

GAZETA LEKARSKA

Ś. p.

Henryk Hoyer,

Doctor Medycyny,

b. Profesor b. Szkoły Głównej,

b. Profesor Uniwersytetu Warszawskiego,

Członek Akademii Umiejętności w Krafowie,

Doctor honorowy Uniwersytetu Jagiellońskiego,

Sekretarz Stały Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Zmarł w Warszawie, d. 3-go Lipca 1907 r.

Żył lat 73.

I. Z ZAKŁADU PATOLOGII OGÓLNEJ I DOŚWIADCZALNEJ WE LWOWIE.

Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materji.

Podał

Edmund Biernacki.

Ku uczczeniu X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 25].

W doświadczeniu III wymioty nie ujawniły się, natomiast w okresie tłuszczowym rozwinęło się silne zaparcie, tak że w przeciągu 9-u dni pies oddał kał tylko trzy razy; kiedy indziej zachodziło to codziennie rano przy wypuszczaniu psa z klatki. Po powrocie do poprzedniego pożywienia, ubogiego w tłuszcz, zaparcie znikło i stolec zjawiał się codziennie; ponieważ zaś zamiast masła zwierzę zaczęło dostawać znowu o 100 grm. ryżu więcej, niż w okresie tłuszczowym, to najprostszym przedstawiało się objaśnienie, iż zaparcie powstało w okresie tłuszczowym wprost wskutek zmniejszenia składnika roślinnego; przecież i ilość dzienna kału spadła wtedy z 31 grm. do 17 grm. Objasnieniu takiemu nicby nie stawało na przeszkodzie, gdyby nie chodziło o psa, zwierzę, uznane za mięsożerne, dla którego jelit wahania ilości cellulozy w pokarmie powinnyby pozostawać dość obojętne.

Bardziej decydującą była jednak okoliczność, iż utrudnione oddawanie stolca istniało niewatpliwie już i w okresie tłuszczowym doświadczenia drugiego, kiedy ilość ryżu pozostawała niezmienną; nawet pod koniec okresu tłuszczowego, jak na początku okresu potłuszczowego trafiały się dni bez stolca. I jeśli przy powstawaniu zaparcia w naszych doświadczeniach, specjalnie w doświadcz. III, nie wolno w zupełności negować znaczenia zmniejszonej ilości pierwiastku roślinnego, to czynnik najważniejszy w całej tej sprawie, zdaje się, polega na czem innym—a mianowicie, na większej suchości

kału w okresie tłuszczowym. W tym względzie rozbiory nasze wykazały bardzo stałe i wybitne różnice: a więc w doświadczeniu III w okresie wstępnym kał zawierał pozostałości suchej 31.07%, w okresie tłuszczowym—35.18%, w okresie potłuszczowym znowu mniej: 30.56%; w doświadczeniu I w okresie tłuszczowym 35.2%, potłuszczowym 31.5%; w doświadczeniu II w okresie przedtłuszczowym 26.7%, w okresie tłuszczowym 36.5%, w okresie potłuszczowym pozostała wysoka odsetka pozostałości suchej [87.7%], ale zarazem i objawy zaparcia. Stałość zjawiska powyższego, a względnie obecność jego w doświadczeniu I i II, gdzie kał jeszcze był oddawany codziennie, przemawia przeciw przypuszczeniu, iż mieliśmy tutaj do czynienia z „*post hoc*”, t. j. z większą suchością kału, jako następstwem zaparcia i związanego z tem dłuższego przebywania kału w jelicie grubym. Zresztą zubożenie kału w wodę wcale nie było największem w doświadczeniu III, jakby według przypuszczenia powyższego należało oczekiwać; przeciwnie—właśnie w tem doświadczeniu różnica pomiędzy okresem wstępnym a tłuszczowym jest mniejsza, niż w doświadczeniu II.

Kał z okresu tłuszczowego, będąc suchszym, okazał się jednocześnie i bardziej obfitującym w tłuszcz [odsetkowo tłuszciejszym], niż kał z okresu przed- oraz potłuszczowego; np. w doświadczeniu I 4.5% tłuszczu w kale, w doświadczeniu II 2.59%, w III 4.6% w przeciwstawieniu do 1.16%, 2.29%, 2.2% przy pożywieniu chudem. Pozornie powtarza się tutaj zjawisko, jakie spostrzegamy przy wahaniach zawartości tłuszczu w tkankach, względnie w mięsie, iż przy wzmożeniu zawartości tłuszczu odpowiednio zmniejsza się zawartość wody. W doświadczeniach naszych zmniejszenie ilości wody z okresu tłuszczowego było jednak daleko wybitniejsze, niż wzmożenie odsetki tłuszczu, tak że, w tym razie trudno było mówić o wyparciu wody przez tłuszcz, jak to w mięsie wydaje się prawidłem.

Z opieszałością stolca szła w parze *m o c n a i n d y k a n u r y a* [próba JAFFÉ-OBERMAYER'a], znowu najwybitniejsza w doświadczeniu III: indykanurya ta uwidoczniła się przez ciemno-niebieskie zabarwienie już w kolbie KJELDAHL'a przy zmieszaniu moczu z kwasem siarczanym [zwykle zabarwienie wtedy ciemno-brunatne]. Indykanurya zmniejszyła się w doświadczeniu trzecim dopiero dnia piątego po odstawieniu masła. W tym samym czasie jednak w kale przez dwa dni okazała się znaczna *d o m i e s z k a ś l u z u*; zjawisko to występowało już w okresie potłuszczowym doświad. II, jednak w stopniu mniejszym. Wobec faktu tego wolno było przyjąć istnienie zmian nieżytywych na błonie śluzowej kanału kiszki: pozostawało jednak nierozstrzygniętem, czy zmiany te były następstwem bezpośredniem zbytnej suchości kału, czy też ta suchość wraz z zaparciem, jak również objawy nieżyty były współlistniejącymi skutkami pokarmu przetłuszczonego.

Obecność śluzu w kale zwracać musiała na się uwagę tem bardziej, iż jednocześnie stwierdziłem niemałe zaburzenia przyśwajania pierwiastków pokarmowych. Nie istniało to jednak odnośnie tłuszczu w okresie tłuszczowym. Jak tylko co wspominałem, kał z tego okresu okazywał się [odsetkowo] tłuszczejczy, niż przy pożywieniu

chudem, a jednocześnie na dobę wydzielało się w kale tłuszczu bezwzględnie więcej niż poprzednio: a więc w doświad. III 0.7902 grm., w II 0.8294 grm. w przeciwstawieniu do 0.6992 grm. [dośw. III] i 0.3792 grm. [dośw. II]. Jednakże w stosunku do ilości tłuszczu, przyjętej w pokarmie, ilości wydzielane w kale w okresie tłuszczowym przedstawiały wybitnie mniejszą odsetkę, niż poprzednio, i w doświad. III stanowiły tylko 1.7% przy 9.1% okresu wstępnego, w II tylko 1.5% [przy 9.0%], w I—3.5% [przy 4.5%] tłuszczu wprowadzonego. Innymi słowy, stwierdzić mogłem ten sam fakt, który widzieli już RUBNER, v. NOORDEN i inni, iż wzmożenie zawartości tłuszczu w pokarmie prowadzi do lepszego przyswojenia tego pierwiastku, to jest działa w tym kierunku jako „bodziec”. Na mocy tego zjawiska kał przy głodzeniu może zawierać więcej tłuszczu, niż kał przy tłustym pokarmie.

Po odstawieniu masła zawartość odsetkowa tłuszczu w kale spadała w doświadczeniu II nieznacznie, w I i III natomiast bardzo wybitnie. W doświadczeniu II [pierwszego z powodu nierówności warunków nie można zużytkować w kierunku niższym] zmniejszyła się także i dobową ilość tłuszczu w kale. Natomiast ilość ta w doświad. III w okresie potłuszczowym okazała się jeszcze większa [0.9664 grm.] niż w okresie tłuszczowym [0.6992 grm.], co zresztą mogło stać do pewnego stopnia w związku ze zwiększeniem się ilości dobowej kału do 41 grm. [przy 31 grm. okresu wstępnego]. Zarazem w doświadczeniu II i III ilości tłuszczu w kale z okresu potłuszczowego tworzyły w stosunku do ilości przyjmowanych w pokarmie ułamek daleko większy, t. j. przyswajanie tłuszczu w okresie potłuszczowym okazało się jeszcze słabsze, niż w okresie wstępnym. Tak w doświadczeniu III odsetka odnośna = 12.4% [przy 9.1% okresu przedtłuszczowego], w doświadczeniu II = 18.2% [przy 9% okresu przedtłuszczowego].

Możnaby to upośledzenie sprowadzić na ustąpienie „bodźca”, jakim były duże ilości masła w pokarmie, t. j. pojmować całe zjawisko tylko „funkcyjne”, ale z pojmowaniem takim trudno było zgodzić choćby takie zjawisko, jak obecność w tym samym czasie śluzu w stolcach. Mniej znaczyła jednak ta czy inna geneza zjawiska; sam przez się był ważnym fakt, iż w wyniku ostatecznym następstwem pokarmu przetłuszczonego było upośledzenie przyswajania tłuszczu.

Upośledzenie to dotyczyło, nawet w stopniu jeszcze wyższym przyswajania białka. Tylko raz, w okresie tłuszczowym doświadczenia trzeciego wydzielało się w kale mniej azotu [0.4890 grm. na dobę] niż przed masłem [0.6662 grm.], i zarazem stosunek ilości azotu w kale do azotu wprowadzonego w żywieniu był nieco mniejszy [3.5%], niż poprzednio [9.2%]. Pozatem zarówno w okresie tłuszczowym, jak szczególnie w potłuszczowym [nawet i w doświadczeniu III] utraty azotu przez kał względnie i bezwzględnie okazały się znacznie wzmożone: choćby w doświadczeniu II ilość dzienna N podniosła się z 0.45 grm. [10.4%] do 0.6732

gram. [15.6] w okresie tłuszczowym i do 0.7650 [17.7^o/_o] w okresie potłuszczowym; w doświadczeniu III z 0.6662 gram. [9.2^o/_o] do 0.8268 [11.4^o/_o]. Dzięki tym większym ilościom i odsetkowa zawartość azotu w kale podniosła się w doświadczeniu II z 1.36^o/_o do 2.9^o/_o, oraz 2.28^o/_o.

Azot wprowadzany w pokarmie, jak wiadomo, nie należy wyłącznie do białka, pewna część wchodzi w skład innych połączeń azotowych [substancje „wyciągowe”]. Bądź co bądź różnice co do azotu wydzielanego w kale były w naszych doświadczeniach zbyt duże, by można było wątpić, iż wzmożenie zawartości N nie oznaczało właśnie opóźnienia przyswajania białka.

W łączności z opóźnieniem przyswajania zarówno tłuszczu, jak białka znajdowało się zwiększenie dobowej ilości kału w doświadczeniu III z 31.4 gram. [okres wstępny] do 41 gram. w okresie potłuszczowym.

Przy rozbiórce danych, dotyczących zmian przeróbki materii, okazało się przedewszystkiem, iż pies nasz przez cały czas doświadczeń, z wyjątkiem okresu wstępnego w doświadczeniu IV [patrz wyżej], zatrzymywał azot w stopniu wysokim, bo aż do 21^o/_o ilości wprowadzanej. Na okoliczność tę składały się dwa czynniki, co do których ustalono, iż wywierają wpływ silny na zatrzymywanie azotu, względnie zatrzymywanie białka i wytwarzanie mięsa [„*Fleischansatz*”] w ustroju. A więc pies nasz był młody i niewątpliwie rósł jeszcze, tak że pod koniec doświadczeń okazał się daleko „mężniejszy” niż poprzednio; po drugie, przed rozpoczęciem poszukiwań pies był przez kilka tygodni mało odżywiany, stracił przytem więcej niż kilogram wagi. Innymi słowy, pies nasz znajdował się w okresie „rekonwalescencji”, kiedy, jak to wykazały doświadczenia E. VOIT’a i KARUNOFF’a, dokonane właśnie na psie, azot może być zatrzymywany nawet przy pokarmie opałowo nie wystarczającym. Skłonność do zatrzymywania azotu była też u mego psa tak znaczna, iż nawet przy zmniejszonym dowozie N z 3.918 gram. *pro die* na 2.4984 gr. w okresie potłuszczowym doświadczenia I jeszcze nie można było stwierdzić utraty azotu [nawet okazało się +0.0226 gram. *pro die*], chociaż pies niewątpliwie znajdował się w deficycie opałowym, i przez sześć dni z 8850 gram. spadł do 8570 gram. Przy zmianie diety, bezpośrednio po tem uskutecznionej [ryż z mięsem wołowym], a przedstawiającej taką samą liczbę kaloryi jak pożywienie z okresu wstępnego, retencja azotu wzrosła aż do 29.5^o/_o.

Mimo pierwotne obawy skłonność powyższa do zatrzymywania azotu okazała się zjawiskiem nader pożytecznym dla wielu naszych wywodów: różne fakty zyskały przez to na sile dowodnej. Otóż co do zachowania się azotu przy dodawaniu masła, to w okresie tłuszczowym pierwszych dwóch doświadczeń ilość azotu całkowitego w moczu zmniejszała się coraz bardziej, zarówno

bezwzględnie [tutaj ma znaczenie doświadczenie II wobec jednakowych ilości we wszystkich okresach azotu wprowadzonego], jak w stosunku do azotu wprowadzonego, co na pierwszy rzut oka było wyrazem oszczędzającego wpływu tłuszczu. Jednakże jednocześnie, jak wykazywaliśmy, wzmagala się ilość azotu w kale i w wyniku ostatecznym zatrzymywanie azotu w okresie tłuszczowym wbrew oczekiwaniom nie tylko się nie wzmogło, ale nawet nieco zmniejszyło: z 19.9% w doświadczeniu I na 19.5%, z 14.7% w doświadczeniu II na 14.4%. I że zjawisko ostatnie nie było czemś przypadkowym [np. *Versuchfehler*], tego dowiodło doświadczenie III: tutaj w okresie tłuszczowym [przy zmniejszeniu ilości węglowodanów], wywóz azotu z ustroju wzmógł się wybitnie w porównaniu z okresem przed- i potłuszczowym: a więc gdy ogólna ilość azotu w moczu wynosiła w okresie wstępnym 69.7% wraz z zatrzymywaniem 21% wprowadzonego azotu, w okresie zaś potłuszczowym—67.7% i 20.8%, to przy pokarmie przetłuszczowym cyfra pierwsza wzrosła do 78.9%, cyfra druga spadła do 13%.

[C. d. n.]

II. Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH dra FLATAUA W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

DWA PRZYPADKI ALEKSYI.

Podał

Władysław Sterling.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25].

M O W A.

Mówi płynnie, prędko, wyraźnie, artykulacja jest najzupełniej normalna. W potocznej rozmowie trudno jest dostrzedz jakiegokolwiek ślady afazy ruchowej, czasami jednakże—wprawdzie bardzo rzadko—choremu brakuje wyrazu, co dotyczy zwłaszcza nazwisk; czasami także zamiast jednego wyrazu powie inny, lecz prędko spostrzeżga swój błąd i poprawia się.

Pytania, zadawane mu w formie krótkiej i zwięzłej bez określonej mimiki i intonacji rozumie natychmiastowo i bezpośrednio daje zupełnie odpowiednie i trafne odpowiedzi. Sam jednakże oświadcza, że zdarzają się czasem chwile, kiedy przy przysłuchiwaniu się rozmowie nie wie, o co chodzi, co jednak prędko przemija.

Demonstrowano choremu rozmaite przedmioty.

[Pióro] dobrze.

[Do czego] do pisania.

[Zapałki] dobrze.

[Do czego] do zapalania.

[Portmonetka] dobrze.

[Do czego] do pieniędzy.

[Kałamarz] dobrze.

[Do czego] do atramentu.

[Klucz] dobrze.

[Do czego] do zamykania.

[Papieros] dobrze.

[Do czego] do palenia.

C Z Y T A N I E.

[A] dobrze.

[M] dobrze.

[R] dobrze.

[O] dobrze.

[X] dobrze.

[L] dobrze.

[F] dobrze.

[E] dobrze.

[F] pokazane po raz drugi nie może poznać. „Muszę myśleć, nie jestem tak pewny, jak dawniej”.

[G] dobrze.

[B] dobrze.

[R] dobrze.

[T] nie poznaje... Po długim namyśle: „to chyba T, ale nie jestem pewny”.

[J] nie poznaje.

S Y L A B Y.

[BA] „to B i A, — to będzie BA”.

[RO] od razu dobrze.

[KO] od razu dobrze.

- [ME] od razu dobrze.
[SY] „to jest S” — potem dobrze.
[TA] od razu dobrze.
[ZRA] od razu dobrze.
[BRO] od razu dobrze.
[MIA] namyśla się,—potem dobrze.
[DLA] od razu dobrze.

W Y R A Z Y.

- [ROK] od razu dobrze.
[KOZA] kota... koła... potem dobrze.
[Droga] dar... daro... potem dobrze.
[Słup] „nie mogę, ciężko”.
[Samochód] sa... mo... sa... mo... „nie mogę, ciężko, ciężko”.
[Lokal na szkołę] W... „ciężko, ciężko, gorzej... głowa mi się kręci”.
[Duma państwowa] Duma od razu... dalej nie może.
[Polityka Niemiec] zupełnie nie może.

C Y F R Y.

- [2] dobrze.
[3] dobrze.
[9] dobrze.
[4] dobrze.
[7] dobrze.

L I C Z B Y.

- [25] dobrze.
[432] dobrze.
[7212] od razu dobrze.
[253641] od razu dobrze.

Co się tyczy klinicznej strony tego przypadku, to objaśnienie jej nie nastrocza trudności. Wobec podeszłego wieku chorego oraz obecnej arteriosklerozy — nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia ze sprawą naczyniową; wobec zaś stopniowego przebiegu cierpienia przypuszczać należy, że mamy do czynienia z zatorem naczyń. Przelotne utraty przytomności chorego (*absences*) objaśnić sobie należy chwilową niedokrwistością kory mózgowej w dziedzinie patologicznie zmienionych naczyń.

Co się tyczy lokalizacji, to typowy kompleks chorobny w postaci aleksyi w połączeniu z prawostronną hemianopsją zniewala nas do przyjęcia ogniska w dziedzinie lewego *gyrus angularis* z zajęciem *Sehstrahlung'u* oraz *fasciculi longitudinalis inferioris*.

Analiza funkcji mowy i czytania w drugim opisanym przez nas przypadku zajmie nam mniej czasu niż w pierwszym, gdyż jest on znacznie mniej skomplikowany pod względem klinicznym i poza niezdolnością czytania wyrazów, oraz defektem w kopiowaniu przedstawia zaburzenia minimalne.

Mowa jest zupełnie płynna, jasna, artykulacja nie przedstawia najmniejszych defektów. „Skarb słów” („*Wortschatz*”) wydaje się być najzupełniej zachowany. W przeciwieństwie do poprzedzającego chorego — drugi nasz chory jest bardzo wielomówny, odpowiedzi na najzwyczajsze pytania daje w rozwlekłej jowialno-gadatliwej formie.

W potocznej mowie trudno jest stwierdzić ślady afazji ruchowej lub amnestycznej — chory twierdzi wprawdzie, że czasem brakuje mu wyrazu — ma to dotyczyć zwłaszcza nazwisk, lecz w toku badania nie udało nam się tego stwierdzić.

[D. e. n.].

III. Z ZAKŁADU HYDROTERAPEUTYCZNEGO I SANATORYUM W GRODZISKU.

Przypadek napadowych przyspieszeń ruchów serca

(*Tachycardia paroxysmalis*)

Podał

Karol Tokarski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 25).

1. XII. Tętno=100. Granice serca normalne.
2. XII. Chora przebudziła się o 6-ej zrana i czuła się dobrze. Nagle znów doznała napadu przyspieszonych ruchów serca. Zawezwany, znalazłem 240 uderzeń na minutę i wymiary serca wyraźnie powiększone. Tętna policzyć niemożna. Wymioty początkowo kwaśne, następnie gorzkie żółciowe, a wieczorami krwawe. Napad trwał do 12-ej w nocy, i nagle ustąpił razem z dokuczającym cały dzień bólem i strzykaniem w głowie.

3. XII. Tętno=102, granice serca normalne. Ból głowy, lecz pacjentka czuje się zdrową i chce się podnieść z łóżka. Mocz 1960.

Opisany powyżej napad trwał 23 dni. Pacjentka szybko przyszła do „swego zupełnego zdrowia”, jak się sama wyrażała, gdyż czuła się dobrze. Następne dwa miesiące przepędziła w zakładzie z rozmaitymi objawami małej histeryi. Tętno wahało się w granicach 84—120. Z objawów zasługują na zanotowanie: jednorazowa kilka godzin trwająca *amblyopia hysterica* i kilkakrotnie powtarzający się zez prawego oka na zewnątrz i do góry.

Dnia 8-go lutego 1898 r. w kościele podczas ślubu panny usłyszała w mowie księdza cytate z Pisma Św., równoznaczną z tą, jaką słyszała na swym własnym ślubie. Wystarczyło to do wywołania nowego napadu. Z największą trudnością podtrzymywana, przeszła kilkaset kroków do zakładu.

Napad ten, drugi w zakładzie, a piąty od czasu zachorowania pacjentki, niewiele się różnił od poprzedniego. Trwał 29 dni. Liczba uderzeń serca na minutę w początkowym okresie wynosiła 240, w końcowym 180. Na ciele dały się zauważyć plamy, podobne do *morbis maculosus Werlhofii*. Wymioty i wypróżnienia były bez krwawej domieszki. Wystąpiły odleżyny i owrzodzenia na obrzękniętych piersiach i kończynach. Obrzęki wystąpiły na kończynach dolnych i na narządach płciowych, czego w poprzednim napadzie nie było. W jamach opłucnych przesięki sięgały dolnego brzegu łopatek. Tępość serca u góry zaczynała się z prawej strony pod 3-em żebrzem, z lewej na 2-em żebrze, prawa granica przechodziła na szerokość palca prawy brzeg mostka, lewa dochodziła do *lin. mam. sinistra*, uderzenie wierzchołkowe wyczuwać się dawało w 7-em międzyżebrzu. Po zażyciu 12 kapsulek MUTNIAŃSKIEGO *contra teniam* wyszedł tasiemiec. Później jeszcze dwukrotnie zażywała po 12 kapsulek, lecz tasiemiec się nie pokazał. Wyjście tasiemca nie miało żadnego wpływu na przebieg napadu. W czasie tego napadu odwiedzali pacjentkę na naradach kol. E. ZIELIŃSKI i W. JANOWSKI z Warszawy. I ten napad, również jak poprzedni, kończył się jakby *per lysin*, wreszcie ostatniego dnia liczba uderzeń serca w minutę podniosła się do 240, trwał taki stan 12 godzin, poczem tętno spadło do 86. Ilość wydzielanego moczu podnosiła się do 2500 ctm. sz. na dobę; w przeciągu kilku dni pacjentka powracała do zdrowia. Wszelkie *nervina, cardiaca, diuretica, Kali jodatam* na przebieg napadu pozostawały bez wpływu. *Diuretina* i *Decoctum diureticum* podnosiły ilość wydzielanego moczu na dobę najwyżej do 650 ctm. sz.

Dnia 26. IV. 1898 r. badał chorą dr DUNIN i znalazł serce w wymiarach normalne, aparat zastawkowy zdrowy, *strabismus divergens*, który trwał stale od pewnego czasu. Tego dnia chora zakład opuściła.

Po powrocie do domu zajmowała się zarządem swego majątku, prowadziła życie czynne, ruchliwe. Co kilka miesięcy doznawała napadowych przyspieszeń ruchów serca, trwających od jednego do trzech tygodni. W 1902 roku zaczęła miewać widzenia; widziała ciągle latające muchy, anioły, dyabły, które na razie przyjmowała za rzeczywistość, trzęsąc się ze strachu, wkrótce jednak rozpoznawała jako chorobliwe widzenia. Po jakimś czasie widzenia te znikły, była zupełnie przytomną i znów przez parę lat zajmowała się zarzą-

dem swego majątku ziemskiego. W 1905 roku powtórnie zjawił się stan widzeń i jakoby zupełnej nieprzytomności, trwającej przez kilka tygodni. Wkrótce potem w piątym dniu jednego z napadów sercowych powstał „skrzep” w lewej kończynie dolnej, wywołujący gangrenę kończyny, która spowodowała amputację kończyny powyżej kolana. Jednocześnie z operacją amputacji kończyny powtórzyły się widzenia, nastąpiły gniewliwe podniecenia, wskutek czego chora została umieszczoną w zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce d. 18-go czerwca 1905 r.

W Kochanówce badanie psychiczne wykazało u chorej: „chora nie wie, dokąd i po co przyjechała, nie wie, jaki jest miesiąc, dzień, rok. Mnóstwo halucynacji wzroku, słuchu, węchu i smaku. Uważa się za zdrową, chodzi po pokoju, przytrzymując się mebli lub po ogrodzie przy pomocy służby, przyczem podejrzliwie śledzi wzrokiem otaczających ją ludzi.” Napady sercowe przytem powtarzały się częściej, lecz trwały krócej, przecięciowo co trzy tygodnie od 3-ch do 5-u dni. Ku końcowi 1906 r. stany nieomagi sercowej zaczęły przeważać w obrazie klinicznym przy ogólnej prostracyi: tętno drobne, przerywane. Przez cały czas pobytu w Kochanówce chora nie miała miesiączki. W dniu 1-ym stycznia 1907 r. chora zaczęła wykazywać znacznie wyższe osłabienie mięśnia sercowego; w dniu 3-im stycznia tętno nitkowate, przerywane, ogromna sinica, żółtaczka, której poprzednio nie spostrzegano. Żółtaczka znikła po 2-ch dniach. W d. 9-m stycznia na prawej dolnej kończynie wystąpiło ciemniejsze zabarwienie palców i połowy stopy z wyraźną linią demarkacyjną na około całej stopy. Dnia 12-go stycznia ciepłota, zrana jeszcze normalna, podniosła się wieczorem do 38°. Przy objawach wzrastającego rozpadu odgraniczonej części stopy, bez posuwania się poza linię demarkacyjną, przy ciepłocie podwyższonej, lecz nie dosięgającej 38°, przy trwających objawach osłabienia mięśnia sercowego chora zmarła 3-go lutego 1907 r. Rozpoznanie kliniczne w Kochanówce brzmiało: *Hallucinosis hysterica. Tachycardia paroxysmalis. Gangraena sicca pedis.*

Napadowe przyśpieszenia ruchów serca są uważane jako oddzielna postać nozologiczna, a nie jako prosty objaw. Cierpienie to spotyka się dosyć rzadko, szczególnie w tak ciężkiej postaci, jak w powyżej opisanym przypadku. Napady trwają zwykle po kilka godzin, nagle rozpoczynają się i nagle kończą. Zwykle towarzyszy napadom w początkowych okresach *urina spastica*, dopiero następnie mocz zastoinowy. W danym przypadku mocz zastoinowy obserwowaliśmy od samego początku napadów. MARTIUS w swej obszernej monografii *tachycardiae paroxysmalis* upatruje jako pierwszy objaw nagle rozszerzenie się serca w obydwóch kierunkach. Dalsze spostrzeżenia, jak i w obecnym przypadku, wykazały, że serce rozszerza się stopniowo. Patogeneza tego cierpienia jest ciemna. Tłómaczenie napadu porażeniem n. błędnego, lub podrażnieniem spółczulnego (*Vagaslähmung oder Acceleransreizung*) nie zgadza się z danymi z fizjologii. Według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to nerwica ośrodkowa. Za tem przemawiają również przyczyny wywołujące napady w danym przypadku. Kilkunastogodzinne chodzenie przy gospodarstwie wiejskiem, kilkogodzinna jazda konna, odbywanie uciążliwych, długich i niewy-

godnych podróży nie wywoływały napadów, również nie wywoływały troski materialne. Wszystkie wiadome mi początkowe napady zostały wywołane wstrząśnieniami moralnymi lub wspomnieniami ich. Ze 126-u przypadków zestawionych przez HOFFMAN'a za przyczynę można było uważać w 23-ch strach i podrażnienie nerwowe, w 3-ch uraz w głowę, w 2-ch choroby organiczne mózgu, w 19-u ogólne wyniszczające choroby, w 23-ch zaburzenia w zakresie jamy brzusznej, w 21 nadmierne napięcie fizyczne, w 23-ch choroby serca. Dotychczasowe sekcye nie dały podstawy anatomopatologicznej.

W końcu niechaj mi wolno będzie podziękować kolegom M. MUSZKATOWI z Holszan i J. MAZURKIEWICZOWI z Kochanówki za dostarczenie mi danych dotyczących cierpienia chorej przed przyjazdem i po wyjeździe z zakładu.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 18-go maja 1907 r.

1. MESSING przedstawił chorą, lat 36, dotkniętą syringomyelią. Początek choroby od 8-go roku życia po upadku; w wywiadach w 30-ym roku życia zastrzał niebolesny. Badanie przedmiotowe wykazuje: niedowład spastyczny górnych kończyn z zanikami mięśniowymi, drganiem włókienkowymi i częściowym odczynem zwyrodnienia, wzmożone odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych, rozszczepienie czucia na tułowiu, *kyphoscoliosis*, zaburzenia troficzne, zwężenie prawej źrenicy, niedowład mięśni lewego biodra. Mówca podnosi jako osobliwość tego przypadku spastyczność objawów i podkreśla możliwość związku danego cierpienia z urazem.

2. STERLING przedstawił przypadek *spondyloze rhizomélique*.

Chory, lat 25, ślusarz, od 4-letnich zaczął doznawać bólów w różnych stawach z następczym ograniczeniem ruchów, najpierw w stawie biodrowym prawym. Badanie przedmiotowe stwierdza wybitne ograniczenie ruchów w prawym stawie barkowym [podnosi zaledwie pod kątem do 45°], niemal zupełne zniesienie ruchów czynnych w obu stawach biodrowych z wyjątkiem minimalnych ruchów rotacyjnych. W górnej grzbietowej części kręgosłupa lekkie zgarbienie; część dolna grzbietowa i lędźwiowa kręgosłupa nieruchoma. Brak zaników mięśni.

Mówca wyklucza w tym przypadku typ BECHTEREWA [z powodu braku zaników mięśni, i zajęcia wielkich stawów] i przyjmuje typ STRÜMPFEL'a-MARIE'go, podkreślając wstępujący typ cierpienia i łączność jego z cierpieniami artryty cznemi.

3. BORNSTEIN przedstawił przypadek przewlekłego cierpienia rdzenia z niepewnym rozpoznaniem.

Chory, lat 75, skarży się na zupełny niemal brak władzy we wszystkich 4-ch kończynach, i na pewne zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Chory od lat 12 u. Choroba zaczęła się od bólu w okolicy prawego pasa biodrowego, od osłabienia prawej nogi, a później i prawej ręki. Wówczas w szpitalu Św. Ducha rozpoznano u chorego syringomyelię. Przed 2-a miesiącami chory spadł z wózka, na którym go wożono. Wtedy nastąpiła utrata władzy i w lewych kończynach wraz ze wzmożeniem napięciem mięśniowem. Badanie przedmiotowe stwierdza: żrenica prawa nieco szersza, niż lewa, obie słabo oddziałują na światło. Porażenie niemal zupełne prawych kończyn, a niedowład silny lewych o charakterze mocno spastycznym. Wszystkie odruchy ścięgnowe, z wyjątkiem odruchów ze ścięgien ACHILLESA, których brak, wzmożone. Lekkie osłabienie czucia dotykowego na kiściach, niemal zupełne zniszczenie pobudliwości na ból na tułowiu i na wszystkich kończynach. Znieczulenie na ból głównie po lewej stronie tułowia i na lewych kończynach. Brak zaniku mięśni, brak w nich odczynu zwyrodnienia.

Mówca rozpoznaje w danym przypadku rozsiane ogniska zapalne rdzenia, głównie w części szyjnej. Przeciwno rozpoznaniu syringomyelii przemawia głównie brak zaników mięśni.

W dyskusyi HIGIER i BREGMAN przemawiali za rozpoznaniem syringomyelii.

4. KONWERSKI i MESSING przedstawili przypadek płasawicy przewlekłej:

Chory, lat 56, szewc, po urazie głowy, któremu uległ przed 6-u laty, zaczął doznawać mimowolnych „skurczów“, trwających do tej pory. Matka chorego cierpi na padaczkę. Przedmiotowo u chorego stwierdzić można wybitne ruchy płasawicze. Chory skarży się na brak pamięci. Mówcy rozpoznają w danym przypadku płasawicę przewlekłą HUNTINGTON'a, różniczkują ją z chorobą tików i *paramyoclonus* FRIEDREICH'a, i podkreślają obarczenie pod postacią padaczki u matki chorego i późne wystąpienie choroby.

5. KOPCZYŃSKI St. pokazał preparat mózgu, pochodzący z przypadku jednostronnego uszkodzenia wszystkich nerwów czaszkowych wskutek przerzutów nowotworowych [mięsaka] na podstawę czaszki. Guziki nowotworu siedziały głównie przy wejściu tętnicy szyjnej do czaszki z lewej strony siodła tureckiego i w lewym kącie mosto-mózdkowym. Nowotwór zniszczył ostatnie 6 nerwów czaszkowych po stronie lewej, a pierwsze 6 uciskał, obrastając je [jak np. nerw okoruchowy] lub powodując spłaszczenia w zmętniałej naciezionej nowotworem oponie mózgowej miękkiej i pajęczej. Po stronie prawej tylko nerw VI był obrośnięty przez guzik nowotworowy. Istota mózgu była wolna od przerzutów.

6. HIGIER przedstawił: a) przypadek *encyphalo-myelitis diffusa*.

N., 17 lat, panna, obecnie skarży się tylko na drętwienie lewej ręki i prawej nogi. Choroba zaczęła się przed 7-u miesiącami od silnych bólów głowy, wymiotów, niedowładu prawostronnego, osłabienia czucia i bezładu w lewej ręce. Następnie po miesiącu przyłączył się niedowład lewostronny

i bezład w obu rękach, brodawka zastoinowa obustronna, kilka napadów padaczkowych. Od 2-ch miesięcy stan chorej zupełnie dobry. Dziś przedmiotowo stwierdzić można chód nieco spastyczny, niedowład prawostronny ledwie widoczny, osłabienie czucia w lewej ręce i w prawej nodze.

Mówca, wykluczwszy nowotwór mózgu, ostre wodogłowie wewnętrzne i t. p. cierpienia, zatrzymuje się na rozpoznaniu *encephalitis diffusa* z umiejscowieniem w dwóch miejscach w moście VAROL'a, głównie w okolicy obu pętli i po części szlaków piramidowych.

W dyskusji FLATAU i KOPCZYŃSKI zgadzają się na rozpoznanie. KOPCZYŃSKI umiejscawia cierpienie raczej w korze mózgowej, po obu stronach, przeważnie w okolicy *gyrus centralis posterior*. FLATAU podnosi możliwość przejścia tego cierpienia w wielogniskowe stwardnienie (*sclerosis multiplex*).

b) HIGIER przedstawił przypadek *poliencephalitis sup. acuta*.

U dziecka 7-miesięcznego rozwinęło się przed 3-ma tygodniami porażenie w obrębie kilku nerwów czaszkowych: opadanie obu powiek, niedowład mięśni prawej połowy twarzy, bezład mięśnia prostego wewnętrznego lewego. Obecnie poprawa. Mówca przypuszcza ograniczone zapalenie w okolicy wzgórków czworaczych w szarej istocie, otaczającej wodociąg SYLWIUSZA, po obu stronach, z tylną granicą prawego ogniska aż w moście VAROL'a [n. VII]. Mówca przeprowadza analogię cierpienia z *poliomyelitis acuta* i podkreśla, że t. zw. wrodzony zanik jąder nerwowych u dzieci często ma za podkład właśnie owo *poliencephalitis superior*.

7. FLATAU przedstawił przypadek nowotworu mózgu i czaszki niezwyklej wielkości.

Chora, lat 30, skarży się na ślepotę i na niemożność dźwigania na głowie wielkiego ciężaru. Przed 11-u miesiącami chora zaczęła doznawać bólów głowy, szumu w uszach, nudności i wymiotów, osłabienia wzroku [często widziała iskry przed oczami]. Następnie zauważono wypuklenie na czaszce za lewym uchem. Guz ten rósł szybko, jednocześnie rozwijała się ślepotą. Badanie przedmiotowe stwierdza olbrzymi guz, wyrastający z tyłu głowy, mający postać główki dziecięcej. Obwód całej czaszki potwornie dolichocefalicznej wynosi 76 ctm. Guz na dotyk ciepły, ciastowaty. Niedowład lewego nerwu twarzowego. Głuchota w lewym uchu. Źrenice bardzo szerokie. Zanik nerwów ocznych w następstwie zastoiny w brodawkach. Wybitny zanik lewej połowy języka. Lekki niedowład lewej kończyny górnej. Zdjęcie promieniami ROENTGEN'a wykazuje brak konturów w części, odpowiadającej kości potylicowej. Mówca przypuszcza, iż mamy tu do czynienia z mięsakiem, wyrastającym z opon mózgowych lub z kości w miejscu pomiędzy mostem VAROL'a a mózdzkiem po stronie lewej.

Stanisław Kopczyński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

66. John Rhein. Leczenie zniekształniającego zapalenia stawów (*arthritis deformans*).

Leczenie tego cierpienia powinno uwzględniać trzy wskazania zasadnicze: 1) zapobieganie dalszemu rozwojowi samej choroby, 2) złagodzenie bólów i 3) usunięcie powstałych już zniekształceń. Trzeba jednak z góry przyznać, że największą bodaj trudność leczenia spotykamy w sprawie uzyskania współdziałania chorego, ponieważ zabiegi muszą być prowadzone systematycznie w ciągu wielu miesięcy — w tem właśnie tkwi pierwsza gwarancja dodatnich wyników leczenia.

W początkowym okresie leczenia chory nie doznaje ulgi w dokuczliwych objawach, co działała na niego zniechęcająco, tak, iż z trudnością udaje się go przekonać, aby kuracyi nie przerywał, pomimo oczywistego braku poprawy. W razie dalszego leczenia dodatnie wyniki tegoż stopniowo się uwydatniają. Pierwszorządne znaczenie posiadają zabiegi, skierowane ku ogólnej poprawie zdrowia i odżywienia; na wielką też uwagę zasługuje przestrzeganie zasad ogólnohygienicznych. Główne wytyczne ogólnego leczenia stanowią: przebywanie na otwartem powietrzu, na zmianę ze spoczynkiem w postawie leżącej, regularnie wykonywane ćwiczenia, równy, suchy klimat. Pilnie baczyć należy na trawienie; dyeta musi być pożywna, zawierać jaja, mięso, mleko, słodycze w umiarkowanej ilości, owoce, wreszcie, w miarę życzenia i wskazania, napoje wysokokowe. Unikać należy wszelkich środków, ujemnie wpływających na trawienie; dyeta przeciwreumatyczna jest przeciwwskazana. Wodolecznictwo może być stosowane, lecz z wielką ostrożnością; jeśli przytem leczeniu pacjent czuje się osłabionym, należy je przerwać. Kąpiele błotne także działały dodatnio. Spodnie ubranie powinno być wełniane i tak zrobione, aby zmiany temperatury i wilgoci miały minimalny wpływ na ciepłość ciała. Chore stawy owijają się bandażem flanelowym, a na wierzch kładzie się grube ubranie, aby w ten sposób wykluczyć wpływ zmian atmosferycznych. Doniesłe znaczenie lecznicze posiada stałe używanie prądu galwanicznego i mięsienie — stosowanie tych dwu środków codziennie, w ciągu miesięcy i lat, w połączeniu z ogólnem leczeniem, o którem była mowa wyżej, wywiera jak twierdzi autor, wyraźny wpływ na przebieg cierpienia, a niekiedy może nawet doprowadzić do wyleczenia. Galwanizację można stosować *larga manu*, przepuszczając przez stawy prąd takiej siły, jaką może wytrzymać chory; każdy staw podlega elektryzacji w ciągu 5-u minut, seansy powtarzane są codziennie. Ogólne mięsienie stosuje się raz na dzień, a miejscowe — również codziennie, lecz w innym czasie, niż ogólne. W 19-u przypadkach *arthritis rheumatoides* autor próbował przeciw bólowi niektórych środków farmaceutycznych; w poszczególnych przypadkach dodatnie działanie okazały: salicylaty, *Cannabis indica*, *Phenacetina*, *Ol. gaultheriae*, najwięcej zaś — makowiec. Wobec jednak przewlekłego przebiegu cierpienia należy przy podawaniu środków farmaceutycznych pamiętać o łatwości przywykania chorych do tego lub innego środka. Na trawienie najbardziej po-

budzająco działa, zdaniem autora, kombinacya strychniny, kwasu azotno-solnego, pepsyny, *Tincturae cardamomi comp.* i *Infusi gentianae comp.* Wypróbnienia powinny odbywać się regularnie. Jednym słowem, całe leczenie pozostaje symptomatyczne. Wreszcie w końcu swej pracy autor wspomina o wartości wibracyi dla łagodzenia bólów, oraz szwedzkiej gimnastyki dla pobudzenia osłabionych mięśni, i dla stężących i zniekształconych stawów.

(*The Therapeutic Gazette*, 1907, Nr. 3).

W. Dobrowolski.

67. Ruth. Złamanie szyjki udowej — leczenie anatomiczne.

„Metodą anatomiczną” nazywa autor zalecony przez siebie sposób postępowania dlatego, że sposób ten, będąc stosowany w czystej postaci, przywraca, jego zdaniem, w miejscu uszkodzenia wszelkie normalne warunki anatomiczne nie chwilowo, lecz na pożądany okres czasu, t. j. aż do chwili wyzdrowienia zupełnego, czyli — na stałe. Zasadnicze momenty tego postępowania leczniczego są następujące. Przedewszystkiem należy zestawić odłamki przez zgięcie uda pod kątem prostym do tułowia, znosząc w ten sposób działanie *m. psoatis* i *iliaci* na przednią powierzchnię torebki, tak, iż siła mięśni nie może wcisnąć części miękkich między odłamki lub naruszyć ciągłości linii zestawienia. Asystent odciąga na zewnątrz górny koniec dolnego odłamka, aby krętarz wielki jasno występował na stronie chorej i zdrowej, a jednocześnie dokonywa się wyciągania za kończynę wzdłuż osi podłużnej ciała, dopóki nie znikną przemieszczenie i zniekształcenie, widoczne z porównania długości kończyn, oraz położenie i wystawanie krętarza wielkiego. Stałe odciąganie na bok górnego końca dolnego odłamka, wyciąg [Buck'a] i przeciwwyciąg kończyny wzdłuż linii ciała mają na celu zachowanie normalnej długości obu nóg. Wyciąganie kończyny wzdłuż linii ciała zapomocą ciężarów na blokach oraz odciąganie boczne zapobiegają tendencji do skrócenia, obróceniu stopy na zewnątrz, spłaszczeniu biodra lub odsunięciu się krętarza wielkiego na stronie chorej ku tyłowi i do wewnątrz, co mogłoby nastąpić wskutek ciężaru ciała lub działania mięśni. Taki plan nałożenia wyciągu, dokonanego właściwie, znosi działania potężnych mięśni, przebiegających ponad linią złamania, z których jedne działają pionowo, jak *rectus*, *biceps*, *sartorius*, *semitendinosus*, *gracilis*, *tensor vaginae femoris* i część pionowa *adductoris magni*; inne — skośnie: *adductores glutei*, *pectineus*; poprzecznie: *gemelli*, *pyriformis*, *quadratus*, *obturator*; wreszcie mocny *psoas* i *iliacus*, przedtem obojętne lub *rotatores interni*, po złamaniu szyjki stają się silnymi *rotatores externi* z racji zmiany punktu oparcia dla ich linii działania, która normalnie przebiega poprzez lub ku wewnątrz od głowy, a obecnie — na zewnątrz, przez krętarz wielki. Łóżko w nogach, oczywiście, powinno być nieco uniesione ku górze, aby zapobiedz opuszczaniu się chorego; to samo dotyczy i boku łóżka po stronie uszkodzonej kończyny, gdzie znajduje się wyciąg boczny. Na podstawie osobistych obserwacji oraz przeglądu odnośnej literatury, autor twierdzi, że ta metoda daje dobre wyniki nawet u osobników starszych ponad lat 80, gdzie osiągnięto wynik pożądany w 66²/₃%, pod warunkiem naturalnie, że leczenie trwało nie krócej jak 4 tygodnie, który to termin jest obowiązkowy we wszelkich przypadkach złamań szyjki. Śmiertelność przy tej metodzie postępowania jest taka sama, jeśli nie mniejsza, niż przy innych. Funkcyjalna wydolność kończyny przy zachowaniu wszystkich warunków leczenia u ludzi poniżej 80 lat wieku pozostaje 100%. Metoda pozwala na zmianę pozycji chorego, który np. może siedzieć tak długo, ile tylko jest to pożądane. Pie-

łęgnacya chorego jest wysoce ułatwiona, wreszcie—w wyniku leczenia otrzymuje się *minimum* zniekształcenia i skrócenia kończyny.

(*The Therapeutic Gazette*, 1907, Nr. 3).

W. Dobrowolski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

6. Atoksyl—jego działanie uboczne.

Atoksyl należy do rzędu preparatów arsenikowych szeroko stosowanych obecnie w różnych dziedzinach medycyny. Własności świdrowcobójcze, ewentualnie wogóle pierwotniakobójcze, wykryte niedawno przez THOMAS'a i sprawdzone przez UHLENHUR'a, GROSS'a i BICKEL'a, wywołały duże zainteresowanie się atoksylem. Środek ten odznacza się jeszcze małą jadowitością w stosunku do zawartego w nim arseniku, stosowany też bywa w większych dawkach, niż inne preparaty arsenikowe [0,1 — 0,4]. Atoli w ostatnich paru miesiącach poczęto zwracać uwagę na występujące nieraz pewne objawy zatrucia przy stosowaniu atoksylu. I tak BORNEMANN obserwował osłepnięcie wskutek zaniku nerwów wzrokowych w przypadku liszaju czerwonego (*lichen ruber*) po wyżyciu 27 grm. atoksylu. BRENNING opisuje przypadek łuszczycy, gdzie po wyżyciu 1,8 atoksylu [11 zastrzykiwań] wystąpiły bóle głowy, zawroty, ogólne osłabienie, gorączka, wymioty, tępość słuchu, zatrzymanie moczu z bolesnem oddawaniem, śpiączka; w drugim przypadku po wyżyciu 2-ch g. atoksylu [12 iniekcji], oprócz wyżej wymienionych objawów, wystąpiły jeszcze wymioty, kaszel i zasychanie w gardle. WAELSCH również w jednym przypadku obserwował podobne objawy zatrucia po atoksylu, chociaż w nieco łagodniejszej formie. Przypadek dotyczył 30-letniego mężczyzny, cierpiącego na świeży syfilis w drugim okresie inkubacyjnym. Po 24-ch iniekcjach, które razem wyniosły 2,64 atoksylu [iniekcye stopniowo zwiększające się co do zawartości atoksylu od 0,04 do 0,18], wystąpiły silne bóle w stawach, gorączka, dreszcze, katar oczu, drapanie w gardle i kaszel przy braku jakichkolwiek zmian w płucach. Chory zmuszony był położyć się do łóżka. Po 2-ch dniach wystąpiły trudność i bolesność przy oddawaniu moczu, parcie na pęcherz, przy braku zmian patologicznych w moczu. Po upływie 10-u dni pacjent przyszedł zupełnie do siebie i wtedy WAELSCH wobec braku jakiegokolwiek dodatniego wpływu atoksylu na przebieg syfilisu, zaczął stosować swoiste leczenie rtęciowe (*hydrarg. salicylicum*).

Autor z przypadku tego wyciąga następujące wnioski: 1) Przy stosowaniu atoksylu należy być zawsze ostrożnym; 2) występujące niekiedy objawy zatrucia są kombinacją zatrucia arsenikiem i aniliną; 3) największej charakterystycznymi są zaburzenia ze strony dróg moczowych, które

autor zgodnie z BRENNING'iem uważa za objaw zatrucia aniliną; wpływu dodatniego atoksylu na przebieg syfilisu autor dopatrzeć się nie mógł.

(*Deutsche Med. Woch. 1907, Nr. 19.*)

T. Wretowski.

6. Mergal — nowy środek przeciwsyfilityczny — zalecający się tem, że go można podawać wewnątrz, stosował ZEISSL w Wiedniu (*Med. Klinik. 1907. Nr. 15*) u 40-u chorych dotkniętych syfilisem. Chorzy otrzymywali mergal w kapsułkach po 0,05 po jedzeniu, z początku 2 kapsułki dziennie, a później liczbę ich autor zwiększał do 8.

Pacyenci, według ZEISSL'a, lepiej znosili mergal, niż inne przetwory rtęci, podawane wewnątrz, tak, iż autor nie potrzebował ani razu uciekać się do jednoczesnego stosowania makowca. Usta przy tej kuracji należy utrzymywać w czystości. W skład mergalu wchodzi: *Hydrargyrum cholicum oxydat.* i *Albumin. tannic.* w stosunku 0,05 na 0,1 na jedną kapsułkę.

T. Wretowski.

Wiadomości bieżące.

— X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w dniach od 22 do 25 lipca 1907 we Lwowie. Dotychczas zgłoszono powyżej 500 wykładów ze wszystkich niemal dziedzin nauk przyrodniczych i lekarskich. Komitet gospodarczy czyni usilne starania, aby obok głównego celu Zjazdu, korzyści naukowej, zapewnić członkom wszelkie możliwe wygody i uprzyjemnić im pobyt we Lwowie. W przeddzień Zjazdu, a więc w niedzielę 21 lipca, odbędzie się o godzinie 9 wieczorem towarzyskie zebranie w salach hotelu George'a. Dnia 22 lipca o godzinie 8 rano Msza św. w katedrze, o godz. 9 pierwsze, uroczyste posiedzenie ogólne w teatrze miejskim, wieczorem zaś tego samego dnia wielki festyn na wystawie. Dnia 23 lipca po południu wycieczki do Dablan, Pustomyt, Lubienia i Woli dobrostańskiej. Dnia 24 lipca o godzinie pół do 7-ej wieczorem odbędą się na boisku obok wystawy zapasy drużyn Towarzystwa zabaw ruchowych i wręczenie zwycięskiej drużynie pierwszej nagrody Komitetu gospodarczego — później zaś raut, urządzony przez reprezentację miejską na przyjęcie członków Zjazdu. Przez wszystkie dni od godziny 7 — 9 zrana zwiedzanie osobliwości miasta Lwowa, muzeów, galeryi i t. p. pod przewodem osobnego komitetu.

Po ukończeniu Zjazdu odbędzie się w dniu 25-go lipca wycieczka do Podhorzec i Oleska [zamek króla Jana III] pod przewodnictwem dra W. SERBESKIEGO, a nadto wycieczka do miejsc kąpielowych [Truskawiec, Rymanów, Iwonicz, z Zakopanego Pieninami do Szczawnicy, wreszcie Krynica] pod przewodnictwem dra Witolda ZIEMBIKIEGO.

Za łaskawem zezwoleniem dyrekcji i kuratoryi Muzeum przemysłowego, urzędować będzie od piątku dnia 19-go lipca biuro komitetu gospodarczego w wielkiej hali miejskiego Muzeum przemysłowego. Znajdować się tam także będzie biuro pocztowe, telegraficzne i te-

lefon do użytku członków Zjazdu. Tu wydawać się będzie karty uczestnictwa w kształcie książeczek z kuponami, odznaki zjazdowe, Dziennik Zjazdu, „Przewodnik po Lwowie” i t. d., i udzielać wszelkich informacji.

W pierwszym numerze Dziennika Zjazdu ogłoszony będzie szczegółowy program prac wszystkich sekcji, rozrywek, zebrań, wycieczek i t. d.

Wielce pożądanem byłoby, aby chcący wziąć udział w Zjeździe, wcześniej się zgłaszali. Ułatwiłoby to znacznie manipulację i pozwoliło uniknąć natłoku w ostatniej chwili.

Przy zgłoszeniu należy przesłać wkładkę, która wynosi 20 koron [8 rubli — 18 marek — 29 franków — 4 dolary] od członka Zjazdu, połowę zaś tej kwoty od osób towarzyszących, np. pań, chcących wziąć udział w Zjeździe.

Ponieważ już obecnie często się zdarza, że ktoś przesławszy wkładkę, żąda natychmiastowego wysłania karty uczestnictwa, podaje Komitet do powszechnej wiadomości, że kart uczestnictwa nie będzie nikomu wysyłał pocztą.

Natomiast karty członków i uczestników, którzy się wcześniej zgłoszą i przesłały wkładkę, będą ich oczekiwały, należycie wypełnione i ułożone w porządku alfabetycznym w biurze Zjazdu.

Zaznaczyć trzeba, że mimo usiłowań komitetu nie udało się uzyskać żadnych zniżek biletów kolejowych dla członków Zjazdu.

Dla zapewnienia członkom zamiejscowym odpowiedniego mieszkania w hotelu, lub w domach prywatnych, istnieje komitet kwaterunkowy, na którego czele stoi dr Teofil STACHIWICZ.

Komu zależy na stosownem mieszkaniu, musi najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem Zjazdu zgłosić się z zamówieniem i wyszczególnić swe wymagania [ile osób, pokoi, łóżek, czy w hotelu, czy prywatnie i t. p.], oraz nadesłać z góry najniższe koszta na cztery dni pobytu [12 koron od osoby, a 20 koron od dwu osób w jednym pokoju].

Na dworcach kolejowych urzędować będą stale w dzień i w nocy przy wszystkich pociągach, począwszy od 20-go lipca od rana, biura kwaterunkowe, do których należy się zgłaszać po wskazówki i wyjaśnienia w sprawie mieszkań. Oprócz tego będzie czynny oddział kwaterunkowy w biurze Komitetu [gmach miej. Muzeum przemysłowego].

Wszelkie listy, pisma i przesyłki pieniężne adresować należy do sekretarza głównego wydziału gosp. X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich doc. dra Adama SZULISZAWSKIEGO, [Lwów, Jagiellońska 8].

— Komitet gospodarczy X-go Zjazdu Przyrodników i Lekarzy polskich otrzymał zawiadomienie, że delegatem Akademii został wybrany dr Kadmierz KOSTANECKI, profesor anatomii Wszechnicy Jagiellońskiej.

Akademię umiejętności w Zagrzebiu zastępować będzie na Zjeździe dr Gustaw JANEČEK, profesor chemii i dziekan wydziału filozoficznego Wszechnicy w Zagrzebiu.

Towarzystwo Leśne galicyjskie zamianowało swoim delegatem na Zjazd p. Stanisława SOKOZOWSKIEGO, profesora krajowej Szkoły Lasowej — we Lwowie, Towarzystwo Hygieniczne we Lwowie prezesa swego dra Ferdynanda OBRUZWICZA.

— XXI. Sekcja medycyny publicznej przedkłada dotychczasowy wynik pracy gospodarczej.

Gospodarze: Radca dworu Doc. Józef Meronowicz [Namiestnictwo], Prof. dr Paweł Kučera [Zakład Hygieny, Piekarska 52].

Sekretarz: Dr Napoleon Gąsiorowski [Namiestnictwo].

Tematy główne:

I. Zaopatrywanie osad ludzkich we wodę ze szczególnem uwzględnieniem miasteczek i wsi.

Referenci: Prof. dr Stanisław Zaleski [Petersburg]. Prof. dr. Odo Bujwid [Kraków]. R. D. dr Józef Merunowicz [Lwów].

Koreferenci: Dr Jan Walczyński [Tarnów]. Nadw. budow. inż. Roman Ingarden [Lwów]. Inż. Marcin Maślanka [Lwów].

II. Śmiertelność niemowląt [wspólnie z XIII sekcją pediatryczną].

Referenci: R. D. dr Merunowicz [Lwów]. Ogólny pogląd na obecny stan śmiertelności niemowląt. Prof. dr Jan Raczyński [Lwów]. Przyczyny. Dr Stanisław Serkowski [Łódź]. Sposoby zapobiegania.

III. Epidemiologia duru brzusznego w świetle najnowszych badań.

Referent: Prof. dr Paweł Kučera [Lwów].

IV. Prodykcyja, przechowywanie i sprzedaż środków spożywczych.

Raferent: Insp. dr Leonard Bier [Kraków].

Koreferent: Dr Jan Walczyński [Tarnów].

V. Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy.

Referenci: Dr Alfred Sokolowski [Warszawa]. Dr Wilhelm Pisek. [Lwów].

VI. O potrzebie organizacyi zjazdów higienistów polskich.

Referent: Dr Józef Polak [Warszawa].

Koreferent: R. san. dr Zdzisław Lachowicz [Lwów].

Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z XXVI sekcją wychowania fizycznego dla omówienia tematu:

Stan obecny higieny szkolnej w Polsce.

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

- 1) Prof. dr O. Bujwid [Kraków]. Stosowanie zapobiegawcze niektórych surowic i szczepionek.
- 2) Dr T. Żeleński [Kraków]. Próby ochrony niemowlęcia w Krakowie.
- 3) Dr G. Turczyński [Jarosław]. Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytucyi.
- 4) Dr J. Opieński [Żółkiew]. O zwalczaniu epidemii błonicy.
- 5) Dr St. Serkowski [Łódź]. Zadanie i organizacyja „Kropki mleka”.
- 6) Tenże St. Serkowski [Łódź]. O wentylacyi chemicznej.
- 7) Dr Stanisław Bartoszewicz [Warszawa]. Sposoby określenia łaseczników tyfusowych w wodzie.
- 8) Tenże. O nowym sposobie konserwowania pokarmów.
- 9) Tenże. Związki dezynfekujące z odpadków naftowych.

Do dzisiejszego numeru dołącza się Sprawozdanie Sekcyi Chirurgicznej Nr. 4.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Collargo!

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych, w sprawach połogowych, jako też środek zapobiegawczy przeciw gorączce połogowej. Stosuje się dożylnie (bez objawów ubocznych), per rectum i per os; do wcierania jako Unguentum Credé. Również nadaje się do opatrunku ran, do leczenia chorób oczu pochodzenia zakaźnego i do przemywania pęcherza.

Creosotal

Creosotal „Heyden“ jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwkożłowym przy zadawaniu do wewnątrz. Działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

Bsimuthum bitannicum

Najtańszy adstringens dla kiszek o wybitnym działaniu w ostrych i przewlekłych uporczywych przypadkach; łatwy do użycia.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul, Drezno,
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Zdrojowisko pierwszorzędne

Leczenie wewnętrzne i kąpielami

Kąpiele solankowe,
obfitujące w kwas
węglowy.

RAKOCZY

Pandur
Maxbrunnen

Kąpiele mineralne i borowinowe, tętnie.

Sezon od 15 kwietnia do 31 października.

Przesyłka wód mineralnych: Zarząd Król. kąpeli mineralnych, za granicą za pośrednictwem aptek i składów materyałów aptecznych.

Prospekty: Związek kąpielowy.

D-r Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich przez lato w SZCZAWNICY.



EUCHININA

Chinina wolna od goryczy. Działa tak jak Chinina w przypadkach: Febry Influenzy, Tyfusu, Koklusz, Malaryi i Newralgii.

VALIDOL

Środek energiczny i jednocześnie nierozdrażniający Analeptyczny, Antineurasteniczny, Antihisteryczny i na Żołądek; prócz tego środek skuteczny, przeciw Chorobie Morskiej.

KAMFORA VALIDOLOWA

(Validol camphoratum).

Środek wybitny i pobudzający w wypadkach ciężkiego wycieńczenia, a także niezbędny w praktyce dentystycznej.

Próby i literaturę wysyła się Pp. Lekarzom bezpłatnie.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu,
wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom.

==== S. KARCZEWSKI ====

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

BUSKO

D-r Majkowski

ordynuje przez cały sezon (21 maja—20 września). Tegoż do nabycia monografia „Busko, wody siarczano-słone” kop. 60.

Nazwa zastrzeżona.

Nazwa zastrzeżona.

Extractum Chinae „Nanning”

(Najlepsze stomachicum obecnej chwili).

WSKAZANIA:

- 1) brak apetytu u niedokrewnych (dysmenorrhoea ustąpiła po dłuższym używaniu tego środka).
- 2) brak apetytu u skrofulicznych i gruźliczych.
- 3) ostry i przewlekły nieżyt żołądka;
- 4) choroby gorączkowe i cierpienia, spowodowane ranami;
- 5) zdrowienie (rekonwalescencya);
- 6) wymioty w czasie ciąży;
- 7) chroniczny nieżyt żołądka skutkiem nadużywania alkoholu;
- 8) dyspepsya, spowodowana Hg i JK.

Flakon oryginal. Rb. 1.50, tylko w aptekach.

Jeneralni Reprezentanci na Rosyję i Polskę: Ryszard FÜRST et Co. Berlin W. 62. Składy w Warszawie: Tow. Akc. dawn. Zjednoczeni Aptekarze i Lud. SPIESS i Syn, Tow. Akc. Henryk WELT, Tow. Akc. „MOTOR”;

D-r H. NANNING Fabryka Chirurg. Haga w Hollandyi.

„FASCOL”

kapsułki przeciwko HEMOROIDOM. (Czopki dla wprowadzenia do kiszki stolcowej. Środek niezawodny, zalecany przez lekarzy.

Prawdziwe tylko z podpisem firmy RYSZARD FÜRST et &.

Cena pudełka (23 kaps.) Rb. 1.75. SPRZEDAŻ W APTEKACH.

SKŁADY GŁÓWNE: Tow. Akc. Lud. SPIESS i Syn., Tow. Akc. HENRYK WELT, Przejazd 5., Tow. Akc. „MOTOR” Marszałkowska 23.

Podagrę, Kamienie nerkowe i Reumatyzm

LECZĄ SKUTECZNIE

**Sole Musujące Lityny
Le Pierdriel.**

[Sels de Lithine Effervescents le Perdriel].

Dzięki działaniu leczniczemu na diatezę artrytyczną przewyższają wszelkie inne środki rozpuszczające kwas moczowy. Kwas węglowy wydzielający się z lityny *in statu nascendi* zapewnia jej działanie.

Korek-miarka odpowiada 15 centigr. soli czynnej.

Zwracać uwagę i żądać firmy Le Perdriel w celu uniknięcia bezskutecznych nieczystych i źle dozowanych podrabiań.

Le PERDRIEL, 11 Rue Milton, Paris, i we wszystkich aptekach.

**Potrzebny Lekarz**

do miasteczka Rajgród gub. Łomżyńskiej. Miasteczko liczy 4000 ludności przeważnie żydowskiej zamożnej. Miasteczko płaci rocznie 500 rb. pensyi stałej
Bliższych informacji udziela miejscowy Aptekarz.

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. pierwszy asystent kliniki lekarskiej U. J.
ordynuje jak poprzednio w Maryenbadzie „Stadt Hamburg”
od 1 maja do 30 września.

Docent Uniwersytetu Lwowskiego

D-r E. Biernacki

ordynuje w r. b. w Karlsbadzie od dnia 2-go Maja.
Adres zwykły: Alte Wiese, dom „NZZA“ (z tyłu za Nastopilem).

KREUZNACH

Sezon od 1 maja do 30 września.

Źródła jodo-bromo-litowe o silnem działaniu z zawartością czynnego radu. Wszystkie nowe środki lecznicze i doskonałe urządzenia sanitarne.

WSKAZANIA: choroby kobiet i dzieci, żoły, brzywica, choroby skóry, serca, podagra i gościec.

Wysyła się łąg z Kreuznachu.

Prospekty otrzymać można od Dyrekcyi zdrojowej gratis i franko.

Od 9 maja powracam do praktyki

w REINERZ (Szląsk)

D-r med. Hans Naumann

w zimie M E R A N (Tyrol).

W KISSINGEN, Ludwigstr. 16, praktykuje jak lat ubiegłych

Dr. med. J. Maciejewski

Przyjmuje chorych w swoim prywatnym pensjonacie z całodziennem utrzymaniem od 4—6 rubl. Kuchnia dyetetyczna (także i dla ekstermistów). Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektroterapia, masaż czynny, wibrycyjny i ręczny.

Zimą praktykuje w WIESBADENIE.

D-r O. Lang

ordynuje jak w latach poprzednich w R a b c e.

FRANCENSBAD

Zakład i pensjonat leczniczy

(Willá D-ra Steinsberga)

z komfortem

D-r Steinsberg

urządzony i wspaniale położony.

Na żądanie prospekty.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu głównie, oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopia
Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56