

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 20.

Warszawa d. 1 (14) Maja 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz 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. W sprawie zaraźliwości raka. Podali S. Serkowski i J. Maybaum. (Dokończenie). — O porażeniu astenicznem (Myasthenia gravis pseudoparalytica). Podał W. Sterling. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 56. Przyczynki do walki z gruźlicą. 57. O paratyfusie. 58. O niektórych rzadszych umiejscowieniach ostrego obrzęku ograniczonego. 59. Leczenie salicyłem a nerki. 60. Nowa metoda operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia nerek. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 29 marca i 5 kwietnia 1904 r. — KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA. Nauka o chorobach wewnętrznych. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) S. SERKOWSKI et J. MAYBAUM — Sur la qualité contagieuse du cancer. 2) D-r W. STERLING — Sur la myasthenie grave pseudoparalytique.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) S. SERKOWSKI und J. MAYBAUM — Ueber die Contagiosität des Krebses. 2) D-r W. STERLING — Ueber asthenische Paralyse.

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

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie zaraźliwości raka.

Podali

S. Serkowski i J. Maybaum.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 19).

W ostatnich czasach zwrócono większą uwagę²⁴⁾ na zmniejszenie alkaliczności krwi w chorobach zakaźnych i na powrót do normy

w okresie zdrowienia: alkaliczność krwi przy raku również się zmniejsza. (JAKSCH, KLEMPERER). Na mocy badania przemiany materii u chorych na raka Fr. MÜLLER i KLEMPERER²⁵⁾ stwierdzili obecność ciał toksycznych, powodujących rozpad protoplazmy w sposób analogiczny, jak w chorobach zakaźnych lub otruciu fosforem. W chorobach infekcyjnych ilość mocznika i kwasu moczowego w moczu wzrasta, a chlorków jest

²⁴⁾ RIEGLER. Centr. f. Bakteriolog. 1901. XXX. N. 22—25.

²⁵⁾ Cyt. A. BRAUNSTEIN. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1904. I. 3. Str. 199.

mało, a przy raku żołądka stwierdzono zmniejszenie się w moczu chlorków, fosforanów i moczniaka, czemu ROMMELAIRE przypisuje nawet pewne znaczenie rozpoznawcze. MORACZEWSKI²⁶⁾ stwierdził we krwi chorych na raka obfitą ilość chloru i azotu i niedobór fosforu.

Za zaraźliwością raka przemawiają też pośrednio dodatnie wyniki rozpoznawcze i lecznicze za pomocą surowic przeciwrakowych. Surowica WŁAJEWA²⁷⁾ wywołuje u chorych na raka reakcję ogólną i miejscową. Doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że można osiągnąć odporność przeciw chorobotwórczym drożdżom, przy czem surowica szczepionych zwierząt nabiera własności aglutynujących (MALVOZ²⁸⁾, MACFADYEN²⁹⁾, BROUHA³⁰⁾). Leczenie za pomocą surowicy swoistej znalazło zastosowanie tylko co do raka i mięsaka. WŁAJEW immunizuje gęsi grzybkami drożdżowymi, wyosobnionymi ze złośliwych nowotworów, surowicę wstrzykuje chorym po 5—10 ctm. sześć. co 5—8 dni. LEYDEN i BLUMENTHAL³¹⁾ zaczęli przygotowywać nową surowicę przeciwrakową: wycięty guz rakowy rozgniatają i w sposób aseptyczny wyciskają zeń sok, następnie wstrzykują chorym podskórnym w przypadkach *carcinomatis inoperabilis*; u ludzi dotychczas nie udało się im otrzymać dodatniego wyraźnego wyniku, prócz pewnych wstecznych zmian w 4 przypadkach, natomiast u psa, dotkniętego rakiem odbytnicy, osiągnęli niemal zupełne wyleczenie.

Wobec tego, że chorobotwórcze znaczenie drożdży, jako bodźca złośliwych guzów, nie jest jeszcze udowodnione (pomimo absolutnych zapewnień zwolenników teorii blastomycetów), więc i lecznicze znaczenie surowic przeciwdrożdżowych może do czasu mieć tylko warunkowe znaczenie.

Jakkolwiek pasorzyta raka jeszcze nie znamy, jakkolwiek za teorią blastomycetów wypowiedzieć się ostatecznie jeszcze nie możemy³²⁾, pomimo to za zaraźliwością raka przemawia aż nadto faktów. Za tem przemawiają przypadki zarażania się lekarzy podczas operacji i sekeyi, kolejne występowanie danego cierpienia u kilku osób jednej rodziny lub znajdujących się w styczności i poniżej przytoczone dane. Za pochodzeniem infekcyjnym raka głównie przemawia kliniczny przebieg, czasowe podniesienie się ciepłoty, powiększenie gruczołów limfatycznych, wątroby i śledziony, zjawianie się białka w moczu, wzmożona przemiana materii, nieprawidłowość i przyspieszenie tętna i t. d. WŁAJEW³³⁾ zwraca uwagę na częste cierpienia rakowe u chorych na przymiot i przytacza 50 przypadków raka języka u syfilityków, co naprowadza go na myśl, czy pasorzyty obydwóch chorób nie mają cech wspólnych, choć wypowiada się kategorycznie na korzyść teorii blastomycetów dla raka.

W celu uniknięcia nieporozumień zaznaczamy, że istnieją cierpienia, zależne od pasorzyców, a pomimo to nie zaraźliwe (naprz. choroby zwierząt, wywoływane przez *sarcosporidia*), choroby zaś, udzielające się od jednego osobnika drugiemu, podług tegoczesnych pojęć, muszą być powodowane przez pasorzyty, o ile nie zgadzamy się na wspomnianą wyżej hipotezę KELLING'a.

Zdaniem WŁAJEWA (l. c.) „zjawia się pytanie, w jaki sposób człowiek zaraża się (rakiem), i czy można uważać tę chorobę za zaraźliwą na równi z dżumą, cholera, błonicą i innymi zakaźnymi chorobami. Z tego powodu można powiedzieć, co następuje: człowiek rodzi się z pewną odpornością przeciw działaniu tych lub innych szkodliwych czynników. Odporność przeciw tej lub innej chorobie też bywa wrodzona lub naby-

²⁶⁾ Virch. Archiv, 1895, str. 385 i Zeitschr. f. klin. Medic. 1897, str. 384.

²⁷⁾ Wraczebnaja Gazeta. 1903. Nr. 40. Str. 955.

²⁸⁾ Centr. f. Bakteriolog. T. 29 N. 17.

²⁹⁾ Ibid. T. 30. N. 9.

³⁰⁾ Ibid. N. 25.

³¹⁾ Deut. Med. Wochenschr. 1902. N. 36.

³²⁾ Por. E. SAUL. Beiträge zur Biologie der Tumoren. Deut. Med. Wochenschr. 1904. N. 14. str. 494 i nast.

³³⁾ Wraczebnaja Gazeta. 1903. N. 40. str. 952.

ta. Lekarze, siostry miłosierdzia i inne osoby personelu lekarskiego, opiekujące się chorymi na gruźlicę, nie zawsze i nie wszyscy zapadają na tuberkulozę. Z drugiej strony widzimy, że nieraz całe rodziny zapadają na gruźlicę, jeżeli ktokolwiek z członków rodziny cierpi na nią. Toż samo spostrzegaliśmy i przy raku. Przez obcowanie z chorym na dżumę lub cholere, bez zachowania odpowiednich ostrożności, prawie każdy naraża się na zarażenie. Ale od obcowania z chorym na raka lub gruźlicę nibezpieczeństwo zarażenia się jest mniejsze. Wszystko to zależy od tego, że z biegiem czasu całe pokolenia stają się odpornymi na dane choroby, a także i od stanu ustroju i jego narządów i od innych ubocznych wpływów, jako to: zjadliwość pasorzyta, czas obcowania z chorymi i t. d. W taki sposób można objaśnić sobie do pewnego stopnia peryodyczne występowanie pewnych chorób epidemicznych. Dla tejsze przyczyny spostrzegamy przypadki, gdy złośliwe nowotwory, przymiot, gruźlica, wąglik, nosacizna i inne choroby zakaźne trwają czasami krótko, i chory umiera w ciągu kilku dni lub tygodni, a kiedyindziej znów choroba postępuje bardzo wolno". „Naszem zdaniem, chory na raka, jak i chory na przymiot, bywa źródłem zarazy”.

Również BRAND³⁴⁾ przemawia za zaraźliwością raka.

Z osobistych spostrzeżeń nad zaraźliwością raka możemy przytoczyć tu następujące.

Przed siedmiu laty mieliśmy sposobność opiekowania się małżonkami B., z których żona chorowała na raka odźwiernika, mąż na raka przelyku. Obecnie rozporządzamy jeszcze dwoma podobnemi spostrzeżeniami, i znane nam są także obserwacye innych lekarzy: więc podajemy je do wiadomości ogólnej, jako przyczynek do grupy raków, nazywanej „*cancer à deux*”.

„*Cancer à deux*” oznacza raka, na który zapadają dwie osoby, jedna po drugiej, znajdując

się między sobą w ścisłem współżyciu, jak np. małżonkowie, chory i pielęgnujący chorego, osoby, zamieszkałe w jednym domu. Na takie przypadki pierwsi zwrócili uwagę francusecy autorzy i angelsecy, później przyłączyli się do nich niemcy (BEHLA, BOAS i in.). Zbiorowe statystyki raka w Niemczech i Holandyi z dnia 15. X.1900 też poświęciły całe rozdziały sprawie „*Cancer à deux*” (po-polsku „rak we dwoje”).

Nasze spostrzeżenia są następujące.

Przypadek I. Małżonkowie B., zamieszkałi od wielu lat w domu przy ul. Krótkiej Nr. 6 w Łodzi. Żona, lat 55, zachorowała w marcu 1897 r., mąż czuł się podówczas zdrowym zupełnie. Po stwierdzeniu raka odźwiernika, chora została skierowana do chirurga, dokonano gastroenterostomii w klinice we Wrocławiu.

Mąż, lat 65, zachorował w październiku tegoż 1897 roku, skarżąc się na trudności w przełykaniu i ból. Stwierdziliśmy zwężenie w dolnym odcinku przełyku natury rakowatej, jak to wykazało badanie drobnowidzowe wydobytej tkanki. Na operacyę chory nie zgodził się i zmarł po kilkumiesięcznych cierpieniach. Żona przeżyła męża o pół roku.

Przypadek II. Małżeństwo S., zamieszkałe oddawna przy ulicy Zielnej Nr. 16 w Łodzi.

Mąż, lat 65, zachorował w październiku 1901 roku; rozpoznaliśmy raka żołądka; guz był wyczuwalny; chory wymiotował, chorował około roku. Żona pielęgnowała go nieodstępnie (miała lat około 50); wkrótce po śmierci męża zaczęła się skarżyć na bóle w dolnej części brzucha i cuchnące upławy. Badanie wykazało raka macicy: chora nie zgodziła się na operacyę i zmarła po upływie roku.

Przypadek III. Wspólnicy przedzalni wełny w Łodzi, B. i W., przyjaciele, przebywający dużo razem i pracujący od lat 10 w jednym i tym samym kantorze fabrycznym.

W., lat 34, zauważył w grudniu 1902 roku gruczoł z prawej strony szyi. W styczniu 1903 r. zakwalifikowano chorego w Wiedniu, gdzie się

³⁴⁾ Centr. f. Bakteriöl. 1903. XXXIV N. 2. 3.

radził, do operacji, po której wkrótce zmarł. Badanie drobnowidzowe wyluszczonego gruczołu wykazało nowotwór złośliwy (*carcinoma? sarcoma?*).

W Tym samym czasie, bo w styczniu 1903 r., zachorował B., lat 42; skarżył się na dolegliwości żołądkowe; wkrótce na zasadzie badania zawartości żołądka i przebiegu cierpienia stwierdzono raka, umiejscowionego w żołądku lub dwunastnicy. Chory zmarł w czerwcu tegoż roku. Dokonane oględziny pośmiertne wykazały raka (*scirrhus*) tylnej ściany żołądka.

Zasługuje na uwagę, że poprzedni właściciele tej samej przędzalni zmarli też młodo: przyczyny śmierci jednego z nich nie znamy, drugi (brat B.) miał raka pęcherza.

W literaturze mnoży się coraz więcej przypadków „*cancer à deux*”. WŁAJEW (l. c.) przytacza następujące ciekawe spostrzeżenia. 1) Żona, pielęgnująca męża, chorego na raka żołądka, zachorowała sama i umarła w rok później na raka kreski i nerek. 2) Żona, pielęgnująca męża, chorego na raka języka, umarła na raka *mediastini*. 3) Mąż umarł na raka języka, a po 2 latach żona zachorowała na raka górnej szczęki. 4) Chory na raka gardzeli i górnej szczęki, żona mu umarła przed 2 laty na raka żołądka, a siostra jej przed 3 laty—na raka sutki.

GNEILLOT,³⁵⁾ który zebrał ogółem 102 przypadki, z tego 13 u krewnych, wspólnie mieszkających, oraz upracodawców i służby, a 89 u małżonków, wylicza 23 przypadki z umiejscowieniem:

- u żony — na szyi macicznej,
- u męża — na prąciu.

TROSS³⁶⁾ opisuje taki sam jeden przypadek, HALL³⁷⁾—pięć, LANGENBECK³⁸⁾ trzy, DEMARQUAY³⁹⁾, THOMAS⁴⁰⁾, DUPLOUY⁴¹⁾ po jednym

WATSON⁴²⁾, MAC-EWEN⁴³⁾ — podają ośm przypadków, w tej liczbie dwa z następującem umiejscowieniem:

- mąż miał raka prącia,
 - potem zachorowała żona na raka macicy.
- BERGER⁴⁴⁾ obserwował:

- u męża—raka prącia,
- u żony—raka muszli usznej.

BEHLA⁴⁵⁾ zestawił 20 przypadków, pomiedzy niemi takie:

- 1) żona cierpiała na raka żołądka, często wymiotowała na pościel i za łóżko; mąż sypiał w tem samem łóżku i dostał raka odbytnicy.
- 2) teść miał raka odbytnicy; zięć, który mu stosował lawatywy odżywece, zachorował na raka wargi dolnej; a wkrótce potem żona ostatnie go zapadła na raka sutki.

BOAS⁴⁶⁾ opisuje 3 przypadki raka u małżonków i 2—raka u rodzeństwa, wspólnie mieszkającego, oraz przytacza nast. przypadek PICHLER'a. Młoda kobieta używała irygatora, którym uprzednio posiłkowała się jej matka, zmarła na raka odbytnicy, po ½ roku sama sama zapadła na raka odbytnicy.

DEVES⁴⁷⁾ widział kobietę z rakiem na palcu, która przez długi czas prała bieliznę swego chlebobdawcy, chorego na raka. Jeden przypadek przeniesienia raka przez używanie tego samego cybucha opisał MOLIÈRE⁴⁸⁾.

MORAU⁴⁹⁾ opowiada o pewnym farmaceute, który opatrywał raka twarzy swej chorej teściowej i wkrótce sam zachorował na raka nosa. 2 przypadki „*cancer à deux*” podaje RADESTOCK⁵⁰⁾ jeden—raka przełyku u męża i żony, w okresie 3-miesiący; drugi przypadek raka jajnika u żony i kiszki u męża.

Z przeglądu przypadków „*cancer à deux*”, licznie opisanych w literaturze, można wywnio-

³⁵⁾ Médecine moderne. 1894. Congrès de Chirurgie. 1894.

³⁶⁾ ³⁷⁾ ³⁸⁾ ³⁹⁾ ⁴⁰⁾ ⁴¹⁾ Cyt. BEHLA. Deut. med. Wochenschr. 1901. N. 26. i Zeitschr. f. Medicinalbeamt. 1900. Z. 5.

⁴²⁾ ⁴³⁾ ⁴⁴⁾ ⁴⁵⁾ Cyt. BEHLA. Deut. Medic. Wochenschr. 1901. N. 26.

⁴⁶⁾ Verhandlungen des XVIII. Congr. f. inn. Medicin zu Wiesbaden. 1900.

⁴⁷⁾ ⁴⁸⁾ ⁴⁹⁾ Loc. cit.

⁵⁰⁾ Deut. Med. Wochenschr. 1902. N. 22.

skować, że umiejscowienie raka u drugiego małżonka bywa często na nosie, uchu, wardze, na twarzy i t. d., wogóle na miejscach, do których często dotykamy się palcem. Na plecach zaś, które dla palca są niedostępne, rak się nie zdarza prawie wcale.

Wysoce ciekawe są zestawione przez EBERT'a 22 przypadki raka, przeniesionego od tego samego osobnika drogą dotknięcia, naprz. z wargi na wargę, z języka na podniebienie, dziąsło i t. d., a także drogą przeszczepienia przy punkcyi, ukłuciu i t. d. KAUFMANN opisał przypadki raka, przeniesionego na kącik oka u starej kobiety, dotkniętej rakiem dłoni.

Ze spisu jednodniowego, dokonanego w Niemczech i Holandyi,⁵¹⁾ wyjmujemy co do zaraźliwości raka następujące dane.

W Niemczech na ogólną liczbę 12179 raków w 435 przypadkach istnieje przypuszczenie, że rak mógł powstać z zarażenia, w tej liczbie 280 razy między małżonkami; w pozostałych zaś przypadkach zarażali się wzajemnie rodzice i dzieci—zwłaszcza przez spanie w jednym łóżku; następnie pielęgniarki od powierzonych im pieczy chorych rakowych, nakoniec przez wspólne używanie ustępu przy rakach odbytnicy i narządów rodnych i t. d.

W Holandyi stwierdzono w 95 przypadkach (na 878) możliwość przeniesienia choroby przez małżonków (w 11 przypadkach), przez mieszkańców tego samego domu, przez naczynia, bieliznę, przyrządy, od chorego zarażały się pielęgniarki i t. d.

Co do terminu, dzielącego zarażenie się męża od chorej żony w przypadkach „*cancer à deux*“, to przeciętnie przerwa waha się pomiędzy 3 miesiącami a 2 laty, nadto dłużej, czasami dosięga 20 lat.

Tak więc, niemało—jak widzimy—faktów przemawia za zaraźliwością raka. Jakkolwiek więc nie znamy jeszcze właściwego bodźca ra-

ka, mamy aż nadto powodów uważać go za chorobę natury infekcyjnej. Sprawdza się więc założenie w początku niniejszej pracy, iż co do pochodzenia raka wiemy tyle, ile wiedzieli autorzy przed wiekami: HIPPOCRATES, Nicolaus TULPIUS, ZACUTUS LUSITANUS⁵²⁾ i in.), którzy uważali raka za chorobę zaraźliwą. Idea specjalnych przytułków dla rakowatych chorych była popularna w przeszłym wieku we Francyi, gdzie obawiano się raka, jako choroby zaraźliwej. W 1750 roku odmawiano takim chorym z obawy zarazy przyjęcia w szpitalu Hotel Dieu w Rheims. Z tego powodu ofiarował kanonik Jean Jodinet 25 tys. li-rów na wybudowanie specjalnego przytułku dla rakowatych chorych; przytułek wybudowano w mieście, ale wkrótce zamknięto go z obawy rozpowszechnienia się zarazy i przeniesiono chorych poza miasto do budynku, przeznaczonego dla chorych na dżumę. Od tego czasu do dzisiejszego dnia nauka nie obaliła tych obaw, lecz potwierdziła i uzasadniła je.

Na mocy wszystkich powyżej wymienionych danych i na mocy analogii z innymi zakaźnymi chorobami uważamy się w prawie do postawienia następujących wniosków.

Należy zwrócić pilniejszą, niż dotąd, uwagę na profilaktykę raka, a mianowicie.

1) zachowywać względem wydzierlin rakowatych chorych te same środki ostrożności, co w gruźlicy i przy-miocie;

2) odkażać ręce po opatrunkach, operacjach, przepłukiwaniach żołądka, pochwy i temu podobnych rękoczynach u rakowatych;

3) nie należy używać pościeli, bielizny, odzieży po chorym na raka przed poddaniem ich ścisłej dezynfekcyi; przyrządy chirurgiczne, zgłębniki, wzierniki, irygatory i

⁵¹⁾ Ber. ü. die vom Comité für Krebsforschung am 15 Oktober 1900. Sammelforschung. Jena 1902.

⁵²⁾ Zeitschr. f. Krebsforschung. 1904. I. 3. Str. 264 i Centr. f. Bakteriol. 1903. XXXIV. N. 2-3.

wszelkie przedmioty, używane przy pielęgnowaniu chorego na raka, mogą służyć do ponownego użytku tylko, o ile nadają się do zupełnego odkażenia.

4) należy zwrócić baczniejszą, niż dotąd, uwagę na czystość wody do picia, prania i celów gospodarczych, na oczyszczanie wód ściekowych, na niszczenie grzyba drzewnego, na warunki przechowywania produktów spożywczych i zabezpieczenie ich od owadów.

Wogóle więc w celach zapobiegawczych powinny być zastosowane do chorych na raka wszystkie—bez wyjątku—środki ostrożności, jakie istnieją dla innych chorób infekcyjnych i jakie mogą zabezpieczyć od bezpośredniego lub pośredniego przeniesienia zarazy.

Z polikliniki prof. OPPENHEIM'a w Berlinie.

O porażeniu astenicznem

(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*)

Podał

WŁADYSŁAW STERLING.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 19).

Zgodnie z pierwotnem pojęciem o porażeniu astenicznem, jako o „nerwicy opuszkowej“ (*Bulbäre Neurose*) ugrupowanie objawów trzyma się w przypadku naszym typu opuszkowego, brakło też w nim zupełnie obiektywnych objawów wyczerpania w kończynach. Powiadam „obiektywnych“, gdyż chora niejednokrotnie skarżyła się na prędkie omdlewanie rąk przy pracy, czego przed początkiem choroby nie było. Wogóle w przypadku tym uderza pewien rozdźwięk pomiędzy stwierdzeniem a raczej niestwierdzeniem apokamnozy obiektywnie, a pomiędzy tymi wy-

bitnymi objawami wyczerpywania się pewnych grup mięśniowych, które występują przy dokonywaniu pewnych swoistych dla tych właśnie grup funkcji życiowych (zaburzenia żucia, zaburzenia oddechowe przy jedzeniu pokarmów twardej, dwojenie) wobec ujemnego wyniku badania tych grup mięśniowych na apokamnozę przy ruchach nieskombineowanych. Wątpię jednakże, czy upoważnia to do podawania skarg chorej w wątpliwość: być może, istnieje pewna specjalna postać apokamnozy, która ujawnia się tylko przy wykonywaniu przez określoną grupę mięśniową pewnych skoordynowanych czynności fizyologicznych, a która opiera się ruchom zwykłym, niezłożonym. Istnieje tutaj pewna analogia z niektórymi stanami patologicznymi, spostrzeganymi przy zajęciu mózgowia, np. z afazją lub agrafią, gdzie określone grupy mięśniowe odmawiają udziału tylko w wykonywaniu skomplikowanych, skoordynowanych czynności.

Daleki jestem bardzo od wyciągania z faktu tego wniosku o umiejscowieniu sprawy chorobowej w interesującym nas cierpieniu, w każdym razie narzuca się tutaj przypuszczenie, że układ nerwowy ośrodkowy, a specjalnie kora mózgowa nie pozostaje bez wpływu na powstawanie zjawisk astenicznych.

W tym samym kierunku naprowadza rozumowanie szereg objawów, które występują u chorej naszej w sposób bardzo wyraźny: mówię tu o podnoszonym już wielokrotnie przez rozmaitych badaczy wpływie zmęczenia jednych narządów na czynność innych. I pod tym względem w przypadku naszym więcej przynoszą nam wywiady, aniżeli badanie obiektywne, a więc chora skarży się, że przy zmęczeniu fizycznym widzi podwójnie, jakkolwiek przy wykonywaniu ruchów rękami lub nogami stopień porażenia *n. abducentis* nie ulega nasileniu, a więc przy silnem zmęczeniu traci głos, jakkolwiek obiektywnie zdemonstrować zjawiska tego nie można. Wogóle w przypadku tym wybitny jest wpływ psychiki na powstawanie i nasilenie się objawów cho-

robowych: choroba wystąpiła po silnem zmar-
twieniu, każde wzruszenie moralne oddziaływało
wybitnie na pogorszenie mowy, na dwojenie się
w oczach i wogóle na cały stan chorej, po śmier-
ci męża nastąpiło tak znaczne pogorszenie, że
chora zjawiła się w poliklinice w stanie zupełnie
opłakany.

Znaczny także wpływ na nasilenie objawów
wywoływały wpływy zewnętrzne, jak chłód, nie-
pogoda, elektryzacja i t. d. — fakt, notowany
przez wielu autorów. Wogóle w przypadku ni-
niejszym ogólne tło nerwowe zdaje się odgry-
wać rolę niepoślednią — przypomnę tylko zabu-
rzenia czucia dotykowego na końcach palców,
połączone z przykreimi sensacyami w postaci pa-
lenia, klucia i mrowienia, które zakwalifikować
należy, jako akroparestezye SCHULTZE'go; nie
należą one do obrazu porażenia astenicznego,
lecz świadczą o pewnej wrodzonej niedomodze
układu nerwowego.

Ileć synteza kliniczna wytworzy jakąś
nową postać chorobową, zjawiają się później
obserwacje, które przynoszą częstokroć objawy,
nie dające się pomieścić w ramy zarysowanego
objawu klinicznego; jeżeli objawy te powtarzają
się często, mówi się wtedy o „nieczystych po-
staciach“ danego cierpienia, jeżeli tworzą one
fragmenty znanych już postaci klinicznych, mó-
wi się wtedy o „powikłaniach“. Co począć np.
z nietrzymaniem moczu, które spotykamy w przy-
padku niniejszym w postaci rudymenarnej?
Przypadki analogiczne znajduję w spostrzeże-
niach RAYMOND'a, AUERBACH'a i in.: jakkolwiek
sphincter vesicae externus należy do mięśni po-
przecznie prążkowanych i znajdujących się w
stałem napięciu, zaburzenia pęcherzowe nie na-
leżą do obrazu porażenia astenicznego. Wre-
szcie zaznaczyć należy u chorej naszej wybitną
cienkość języka w połączeniu z drzeniem włó-
kienkowem, lecz wobec braku zmian w oddziały-
waniu elektrycznem niepodobna zjawisku temu
przypisywać znaczenia głębszego.

Ciekawe jest, że nie udało się stwierdzić
reakcyi myastenicznej w mięśniach twarzy,
w mięśniach ocznych, w mięśniach oddecho-
wych, a więc w tych grupach mięśniowych,
w których stwierdzono największy udział w zja-
wiskach chorobowych. Natomiast stwierdzono
MyaR w *m. sterno-cleido-mastoideus*, w *m. supi-
nator longus*, których czynność nie przedsta-
wiała nic do życzenia. Godzi się to z ogólnie przy-
jętym dzisiaj faktem, że reakcyja myasteniczna
i apokamnoza nie przebiegają równolegle, ani nie
mają ze sobą nic wspólnego.

Historja choroby w przypadku niniejszym
obejmuje okres około 2 lat, a więc okres wzglę-
dnie krótki. Jednakże i w tym krótkim okresie
widoczne są wyraźne wahania w nateżeniu spr-
awy chorobowej, remisye i intermisye — tak cha-
rakterystyczne dla porażenia astenicznego. Mó-
wiłem już o znacznym wpływie wrażeń psychi-
cznych u chorej naszej na nasilenie objawów,
zaznaczam jeszcze tutaj, że nieznaczne stosunko-
wo bodźce (galwanizacja) prowadzą tutaj do za-
burzeń bardzo niepokojących: dotyczą one spe-
cjalnie czynności oddechowej i mogą być bez-
pośrednio groźne dla życia. W przypadku na-
szym zaburzenia oddechowe powstawały na dro-
dze dwojakiej: 1) wskutek bezpośredniego wy-
czerpania mięśni oddechowych (przy chodzeniu,
oddychaniu forsownem oraz 2) wskutek zatrzy-
mywania się twardych kęsów pokarmowych
przy połykaniu. Te ostatnie zwłaszcza, które tru-
dno jest przewidzieć i którym trudno jest zapo-
biedz, czynią rokowanie w przypadku niniejszym
niepomyślnem.

Przypadek II. Otto Fischer, czeladnik ślu-
sarski, lat 15. Przesłany do polikliniki z klini-
ki ocznej (prof. SILEX'a) z następującą notatką:
z prawej strony porażenie zewnętrznych mięśni
ocznych oraz *n. trochlearis*, z lewej: ptoza. Oftal-
moskopowo: 2 *tubercula milliaris*.

Chory opowiada, że porażenie w obrębie
mięśni ocznych rozwinęło się w przeciągu osta-

tnich 10 tygodni tak powoli, że sam nie potrafi dokładnie określić jego początku; powiększało się ono stale z tygodnia na tydzień, bywały przytem dni lepsze i dni gorsze, aż wreszcie doszło do tego stopnia, w jakim widzimy je dzisiaj: pierwszym objawem jednak choroby była według słów chorego pewna ociężałość powiek. Od 2 tygodni zauważył, że przy pracy ręce dość prędko męczą się, zwłaszcza utrudnione bywa zginanie rąk w stawie łokciowym, nie zmuszało go to jednak do przerywania pracy. Mniej więcej od tego samego czasu zjawily się objawy wyczerpywania się mięśni karku: trudno mu było przez czas dłuższy utrzymać głowę podniesioną. Chodzenie jednak, ani wchodzenie po schodach nie męczy go zupełnie. Bólów, zawrotów głowy, wymiotów nie miał nigdy, również nie skarży się na zaburzenia w oddawaniu moczu. Wogóle do czasu początku choroby niniejszej cieszył się zawsze dobrem zdrowiem, nigdy nie gorączkował.

Od 3 lat jest czeladnikiem ślusarskim, w warsztacie pracował 8 godzin dziennie, praca nie jest wyczerpująca, z metalów ma do czynienia tylko z żelazem. Mowa podczas choroby nie uległa żadnej zmianie; podobno rano po przebudzeniu się otwiera powieki z łatwością. Opowiada, że żucie i połykanie obecnie trudniejsze jest, niż dawniej, wyraźnych jednak zaburzeń w czynnościach tych, a tembardziej dławienia lub duszenia się nie ma. Pokarmy płynne nie powracają przez nos.

Sam podaje zaziębienie, jako przyczynę swej choroby. Według opowiadania chorego była to najprawdopodobniej influenza. Chorób wenerycznych nie przechodził. Ma 3 rodzeństwa, młodszych od siebie, najmłodsza siostrzyczka w dzieciństwie przechodziła drgawki, reszta zdrowa. Matka dotychczas zdrowa, nie ronila nigdy. Ojciec cierpi oddawna na bóle rwące w nogach, zdaje się jednak nie tabetycznego pochodzenia.

St. praesens. Chory budowy umiarkowanej, wzrostu średniego, na swój wiek nieźle rozwinięty. Czaszka: wybitnie wystające *tubera frontalia*, pozatem budowa normalna, przy opukiwaniu nie bolesna. *Volumen* mięśni odpowiada ogólnemu stanowi odżywiania. Wyraz twarzy leniwy, sprawia wrażenie cierpiącego. Z prawej strony zupełnie porażony jest *m. levator palpebrae superioris*, *m. rectus superior*, *m. rectus inferior*, w najmniejszym stopniu *m. rectus internus*. Natomiast reakcja źrenicy na światło i akomodację jest wybitnie żywa. Odruchy z *cornea* i z *coniunctiva* z obu stron wyraźne.

Istnieje wybitna słabość *m. m. orbicularium palpebrarum*. Zamknięcie powiek tak jest niedostateczne, że można wygodnie wejść łebkiem od szpilki do szpary ocznej, co zwłaszcza wyrażone jest z prawej strony, mniej znacznie z lewej. Marszczenie czoła, podnoszenie brwi, nadymanie policzków, gwizdanie dobre, natomiast wyraźne jest lekkie opuszczenie prawego kąta ust i nieznaczne wygładzenie prawej fałdy nosowargowej. Język wysuwa w linii prostej.

W mięśniach, zginających i rozginających głowę, można stwierdzić wyraźne wyczerpywanie funkei, już po 10 ruchach nie jest w stanie utrzymać głowy prosto.

Zapytany o łykanie — odpowiada: „kiedy połykam wiele, więcej nie mogę już“. Obiektywnie: żucie i połykanie idzie bardzo wolno, i widać jest bardzo wyraźnie, że połykanie następuje z wielkimi trudnościami. Połykanie płynów jednak idzie wcale nieźle — i chory nigdy nie zachłystuje, ani nie zakasłuje się; pokarmy nie powracają przez nos. Natomiast nie można stwierdzić obiektywnie, ażeby mięśnie żucia i połykania wyczerpywały się wyraźnie w trakcie funkei.

Zamykanie ust (warg) jest tak słabe, że chory nie może przez czas dłuższy utrzymać papierosa w ustach — nie przewycięża ono najlżejszego oporu.

W obu gałgach nerwu twarzowego wybitna reakcja myasteniczna. Co się tyczy zmian

jakościowych, to przy badaniu prądem faradycznym otrzymujemy z początku skurez normalny, pobudliwość galwaniczna także nie wykazuje zmian wyraźnych, zaznaczyć tylko muszę, że: 1) dla wywołania skurezu muskulatury ust, policzków i podbródka potrzeba dość znacznej siły prądu (6—8 MA) i że 2) zachowywanie się skurezów nie jest równomierne, czasem skurez przy podrażnieniach tej siły występuje bardzo wybitnie, czasem zaś jest zupełnie niewyraźny. Pomimo kilkakrotnych poszukiwań badanie elektryczne nie wykazało w kończynach MyaR. Zginanie i rozginanie rąk w stawie łokciowym wykonywa z dobrą siłą, natomiast przy abdukcji ramienia przy zastosowaniu pewnego oporu bardzo łatwo jest stwierdzić apokamnozę, jeżeli oporu zaniechać, to siła mięśniowa wygasa zupełnie po dokonaniu 25 ruchów odprowadzających. Jeżeli przed drażnieniem prądem elektrycznym chory dokonał kilkunastu skurezów mięśni twarzy dowolnych, to absolutna wielkość skurezu przy drażnieniu prądem tetanizującym była znacznie mniejsza, aniżeli przy drażnieniu wypoczętych mięśni, natomiast po doprowadzeniu skurezu za pomocą prądu do *minimum*, dowolne ruchy w obrębie tych mięśni były zupełnie zachowane.

Siła w kończynach dolnych dość dobra, lecz pewien stopień apokamnozy istnieje i tutaj (zwłaszcza łatwo wyczerpuje się zginanie w obu stawach biodrowych) w każdym razie apokamnoza tutaj mniej jest wyraźna.

Odruchy w kończynach górnych z *triceps* normalne, periostalnych z *radius* z obu stron wywołać nie można, kolanowe normalne, nie wyczerpują się przy wielokrotnem opukiwaniu *ligamenti patellaris*, odruchy ze ścięgna Achilles'a wyraźne, brak objawu BABIŃSKIEGO. Z lewej strony lekki stopień *pedis plani*.

Mowa nie wykazuje zmian. *Palatum molle* przy fonacji porusza się dobrze, odruch gardzielowy dość żywy. Tętno 84. *Thyreoida* nie-

wyczuwalna. Przy silnej ekspiracji (fonacji) brak objawów duszności.

8. XII. 1902. Ogólny stan obiektywnie mniej więcej ten sam, jakkolwiek samopoczucie chorego znacznie gorsze. Dokonano raz jeszcze badania elektrycznego. Przy drażnieniu prądem faradycznym *nervi facialis sinistri* można stwierdzić szybkie zmniejszanie się natężenia skurezu, lecz niepodobna doprowadzić skurezu do zaniku nawet po 24—25 drażnieniach. Przy stałym działaniu prądem tetanizującym znika wprawdzie bardzo prędko właściwy skurez tetaniczny, lecz pewne drganie i falowanie włókien mięśniowych pozostaje nawet po 1½ minutach drażnienia. Nawet przy stosowaniu prądów bardzo wielkiej siły stosunek pod tym względem pozostaje niezmienny. W mięśniach wyprostnych dłoni oddziaływanie normalne, natomiast w lewym *m. deltoideus* skurez faradyczny przechodzi bardzo prędko w falowanie, które trwa przez czas dłuższy. W *m. orbicularis oris* wygasa skurez bardzo szybko, w muskulaturze podbródka — długo-trwałe falowanie. W *m. orbicularis palpebrarum* właściwy skurez wyczerpuje się w przeciągu niespełna sekundy, i tutaj pozostaje też samo migotanie włókien mięśniowych. Przy badaniu pozornym, dokonaniem bezpośrednio po pierwszym — migotanie trwa dalej. Górny odcinek mięśnia kapturowego reaguje bardzo żywo przy pierwszym drażnieniu, lecz skurez wygasa już po kilku sekundach.

20. XII. 1902. Stan gorszy. Chory skarży się na zaburzenia w polykaniu. Żucie twardych pokarmów utrudnione. Czuje się bardzo przygnębiony: wyraz twarzy charakterystycznie cierpiący. Chodzi nieźle, w rękach pewne uczucie zmęczenia. Stan, jak przedtem. MyaR w obu gałkach *n. facialis*, w *m. deltoideus*, *cucullaris*.

Była to ostatnia wizyta chorego w poliklinice. Od tego czasu znikł nam z oczu i przez czas dłuższy nie wiadomo było, co się z nim stało, tak minęło około 2 miesięcy. Dopiero w koń-

cu stycznia roku 1903 dowiedziałem się przypadkowo, że w stanie chorego zaszło znaczne pogorszenie, i że chory zapisał się do szpitala Charité do kliniki uniwersyteckiej. Uprzejmości prof. JOLLY'ego zawdzięczam możność dalszego obserwowania chorego w klinice Charité.

Badanie z dnia 13. II. 1903. Jest to 21 tydzień choroby. W szpitalu Charité przebywa chory od 10 dni. Przedewszystkiem uderzyła mnie kolosalna zmiana w ogólnym wyglądzie pacyenta — chory, który przy ostatnim badaniu w poliklinice był jeszcze zdolny do pracy, względnie rzeźki, mówił wybornie, poruszał się swobodnie, odżywał się dobrze, obecnie przedstawia się w stanie zupełnie oplakany. Bezmyślny po części, a po części obolały, nieruchomy, niemal maskowaty wyraz twarzy; leży prawie nieruchomo na łóżku, oddycha ciężko, z ust wypływa ślina. Mówi z takim wysiłkiem, że porozumienie się ustne natrafia na ogromne trudności, musiał przy objawach wyczerpania posługiwać się pisaniem.

Skarży się obecnie na zaburzenia w polykaniu, płyny może jeszcze cokolwiek polykać, przez nos nie wylewają się. Od 3 tygodni odżywia się mlekiem, kakao, jajami na miękko, twardych pokarmów nie przyjmuje, gdyż żuć zupełnie nie może. Od 6 tygodni znaczne osłabienie ramion, mniej przedramion i dłoni. Chodzić może dotychczas, lecz męczy się bardzo prędko. Od 3 tygodni mowa niewyraźna, nosowa. Nawet rano po przebudzeniu się nosowy odcień mowy.

Prawostronna ptoza prawie zupełna, odkryta jest $\frac{1}{2}$ część gałki ocznej, z lewej ptoza mniejsza, odkryta jest mniej więcej połowa rogówki. Ruchomość gałek minimalna: zupełna nieruchomość prawej gałki przy ruchach we wszystkich kierunkach, z lewej strony możliwy minimalny ruch nazewnątrz oraz na wewnątrz, ruchy ku górze i ku dołowi absolutnie niewykonalne. Reakeya źrenic z obu stron żywa.

Język wysuwa w linii prostej: brak zaników, lecz silne drżenie włókienkowe. Wysuwanie języka wyczerpuje się już po 8—10 razach dokonanego ruchu. Otwieranie i zamykanie ust początkowo spełnia chory dobrze, jednakowoż po 20—25 razach ekskursye stają się coraz mniejsze, po 30—35 razach ruchomość wyczerpuje się zupełnie. Zamykanie warg nie przecięża najslabszego oporu. Również w wysokości kątów ust dzisiaj niewidoczna, lecz słabość mięśni unerwionych przez VII parę jest bardzo wybitna: marszczenie czoła, nadymanie policzków, gwizdanie, gaszenie świecy — niemożliwe. Podnoszenie ramion udaje się nieźle 5 razy, po 6—8 ruchach ramię bezwładnie opada; ruchy w stawach łokciowych, promieniowo-napięstkowych i w palcach dłoni znacznie lepsze, funkcyja pisania np. zachowana jest zupełnie dobrze. Uścisk dłoni jednak pozbawiony jest siły i z prawej strony jest wyraźnie słabszy, aniżeli z lewej.

Odruchy kolanowe słabe i dają się szybko wyczerpać. Chodzi nieźle. Brak wyraźnej apokamnozy w mięśniach kończyn dolnych.

Przy fonacyi podniebienie miękkie czyni początkowo nieznaczną ekskursyę; po 2—3 razach — zupełna nieruchomość. Mowa wybitnie nosowa. Wczoraj miał atak duszności, który trwał około 5 minut. Wogóle wczoraj czuł się okropnie wyczerpanym. Dzisiaj stan nieco lepszy.

MyaR w mięśniach twarzy, *cucullaris*, *deltoides*. Ślinotok.

15. II. 03. *Status pejor*. Zupełnie nie wstaje z łóżka. Miał dzisiaj nowy atak duszności, który trwał około 5 minut. Tętno 94. Oddech 31. Pokarmów nie przyjmuje zupełnie. Wobec ciężkiego stanu badania elektrycznego zaniechano.

18. II. 03. Czuje się nieco lepiej. Ataku duszności nie było od 3 dni. Mówi zupełnie niezrozumiale, polykanie niemożliwe; odżywianie *per rectum*.

19. II. 03. Śmierć przy objawach okropnej duszności, przyspieszenie tętna, zupełne porażenie mięśni mowy i polykania.

Dokonana sekcya nie wykazała zmian makroskopowych w układzie nerwowym. Obecnie

d-r SEIFFER donosi mi, że badanie mikroskopowe układu nerwowego oraz wyciętych mięśni dało wyniki zupełnie ujemne.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

56. FLUEGGE. Przyczynek do walki z gruźlicą.

BEHRING, opierając się na doświadczeniach, że laseczniki gruźlicze, dostawszy się do organizmu przez inhalację, nie atakują płuc bezpośrednio — twierdzi, że zakażenie tą drogą nie ma prawie żadnego znaczenia. Lecz już RIBBERT w 1900 roku zauważył, że płuca nie są często pierwotnym miejscem osiedlenia laseczników, że zarazki mogą przejść do płuc z gruczołów limfatycznych lub z naczyń krwionośnych, choć miejscem wniknięcia były drogi oddechowe. Z instytutu autora wyszła praca PAUL'a, która wywody RIBBERT'a potwierdza.

Według BEHRING'a laseczniki nigdy przez inhalację dojść do pęcherzyków płucnych nie mogą; pierwotnym miejscem osiedlenia ich są jama gardzielowa i kiszki, a ztąd dopiero przez naczynia limfatyczne przechodzą do płuc. Doświadczenia PAUL'a wykazały, że 4% laseczników bezpośrednio dostaje się do najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków, reszta zatrzymuje się w większych oskrzelach i jamie gardzieli, z których część pozostaje na miejscu, część wraz ze śliną przechodzi do dróg pokarmowych.

Z tego wszystkiego wynika, że dotychczasowe postulaty profilaktyki i higieny, dotyczące zakażenia przez inhalację, powinny być zachowane w całej rozciągłości, na co autor kładzie główny nacisk.

Dalej według BEHRING'a gruźlica osób dorosłych w znacznej mierze zależna jest od zaka-

żenia w dzieciństwie. Rzeczywiście dzieci bardzo podlegają zakażeniu, ale ztąd wniosek jeden, że w walce z gruźlicą baczniejszą uwagę zwrócić należy na dzieci, lecz wymagania i odpowiednie zarządzenia higieniczne dla dorosłych nie powinny z tego powodu stracić na sile lub ucierpieć.

Dla higienistów ważne znaczenie ma twierdzenie BEHRING'a, że głównym zbiornikiem i dostawcą laseczników jest mleko krów, dotkniętych perlicą, że wobec tego rozsadnika zarazy wszystkie inne drogi zakażenia powinny zająć drugorzędne miejsce.

Autor nie zgadza się z tem twierdzeniem i jest przekonany, że drogi oddechowe w zakażeniu ssawców grają niepoślednią rolę, przeciwnie, zakażenie przez mleko nie ma wielkiego znaczenia, gdyż z małymi wyjątkami mleko bywa gotowane, przeto laseczniki zostają zniszczone.

Karmienie ssawców mlekiem formolowem, zalecane przez BEHRING'a, jest z tego punktu widzenia zupełnie zbyteczne, gdyż nie uchronia od zakażenia innymi drogami i w samym mleku nie niszczy laseczników, nawet przeciwnie, jest ono bardziej podejrzane, niż dotychczas stosowane mleko gotowane.

BEHRING zaleca stosowanie mleka formolowego z tego punktu widzenia, że mleko, nie poddane gotowaniu, utrzymuje pierwotną bakteryjoczną siłę, i że rozpowszechnione gotowanie

mleka jest jedną z przyczyn śmiertelności wśród ssawców.

Być może, że gotowane mleko traci swą zasadniczą wartość bakterjocydojęcą, lecz wszak wolne jest od lasieczników.

Nad dotychczas jeszcze niezupełnie dowiedzioną bakterjocydojęcą siłą mleka pracowało wielu autorów, lecz do konkretnych rezultatów nie doszło.

Chcąc utrzymać tę siłę w całej rozciągłości, BEHRING jest za sztucznym karmieniem; z tem jednak autor zgodzić się nie może, gdyż żadne doświadczenia nie wykazały jeszcze, że mleko zachowuje własność bakterjocydojęcą i w organizmie ssawców. Prawda, EHRLICH dowiódł, że specyficzne antytoksyny wraz z mlekiem przechodzą do narządów pokarmowych ssawców, lecz doświadczenia jego nie dają prawa podciągając pod ten sam mianownik bakterjocydojęcej własności (aleksyn) mleka. Sam BEHRING jest zdania, że w pierwszych porcjach mleka, świeżo otrzymanego, własność ta traci na sile wskutek rozkładu już w gruczołach mlecznych. Doświadczenia, robione w klinice CZERNY'ego z mlekiem gotowanym i niegotowanym, nie przyznają żadnego pierwszeństwa temu ostatniemu; dalej praca BOECKH'a wykazała, że zwiększenie śmiertelności podczas cieplejszych miesięcy odnosi się głównie do sztucznie karmionych dzieci.

Jeszcze parę uwag co do mleka formolowego.

Nie jest ono zupełnie indyferentne. Przy użyciu dziennie 500 ctm. mleka z $\frac{1}{10000}$ — $\frac{1}{5000}$ formolu powstawały zaburzenia w trawieniu, słabe przyswajanie tłuszczów i fosforanów.

Prócz tego mleko formolowe nie niszczy wszystkich zarazków, które przez gotowanie ulegają zniszczeniu.

(Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1904).

L. Stein.

57. CLEMENS. O paratyfusie.

Dzięki bakterjologicznym i biologicznym metodom badania, jesteśmy w stanie dokładniej odróżnić niektóre choroby infekcyjne i wyobnaić z większą pewnością wywołujące je drobno-ustroje.

W ostatnich czasach badacze starają się wydzielić z tyfusu brzusznej choroby, zbliżone do niego. Chorobom tym dają ogólną nazwę paratyfusu, którego dotychczas obserwowano do

100 przypadków, bądź to sporadycznie, bądź to w małych epidemiach.

Drobnoustroje, odnoszące się do tej grupy chorobowej, mają wiele cech wspólnych.

Wielkością i formą przypominają *bacterium coli*, są bardzo ruchliwe, nie barwią się metodą GRAM'a. Główną ich cechą charakterystyczną jest zdolność fermentowania cukru. Na mocy tej zdolności wyróżniają dwa ich typy, które różnią się w szczegółach.

Siedliiskiem bakterji paratyfusu są te same części ustroju ludzkiego, w których napotykamy bakterje tyfusu, a więc znaleźć je można w kale, w krwi, w śledzionie i t. d.

Do wyróżnienia bakterji paratyfusu służy między innymi reakcja WIDAL'a. Zwrócić należy uwagę, że surowica paratyfusu aglutynuje bakterje tyfusowe także, lecz w znacznie mniejszym stopniu.

Aglutynacja w paratyfusie pozostaje niezmienioną jeszcze w tych okresach choroby, w których w tyfusie prawdziwym dawno już znika. Po przebyciu paratyfusu znaleźć można bakterje jeszcze długi czas w wydzielinach organizmu.

W paratyfusie możliwe jest też zakażenie mieszane, a mianowicie znajdowano bakterje grypy, płonicy i prawdziwego tyfusu. Zewnątrz organizmu bakterji paratyfusu nie znajdowano, lecz bez wątplenia znaleźć je można, sądząc z niektórych doświadczeń.

Anatomia patologiczna paratyfusu jeszcze nie jest dokładnie zbadana, dzięki niedostateczności materiału sekcyjnego. Prócz tego niektóre opisane przypadki nie dają się podciągnąć pod tę grupę. Przypadków klasycznych jest nie wiele.

Zauważono w każdym razie, że kiszki cienkie nie ulegają zmianie, to samo da się powiedzieć o gruczołach kreskowych. Zmiany dotyczą kiszki grubej (*colon, caecum*). W niej znajdowano wrzody wielkości 1 kw. ctm. nieprawidłowej formy, z rozpadem pośrodku. Łączą się one po 2—3. Brzegi ich nie są nacieczone. W poprzeczniczy oddzielne gruczołki nieco powiększone, szaro-żółtawego koloru, z czerwoną obwódką. Śledziona obrzmiała. Wątroba i nerki wykazują zwyrodnienie ziarniste.

Rokowanie w paratyfusie jest dobre. Śmiertelność wynosi 6%. Objawy początkowe

paratyfusu trwają od 3—8 dni i są prawie te same, co w tyfusie: ból głowy, krwotoki z nosa, ogólne osłabienie, bladeść, czasami katar oskrzeli z obrzmieniem gruczołów szyjowych, częste wypróżnienia, nieraz zaparcie i bóle brzucha.

Gorączka dochodzi do 40° z dreszczami lub bez nich. Typ gorączki, jak w tyfusie. Gorączka trwa od 10—22 dni.

Różyczka zdarza się w 80% przypadków, czasem występuje i na twarzy, czego w tyfusie nigdy nie bywa. Wymioty bywają nieraz bardzo uporeczywe, krwi nie znajdowano dotychczas. Krwotoki kiszkowe zdarzają się dość często; przedziurawień, jak dotąd, nie notowano.

Sledziona zwykle znacznie powiększona. Objawy psychiczne, jak w tyfusie; dyazoreakcja występuje w 60%. We krwi z początku leukopenia, potem leukocytoza z eozynofilią.

Recydywy bywają często i następują bezpośrednio lub też po upływie kilku tygodni. Cała choroba wraz z recydywami trwa od 12—84 dni.

Podczas rekonwalescencji zauważyć się dają bóle w stawach.

Różnicy obrazu klinicznego w paratyfusie, wywołanym bakteriami jednego lub drugiego typu, nie zauważono.

(Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1904).

L. Stein.

58. QUINCKE i GROSS. O niektórych rzadszych umiejscowieniach ostrego obrzęku ograniczonego.

Jak wiadomo, QUINCKE pierwszy opisał ostry obrzęk ograniczony, głównie na skórze. W ostatniej pracy autorzy opisują kilka przypadków własnych i cudzych, z których widać, że ostry obrzęk ograniczony może się umiejscowić nie tylko na skórze lub w tkance podskórnej, ale jednocześnie albo tylko na okostnie, na błonie śluzowej języka, gardzieli krtani (niekiedy z zejściem śmiertelnym), w oskrzelach i oskrzelikach w ścianie lub śluzówce żołądka i kiszek. Być może, z czasem okaże się, że wywołuje on niektóre postaci reumatyzmu mięśniowego (Hexenschuss), migreny, neuralgii i t. p. Najprawdopodobniej zaliczyć tu należy i *hydrops articularum intermittens* oraz *hydrocephalus angioneuroticus*.

(Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr. 1—2 r. 1904).

J. Lipsztat.

59. T. BRUGSCH. Leczenie salicyłem a nerki.

W Deutsch. Arch. für klin. Med. (Tom 74. Zeszyt 1 i 2) utrzymywał LÜTHJE, że wszelka terapia salicyłem wywołuje zapalne podrażnienie nerek. Dla sprawdzenia tego wniosku BRUGSCH wykonał 300 badań, stosując w nich aspirynę, salicylan sodu przez usta i w ławatywach a także mezotan nawpół z oliwą (w postaci smarowań skóry). Badania te dokonane zostały na 60 chorych, których autor dzieli na następujące trzy grupy:

I. Mężczyźni od 20—55 lat ze zdrowymi nerkami; lekkie i przewlekłe cierpienia gośćcowe.

II. Mężczyźni gorączkujący (ostre reumatyzmy), jakoteż zdrowi, lecz przeszło 55 lat mający.

III. Kobiety ze zdrowymi nerkami.

I grupa. 5 gramów salicylanu sodu lub aspiryny, dawane w ciągu dnia w kilku dawkach, nie działały szkodliwie na nerki, w jednej natomiast podane dawce powodowały podrażnienie nerek, trwające od 2—4 dni. Niższe dawki, podawane bądź od razu (3—4 gramy), lub też w kilku mniejszych porcjach, wcale nie drażniły nerek. Te małe dawki można podawać chorym przez kilka a nawet kilkanaście (14) dni z rzędu bez żadnej szkody dla pacjentów.

Pięciogramowe jednorazowe dawki silnie drażnią nerki, szczególnie, gdy się je podaje przez usta, słabiej zaś przy zastosowaniu w postaci ławatywy.

Przy zewnętrznym stosowaniu salicylu w postaci mezotanu nie widział autor u pacjentów tej grupy żadnych podrażnień nerek. Raz jeden tylko wystąpiło ono po dwudniowym weieraniu mezotanu w ilości 50 gramów.

II grupa. Przy gorączce nerki mniej są odporne na działanie salicylu; podrażnienia występują przy mniejszych dawkach i trwają dłużej. To samo da się powiedzieć o osobach starszych.

III grupa. Nerki kobiet znacznie wrażliwsze są na wpływ salicylu, niż męskie. Już trzygramowe dawki dzienne aspiryny, powtarzane przez kilka dni z rzędu, powodowały podrażnienia nerek, lekkie wprawdzie i szybko ustępujące po odstawieniu leku. To samo da się powiedzieć o większych dawkach dziennych i jednoraz-

zowych. Białkomocz również częściej występuje pod wpływem salicylu u kobiet, niż u mężczyzn.

Wspomniane wielokrotnie „podrażnienie nerek“ polega na zjawianiu się w moczu licznych szklistych, a nawet ziarnistych wałeczków, nabłonków z nerek, jak również z górnych dróg moczowych. Objawów tych nie uważa autor za zapalne, lecz za niezżytowe. Białkomocz spostrzegł on także po stosowaniu salicylu, lecz nie tak często jak ЛІТНІЕ, bo tylko w 5% przypadków — przy wielkich dawkach leku i u ludzi z osłabionemi nerkami.

Wobec tych badań wnioskuje autor, że w przewlekłych i podostrych przypadkach gośćca, o ile nie chcemy skasować zupełnie dla nerek nieszkodliwych wcierań mezotanu, zmieszanego z oliwą, możemy podawać bezkarnie u mężczyzn 3 gramy salicylu lub aspiryny, u kobiet zaś 2 gramy dziennie. Wielkie jednorazowe dawki stanowczo szkodzą nerkom.

W ostrym gościecu możemy podawać chorym od 5 do 8 gramów salicylu pierwszego, lecz w pół-gramowych, codziennych dawkach, następnym zaś dni, gdy już najsilniejsze objawy ustąpiły, wystarczy 3—2—1 gram dziennie, również w małych dawkach po 0,5 lub 0,3.

Pocenie się chorych, wywoływane zwykłymi sposobami, podtrzymuje działanie salicylu, można bowiem wtedy podawać wielkie dawki, nie wywołując podrażnienia nerek. Przypuszczenie, jakoby salicyl wydzielal się przez skórę z potem, nie sprawdziło się, w zebrany bowiem pocie nie znaleziono salicylu. Autor sądzi przeto, że ulżenie pracy nerkom (wskutek pocenia się) wogóle zmniejsza ich wrażliwość na działanie salicylu.

(Therapie d. Gegenwart. 1904. Zeszyt 2).

L. W.

60. BAKES. Nowa metoda operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia nerek.

Jakkolwiek operacja EDEBOHLS'a, polegająca na pozabawieniu nerki chorej jej otoczki i tworzeniu nowych warunków krwioobiegu, nie znalazła zwolenników w Europie, tem niemniej stosują ją z powodzeniem w ojezyźnie twórcy — Ameryce.

Autor, zachęcony dobrym wynikiem leczenia operacyjnego sposobem wyżej wymienionym w jednym własnym przypadku, wprowadza do metody E. zmianę, polegającą na stworzeniu ściślejszej łączności pomiędzy nerką obnażoną a obficie unaczynionymi tworami jamy otrzewny. W tym celu obmyślił on dwa zabiegi następujące. W pierwszym, po wyluszczeniu nerki z otoczki własnej, autor otwiera otrzewną na wysokości kątnicy, brzeg szpary przyszywa do wnęki nerkowej, poczem, wydobywszy przez szparę część sieci, otacza nerkę tą ostatnią, umocowując ją kilkoma szwami. Postępowanie to nadaje się do przypadków, w których sieć jest długa, nie zanikła.

Druga odmiana metody autora zasadza się na wewnątrzotrzewnowem przemieszczeniu wyluszczonej nerki, którą przez nacięcie, zrobione w otrzewnie nawewnątrz okrężnicy wstępującej, względnie zstępującej — wprowadza się pomiędzy podstawę kreski jelita cienkiego i grubego, po uprzednim silnem natarciu powierzchni surlowicznych. Szparę w otrzewnie zaszywa się do koła wnęki nerkowej.

(Centralbl. f. Chir. 1904. N. 14).

A. Wertheim.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 29 marca 1904 r.

TREŚĆ: 1) H. DOBRZYCKI — „O racjonalnym składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. W. JAWORSKIEGO“. 2) St. GĘBARSKI — „Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej“.

1) Henryk DOBRZYCKI wygłosił rzecz „O racjonalnym składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. JAWORSKIEGO“. Praca ta drukowana była w N. 15 i 16 naszego pisma.

W dyskusji z powodu wymienionego odczytu Jan ŚWIĄTECKI wyraził zdanie, że większa skuteczność wód leczniczych naturalnych, jak twierdzą zwolennicy tego poglądu, pozyskała nową podstawę po wykryciu w źródłach, bijących szczególnie z głębokich warstw ziemi — emanacji promieniotwórczych, które, jak wiadomo, odznaczają się silnymi własnościami jonizowania.

CHEŁPOWSKI wyraża ten sam pogląd, co i ŚWIĄTECKI — przypisując ze swej strony bezwarunkowo wodom naturalnym inne działanie, niż sztucznym.

RZĘTKOWSKI zapytuje, czy można dostać w Warszawie wód, przyrządzanych sposobem prof. JAWORSKIEGO.

DOBRZYCKI odpowiada, że wód takich w Warszawie można dostać w fabryce „Motor“. Co do emanacji promieniotwórczych, mówca przypomina, że odnośne doświadczenia były robione z wodami sztucznymi.

2) K. CHEŁCHOWSKI w zastępstwie St. GĘBARSKIEGO odczytał jego pracę p. t. „Kilka uwag, dotyczących odmy piersiowej“. Autor wymienił przyczyny, wywołujące odmę piersiową, postawiwszy na ich czele pewne rękościny lekarskie, jak wypuszczanie wysięku z opłucny, przyczem powietrze może być wepchnięte do jamy opłucny, dalej wypuszczenie zbyt wielkiej ilości płynu może spowodować pęknięcie płuca — mówca przytacza odpowiednie przykłady; dalej próbne przekłucie płuca. Przy rozszerzaniu zwojeń przełyku zdarzały się wypadki przedziurawienia i na-

stępuje odma piersiowa. Najczęstszą przyczyną odmy jest gruźlica płuc. Autor cytuje jednak przypadki odmy i wskutek ropnia w płucu, jakoteż wskutek włóknikowego zapalenia płuc. Autor opisuje szczegółowo kilka spostrzeżeń odmy suchej. Głównym dowodem odmy suchej są: brak pluskania (*succusio Hippocratis*) i brak natychmiastowej zmiany w odgłosie przy zmianie położenia chorego. Objaw bulgotania (*Wasserpfeiffengeräusch*) nie może być dowodem odmy otwartej, jak chcą UNVERRICHT i RIEGEL. Autor objaw ten znalazł w przypadku, gdzie wtłoczono powietrze do opłucny. W ostatecznych wnioskach autor wyraził zdanie, że wczesna torakotomia powinna być częściej stosowana, niż obecnie, i że odma piersiowa w praktyce szpitalnej bez porównania częściej się zdarza, niż w prywatnej zamożniejszej lub średnio zamożnej.

W dyskusji A. SOKOŁOWSKI poruszył niektóre punkty z odczytu prelegenta. W kwestyi powstawania odmy po wypuszczeniu nadmiernej ilości płynu mówca zaznacza, że często przy gruźliczym zniszczeniu płuca występuje odma bez subiektywnych objawów, zbiera się wysięk surowiczo-ropny, który w pewnym stopniu zakleja otwór, a właściwie przetokę, i dopiero po wypuszczeniu płynu powstaje znów *pneumothorax*. Mówca podnosi występowanie odmy u ludzi zdrowych pod wpływem urazu lub innych przyczyn. Zdarza się to u ludzi, dotkniętych rozdmą płuc — przypadki te odznaczają się łagodnym przebiegiem. Mówca nie podziela zdania, jakoby wystąpienie odmy piersiowej u osobników gruźliczych miało wywierać wpływ dobroczynny na przebieg zasadniczego cierpienia. Większość takich przypadków u suchotników ma zejście niepomysłne. Zdaniem S. odgrywa tu rolę mechanika powstawania odmy i stan płuca uprzedni. Taby tłumaczyło fakt, że u ludzi zdrowych odma piersiowa pochodzenia urazowego przebiega pomyślnie.

Nie zgadza się również S. ze zdaniem, że odma piersiowa zdarzać się ma daleko częściej w praktyce szpitalnej — mówca widział dużo przypadków odmy u chorych, leczonych w Görbersdorfie, gdzie przecież przebywają ludzie za możni i znajdujący się w dobrych warunkach życiowych. W sprawie leczenia odmy uważa mówca za najracjonalniejszą wczesną torakotomię.

PAWIŃSKI zaznacza, że po aspiracji płynu z opłucny częściej, niż odma, występuje obrzęk płuc lub też obfita transsudacja wodnistej płynu do pęcherzyków i drobnych oskrzeli. P. spostrzegł, że odma częściej się zdarza u mężczyzn, niż u kobiet, i tłumaczy to tem, że kobiety mniej podlegają urazom i wysiłkom fizycznym. Co do samego obrazu rozwijającej się odmy, mówca zaznacza, że tam, gdzie odma powstaje w przedniobocznych częściach płuc, w pierwszej chwili może powstać wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z dusznicą bolesną — zwłaszcza przy mocnych bólach w górnej części klatki piersiowej, w okolicy mostka. Bliższe jednak zbadanie organów klatki piersiowej, obecność oddechu amforycznego, dane opukowe wyjaśnia istotę cierpienia.

Posiedzenie z d. 5 kwietnia 1904 r.

TREŚĆ: Jan KOELICHEN — „O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprohem“ (z demonstracją preparatów).

KOELICHEN wygłosił rzecz p. t. „O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprohem“.

Cierpienia układu nerwowego, powstające w zależności od cierpień dróg moczowych, znane są oddawna zwłaszcza w postaci porażień ruchowych dolnych kończyn (*paraplegiae urinariae*). Różni badacze (WHYTT, PROHASMA, BROWN-SEQUARD, CHARCOT i inni) przypisywali te porażenia już to odruchowym wpływom wskutek podrażnienia dróg moczowych, już też zmianom w istocie szarej rdzenia wskutek podrażnień za-

końceń nerwowych w stawach, zajętych sprawą tryprową, lub nawet przypuszczano rozwój dyatezy tryprowej (TIZIER) na podobieństwo artrytycznej. Dopiero rozwój nauki o zatruciach i zakażeniach w ostatnich czasach wyjaśnił związek pomiędzy tryprem i chorobami układu nerwowego. Postać tych chorób jest bardzo różnorodna. Najczęstsze są neuralgie tryprowe *n. n. ischiadici* i *cruralis*, rzadsze innych nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego, a najrzadziej bywają zajęte nerwy ramienia lub przedramienia. Poważniejszym cierpieniem są rozległe zaniki mięśni w zapaleniu tryprohem stawów. W jednym przypadku zapalenia nerwów obwodowych, co stanowi nader rzadką komplikację trypra, sprawa chorobowa przyjęła postać ostrego wstępującego paraliżu LANDRY. We wszystkich opisanych dotychczas przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Do najcięższych powikłań trypra należy zapalenie rdzenia i jego opon. Opis jednego takiego przypadku, obserwowanego przez kol. MAJEWSKIEGO, prelegent przytoczył. Połowa takich przypadków zakończyła się śmiercią. Podstawa anatomiczna zaburzeń układu nerwowego w tryprze nie jest dostatecznie wyjaśniona. W neuralgiach tryprowych można przypuszczać zatrucie gonotoksynami. Zaniki mięśni w cierpieniach stawów tryprowych nie mają nic sobie właściwego, takie same zaniki spotykamy w innych cierpieniach stawów. Najobfitszy materiał anatomopatologiczny posiadamy w zapaleniach rdzenia tryprowych. Na zasadzie badań i wyników otrzymanych możemy postawić trzy przypuszczenia co do patogenetyki chorób rdzenia wskutek trypra: 1) że powstają one pod bezpośrednim działaniem gonokoków, 2) pod wpływem toksyn swoistych gonokokowych i wreszcie 3) pod wpływem bakterii ropnych wskutek infekcji wtórnej.

T. Korzon.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Nauka o chorobach wewnętrznych.

Kraków 1903. Tom III. Zeszyt I. Str. 1—122.

CHOROBY NARZĄDU MOCZOWEGO

Opracował docent d-r Józef Wiczkowski, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie.

Praca zawiera prócz wstępu trzy rozdziały główne, traktujące o chorobach nerek, pęcherza i narządów płciowych wraz z dodatkiem choroby nadnercza. Wstęp jest rodzajem dyagnostyki chorób nerkowych i zawiera opis rozmaitych form białkomoczu, ilustrowanych obrazami drobnowidzowymi, omawia rozmaite formy moczenia barwnikami krwi i t. p. (Prawdopodobnie dla braku miejsca opuszczono cystynurę i alkaptonurę). Dalej omawia autor na wstępie rozmaite teorie puchliny i podaje szczegółowy opis mocznicy. Wreszcie uwzględnia nowsze badania sprawności nerek, kryoskopię i próby florydzynowe. Po tych ogólnych uwagach przechodzi autor do szczegółowej patologii i terapii chorób nerkowych, które podzielił na: 1) zmiany w krążeniu, 2) zapalenia nieropne (*nephritis acuta, parenchymatosa, interstitialis*), 3) zapalenia ropne, 4) zwyrodnienia nerki, gruźlica, rak i t. d. 5) kamica nerkowa i pęcherzowa oraz nerwobóle.

Najobszerniejsza to część całej pracy, traktująca o właściwych chorobach nerkowych, i w niej też najwyraźniej zaznaczają się przymioty dzieła.

Bardzo szczegółowo mimo wielkiej zwięzłości opracował autor etiologię poszczególnych chorób i leczenie, w którym z wielką umiejęt-

nością potrafił uwzględnić i nowsze zdobycze dyetyki i wyróżnić z wielkiej liczby zalecanych środków najważniejsze i najskuteczniejsze. Wiele miejsca poświęcono symptomatyce i rozpoznaniu. Trochę krótko traktowana jest anatomia patologiczna, co prawdopodobnie wynikało z celów całego wydawnictwa, które głównie praktyczne strony miało na oku.

W drugim rozdziale znajdujemy opis chorób pęcherza (nieżyt, gruźlica, nerwobóle i t. d.). Rozdział ten, znacznie szerszy, trzymany jest w tym samym stylu, i tylko najważniejsze i konieczne sprawy w nim pomieszczono. Trzecia część o chorobach płciowych równie zwięźle jest przedstawiona, a w dodatkowym rozdziale opracował autor chorobę nadnercza cisawię (*m. Addisoni*). Na kilku stronach znajdujemy nie tylko kliniczne cechy choroby, rozpoznanie, zmiany anatomiczne i t. d., ale nawet dość obszerne sprawozdanie z fizjologicznych i chemicznych badań nad istotą nadnercza.

Całość przedstawia się bardzo dodatnio; autor bardzo wyraźnie zaznacza w całym dziele swoją indywidualność, i dlatego rzecz cała czyta się tak łatwo i pozostawia wrażenie jednolite. Styl jest jasny, nie wymuszony, język dobry i sposób przedstawienia wcale nie nużący, co przy tej zwięzłości jest niemałą zasługą. Najmniej dodatnio przedstawia się zewnętrzna strona wydawnictwa. Druk mały, robiący wrażenie druku, którym się piszą uwagi u dołu stronicy. Tylko niektóre rozdziały, traktujące o rozpoznawaniu, bite są tym drukiem, w jakim całe dzieło być należało.

Wacław Moraczewski.

Wiadomości bieżące.

— Warszawska Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy, istniejąca już od lat kilku i dość pomyślnie się rozwijająca, rozszerza zakres swej działalności przez otworzenie nowego działu, który ma na celu wzajemne ubezpieczenie na wypadek śmierci uczestnika. Dział ten pod nazwą Kasy pogrzebowej uzyskał już zatwierdzenie władzy — i wejdzie w wykonanie z chwilą, gdy liczba uczestników, chcących należeć do kasy pogrzebowej, dojdzie do wysokości, wymaganej przez ustawę.

Kasa pogrzebowa założona jest tylko dla uczestników Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy. Uczestnikiem tej Kasy może być każdy lekarz, który zobowiąże się składać do niej najmniej po dwa ruble oszczędności miesięcznie.

Ustawa nowo-zatwierdzonej Kasy pogrzebowej została już rozesłana wszystkim uczestnikom Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej. Główne jej zasady są następujące. W razie śmierci uczestnika rodzina otrzymuje w ciągu 24 godz. kapitał, powstały z pomnożenia liczby uczestników przez cztery. Przy liczbie uczestników 250 kapitał pośmiertny wynosić więc będzie rb. 1000. Kapitał ten może być wypłacony i za życia uczestnika, w razie gdy ulegnie chorobom, pozbawiającym go możliwości zarobkowania, według warunków, ściśle w ustawie określonych. Ze składek członków, wnoszonych na każdy wypadek śmierci, tworzą się kapitały: zapasowy, obrotowy i kapitał wsparć, mający specjalne przeznaczenie. Składka uczestnika, wnoszona na każdy wypadek śmierci, wynosi rb. 5 kop. 25, prócz wpisowego. Zapisywać się mogą do Kasy pogrzebowej tylko lekarze do 50 roku życia. W wie-

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. D-ra Romualda PŁASKOWSKIEGO udzieloną będzie w. m. czerweu r. b. zapomoga pieniężna w kwocie rb. 169 kop. 28 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku To-

ku od 50—60 roku życia mogą być przyjmowani tylko wówczas, gdy procent uczestników tego wieku nie przekroczy 20% ogólnej liczby uczestników, ale i wówczas składki wstępne są od nich wyższe. Przy zapisywaniu się do Kasy są wymagane świadectwa zdrowia, podpisane przez 2 członków Kasy. Wszystkie szczegóły co do prowadzenia Kasy, umieszczenia kapitałów, deklaracji, czasu wnoszenia składek i t. d. jakoteż co do zarządu interesami Kasy, są dokładnie przez ustawę przewidziane na podstawie doświadczenia, w innych kasach tego rodzaju osiągniętego. Poprzestajemy na tej notatce. Sądzimy, że kronikarz „Medycyny“, który dzwonił ongi na powstanie podobnej instytucji współdzielczej, opartej na zdrowych zasadach samopomocy, obszerniej napisze o znaczeniu i ważności nowej Kasy.

W. K.

— Sekcja akuszersko-ginekologiczna powstała przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim. Na posiedzeniu organizacyjnym w d. 30 z. m. powołano zarząd do kierowania pracami sekcji. Na prezesa wybrano kol. T. BORYSSOWICZA, na wiceprezesów: kol. J. JAWORSKIEGO i Fr. NEUGEBAUERA; na sekretarza kol. C. STANKIEWICZA. Posiedzenia sekcji w lokalu Tow. Lekarsk. odbywać się mają w każdy ostatni piątek miesiąca, z wyjątkiem lipca i sierpnia. Projektowane są, co pewien czas, połączone posiedzenia z sekcją chirurgiczną. W programie zajęć, oprócz demonstracji chorych, preparatów, przyrządów, znajdują się także odczyty i referaty zbiorowe. Na pierwsze posiedzenie b. m. zapowiedzieli odczyty kol.: Fr. NEUGEBAUER, J. JAWORSKI i CYKOWSKI.

warzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) do dnia 15 czerwea r. 1904 z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatryi.

Z upoważnienia Towarzystwa.

Sekretarz stały. D-r. Hoyer.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada.

CASCARINE

LEPRINCE

(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16). Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,
przygotowanego przez D-ra Leprince

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

Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwiąd starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D- LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-ra T. HEINRICH A

w WARSZAWIE,

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

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

Założony w 1845 r.

Instytut Wód Mineralnych

W OGRODZIE SASKIM.

Ul. Graniczna 14, telefonu 422

p o l e c a :

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania.

Wody mineralne sztuczne, ściśle według analiz urządzone.

Kąpiele mineralne sztuczne wszystkich źródeł.

Kąpiele z kwasem węglanym cena jednej kąpeli 65 kop. z wanną 1 rb.

Kąpiele wydają się przez cały dzień w zakł. kąpiel. przy instytucie.

Otwarcie sezonu w ogrodzie przy Instytucie w połowie Maja.

IWONICZ

(Stacja kolei państwowej).

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny w Galicyi.

Szezawy siono-jodo-bromowe i żelazisto-jodo-bromowe; Kąpiele siono-jodowe, igliwiowe, borowinowe, gazowe jak w Neuheimie zabiegi hydropatyczne, miesienie i gimnastyka lecznicza (Zakład ortopedyczny Docenta chirurga II D-ra A. Gabryszewskiego we Lwowie przeniesiony na lato do Iwonicza).

Wskazania: zoiży, choroby kobiece, gościec, dna, kiła choroby kości, skórne i nerwowe—wogóle wszystkie choroby wymagające przyspieszenia odnowy materyi.

Zakład położony w lesie szpilkowym przeszło 400 metr. n. p. m. w uroczej górskiej okolicy.

Urządzenie wzorowe, mieszkania wygodne, elektryczne oświetlenie, wodociągi, woda do picia z 60 litrów ze skafy bijąca (na sezon tegoroczny wybudowano 2 nowe domy o 60 pokojach).

Kaplica zakładowa, Msza Ś-ta codziennie.

Muzyka zakładowa. Poczta i telegraf w Zakładzie. Lekarze zakładowi: Docent Dr. Antoni Gabryszewski ze Lwowa i Dr. Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 4 wolno praktykujących lekarzy.

Sezon od 20-go maja do końca września.

W I Sezonie do 20 czerwca i III od 20 sierpnia, mieszkania znaczna tańsze.

Uwolnienie od taksy na mocy świadectwa ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Zamówienia na mieszkanie, wodę, sól, ług i mól przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela.

Dyrekcya

Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.