Prof. Dr. Kryński. 7) Operacje typowe i anatomia chirurg. na zwłokach (6 g.).

8) Chirurgia ambulatoryjna (10 godzin). 9) Postępy w dyagnost. chirurg. (cystoskopia) 6 g.

10. Dr. M. Rejchman. Metody rozpoznawania i leczenia chorób narządu trawienia (8 wykładów i zajęcia prakt.).

11. Dr. F. Malinowski. Nowe a stare metody rozpoznawania i leczenia chorób skórnych i wenerycznych (8 wykładów i zajęcia prakt.).

12. Dr. Cz. Barszczewski. Kurs praktycznej radiologii lekarskiej z pokazami radiogramów z kazuistyki chirurgicznej i wewnętrznej.

13. Dr. St. Serkowski. Bakteryologia lekarska (12 wykładów z zajęciami praktyczn.).

14. Dr. St. Serkowski. Zajęcia praktyczne laboratoryjne a) analizy krwi chemiczne, fizyczne i bakteryologiczne, b) analizy moczu, c) badania sanitarne.

Zapisy przyjmuje kierownik pracowni Niecała 7 od godz. 1—3 p. p.

— Rektorem uniwersytetu we Lwowie został wybrany prof. Ks. Jaszewski, dziekanem wydziału lekarskiego prof. Kadyi.