

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 47.

Warszawa d. 25 Listopada 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nagłej śmierci u dotkniętych wiałem. Przez S. Goldflama. — Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek. (O badaniu czynności kiszek za pomocą dyety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem). Podał W. Róbin. (Dokończenie) — Wykłady kliniczne. Surowica fizyologiczna — jej skuteczność lecznicza — sposób oddziaływania, miareczkowanie, korzystny wpływ surowicy z wody morskiej. — Streszczenia i Wyciągi. 88. Leczenie przerostu gruczołu krokowego promieniami Roentgen'a. 89. Spostrzeżenie co do bąblowca wewnątrz oka. 90. Działanie uboczne adrenaliny. 91. Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznym. 92. O gruźlicy zinnokrwistych. 93. O wewnętrznem zastosowaniu preparatów tuberkuliny. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 20 czerwca r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) S. GOLDFLAM — Sur la mort rapide chez les tabétiques. 2) D-r W. RÓBIN — L'état actuel du diagnostic des maladies des intestins.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) S. GOLDFLAM — Ueber den plötzlichen Tod bei Tabetikern. 2) D-r W. RÓBIN — Der heutige Stand der Diagnostik der Darmkrankheiten.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

O NAGŁEJ ŚMIERCI U DOTKNIĘTYCH WIĄDEM.

Przez

S. GOLDFLAMA.

Zejsście śmiertelne w rzadkich tylko przypadkach bywa powodowane przez objawy tabetyczne κατ' ἐξοχήν. Zazwyczaj umierają tabetycy po wieloletniej chorobie, z wyczerpaniem

się odporności organizmu, wskutek charłactwa, powikłań w rodzaju odleżyn, zapalenia pęcherza moczowego, *pyelonephritis* i t. p., które w tabesie później nawet i rzadziej występują, niż w innych chorobach rdzeniowych, a także wskutek przypadkowych chorób (zapalenie płuc, influenza, ropienie i t. d.). Te ostatnie są dla tabetyków tem groźniejsze, ile że wskutek stępienia czucia bólowego często nie dość wcześnie bywają rozpoznawane. Tak np. obserwowałem

u pewnego tabetyka ropne zapalenie okołonerkowe, które się rozwinęło do dużych rozmiarów bez jakichkolwiek bólów, a jedynie obecność gorączki świadczyła o istnieniu jakiejś sprawy zapalnej *resp.* ropnej; przypadek ten zakończył się śmiercią¹⁾.

Co się tyczy powikłania przez suchoty płucne, to nie mogłem stwierdzić szczególnej skłonności tabetyków ku tej chorobie; przed laty obserwowałem w praktyce szpitalnej jednego tabetyka, żyjącego w nędznych warunkach, u którego zagojenie się gruźlicy płucnej mogłem stwierdzić i na stole sekcyjnym.

Zazwyczaj trwa wiać dziesiątki lat, i tabetycy, dosięgający starczego wieku, nie należą do rzadkości; jeden z moich pacjentów zmarł w 81 roku życia. Zarówno Niemiec, jak i Francuz autorowie zaznaczają w ostatnich czasach łagodny przebieg wiać, jedni fakt ten tłumacząc złagodzeniem charakteru choroby, inni zaś umożliwieniem wczesnego rozpoznania. MOTT, RAYMOND przytaczają przypadki, nie obce i każdemu doświadczonemu lekarzowi, które trwały 15, 20, 28 lat bez wybitnego postępu sprawy chorobowej. Ciekawe są dane PIERRE MARIE i P. MOQUET'a²⁾, którzy stwierdzili, że z pośród 66 zmarłych w ciągu ostatnich 7 lat w Bicêtre tabetyków (mężczyzn) 34 (51,5%) przekroczyło 60 lat, 55 (83,3%) zaś 50. (Wśród tej statystyki znajduje się po 4 chorych, którzy zmarli pomiędzy 70 i 75 rokiem życia oraz 75 i 80). Z liczby 58 pozostających przy życiu w Bicêtre mężczyzn tabetyków jest 25 (43,1%) powyżej 55 lat, 40 (68,9%) powyżej 50, 4 znajduje się w wieku między 70 i 75 rokiem, 2 między 75 i 80. Jak-

kolwiek jednak niespodzianie brzmią powyższe liczby statystyki szpitalnej na pierwszy rzut oka, to jednak, porównawszy je z danymi normalnej statystyki, nie sposób zgodzić się z wnioskiem powyższych autorów, mianowicie, że tabetyk rozporządza taką samą długowiecznością, co i zdrowy osobnik tegoż wieku. Przyjmijmy, jak to czynią i powyżsi autorowie, że początek wiać przypada między 35 a 40 rokiem życia, zaś dla ujednostajnienia porównania zgódźmy się na rok 40. Wedle statystycznych danych *Annuaire pour l'an 1893 publié par le Bureau de longévité*, zestawionych na zasadzie 9 spisów ludności i odnośnej statystyki śmiertelności we Francji — ta tylko może tu być uwzględniona — wypada, że z 1000 mężczyzn, którzy dobiegli 40 lat, umiera 125 w ciągu dziesięciolecia między 40 a 50 rokiem, a więc 87,5% przekracza 50 rok życia; pomiędzy 50 a 60 rokiem życia umiera 172, a więc przekracza 60 rok życia 70,3%; są to więc stosunki pomyślniejsze, niż wykazane przez MARIE i MOQUET'a (83,3%, 51,5%).

Śluszniejsze jest twierdzenie, zgodne z doświadczeniem innych autorów, że tabetycy nie dosięgają normalnej długowieczności, lecz skrócenie życia wydaje się być nieznaczne.

Od tego, że tak powiem, normalnego przebiegu zdarzają się nie zbyt często zboczenia, gdy objawy wiać rozwijają się szybko (tak zw. *tabes acuta*), okres paralityczny występuje wcześniej, i, jakkolwiek i teraz jeszcze może nastąpić poprawa, a choroba przyjąć przebieg przewlekły — chorzy umierają po paru latach.

Wczesne zejście może być wywołane w rzadkich przypadkach przez pewne dość rzadkie objawy wiać; pomiędzy nimi najbardziej groźne dla życia zdają się być *crises laryngées*.

GOWERS³⁾, PIERRE MARIE⁴⁾, OPPENHEIM⁵⁾ i inni opisują przypadki, w których śmierć na-

¹⁾ Ciekawy był on i przez bardzo rzadkie zaburzenie troficzne, mianowicie rozdarcie ścięgna prawego m. quadriceps cruris powyżej rzepki, które powstało pod wpływem błahej przyczyny (wysiadanie z powozu) i po paru tygodniach zbliżniło się z nieznacznym tylko zaburzeniem funkcji (cf. Loewenfeld. Münch. Med. Woch. 1887 N. 20), poprzedzały lekkie zapalne objawy w stawie kolanowym i około stawu

²⁾ A quel âge meurent les tabétiques. *Semaine médicale*. 1903. N. 43.

³⁾ Spinal Cord and Nerves. S. 305.

⁴⁾ *Traité de Médecine*. VI. S. 407.

⁵⁾ *Neurol. Centr.* 1884. S. 547 i *Lehrbuch der Nervenk.* IV. Wyd. 1905.

stąpiła w napadzie kryzy krtaniowej. O kryzach żołądkowych pisze GOWERS, że, jakkolwiek silne byłoby ich wyczerpujące (prostrating) działanie, jednakże nigdy nie spowodują one śmierci; ja jednak widziałem przypadek wiału z zejściem śmiertelnym na skutek bardzo silnych napadów *crises gastriques* z obfitymi krwawymi wymiotami i takimiż stolcami. U LOEB'a⁶⁾ znajduje się wzmianka o przypadku NAUNYN'a, dotyczącym tabetyka, który wskutek *crises gastriques* otrzymał 0,02 morfiny, poczem wystąpił oddech CHEYNE-STOKES'a, i chory nazajutrz znaleziony został martwym; zapewne, można tu uczynić uwagę, że śmierć spowodowana być mogła przez porażenie oddechania wskutek morfiny.

W nader rzadkich przypadkach wiału z objawami opuszkowymi śmierć nastąpiła raz nagle wskutek porażenia serca (HOWARD)⁷⁾ — innym razem z powodu zapalenia płuc (*Schluckpneumonie*) (RENNIC)⁸⁾.

Złamania kości u tabetyków zrastają się zwykle, nie przedstawiając nigdy niebezpieczeństwa dla życia chorego. Do wypadkowych dlatego należy nagle śmierć 44 l. tabetyka (lekarza) w okresie początkowym na tle przebytego przymiotu; był on zapewne dotknięty nadmiernie łatwą łamliwością kości, gdyż w powrotnej drodze z miejsca kąpielowego poślizgnął się na ulicy w Berlinie, „przykucał“, jak się wyraził, i złamał zupełnie bezboleśnie obie kości goleńowe; po 5 dniach nagle wśród zupełnego zdrowia zmarł wskutek — jak mi łaskawie d-r LUBSZYŃSKI donosi — embolii tłuszczowej, sądząc z objawów, prawdopodobnie do płuc.

Są jednak pewne powikłania, nie mające żadnego związku z właściwą sprawą tabetyczną, które częściej, niż wyżej wymienione objawy wiału, prowadzą śmierć przedwczesną; pragnę właśnie zaznaczyć, że w ostatnich latach

straciłem kilku tabetyków w pełni męskiego wieku wskutek nagłej i po części zupełnie niespodzianej śmierci. Ponieważ byli to wyłącznie pacjenci z praktyki prywatnej, i sekcya dokonana być nie mogła, mogę więc o przyczynie śmierci wypowiedzieć jedynie domniemanie, oparte na obserwacji klinicznej. Dwaj z tej kategorii chorych zmarli bez jakichkolwiek poprzedzających objawów, mogących zwiastować bliski koniec.

Dwaj chorzy tej grupy, będący w początkowym okresie wiału, zmarli, co prawda, nie nagle, lecz po krótkiej chorobie w wieku lat 45 *resp.* 42 przy objawach ciężkiego udaru mózgowego z hemiplegią. Ta ostatnia w przebiegu wiału wcale do rzadkości zdaje się nie należeć: FOURNIER spostrzegł ją 18 razy na 224 przypadki, CAYLA⁹⁾ stawia ją, co do częstości występowania, tuż po za porażeniem mięśni ocznych. Najczęściej są to przelotne hemiparezy, występujące w początkowym okresie wiału, rzadziej pozostają one stałymi, a jeszcze rzadziej prowadzą do śmierci, jak w rzeczonych przypadkach. GOWERS¹⁰⁾ uważa zejście śmiertelne na skutek ataków apoplektycznych za coś całkiem niezwykłego. Polegają one na rozmięczeniu, wynaczynieniu oraz sprawie patologicznej, zwanej przez P. MARIE i FÉRAND'a jako *lacunes de désintégration*; niekiedy żadnych zmian w mózgowiu wykryć się nie udawało (P. MARIE i inni). Przemijające oraz nawrotowe niedowłady połowiczne stawia DEBOVE w ścisłym związku ze sprawą tabetyczną, jednakże racjonalniej wydaje się wraz z MINOR'em, OPPENHEIM'em i inni, odnieść je do zmian naczyniowych przeważnie syfilitycznych, jak o tem świadczą liczne badania anatomiczne, i uważać je jedynie za powikłania wiału, z którym wspólne posiadają podłoże — syfilis. Obaj moi pacjenci byli istotnie syfilitykami.

⁶⁾ Münch. med. Woch. 1904. N. 4.

⁷⁾ Cyt. u Blocha. Neurol. Centr. 1899 S. 346.

⁸⁾ Brit. med. Journ. 1903. III.

⁹⁾ Ref. w Neurol. Centr. 1903. S. 35.

¹⁰⁾ L. c. S. 304.

Trzej inni chorzy zmarli nagle przy objawach sercowych; z nich dwaj cierpieli na napady *anginae pectoris*, a z tych jeden i na *insufficiencia valv. aortae*.

W czwartym przypadku, dotyczącym 43-letniego lekarza, na długo przed jego śmiercią zdiagnozowałem tętniaka aorty. Chory zmarł nagle wskutek pęknięcia tegoż (krwotok śmiertelny)¹¹⁾. Wszyscy 4 chorzy byli syfilitykami i znajdowali się w początkowym okresie wiądu.

Nie rzadkie powikłanie wiądu wadą serca (zwłaszcza zaś zastawek półksiężycowych aorty) jest ogólnie znane od czasu prac BERGER'a, ROSENBACH'a; również związek przyczynowy tego cierpienia, zwłaszcza zaś tętniaków aorty, z syfilisem jest zwłaszcza w ostatnich latach silnie akcentowany. MOLWSTEN znalazł syfilityczne tło w 80% przypadków tętniaka aorty, HELLER w 85%. Co się tyczy częstości tętniaka aorty w wiądzie, to wedle danych ostatnich lat stanowi on dość częste powikłanie wiądu. LESSER¹²⁾ w swych statystycznych poszukiwaniach ze szpitalów Moabit i Urban znalazł wśród 96 tabetyków 18 przypadków tętniaka aorty, a więc każdy 5 tabetyk dotknięty jest rzeczonem cierpieniem. Statystyka RUGE'go¹³⁾ ze szpitala Friedrichshain wykrywa na 64 przypadki wiądu 3 razy tętniaka aorty, a więc wcale nie mało znaczny stosunek 1 : 21, tem więcej, że prócz tego w 2 przypadkach znaleziono nieznaczne, w 3-im zaś wybitne rozszerzenie początkowej części aorty. Również zastanawiające są wyniki badań ARULLANI'ego¹⁴⁾ z kliniki turyńskiej, uwzględniających wszelkie postacie zapalenia aorty. Wśród 68 klinicznie spostrzeganych przypadków znalazł on w 40 (58%) objawy zapalenia aorty (z tych w 11 niedostateczność aorty, a w 2 tętniaki), które niekiedy dopiero po wielokrotnem i bardzo dokładnem badaniu dawały

się stwierdzić. Ten sam materiał dał 77% syfilitycznej etiologii. ARULLANI słusznie zaznacza, że opisany przez BABIŃSKIEGO a następnie przez VAQUEZ'a syndrom (rozszerzenie aorty, nie oddziaływające na światło źrenice, brak odruchów ścięgnistych) nie jest samodzielnym zbiorem objawów, lecz że tu chodzi o tabetyków z częstym cierpieniem aorty.

Napady *anginae pectoris*, wedle istniejących danych, nie wydają się być częstą komplikacją w wiądzie. LEYDEN¹⁵⁾, a po nim GRODEL stawia je w jednym rzędzie z *crises gastriques*, *laryngées* i *bronchiques* i uważa je za neuralgię nerwu błędnego, być może, zależną od zwyrodnienia włókien *n. vagi*. Klinicznie wedle mego doświadczenia nie różnią się napady duszniczy bolesnej u tabetyków niczem od napadów prawdziwej *anginae pectoris*, zależnej od zmian w tętnicach wieńcowych serca; zresztą nie udało się w tych przypadkach wykryć żadnego innego, istotnie ważnego momentu etiologicznego, nadużycia tytoniu, arteriosklerozy innego niż syfilitycznego pochodzenia. Toć i jeden z 4 chorych LEYDEN'a zmarł w napadzie stenokardyi, co nie łatwo pogodzić z pojęciem o nerwowej dusznicy. Dość często obserwowałem napady dusznicowe u syfilityków, nie tabetyków, którzy znacznie się poprawiali pod wpływem swoistego leczenia, możnaby też postawić pytanie, czy znakomite działanie jodku potasu w wielu przypadkach *anginae pectoris* nie stoi czasami w związku z tym etiologicznym momentem.

Wreszcie zmarli nagłą śmiercią dwaj chorzy w wieku lat około 45, znajdujący się w początkowym okresie bezładu; o przyczynie ich śmierci żadnego przypuszczenia wypowiedzieć nie mogę, albowiem nie zdradzało możliwości takiego zejścia. Jeden z nich położył się do łóżka, czując się zresztą zupełnie zdrowy, i po kwadransie znaleziono go martwym; samobój-

¹¹⁾ U Pierre Marie znajduje się wzmianka o pęknięciu aorty, które obserwował Levi u jednego tabetyka.

¹²⁾ Berlin. klin. Woch. 1904 N. 4.

Tamże. N. 11.

Revue neurologique. 1902. S. 970.

¹⁵⁾ Centr. f. klin. Med. 1887 N. 1 u Euleub. Realencycl. II. Wyd. XIX S. 445.

stwo było tu wyłączone; drugi padł martwy na ulicy. Obaj byli syfilitykami.

Przeglądając historie powyższych chorych, którzy padli ofiarą nagłej lub bardzo szybkiej śmierci, przeważnie w pełni męskiego wieku, jeszcze wiadom nie nadwątleni (najczęściej w okresie wstępnym lub na początku okresu ataktycznego), uderzeni jesteśmy faktem — który poniekąd mógłby być przytoczony na poparcie syfilitycznej etiologii tabesu — że wszyscy oni byli syfilitykami i zmarli od powikłań — udar mózgowy, dusznica bolesna, tętniak aorty, które stoją w ścisłym związku z syfilisem *resp.* przezeń są spowodowane. Takie przypadki nakazywać powinny pewną powściągliwość przy stawianiu pomyślnego *quo ad vitam* rokowania w tabesie.

STAN OBECNY DYAGNOSTYKI CHOROÓB KISZEK.

(O badaniu czynności kiszek za pomocą diety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem).

Podał

W. RÓBIN.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 46).

SCHMIDT wspomina jeszcze o jednej postaci zaburzenia w czynności chłonniczej kiszek, mianowicie o upośledzonym wchłanianiu gazów. Jako następstwo tego zaburzenia, zjawiają się silne wzdęcie brzucha i przykre dla chorego odchodzenie wiatrów. Zdaniem SCHMIDT'a mamy w tych razach najczęściej do czynienia w gruncie rzeczy ze sprawą nieżytową kiszek.

Zaburzenia w czynności ruchowej kiszek rzadko występują jako samoistna choroba, lecz przeważnie stanowią tylko objaw cierpienia miejscowego lub ogólnego. Do samoistnych zaburzeń w czynności ruchowej kiszek

zalicza SCHMIDT t. zw. niepokój robaczkowy kiszek (*termina intestinorum nervosa*) KUSSMAUL'a, dalej biegunkę nerwową i wreszcie zaparcie stolca na tle niedowładu kiszek.

Niepokój robaczkowy kiszek mamy prawo uważać tylko wówczas za nerwicę, jeśli dokładne badanie żołądka, kału i innych narządów nie wyświetliło innej przyczyny.

Co się tyczy biegunki nerwowej, to wielokrotne badania kału po dyecie próbnej w przypadkach, uchodzących za nerwicę, przekonały SCHMIDT'a, że bardzo często mamy tu do czynienia ze sprawami nieżytowymi. Czysta więc postać biegunki nerwowej spotyka się dość rzadko, a i w tych razach nawet biegunka powstaje nie skutkiem samego tylko zaburzenia w czynności ruchowej kiszek, lecz skutkiem jednoczesnych zaburzeń w różnych czynnościach.

Badanie kału po dyecie próbnej daje w biegunce nerwowej ważne wskazówki terapeutyczne. Na zasadzie bowiem danych badania kału usuwamy z diety chorych te pokarmy, które nie zostają przez nich strawione. Za punkt wyjeczny służyć tu może charakter procesów rozkładowych w świeżym kale, a także próba termostatowa: w razie wzmożonej fermentacji kału zalecamy dietę przeważnie białkową, w razie gnicia — dietę węglowodanową. Potężny wpływ wywiera nieraz na chorych tego rodzaju raptowna zmiana diety, np. nagłe przejście do diety roślinnej i t. p. Tłumaczą sobie to autorzy (LEMBKE) w ten sposób, że przy nagłej zmianie diety flora kiszkowa nie od razu może przystosować się do nowego środowiska; tymczasem zaś ustaje podrażnienie, wywoływane przez produkty rozkładu. SCHMIDT radzi jeszcze w uporczywych przypadkach ułożyć chorego do łóżka, gdyż nieraz sam ruch wystarcza już do pobudzenia ruchów robaczkowych kiszek. Autor ten widział niejednokrotnie poprawę od samego zastosowania diety próbnej w celu rozpoznawczym: wpływały tu prawdopodobnie zarówno

spokojne leżenie w łóżku, jak i sama zmiana diety.

I w sprawie zaparcia stolca nawykowego SCHMIDT wyraża przekonanie, że często zaliczamy do nerwowych postaci takie przypadki, w których zaparcie stolca powstało na tle pierwotnego nieżytu przewlekłego grubych kiszek lub na tle cierpienia żołądka. Z pośród cierpień żołądka zaparcie stolca towarzyszy najczęściej nadkwaśności soku żołądkowego, zdarzają się jednakże i przypadki zniesionego wydzielania soku żołądkowego, przebiegające z zaparciem stolca, w tych ostatnich razach zaparcie jest następstwem poprzedzającego nieżytu kiszek i doskonale daje się usunąć za pomocą systematycznego użycia kwasu solnego.

W sprawie pierwotnego nawykowego zaparcia stolca panował długi czas pogląd, że cierpienie to jest następstwem pierwotnego upośledzenia czynności ruchowej, niedowładu kiszek (NOTHNAGEL). EBSTEIN odróżniał dwie postaci kliniczne zapalenia stolca nawykowego: 1) atoniczną, spowodowaną przez niedowład kiszek i 2) spastyczną, w której wskutek wzmożonej wrażliwości nerwów czuciowych kiszek powstaje skurcz oddzielnych odcinków kiszek. Ściśle naukowych dowodów słuszności swych twierdzeń autorzy ci jednakże dostarczyć nie mogli. Tymczasem nasuwała się myśl, czy istotnie tylko upośledzenie czynności ruchowej było jedyną przyczyną zaparcia, czy też nie grają tu roli i inne czynniki, np. niedostateczne wytwarzanie kału wskutek zbyt silnego wchłaniania pokarmu w przewodzie pokarmowym, dalej brak bodźców dla ruchów robaczkowych kiszek (t. j. brak w kiskach produktów rozkładowych kwasu węglowego, kwasu octowego, mlecznego, gazów) i t. d.

Ciekawe spostrzeżenia kliniczne w tym względzie opisane były u nas po raz pierwszy przez REJCHMAN'a, który zwrócił uwagę na to, że niektórzy chorzy mają wypróżnienia raz na dwa-trzy tygodnie i rzadziej i pomimo to czują

się doskonale. Miałem sposobność obserwować przez czas dłuższy jedną z pacjentek d-ra REJCHMAN'a: apetyt miała bardzo dobry, żadnego wzdęcia brzucha lub objawów ogólnego zatrucia ustroju nie było; ściskanie w dołku i zgaga, na które chora się uskarżała, były na tle nerwowym, czego dowodem zupełne ustanie tych dolegliwości po 8 galwanizacjach zewnątrzżołądkowych. Chora ta wydzielala wogóle bardzo nieznaczne ilości kału. REJCHMAN tłumaczył tego rodzaju przypadki w ten sposób, że wogóle osobniki te wytwarzają mniej kału i brak w nim jednego lub kilku zwykłych składników, naprz. bakteryi, śluzu i t. d. Dokładne badania, przeprowadzone w tym kierunku przez SCHMIDT'a, dowiodły istotnie, że ogólna ilość kału jest u tych chorych znacznie zmniejszona, i to nie wskutek utraty wody przy dłuższem przebywaniu w kiskach, gdyż znacznie zmniejszoną okazała się także ilość suchego kału.

Wkrótce potem STRASBURGER dowiódł, że i ilość bakteryi u chorych z nawykowym zaparciem stolca jest również znacznie zmniejszona, i pierwszy wyraził pogląd, że chorzy ci widocznie zbyt dobrze trawiają, że mianowicie pokarmy zostają do tego stopnia dokładnie zużytkowane w kiskach cienkich, że nie pozostaje niezbędnego środowiska dla bakteryi w kiskach grubych; wobec tego bakterye skąpo się rozmnażają, i wytwarza się w kiskach grubych zbyt mało produktów rozkładowych, które stanowią bodziec fizjologiczny dla ruchów robaczkowych kiszek. Tym sposobem STRASBURGER przedstawił sprawę zaparcia stolca nawykowego w zupełnie nowem świetle.

Asystent prof. SCHMIDT'a, LOHRISCH, przeprowadził szereg badań nad tą sprawą, określając systematycznie u zdrowych i chorych osobników ilości azotu, tłuszczu, węglowodanów i t. d. w kale po dyccie próbnej, i doszedł do wniosków, w zupełności potwierdzających poglądy STRASBURGER'a. Ogólna ilość kału za 3 dniowy przeciąg czasu była zmniejszona i wynosiła od

30,8 do 46,0 (w warunkach prawidłowych 60,0) suchego kału; pod mikroskopem znajduwane były tylko bardzo nieliczne włókna mięsne, niemal zupełny brak komórek kartoflanych i bardzo mało mydeł, natomiast całe pole widzenia pokryte było detrytem; badanie chemiczne stwierdziło znaczne zmniejszenie się ilości azotu i tłuszczu. Powyższe dane dowodzą, że mamy tu do czynienia ze zbyt silnem, zbyt dobrem trawieniem! Wskutek zbyt dobrego trawienia bakterye znajdując mało podatny grunt dla swego rozwoju, zmniejsza się ilość produktów rozkładu i brak zwykłych bodźców dla ruchów robaczkowych kiszek; w ten sposób powstaje zaparcie stolca.

Jakie wnioski terapeutyczne dadzą się wyciągnąć z powyższego poglądu na zaparcie stolca? Przedewszystkiem należy pozostawić w spokoju aparat ruchowy kiszek i nie podawać chorym środków, pobudzających ruchy robaczkowe kiszek, gdyż środki te, rzecz prosta, korzyści żadnej przynieść nie mogą. Dalej wobec zbyt dobrego trawienia byłoby najwłaściwszem trawienie „popsuć“, innemi słowami zwiększyć procesy rozkładowe w przewodzie pokarmowym. Bezwiednie zalecamy też oddawna w odpowiednich razach ciężko strawne pokarmy, jako to: chleb razowy, sałatę, owoce strączkowe, jarzyny, orzechy i t. p. Należy tylko zauważyć, że, jak stwierdziły dotychczasowe badania, nie zawsze osiągamy w ten sposób widoczny skutek, gdyż nawet z wyżej wymienionymi pokarmami częstokroć radzi sobie doskonale przewód pokarmowy osobników z zaparciem stolca, i silniejsze procesy rozkładowe, a zatem wypróżnienia nie zostają wywołane. Nadawałby się w powyższym celu doskonale tłuszcz, ale trudno znaleźć odpowiedni dla praktyki rodzaj tłuszczu. Słonina np. jest zupełnie w tym celu odpowiednia, ale zalecać ją możemy tylko w ilościach niedużych, niewystarczających. Można spróbować podawania

masła krowiego w większych ilościach, jak to w swoim czasie polecał DÖRFLER w zaparciu stolca u dzieci. Wreszcie godne polecenia są także lawatywy z oliwy (KUSSMAUL).

SCHMIDT prócz tego stosuje w praktyce lawatywy z kwasu węglowego, względnie z wody selcerskiej, mając na względzie działanie drażniące kwasu węglowego na kiszkę. Przewrócony syfon z wodą selcerską łączymy za pomocą rurki gumowej z odbytnicą chorego i wstrząsamy syfon dopóty, dopóki cały CO₂ nie przejdzie do kiszek. Przy dłuższem stosowaniu lawatywy takie wywierają wpływ tonizujący na błonę śluzową kiszek, nie wywołując przytem żadnych zaburzeń.

Z powyższego zarysu widzimy jasno, że badanie kału po próbnej dyecie rzuciło już dotąd sporo światła na niektóre ciemne sprawy w dziedzinie zaburzeń kiszkowych, w przyszłości zaś, przy szerszem zastosowaniu, obiecuje przynieść plon obfity. Obecnie w każdym trudniejszym pod względem rozpoznawczym przypadku cierpienia przewodu pokarmowego, a zwłaszcza zaburzeń w czynności kiszek, wątroby i trzustki powinniśmy bezwarunkowo uciekać się do pomocy badania kału po dyecie próbnej, które częstokroć da nam cenne wskazówki rozpoznawcze. Tu również nadają się uporczywe przypadki, nie poddające się zwykłemu leczeniu, gdyż badanie kału po dyecie próbnej da nam możność dokładniejszego poznania procesu trawienia poszczególnych składników pokarmowych u każdego chorego i pozwoli ułożyć racjonalną i najwłaściwszą dyetę. Autorzy, którzy stosowali dotąd w większej liczbie przypadków dyetę próbną SCHMIDT'a, wyrażają się o nowej metodzie badania z całym uznaniem.

Tak np. STRAUSS doszedł do wniosku na zasadzie licznych swych spostrzeżeń, że dzięki nowej metodzie możemy osiągnąć cały szereg ważnych dla rozpoznania i leczenia danych.

LITERATURA.

- 1) SCHMIDT und STRASSBURGER. Die Faeces des Menschen. 3 części. Berlin. 1903.
- 2) SCHMIDT. Die Funktionsprüfung des Darmes. 1904. Wiesbaden.
- 3) SCHMIDT. Ueber gasterogene Diarrhoeen. (Praca jeszcze nie ogłoszona).

4) REJCHMAN. Przyczynek do nauki o sposobie powstawania t. zw. nawykowego zaparcia stolca. Gaz. Lek. 1900.

5) LOHRISCH. Die Ursachen der chron. habit. Obstip. Deut. Arch. f. klin. Med. 1904.

WYKŁADY KLINICZNE.

HALLION i CARRION.

Surowica fizyologiczna — jej skuteczność lecznicza — sposób oddziaływania, miareczkowanie, korzystny wpływ surowicy z wody morskiej.

Liczne prace, w ostatnich latach dokonane, rzuciły żywsze światło na dział fizjologii, pozostający w ścisłym związku z zastrzykiwaniami chlorków na rolę ich w stanach chorobowych (WIDAL, ACHARD, LOEPER, CANTONNEL i inni), wreszcie na znaczenie zastrzykiwań wody morskiej, zapoczątkowane przez QUINTON'a. Rzecz tę zgodnie z planem, zaznaczonym w nagłówku, autor poszczególnie w pracy swojej rozbiera.

Badania WIDAL'a, ACHARD'a oraz autorów wykazały, że nadmiar chlorku sodu w ustroju może spowodować niekiedy przypadłości niepożądane i sprzyja powstawaniu obrzęków. Niebezpieczeństwo takich zastrzykiwań jego stwierdzono (LOEPER, ACHARD, LAMBRY, PAISSEAU, GOUGET, BERGET) u chorych z retencją chlorkową — zwłaszcza u brąjtyków, chorych sercowych, przynajmniej w razie obfitszych zastrzykiwań, szczególnie przy uiedomodze wydzielniczej nerkowej. Z powyższego wynika, że z zastrzykiwaniami takimi należy być ostrożnym

w przypadkach taki, w których zmiany chorobowe w nerkach, czy to pierwotne) czy też wtórne stają na przeszkodzie wydzielaniu się chlorków.

Zdaniem LEJARS'a sztuczna taka surowica t. j. właściwie roztwór NaCl i na zasadzie naukowej i na zasadzie doświadczenia zyskuje sobie coraz obszerniejsze zastosowanie — lecz nadaje się do użycia jedynie w tych przypadkach, w których serce i nerki zachowały jeszcze pewien stopień właściwej im zdolności czynnościowej.

Pozatem seroterapia taka znajduje coraz liczniejszych zwolenników. Zdaniem LEJARS'a w przypadkach zapaści traumatycznej, w przypadkach silnych krwotoków nie ma środka lepszego nad takie zastrzykiwanie surowicy, lecz należy je tu stosować natychmiast, w dużych ilościach, a nie bawić się w takie ilości, jak 200 lub 300 grm.

Takoż zachwala on ją w rozmaitego rodzaju infekcyach, w przypadkach, kiedy należy pobudzić czynność serca i nerek. W Niemczech, we Francji metoda ta znajduje coraz obszerniejsze zastosowanie w przypadkach zapaści, ciężkiej małokrwistości, zatruciach i zakażeniach.

Autorowie czynią tu jeszcze uwagę, że w przypadkach potrzeby stosowania jej u chorych, u których serce lub nerki chorobowo są zmienione, należy zachować pewną ostrożność, *resp.* że u takich chorych nie należy zrazu zastrzyki-

wać znacznych ilości roztworu NaCl — że należy zacząć od $\frac{1}{2}$ litra, a nawet jeszcze mniejszej ilości i zastrzykiwania takie powtarzać o tyle, o ile poprzednie w wyniku swoim były zadawalające.

Rozmaicie objaśniają sposób działania sztucznej surowicy. Najwięcej wabiącą zdaje się być teoria przemycia krwi, według której wprowadzenie takiej surowicy sprzyja spotęgowaniu się diurezy i na tej drodze uwolnieniu ustroju od rozmaitych substancji toksycznych, jakie we krwi znajdują by się mogły.

Teoria ta jednak nie wytrzymuje krytyki, wykazują to badania, dokonane przez autorów, oraz doświadczenia ENRIQUEZ'a, który dowiódł, że toksyna błonicy, wprowadzona do krwi, nawet w czasie najsilniejszego oddziaływania moczopędnego zastrzykniętej uprzednio surowicy sztucznej, z ustroju wcale drogą tak spotęgowanej diurezy wymyta nie zostaje. Toż samo wykazał ERCKLENTZ w swoich doświadczeniach na zwierzętach, zatrutych rozmaitemi substancjami; w doświadczeniach tych jedynie sole mineralne dawały wynik dodatni. Jeśli więc w moczu przy zatruciu np. chloranem potasu sól ta obok chlorku sodu się ukazywała, dziwić się temu zbytnio nie należy, gdyż chloran potasu jako sól, równie jak i chlorek sodu, podlega przy przejściu przez nerki mniej więcej tym samym prawom, co i ten ostatni, nie tak się jednak zachowują tu toksyny — te specjalnie, że tak rzec — ciężą ku tkankom żywym (affinité). Ponieważ więc toksyny, czy też jady organiczne są właściwymi czynnikami szkodliwymi w rozmaitych infekcyach i samozatruciach, i ponieważ, jak z powyżej wspomnianych badań i doświadczeń wypada, że z ustroju przy spotęgowanej diurezie *resp.* przy takim „przemyciu krwi” sztuczną surowicą się nie wydalają, z tego więc wypada, — że aczkolwiek potężny i skuteczny wpływ zastrzykiwań sztucznej surowicy, tak wielokrotnie w praktyce lekarskiej stwierdzony, wątpliwości nie ulega, to jednakże wcale jeszcze nie jest dowiedzionem, żeby wyniki takie uzasadnienie swoje „w przemywaniu krwi” w sensie wyżej wymienionem znajdowały, — że więc teoria ta jako nie zgadzająca się z istotą rzeczy jest chyba fałszywa. Zdaniem autorów skuteczność surowicy możnaby jeszcze w rozmaity sposób objaśniać, każde jednak objaśnienie w braku, jak

dotąd pewnych danych należałoby zaliczyć raczej do rzędu hipotez.

Następnie, zastanawiając się nad kwestją, jaka powinna być koncentracja surowicy sztucznej, ażeby ta, do krwi wprowadzona, względnie jaknajmniej szkodliwie na ustrój oddziaływać mogła, autorowie notują, że w dwojaki sposób bywa ona określana. Jedni określają ją drogą doświadczalną t. j. zastrzykując zwierzętom surowicę różnych koncentracji i określając w ten sposób, jaki stopień koncentracji okazuje się najodpowiedniejszym i nieszkodliwym, oznaczają tęż koncentrację na 7—7,5 na tysiąc i surowicę taką nazywają fizyologiczną.

Inni, licząc się z prawami fizyki, *resp.* osmozy (MALASSEN) i wprowadzając tu pojęcie izotonii, na zasadzie owych właśnie praw gęstość taką określają i surowicę w myśl tej zasady przygotowaną — 9‰ chlorku sodu zawierającą, nazywają izotoniczną. Na czemże polega tu izotonia?

Otóż, jeśli pomieścić czerwone ciało krwi w 9‰-ym roztworze chlorku sodu — ciało takie nie zmieni swej objętości; w roztworze słabszym objętość jego się zwiększy; w roztworze silniejszym przeciwnie, zwiększy się. Objasnia się to tem, że w przypadku pierwszym ciało wody ani nie przybyło, ani nie ubyło, — w przypadku drugim ciało zwiększyło się wskutek absorpcji jej, w przypadku zaś trzecim zmniejszyło się ono wskutek jej utraty. Dzieje się to na zasadzie osmozy, odbywającej się tu poprzez cienką otoczkę ciała — między sokiem, toż przenikającym, a roztworem solnym (surowicą). Każdy roztwór — że tak rzec — pragnie wody, ztąd to dążenie między surowicą a sokiem krwinki do wzajemnego jej sobie odbierania, które też i ustaje dopiero z chwilą nastąpienia równowagi osmotycznej t. j. z chwilą, gdy siła osmotyczna komórki staje się równą takiejże sile roztworu solnego. (ztąd też i nazwa izotonia = równa siła), a taka to właśnie równowaga ma miejsce przy 9‰-ej koncentracji tego ostatniego. Roztwór ten silniej przyciąga wodę, im więcej zawiera w sobie rozpuszczonych cząstek.

Jeśli więc ten bardziej rozczyścić, wtedy z izotonicznego staje się on hypotonicznym — pozwala odciągnąć sobie wodę przez ciało krwi, które wskutek tego brzmieje. Przeciwnie, jeśli

roztwór taki czynimy gęstszym, tenże staje się hipertonicznym — nabywa właściwości odciągania wody od krążka krwi — krążek więc się ściga, (zmniejsza). O ile więc czerwone ciało krwi znajdzie się w roztworze, ze względu na gęstość swoją pozostającym w granicach roztworu nie nazbyt hypotonicznego (nie niżej 6‰), ani też nazbyt hipertonicznego, przybiera ono stosownie do gęstości roztworu objętość mniejszą lub większą — zachowując normalną jedynie w roztworze izotonicznym.

Otóż zwolennicy drugiego poglądu (izotonizmu), opierając się na owych prawach osmozy, roztwór solny 7,5‰, jako wymaganiom równowagi osmotycznej zadość nie czyniący (ciało krwi w roztworze takim brzmięje), nie uważają za odpowiedni, lecz za hypotoniczny — natomiast ze względu na zachowanie się ciała krwi za właściwy uważają roztwór 9‰-owy i ten nazywają izotonicznym i godnym nazwy surowicy fizjologicznej.

Rozumowanie jednak takie zwolenników ostatniego poglądu nie wydaje się autorom racjonalnem, albowiem ze względu na ustroj czy to w stanie normalnym, czy też chorobowym, nie tylko taka izotoniczność stosowanego roztworu — jakoby względnie najmniej ujemnie oddziałującego — rolę jedynie odgrywa, lecz wchodzi tu w grę i inne czynniki. Jeśli bowiem ilość chlorku sodu w ustroju — jak to ogólnie jest wiadomem — dla tegoż nie jest wcale sprawą obojętną; to już z takim wprowadzeniem do krwi roztworu, przewyższającego pod względem odsetkowej zawartości tej soli surowicę krwi, liczyć się chyba należy. Postępując tak, unikamy niby błędu, tyającego się praw fizyki, lecz popełniamy inny tyający się chemizmu — a ten ostatni ważniejszy jest dla ustroju.

Jeśli wprowadzenie sztucznej surowicy 7,5‰ obniża nawet nieco ciśnienie osmotyczne osocza krwi, to obniżka ta może być tylko tak małoznaczna, że prawie żadnego wpływu na krążek czerwony nie wywiera; wprowadzenie zaś do osocza, normalnie zawierającego 6‰ chlorku sodu, roztworu zawierającego 9‰ tego ostatniego, musi koniecznie naruszyć równowagę chemiczną (soli) ustroju, która już ze względu na jej stałość w stanie prawidłowym tak doniosłe ma znaczenie fizjologiczne. Gdyby zaś ktoś postawił zarzut, że wprowadzając do krwi

roztwór 7,5‰, wprowadza się w porównaniu z surowicą izotoniczną, zamiast większej ilości chlorku sodu, stosunkowo większą ilość wody, to zarzut taki odeprzećby można na zasadzie badań oraz faktów klinicznych — tem, że nerki łatwiej oswabadzają ustroj z nadmiaru wody, aniżeli ze zbytnej ilości chlorku sodu. ERCKLENTZ w celu „wymycia” ze krwi substancji trujących posługiwał się dwojakim roztworem soli (NaCl), jednym o koncentracji 6‰, drugim zaś o 9‰ — a więc z jednej strony roztworem hypotonicznym (6‰), lecz niedostatecznie hypotonicznym dla destrukcji ciałek krwi, z drugiej zaś strony roztworem izotonicznym (9‰). Otóż wbrew przeciwnie temu, jak to miało miejsce z roztworem hypotonicznym, roztwór izotoniczny prawie że nie okazywał wpływu na wyswabdzanie się z moczem substancji wzmiarkowanych.

Fakt ten potwierdza mniemanie, że jeśli zastrzykiwanie roztworu solnego daje szansę wydalenia z ustroju drogą nerek pewnych substancji trujących — jeśli wogóle takiego skutku po nich spodziewać się można (patrz wyżej), to rezultat taki daje się osiągnąć przy stosowaniu roztworów nie izotonicznych a hypotonicznych, czyli że większa zawartość chlorku sodu w stosowanym roztworze nie sprzyja „przemyciu” krwi. Zdaniem autorów — z teoretycznego nawet punktu widzenia koncentracja 7,5‰, jako pośrednia między koncentracją ściśle fizjologiczną a izotoniczną, jest zupełnie właściwa i ze względu na nie przeholowaną ilość chlorku (NaCl) i ze względu na ciśnienie osmotyczne. Nadto doświadczalnie taka gęstość okazała się zupełnie odpowiednią.

Ponadto, jak dotąd, pomimo niektórych faktów, stwierdzonych badaniami, wiadomości nasze co do sposobu działania omawianych zastrzyków są jeszcze bardzo ograniczone. Z tego względu też i wywody tyące się kwestyi tej — przy zwróceniu głównie uwagi na izotonię z pominięciem równowagi chemicznej płynów ustroju — mogą się okazać jeszcze bardzo niepewnymi, a może i błędnymi, zwłaszcza, jeśli nie przeoczyć, że wobec kwestyi tak mało wyjaśnionej, natknąć się tu jeszcze można na różne czynniki, dotąd może jeszcze nie podejrzwane. Dla tego więc lepiej jest kierować się tu obserwacją i faktami stwierdzonymi doświadczeniem,

aniżeli rozumowaniem. Ze względów więc powyższych, wybierając między roztworem 7,5‰ ustanowionym przez fizyologów i klinicystów a roztworem izotonicznym 9‰ — ustanowionym — raczej na drodze rozumowania — autorowie dają pierwszeństwo pierwszemu.

Stosowany w zastrzykiwaniach roztwór soli (NaCl) znalazł swojego współzawodnika, może i godniejszego uznania w takimże zastosowaniu wody morskiej. RENÉ QUINTON w dziele swoim (*l'Eau de mer, milieu organique; constance du milieu marin originel, comme milieu vital des cellules, à travers la serie animal*) dowodzi — co zresztą ogólnie prawie obecnie jest przyjętem — że źródłem tworzenia się pierwszych komórek zwierzęcych jest morze, że w niem to one pierwotnie powstały i w niem się dalej rozwijając, mnożąc i kształtując, dały początek naprzód tworom zwierzęcym najniższym, te zaś znów drogą dalszego rozwoju niższym bezkręgowym i t. d., aż do pojawienia się drogą takiej stopniowej i kolejnej ewolucji przedstawicieli, coraz wyższe zajmujących miejsce w klasyfikacji zoologicznej. Twierdzi on dalej, że środowisko to zewnętrzne (woda morską), z którego istoty organiczne życie swe czerpały (wzięły), tak się, że tak rzecz, zasymilowało z ustrojem zwierzęcym, że nadal pozostaje ono dlań takimże środowiskiem, życie podtrzymującym — lecz już wewnątrznie, czyli że czy to krew, czy też inne soki, w ustrojach zwierzęcych krążące, lecz rolę jej grające — są tylko w istocie rzeczy swoście zmienionem owem środowiskiem — wodą morską; a że tak jest, dowodem tego ma być porównawcze zestawienie obojga pod względem chemicznym. Osocze (plazma) krwi bogate jest w chlorek sodu — też sól stanowi też przeważną składową część wody morskiej; inne składniki chemiczne, które obficie znajdują się w wodzie morskiej, znajdują się też obficie i we krwi; te znów, które w małych ilościach lub jako ślady jedynie istnieją w wodzie tej, w takimże stosunku znajdują się i w ustroju zwierzęcym — odnosi się to mianowicie do jodu i arsenu, które aczkolwiek w małych ilościach w ustroju się znajdują, są jednak również nieodbitnie potrzebne dla spraw życiowych ustroju, jak i chlorek sodu.

Otóż QUINTON wykazał, że pogląd taki i w zastosowaniu praktycznym poparcie zwa znajduje

je. U psa, któremu zastrzyknął on do żył za jednym zachodem wodę morską w rozcieńczeniu izotonicznem i w stosunku 670 cent. sz. na kilogram wagi — nie udało się stwierdzić żadnych niepożądanych przypadłości; u innego któremu takiż roztwór zastrzykiwał w stosunku 810 ctm. sześciennych na kilogram wagi, dał się wykazać przejściowy tylko stan osłabienia (przygnębienia). Autorowie, zastrzyknąwszy psu takiż roztwór w ilości wagowej większej, aniżeli waga samego psa (?), również nie zauważyli, żeby zastrzyknięcie to temuż krzywdę jaką wyrządziło. Wogóle z licznych doświadczeń i badań QUINTON'a wypływa, że zastrzykiwania z wody morskiej — przynajmniej u psa — oddziałują co najmniej dwa razy mniej toksycznie, aniżeli także zastrzykiwania zwykłego roztworu soli (NaCl.)

Stosowanie zastrzykiwań roztworu wody morskiej odpowiednim chorym potwierdziło nadzieje, jakie QUINTON w skuteczności ich pokładał. Podaje on w dziele swoim, wydanem w roku zeszłym, liczne przypadki spraw chorobowych, zwłaszcza przynależnych i gruźlicy, w których ta jego metoda lecznicza bardzo zachęcająco dawała wyniki. Sposób postępowania jest następujący:

Zacząć należy od od zastrzykiwań 50—100 grm., powtarzać je następnie z przerwami 3—4 dniami w toż samo miejsce (gdzie więc tanki są już należycie przygotowane do zabiegu tego — przez pierwsze zastrzyknięcie).

Jeśli dawka 100 gramowa i powtarzana, nie daje widocznego polepszenia, należy ją zwiększyć — w razie potrzeby nawet do 500 grm. Czy dawki słabsze, lecz za to codziennie stosowane, nie okazywałyby się skuteczniejszymi, niż dotąd, nie jest należycie wysświetlone.

Plazma QUINTON'a powinna wzbudzić żywe zainteresowanie, zwłaszcza że obok wartości swojej leczniczej, będąc nieszkodliwą i ze względu na chemiczny skład swój bardzo zbliżoną do osocza krwi, sprzyja ona lepiej, niż surowica sztuczna, utrzymaniu ze wszech miar tak ważnej równowagi chemicznej (soli) ustroju—to też — zdaniem autorów — należałoby ją zalecać wogóle w tych przypadkach, w których obecnie stosuje się roztwór solny (NaCl).

Spostrzeżenia MATHIEU'a, FOURNOL'a, SIMON'a i inn. stwierdzają, że woda morską, sto-

sowana według metody QUINTON'a, stanowi po-
teżny środek leczniczy w traktowaniu gruźlicy,
w niektórych przypadkach obłąkania (MARIE
i PELLETIER) oraz u wyniszczonych ssawców
(QUINTON i LACHÈRE). Wogóle otrzymywane
dotąd wyniki zdają się — zdaniem autorów —
metodzie tej piękną wróżyć przyszłość.

Tu jeszcze nadmienić należy, że woda mor-
ska, używana przy tej metodzie, powinna być na-
turalna — t. j. że żadną miarą sztucznie przygo-

towaną wodą taką zastąpiona być nie może; że
powinna ona być czerpana na pełnem morzu lub
oceanie (woda u brzegów jest zanieczyszczona);
że powinna być świeża; że woda destylowana
użyta do rozcieńczenia, powinna być absolutnie
czysta i wreszcie że sterylizacja jej nie powin-
na być dokonywana w autoklawie (?) przynaj-
mniej wedle zwykłej metody.

(Archives gener. de Medecine. N. 25. 1905).

F. Gr.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

88 MOSZKOWICZ i STEGMANN. Leczenie
przerostu gruczołu krokowego promieniami
Roentgen'a.

Liczne badania, wykazujące niszczący wpływ
promieni ROENTGEN'a oraz promieni radu na
niektóre tkanki, a zwłaszcza, jak tego dowiedli
w doskonałych pracach swoich SCHAPER i BLA-
UEL, na tkanki o komórkach typu nabłonkowego
(*epithelium*), nasunęły myśl spożytkowania tej
ich właściwości dla leczenia przerostu gruczołu
krokowego. Myśl ta znajduje poparcie już w
historii rozwoju tegoż: według SONNENBURG'a
powstaje on w trzecim miesiącu życia zarodko-
wego z wypochwienia nabłonkowego u dna
sinus urogenitalis, — według zaś WALKER'a na-
błonek gruczołu krokowego narówni z jądrami
(*testiculi*), z *ductus deferens* i z *vesiculae seminales*
jest wprost odroślą przewodu WOLFF'a. W dal-
szym rozwoju swoim prostata pomimo przewagi
włókien mięśniowych pozostaje jednak orga-
nem o charakterze gruczołu, w razie przerostu
którego tkanka gruczołowa *resp.* nabłonkowa w
rozmaitym stopniu udział, a najczęściej znamien-
ną nawet przewagę nad rozrostem tkanki mię-
dyzodstępowej bierze. MÜNICH np. w ośmiu u-
ległych przerostowi i wyluszczonych w klinice
MIKULICZA gruczołach krokowych taki właśnie
miejscami czyniący wrażenie gruczolaka (*adeno-
ma*) rozrost tkanki gruczołowej znalazł. Otóż,
jeśli z jednej strony wziąć pod uwagę, że skoro

nieznaczne już powiększenie objętości gruczołu
może stać się przeszkodą dla wydalania moczu
i *vice versa* nieznaczne zmniejszenie się tegoż
zdolność urynowania przywrócić — z drugiej
zaś strony, że skoro promienie te są w stanie ni-
szczyć nabłonek gruczołu i na tej drodze sprzy-
jać zmniejszeniu się tegoż *resp.* ułatwieniu odda-
wania moczu, przeto wskazanie dla wyzyskania
tej ich właściwości w celu leczniczym staje się
aż nadto jasnem. I rzeczywiście, próby, w tym
kierunku czynione, dowiodły, że przerosty gru-
czoł krokowy po zastosowaniu irradycji fak-
tycznie ulega zmniejszeniu, że oddziaływanie
promieni tych nań jest w skutkach swoich znacz-
nie silniejsze, aniżeli na inne tkanki, nadto, że
jest ono zarazem tak szybkie, że przenikanie
ich poprzez cienką ścianę odbytnicy niepożą-
danych zmian w niej nie powoduje nijakich.

Jaka jest właściwa przyczyna niszczącego
wpływu promieni na tkankę gruczołową prosta-
tyczną, rozmaicie jest tłumaczonem. Podczas
gdy jedni utrzymują, że objaśnia się on bezpo-
średniem działaniem promieni tych na lecytynę,
w komórkach gruczołu zawartą, że ta, rozkładaj-
jąc się pod wpływem ich toksycznym oddziały-
waniem produktów rozpadu swojego destrukcyę
komórek owych powoduje (WERNER), — inni
twierdzą, że działanie promieni tych polega
na spotęgowaniu czynności zaczynu autolitycz-
nego, w komórkach gruczołu zawartego i wywo-

lującego jego autolizę *resp.* zmiany w histologicznej jego budowie. Bądź jak bądź, czy rozpad lecytyny pod działaniem promieni następuje wprost, czy też jest on następstwem autolizy, czynnik ten zdaje się odgrywać pewną rolę w w oddziaływaniu promieni, zwłaszcza, że właśnie tkanki bogate w lecytynę — jak mózg, jądro, gruczoł krokowy, szczególnie na działanie ich okazują się wrażliwymi.

Autor podaje tu 6 przypadków przerostu gruczołu krokowego u osobników od lat 61 do 77. Irradyacje stosowano z odległości 40 ctm. przez minut 15, w odstępach 2–3 tygodniowych i wogóle w liczbie nie wyższej niż 2–3 w danym przypadku. Liczba 3 nigdy przekraczana nie była, albowiem zmiany w gruczole szybko się ujawniały, a szybki taki odczyn nakazywał być ostrożnym z dalszem stosowaniem promieni.

W przypadkach tych już w tydzień lub dwa po pierwszej irradacji w gruczole wyraźne zachodziły zmiany, zaznaczające się częściowym lub całkowitem odzyskaniem zdolności samodzielnego oddawania moczu oraz wymacalną zmianą konsystencji i formy gruczołu. W miejsc równomiernie twardo-elastycznego ciała wyczuwać się teraz dawało ciało, w którym części miękkie wymacały się obok twardych, prawdopodobnie łączno-tkankowych, które wskutek zaniku części gruczołowatych (komórkowych) stały się łatwiej wyczuwalnymi. Po następnej (2-iej) irradacji zmiany te stawały się jeszcze wyraźniejszymi; gruczoł wielkości kurzego jaja (w przypadku 2-im) po trzykrotnem zastosowaniu promieni stał się wiotkim, miękkim, przy obmacywaniu trudno dającym się odróżnić od części sąsiednich. Na błonie śluzowej *recti* w omawianych przypadkach zmian jakichkolwiek wykazać się nie dawało — tak, że oddziaływanie promieni ograniczało się niejako specjalnie do gruczołu.

Na uwagę zasługują niektóre przypadłości, będące skutkiem stosowania irradacji. Tu przede wszystkim zaznaczyć należy zwiększenie się we wszystkich przypadkach parcia na mocz, uczucie ciężkości i pełności w międzykroczu, a niekiedy też i parcie na stolec. U niektórych chorych objawy zapalenia pęcherza, jakie już uprzednio istniały, pod wpływem promieni ulegały pogorszeniu: ilość ropy w moczu się zwię-

kszała, a niekiedy okazywała się w nim przemieszka krwi. U jednego z chorych wywiązało się nawet krótkotrwałe zapalenie przyjądra. Aczkolwiek wszystkie te przypadłości rychło ustępowały, wskazują one jednak wyraźnie na stan silnego podrażnienia tkanek, jaki ujawnia się skutkiem rozpadu komórek nabłonkowych gruczołu.

Z przypadłości postronnych, jakie notowane były w przebiegu stosowania radioterapii, zaznaczyć należy przypadki *stenocardiae* w połączeniu z ogólnem osłabieniem i zapaścią (w 3 przypadkach). Jaka była właściwa przyczyna ich, czy refleksyjne podrażnienie serca, i tak już dotkniętego sprawą miażdżycową tętnic wieńcowych, czy też wtargnięcie do ustroju licznych produktów rozpadu mas nabłonkowych *prostatue*, na razie trudno orzec. Bądź jak bądź, należy też wziąć pod uwagę ten nagły prawie przełom, jaki tu u osobnika starszego następuje w sposobie wydalania moczu. Chorzy tacy uprzednio regularnie co noc musieli się kateteryzować — teraz przeto szybkie zmięknienie i zmniejszenie się gruczołu wraz z odczynowym podrażnieniem dróg moczowych i potrzebą częstego oddawania moczu bez wpływu na ogólny stan chorego pozostać nie może.

W celu więc łagodzenia i unikania pojawiających się w takich razach napadów *stenocardiae* chorym aż do czasu możności samodzielnego oddawania moczu zakładano na noc cewnik *à demeure*. W jednym przypadku (II), chory w trzy tygodnie po irradacji i po kilkodniowym już samoistnem oddawaniu moczu począł doznawać ciężkich napadów *stenocardiae* wraz z jednoczesnem wywiązaniem się zapalenia przyjądra.

Jeśliby kto chciał poddać w wątpliwość skuteczność irradacji co do samodzielnego oddawania moczu na zasadzie tego, że w przypadkach przerostu gruczołu krokowego już po zwykłym kateteryzowaniu często powraca możność oddawania moczu bez cewnika, to zarzut taki odeprzećby można tem, że w dwóch z notowanych tu przypadków trzytygodniowe zakładanie cewnika do samoistnego oddawania moczu doprowadzić nie mogło, że to ostatnie dopiero po irradacji (w 9 dni) wraz z jednoczesnie wymacalnem zwióceniem gruczołu możliwem się okazało.

Wogóle radioterapia skuteczniejszą się okazuje w przypadkach zatrzymania się moczu po raz pierwszy dopiero powstałych, kiedy brak jeszcze rozmaitych wtórnych zmian w pęcherzu (*trabeculae, diverticula*, porażenie mięśni, *cystitis*), niż w przypadkach późniejszych, którym zmiany takie mogą towarzyszyć.

W jednym przypadku (V), w którym pomimo trzykrotnego zastosowania irradycji i wyraźnego zmięknienia gruczołu pacjent samodzielnie moczu oddawać nie mógł, niemożność ta objaśniała się bliznowatymi zwężeniami cewki krokowej — będącymi wynikiem prób galwanokaustycznego leczenia.

Zaznacza wreszcie autor, że sposobu wprowadzania do cewki odpowiedniej sondy z radem celem oddziaływania wprost na przerosłe miejsce gruczołu — jak na teraz stosować nie mógł ze względu na trudność otrzymania radu. Kończy wreszcie pracę swoją życzeniem, ażeby skuteczność i nieszkodliwość (przy ogólnym stosowaniu) omawianego sposobu leczenia zachęciła lekarzy do szerszego jego stosowania.

(Münch. Medic. Woch. N. 29. 1905 r.).

F. Gr.

89. L. CHAVER (Meksyka). Spostrzeżenia co do błonowca wewnątrz oka.

Autor korzysta z okazji przedstawionego w Towarzystwie lekarskim przypadku węgry podsiatkówkowego, aby omówić kilka ważnych punktów, dotyczących powstawania tej choroby, jej częstości, rozpoznania, rokowania i postępowania leczniczego.

Najczęściej, zdaniem autora, spotykamy się z tą chorobą na północy Niemiec. Rzadko zdarzają się przypadki węgry śródocznego we Francji, Belgii, Szwajcarii i Stanach Zjednoczonych. Rzadkość ta dochodzi do tego, że wielu okulistów nie zna tego obrazu chorobowego pomimo nieraz kilkunastoletniej praktyki. Sam autor w przeciągu ostatnich 18 lat miał sposobność poznać u siebie w kraju 16 przypadków.

W pierwszych ośmiu autor sam zrobił rozpoznanie, gdyż do niego z pierwszą poradą się udano, reszta przypadków była obserwowana razem z innymi okulistami. Ponieważ w tym okresie autor spostrzegał 32,000 chorych, wypadła więc 1 przypadek węgry śródocznego na 4000 chorych. Pasorzyt do oka dostaje się prawie zawsze drogą obiegu krwi. Wyjątek stano-

wią węgry podspojówkowe, dla których przyjmują możliwość wniknięcia jajka pasorzyta bezpośrednio zewnątrz pod łącznicę. Wogóle węgry podspojówkowe zdarzają się rzadko. Na 80000 chorych GRAEFE miał takich przypadków 5. Najczęściej znajdujemy je pod siatkówką albo w ciele szklistem, rzadziej w tęczęwce i w przedniej komorze, a nawet w soczewce.

Zwykle choruje tylko jedno oko, w którym też znajduje się jeden tylko węgr. Ale w literaturze znany jest przypadek BECKER'a z dwoma węgrami w jednym oku. W Archives d'Ophthalmologie SUROW opisuje chorobę, u której w oku lewym znalazł aż trzy węgry.

Autor zwraca baczną uwagę na rozpoznawanie, które bywa nieraz bardzo trudne. Łatwo daje się konstatować węgr przy środkach przezroczystych. Pęcherz bywa zwykle kształtu kulistego, koloru niebieskawego z białą plamą w środku. Pęcherz ten kurczy się, co stanowi w rozpoznawaniu szczegół najważniejszy. Przy braku tych ruchów i przy mętnej ciele szklistem lub mętnej siatkówce, albo przy dużym oderwaniu siatkówki, rozpoznanie staje się bardzo trudne. Najczęściej w takich razach rozpoznają lekarze nowotwór. Autor przytacza dwa pod tym względem ciekawe spostrzeżenia. U 8 letniej dziewczynki oko prawe zaniewidziało. Kilku lekarzy rozpoznało nowotwór. Gdy z tą chorobą zwrócono się do autora, ten po dokładnym zbadaniu wskazał na dwa szczegóły, które przeciw nowotworowi przemawiały. Przede wszystkim na całej powierzchni mniemane go nowotworu nie było ani jednego nowotworzonego naczynia, co razem z brakiem podniesionego ciśnienia wewnątrzgałkowego skłoniło autora do rozpoznania węgry podsiatkówkowego. Operacja dowiodła słuszności tego poglądu. W parę miesięcy później przedstawiono w Towarzystwie lekarskim chorobę z identycznymi prawie objawami. Tym razem jednak przy bardzo dokładnym oftalmoskopowaniu znalazł autor jedno naczynie, które z naczyniami siatkówki związku nie miało. Już ten jeden szczegół przemawiał za nowotworem, co dalszy przebieg choroby w zupełności potwierdził. Wobec tego że tak drobne szczegóły mają wielkie znaczenie w rozpoznawaniu, radzi autor oftalmoskopować zawsze w obrazie prostym.

Jeżeli ciało szkliste jest mętne, rozpoznanie bywa nieraz zupełnie niemożliwe.

Rokowanie stawiać należy zawsze złe, zależnie, rozumie się, od miejsca, w którym wągr się znajduje. Głównem dążeniem powinno być możliwe zachowanie gałki ocznej. Są trzy rodzaje postępowania: 1) zabić w oku wągra za pomocą iniekcji substancji przeciwtasiemcowej w rodzaju *extr. fil maris* albo za pomocą elektrolizy; 2) usunięcie wągra na drodze operacyjnej i 3) wyluszczenie gałki. Pierwszy sposób, zdaniem PANAS'a, zawodzi zawsze i powinien być zarzucony.

Jedynym rezultatem tego rodzaju leczenia bywają duże bóle przy rozwijającym się stanie zapalnym całej gałki, co ostatecznie zmusza do enukleacji. Często też szkodliwie działają te iniekcje i na stan ogólny chorego, a przede wszystkim na nerw wzrokowy. Najlepszą metodą leczniczą jest, rozumie się, usunięcie wągra drogą operacyjną. Do enukleacji należy przystępować jedynie w ostateczności. Wyższość metody usunięcia wągra nad wyluszczeniem gałki jest widoczna, i dla tego autor bardzo za tą metodą przemawia. Operacja, zdaniem autora, nie jest trudna. Kilka razy wykonywał ją z zupełnem powodzeniem. Dla lepszego dostępu robi zawsze tenotomię mięśnia zewnętrznego. Zbieg ten bardzo ułatwia wszystkie następne rękoćzyny. Nieodpowiednie szczypczyki powodują nieraz większą lub mniejszą utratę ciała szklistego, co zazwyczaj zniechęca operatorów. Radzi przeto używać pętli TAYLOR'a, która w tej operacji przewyższa wszelkie szczypczyki i haczyki. Operacja daje lepsze wyniki w świeżych przypadkach, przeto należy z usunięciem wągra się spieszyć.

(Recueil d'Ophtal. N. 1. 1905).

F.

90. A. BOUCHART. Działanie uboczne adrenaliny.

Artykuł d-ra BOUCHART'a posiada dla lekarzy praktyków względnie duże znaczenie, wykazuje bowiem, że należy być bardzo ostrożnym w stosowaniu adrenaliny, która tak chętnie w ostatnich czasach bywa używana. Z tego też względu podaję streszczenie dość obszerne.

Spostrzeżenie było następujące. Autor w maju 1903 roku operował 20-letnią dziewczy-

nę z powodu zezą zbieżnego na lewem oku. Do znieczulenia użyto mieszaniny z trzech części roztworu adrenaliny 1 : 1000 i 10 części kokainy 1 : 100; właściwie użyty był przetwór adrenaliny, tak zwana awazyne, która jednak pod względem działania niezem od świeżego roztworu adrenaliny się nie różni. Roztwór awazyne jest koloru różowego i nie zupełnie przezroczysty. Po 8 dniach autor operował oko prawe. Tym razem użyto zupełnie świeżego roztworu adrenaliny. Poza tem obie operacje były wykonane w zupełnie identycznych warunkach. Przebieg operacyjny oka prawego zupełnie pomyślny. W oku lewem już przy pierwszym opatrunku zauważył autor nieznaczny obrzęk łącznicy gałkowej. Poważniejsze zmiany w tem oku zaczęły występować od 8 dnia po operacji. Zmiany te bardzo autora zadziwiły, gdyż dotąd nigdy takich po operacji zezą nie widywał. Zmiany, które przetrwały przez szereg miesięcy, były następujące. Najwcześniej wystąpiło zaćmienie rogówki, rodzaj nacieczenia limfatycznego, jakie zwykle spostrzegamy na rogówce po ekstrakcji katarakty. Źrenica rozszerzyła się do *maximum* i w tym stanie trwała przez szereg miesięcy. Z biegiem czasu zaczął się kolor tęczy zmieniać, rysunek zatracił się powoli i w pewnych miejscach zauważyć się dały zmiany zanikowe, jakie spostrzegamy przy długo trwającej jaskrze przewlekłej. Ciśnienie ani razu nie było podniesione. Najpóźniej wystąpiły bóle neuralgiczne, wychodzące z okolicy blizny pooperacyjnej. Po paru miesiącach przy dość rozmaitej kuracji, stan oka się polepszył. Stan oka ostatecznie był następujący. Źrenica zwęziła się, ale, nie do normy. Kształt źrenicy nieprawidłowy. Na rogówce pozostała biała plamka. Kolor tęczówki miejscami normalny, w kilku jednak miejscach wyraźny zanik. Bóle zupełnie ustąpiły.

Ze względu na to, że adrenalina należy do środków, bardzo silnie działających na ściany naczyń, autor wszystkie powyższe zmiany zalicza do troficznych, i jest zdania, że były następstwem działania adrenaliny.

(Recueil d'Ophtal. N. 1. 1905).

F.

91 L. KUNWALD. Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznym.

KUNWALD opisuje i gorąco poleca metodę, stosowaną od niedawna przez SORGO, naczelnego lekarza sanatorium Alland: — leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznym. Technika b. prosta. Zwyczajne lustro stawiamy na drewnianej podstawie trochę wyżej od ust chorego. Podstawa składa się z deseczki 6—8 ctm. szerokiej, ustawionej na krzyżakach; deseczce tej za pomocą kliników możemy nadać odpowiednie pochylenie. Chory siada plecami do słońca i ustawia lustro tak, ażeby miękkie podniebienie i gardziel były jasno oświetlone, następnie chwytając język lewą ręką, prawą wprowadza w usta lustro krtaniowe i stara się zobaczyć odbicie krtani w lustrze. Chorzy wszelkich stanów nabierają szybko wprawy w wykonywaniu potrzebnych manipulacji. Najodpowiedniejszą porą jest wczesny ranek i godziny przedwieczne, albowiem wtedy łatwiejszą jest autopskopia, a co najważniejsze, unikamy działania ciepła promieni słonecznych — szkodliwego przez to, iż wywołuje przekrwienie w oświetlonych częściach krtani, a to wpływa na pochłanianie leczniczych promieni ultrafioletowych i przez to zmniejsza się działanie lecznicze. Najodpowiedniejszy czas jest jesień i początek zimy. SORGO proponuje adrenalinę w celu wywołania anemii, autor wolałby uniknąć tego ze względu na mechaniczne podrażnienia, wywołane samem pendzlowaniem.

Czas trwania posiedzenia zależy od wytrzymałości chorego, lecz nigdy nie trwa dłużej nad godzinę, skutki leczenia doniosłe i długotrwałe i jeśli nawet chory, z powodu braku słońca, musiał na pewien czas przerwać leczenie, to i wtedy przy badaniu znajdziemy w stanie jego polepszenie.

Najpodatniejsze do leczenia formy gruźlicy krtani są to guzowate zgrubienia błony śluzowej, a najmniej podatne rozlane, mocno przekrwione nacieczenia strun głosowych (promienie ultrafioletowe.)

Najefektowniej występują różnice w skutkach leczenia wówczas, gdy obie formy porażen gruźliczych obserwujemy u jednego i tego samego osobnika. Owrzodzenia na brzegach strun głosowych goją się wolniej od owrzodzeń, znaj-

dujących się na powierzchni strun, albowiem 1) więcej są drażnione przy rozmowie, kaszlu, i t. d., a 2) światło ma do nich mniej dostępu.

Przy obrzękach krtani leczenie światłem jest wprost przeciwwskazane.

W początkach choroby, wskutek braku wprawy, często popełniają błąd, oświetlając tylko tylną część krtani.

KUNWALD obserwował dwie chore, które z powodu braku wprawy i wskutek odrętwiałości nagłośni oświetlały tylko tylne części strun głosowych. Po 14 dniach okazało się, że części oświetlane były zdrowsze, mniej przekrwione i ostro odcinały się od nieoświetlanych.

Po naprawieniu błędów wynik leczenia zrównał się na obu częściach strun głosowych. Powyższe obserwacje służą jako wymowny dowód skuteczności leczenia.

Zjawiająca się czasem w przebiegu leczenia *pharyngitis hypertrophica* stanowi nieprzyjemną komplikację, lecz nie przeciwwskazanie.

Możliwość kontrolowania wyników leczenia stanowi ważny psychiczny moment dla pacjenta; np. po zupełnem wyleczeniu zmian krtaniowych pacjent nie odzyskuje prawie nigdy jasnego głosu, jeżeli zaś widzi efekt gojenia się owrzodzeń, to łatwiej znosi pozostającą chrypkę.

KUNWALD, zachęcając do dalszych badań, nadmienia, że możeby można było spróbować anemizującego działania adrenaliny, a tym sposobem udałoby się może wynagrodzić krótki okres czasu poświęcanego leczeniu w sanatorium i częsty brak słońca.

(München. Med. Woch. N. 2 — 1905 r.)

Maryan Wilczyński.

92 KÜSTER. O gruźlicy zimnokrwistych.

Do ostatnich czasów panowało przekonanie, że łasecznik gruźlicy może zawiązać się tylko u ciopłokrwistych. Okazało się jednak, że łasecznik gruźlicy spotyka się także u zimnokrwistych, jako chorobotwórczy. Niektórzy spodziewają się, że studia nad gruźlicą zimnokrwistych wskażą drogę do uodpornienia ludzkiego organizmu przeciw gruźlicy.

Gruźlica dlatego bywa tak groźna, że swoisty łasecznik nie pobudza organizmu do wytwa-

rzania antytoksyn: przeniesienie gruźlicy nie zabezpiecza od powtórnego zapadnięcia. Dotychczas nie udało się uodpornić organizmu przez zastrzyknięcie żywych lub zabitych niezmienionych laseczników. Starano się więc poprzednio zmienić laseczники tak, ażeby mogły bez szkody dla organizmu być przezeń wessane i uodpornić go. Wiadomem jest, że grupa laseczników, nieodbarwiających się kwasami (säurefeste) ma dużo wspólnych cech. Opierając się na tem, prof. MOELLER otrzymał swój lasecznik padalec („Blindschleichen-tubercillen”) przez zastrzyknięcie padalcowi laseczników gruźliczych, wyhodowanych z ludzkiej płwociny, i użył go do uodparniania ciepłokrwistych (w jednym przypadku człowieka) z pomyślnym wynikiem.

FRIEDMANN przytacza cały szereg udanych ochronnych szczepień u morskich świnek i bydła, dokonanych z gruźliczymi lasecznikami żółwia („Schildkröten-tubercillus”), które wyhodował z płuc chorego żółwia z akwaryum berlińskiego. Tak np. morskie świnki, którym szczepiono „żółwi lasecznik gruźliczy”, wyrabiały w swej surowicy takie substancje uodparniające (Immunkörper), że takowa zastrzyknięta drugiej śwince uodporniła ją przeciw gruźlicy ciepłokrwistych.

Bydło udało się F. o tyle uodpornić, że następne zaszczepienie laseczników perlicy wywoływało tylko zajęcie gruczołów limfatycznych, wówczas gdy zwierzęta kontrolujące zapadały na ogólną gruźlicę.

KUESTER odnalazł gruźlicze laseczники zimnokrwistych w wątrobach żab, a nawet otrzymał czyste ich hodowle. Następnie z otrzymanym lasecznikiem przeprowadził szereg doświadczeń na rozmaitych zimnokrwistych (salamandry, jaszczurki, żmije, barweny) i ciepłokrwistych (morskie świnki, króliki, szczury, białe myszy). Wynik doświadczeń: Wszystkie zimnokrwiste są wrażliwe na szczepienia (najbardziej żaby i żółwie). Ciepłokrwiste zaś giną przed zjawieniem się objawów lasecznikowego zakażenia w ścisłym znaczeniu tego słowa.

Autor nie uważa swych doświadczeń za ukończone, lecz będzie prowadził je dalej, chcąc się przekonać, czy można lasecznik gruźlicy zimnokrwistych tak przystosować do organizmu

ciepłokrwistych, ażeby te, po zaszczepieniu nie wielkiej ilości laseczników ginęły wskutek wzmoczenia się tych ostatnich; a także czy zachodzi bliższy stosunek pomiędzy tymi dwoma rodzajami laseczników np. w produktach przemiany, znajdujących się w surowicy szczepionych zwierząt.

(Münch. med. Woch. N. 2. 1905).

Maryan Wilczyński.

93 FREYMUTH. O wewnętrznym zastosowaniu preparatów tuberkuliny.

Dotychczas stosowano tuberkulinę w celach rozpoznawczych oraz leczniczych wyłącznie podskórnie, co jest nie tylko przykre, ale często i niebezpieczne dla pacjentów. W ostatnich czasach z dobrym skutkiem próbowano stosowania tuberkuliny drogą inhalacji, lecz dozowanie jest tu trudne, FREYMUTH podawał tuberkulinę w pigułkach wewnątrz, zniszczywszy działanie soku żołądkowego przez uprzednie podanie sody. Tuberkulina była stosowana w dozach od 0,05 – 0,01; a nigdy wyższych ponad 1.0.

FREYMUTH stosował tuberkulinę wewnętrzną i doszedł do następujących wyników: Stosunek wrażliwości jednej i tej samej osoby na zastosowanie tuberkuliny wewnątrz i podskórnie bywa zawsze jednakowy; zastosowanie tuberkuliny nawet wewnątrz nie jest zabiegiem obojętne; podniesienie temperatury występuje tylko jako odczyn organizmu na zastrzyknięcie tuberkuliny, lecz nie jest przypadkowe.

Odczyn jest specyficznie gruźliczy, bo chociaż u pewnej grupy pacjentów nie znaleziono laseczników, jednak zauważono u nich kliniczne objawy gruźlicy.

Reakcja wywołana przez wewnętrzną dawkę tuberkuliny jest zawsze słabsza od wywołanej przez zastrzyknięcie, dlatego też T. poleca stosowanie tuberkuliny wewnątrz w celach rozpoznawczych, ażeby uniknąć zbyt gwałtownej reakcji organizmu na zastrzyknięcie, oraz w celu wypróbowania, czy możemy przystąpić do leczenia zastrzykiwaniami.

(Münch. med. Woch. Nr. 2 — 1905).

Maryan Wilczyński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 czerwca 1905 r.

TREŚĆ: 1) LEŚNIEWSKI. — Przedstawienie chorego po ranie postrzałowej brzucha z rozdarciem kiszek. 2) KARWACKI — a) Pokaz odczynników aglutynacyjnych dla cholery. b) Podstawy ogólne dla wskazań do surowic leczniczych.

1) LEŚNIEWSKI przedstawił młodego człowieka, który był w czasie zaburzeń w d. 1 maja r. b. przy ul. Aleje Jerozolimskie około godziny 1 $\frac{1}{4}$ po południu postrzelony i wkrótce potem odniesiony przez towarzyszków do Szpitala Dzieciątka Jezus do pawilonu, w którym pracuje L. Stan ogólny był ciężki. Chory przedstawiał jednocześnie objawy zapaści i krwotoku wewnętrznego. Oglądając chorego bliżej, znalazł L. na brzuchu 2 otwory rany postrzałowej drążącej: jeden na prawej stronie brzucha, na zewnątrz brzegu prawego mięśnia prostego brzucha, na wysokości pępka, drugi otwór na lewej stronie brzucha, na zewnętrznym brzegu *m. sacro-lumbalis*, nieco niżej położony, niż otwór prawostronny. Ponieważ oba otwory są jednakowej wielkości, przeto trudno jest orzec, który z nich był wejściowy, który wyjściowy. Mdłości, wymioty, mięśnie brzucha mocno napięte, obmacywanie brzucha mocno bolesne.

Ponieważ przed tym chorym była już poprzednio przyniesiona inna chora również z raną postrzałową brzucha, przeto tamta najpierw była zoperowana przez SAWICKIEGO. Chorego mógł LEŚNIEWSKI operować dopiero około godziny 5 ej, a więc po upływie mniej więcej 3 $\frac{3}{4}$ godziny od uszkodzenia. Po otworzeniu otrzewny wylała się z jamy jej duża ilość wynaczynionej krwi. Po starannem wybraniu krwi dokonał L. starannego przeglądu całego przewodu żołądkowo - kiszkowego. Znalazł jedno uszkodzenie na zewnętrznej stronie okrężnicy wstępującej w odległości 10 cm. od zasłonki BAUHIN'a; było ono w postaci stłuczonego pasa długości 7 cm., szerokości 1 cm., a na niem liczne, drobne otworki, prowadzące do wnętrza kiszki. Drugie uszkodzenie w postaci całkowitego rozdarcia poprzecznego dotyczyło pętli kiszki cien-

kiej. Rozdartą pętlę kiszki L. wyciął, końce kiszki zespolił bezpośrednio, zaś ów stłuczony pas na kiszce grubej wgłobił i obszył szwem dwupiętrowym. Na dalszej kuracji przebywał u SZTEYNERA. W przeciągu pierwszych dni przedstawiał niewątpliwe objawy podrażnienia otrzewny umiarkowanego stopnia, dalszy przebieg pomyślny. Obecnie pacjent jest zupełnie zdrow.

Zejsście to pomyślne w przedstawionym przypadku robi L. zależnem: 1) od mocnej budowy chorego, cieszącego się zazwyczaj dobrem zdrowiem; 2) od okoliczności, że operacja dokonana została względnie prędko po wypadku, zanim zdążyło rozwinąć się groźne zapalenie otrzewny; 3) od starannego przemycia kiszek i wogóle całej jamy otrzewnowej oraz pozostawienia w jamie tej ostatniej znacznej ilości roztworu soli kuchennej.

2) A) KARWACKI pokazał swój odczynnik serodyagnostyczny dla cholery i aglutynację w próbówce.

Badania nad oddziaływaniem surowic niecholerycznych wykazywały aglutynację niekiedy przy rozcieńczeniu 1 : 30.

Agglutynacja patognomoniczna w przypadkach podejrzanych powinna zaczynać się dopiero od rozcieńczenia wyższego nad 1 : 30.

B) KARWACKI. Podstawy ogólne do wskazań dla surowic leczniczych.

Chorobotwórczość zarazków warunkuje się ich toksynami (tężec i błonica) i jadowitością ich płynnej protoplazmy (zakażenia inne). Zatrucie płynną protoplazmą jest tylko jedną z postaci zatrucia płynnem białkiem i warunkuje się heterologicznością białka.

Pierwszej grupie zakażeń odpowiadają surowice antytoksyczne, drugiej — bakteryobójcze. Surowice antytoksyczne dla zubożenia toksyn nie wymagają współudziału ustroju. Zubożają się te toksyny, które są jeszcze wolne w krwiobiegu, na toksyny już utrwalone na układzie nerwowym antytoksyny mogą od-

działać tylko przy stosowaniu kolosalnych dawek.

Surowice bakteryobójcze tylko uczulają zarazki dla zabicia zaś niezbędny jest współudział ustroju w postaci dostarczenia „komplementu”, który łączy się z bakteriami za pomocą amboceptorów, istniejących w surowicach swoistych, i wywołuje bakteryolizę.

Surowice bakteryobójcze nie zobojętniają płynnych jadów, powstających z protoplazmy bakterii. Wskutek tego surowice bakteryobójcze mogą przyspieszyć śmierć w ciężkich posocznicach.

Zarazki, służące do przyrządzania surowic swoistych, powinny pochodzić wprost od człowieka, gdyż inaczej amboceptory swoiste mogą nie pasować do zarazków ludzkich. Za wskazania do surowic bakteryobójczych powinny służyć sprawy miejscowe, zakaźne, grożące generalizacją zakażenia. Omawiając poszczególne surowice, autor kładzie duży nacisk na stosowanie surowicy przeciwdurowej w przypadkach podejrzanym co do duru w ciągu pierwszego tygodnia.

J. JAWORSKI, zaznaczając, że prelegent starannie zebrał materiały w omawianej kwestyi i uwzględnił najnowsze teorie działania surowic leczniczych, czyni jednak pewne uwagi odnośnie niektórych jego twierdzeń.

Nasamprzód, uboczne objawy działania surowicy przeciwpaciorkowcowej, jako to, pokrzywka na ciele chorych a także bolesność oddzielnych grup mięśni i stawów rzadko, zdaniem J., zależą od indywidualności chorych, a najczęściej po pierwsze od indywidualności zwierząt, od których surowicę się bierze, a powtórnie od czasu wykonywania upustów krwi w stosunku do szerepu uodparniających.

Ropnie na miejscu zastrzyknięć nie zawsze bywają jałowe. Występowanie ich, nawet przy najściślejszej aseptyce, JAWORSKI stawia w zależności, nasamprzód, od paciorkowców, znajdujących się wprawdzie bardzo rzadko w samej surowicy, najczęściej zaś od natężenia samej sprawy chorobowej, od zarazki, który, sprowadzając ogólne zakażenie, stwarza wielką liczbę drobnych lub dużych ognisk ropnych, a przynajmniej skłonność do ich występowania.

Słuszne jest twierdzenie KARWACKIEGO, że wraz z zbyt wydatnym odczynem miejscowym

po zastrzyknięciu wnosić można, iż surowica nie podziela, z drugiej strony JAWORSKI w swoim czasie zwrócił uwagę na odmienne zjawisko:

Gdy surowica takiego odczynu nie daje, a natomiast wywołuje znaczny i trwały spadek ciepłoty oraz zmniejsze nie liczby uderzeń tętna, wówczas omal zawsze rokownie bywa pomyślne.

Dlatego JAWORSKI w swej pracy nazwał surowicę przeciwpaciorkowcową środkiem prognostycznym.

Wł. JANOWSKI sądzi, że niema dostatecznych danych do twierdzenia, jakoby działanie wszystkich surowic odtruwających było tylko zapobiegawcze, a nie lecznicze. Przeczy temu chociażby fakt, podawany przez prelegenta, że surowica przeciwężcowa działa tylko w przypadkach o okresie wylęgania dłuższym nad 10 dni. Istoty sposobu działania surowic nie znamy. Wydaje się jednak JANOWSKIEMU, że jest ono lecznicze i że polega, biorąc rzecz najogólniej, na odszczepianiu przez przeciwciała surowicy leczniczej zarazków trujących białkowatych właściwego pasorzyta chorobotwórczego od zarodki komórkowej zakażonego organizmu.

Im związek trucizny pasorzytniczej z zarodkiem organizmu jest słabszy, tem łatwiej działać może leczniczo właściwa surowica. Przeciwnie zaś, im związek ten jest silniejszym czy to w zależności od stopnia trujących własności odnośnego pasorzyta, czy wskutek słabszej odporności komórek zakażonego organizmu, tem działanie surowicy jest trudniejsze, *resp.* tem więcej i wcześniej należy ją stosować w celu utrzymania dodatniego wyniku.

Dla tego też z chwilą ustalenia rozpoznania należy śpieszyć się ze stosowaniem surowicy, i to zawsze w dawkach dużych, aby nigdy nie być w potrzebie powtórzenia wstrzyknięcia. J. był tego zdania od 1894-go r., t. j. od chwili wprowadzenia seroterapii do lecznictwa, obecnie od lat paru w badaniach nad powstawaniem precypityu znajduje drugą jeszcze teoretyczną podstawę do obstawania przy tem zdaniu. Nie uważa J. bynajmniej za zbyt różową propozycyi prelegenta, aby leczyć surowicą chorych durowych. Surowice lecznicze są bowiem nieszkodliwe; mogą co najwyżej nie zdążyć już pomódz z wyżej wymienionych powodów.

Dlatego, o ile dla danego zakażenia istnieje lub istnieć będzie dostatecznie silna surowica lecznicza, J. zawsze radzi i radzić będzie wczesne jej zastosowanie, i to w dużej dawce. Nie robiłby wyjątku nawet dla świeżo protegowanej surowicy przeciwpneumokokowej, chociaż zdaje sobie doskonale sprawę z całej trudności oceny krytycznej jej działania w zapaleniu płuc, jako cierpieniu o krótkim i często tak pomyślnym przebiegu. Z kliniki CURSCHMANN'a radzą szybkie stosowanie tej surowicy w przypadkach zapalenia płuc u wszystkich osób starszych lub nawet młodych, ale ze zmniejszoną liczbą białych ciałek krwi od pierwszej chwili zachorowania.

Ale o ile stanowczy jest J. w doradzaniu leczenia surowicą o charakterze niewątpliwie swoistym, o tyle bardzo jest wstrzemięźliwy w doradzaniu podobnego postępowania w leczeniu gorączki płożowej. Z jednej bowiem strony zakażenie to jest istoty bardzo polimorfnej (gronkowce, paciorkowce, laseczniki okrężnicy same lub we wzajemnem skombinowaniu) co uniemożliwia stosowanie doraźne właściwej surowicy, z drugiej zaś wiadomo, że najczęściej w tym celu stosowana surowica przeciwpaciorkowcowa nie ma istotnej teoretycznej podstawy do działania zbawiennego nawet w przypadkach, w których chora uległa istotnie zakażeniu tylko paciorkowcami. Niema mianowicie pasorzyta tak zmiennego w swoich własnościach biologicznych wogóle i trujących w szczególności, jak paciorkowce. Wynika też ztąd uznany dziś powszechnie fakt, że surowica paciorkowcowa musi być również bardzo zmienną w swoim działaniu w zależności od pochodzenia paciorkowca, przy którego pomocy została przygotowana.

W końcu J. przypomina, że już temu lat 10 i więcej w badaniach swoich nad ropieniem gronkowcem, paciorkowcem i tyfusowem dowodził, na zasadzie swoich doświadczeń ze szczepieniem jałowych hodowli, że wszelkie działanie pasorzytów, a więc i miejscowe, polega na działaniu ich protein, t. j. ciał swoistych białkowych, zawartych w ich zarodki. Najnowsze metody badania biologiczne subtelniejsze dostarczają coraz więcej dowodów słuszności tego zdania J. Miło mu jest słyszeć, że i prelegent, zgodnie z innymi, przypisuje wszelkie działanie chorobo-

twórcze pasorzytów tym proteinem, jako *par excellence* swoistej truciznie.

PRUSZYŃSKI zaznacza, że dzięki badaniom ARRHENIUS'a i MADSEN'a, działanie surowic na ustroj może być oznaczone ze ścisłością, którą rzadko osiągnąć się udaje w naukach przyrodniczych. Teorya EHRLICH'a bocznych łańcuchów coraz bardziej zyskuje prawo obywatelstwa.

Uwagi KARWACKIEGO co do przeciwwskazań w stosowaniu surowic leczniczych są bardzo ważne i znajdują oparcie w teorii EHRLICH'a.

Co się tyczy stosowania surowic, to P. zwrócił szczególną uwagę na surowice przeciwężcową i przeciwtyfusową.

Na mocy doświadczenia P. doszedł do wniosku, że w tężcu można osiągnąć pomyślne wyniki przy użyciu tylko znacznych ilości surowicy (300 ctm.). Tam, gdzie ta ilość skutku pomyślnego nie wywiera, należy zastrzyknąć surowicę pod oponę twardą rdzenia po uprzednim wypuszczeniu 15—20 ctm. cieczy mózgordzeniowej. Postępując w ten sposób, udało się mówcy otrzymać wynik pomyślny w dwu przypadkach rozpaczliwych tężca.

Szkoda, że surowica przeciwtyfusowa, którą wyrabia pracownia prof. BUJWIDA, dotąd u nas nie weszła w użycie. Własność tej surowicy przerywania tyfusu, jak o tem świadczą badania CHANTEMESS'a, ustrzedz może od zejścia śmiertelnego w następstwie zatruecia.

DUNIN zapytuje, czy w tych przypadkach, gdzie zatrucie ustroju odbywa się za pomocą protein, zawartych w samej zarodki bakterii, były badane owe proteiny pod względem swego działania, i powtóre, czy np. proteiny laseczników tyfusowych i paciorkowców są to różne ciała, i czy posiadają jakieś swoiste działanie.

ŻURAKOWSKI A. nie zgadza się, by jedyną przyczyną objawów chemicznych choroby zakaźnej były proteiny bakteryjne i to nawet pomimo tego, że taka teorya jest niezmiernie pociągająca. Istnieje w bakterjach oprócz protein jeszcze coś, o czem zgola nie wiemy, jakaś trucizna, nadająca zakażeniu cechę swoistą. Dowodem jednym z wielu jest osłabienie bakterii chorobotwórczych w hodowlach sztucznych.

Proteina zostaje przecież ta sama, a jednak dana hodowla nie jest w stanie wywołać żadnego zakażenia. Ż. nie jest również wcale przekonany, by zjawisko zubożenia toksyny przez antytoksynę w organizmie ludzkim, czy zwierzęcym odbywało się tak, jak w próbówce, czego

dowodem doświadczenie MARIE'go, który zastrzykując zwierzętom, zawierającym w swej krwi setki tysięcy jednostek antytoksyny, toksynę wprost do mózgu, wywoływał objawy typowe też dla mózgowego.

T. Korzon.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DEPAGE opisuje przypadek promiennego wyrostka, która następnie rozprzestrzeniła się na klatkę piersiową. Sekcja wykryła, że sprawa posunęła się wzdłuż okężnicy ku przeponie.

(Policlin. 23 — 1904).

= KLEINWÄCHTER opisał przypadek ciąży powikłanej moczówką. Chora zmarła na śpiączkę dyabetyczną w 18 godzin po porodzie. Moczówka trwała 2 lata. Chora w tym czasie dwa razy poroniła, w ostatniej ciąży była puchlina owodni (hydramnion). Ciąża wpływa bardzo źle na przebieg moczówki, ilość cukru wzrasta się, śmierć często następuje. Pośród znanych dotychczas 30 przypadków ciąży u dya-

betyczek było 8 przypadków śpiączki, z których tylko w 2 udało się chore ocalić.

(Wien. med. Presse. 5 — 1904).

= Pierwszą próbę zapobiegania płonniczemu zapaleniu nerek podjął WIDOWITZ, który 102 chorym dawał urotropinę i ani razu nie spostrzegł tego zapalenia. PATSCHKOWSKI stosował ten środek u 42 chorych: u 8 w ciągu 10 — 21 dni w dawkach 0.25 dzieciom i 0.5 dorosłym 3 razy dziennie; był tylko 1 przypadek lekkiego białkomoczu bez wałeczków. U pozostałych 44 dawał urotropinę 3 razy po 4 dni z przerwami 5 dniowymi, dostało zapalenia nerek tylko 3 chorych.

(Ther. Mon. 12 — 1904.)

P.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 12 grudnia 1905 roku rozpoczęło się dla lekarzy, farmaceutów i studentów dwutygodniowy kurs bakteriologii cholery w laboratorium d-ra SERKOWSKIEGO w Łodzi. Plan zajęć praktycznych:

Metody wyosobniania wibryonów chole-rycznych; kulturalne i biologiczne różniczkowanie ich, aglutynacja, serodyagnostyka, objaw PFEIFFER'a, hemolizyny, precypityny i t. d. przygotowanie wakcyn i szczepienia przeciwochole-ryczne i metody praktycznej dezynfekcji.

v

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

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

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

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ

Nowo-karlsbadzkie kryształ

Dr. Brackebuscha

Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody Selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecę E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Salit

Płynny związek kwasu salicylowego. Tani i pewno działający, środek do wcierania we wszelkich cierpieniach reumatycznych (zmieszany w równych częściach z oliwą). Nie ma przykrego zapachu. Ze wszystkich zewnętrznie stosowanych środków salicylowych najmniej drażni skórę gdyż nie zawiera formaldehydu. Nie zawiera ubocznego działania na żołądek, serce i nerki. Działa szczególnie dobrze przy wszelkich bólach reumatycznych, powstałych po przeziębieniu, w atakach podostrego i chronicznego reumatyzmu stawowego, w reumatyzmach mięśni i powięzi.

Xeroform

Najlepszy środek zastępujący jodoform. W użyciu bezwonny, nie drażni, nie wywołuje egzem, nietrujący nawet przyjmowany wewnętrznie w wielkich dawkach jako antyseptyk kiszek. Wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę, krew tamujący. Najszybciej działający środek na przyspieszanie wytwarzania naskórka. Pozbawia woni nawet wydzieliny posokowate. Bardzo się nadaje do opatrunku stałego i suchego. Specyfik w mokrych egzematach, intertrigo, ulcus cruris, oparzeniach. Pewny środek znieczulający. Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno lub przedstawiciel na Królestwo Polskie
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Dr. Oskar Goldberg. Warszawa, Wielka Nr. 47.

udziela chorem z zalecenia Szanownych Kolegów

GORĄCYCH KĄPIELI POWIETRZNYCH

miejscowych i ogólnych (podług metody **Prof. Bier'a**)

WSKAZANIA: gościec, dna, nerwobóle (Ischias), lumbago, wysięki i zrosty (w miednicy, opłucnej, stawach), obrzęki, kolki, zapalenie nerek, otyłość, furunculosis, ulcera cruris.

Na miejscu lub w mieszkaniu chorego.

Informacje osobiście (od g. 9—10 i od 4—6) i listownie. TELEFONU Nr. 4670.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność rządowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwę przesyłając listy do Wód.***VICHY CÉLESTINS**Słabości żołądka,
pecherza,
dotęgliwości wkrzyśach, podagra, cukrzyca.**VICHY GRANDE-GRILLE**

Słabości wątroby i organów błot wydziłających.

VICHY HOPITALSłabości żołądka i
kiszecWytwarzane ze soli naturalnej otrzymanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Mozolac trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydajace wyjednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**Kaszel i Chrypka znikają**

przy użyciu

PRAWDZIWYCH SODENSKICH MINERALNYCH PASTYLEK FAY'A

Do nabycia po 70 kop. za pudełko we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych

Skład główny: Ludwik Spiess i Syn, Tow. Akc. Warszawa.

Zarząd na Cesarstwo: F. Szarff, Warszawa, Królewska Nr. 18.

„Hélouan les Bains“ w Egipcie.

Stacja klimatyczna dla chorych nerkowych i reumatycznych. 40 minut jazdy koleją od Kairu.

Otwarcie sezonu od 15-go Października.

Hôtel-pension „villa Wanda“ W. Bilińskiej. Pensjonat przeniesiony do nowej willi: urządzonej według wszelkich wymagań higieny. Własna kuchnia dietetyczna. W miejscu lekarze specjaliści. Utrzymanie całodzienne z elektrycznością i wannami na żądanie, 12 franków. Przy pomieszczeniu 2 osób w jednym pokoju ustępstwo.

Adres: Egipt Héliouan, „villa Wanda M-me Wanda de Bilińska

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD 1899. PARYŻ 1902. KAZAN 1903. TYPLIS 1904. KAZAN 1906.

NAGRODA

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzewa

Warszawskie Higieniczne Laboratorium Miejskie
stałymi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków

Kantor i skład w Warszawie, Moniuszki Nr. 8.
Telefonu Nr. 1360.

Medal srebrny r. 1890



Bandaż.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek
F. BALUKIEWICZ
Bielanska 9, Hotel Paryżki.
w Warszawie.
Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży, prztem przyjmuje się reperacye w zakres fabryki wchodzące, po cenach najniższych.

DOKTOR
COLONNA-WALEWSKI

z Paryża były asystent prof. Fauvel, praktykuje w czasie zimy w Nicei rue de France 111 i w Mentonie Impasse avenue de la Gare Maison Rey. Specjalista chorób pierśiowych, gardłanych, krtani i uszów. Leczenie giuchoty nową metodą

www.dlibra.wum.edu.pl

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH przy aptece

FR. KARPİŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPRESENTACJA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

PRZYGOTOWAŁA

Wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w ampułkach podług wskazówek
D-ra Med. K. Rzętkowskiego

Tuberculinum Kochii 0,001 w 1 C. C.

Tuberculinum Kochii 0,002 w 1 C. C.

Tuberculinum Kochii 0,005 w 1 C. C.

Opuścił prasę i jest do nabycia we wszystkich księgarniach oraz u wydawcy (Nowogrodzka 82)
gmach instytutu publicznego szczepienia ospy ochronnej w Warszawie).

KALENDARZ LEKARSKI

D-ra J. POLAKA

Treść stanowią, prócz kalendarza właściwego, adresów lekarzy i instytucji lekarskich w całym kraju oraz zwykłego działu leczniczego (dawkowanie, ratownictwo i t. p.) oraz spisu środków lekarskich z dawkami, wskazaniami i cenami, następujące nowe uzupełnienia: lista lekarzy polaków, praktykujących w głównych miastach na Litwie, adresy lekarzy polaków w Petersburgu (sto kilkadziesiąt adresów), wszystkie w ostatnich latach wydane przez władzę krajową przepisy sanitarne (o sprzedaży mleka, o razurach, o handlu pierzem, watą i starymi rzeczami, o sprzedaży mięsa i wędlin, o pralniach i t. p.), przepisy o dezynfekcyi przy cholercie, wskazówki dla opiekunów sanitarnych, o różnych metodach stosowania promieni leczniczych.

Cena egzemplarza oprawnego z 4-ma notatnikami kwartalnymi i ołówkiem rb 1 kop. 50, z przesyłką pocztową (odwrotną pocztą) rub. 1 kop. 60; za zaliczeniem pocztowem rub. 1 kop. 70.

1 Listopada b. r. wyszedł pierwszy numer miesięcznika:

„Przegląd chorób Skórnych i Wenerycznych”

Współpracownictwo wybitniejszych specjalnych sił krajowych i zagranicznych.

Przedpłatę: za 1906 r.—rocznie 6 rb. w Warszawie, 7 rb. na prowincyi i zagranicą—przyjmuje redakcyja: Mazowiecka 4 m. 6, znaczniejsze księgarnie i biura dzienników i ogłoszeń.

Redaktor i wydawca D-r FELIKS MALINOWSKI

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

www.dlibra.wum.edu.pl

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb. 6 kop. —	Z przesyłką pocztową	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	„ 3 „ —		półrocznie	3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10, na I-ej i ostatniej stronnicy k. 20

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano.

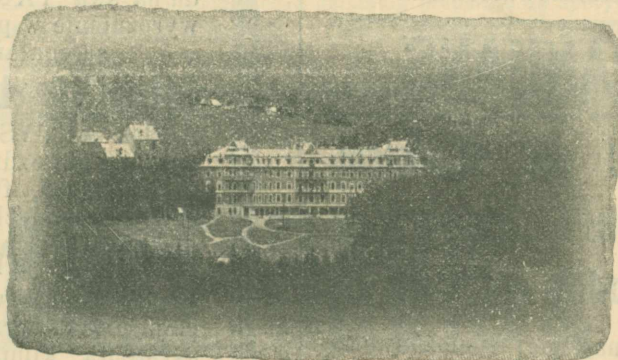
OGŁOSZENIA.

Sanatorium D-ra Dłuskiego

W ZAKOPANEM

dla chorych piersiowych.

Otwarte przez cały rok. Wspaniały widok na Tatry. Wystawa wszystkich pokoi południowa. Obszerne leżalnie dla leczenia klimatycznego. Wzorowe urządzenie pod względem higieny. Oświetlenie elektryczne. Kanałizacja. Ogrzewanie centralne parą. Wodociąg zimnej i gorącej wody na



wszystkich piętrach. Kąpiele i natryski. Kamera odkażająca.

CENY:

Utrzymanie (6 posiłków dziennie), wraz ze światłem, opałem, kąpielami, opieką lekarską, oraz wszelkimi leczniczymi zabiegami wynosi dziennie koron 9. (rb. 3.60).

pokój od 2-eh koron (0.80 kop.) na dobę, powozy na zamówienie do pocągów; poczta, telefon, telegraf w samem sanatorium.

MERAN, WILLA „STEFANIA”

Pierwszorzędna lecznica fizykalno-dyetetyczna, jesienno-zimowa.

Sezon od 1 września do 15 czerwca. Zakład po raz trzeci znacznie rozszerzony. Nowo wprowadzone: prądy d'Arsorvala, kąpiele sinusoidalne, gimnastyka szwedzka maszynowa, kąpiele słoneczne. Ogrzewanie centralne, winda elektryczna. Ceny umiarkowane.

D-r BINDER

(leczy także poza zakładem).

Socété Chimique des Usines du Rhône dawniej Gillard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 3,000,000 franków. Biuro centralne St. Fons, Lyon.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne



Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowo Salol, Salicylaty: sodu, metylu, amylu. Pyrazd. lina, Metylen-Blau med. Rezorcyna med. Hy-rochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

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

RONCEGNO

Naturalne źródło arseno-żelaziste.

Znane i używane do kuracji od 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i stale przez cały rok i do kuracji domowej we wszystkich krajach, zalecane przez liczne powagi lekarskie przy niedokrewności, blednicy, chorobach krwi, malarji z jej następstwami, w chorobach skóry, nerwów i kobiecych, chorobie Basedow'a etc.

Dostać można we wszystkich aptekach.



FOSFATYNA FALIERA,

przyjemny pokarm, najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia. Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości. Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. Ostrzegamy przed naśladownictwami.

HOTEL PANHANS

przy SEMMERINGU pod Wiedniem

Stacya górska 1025 M. n. p. m.

Wielki nowomodny dom I rzędu

wybornie urządzony i najlepiej położony na dłuższy pobyt w zimie.

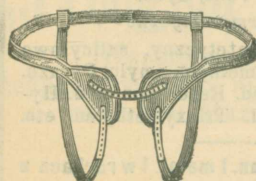
KURACYE ZIMOWE I SPORT ZIMOWY

Blizsze szczegóły w prospektach i w broszurze: „Semmering jako stacya zimowa”, nakład Bratmüllera w Wiedniu.

MERAN SANATORIUM DLA CHORYCH NA PŁUCA
(Wille Hungaria).

Szczegóły w prospektach
Lekarze zakładowi: Dr. G. Gara i Dr. Julius Stein.

Medal srebrny r. 1890



Bandaż.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek
F. BALUKIEWICZA
Bieleńska 9, Hotel Paryżki.
w Warszawie.
Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży, prztem przyjmuje się reperacye w zakresie fabryki wchodzące, po cenach najtańszych.

D-r B. Landau

były ordynator sanatoriumu Leysin, lekarz polak ordynuje jak lat poprzednich.

w San-Remo
Via Vittorio Emanuele, 22 Casa Rubino.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.



D Y M A L.

Proszek do suchej antyseptyki bez zapachu, nie jadowity i nie rozdrażniający: ograniczający ilość wydzieliny. Użyteczny w wypadkach ran, oparzeniach, poceniu się, wyprzeniu i innych chorobach skóry. Ze względu na swą TANIOŚĆ zasługuje na wyróżnienie w porównaniu z innymi surogatami jodoformu.

CHININA LYGOZYNOWA.

Środek ANTYPSEPTYCZNY niejadowity i nierozdrażniający, użyteczny w czyrakach, flegmonach, ekzemie, obfitych ropnych zapaleniach i t. p.

NATR. LYGOZYNOWY.

Środek wypróbowany w rzeźacze macicy polecany przez D-ra Parady I-go asystenta kliniki chorób skórnych i moczo - płciowych. Uniwersytetu w Klausenburgu.

Próby i literaturę wysła się P. p. lekarzom bezpłatnie na żądanie.



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa
WARSZAWA
Marszałkowska Nr. 137, telefonu 6056.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki a omatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawa tością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; leczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwyczerpijniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

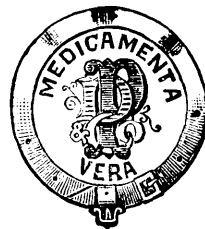
Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: Apteka na Bolszoi Ochcie w S.-Petersburg. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla dzieci — 1 — 2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych — 1 — 2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/4, uncyi) r. l. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)



PARKE, DAVIS & CO



DETROIT (Ameryka), LONDYN (Anglia),
PETERSBURG, Galernaja, 20.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE LABORATORYUM DO PRZYGOTOWYWANIA ŚROD-
KÓW LEKARSKICH NA PODSTAWACH NAUKOWYCH.

ADRENALIN - TAKAMINE — ŚRODEK KREW TAMUJĄCY I PODNOSZĄCY CIŚNIENIE KRWI. **CBLORETON** — ŚRODEK NASENNY, ZNIECZULAJĄCY, ODKAŻAJĄCY. **ACETOZON** — ŚRODEK ODKAŻAJĄCY, NIETRUKAJĄCY. **TAKA-DIASTASE** PRZECIW DYSPEPSYI ZALEŻNEJ OD TRUDNEGO TRAWIENIA POKARMÓW KROCHMALOWYCH. **KASKARA SAGRADA** W PASTYLKACH POKRYTYCH CZEKOLADĄ — ŚRODEK WZMACNIAJĄCY KISZKI. **KAS-**

KARA-EVAKUANT, PŁYN O PRZYJEMNYM SMAKU — WZMACNIAJĄCY KISZKI. **THYROIDS** W PASTYLKACH, PRZECIW MYXOEDEMATOWI I SPORADYCZNEMU KRETYNIZMOWI. **ERGOT ASEPTIC**, **ERGOT EXTR. FLUID**. **KAPSULKI SANTALOWE** — ZAWIERAJĄ NAJCZYSTSZĄ OLIWĘ SANTALOWĄ. **KWAS BORN**Y W PASTYLKACH. **BISMUTHUM SUBNITRICUM** W PASTYLKACH. **BORAKS** W PASTYLKACH I WIELE RÓŻNYCH PREPARATÓW.

KOMPLETNA LITERATURA I CENNIK WYSYŁA SIĘ NA KAŻDE ŻĄDANIE.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
87. CZAWA - ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny i orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniozy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

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

Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody Selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecz E. TREUTLERA
 Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

SPECYALNE PRZETWORY „ROCHE”

Airol

Digalen

Thioeol

Thioeol-

tabletten

Sirolin

Najidealniejsza forma lecze-
 nia Guajakolem.

Syrup o przyjemnem zapa-
 chu i smaku.

Gruźlica, koklusz, ogólne
 osłabienie, zółty, influenza.

Ostrzeżenie!

Sirolin jest tylko prawdzi-
 wy, jeżeli każda butelka
 zaopatrzona jest w naszą
 firmę.

Protylin

Fosforobiałko z 2,6% nie-
 trującego fosforu.

Łatwo się wsysa, zupełnie
 nieszkodliwy dla kanału
 kiego.

Nerwice, hysteria, uwiąd
 sterczy, kacheksja.

Żelazo-Protylin zawartość
 żelaza 2,3%, w chlorozie
 i anemii.

Brom-Protylin zawartość
 bromu 4% org. związ. w
 nerwicach.

Oryginalne opakowania po
 25, 50, 100, 250 gr. i table-
 tki po 0,25 gr., w pudełkach
 po 100 sztuk.

Asterol

Arsylin

Thigenol

Sulfosot-

sirup

Próby i literaturę na żądanie.

F. HOFFMANN-LAROCHE & C^{ie}, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)