

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 6.

Warszawa d. 10 Lutego 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem 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. Przypadek obecności wiciowców (flagellatae) w wypróżnieniach ludzkich. Podał K. Zaleski. — Rak kości skroniowej, potylicznej i móżdżku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczolu tarczowego. Podali E. Flatau i J. Koelichen. — Streszczenia i Wyciągi. 11. Nowe spostrzeżenia w sprawie powstawania i racjonalnego leczenia zaparcia stołca nawykowego. 12. Dyagnostyczna i terapeutyczna wartość promieni Roentgen'a dla akuszeryi i ginekologii. 13. O leczeniu raka przełyku radem. 14. O nadużywaniu środków przeczyszczających przy nawykowym zaparciu stołca. 15. O próbie fermentacyjnej w celu wykazania obecności cukru w moczu. 16. Czy miażdżycą tętnie jest chorobą ustrojową. 17. Przyczynę do nauki o gruźlicy na podstawie doświadczeń nad małpami człokopodobnymi (antropoidami). — Streszczenia zbiorowe. Najnowsze badania nad patogenęzą dny. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) K. Zaleski — Un cas des flagellates dans les excréments humains. 2) E. Flatau et J. Koelichen — Cancer de l'ostéomorphe, occipitale et du cervelet chez une jeune fille de 17 ans, comme métastase d'un adénome colloïdale de la glande thyroïde.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) K. Zaleski — Ein Fall von Flagellaten in menschlichen Ausleerungen. 2) E. Flatau und J. Koelichen — Krebs des Schläfen und Hinterhauptbeines sowie des Kleinhirns bei einem 17 jährigen Mädchen als Metastase eines Kolloidalen Adenoms der Glandula thyreoidea.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki dyagnostycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Przypadek obecności wiciowców (flagellatae) w wypróżnieniach ludzkich.

Podał

K. Z A L E S K I.

Po wyczerpujących pracach JANOWSKIEGO¹⁾ i MALINIAKA²⁾ trudno jest dodać więcej

1) Wł. Janowski. O flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. „Gazeta Lekarska“ r 1896.

2) J. Maliniak. O wiciowcach w zawartości żołądka. „Medycyna“ 1903 r.

danych do morfologii wiciowców, ze względu jednak na małą liczbę prac w języku polskim, omawiających stosunek tych pasorzytów do patologii ustroju ludzkiego, z drugiej zaś strony ze względu na to, że rola wiciowców, jako czynnika chorobotwórczego, nie jest jeszcze należyście wyświetlona, sądzę, że podany niżej przypadek zasługuje na uwagę, jako przyczynek do tej niezmiernie ciekawej sprawy, zwłaszcza, że wiciowce w danym przypadku obrały sobie siedlisko w kilku na raz narządach.

P. F., żona wyrobnika, przybyła do kliniki 27/IX 1905 r. Chora skarży się na brak sił i

biegunkę, połączoną z bólami w brzuchu. Pochodzi z rodziny zdrowej i przed obecną chorobą cieszyła się wogóle dobrem zdrowiem; wprawdzie od czasu do czasu zaziębia się łatwo i wtedy kaszle, lecz płwociny nie wykrztusza; w ostatniem półroczu wieczorami czasami miewa dreszczyki bez potów.

W kwietniu r. b., kiedy bawiła u rodziny we wsi Kupiska w gub. Łomżyńskiej, zapadła na biegunkę bez żadnej widocznej po temu przyczyny. Chora przypuszcza, że biegunka wystąpiła na skutek używania do picia złej wody, miejscowość wspomniana bowiem leży w okolicy bagnistej i posiada bardzo płytkie studnie. Od owego czasu biegunka nie tylko trwa bez przerwy, lecz nasilenie jej wciąż wzrasta: w początku bywało po 2—3 wypróżnienia, obecnie zaś bywa i po 12 na dobę. Krwi w wypróżnieniach nigdy nie zauważyła. Przez ten czas chora wychudła i bardzo podupadła na siłach. Zwłaszcza w ostatnich trzech miesiącach stan chorej na tyle się pogorszył, że z powodu osłabienia prawie nie opuszcza łóżka. W tym właśnie mniej więcej czasie zaczęła doznawać parcia na mocz i bólów podczas urynowania; dolegliwości te wciąż się powiększają, a mocz stał się mętnym i cuchnącym. Apetyt przez cały czas choroby jest doskonały.

Badanie obiektywne dało wyniki następujące. Chora bardzo wyniszczona, o cerze ziemistej. W płucu prawem u szczytu w dole nadgrzebieniowym znaleziono wypuk nieco krótszy i wyższy, niż po stronie lewej, oddech w tem miejscu nieco zastrzony; wymiary serca prawidłowe; tony czyste. Wątroba i śledziona nie wyczuwają się, nerka prawa nieco opuszczona, i dolny jej odcinek daje się łatwo wymacać. Brzuch nieco zapadnięty, przy uciskaniu wrażliwy, głównie w okolicy zagięcia śesowatego. W ostatnich dniach bóle w brzuchu zdarzają się rzadziej; wypróżnień bywa od 5—10 na dobę. Język obłożony, podsyca, tętno 70, małe, miękkie, ciepłota 36,8° C. Wypróżnienia wodniste, za-

wierają dużo kłaków śluzu i resztki pokarmowe. Mocz z wyraźnym zapachem amoniakalnym, bardzo mętny, o cięż. wł. 1021, oddziaływa zasadowo i zawiera niewielką ilość białka; w osadzie moczu znaleziono dużo ropy, liczne ciała czerwone krwi i jakieś twory szkiełiste okrągłe lub owalne w dosyć znacznej ilości.

Ze względu na wynik badania płuc i długie trwanie biegunki przypuszczaliśmy pierwotnie, że mamy do czynienia z gruźlicą jelit i pęcherza, chorej więc, prócz odpowiedniej diety, zalecono makowiec z sałolem.

W przeciągu pierwszych 10-ciu dni pobytu chorej w klinice stan jej zdrowia nie uległ żadnej zmianie; ciepłota wahała się pomiędzy 36,8 a 37,6° C, od czasu do czasu bywały bóle w brzuchu, częstokroć o znacznem nasileniu; na dobę bywało od 2 do 4-ch wypróżnień o wyżej podanych cechach. W celu przekonania się o słuszności naszego podejrzenia co do gruźlicy badano kilkakrotnie wypróżnienia na obecność laseczników gruźliczych, lecz wynik poszukiwań był zawsze ujemny. Badając raz kał niezabawiony, spostrzegłem w nim, prócz dużej ilości ropy, znaczną liczbę tworów, podobnych do tych, które przed kilku dniami zauważyłem w osadzie z moczu; wtedy zrodziło się podejrzenie, czy twory powyższe nie stanowią otorbionych pasorzytów, a mianowicie trychomonad. Badanie kału świeżego potwierdziło moje podejrzenie, gdyż nie tylko w każdym preparacie, lecz i na każdym polu widzenia można było stwierdzić obecność kilku żwawo poruszających się pasorzytów. Morfologiczne ich cechy najzupełniej odpowiadały temu opisowi, jaki, zgodnie z LAMBLEM, podaje JANOWSKI, powtarzanie więc tych szczegółów uważam za zbędne.

Pozostawało mi jeszcze wyjaśnić sprawę obecności pierwotniaków w moczu. Poszukiwania odnośne, pomimo że były dokonywane w moczu zupełnie świeżym, z początku nie dawały wyników dodatnich; zawsze spotykałem tylko wspomniane wyżej twory szkliste, okrągłe lub

owalne, lecz żywych trychomonad nie udawało się wykryć. Z powodu silnego parcia chora oddawała mocz bardzo często i w ilościach bardzo niewielkich, to też za pomocą cewnika otrzymaliśmy zaledwie bardzo małe ilości gęstego cuchnącego płynu. Niepowodzenie w tym kierunku przypisywałem temu, że skutkiem częstego oddawania moczu ostatni nie opłukuje nalezycie ścian pęcherza, a tem samem nie mogliśmy otrzymać istotnej zawartości tegoż. Ażeby zmniejszyć podrażnienie i wrażliwość ścian pęcherza, zalecono chorej czopki z makowcem, i wtedy dopiero, za pomocą cewnika, udało się otrzymać około 100 ctm. sz. moczu, w którym obok otorbionych znaleźliśmy liczne żywe trichomonady; w każdym jednak razie liczba ich była znacznie mniejsza, niż w kale.

Ponieważ chora skarżyła się na powtarzające się często odpływy z pochwy, przeto postanowiliśmy zbadać tę wydzielinę w tem przekonaniu, że nieżyt błony śluzowej tego narządu może znajdować się w związku z obecnością trychomonad. Istotnie, w wydzielinie z pochwy wykryliśmy również znaczną liczbę wiciowców zarówno żywych, jak i otorbionych. Takie wyniki badania nadały zgoła inny kierunek naszemu zapatrywaniu się na istotę sprawy chorobowej. Oczywiście nieżyt kiszek, pochwy i pęcherza był podtrzymywany przez obecność wiciowców.

Chorej zalecono chininę po 0,5 dwa razy dziennie, nadto lawatywy z 1‰ roztworu chininy, a pęcherz i pochwę przemywano roztworem kwasu bornego. Tego rodzaju postępowanie dało wyniki bardzo korzystne. Już na trzeci dzień wypróżnienia nabrały konsystencji papkowatej, liczba ich bez pomocy makowca spadała do 2—3 na dobę, a kilkakrotne badanie drobnowidzowe nie wykryło obecności wiciowców; parcie na mocz zmniejszało się znakomicie, ilość ropy w moczu spadała do połowy, a w osadzie moczowym obok niewielkiej liczby ciałek czerwonych krwi i licznych ciałek ropnych znajdo-

wano zaledwie pojedyncze otorbione pasorzyty; w bardzo skąpej wydzielinie z pochwy wiciowców nie można już było wykryć. W dalszym ciągu stan chorej z dnia na dzień polepszał się: siły zaczęły powracać, bóle w brzuchu bezpowrotnie minęły, a po upływie dwóch tygodni od czasu wydalenia pasorzytów wypróżnienia bywały raz na dobę o wyglądzie zupełnie prawidłowym; mocz pozostał wciąż jeszcze nieeo mętnym, aczkolwiek oddziaływał kwaśno, odpływy z pochwy zupełnie zginęły. Zarówno w kale, jak i w moczu wiciowców nie znajdowaliśmy. Dalsze leczenie było skierowane do usunięcia znacznej małokrwistości i ograniczało się na podawaniu środków tonizujących. Wśród tak dobrego stanu ogólnego chora nagle w nocy, bez żadnej widocznej przyczyny, dostała znów bólów w brzuchu i biegunki. Zbadaliśmy więc znów starannie wypróżnienia, lecz pomimo usilnych poszukiwań wiciowców nie udało się nam wykryć; to jednak nieoczekiwane pogorszenie tak nastraszyło chorą, że zażądała wypisania jej ze szpitala. W kilka dni po wypisaniu się chorej dowiedziałem się, że w przeddzień tego niespodziewanego pogorszenia, chora jadła przyniesioną jej przez odwiedzających wędlinę. Kiedy po dwóch tygodniach zasięgałem wiadomości o zdrowiu chorej, doniesiono mi, że czuje się zupełnie dobrze, aczkolwiek jest jeszcze osłabiona.

Reasumując przebieg choroby, widzimy, że osoba, dziedzicznie nieobarczona, z bardzo wyraźnymi zmianami w szczycie płuca prawego od 5-iego miesiący cierpi na nieżyt kiszek, pęcherza i pochwy; w wypróżnieniach, w moczu i śluzie z pochwy wykryto duże ilości wiciowców. Nastęczałoby się więc podejrzenie, że wszystkie wyżej wymienione sprawy nieżytowe posiadają przyczynę wspólną, mianowicie, że stanowią ją wiciowce. Przebieg choroby, zdaje się, potwierdza to przypuszczenie, ponieważ jednocześnie ze znikaniem pasorzytów objawy nieżytu mniej lub więcej łagodnieją, i względnie szyb-

ko następuje ogromna poprawa w stanie zdrowia osoby, już od kilku miesięcy dotkniętej cierpieniem.

Jak widać z zestawionej przez JANOWSKIEGO literatury, poglądy na sprawę szkodliwości wiciowców, ogłoszone przez rozmaitych autorów, nie są jednobrzmiące. Gdy jedni zaznaczają, że wiciowce same przez się mogą wywoływać zaburzenia czynności kiszek i w ten sposób stają się bezpośrednią przyczyną biegunki, inni utrzymują, że one jedynie „podtrzymują swoją obecnością sprawę zapalną, powstałą pod wpływem innych bodźców”.³⁾ JANOWSKI wyraża się o roli wiciowców w nieżytach kiszek w sposób następujący:⁴⁾ „Musimy przyjąć, że w niektórych rzadkich przypadkach trychomonady mogą istotnie być przyczyną rozwijającej się nagle pod ich wpływem biegunki, daleko częściej jednak rola ich pod tym względem jest zupełnie nieszkodliwa”. A nieco dalej określa bliżej te przypadki biegunek, które można poczytywać za zależne bezpośrednio i wyłącznie od wiciowców. „Musimy uznać za wywołane przez trychomonady te przypadki biegunek, w których: 1) powstanie jej poprzedzone zostało przez znaczne rozmnożenie się w kioskach tych pasorzytów; 2) liczba tych ostatnich znajdowała się w prostym stosunku do liczby oddawanych dziennie stolców; 3) biegunka ustala, gdy trychomonady za pomocą kalomelu lub innych leków wytępiono”.

Zdaje mi się, że podany przeze mnie przypadek najzupełniej odpowiada postulatowi, postawionemu przez rzeczonoego autora. W przypadku tym biegunka trwała przez 5 miesięcy i stała się przyczyną wielkiego wyniszczenia chorej, w szpitalu zaś nie ustępowała pomimo sporych dawek makuwa (0,03 po 4 razy dz.); liczba wypróżnień dochodziła do 12-tu na dobę, a w kale znaleziono ogromną liczbę pasorzytów; na-

rezście z chwilą kiedy trychomonady zostały usunięte, biegunka zaczęła się szybko zmniejszać. W końcu muszę zaznaczyć jeszcze jedną okoliczność, która przemawia na korzyść mego twierdzenia. Chcę tu przypomnieć o istniejącym współcześnie niezycie pęcherza i pochwy. Aczkolwiek sprawa zapalna w pęcherzu ustępowała dosyć wolno, być może, na skutek głębszych zmian, jakie zaszły w błonie śluzowej tego narządu, za to sprawa chorobowa w pochwie już po kilkakrotnym przemyciu jej dokładnem ustąpiła prawie zupełnie. W każdym bądź razie usunięcie przyczyny cierpienia obudwu narządów odbiło się w sposób bardzo korzystny na przebiegu choroby.

Pomiędzy spostrzeżeniami, poczynionymi przez rozmaitych autorów, które przytacza JANOWSKI, wiciowce dawniej już znajdowano nie tylko w kioskach, lecz i w pochwie i w pęcherzu, a MALINIĄK znalazł je w zawartości żołądka; dowodzi to, że pasorzyt ten łatwo przystosowuje się do najrozmaitszych warunków otoczenia i że równie dobrze rozwija się w środowisku kwaśnem, jak i w oddziaływającym zasadowo. Tę cechę wiciowców doskonale ilustruje mój przypadek. Zasługuje on na uwagę jeszcze i z tego względu, że dotychczas w literaturze nie posiadamy żadnego spostrzeżenia, w którym wiciowce znajdowanoby u tego samego osobnika w kilku naraz narządach, natomiast spotykano je albo tylko w kale, albo tylko w pęcherzu, a już rzadziej tylko w wydzielinie z pochwy. To też wobec tego, że wiciowce nie posiadają jakiegś wyłącznie uprzywilejowanej lokalizacji, sądzę, że takie nazwy, jak *trichomonas vaginalis* lub *tr. intestinalis* nie określają istotnego stanu rzeczy; uważam natomiast, że nazwa, zaproponowana przez JANOWSKIEGO, „*trichomonas hominis*” powinna być powszechnie przyjęta, jako najlepiej określająca stosunek wiciowca do patologii ustroju ludzkiego.

³⁾ Janowski I. c.

⁴⁾ Loco citato,

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim
na Czystem.

Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdzku
u 17-letniej dziewczyny,
jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego.

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

Chora Olejart, 17 lat, zapisała się do oddziału dnia 25. XI. 1903 roku. Od miesiąca cierpi na silne bóle głowy i zawroty. Przed tygodniem zauważyła osłabienie wzroku. Czasami wzrok się zupełnie zaciemnia, stale widzi, jak przez mgłę. Od 3 dni — wymioty. Obecnie skarży się na bóle w części czołowej, głównie w okolicy lewego oka, pozatem — na zawroty, niepewność przy chodzeniu i na osłabienie wzroku.

Chorą skierował do naszego oddziału kol. HIGIER z rozpoznaniem nowotworu mózgowia, zapewne mózdzku.

Status praesens. Chora wzrostu niskiego, dość silnej i prawidłowej budowy ciała. Stan odżywiania dobry. Chodzi, jak pijana. Od czasu do czasu mocno się przechyla to w jedną to w drugą stronę, głównie, gdy chce zawrócić. Objaw ROMBERG'a zarówno przy staniu, jak i przy siedzeniu. Czaszka bolesna przy opukiwaniu. W części potylicowej po stronie lewej, poniżej *protuber. occipitalis* i niedaleko linii środkowej, wyczuwamy miękką masę nowotworową podobną przy palpacji do torbieli. Naciskając silniej ową masę, wyczuwamy zagłębienie w kości potylicowej. Nowotwór wykazuje zupełnie rytmiczne pulsowanie. Przy auskultacji słyszymy wyraźny szmer rytmiczny, charakter tego szmeru przypomina szmery przy wadach serca. Punkty nerwu trójdzielnego (górnej jego gałązki) są bolesne przy uciskaniu. Wzrok osłabiony. Badanie wzornikowe wykazało obustronną zastojną tarczę wzrokową. Żrenice równomierne, od-

działują prawidłowo na światło i na akomodację. Ruchy gałek ocznych niezmienione. Ruchy mimiczne zachowane. Żucie normalne. Czuć na twarzy i głowie bez zmian. Słuch, smak i węch normalne. To samo dotyczy zdolności połykania, fonacji i artykulacji. Język chora wysuwa w linii środkowej.

W kończynach górnych siła mięśniowa niezmieniona. Wszelkie ruchy są wykonywane właściwie. Odruchy z *m. triceps* słabe z obu stron. Odruchów z okostny brak. Czuć w kończynach górnych (bólów, dotykowe, mięśniowe) normalne.

Czuć i ruchy tułowia niezmienione. Odruchy brzuszne (górne, środkowe i dolne) bardzo żywe.

W kończynach dolnych siła mięśniowa i ruchy normalne. Niema ataksji,

Odruchy kolanowe można wywołać tylko z pomocą sposobu JENDRASSIK'a. Odruchów ze ścięgien Achilles'a nie mogliśmy wywołać. Odruch podeszwowy normalny (*flexio plantaris*). Czuć w kończynach dolnych zachowane.

W narządach wewnętrznych zmian nie wykryliśmy. Tętno nie zwolnione.

I. XII. 03. Chora skarży się na ból głowy, przeważnie w okolicy lewego oka. Czasami nie widzi zupełnie. Zawroty głowy przy chodzeniu. Wczoraj i dzisiaj silne wymioty. Wysłuchiwanie nowotworu daje wynik następujący: jeżeli przystawić rurkę do zewnętrznej i dolnej części nowotworu, to słychać wtedy szmer rytmiczny i dmący, synchroniczny z tętnem. Zmieniając nieznacznie położenie rurki, usłyszymy oprócz tego szmeru najrozmaitsze piski, trzeszczenia i t. d. Jeżeli słuchać uważnie przez rurkę i nacisnąć jednocześnie palcem na część górną i wewnętrzną nowotworu (znajdującą się prawie na *linea medialis*), to szum natychmiast ustaje i zjawia się ponownie, gdy odejmiemy palec. Można się również przekonać z łatwością, że, uciskając wzmiankowaną tylko część palcem wywołujemy zapadanie się nowotworu

Odsuwając zaś palec, spostrzegamy natychmiastowe pęcznienie masy nowotworowej. Osluchiwanie czaszki we wszystkich innych okolicach daje wynik ujemny, nawet na odległości 1 - 2 mm. od nowotworu. Uciskanie *art. carotis comm. sin.* nie wpływa na szmer w nowotworze. Ucisk na *art. occipit. sin.* nie wywołuje również zmian widocznych w charakterze szmeru (czasami szmer ten stawał się jakby cichszy). Zauważyć prócz

tuację również w okolicy wierzchołka nowotworu. Nowotwór ten jest bolesny przy uciskaniu. Gruczoły chłonne po stronie prawej szyi są powiększone i bolesne przy uciskaniu.

6. XII. Nowotwór po stronie prawej znacznie się powiększył. Górna jego granica wystaje ponad wierzchołkiem ucha. Dolna zaś odpowiada prawie dolnemu odcinkowi ucha. Nowotwór po stronie lewej nie wykazał w ostatnich

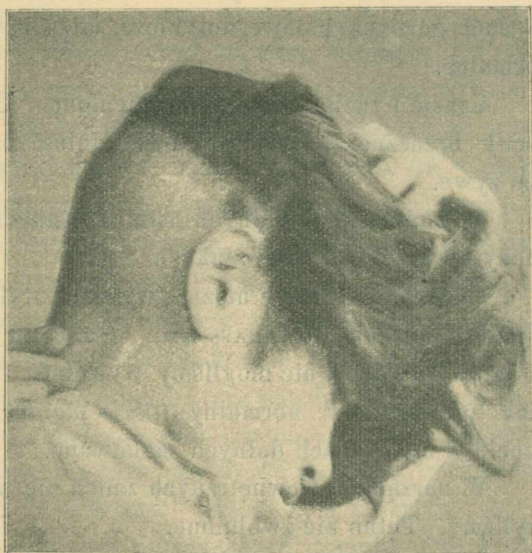


Fig. 1.

tego należy, że, uciskając palcem wzmiankowaną powyżej część nowotworu, wywołujemy bardzo dotkliwy rozlany ból głowy, umiejscowiony jednak głównie w lewej okolicy czołowej. Ból ten znika, gdy przestajemy naciskać na nowotwór.

4. XII. Dzisiaj zauważyliśmy powstanie masy nowotworowej z tyłu od prawej muszli usznej w okolicy *squama ossis temporalis* i *ossis occipitalis*. Nowotwór nie wykazuje ani pulsowania, ani też fluktuacji. Silny ból głowy głównie w części czołowej.

5. XII. Dzisiaj słychać szmer na wierzchołku nowotworu prawego (t. j. z tyłu od prawej muszli usznej). Zarazem wyczuwamy fluk-

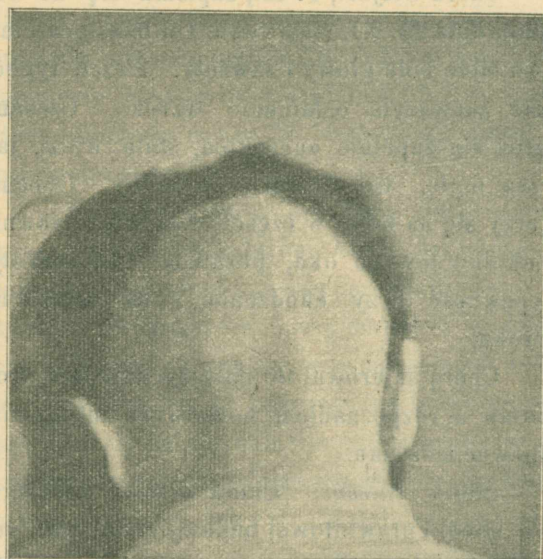


Fig. 2.

dniach żadnych zmian odnośnie do rozmiarów. (Fig. 1 i 2). Bóle w części czołowej. Stan psychiczny bez zmian widocznych.

7. XII. Dzisiaj zjawily się bardzo uparte mdłości i wymioty. Chora wymiotowała co 10 minut, zaczynając od godziny 8 rano aż do godziny 11. Skarży się na dokuczliwy ból głowy. Przy siedzeniu ból ten jest mniejszy, niż przy leżeniu. Przy siedzeniu ból jest umiejscowiony głównie w części czołowej. Przy leżeniu na prawym lub lewym boku ból ten ogarnia całą głowę, i jednocześnie zjawia się uczucie ściągania w szyi i ból u nasady nosa. Na karku chora nie może uleżeć (bardzo silne bóle z tyłu). Stan duchowy zmieniony. Chora jest przygnębiona.

Przytomność zupełna. Brak apetytu. Tętno rytmiczne = 64. *Respiratio* = 36. Żadnych porażień nie zauważono. Odruchy kolanowe bardzo słabe. Odruchów ze ścięgien Achilles'a nie ma. Tego samego dnia chora skarżyła się na bardzo dokuczliwe uczucie dreszczów, zimna i gorąca. (Ciepłota 35,5° — 35,8°).

9. XII. Ciepłota 35,3°—35,8°. Stan ogólny lepszy. Ból głowy mniejszy. Wymioty ustąpiły. W prawym nowotworze szmerów nie słychać. Chora nie czyni wrażenia ciężko chorej. Dowcipkuje z innymi chorem.

11. XII. C. 36,0°. Odraza do jedzenia. Potrawy wydają się śmierdzące. Bóle głowy i szyi. Od czasu do czasu zupełne zaćmienie wzroku. Od kilku dni szum w prawym uchu, podobny do szumu wicheru. Przytomność zupełna. Nastrój smutny, przygnębiony. (Tętno w te dni = 76 — 84).

17. XII. W nocy — silny ból głowy. Dzisiaj nie dęczy nie chorej. Czuje się lepiej, jest wesła, rozmowna. Chód mózdkowy. Zatacza się bez widocznej skłonności upadania w jednym tylko kierunku. Stwierdzono dzisiaj, że przy uciskaniu palcem w linii środkowej tuż powyżej pierwszego kręgu szyjowego ginie szmer w lewym nowotworze. Jest więc już drugi punkt, za którego uciśnięciem znika szmer w lewym nowotworze. Wzrok osłabiony; chora nie odróżnia liter, gdy się ściemni. W nocy słyszy wciąż rozmaite dźwięki (świsty, szmery dmące) w uchu prawem.

19. XII. Bóle głowy. Wymioty. Ruchy gałek ocznych niezmienione. Oczopląsu niema. Tętno w pozycji siedzącej = 88, w leżącej = 72—76. Przygnębienie.

22. XII. Gdy chora wstała dzisiaj z łóżka, poczuła silny zawrót głowy i upadła na podłogę. Podniosła się i upadła po raz drugi. Przytomności nie traciła. Tętno 84. Rozmiary nowotworów nie zmieniły się. *Pro- i supinatio* rąk chora wykonywa bardzo szybko. Odruchy z *m. triceps* osłabione. Odruchy z okostny = 0. Odruchy

kolanowe bardzo słabe. Odruchy ze ścięgna Achilles'a = 0. Odruch podeszwowy = *flectio plantaris*. Siła w kończynach dolnych znaczna. Napięcie mięśni niezmienione. Obfite łzawienie głównie oka prawego w nocy.

29. XII. Lewem okiem nie widzi, w prawem — wzrok osłabiony. Oczopląsu nie stwierdzono. Silny zawrót głowy podczas chodzenia. W kończynach górnych i dolnych sfera ruchowa i czuciowa bez zmian widocznych. Odruchy jak wyżej. Odruchy brzuszne żywe. Rozmiary i zjawiska wysłuchowe w obu nowotworach te same. Bóle głowy wyłącznie w okolicy czołowej, głównie w lewym oku. Lewe oko bolesne przy uciskaniu, prawe nie wykazuje tego objawu. Wyraz twarzy smutny. Przytomność zupełna. Nastrój przygnębiony. Tętno 76.

30. XII. Tętno 60. Silny ból głowy. Chora leży zgnębiona, wciąż stęka głucho.

31. XII. Odruchów kolanowych nie można wywołać.

3. I. 1904. Bóle głowy. Od czasu do czasu wymioty. *Amaurosis oculi sinistri*. Prawem okiem nie odróżnia zarysów twarzy, ani liczby palców, nawet na odległości 4—5 ctm.

4. I. Osłabiony ruch gałek ocznych na prawo. Chód mózdkowy. Smak zachowany. Nie odróżnia zapachu waleryany.

6. I. *Status gravis*. Chora wciąż stęka i skarży się na uczucie gorąca i ból w okolicy czołowej głowy. Tętno — 52. Odruch kolanowy po stronie prawej zaledwie dostrzegalny, po stronie lewej = 0.

7. I. Tętno 92. Bóle w okolicy czołowej, przeważnie w lewym oku. Ślepotą obustronna. Z obu stron nie odróżnia światła lampki elektrycznej. Wyraz oczów błędny (jak u ślepych).

9. I. Tętno 64. Ból głowy znowu silniejszy. Wymioty wczoraj. Żrenice bardzo szerokie, na światło nie oddziałują.

12. I. Chora skarży się na bóle głowy w okolicy potylicowej (bóle w okolicy przedniej mniejsze).

13. I. Bólu głowy nie ma. Chora nie może skierować oczów w prawą stronę.

15. I. Chora może poruszać oczami we wszystkich kierunkach, nie jest jednak w stanie doprowadzić gałek ocznych aż do samego kąta zewnętrznego (ani w oku prawym, ani w lewym). Odruchy kolanowe = 0 (nawet przy użyciu sposobu JENDEASSIK'a).

19. I. Tętno 80. Ból w lewym oku i w części potylicowej z tyłu od ucha lewego. Chora może siedzieć, trzymając się rękami łóżka. Przy podniesieniu rąk do góry tułów zaczyna

się chwiać. Ruchy gałek ocznych na prawo i na lewo trochę ograniczone, do góry i na dół — normalne.

21. I. Tętno 98. Wymioty były nocą. Przygnębienie.

27. I. Bardzo silny ból głowy w okolicy czołowej, z tyłu w okolicy nowotworów. W lewym nowotworze słychać szmer. Żrenice rozszerzone, nie oddziałują na światło; na zbieżność oddziałują słabo. Prawy nowotwór powiększył się, lewy nie zmienił się.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

11. A. SCHMIDT. Nowe spostrzeżenia w sprawie powstawania i racjonalnego leczenia zaparcia stolca nawykowego.

W ostatnich zeszytach „Medycyny” z roku ubiegłego¹⁾ podane zostały poglądy SCHMIDT'a na istotę i sposób powstawania zaparcia stolca nawykowego. Autor ten doszedł mianowicie do wniosku, że u tego rodzaju osobników pokarmy zostają zbyt dobrze strawione, wskutek czego wytwarza się zbyt mała ilość kału i zbyt mało bakterii; brak bakterii powoduje zbyt skąpe rozwijanie się produktów rozkładowych (kwasów tłuszczowych, gazów i t. d.), które wobec tego nie są w stanie pobudzić ruchów robaczkowych kiszek i wywołać stolców. Powyższy pogląd autora poparty został szeregiem odpowiednich doświadczeń za pomocą diety próbnej, przyczem okazało się, że kał osobników, dotkniętych zaparciem stolca nawykowym, posiada bardzo nieznaczłą zawartość wody i substancji suchej i wykazuje pod mikroskopem niezwykle skąpe resztki składników pokarmowych.

¹⁾ W. Róbin. Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek. „Medycyna” 42, 43, 46 i 47.

Wobec takiego sposobu powstawania zaparcia stolca, zdawałoby się, że nader łatwo je usunąć²⁾. Należy tylko „popsuć zbyt dobre trawienie”, a w tym celu zalecić choremu pokarmy ciężkostrawne. Doświadczenie wszakże codienne uczy, że zalecane oddawna w tych przypadkach pokarmy (chleb razowy, sałata, owoce, orzechy i t. p.) nie zawsze prowadzą do celu i zaparcia stolca we wszystkich przypadkach nie usuwają. Przyczyna tkwi w tem, że błona śluzowa kiszek u tego rodzaju chorych posiada własność przyswajania sobie w dużym stopniu nawet ciężkostrawnych pokarmów. Gdy naprz. w kale ludzi normalnych z łatwością odnajdziemy resztki marchwi, zielonych jarzyn i t. d., — u osobników z zaparciem stolca nawykowym częstokroć ich nie wykryjemy.

Należy zatem poszukać takich substancji, któreby z pewnością w przewodzie pokarmowym strawieniu nie ulegały i zarazem zdolne były

²⁾ Należy zaznaczyć, że pewna część przypadków zaparcia stolca nawykowego przebiega bez żadnych objawów podmiotowych, te więc przypadki leczenia wcale nie potrzebują. (Przyp. ref.)

wzbogacać kał w zawartość wody. SCHMIDT poleca właśnie w tym celu powszechnie znany agar-agar, który zdaniem autora odpowiada obudwu powyższym wymaganiom i jest przytem zupełnie dla ustroju nieszkodliwy. Posiada wybitną własność pęcznienia wskutek obecności gelozy (pararabiny); zawartość drzewnika wynosi 0,6%; wody nie oddaje i nie ulega guiciu. Autor przekonał się, że agar-agar, przyjęty *per os*, pęcznieje już w ustach, jeszcze bardziej w żołądku i wydziela się w stanie zupełnie niezmienionym w kale; kał staje się wskutek tego bardziej wodnistym i miększym. Przy podawaniu nawet dużych dawek (25,0 dziennie) autor nie spostrzegał objawów podrażnienia przewodu pokarmowego.

LOHRISCH zajął się dokładnem badaniem działania tego przetworu i otrzymał następujące dane:

1) Osobnik z trawieniem prawidłowem wydzielał przy dyecie próbnej w ciągu 3 dni 255,0 wilgotnego, wzgl. 55,0 suchego kału z zawartością drzewnika 0,869; po podaniu 81,0 agar-agar'u w ciągu następnych 3 dni (= 0,5 drzewnika) otrzymano 675,0 wilgotnego, wzgl. 137,0 suchego kału z 1,658 drzewnika. A zatem o 82,0 suchego kału i o 0,789 drzewnika więcej.

2) Osobnik z zaparciem stolca nawykowem wydzielał w ciągu 3 dni przy dyecie próbnej 38,0 suchego kału i 0,081 drzewnika. Po podaniu 66,0 agar-agar'u (= 0,408 drzewnika) otrzymano suchego kału 125,0 i drzewnika 1,613, a więc o 87,0 więcej suchego kału i o 0,929 drzewnika, co dowodzi, że nawet pewna część drzewnika pokarmowego nie została strawioną.

Należy tylko zaznaczyć w tem miejscu, że jakkolwiek agar-agar sam przez się powiększa objętość kału, jednakże nie zawsze powoduje samowolne wypróżnienia; do tego bowiem potrzebny jest, prócz bodźca czysto mechanicznego, jaki stanowi nagromadzenie się kału, jeszcze bodziec chemiczny, który w warunkach zwykłych stanowią produkty rozkładowe w kiszka. W tym celu SCHMIDT dodaje do agar-agar'u małą ilość wyciągu wodnego cascara (25%); ilość ta stanowi, zdaniem S., sama przez się nie jest w stanie wywołać wypróżnień. Fabryka chemiczna Helfenberg wypuściła właśnie połączenie agar-agar'u z wyciągiem cascara pod

nazwą „regulinum”. Regulina przedstawia się w postaci brunatnawych łusek, nie posiada żadnego smaku i najlepiej zażywać się daje w kom-pocie z jablek lub jakiegokolwiek galarecie; dawka wynosi od 1 łyżeczki od herbaty do 2 łyżek stołowych dziennie, t. j. od 1,5 do 8,0. Przyjmować należy regulinę w ciągu dłuższego czasu w małych dawkach. Autor spostrzegał wybitne polepszenie u $\frac{2}{3}$ swych chorych.

Obok reguliny S. poleca jeszcze *paraffinum liquidum*, jako jeden z owych nielicznych przetworów, które przechodzą przez przewód kiszkowy w stanie niezmienionym i wpływają na powiększenie objętości i uwilgotnienie kału. Działanie *paraffini liquidi* zupełnie odpowiada działaniu agar-agar'u, ale jest słabsze. Przetwór ten w połączeniu z małą ilością wodnego wyciągu cascara (10%) znajduje się w sprzedaży w kapsułkach żelatynowych po 3,0 pod nazwą „pararegulinum” i, podawany w ilości 2—3 kapsulek dziennie, skutecznie wspiera działanie reguliny.

(Münch Med. Woch. 1905—41).

W. Robin.

12. Dyagnostyczna i terapeutyczna wartość promieni Roentgen'a dla akuszeryi i ginekologii. (Odczyt d-ra Karola HÖRMAN'a pro venia legendi).

Ostatni Kongres Roentgenowski, który miał miejsce przed kilkoma miesiącami w Berlinie, naszkicował dokładny obraz badań nad promieniami Roentgen'a w kierunku zastosowania ich do celów dyagnostycznych i terapeutycznych.

W szeregu innych odłamów wiedzy lekarskiej, akuszerya i ginekologia bardzo mało wyzyskały wielkie odkrycie niemieckiego uczonego, aczkolwiek liczny zastęp ginekologów poświęcił i poświęca się naukowym studjom w tym kierunku i prowadzi mozolne badania w celach praktycznego zastosowania tej gałęzi naukowej. W chirurgii np. zastosowanie fotografii Roentgenowskiej stworzyło epokę w nauce o złamaniach, w ginekologii jednak ani mowy niema o podobnym postępie, aczkolwiek i tu zaznaczyć można szereg ciekawych spostrzeżeń. Zasadnicze jednak problemy ginekologii nie zyskały na właściwym oświeceniu.

Dokonano szeregu doświadczeń w celu za stosowania promieni Roentgen'a do badania i pomiaru miednicy. Zwykle sposoby, jakimi się w tym celu posługujemy, są niedokładne, uciążliwe dla kobiet i nie odpowiadające warunkom aseptyki. Wychodząc z założenia, że roentgenogram miednicy rozwiązałby tę kwestyę, starano się otrzymać dokładne zdjęcia. Dużo pracy w tym kierunku poświęcili LEVY, THUMIM, PINARD, VARNIER, BOUCHACOURT, FOCHIER, FABRE, i WORMSER. Drogą porównywania roentgenogramu normalnej miednicy z fotografią badanej, możemy określić, czy mamy do czynienia z symetryczną czy też z asymetryczną miednicą, dalej zmiany patologiczne w *articulat sacro-iliac.*, *scolios.*, *fractur.*, *aukylos.* i t. d. Dalej można tą drogą ustalić np. stan spojenia łonowego po symphyseotomii, *resp.* czy nie pozostały luki, i w ten sposób zaopiniować, czy podczas ponownego porodu zachodzi potrzeba powtórzenia symphyseotomii. VARNIER obserwował 34 tego rodzaju przypadki i w 18 widział kompletne *restitutio ad integrum*, w nieznacznej liczbie przypadków pozostała luka, wynosząca 19—25 mm., a w bardzo nieznacznej luka od 3—4 cm. Tą samą drogą ustalić można i rezultaty pubeotomii.

Kwestya dokładnych pomiarów miednicy nie została rozwiązana. Na zdjęciach — *conjugała* i poprzeczne wymiary wejścia w perspektywie wydają się skróconemi. Ostatnio LEVY i THUMIM zbudowali aparat, za pomocą którego pomiary te dają się matematycznie dokładnie obliczyć, ale zarzucić można to, że zachodzi np. potrzeba szacowania grubości kręgosłupa i t. d. Prace BOUCHACOURD'a i WORMSER'a (1900) nad pomiarami miednicy nie dały też realnych wyników, a metoda ich, jako bardzo skomplikowana, zarzuconą została obecnie przez innych badaczy. (Prelegent radzi przy każdej sposobności dokonać rentgenizacji na trupie i następnie sprawdzić pomiary drogą sekcji, gdyż tylko w tych warunkach ma się kryterium dokładności badania).

Przechodząc do badania cierpienia tkanek kostnych, należy zaznaczyć, że intensywność *resp.* dokładność zdjęcia fotograficznego waha się w zależności od zawartości soli wapiennych w kości, a co zatem idzie — koście, pozbawione wapnia, nie dają roentgenogramu,

resp. wydatnych konturów. To też, gdy mamy np. do czynienia z osteomalacją, i sprawa ma skłonność ku polepszeniu się, to drogą fotografii (przez uwydątnianie się konturów) można śledzić krok za krokiem przebieg sprawy chorobowej.

Sub graviditate badania przyniosły bardzo mało pozytywnego. Próbowano dokonać zdjęcia szkieletu dziecka w łonie matki, lecz techniczne warunki nie sprzyjają dokładności zdjęcia (opony brzuszne, swoisty układ mięśniowy ciężarnej macicy, wody płodowe, przestrzeń, dzieląca dziecko od kliszy, ruchy płodu i, co bardzo ważne — nieznaczna zawartość soli wapiennych w jego układzie kostnym).

Zeszłego roku LEOPOLD wykazał dokładnie na zdjęciu wstawianie się główki do miednicy, a FOCHIER już w 1901 — ustawianie się szwu strzałkowego w skośnym wymiarze. Stosunkowo najdokładniejsze zdjęcia szkieletu płodu otrzymał w zeszłym roku według własnej metody ALBERS SCHÖNBERG.

Dyagnozowanie ciąży we wczesnych jej okresach (pierwsze tygodnie, miesiące), dało wyniki ujemne. Dodatnie wyniki badań notowane są tylko dla ciąży w drugiej jej połowie, ale wówczas rozporządzamy już całym szeregiem mniej złożonych sposobów (palpacja, auskult i t. d.)

Tylko w przypadkach, gdzie objawy ciąży występują bardzo nieznacznie, lub przy powikłaniu ciąży guzami macicy lub przydatków (*Myoma*, *Cystis ovarii*, która zajmuje miejsce z przodu ciężarnej macicy) lub dla różniczkowej dyagnozy pomiędzy ciążą a guzami badanie promieniami Roentgen'a wyświadczyć może poważne usługi.

Bliznięta też niejednokrotnie dyagnozowane były tą drogą, wyniki te jednak przyjmować należy *cum grano salis*, gdyż 2 czaszki, które widzimy na zdjęciu, zależeć mogą od poruszenia się płodu podczas ekspozowania. (Tę ostatnią okoliczność można, zdaniem FREUND'a, wyzyskać w przypadkach, gdy zachodzi wątpliwość, czy płód żyje, lub też obumarł, i rozstrzygnąć kwestyę na zasadzie kilkakrotnie obserwowanych poruszeń się płodu).

Extrauterina graviditas — we wczesnem stadium wyniki badania ujemne. Dodatnie, tak jak

przy ciąży macicznej, notowane są dla późniejszych okresów.

Teratologii przysłużyły się promienie Roentgen'a o tyle, że tą drogą dają się uwydatnić deformacje szkieletu, uchylenia od normy, jak np. anomalie czaszki (*Hydrocephalia*, *Anencephalia*), kręgosłupa (*Spina bifida*), kończyn i t. d.

Von LICKEM otrzymał 2 doskonale zdjęcia *foetus papyrac*. Jednocześnie okazało się, że tą drogą można przysporzyć nauce nową i dokładną metodę określania wieku płodu, mianowicie na dokonanych zdjęciach uwydatniają się jądra kostne („Knochenkerne”) i dalsze sprawy ossyfikacji w rozmaitych częściach szkieletu. BORDAS utrzymuje, że drogą roentgenoskopii można ustalić, czy sprawa oddechowa miała miejsce w płucach, gdyż po prześwietleniu płuc, które aspirowały, uwydatniają się na zdjęciach jasne plamy w danej kolicy.

W dziedzinie akuszerii należy jeszcze zaznaczyć, że v. ROSTHORN i KRAUS próbowali drogą rentgenizacji rozstrzygnąć wielce sporną kwestję przerostu serca w ostatnich okresach ciąży i streścili wyniki swych badań w następujący sposób: prześwietlanie serca wykazuje, że w ostatnich okresach ciąży większa niż zwykle powierzchnia serca przylega do klatki piersiowej i dla tego przy perkusji stłumienie uwydatnia się na przestrzeni znacznie większej, niż w warunkach normalnych właściwa jednak hypertrophia serca nie ma miejsca.

W dziedzinie chorób kobiecych też nie wiele pozytywnych wyników mamy do zanotowania. Guzy brzuszne (*tumores abdominales*) nie nadają się do prześwietlania (warunki niesprzyjające — *panniculus adiposus*, *foeces*, dobrze rozwinięty układ mięśniowy). Stosunkowo najlepsze wyniki badań dają konkretnie pęcherza, ureter'ów, nerek, dalej guzy, w których odkładają się sole wapienne (*Myoma*), dalej *Lythopedion*, *Embryoma*, zawierająca kości i zęby.

Z ciał obcych wykazane zostały za pomocą promieni Roentgen'a szpilki do włosów w pochwie, pęcherzu moczowym i macicy (SEIFFART, SEWERS, STALL, EDWARDS), STRASSMAN w ten sposób demonstrował położenie metalowych wianków macicznych w pochwie, sondę, wprowadzoną do ureter'ów.

BROWN demonstrował „uterus et vagina duplex” (wprowadzając 2 sondy i dokonyując następnie zdjęcia), DESTOT i BÉRARD dokonywali iniekcji preparatu organów rodnych kobiety tą lub ową masą iniekcyjną, następnie robili zdjęcia Roentgen. i w ten sposób demonstrowali terytoryum rozgałęziania się *arter. et ven. uterin.*

W ten sposób demonstrował też Br. WOLFF nalany rtęcią układ krwionośny akardius'a.

Terapeutyczna wartość promieni Roentgen'a dla ginekologii jest mniejsza od wartości dyagnostycznej.

Ze skutkiem stosowana jest ta metoda w miejscowych cierpieniach skórnych zewnętrznych organów rodnych — *lupus*, *eczema chronicum*, *ulcera chronica*, *teleangiectatic.*, *Naevi*, z niewielkim zaś pożytkiem przy *papillom.* i *condylom.*

Na kongresie Roentgenowskim poruszona została między innemi i sprawa leczenia raka za pomocą rentgenizowania porażonego terytoryum, ale na poparcie tej metody nic nie można było przytoczyć. Większość uczestników obserwowała tylko wyniki ujemne.

Tylko bardzo powierzchowne skórne kankroidy mogą być tą drogą zniszczone, ale i w tych przypadkach większość chirurgów przyznaje pierwszeństwo nożowi. Co się tyczy chronicznych, nie podlegających operacji przypadków, to stosowanie tu promieni Roentgen'a jest kwestią przyszłości, prawem obywatelstwa cieszą się zaś jeszcze zwykle paliatywne środki (*excochleatio*, PACKELIN i t. d.)

MIKULICZ radził, aby po operacji raka prześwietlać w przeciągu dłuższego czasu bliźnię w celu zapobiegania recydywie.

Na polu terapeutycznego zastosowania promieni Roentgen'a stawiane są dopiero pierwsze kroki i trudno przewidzieć na jakie tory pehn timerapię ginekologiczną. Ciekawe są spostrzeżenia niektórych badaczy ostatniej chwili, że rentgenizowanie nie pozbawione jest pewnego niebezpieczeństwa, mianowicie u znacznej liczby królików, które często rentgenizowane były *per abdomen*, nastąpiła *sterilitas*. Zdaniem francuskich autorów, którzy pierwsi omówili tę kwestję, bezpłodność należy złożyć na karb bezpośredniego uszko-

dzenia jajników i zaniku pęcherzyków GRAAF'a i z okolicznością tą należy się jednak liczyć.

Kwestya posługiwania się promieniami Roentgena dla celów ginekologii ma przed sobą przyszłość, i z udoskonaleniem techniki odkrycie to zyska prawdopodobnie prawo obywatelstwa w dyagnostyce i terapii ginekologicznej.

D r H. German.

13. EINHORN. O leczeniu raka przełyku radem.

Autor opisuje kilka świeżych przypadków raka przełyku, leczonych radem.

Rezultaty są, zarówno jak i w poprzednich przez tegoż autora opisanych przypadkach, bardzo zadawalające. Sposób leczenia jest dosyć prosty: za pomocą *ad hoc* skonstruowanego zgłębnika (rysunek w oryginale) wprowadza się około 0,25 gr. radu do miejsca zwężenia w przełyku, wyjmuje zgłębnik i zostawia tylko przymocowaną za pomocą nitki do ucha pacjenta flaszeczkę z radem na $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Manipulację tę powtarza się codziennie w ciągu 2—4 tygodni.

U jednej części chorych zwężenia nie ustąpiły wprawdzie, lecz zgłębnik dał się wprowadzić głębiej, u pozostałej—przełyk stał się droższym, tak, że zgłębnik dochodził do żołądka.

Wszyscy pacjenci czuli się znacznie lepiej, nie skarżyli się na bóle i mogli przyjmować płynne, a nawet stałe pokarmy.

Możliwość mechanicznego rozszerzenia zwężenia jest przy należytem wykonaniu zupełnie wyłączone.

Autor gorąco zachęca do dalszych badań nad działaniem radu w cierpieniach przełyku, żołądka i odbytnicy.

(Berliner klin. Wochenschrift. Numer jubileuszowy poświęcony EWALDOWI. Str. 28).

St. Org.

14. Chr. JÜRGENSEN. O nadużywaniu środków przeczyszczających przy nawykowym zaparciu stolca.

Nawykowe zaparcie stolca jako samodzielne cierpienie jest zjawiskiem niesłychanie częstym. Przesadne pojęcia o szkodliwości zaparcia oraz wielka łatwość doraźnej pomocy — oto dwa źródła niewłaściwego używania lekarstw przy habitualnej obstopacyi.

Przedewszystkiem należy przyjąć za zasadę, że codzienne przyjmowanie środków przeczyszczających jest rzeczą niedozwoloną, szkodliwą, odzwyczajającą przewód pokarmowy od jakiegobądź samodzielnej akcyi a lekarzowi nie pozwalającą na wytworzenie sobie sądu o sprawności kiszek.

Mniemanie, jakoby koniecznem było najmniej jedno wypróżnienie w ciągu doby, jest nieuzasadnione. Przy leczeniu nawykowego zaparcia wypada zwracać uwagę nie tyle na częstotść, ile na rodzaj wypróżnienia, a mianowicie: ilość, jakość, łatwość, nie polegając w tej mierze na zdaniu pacjenta, jako zabarwionem sporą dozą subiektywizmu.

Środki, zwalczające nawykowe zaparcie, bywają dzielone na dozwolone i niedozwolone. Podział taki jest w samym założeniu fałszywy, gdyż każdy środek, sprowadzający stolec i nie wywołujący objawów ubocznych, jest dobry i nieszkodliwy. Do ubocznych niepożądanych objawów należą: niepokój i bóle w brzuchu, nadmierne wzdęcie brzucha, oddawanie gazów (często cuchnących), zanik apetytu, ogólne osłabienie, uczucie choroby, t. zw. działanie opaczne (Kontrastwirkung), polegające na jeszcze silniejszym zaparciu po wypróżnieniu, wreszcie, co jest bardzo ważne, nienaturalna spoistość kału. Tylko taki środek, należy uważać za nieszkodliwy, który, nie wywołując owych wyżej wspomnianych ubocznych objawów, a przedewszystkiem nie zmieniając naturalnej spoistości wypróżnienia, rozwija swą spokojną i wystarczającą działalność.

Co się tyczy dawki, to należy znaleźć w każdym przypadku takie *minimum*, które sprowadza łatwy i sformowany stolec. Niestety, dla wielu środków niepodobna ustalić takiej dawki, gdyż albo środek nie działa wcale, albo przy nieco zwiększonej dawce wywołuje rozwolnienie. Jest jednak pewna liczba środków (być może — po cierpliwem probowaniu — większość), dla których daje się ustalić taka średnia, nawet olej rącznikowy w odpowiedniej dawce może dla pewnych osób być dobrym w myśl powyższych uwag środkiem przeczyszczającym.

W zasadzie leczenie nawykowego zaparcia środkami przeczyszczającymi należy uznać za niehigieniczne i uciekać się do niego tylko w razach koniecznych, na pierwszym zaś planie po-

stawić dyetę, masaż brzucha, zabiegi hydro- i elektroterapeutyczne, jako środki higieniczne, bardziej zgodne z naturą.

Z łagodnych środków, pobudzających wypróżnianie kiszek, wyróżnia autor: *Decotum corticis frangulae* (305 na 250 gr. wody, gotować około 15 min.) co 2 lub 3 dzień wieczorem 1—2 łyżek, dalej *folia sennae* (6 — 12 listków na ½ szklanki zimnej wody nastawione na 12 godzin), wieczorem cała porcja.

Na zakończenie zaleca autor następujące wypróbowane przez niego zestawienia ziółek:

I. Flor. Tiliae
" Sambuci
" Chamom.
Hrb. Menth. pip.
Rhiz. Valerianae aa

II. Flor. Arnicae
" Verbasci
" Chamom.
Hrb. Menth. pip.
Rhiz. Valerianae aa.

III. Flor. Arnicae
" Verbasci
Hrb. Rosmarini
Rad. Bardanae
Rad. Liquiritiae aa

2 łyżki sparzyć dwiema filiżankami wrzącej wody i zostawić przykryte na kwadrans. W odstępie kwadransa wziąć w dwóch porcjach naczecz (najlepiej gorące). Pierwsze śniadanie w ½ godziny potem.

(Berliner klinische Wochenschrift. Jubiluszowy numer poświęcony EWALD'owi. Str. 51).

St. Org.

15. SALKOWSKI. O próbie fermentacyjnej w celu wykazania obecności cukru w moczu.

Artykuł ma głównie na celu odparcie zarzutu, czynionego przez PFLÜGER'a i innych, jakoby próba fermentacyjna dawała czasem fałszywe rezultaty.

Autor wykazuje niezbicie, że powodem błędnych rezultatów były błędy w technice badania. Prawidłowo przeprowadzone odbywa się ono w sposób następujący: do próbki wlewa się około 15 ctm. sześć. moczu, dodaje drożdży prasowanych wielkości ziarnka grochu, miesza ostrożnie, nie wstrząsając, lecz odwracając próbkę.

Mieszanina zostaje przelana do naczynka fermentacyjnego tak, aby nad cieczą nie pozostało nic powietrza; wreszcie w celu izolacji mo-

czu od powietrza wlewa się na mocz nieco rtęci. Naczynko z badanym moczem powinno stać przez 20—22 godz. przy 30—38 stopniach Celsiusza. Jednocześnie z właściwym naczynkiem nastawia się dla kontroli drugie z normalnym moczem lub wodą. W tem ostatniem po 20 godzinach z drożdży czy też z fermentacji moczu wytwarza się zazwyczaj pęcherzyk gazu. Przy bardzo małych ilościach cukru pęcherzyk gazowy bywa jednakowo wielki w obu próbkach.

W takim przypadku wystarcza ogrzać na kąpeli wodnej do 70° naczynko, wstawione uprzednio do szklanki wody, poczem zostawić je jeszcze na ½ godz. w gorącej wodzie; pod działaniem ciepła ilość gazu we właściwej próbce powiększa się bez porównania szybciej, niż w naczynku, służącym do sprawdzenia. W ten sposób możemy z najzupełniejszą pewnością wykazać obecność 1/10% cukru, a nawet 1/20% w uprzednio przegotowanym moczu, jeżeli w moczu niema chloroformu, formaliny, kwasu karbолоwego lub innych antyseptycznych środków, które mogą powstrzymać wywiązywanie się kwasu węglowego.

Powstaje jednak pytanie, czy nie otrzymamy pozytywnych wyników, jeżeli w moczu niema cukru. W tem właśnie PFLÜGER i SCHÖNDORF upatrują słabą stronę próby, powołując się na kilka przypadków, w których wypadła ona pozytywnie, mimo, iż mocz cukru nie zawierał.

Zarzutów tych nie można uznać za słuszne, gdyż u wyżej wspomnianych autorów: 1) „próba trwała tak długo, dopóki się jeszcze wywiązywały gazy“ t. j. 4—5 lub 6 dni, a nie 20—22 godzin, jak tego wymaga przepis, 2) dodali oni do moczu, który stał się w końcu badania alkaliznym, kwasu winnego, aby otrzymać związany kwas węglowy. Rzecz oczywista, że kwas winny odszczepił od węglanu amonu kwas węglowy, i próba wypadła dodatnio. Ale i bez dodania kwasu winnego przy temperaturze powyżej normalnej może się wywiązać z zasadowego moczu chemicznie związany kwas węglowy — zjawisko to daje się teoretycznie wyjaśnić i stwierdzić praktycznie.

Przytoczone powyżej przypadki każą poczynić następujące zastrzeżenia.

1) Fermentowanie nie powinno w żadnym razie trwać dłużej niż 20—22 godzin, 2) próbę

fermentacyjną, w końcu której mocz reaguje zasadowo, należy uznać za nieudaną. 3) Aby niedopuszczyć niepożądanych bakterii, do fermentacji niezbędna jest wielka czystość przyrządów i odczynników; 3) badany mocz powinien być kwaśny lub neutralny. Do alkalicznego moczu należy dodać parę kropel rozcieńczonego kwasu solnego lub winnego, aż wystąpi odczyn na kwas, i następnie ogrzać w celu usunięcia kwasu węglowego; 4) „niepewny“ mocz winien być przegotowany i ewentualnie zakwaszony; 5) mocze z fermentacją amoniakalną należy przegotować i ewentualnie zakwasić; 6) próby fermentacyjnej nie powinno się wykonywać z moczem, zawierającym krew, ropę, białko lub albumozy.

(Berliner klin. Wochenschrift. Jubileuszowy numer EWALD'a. Str. 48).

St. Org.

16. BÄUMLER. Czy miażdżyca tętnic jest chorobą ustrojową?

Miażdżyca tętnic nie jest chorobą podszłego wieku, gdyż spotyka się ją i u młodych ludzi, a nawet i u dzieci.

Anatomo-patologiczne zmiany są świadectwem przebytych w rozmaitych okresach życia chorób naczyń krwionośnych. Etiologia tych chorób jest niezawodnie bogatsza, niż to ogólnie przypuszczają. Zdaniem autora w chorobach zakaźnych (ostrych i przewlekłych), powodujących zmiany w skórze, tkance łącznej, nerkach, mózgu i t. d., muszą również zachodzić drobne napozór zmiany w naczyniach krwionośnych. I w rzeczy samej: w całym szeregu ostrych chorób zakaźnych, jako to: błonicy, durze brzuszny, gościec stawowy i ospie, znajdował MARTIN zmiany w tętnicach. Inną kategorię etiologiczną stanowią tak zwane „skazy“.

Tak, na zasadzie badań, w początku JOHN-SON'a, który znajdował przerost błony mięśniowej drobnych tętnic w nerkach i w innych częściach ustroju, a także — GULL'a i SUTTON'a, którzy wyodrębnili w swoim czasie osobną postać „*Arterio-capillary fibrosis*“, zaczęto upatrywać w miażdżycę wyraz jakiejś swoistej „skazy włóknistej“ (*diathesis fibrosa*). Następnie zaś fancuscy autorowie starali się dowieść ścisłego związku pomiędzy miażdżycą a tak zwaną skazą artretyczną. W każdym razie te i tym podobne zapatrywania stwierdzają, że na miażdżycę

tętnie patrzono nie jak na sprawę miejscową, lecz jak na sprawę ogólną, czemu najdobitniej dał wyraz BURWINKEL, mówiąc, że miażdżyca może być czysto miejscową sprawą, zazwyczaj jednak jest ona wyrazem ogólnego zaburzenia przemiany materii.

Do przyczyn, mechanicznie działających na ściany arterii, zaliczyć wypada przedewszystkiem nagle i krótkotrwale lub stałe wzmożenie ciśnienia krwi.

To ostatnie jest zwłaszcza szkodliwe, jeżeli nie dotyczy całego układu krwionośnego, lecz pojedynczych gałęzi, zaopatrujących jeden stałe bez należytego wypoczynku pracujący organ np. tętnice promieniowe i łokciowe u stolarzy, cieśli, kowali, lub tętnice biodrowe u osób dużo stojących, *tripus Halleri* przy stałym przepełnieniu organów trawienia, lub wreszcie naczynia mózgowe u osób, pracujących umysłowo lub podlegających najrozmaitszym wzruszeniom duchowym.

Gwałtowne i znaczne wzmożenie ciśnienia krwi może nawet doprowadzić do pęknięć błony średniej, pociągając za sobą następne zgrubienie błony wewnętrznej.

W takich pęknięciach szukać należy niekiedy źródła tętniaków.

Spożywanie piwa w dużych ilościach oraz zbyt obfite odżywianie się musimy zaliczyć do tej samej kategorii szkodliwości: pierwsze przez nadmierne wypełnienie układu krwionośnego, drugie przez wzmożenie ciśnienia krwi, wywołane nie wydzielonemi przez niewystarczające i częstokroć podrażnione produktami przemiany materii (np. solą kuchenną, lub ciałami azotowymi) nerki. Zwłaszcza w płonicy, rzadziej w błonicy — z białkomoczem, gdzie może pozostały ogniskowe zmiany w nerkach, istnieje uśposobienie do choroby tychże i do wtórnej miażdżycy wraz ze zmianami w sercu.

Z dalszych przyczyn wymienić należy pełnokrwistość pokarmową (*plethora alimentaris*), do której w razie niedostateczności wątroby lub wskutek sklerozy naczyń trzustkowych może się dołączyć skaza cukrzycowa, mocznicowa, wreszcie dnawa.

Grupa trucizn „exogen“ reprezentowana jest przeważnie przez tytoń i ołów.

Co się tyczy wyskoku, to rola jego jest stosunkowo nieznaczna w omawianej kwestyi

i opiera się na częstotliwości przypadków śmierci, w których pewną rolę mógł on odegrać, prowadzi on może do miażdżycy nie jak ołów, drogą wzmożenia ciśnienia, lecz stałego rozluźnienia ścian naczyń. Wpływ takich trunków, jak piwo, wobec spożywania wielkich ilości ich naraz, jest raczej mechaniczny, nie toksyczny.

Ołów w stosunkowo szybkim czasie prowadzi do miażdżycy. Nadużycie tytoniu, ma być — zdaniem ERB'a przyczyną t. zw. *distasiae angioscleroticae* (chromanie przestankowe). Co się tyczy szkodliwości w omawianym względzie kawy lub herbaty, to nie posiadamy na to żadnego pewnego dowodu.

Zestawiając powyższe uwagi, dochodzimy do wniosku, że miażdżycą jest to choroba tętnic, spowodowana przez cały szereg rozmaitych wpływów zewnętrznych, będących w ścisłym związku z życiem i całym sposobem życia. Wpływy te są czworakiego rodzaju, a mianowicie: mechaniczne, toksyczne, zakaźne i nie wspomniane dotąd nerwowe, (częste skurcze ścian naczyń). Dopiero następne zaburzenia w krążeniu krwi miejscowe i ogólne upośledzają działanie całego ustroju. A zatem powiedzieć możemy, że schorzenie całego ustroju w miażdżycy tętnic jest objawem wtórnym, spowodowanym nieprawidłowościami w przemianie materii oraz zaburzeniami krążenia.

(Berliner klinische Wochenschrift. Jubiläumowy numer EWALD'a.

St. Org.

17. v. DUNGERN (Fryburg w Br.) Przyczynek do nauki o gruźlicy na podstawie doświadczeń nad małpami człekopodobnymi (antropoidami).

Autor przeprowadził na wschodnich brzegach Sumatry szereg wysoce zajmujących badań,

polegających na zakażeniu antropoidów gruźlicą ludzką i bydła.

Do pierwszej seryi należały wstrzykiwania podskórne czystej hodowli laseczek obojga typów (*Typus humanus i bovinus*) w ilości 0.01 gr. Wszystkie zwierzęta zdychały w przeciągu 1—2 miesięcy. Sekcyje wykazały ostro przebiegającą gruźlicę ze zmianami głównie w wątrobie i śledzionie.

Z temi samemi hodowlami wykonał autor drugą seryę eksperymentów, polegających na wprowadzaniu hodowli buljonowych wraz z jedzeniem do przewodu pokarmowego. I w tym, jak i w poprzednich przypadkach wynik był śmiertelny, zauważono tylko różnicę w umiejscowieniu: podczas gdy u małp, karmionych lasecznikami *typus humanus*, zmiany były wyłącznie w płucach, u małp, zakażonych lasecznikami *typus bovinus*, znaleziono głównie zmiany w jelicie cienkim i gruczołach krezkowych.

Na zasadzie powyższych danych wyprowadza autor 2 wnioski: 1) Laseczники perlicy są dla człekopodobnych małp równie zjadliwe, jak i laseczники ludzkie. Ponieważ antropoidy są o wiele więcej zbliżone do człowieka, niż do rogacizny, o czym zresztą obok podobnej budowy anatomicznej świadczy jednakowy odczyn na precypityny i jednakowy przebieg specyficznego ludzkich chorób zakaźnych (ospa, błonica, dur brzuszny, przymiot), należy uznać gruźlicę bydła za niebezpieczną dla człowieka.

2) Możliwe jest, że laseczники gruźlicze bydła mają większe biologiczne pokrewieństwo do kiszek, podczas, gdy laseczники ludzkie do płuc.

(Münch. med. Woch. 1—1903 r.)

St. Org.

STRESZCZENA ZBIOROWE.

NAJNOWSZE BADANIA NAD PATOGENEZĄ DNY.

I. Zur Pathogenese der Gicht. Przez H. KIONKĘ — Jena.

II. Glykokoll und Harnstoff in ihren Beziehungen zur Harnsäure. Eine Theorie der Gicht. Przez H. KIONKĘ.

III. Physicalisch chemisches Verhalten des Glykokolls und Harnstoffs bei der Fällung harnsaurer Salze. Przez d-ra E. FREY.

IV. Das Krankheitsbild „Gicht“ nach KIONKA's Theorie. Przez d-ra E. FREY.

(Zeitschr. f. experiment. Pathologie und Therapie II. 1. 1905).

I. U niektórych ptaków, jak kury, gęsi, gołębie i in., znajdowano nieraz zupełnie przypadkowo zmiany podobne do zmian u ludzi w dnie, którym towarzyszyły procesy swoistego zwyrodnienia nerek, a zwłaszcza — wątroby.

KIONKA wywołał takie zmiany doświadczalnie, karmiąc kury wyłącznie mięsem. U takich kur znajdowano złogi kwasu moczowego w nerkach i drogach moczowych a także — na błonach surowiczych, a nawet — w stawach. Ponieważ rola kwasu moczowego u ptaków jest inna — niż u ssących, przeto zajęto się opracowywaniem kwestyi, czy i u zwierząt ssących da się w podobny sposób otrzymać zmiany, odpowiadające dnie. Mianowicie też KOCHMANN karmił psy wyłącznie mięsem, bez żadnego dodatku węglowodanów etc. Psy te za tem nie zdradzały żadnych objawów chorobowych. Po zabiciu ich w wątrobie i w nerkach znajdowano zmiany, których nie znaleziono u dwóch psów, służących do kontroli i odżywianych mięsem z dodatkiem sporej ilości węglowodanów. W nerkach psów, karmionych mięsem, znajdowano wybitny obraz ostrego zapalenia, nekrozę i zwyrodnienie tłuszczowe nabłonków w kanalikach

i t. d. Wątroba była w stanie zmętnienia mięsowego. Występowanie tych zmian u psów jest tem bardziej zastanawiające, że przecież psy są to zwierzęta par excellence mięsożerne.

KIONKA zajął się studyowaniem wpływu mięsa na organizm królików, przeto zwierząt trawożernych, u których oczekiwano zmian tem wyraźniejszych. Dając królikom samo mięso, K. przekonał się, że w tych warunkach dochodzi u królików bardzo szybko do zastoju zawartości w kiszki, że przeto do mięsa należy dodawać ciało obojętne, któreby jednak drażniło kiszki i pobudzało je do ruchów. Idąc za przykładem v. KNIERIM'a, K. podawał królikom mięso z dodatkiem trocin rogowych, a następnie — co się okazało praktycznijszem — mieszaninę sproszkowanego mięsa trocin rogowych i żółtka. Pod wpływem takiego odżywiania konstatowano wkrótce u zwierząt, co następuje. Waga obniżała się, kał robił się miękki, i wkrótce występowało rozwolnienie; mocz stawał się kwaśny, pojawiało się w nim białko (do 2^o/₁₀₀) i azotan mocznika oraz indykan. Badanie mikroskopowe organów wykazywało zanikowo-zwyrodniające zmiany w nerkach i w wątrobie; w tej ostatniej zwłaszcza widywano ogniska, w których komórki jakby zlewały się z sobą, jądra ich zniknęły, zaródź stawała się ziarnistą.

Podobne doświadczenia powtórzono na myszach. I u nich stwierdzono te same zmiany w wątrobie a także — stłuszczenie i nawet ogniska nekrotyczne z resztkami komórek, barwnika krwi i t.p. W ten sposób odżywianie wyłącznie mięsem, wywołuje u zwierząt trawożernych i wszystkożernych te same zmiany, co i u zwierząt mięsożernych i ptaków. U tych ostatnich zmiany są jednak najrozleglejsze, i dochodzi tu do tworzenia się złogów, które są, jak wiadomo, najbardziej charakterystycznym objawem dny u ludzi.

Jak to dowiódł KOCHMANN — karmienie wyłącznie mięsem działa w dwóch kierunkach,

a mianowicie: 1) ustrój otrzymuje w dużej ilości materiał do wytwarzania się kwasu moczowego a nadto 2) wyłącznie mięsne odżywianie uszkadza te organy, w których zachodzi bądź wydzielanie kwasu moczowego na zewnątrz (nerki), bądź też rozpad jego (wątroba). Tak więc z jednej strony wzmożone wytwarzanie się kwasu moczowego, z drugiej zaś jednocześnie — zmniejszone wydzielanie się na zewnątrz i rozpad jego prowadzi do zatrzymywania się w ustroju tego związku, co znowu sprzyja powstawaniu złogów. Pierwotna tedy przyczyna dny tkwi u ludzi w wątrobie i w nerkach. Co się tyczy nerek, to, jak mówi MINKOWSKI — zdrowe nerki u dnawych są wyjątkiem. Zaś związek pomiędzy dną a chorobami wątroby upatrywał już CHARCOT, dla którego dna była następstwem czynnościowego zaburzenia wątroby. W podobnym sensie wypowiada się też i LEUBE. Znajdowano też u dnawych nieraz zmiany w wątrobie. Mimo to nawet u ludzi, bardzo dną dotkniętych, widywano często wątrobę i nerki najzupełniej zdrowe. Należy przeto mniemać, że dna może być następstwem nie tylko zmian postaciowych w wątrobie, ale też i zmian czynnościowych.

Tak więc, jak to pouczają powyższe doświadczenia, zmiany w wątrobie i w nerkach zdają się odgrywać zasadniczą rolę w dnie.

II. III. Badania KIONKI wykazały, że, jeżeli do obojętnego moczanu alkali (np. moczan dwusodowy) dodamy nieco roztworu sody, to bardzo wolno powstaje osad trudnorozpuszczalnego kwaśnego moczanu sodu (moczan jednosodowy). Zjawisko to ulega znakomitemu przyspieszeniu w obecności kwasu amidooctowego — glikokolu; odwrotnie zaś — dodatek mocznika utrudnia osadzanie się kwaśnego moczanu sodu z roztworu obojętnego moczanu sodu w obecności sody. Fizyczno - chemiczne uzasadnienie tego zjawiska podaje FREY, opierając się na całym szeregu danych z nauki o jonach i zjawiskach dysocjacji roztworów (III).

Jaki stosunek wiąże to *in vitro* wykryte zjawisko z tem, co zachodzi w ustroju? Na to pytanie usiłuje dać odpowiedź KIONKA (II). W ustroju kwas moczowy krąży nie w postaci obojętnego dwusodowego moczanu, i nawet do dziś nie wiemy z całą pewnością, jaki jest związek, w którym kwas moczowy istnieje w sokach ustrojowych. To jednak pewna, że w złogach

znajdujemy kwaśny moczan jednosodowy. Jeżeli tak, to wolno przypuszczać, że warunki powstawania tej soli złogów są takie same lub analogiczne do warunków powstawania osadu *in vitro* w doświadczeniach, wspomnianych wyżej. Substancją, „ochraniającą“ tkanki przed tworzeniem się w nich złogów kwasu moczowego, może być mocznik, ponieważ — jak to widzieliśmy wyżej — nie sprzyja on osadzaniu się kwasu moczanu sodu, lecz przeciwnie — przeszkadza temu. Wobec tego nie można przypuszczać, jakoby obecność mocznika sprzyjała tworzeniu się złogów kwasu moczanu sodu. Zobaczmy, jaką rolę w tym kierunku odegrać może wspomniany wyżej glikokol? Glikokol należy do grupy amidokwasów: jest to kwas amidooctowy.

Badania IGNATOWSKIEGO wykazały, że zarówno artrytyk, jak i leukemik wydziela z moczem spore ilości kwasu amidooctowego, podczas gdy w moczu zdrowych ludzi ilości amidokwasów są bardzo nieznaczne. Ztąd wniosek, że we krwi artrytyków znajdują się większe ilości glikokolu. A jeżeli tak, to zjawisko to sprzyja wytwarzaniu się w ustroju, ewentualnie osadzaniu się złogów kwaśnego moczanu sodu. Badania wykazują, że normalny ustrój posiada w wysokim stopniu własność rozkładania amidokwasów, wprowadzonych doń bądź podskórnie, bądź też *per os*. Ta własność, jak to wykazał O. LOEWI, ześrodkowana jest w wątrobie. W wątrobie znajduje się zaczyn, zwany przez niektórych zaczynem „moczniko - twórczym“, który przerabia amidokwasy ew. glikokol na mocznik. Normalnie przeto cały glikokol, jaki się w ustroju wytwarza, lub jaki do ustroju z zewnątrz zostanie wprowadzony, ulega w wątrobie na skutek działania zaczynu „mocznikotwórczego“ przemianie na mocznik. Jeżeli więc ów zaczyn skutkiem zaburzeń w wątrobie (czynnościowych lub organicznych) przestanie działać, to wówczas ilość glikokolu we krwi wzrośnie, a natomiast zmniejszy się ilość mocznika. Powstaną więc te same warunki, jakie *in vitro* sprzyjają osadzaniu się z roztworu dwusodowego moczanu w obecności sody — kwaśnego moczanu sodu. Ponieważ zaś, jak to stwierdzono niejednokrotnie — artrytyk posiada we krwi powiększoną ilość kwasu mo-

czowego, więc w tych warunkach dochodzi tem łatwiej do tworzenia się złogów artrytycznych. Ale i w ustroju leukemików istnieją podobne warunki, i tu bowiem we krwi znajdujemy dużo kwasu moczowego, a w moczu dużo amidokwasów. Dlaczegoż więc u leukemików nie osadza się złogi „artrytyczne”? Przyczyna tego zjawiska jest przedewszystkiem ta, że nerki leukemików posiadają zupełną i zachowaną sprawność w wydzielaniu kwasu moczowego, podczas gdy nerki artrytyków zazwyczaj cierpią. Dalej — we krwi leukemików krążą — jak to MINKOWSKI dowodzi — kwasy nukleinowe, które z kwasem moczowym tworzą nader stały i nader łatwo rozpuszczalny związek, podczas gdy we krwi artrytyków tego nie ma, i wogóle kwas moczowy we krwi artrytyków krąży w postaci innego związku, niż we krwi leukemików.

Streszczając wszystko, co powiedziano wyżej — KIONKA dochodzi do wniosku, że przyczyny powstawania, ewentualnie patogeneza dny da się sprowadzić do czynników następujących:

1) Zaburzenie czynnościowe wątroby, (a może i innych organów), polegające na osłabieniu czynności zaczynu moczniko-twórczego, na zaniku tej czynności. To sprawia przeładowanie ustroju amidokwasami ewentualnie glikokolem.

2) Zaburzenie w wydzielaniu kwasu moczowego przez nerki, być może, także czynnościowe i spowodowane być może, wskutek istnienia we krwi artrytyków pewnego swoistego związku kwasu moczowego. To sprawia przeładowanie ustroju kwasem moczowym, łatwo osadzającym się.

Uszkodzenia, jakie powodują występowanie obu powyższych okoliczności, mogą być wrodzone (dna wrodzona) lub nabyte wskutek niewłaściwego sposobu życia, odżywiania się, trucizn — ołów, wyskok — (dna nabyta).

IV. Jak wygląda tedy obraz chorobowy dny w świetle powyższych badań i teorii? Na to pytanie stara się odpowiedzieć FREY.

A przedewszystkiem — jak objaśnić w myśl wywodów przytoczonych wyżej umiejscawianie się złogów w chrząstkach? Ulubionem miejscem usadawiania się złogów kwasu moczowego jest staw wielkiego palca nóg. Staw ten u większości ludzi znajduje się w stanie nieprawidłowym.

Wskutek złej formy obuwia i częstych urazów ulega on zniekształceniu i znajduje się w stanie zapalnym przewlekłym, od czasu do czasu obostrzającym się. Z drugiej strony — jak wiadomo — glikokol jest jednym z produktów rozpadu chrząstki *extravivum*. Można przypuszczać, że wytwarza się on też i *in vivo* przy normalnej lub chorobowo zmienionej przemianie materii chrząstkowej. Badanie poucza, że tak jest istotnie. Okazuje się bowiem, że w chrząstce normalnej glikokolu nie znajdujemy. Jeżeli zaś tę chrząstkę poddamy uprzednio urazowi (np. zgniecenie, zmiżdżenie *in vivo*), to rozbiór jej wykazuje obecność w niej wyraźnych ilości glikokolu. Okoliczność ta może nam wyjaśnić, dlaczego ulubionem miejscem sadowienia się złogów artrytycznych są chrząstki, a zwłaszcza chrząstki, wystawione na szkodliwości — jak uraz, zapalenie i t. p.

Jaki jest powód nieustannego zwiększania się złogów, które się raz wytworzyły? W tym kierunku współdziałają następujące okoliczności: 1) rozpad chrząstek nieustanny wskutek działania złogów, które się raz wytworzyły; 2) przemiana materii w samych złogach. Jak to stwierdziły badania WIENER'a, krew rozkłada kwas moczowy, i jednym z produktów tego rozkładu, poprzedzającym tworzenie się w rezultacie mocznika — jest również glikokol. W pobliżu tedy złogu wytwarza się glikokol z dwóch źródeł: z wciąż rozkładającej się chrząstki oraz z przemian w samym złogu. To oczywiście sprzyja coraz to nowemu osadzaniu się kwaśnego moczanu sodu, coraz to większemu wzrastaniu złogu artrytycznego. FREY sprawdził przypuszczenie WIENER'a, że rozkład kwasu moczowego we krwi idzie drogą istotnie przez glikokol.

Tak więc czynnikiem, dominującym w patogenezie dny, jest pojawienie się we krwi glikokolu, który tworzy się — ogólnie — i z kwasu moczowego i — lokalnie — w chorych chrząstkach. Glikokol ten normalnie u zdrowych wskutek działania fermentu „mocznikotwórczego“ ulega w wątrobie ostatecznie zamianie na mocznik. W ustroju artrytyków — wskutek zachorzenia czynnościowego lub organicznego, wrodzonego lub nabytego — wątroby ów ferment

działa słabiej lub nie działa wcale. To sprawia, że ustrój artrytyka jest „przeładowany“ do pewnego stopnia glikokolem, czego wyrazem jest wzmożona ilość amidokwasów, jakie w moczach artrytyków znajdujemy. Z drugiej zaś strony nerki artrytyka — wskutek zmian czynnościowych lub części organicznych — trudno wydzielają kwas moczowy. To znówu sprawia „przeładowanie“ krwi kwasem moczowym, istnieją-

cym tu w postaci związku, który pod wpływem glikokolu łatwo daje osad kwaśnego moczanu sodu — owego moczanu złogów. Pod tym względem ustrój artrytyka różni się od ustroju chorych na białaczkę i od ustroju chorych na zapalenie płuc krupowe w okresie rozpadu nacieczenia, t. j. w okresie wzmożonej produkcji kwasu moczowego.

Kazimierz Rzętkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LENGELFELD zastosował w leczeniu nadmiernego pocenia się nowy przetwór lenicet. Jest to nierozpuszczalna w wodzie odmiana octanu glinu, zawierająca 70% kwasu octowego i 30% glinu. Stosuje się jako proszek sam lub po połowie z talkiem. Wciera się dwa razy dziennie w potniejące miejsca. Działanie polega na tem, że w obecności wody oraz kwasów organicznych i mineralnych odszczepia on powoli lecz nieprzerwanie kwaśny octan glina, rozpuszczalny w wodzie i działający ściągająco i odkażająco. W obecności zasad tworzą się łatwo rozpuszczalne sole podwójne. (D. med. Woch. 36. 1905).

= Skręcenie kiszek w przebiegu tyfusu brzuszego jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Eustris podaje dwa przypadki. W pierwszym u 22-letniej kobiety w 6-y tygodniu choroby, a po 2 tygodniach ciepłoty normalnej nagle wystąpiły ciężkie objawy niedrożności; chora tegoż dnia zmarła. Na sekcji znaleziono skręcenie кишки czezej. Druga cho-

ra, 15-letnia, w czasie trwania gorączki dostała wymiotów kałowych i wkrótce zmarła. Sekcja prócz owrzodzeń kępek PEYER'a wykryła skręcenie kiszek cienkich w pobliżu zastawki BAUHIN'a. (N. Orleans Med. and Surg. Journ. maj. 1905).

= CROSBY opisuje rzadki przypadek ciężkiego ogólnego zakażenia rzeżączkowego, zakończony śmiercią. Mężczyzna 30-letni chorował na rzeżączkę ostrą 3 tygodnie. Przybył do zakładu w stanie półprzytomnym. Znalaziono też obustronne zapalenie łącznicy oka i owrzodzenie rogówek. Z nosa i ust wypływała ropa; nos i wargi były obrzmiałe; owrzodzenia na błonie śluzowej nosa, warg, języka, podniebienia, migdałów; dziąsła rozpulchnione; zapalenie opłucny. Serce i narządy brzuszne bez zmian. We wszystkich wydzielinach znaleziono liczne gonokoki. Chory zmarł po 2 dniach.

(Amer. Jour. of the Med. Sc. maj. 1905).

P.

ZAMIĄST ZELAZA!

ZAMIĄST TRANU!

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

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

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

Szczególnie 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. — nieprzegotowanej). 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; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, 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 najwzyczajniejsze 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 nieoczyszzczonej. 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 1/2 uncji) r. l. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarva)



D Y M A L.

Proszek do suchej antyseptyki bez zapachu, nie jadowity i nie rozdrażniający: ograniczający ilość wydzielin. Użyteczny w wypadkach ran, oparzeniach, poceniu się, wyprzeniu i innych chorobach skóry. Ze względu na swą TANIOŚĆ zasługuje na wyróżnienie w porównaniu z innemi 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 rzeżącce macicy polecany przez D-ra Parady I-go asystenta kliniki chorób skórnych i moczopłciowych. Uniwersytetu w Klausenburgu.

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

Nowe katalogi ilustrowane franko

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

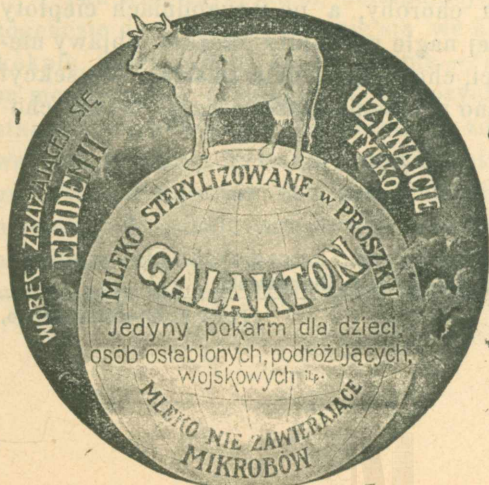
J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa WARSZAWA

Maszałkowska Nr. 137, telefonu 6056