

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 14.

Warszawa d. 2 kwietnia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcji i Administracji, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy wczesnym otępieniem a maniakalno-depressyjną psychozą, podał Adam Wizel. — Przypadek rezekcji raka poprzeczniczy, zakończony wynikiem pomyślnym, podał Maurycy Lubelski. — WYKŁAD KLINICZNY. O istocie i leczeniu dny, podał F. Voita. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 64. Pieper. (Z kliniki prof. Moritza w Sztrasburgu). Próba octowa dla odróżnienia wysięków od przesięków. — 65. Hoesslin. O zależności białkomoczu od zawartości kwasów w moczu. — 66. E Bürgi. Działanie kombinacji środków nasennych. — 67. W. Krienitz. O wartości praktycznej t. zw. „odczynu trzustkowego Cammidgea“. — 68. M. Wirthe. Badania opsoniczne ze względu na znaczenie zakażenia mieszanego w przewlekłej gruźlicy płuc. — *Choroby weneryczne i skóry*. 69. Guszman (Budapeszt). Dalsze przyczynki do patogenetyki nawrotów kiły. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy otępieniem wczesnym a psychozą maniakalno-depressyjną.

Referat wygłoszony przez

Adama Wizła,

starszego ordynatora oddziału psychiatrycznego szpitala starozakonnych w Warszawie, na Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów Polskich w październiku 1909 r.

Gdy przed kilkudziesięciu laty dwaj psychiatrzy niemieccy, KAHLBAUM i HECKER,

opisali po raz pierwszy psychozę wieku młodzieńczego pod nazwą *hebephrenia* (VIRCHOWS Arch. Bd. 62), nie przypuszczali oni zgola, że to skromne ich odkrycie wywoła kiedyś w nauce taką burzę i podzieli cały świat psychiatryczny na wrogie sobie obozy. Nie domyślali się również tej burzy owi nieliczni autorowie, którzy, idąc wśląd za KAHLBAUMEM i HECKEREM, opisywali analogiczne spostrzeżenia pod nazwą „*dementia simplex*“ (RIEGER), „*dementia primitiva*“ (włoscy autorowie), „*premature dementia*“ (CLOUSTON).

Zakreśliwszy szczerze granice kliniczne opisywanej [przez siebie postaci, autorowie ci nie czynili najmniejszego wyłomu w nauce, nic w niej nie burzyli, jeno do znanych dotąd w psychiatrii postaci chorób umysłowych dorzucili nową postać, dotąd nieznaną.

Burza powstała w nauce dopiero z chwilą wysunięcia się na widownię głośnego dziś w całym świecie naukowym prof. kliniki Monachijskiej KRAEPELINA. Przewrotowa działalność KRAEPELINA polegała na tem, iż uczony ten z mało znaczącej, ubogiej pod względem symptomatycznym i rzadkiej względnie (w myśl poglądów KAHLBAUMA i HECKERA) postaci chorobowej uczynił doniosłą, bogatą w przejawy i względnie częstą formę kliniczną, — nadto spokrewnił ją z inną, znaną w psychiatrii również od czasu KAHLBAUMA postacią, a mianowicie z katatonią, — wreszcie wykazał kliniczne jej powinowactwo z niektórymi przypadkami z grupy paranoicznej — i tym sposobem stworzył wielką rodzinę, t. zw. otępienie wczesne, której poszczególnymi członkami mają być trzy oddzielne postacie chorobowe, jak: *Hebephrenia*, *Katatonía* i *Dementia paranoides*. Przez kolosalne rozszerzenie granic otępienia wczesnego, przez pomnożenie i pogłębienie jego przejawów klinicznych, przez wykazanie różnorodnych wahań w przebiegu tej psychozy KRAEPELIN uczynił zamach na inne postacie chorobowe, uszczuplił ich granice, zmniejszył ich częstość i liczne przypadki, rozpoznawane przedtem pod nazwą innych psychoz (jak np. *mania*, *melancholia*, *paranoia*), wciągnął do stworzonej przez siebie wielkiej grupy: *dementia praecox*.

Ale na tem się nie kończy oryginalność pomysłów i rewolucyjność odkryć KRAEPELINA. Śmiały ten i spostrzegawczy uczony zreformował całą naukę o t. zw. psychozach afekcyjnych, a mianowicie o manii i melancholii. Wykazał on, iż psychozy te mają o wiele

bogatszą symptomatologię, niż dawniej przypuszczano, że są one jaknajściślej ze sobą spokrewnione, że przejawy tych pozornie odrębnych psychoz mogą różnorodnie kojarzyć się ze sobą, i że psychozy te nie są samodzielnymi jednostkami chorobowymi, jeno odmiennymi fazami jednej i tej samej choroby, czyli że nie istnieją w rzeczywistości *mania*, *melancholia*, *mania periodica*, *melancholia periodica*, lecz że natura zna jedną tylko postać, a mianowicie: maniakalno-melancholijną albo, jak ją nazywa KRAEPELIN, maniakalno-depressywną psychozę, i że wzmiankowane postacie kliniczne są tylko różnymi formami przejawiania się owej maniakalno-depressyjnej psychozy. Dowodził on wreszcie, — i to było również poglądem rewolucyjnym w psychiatrii, — że różne fazy psychozy maniakalno-depressyjnej są przemijające, czyli, że zarówno stany maniakalne, jak i depressyjne, jak wreszcie utkane z kombinacji różnorodnych pierwiastków zarówno jednych, jak i drugich, t. j. t. zw. stany mieszane są b e z w z g l ę d n i e u l e c z a l n e i nigdy nie kończą się otępieniem. W tych zaś wszystkich przypadkach, w których przy pozornych objawach maniakalnych lub depressyjnych występuje w końcu otępienie, tam należy, zdaniem KRAEPELINA, przypuszczać inną zgoła sprawę chorobową, a przedewszystkiem myśleć należy o wczesnem otępieniu. Dzięki temu pogładowi została p o d w a ż o n a s t a r a t e z a p s y c h i a t r y c z n a o t. zw. w t ó r n e m o t ę p i e n i u (*dementia secundaria*).

Tym sposobem KRAEPELIN postawił słup graniczny pomiędzy dwiema olbrzymimi grupami: z jednej strony — postać chorobowa z ł o ś l i w a, w istocie swej d e s t r u k c y j n a, prowadząca nieuchronnie do mniejszego lub większego otępienia, z drugiej — postać chorobowa ł a g o d n a, w istocie swej u l e c z a l n a, która, mimo bogactwo prze-

jawów, różnorodność faz i krótsze lub dłuższe trwanie poszczególnych stanów, nie daje nigdy otepienia władz umysłowych.

Reformatorskie poglądy KRAEPELINA zrazu budziły w świecie naukowym niechęć i nieufność, — zbyt silnie były one taranem w uswiecone tradycją przekonania. Z różnych stron odzywały się głosy protestu, tu i owdzie poddawano surowej krytyce naukę mistrza. KRAEPELIN jednak nieugięty szedł ciągle dalej raz wytkniętą drogą, poglądy swe nieustannie pogłębiał i rozszerzał; jednocześnie niechęć względem niego zaczęła zwolna topnieć, poglądy jego poczęły zyskiwać coraz więcej zwolenników, których liczba z każdym rokiem coraz bardziej się zwiększała. Dziś w całym świecie cywilizowanym posiada KRAEPELIN licznych wyznawców, i nie tylko niemiecka, ale również francuska, angielska, amerykańska, włoska i in. psychiatrye uległy silnemu wpływowi Monachijskiego uczonogo.

Równocześnie wszakże z rozszerzaniem się kraepelinizmu zaczęło w ostatnich czasach ujawniać się tu i owdzie reformowanie poglądów KRAEPELINA, zaczęto je dopełniać, poprawiać, modyfikować, i dziś jesteśmy świadkami, jak różni autorowie biorą się do przerabiania wielkiego gmachu, wzniesionego mozolnie przez mistrza, i, co jest tem ciekawsze, w robocie tej rekonstrukcyjnej biorą udział głównie najzagorzalsi dawniej uczniowie KRAEPELINA.

Był czas, gdy nauka KRAEPELINOWSKA przyswiecała nam blaskiem świetlanym, i gdy zdawało nam się, iż jest ona pewnym i niezawodnym drogowskazem w labiryncie klinicznym psychiatryi. Wychodząc z założeń mistrza, rozpoznawaliśmy z całym spokojem i pewnością siebie te lub inne cierpienia i przepowiadaliśmy z taką samą pewnością to lub inne zejście danej sprawy chorobowej. W miarę jednak zwiększania się naszego do-

świadczenia, w miarę przybywania nowych obserwacyi klinicznych, poczęliśmy spostrzegać, że nie wszystko daje się wtłoczyć w ramy KRAEPELINOWSKIEJ nauki, że życie niejednokrotnie zadaje kłam pewnikom KRAEPELINA. Mimo wyraźnie i dokładnie przedstawionej symptomatologii otepienia wczesnego i psychozy maniakalno-depresyjnej, my, zwolennicy KRAEPELINA, niejednokrotnie nie byliśmy w stanie rozpoznać sprawy chorobowej, nie mogliśmy przeprowadzić różniczkowego rozpoznania pomiędzy dwiema, tak zasadniczo różnymi postaciami, jak otepienie wczesne i psychoza maniakalno-depresyjna; a jeśli, pomijając te lub inne trudności, decydowaliśmy się wreszcie na jedno z dwóch powyższych rozpoznań, tośmy niejednokrotnie popełniali pomyłki i przepowiadaliśmy nieszczęśliwe zejście tam, gdzie rzeczywistość dawała wyzdrowienie, i naodwrot stawialiśmy jaknajlepsze rokowanie tam, gdzie życie w ostatecznym wyniku przynosiło zupełne otepienie. Zrażeni licznymi niepowodzeniami, zrozumieliśmy nareszcie, iż kraepelinizm daleki jest jeszcze od doskonałości.

Nie przecze, iż rozpoznawanie t y p o w y c h przypadków otepienia wczesnego i psychozy maniakalno-depresyjnej nie przedstawia żadnych zgoła trudności, ale jednocześnie zaznaczyć muszę, iż w rzeczywistości spostrzegamy często przypadki a t y p o w e, bądź takie, w których objawy danej psychozy są słabo rozwinięte, bądź takie, w których widzimy powikłanie objawów, należących do obu psychoz, i wówczas rozpoznanie staje się niesłychanie trudnym, a często zgoła niemożliwym. Dość powiedzieć, iż sam KRAEPELIN przyznaje się, że niejednokrotnie omyłki rozpoznawcze popełniał i że tam, gdzie z całą pewnością rozpoznawał otepienie wczesne, po pewnym czasie przekonywał się, iż miał do czynienia z obłędem maniakalno-depresyjnym.

Trudność różniczkowania otępienia wczesnego i obłędu maniak.-depressyjnego zależy, moim zdaniem, od 3 k a r d y n a l n y c h momentów:

1) żadna z tych postaci chorobowych nie posiada w swym zespole objawów a n i j e d n e g o s y m p t o m a t u, któryby był zupełnie swoisty, ściśle p a t o g n o m o n i c z n y dla danej tylko choroby.

2) p r z e b i e g obu chorób nie przedstawia nic takiego, co by stanowiło cechę charakterystyczną jednej tylko z nich.

3) z e j ś c i e obu chorób nie zawsze upoważnia nas do przechylenia się w stronę jednego lub drugiego rozpoznania.

Zacznijmy od pierwszego momentu.

Rozbierając symptomatologię stanów maniakałnych i depressyjnych, musimy zatrzymać uwagę swą przede wszystkim na znanej t r ó j c y o b j a w o w e j, a mian. na zaburzeniach nastroju, kojarzenia i sfery ruchowej. Z jednej strony widzimy wesoły nastrój, przyspieszone kojarzenie, nieprzepartą potrzebę ruchu, z drugiej — smutny nastrój, zwolnione kojarzenie, zahamowanie czynności ruchowych.

Otóż k a ż d y z t y c h o b j a w ó w posiada swój odpowiednik w obrazie klinicznym wczesnego otępienia, będący niekiedy łądząco podobnym do pojedynczych objawów maniak.-depressyjnego obłędu.

Wprawdzie wiemy, że n a s t r ó j we wczesnym otępieniu jest przeważnie obojętny, apatyczny, niemniej jednak wiemy, iż chorzy, dotknięci hebefrenią, w stanach podniecenia okazują często wesoły nastrój i wzmożone samopoczucie. Co prawda, wiemy, iż wesołość hebefreników jest bardziej płytka, powierzchowna, dziecinna, i że wogóle sfera uczuciowa hebefreników jest pozbawiona należytej głębi,—jednakże opieranie rozpoznania

różniczkowego na tej różnicy w nastrojach bywa niekiedy zawodne. Co dla jednego obserwatora będzie pustą, dziecinną wesołością hebefrenika, to drugi uzna za głębszy afekt maniaka, i tym sposobem ocena stanu uczuciowego chorego częstokroć będzie zabarwiona subiektywizmem lekarza.

To samo da się powiedzieć o procesie kojarzeniowym. Wiemy, iż u maniaków proces ten ulega większemu lub mniejszemu zakłóceniu: związek assocyacyjny pomiędzy wyobrażeniami traci na spoistości, i zamiast skoordynowanego, celowego myślenia, występuje mniej lub więcej płytkie, bezładne, bezcelowe myślenie, — wyobrażenia kojarzą się nie na mocy wewnętrznego, logicznego powinowactwa między sobą, lecz na mocy zewnętrznych podobieństw, przypadkowych zetknięć, czasowych lub przestrzennych współlistnień, dźwiękowych reminiscencji i t. p. Analogiczny objaw jednak widzimy i u chorych z *dementia praecox*, którzy również, zwłaszcza w stanach pobudzeniowych, wykazują bezładne kojarzenie idei. Wprawdzie pomiędzy kojarzeniem u maniaków i u chorych na otępienie wczesne zachodzą pewne różnice. *Primo*, u maniaka rozprężenie mechanizmu kojarzeniowego jest zależne wprost od stopnia podniecenia: im większe bywa pobudzenie, tem silniej wyrażona jest gonitwa idei, gdy tymczasem w otępieniu wczesnym kojarzenie może być absolutnie bezładne przy braku wszelkiego pobudzenia. *Secundo*, u maniaków widzimy t. zw. odwracalność uwagi, polegającą, jak wiemy, na tem, iż chory jest bardzo wrażliwy na podniety zewnętrzne i każde odebrane wrażenie, bądź wzrokowe, bądź słuchowe, z łatwością wciąga do łańcucha kojarzeniowego, co oczywiście zmienia zaraz bieg wyobrażeń. Tego zazwyczaj w *dementia praecox* nie widzimy. *Tertio*, mowa maniaka, nawet przy silnie wyrażonej gonitwie idei, zazwyczaj nie jest całkowicie

bezsensowa, — jeszcze i wtedy odnajdujemy w niej zwykle jakie takie łączące ogniwa, jak i taki, choćby najpowierzchniwszy związek pomiędzy kojarzonymi wyobrażeniami, gdy tymczasem mowa hebefreników i katoników częstokroć sprawia wrażenie takiego pogmatwania idei, gdzie żadnego absolutnie związku doszukać się nie można. Jest to mowa całkowicie pomieszana, stek słów bez wszelkiej łączności, — objaw, który został przez FORELA trafnie nazwany Wortsalat. *Quarto*, maniacy w mowie swej wykazują zwykle pewne bogactwo idei, gdy tymczasem chorzy, dotknięci otępieniem wczesnym, odznaczają się ubóstwem myśli, — ztąd powstaje monotonność ich mowy ze skłonnością do perseweracji; tu wspomnieć również wypada o często spotykanych w ich mowie neologizmach, wszelkiego sensu pozbawionych.

Ale nie bacząc na wszystkie zaznaczone powyżej różnice, niekiedy bywa trudno odróżnić myślenie maniaka od myślenia chorego na otępienie wczesne, — dotyczy to głównie tych przypadków, w których cechy swoiste kojarzenia, właściwe obu chorobom, nie są dość typowo wyrażone. Mowa chorego na otępienie wczesne nie zawsze przedstawia bezmyślną paplaninę, z drugiej znow strony przy wysokich stopniach gonitwy idei niekiedy spotykamy mowę, całkowicie mieszaną (jest to t. zw. *ideenflüchtige Verwirrtheit*).

I trzeci kandydalny objaw, a mianowicie pobudzenie ruchowe, nastęrcza wielkie trudności rozpoznawcze. O czynnościach i postępach maniaków mówimy, że są one zazwyczaj bardziej celowe, harmonijne, naturalne, różnorodne, podczas gdy postęпки chorego z otępieniem wczesnym są bardziej bezcelowe, dziwaczne, karykaturalne, monotonne. To samo tyczy się mimiki i gestykulacji obu kategorii chorych. Niemniej jednak kwalifikowanie postępów chorego na

mocy zaznaczonych powyżej cech bywa niekiedy bardzo trudne. I tu i tam spotykamy znaczne odchylenia od normy, że dla przykładu przytoczymy choćby owych maniaków, którzy są w wysokim stopniu niechlujni, zbierają nieustannie śmieci, wymazują się kałem, a nawet dopuszczają się koprofagii i t. p.

Załatwiwszy się z zasadniczą trójcą objawową, musimy przejść do innych jeszcze cech różniczkowych. Zarówno w stanach maniakałnych, jak i w stanach pobudzeniowych w otępieniu wczesnym świadomość, orientacja, percepcja są mniej lub więcej zakłócone, wszelako w stanach maniakałnych zakłócenie to jest większe, aniżeli we wczesnym otępieniu. Jednakże, jak słusznie powiada THOMSEN, „trudno jest niezmiernie, zwłaszcza tam, gdzie istnieją liczne halucynacje i urojenia, i gdzie niepodobna skupić uwagi chorego, ocenić rozmiar i głębię tego zakłócenia i zużytkować je dla celów różniczkowo-rozpoznawczych ¹⁾).

Wreszcie przy rozpoznaniu różniczkowym bierzemy w rachubę halucynacje, które w otępieniu wczesnym są częstsze, liczniejsze i żywsze, oraz urojenia, które w tej chorobie są głębsze, dziwaczniejsze i potworniejsze, aniżeli w stanach maniakałnych. Wszelako, jak widzimy, i tutaj zasadniczej różnicy niema, i wszystko się redukuje do pewnych różnic ilościowych.

To, cośmy rzekli o trudności odróżniania pobudzeń hebefreniczno-katatonicznych od stanów maniakałnych, tyczy się w równym stopniu odróżniania stanów depresyjnych w otępieniu wczesnym od stanów depresyjnych *vel* melancholijnych w maniak.-depresyjnej psychozie. I tutaj zasadnicza trójca objawowa, a mianowicie: nastrój

¹⁾ Prof. Thomsen, Dementia praecox und Manisch-depressives Irresein. (Alg. Zeit. f. Psychiatrie 1907. H. 4).

przygnębiony, zahamowanie myślowe oraz zahamowanie ruchowe, charakterystyczna dla stanów melancholijnych, nie zawiera w sobie znamion klinicznych, któreby w sposób stanowczy przechylały rozpoznanie na jedną lub na drugą stronę.

KLIPSTEIN, usiłując przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy obu wzmiankowanymi stanami, kreśli stan uczuciowy melancholików w przeciwstawieniu do depressyi w otępieniu wczesnem w sposób następujący: „uczucia minorowe melancholików są bardziej złożone i bardziej stałe, aniżeli hebefreników. Nie tylko terażniejszość czyni ich nieszczęśliwymi, ale również myśl o przyszłości napęła ich troską i niepokojem. Melancholicy są bardziej altruistyczni, więcej dbają o pomyślność krewnych, aniżeli o własny swój los” i t. d. ²⁾). Jak widzimy i tutaj różnica pomiędzy nastrojami nie jest zasadnicza, i o pomyłkę bardzo łatwo. Jeszcze łatwiej popełnić ją, gdy chodzi o stany głębszej depressyi, zwłaszcza, gdy występuje osłupienie. Osłupienie depressyjne i osłupienie katatoniczne są niekiedy tak bliźniaczo do siebie podobne, iż żadną miarą niepodobna ich odróżnić.

Wprawdzie **KRAEPELIN** podaje niektóre cechy różniczkowe, pozwalające odróżnić negatywizm, mający być podstawą psychologiczną osłupienia katatonicznego, od zahamowania, będącego podstawą osłupienia depressyjnego; zwraca on np. uwagę na to, jak się zachowują chorzy dwóch tych kategorii względem biernych ruchów. I ci i tamci stawiają opór. Wszelako w katatonii opór ten występuje dopiero wówczas, gdy rzeczywiście usiłujemy wykonać ruch bierny jakkolwiek częścią ciała chorego, gdy tymcza-

czasem chory depressyjny stawia opór już przy samej groźbie wykonania ruchu biernego. Jednakże, mojem zdaniem, na tem spostrzeżeniu niepodobna opierać różniczkowego rozpoznania. Niejednokrotnie próbowałem na chorych osłupieniowych przerobić eksperyment **KRAEPELINA**, nie zawsze jednak udaje się stwierdzić różnicę w sposobie oddziaływania na bodźce zewnętrzne u obu tych kategori chorych.

Dla osłupienia katatonicznego ma być, według **KRAEPELINA**, niezmiernie charakterystyczny objaw t. zw. automatyzmu rozkazowego (*Befehlsautomatie*), który jest objawem wręcz przeciwnym negatywizmowi. O ile tam chory stawia energiczny opór wszelkim usiłowaniom wywołania zmiany w położeniu jego ciała, o tyle tutaj mamy do czynienia ze wzmożoną uległością na wszelkie zewnętrzne wpływy, z biernem poddawaniem się wszelkim rozkazom lekarza. Dwa te zasadniczo przeciwne objawy z nadzwyczajną łatwością występują wzajem po sobie lub współcześnie u jednego i tego samego chorego. Do kategorii objawów automatyzmu należą: katalepsya, echolalia i echopraksya. Dla stwierdzenia automatyzmu **KRAEPELIN** wykonywa między innymi znany eksperyment z wrzekomem obcinaniem języka.

Otóż, co się tyczy automatyzmu rozkazowego, to zauważyć winieniem, iż: 1) katalepsya nader często występuje w osłupieniu depressyjnem, 2) zaś automatyzm nie zawsze stwierdzić się daje w katatonii; bywają przypadki osłupienia katatonicznego, charakteryzujące się przez cały czas wyłącznie negatywizmem. Doświadczenie z groźbą obcięcia języka niejednokrotnie u katatoników wykonywałem, bardzo często chorzy ci jednak odmawiają w tych razach posłuszeństwa.

Pozostaje jeszcze wspomnieć o kilku innych, bardzo ważnych objawach katatonicznych, które zarówno w stanach depressyi, jak

²⁾ Klipstein, Ueber die hebefrenischen Formen der Dementia praecox. Odczyt na posiedzeniu Tow. psychiatrycznego w Berlinie 17 marca 1906 r.

Drageés

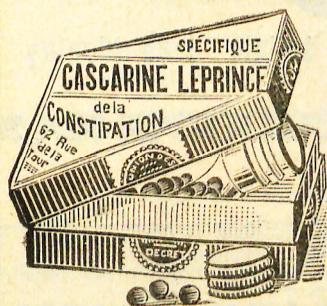
LECITHINI-ovoà0,05

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglicerynowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej przy anemii, chlorozie, neurastenii, podupadłem odżywiania, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.

Flakon 40 sztuk- 1 rs. Dozowanie: od 1—4 dziennie.

„CASCARINE LEPRINCE”

$C^{12} H^{10} O^5$



Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

Nawykowe zaparcie stolca

Choroby wątroby. Atonia przewodu pokarmowego.

Działa prawidłowo, nie wywołuje przy użyciu następczego podrażnienia i chorzy się do niej nie przyzwyczajają.

Wzmożone ciśnienie

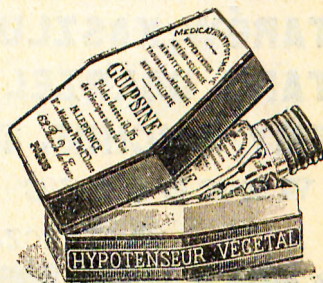
Miażdżycy tętnic, krwotoki płucne, skleroza jaj nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



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

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

i w stanach pobudzenia w przebiegu otępienia wczesnego występują, a mianowicie: stereotypowe pozy, stereotypowe ruchy, werbigieracya, zmanierowanie i grymasy. Wszystkie te objawy istotnie najczęściej występują we wczesnem otępieniu, ale doświadczenie kliniczne wykazuje, że i one nie zawsze mają decydujące znaczenie.

Obserwując przez szereg lat chorych umysłowych, zauważyłem nieraz, iż objawy katatoniczne występują niekiedy i w psychozjemaniakalno-depressyjnej, nie występują, być może-tak licznie i w tak doskonałej formie, ale, bądź co bądź, są one na tyle wyraźne, iż niepodobna nie zakwalifikować ich do dziedziny objawów katatonicznych.

Zwróciwszy uwagę na to zjawisko, zacząłem coraz pilniej obserwować chorych maniakalno-depressyjnych i przyszedłem do przekonania, iż objawom maniakalno-depressyjnym wcale nie rzadko objawy katatoniczne towarzyszą. Wobec tego spostrzeżenia znalazłem się w niemałym kłopotcie, jak podobne fakty rozumieć. Kombinacye dwóch wręcz przeciwnych zespołów widywałem rozmaite: raz spotykałem przewagę po stronie objawów maniakalno-depressyjnych, innym razem znów po stronie objawów katatonicznych.

Kwestya ta, która mnie oddawna bardzo interesowała, stała się w ostatnich czasach przedmiotem dociekań naukowych, stała się kwestyą aktualną. To też do sprawy tej powrócimy jeszcze niżej, teraz chcę zwrócić uwagę Sz. Panów na kilka innych jeszcze objawów, mających pewne znaczenie rozpoznawcze.

Do tych należy przedewszystkiem afekt, sfera uczuciowa chorego. Mojem zdaniem, afekt we wczesnem otępieniu już bardzo wczesnie zaczyna cierpieć. U chorych z

wczesnem otępieniem niezmiernie szybko rozwija się indyfferentyzm uczuciowy i otępienie moralne. Chorzy ci zaczynają wczesnie wykazywać zupełną obojętność względem swoich najbliższych, względem najżywotniejszych swoich spraw życiowych. Wizyty odwiedzających krewnych po większej części nie czynią na nich żadnego zgoła wrażenia, wiadomość o chorobie lub innem jakim nieszczęściu rodzinnem zupełnie ich nie porusza. Są zimni, zakamieniali. Łzy matki, pieszczoty dziecka nie budzą w nich żadnych uczuć, przeciwnie, taki hebefrenik częstokroć odpycha od siebie tulącą się doń matkę.

Inaczej zupełnie w większości przypadków reagują maniacy lub depressyjni. Tych i tamtych wizyty krewnych pobudzają: maniacy stają się bardziej gadatliwi, w wysokim stopniu rozdrażniają się, prowadzą długie dysputy, a i często kłótnie z krewnymi,—depressyjni jeszcze bardziej pogłębiają się w swoim afekcie smutku.

Tak bywa nader często. Zaznaczyć tu jednak należy, iż chorzy maniakalno-depressyjni, zwłaszcza znajdujący się w stanie depressyjnym, niekiedy nie objawiają nazewnątrz żadnego afektu, z drugiej znów strony chorzy, dotknięci otępieniem wczesnem, zwłaszcza znajdujący się w stanie pobudzenia, dość żywo na wizyty krewnych reagują, tak, iż i pod tym względem pewnego sprawdzianu nie posiadamy.

W ostatnich czasach poczęto mówić o dwóch nowych objawach, o których przedtem wzmianki nigdzie nie było. Jednym z tych objawów jest rozszczenie osobowości, któremu Gross nadał nazwę sejunkcyi, STRANSKY nazwał go schizophrenią, a URSTEIN nazywa intrapsychiczną ataksyą. GROSS i STRANSKY uważają rozszczenie osobowości za zasadniczy objaw otępienia wczesnego, i dla tego

Gross proponuje, aby otępienie wczesne nazywać *dementia sejunctiva*, a STRANSKY nazywa je wprost *schizophrenia*.

Klinicznie objaw ten wyraża się przede wszystkim w samych s k a r g a c h p o d m i o t o w y c h chorego, który utrzymuje, iż utracił harmonię pomiędzy wolą a rozsądkiem, że jest całkiem zdwojony, że posiada uczucia, nie licujące z całą jego istotą i t. p.

Objektywnie objaw ten wyraża się w braku łączności pomiędzy rozsądkiem, wolą a uczuciami; częstokroć widzimy u takich chorych, iż uczucia ich zupełnie nie odpowiadają treści wyobrażeń i naodwrot. Ataksya intrapsychiczna sięga jeszcze dalej, i widzimy niekiedy brak łączności w obrębie zjawisk jednej kategorii, np. w dziedzinie intelektualnej lub dziedzinie uczuciowej.

Nie przecząc, iż dysharmonia intrapsychiczna może posiadać niekiedy znaczenie czynnika różniczkowego, twierdzą jednak, iż nie jest ona bynajmniej objawem tak stałym i tak doniosłym, aby mu przypisywać największe ze wszystkich przejawów klinicznych wczesnego otępienia znaczenie i aby w nim upatrywać, jak chcą niektórzy, źródło całej symptomatologii wczesnego otępienia, i aby nawet samą chorobę chrzcić mianem schizofrenii.

Kwestya schizofrenii łączy się ściśle z całą nauką współczesną psychologii wczesnego otępienia, zainaugurowaną przez GROSSA i STRANSKYEGO, a rozwijaną w dalszym ciągu przez szkołę Zurichską, jak JUNG, BLEULER, JAHRMÄRKER.

Nauka ta wychodzi z założenia, iż w duszy ludzkiej istnieją odrębne t. zw. Kompleksy uczuciowe, t. j. oddzielne grupy wyobrazeniowe, zabarwione na pewien ton uczuciowy, że prócz kompleksów świadomych istnieją nieświadome, że te nieświadome

kompleksy toczą walkę ze świadomymi i z całą naszą osobowością, że niejednokrotnie odnoszą one zwycięstwo nad naszym „ja”, i że to większe lub mniejsze zwycięstwo wypartych kompleksów daje punkt wyjścia dla różnych zbroczeń psychicznych. JUNG utrzymuje, iż każde wybitniejsze zdarzenie może zrodzić pewien kompleks, t. j. pewną kierowniczą grupę asocjacyjną. Człowiek zdrowy posiada skłonność do pokonywania natrętnych kompleksów, które przeszkadzają dalszemu normalnemu rozwojowi osobowości. Jeżeli to wyparcie kompleksu uda mu się w sposób niedostateczny, to powstaje wówczas histerya, jeżeli zaś kompleks uczuciowy pozostaje całkowicie bez zmiany, co naturalnie powoduje ciężkie uszkodzenie osobowości, to wtedy powstaje *dementia praecox*: chory nie jest w stanie uwolnić się od pewnego kompleksu, wszystko z nim kojarzy i wszystkie swe czynności czyni odeń zależnymi, — dzięki temu stopniowo rozwija się opustoszenie psychiczne.

Do badania chorych z *dementia praecox* JUNG, jakżeśmy rzekli, stosuje metodę psychoanalityczną FREUDA i za pomocą metody tej wykrywa nieświadome kompleksy uczuciowe, które kiedyś na duszę podziałały i z czasem zostały ze świadomości wyparte. Kompleksy te, jak i w histeryi, mają częstokroć zabarwienie uczuciowe.

Teoria kompleksów napotyka jednak w nauce licznych przeciwników, którzy ostro przeciwko niej występują. Najsilniej występuje przeciwko niej ISSERLIN (z Monachium), który o psychologii JUNGA wyraża się, jako o systemacie zupełnie nienaukowym. ISSERLIN utrzymuje, iż psychologia JUNGA została pomysłana atomistycznie, — według JUNGA dusza ludzka jest mozaiką molekuł psychicznych, kompleksy wiodą żywot samodzielny

obok kompleksów osobowości, — są to jakby jakieś oddzielne dusze, jakieś mityczne istoty, walczące z ludzkim „ja”.

WEYGAND również przeciwko teorii kompleksów w zastosowaniu do *dementia praecox* występuje. WEYGAND nie rozumie, w jaki sposób można objawy katatoniczne natury ruchowej wytłumaczyć psychologicznie. Jest on zdania, że w chorobach, prowadzących do otępienia, najprawdopodobniejszą przyczyną chorobowego procesu jest czynnik toksyczny i mniej lub więcej poważne zmiany anatomiczne w mózgu. Wszak objawy o charakterze katatonicznym, jak grymasy, symptomy echowe, werbigeracja i t. d., spostrzegamy również w pencefalii, mikrocefalii, hydrocephalii, mongolizmie i t. d., a wszak w tych razach objawy te stanowią nie są pochodzenia psychologicznego.

NEISSER znów mówi: „pytanie, jakie znaczenie mają w grze assocyacyjnej kompleksy, uczuciowo zabarwione, jaki wpływ wywierają one na assimilację nowych wrażeń i spostrzeżeń, jak działają one na dawniej zdobyty materiał doświadczeniowy, jaki związek mają one z innymi fizycznymi i psychicznymi procesami, pytanie dalej, jakie zmiany w mechanizmie kojarzeniowym powodują hallucynacje i urojenia, w jaki sposób i jak dalece wywołują one afekty i wpływowi afektów podlegają, wszystkie te pytania i wiele innych natury ogólnie psychologicznej muszą być jeszcze przedmiotem głębokich rozważań, zanim zostanie przyjęta przez naukę, jako pewnik, specyficzna istota działań kompleksowych w „otępieniu wczesnym”. I dlatego NEISSER jest przeciwny nazwie schizofrenii, albowiem nazwa ta z góry przesądza pewne teoretyczne pojmowanie istoty procesu chorobowego.

HEILBRONNER również występuje przeciwko nazwie schizofrenia, albowiem, jak twierdzi, owo rozszczepienie osobowości jest jeszcze całkiem hipotetyczne, a po drugie, hipotezę rozszczepienia można by z większą słuszością zastosować do innych procesów chorobowych, jak np. do wielu zaburzeń epileptycznych.

Nie będziemy zatrzymywali się dłużej nad kwestyą schizofrenii i przejdziemy do innego objawu, który ma być również niezmiernie charakterystyczny dla wczesnego otępienia, a mianowicie do t. zw. podmiotowego intrapsychnicznego zahamowania.

Podmiotowe zahamowanie nie jest, według autorów, istotnym zahamowaniem, lecz tylko poczuciem pewnego zahamowania. Chorzy z zahamowaniem subiektywnym uskarżają się na brak pamięci i pojętności, na niemożność skupienia myśli, niezdolność do jakiegokolwiek pracy umysłowej, a mimo to wykazują zupełnie zadawalającą pamięć, dobrze wszystko pojmują, mogą prowadzić dłuższe rozmowy, czytują książki, pisują listy, rozwiązują zadania i t. p., a zatem zahamowania istotnego nie ma tu, jest tylko poczucie zahamowania. Ta sprzeczność pomiędzy podmiotowym odczuwaniem niemocy a rzeczywistym stanem sprawności psychicznej ma być, między innymi, wyrazem wspomnianej wyżej intrapsychnicznej ataksji.

(C d. n.)

Ze szpitala żydowskiego w Warszawie.

Przypadek rezekeji raka poprzecznicy, zakończony wynikiem pomyślnym.

Podał

Maurycy Lubelski.

Rezekcja raka grubych kiszek należy do operacji, które dają dotychczas dużą odsetkę śmiertelności. Z bardzo szczegółowej pracy prof. ANSCHÜTZA ¹⁾, opartej na materiale klinicznym zmarłego prof. MIKULICZA, materyale, składającym się ze 128 przypadków, wypływa, że odsetka niepomyślnych wyników w znacznej mierze zależna jest od tego, czy rezekcję wykonano w dwóch odstępach czasu, czy też doraźnie; z 20 chorych, radykalnie operowanych na jednym posiedzeniu, zmarło 11, czyli 55%. Odsetka niepomyślnych wyników zwiększa się, jeżeli po rezekeji raka zeszyć kışkę koniec z końcem, czyli spoić szwem kostnym. Z 12 chorych, w ten sposób operowanych, zmarło 7 czyli 58%. Na 8 przypadków raka poprzecznicy tylko w 3-ch operacja dokonana była radykalnie i doraźnie. Do liczby chorych ostatniej kategorii zaliczam też przypadek niżej przeze mnie podany, który zakończył się pomyślnie i, pomimo dużego nacieczenia w gruczołach chłonnych krezki poprzecznicy (*mesocolon*), w półtora roku od czasu wykonania operacji nawrotu nie dał.

Chory, mający lat 28, żonaty, dziedzicznością nie obarczony, przybył do szpitala dnia 2/I 1908 r. Od 8 miesięcy cierpi na bóle w brzuchu, bóle te nie zwiększały się z biegiem czasu. Od 6 miesięcy miewa zatrzymanie stolca przez 2—3 dni; stolec trzeba usuwać za pomocą lawatyw. W brzuchu od czasu do czasu słychać przelewania; od 4-ch mie-

sięcy chory zauważył prężenie się brzucha (Steifung) w dolnej części, to z prawej, to z lewej strony.

W przeciągu tego czasu wychudł bardzo, osłabł i stracił 35 funtów wagi (ważył 200 funtów—obecnie 165).

Chory wysokiego wzrostu, dobrej budowy. W sercu, płucach żadnych zmian nie zauważono. Brzuch wzdęty. Od czasu do czasu spostrzegać się daje wzmożony ruch robaczkowy kiszek i prężenie się brzucha nad więzadłem POUPARTA ze strony lewej. Prężenie to z przelewaniem w kışkach, z napadami bólów miewa chory w ciągu ostatnich paru dni bardzo często, niemal co godzinę.

Wobec wystąpienia objawów niedrożności kiszek, zrobiono choremu lawatywę HEGARA, po której odeszły wiatry i nieco kału drobnymi kawałkami, po czym brzuch opadł, ale nie zupełnie. W przeciągu trzech następnych dni robiono choremu dwa razy dziennie lawatywy HEGARA, po których zwykle odchodziły wiatry i trochę kału. Brzuch opadł zupełnie, był miękki, ale napady bólu i prężenie brzucha nie ustępowały, jednocześnie można było wyczuć zupełnie wyraźnie guz wielkości pomarańczy z lewej strony brzucha tuż pod pępkiem. Wobec objawów zwężenia kiszek niewątpliwie zależnych od obecności guza, o którym była mowa wyżej, postanowiliśmy wykonać laparotomię.

Operację wykonałem dnia 6/I 1908 roku, chorego uspięto za pomocą chloroformu. Początkowo zrobiłem niewielkie cięcie po linii środkowej poniżej pępka. Przez wprowadzenie 2 palców do jany otrzewny wyciąłem guz dość ruchomy, wielkości pomarańczy; cięcie przedłużyłem w dół i do góry poza pępek, poczem guz dość łatwo wydobylem nazewnątrz. Guz, jak się okazało, zajmował środkową część poprzecznicy, znajdował się w świetle kışki, która ze wszyst-

¹⁾ Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Gedenkbund für J. von Mikulicz 1907.

kich stron obrośnięta była siecią. Koniec doprowadzający był w stanie przerostu i prawie trzy razy grubszy od odprowadzającego. W kresce poprzecznicy znalazłem powiększone gruczoły chłonne, niektóre wielkości fasoli. Wobec tego, że objawy niedrożności ustąpiły, stan zaś chorego był zadawalający, a guz poprzecznicy był zupełnie ruchomy, postanowiłem dokonać operacji radykalnej doraźnie. Po uwolnieniu guza od zrostów sieci wyrezekowałem go, posługując się klampami Дорена. Kreskę odciąłem wzdłuż przyczepu jej do kiszki, podwiązując stopniowo naczynia krwawiące katgutem. Zważywszy, że światło kiszki doprowadzającej było znacznie większe od światła końca odprowadzającego, zmniejszyłem odpowiednio część tegoż od strony przeciwnej przyczepu kreski i społem oba końca poprzecznicy szwem kołistym dwupiętrowym za pomocą cienkiego

jedwabiu. Następnie, po usunięciu powiększonych gruczołów chłonnych z kreski poprzecznicy, zaśczyłem ścianę brzucha. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy; rana zagoiła się przez rychłozrost. Już nazajutrz po operacji chory sam oddał mocz, wiatry odeszły. Chory szybko się poprawiał, wagi mu przybywało, opuścił szpital dnia 2/II 1908 r. w stanie zupełnie dobrym. Wycięty guz zajmował $\frac{3}{4}$ światła poprzecznicy. Badanie drobnowidzowe wykazało raka galaretowaty (*carcinoma colloideum*).

Po roku, t. j. dnia 7/II 1909 r., widziałem chorego. Czuje się bardzo dobrze, dolegliwości żadnych nie doznaje, badanie brzucha nic nie wykazuje. Od czasu operacji choremu przybyło 35 funtów.

Ostatnio widziałem chorego 30/VII 1909 r.; stan jego był zupełnie dobry.

WYKŁAD KLINICZNY.

O istocie i leczeniu dny.

przez
F. Voita.

Teorye, jakie dotąd stworzone zostały dla objaśnienia istoty dny i sposobu jej powstawania, posiadają bardzo liczne niedostatki. Lecz w ostatnich latach w nauce o dnie zrobiono duży krok naprzód już to przez odkrycie nowych faktów, już przez lepsze poznanie dawniejszych i odmienne ich tłumaczenie.

Pomimo ciągłych poszukiwań przez Noordena nowych ważnych przyczynowych momentów powstawania dny, zawsze jeszcze kwas moczowy zajmuje dominujące znaczenie w patogenezie tej choroby. Wszelkie przeto rozejrzenie się w sprawach, dotyczących dny, wymaga znajomości powstawania i zachowa-

nia się kwasu moczowego i pozostałych ciał purynowych w zdrowym i uległym dnie ustroju. Pod tym właśnie względem w ostatnich latach zrobiono duży postęp, który wyświetlił niektóre ciemne punkty w dziedzinie przemiany ciał purynowych.

Ze wszystkich ciał purynowych (hypokszantyna, ksantyna, adenina i guanina) kwas moczowy znalazł w badaniach na ludziach najszersze nzwzględnie, gdyż pod względem chemicznym najlepiej jest poznany. Kwas moczowy niemniej i ciała purynowe występują w ludzkim ustroju nie jako produkt rozpadu białka w ogólności. Powstają one raczej tylko z pewnej zupełnie określonej grupy ciał białkowych, z nukleoproteidów. Pogląd ten, naprzód przez Horbaczewskiego ¹⁾ wy-

¹⁾ Entstehung der Harnsäure im Säugethiereorganismus—Monatshefte für Chemie 1889—1891.

powiedziany i doświadczalnie stwierdzony, został na skutek badań WEINTRAUDA²⁾ ogólnie przyjęty.

Po spożyciu bogatych w ciała nukleinowe tkanek (substancja gruczołowa, a szczególnie grasica, trzustka, wątroba, śledziona) w moczu występują znaczne ilości kwasu moczowego. Inne ciała białkowe tak wyraźnego wpływu na wydzielanie kwasu moczowego nie wykazują.

Rozpad nukleoproteidów i powstanie z nich kwasu moczowego następuje pod wpływem 3 fermentów, które kolejno wytwarzają z kwasu nukleinowego zasady purynowe, adeninę, guaninę, hypoksantynę, ksantynę i nakoniec przez utlenianie kwas moczowy.

Nietylko bogate w nukleoproteidy pokarmy, jak narządy gruczołowe, lecz i hypoksantyna w mięsie jest też źródłem tworzenia się kwasu moczowego. Pozostałe pokarmy, szczególnie roślinne, są bardzo ubogie w ciała purynowe.

Kwas moczowy, powstały z pokarmów, nosi miano *exogen*. Ilość jego zależy bezwzględnie od przyjęcia ciał purynowych i waha się w szerokich granicach przy rozmaitem pożywieniu. Lecz kwas moczowy może powstać choć w mniejszej ilości przy zupełnym głodzeniu i przy pokarmach, nie zawierających ciał purynowych, w samym ustroju — *endogen* z ciał nukleinowych, uległych rozpadowi jąder komórkowych.

Nie cała ilość kwasu moczowego, wytwarzanego tak *exogen* jak i *endogen* w ustroju, wydziela się przez nerki. Pewna jego część ulega dalej rozpadowi; w każdym jednak razie przyjąć można, że średnio połowa wprowadzonych ciał purynowych zjawia się w moczu jako kwas moczowy.

Rozpad kwasu moczowego odbywa się w różnych narządach pod wpływem fermentów, w szczególności jednak wysokim stopniu w nerkach, jakto wykazali SCHITTENHELM³⁾ i WIENER⁴⁾.

We krwi zdrowego człowieka kw. moczowy albo się wcale wykryć nie daje albo zaledwie w śladach. Ilość jego we krwi może się nieco zwiększyć przez zwiększenie ilości kwasu moczowego tak *exogen*, jak i *endogen* w ustroju, co następuje przy przyjmowaniu większych ilości ciał purynowych i zniszczeniu elementów bogatych w nukleinę, co się zdarza w niektórych stanach chorobowych, jak zapaleniu płuc, białaczce. I w zapaleniu nerek ze znacznym upośledzeniem ich czynności kwas moczowy może się zjawić we krwi; musimy wtedy przyjąć jego retencyę w ustroju.

Wydzielanie kwasu moczowego u zdrowego człowieka przy dyecie mięsnej jest bardzo równomierne. Przy podawaniu mięsa krzywa silnie się podnosi, dosięga po 4 godzinach maximum, a następnie szybko spada do normy.

Zupełnie odmienne pod wielu względami jest zachowanie się kwasu moczowego w ustroju chorego na dnę. Jest ono tak wyraźne i charakterystyczne, że daje nam możliwość zrozumienia do pewnego stopnia istoty dny.

Wiele trudów i niepowodzeń kosztowało, zanim udało się wysledzić drogi, jakimi kwas moczowy kroczy w ustroju chorych na dnę.

Stary pogląd GARRODA, że we krwi chorych na dnę wykryć można dosyć znaczną ilość kwasu moczowego, został napewno stwierdzony. Gdy w poprzednich badaniach wcale albo mało zwracano uwagi na skład pożywienia, nowsze badania pouczyły nas, że to zwiększenie kwasu moczowego daje się wykazać we krwi chorych na dnę, przez długi czas trzymany na pożywieniu purynowym⁵⁾. W dniu zatem mamy nietylko zwiększenie kwasu moczowego w ogólności, lecz szczególnie zwiększenie ilości kwasu moczowego *endogen* we krwi.

Od czego zależy to zwiększenie kwasu moczowego? O zwiększonej produkcyi kwasu moczowego w ustroju chorego na dnę nie może być mowy. Nie znamy ani jednego ob-

²⁾ Ueber Harnsäurebildung beim Menschen. Du Bois. Archiv, 1895.

³⁾ Ueber das urikolische Ferment. Zeitschrift für physiol. Chemie. 1905.

⁴⁾ Ueber Harnsäurezersetzung durch Organferment. Zeitsch. für Physiologie. 1905.

⁵⁾ Brugsch i Schittenhelm. Zu Stoffwechsel pathologie der Gicht. Zeitschr. für experim. Path. und Therapie. 1907, str. 438.

jawu, któryby na to wskazywał. Musimy przeto przyjąć, że następuje ono skutkiem albo zaburzenia w wydzielaniu albo też przeszkody w rozpadzie. I w rzeczy samej, wydzielanie kwasu moczowego jest wyraźnie zmniejszone, przyczem odróżnić należy zachowanie się podczas napadu i w czasie wolnym od napadów dny.

W czasie wolnym od napadów przy pożywieniu wolnym od ciał purynowych wydzielanie kwasu moczowego zwykle jest nieco mniejsze, aniżeli w stanie normalnym ⁶⁾. Większe są różnice przy pożywieniu, zawierającym lub bogatym w ciała purynowe. Gdy u ludzi zdrowych przy pożywieniu purynowym szybko się zwiększa ilość kwasu moczowego w moczu, a następnie szybko wraca do normy, u chorych na dnę w czasie wolnym od napadów ilość kwasu moczowego bardzo nieznacznie się zwiększa, a wydzielanie trwa znacznie dłużej ⁷⁾.

Podczas ostrego napadu krzywa kwasu moczowego w moczu przedstawia zwykle bardzo charakterystyczną linię, nakreśloną słusznie przez HISA ⁸⁾ i MAGNUS — LEVEGO ⁹⁾. Z początku następuje nie bardzo wyraźny spadek (pierwszy okres depresyjny), a następnie wydzielanie kwasu moczowego szybko i silnie się podnosi ¹⁰⁾ bezpośrednio po wystąpieniu napadu, podniesienie to trwa kilka dni, poczem następuje znowu spadek (drugi okres depresyjny). Nie ulega więc wątpliwości, że przed napadem następuje zastój kwasu moczowego w ustroju, który zostaje wyrównany podczas napadu.

Już GARROD, jak wiadomo, utrzymywał,

że w dniu stale wydzielanie kwasu moczowego jest zmniejszone, i tem objaśniał przeładowanie krwi kwasem moczowym. Nie można jednak z tego wnosić, że przyczyną tego zjawiska, a zatem dny jest cierpienie nerek, jak to niesłusznie nieraz utrzymywano na tej zasadzie, że do dny często dołącza się zapalenie nerek. Lecz objawia się ono dopiero w późniejszych okresach choroby, gdy w ciągu wielu lat brak wszelkich objawów zajęcia nerek.

Dla objaśnienia sobie zбочenia w wydzielaniu i zatrzymaniu w ustroju kwasu moczowego nie jest bynajmniej konieczne cierpienie bądź to organiczne, bądź czynnościowe nerek. Już dawniej PFEIFFER ¹¹⁾ dowodził, że kwas moczowy krąży w ustroju chorego na dnę w postaci utrudniającej jego wydzielanie przez nerki. Lecz tak pogląd PFEIFFERA, jak i nieco odmienny MINKOWSKIEGO ¹²⁾ zostały z wielu stron silnie zaatakowane. Najbardziej w ostatnich czasach trafiającą do przekonania jest hipoteza, objaśniająca zwiększenie kwasu moczowego we krwi tem, że w ustroju kwas moczowy w słabym stopniu ulega rozpadowi, a hipoteza ta staje się tem bardziej uzasadniona, gdy dodamy, że BRUGSCH i SCHUENDEL ¹³⁾ na drodze doświadczalnej wykazali, że w ustroju chorego na dnę sprawy fermentacyjne, sprowadzające rozpad kwasu moczowego — urikolizę, ulegają zaburzeniom.

Wszystko zatem, co się udało dotąd wykryć w sprawie zaburzenia w przemianie ciał purynowych, jest w każdym razie niedostateczne i nie może służyć za pewny fundament dla teorii dny. Trudności stają się tem większe, gdy się dalej bada, jakie zmiany powodują odkładanie się soli moczanowych w tkankach, i co sprowadza napady dny.

Co się tyczy odkładania się złogów

⁶⁾ Brugsch. l. c. 1906, str. 619.

⁷⁾ Sootbeer. Ueber den Einfluss der Nahrungsaufnahme auf die Ausscheidung der Harnsäure bei Arthritis urea. Zeitschr. für physiolog. Chemie. 1904, XL.

⁸⁾ His. Untersuchungen an Gichtikern. Wien. med. Blätter, 1896. Die Ausscheidung der Harnsäure im Urin des Gichtikers. Deut. Arch. für klin. Medizin. 1900.

⁹⁾ Magnus-Levy. Ueber Gicht. Zeitschrift. f. kl. Medizin 1899.

¹⁰⁾ Pfeiffer. Die Ausscheidungen im Urin während des akuten Gichtanfalles. Berl. klin. Woch. 1896.

¹¹⁾ Harnsäureausscheidung und Harnsäurelösung. VII Kongres dla Medycyny wewnętrznej 1888 i tegoż autora „Die Gicht und ihre Behandlung“. 1891.

¹²⁾ Die Gicht. 1903.

¹³⁾ Die Gicht ihr Wesen und Behandlung. Therap. der Gegenwart. 1907. Zur Stoffwechselfathologie der Gicht. Zeitschrift für experim. Path. und Therapie. 1907.

moczanowych w tkankach chorych na dnę, powszechnie prawie przyjmują, że nie tworzą się one na miejscu, lecz zostają strumieniem krwi zaniezione, za czem przemawia szybkie tworzenie się i zwiększanie ogniska jakoteż duża jego objętość.

Co jest jednak bezpośrednią przyczyną odkładania się tych złogów w tkankach? Wielu mniemało, że skutkiem silnego nagromadzenia się kwasu moczowego krew nie jest w możności utrzymania go w roztworze. Że tak jednak nie jest, dowodzi ta okoliczność, że w niektórych stanach chorobowych, np. w białaczce, w której też we krwi nagromadzony jest kwas moczowy nie tworzą się złogi w tkankach. Nie da się jednak zaprzeczyć, że znaczna ilość krążącego we krwi kwasu moczowego posiada jednak pewne znaczenie w powstaniu złogów, na co wskazuje często spostrzegane zjawisko, że bezpośrednio po obfitym dowozie nukleiny może wystąpić napad dny.

Dawniejszy pogląd, uważający za przyczynę powstawania złogów zmniejszenie alkalizności krwi, został na skutek badań LÖWEGO¹⁴⁾, STRAUSSA¹⁵⁾, KLIMPERERA¹⁶⁾, MAGNUS-LEVEGO¹⁷⁾ i innych zarzucony. W dniu alkalizności krwi nie jest bynajmniej zmniejszona, a choroby, w których to się zdarza, nie powodują nawet przy obfitem pożywieniu purynowym odkładania się złogów. Przeoczono przytem, że złogi składają się ze soli moczanowych, a nie samego tylko kwasu moczowego.

Oddawna wiadomo, że złogi moczanowe najczęściej sadowią się w chrząstkach, co objaśniano sobie dotąd leniwym w nich obiegiem krwi. Lecz inna jeszcze przyczyna, zdaje się, odgrywa ważniejszą rolę, a mianowicie chorobliwie zwiększona zdolność absorpcyjna chrząstek i niektórych innych tkanek w dnie,

co w części na drodze doświadczalnej wykazali ALMAGIA¹⁸⁾, BRUGSCH i CITRON¹⁹⁾.

W ostatnich czasach jeszcze zwrócono szczególną uwagę na znajduwany w moczu chorych na dnę glikokol [IGNATOWSKI²⁰⁾, HIRSCHSTEIN²¹⁾, KIONKA²²⁾], który ma powstać z kwasu moczowego. Wystąpienie glikokolu w moczu chorych na dnę było punktem wyjścia dla nowych teorii dny. Wyniki jednak badań, w tym kierunku podjętych, zostały z wielu stron uznane za niepewne i muszą być w przyszłości sprawdzone.

Podnoszona była jeszcze niejednokrotnie kwestya, od czego zależą napady bólów miejscowych, wywołane przez złogi. Anatomicznie zmiany w tkankach w uformowanych ogniskach dnawych występują w postaci ognisk nekrotycznych, w których i naokoło których odkładają się kryształki związków moczowych. Otóż EBSTEIN²³⁾ sądzi, że złogi moczanowe są wtórne; pierwotnie powstają zboczenia w odżywianiu tkanek, które powoli wywołują nekrotyczne zmiany w tkankach. Sprzeciwia się pogładowi EBSTEINA ta okoliczność, że niejednokrotnie znajduwano złogi w tkankach, nie uległych nekrozie. MINKOWSKI²⁴⁾ na mocy swych badań inny wypowiedział pogląd. Uważa on za możliwe, że zmiany miejscowe w tkankach w dnie nie są sprawą nekrotyczną, lecz raczej sprawą zanikową wskutek ucisku, wywołanego masami moczanowemi.

Według innych jeszcze zapatrywań, popartych wielostronnemi badaniami doświadczalnemi, przeprowadzonemi przez EBSTEI-

¹⁸⁾ Ueber das Absorptionsvermögen der Knorpelsubstanz f. Harnsäure — Hofmasters eiträge 1906.

¹⁹⁾ Ueber die Absorption der Harnsäure durch Knorpel. Zeitschr. f. experim. Path. und Ther. 1908.

²⁰⁾ Ueber das Vorkommen von Aminosäuren im Harn bei Gicht. Zeitsch. f. physiolog. Chemie 1904.

²¹⁾ Die Beziehungen von Glikokol zur Harnsäure. Zeitsch. f. experim. Path. und Ther. 1907.

²²⁾ Glikokol und Harnstoff in ihren Beziehungen zur Harnsäure—Eine Theorie der Gicht. Zeitschr. f. experim. Path. und Therapie. 1905.

²³⁾ Die Natur und Behandlung der Gicht. 2-gie wydanie 1906.

²⁴⁾ Die Gicht w podręczniku Nothnagla 1903.

¹⁴⁾ Ueber die Alkalescenzverhältnisse des menschlichen Blutes Zentralblatt f. die mediz. Wissenschaften. 1894.

¹⁵⁾ Ueber das Verhalten der Blutalkalescenz des Menschen. Zeitsch. f. kl. Medizin. 1896.

¹⁶⁾ l. c.

¹⁷⁾ l. c.

NA²⁵⁾, HISA i FREUDENWEILERA²⁶⁾, van LOGHEMA²⁷⁾, SOETBERA i IBRAHIMA²⁸⁾, WIECHOWSKIEGO²⁹⁾, którzy zastrzykiwali kwas moczowy i sole moczanowe podskórnice, kwas moczowy działa jako miejscowy jad na tkanki, wywołując w nich zapalenie; możliwe też jest, że, dostawszy się do obiegu krwi, wywiera ogólne trujące działanie. Za takim poglądem przemawia wystąpienie ciężkich ogólnych zaburzeń po zastrzyknięciu podskórnem. I badania nad przemianą materii podczas napadów dny (a nawet niekiedy w czasie wolnym od napadów) wykazują znaczne wzmożenie ogólnego wydzielania azotu, które uważać należy za toksyczne³⁰⁾.

Z powyższego przeglądu i rozważania licznych prac i teorii łatwo poznać, jak wiele ważnych faktów zostało odkrytych w ostatnich czasach, a mogących służyć za podstawę do zrozumienia istoty dny. Niejeden z nowych faktów będzie musiał być inaczej tłumaczony, inny zupełnie zarzucony. Wszystko, co dotąd o istocie dny powiedzieć można, opiera się na hipotezach, w części tylko uzasadnionych.

Leczenie dny niezbyt wiele zyskało na nowych poglądach, dotyczących istoty dny. Liczne próby terapeutyczne, mające dogodzić tej lub owej teorii, okazały się zwodniczymi. Wiele ze środków, empirycznie przez długie lata stosowanych z dobrym skutkiem przeciwko temu cierpieniu, zostało przez niektórych lekarzy zarzuconych, ponieważ nie odpowiadały pewnym zapatrywaniom. Zaznaczyć wszelako musimy, że pod względem naszych wiadomości, dotyczących dny, nie doszliśmy tak daleko, byśmy mogli przy łóżu chorego, opierając się na teoretycznym rozu-

mowaniu wykreślić z arsenału terapeutycznego oddawna polecane środki, gdyż nietylko teoretyczne poglądy na istotę i pojedyncze przypadłości dny, lecz i objaśnienie działania leków może być fałszywe.

Ze wszystkimi poglądami zgodne, teoretycznie uzasadnione, a praktycznie stwierdzone jest terapeutyczne żądanie, by dostarczyć choremu na dnę możliwie niewielkiej ilości pokarmów, zawierających substancje purynowe, gdyż w ten sposób możemy przynajmniej ograniczyć tworzenie się kwasu moczowego *exogen*. Musimy przeto choremu na dnę przedewszystkiem zabronić pokarmów, zawierających ciała purynowe w ogromnej ilości, a zatem grasicę, wątrobę, nerki, śledzionę, dalej mózg, kawior i t. p.

Lecz i mięso przez swą zawartość hypoksaniny jest też niemałym źródłem tworzenia się kwasu moczowego. Nie powinno ono być wyłączone z pożywienia chorych na dnę, ale winno być ograniczone. Wszelako w każdym razie zalecić należy choremu, by znaczną część swego zapotrzebowania białka możliwie zastąpił przez mleko, jaja, ser i białko roślinne. Nie ulega wątpliwości, że będzie to z korzyścią dla chorego na dnę, gdy nie pozwolimy mu przyjmować więcej białka, aniżeli tego wymaga konieczna potrzeba. Nie mniej nie ulega wątpliwości, że u chorych na dnę, fizycznie nie przepracowanych, można znacznie zmniejszyć ilość białka (do 60 — 70 gr. dla człowieka ważącego 70 kg.). Należy jednak, jak w zapaleniu nerek, i w dniu nie pozbawiać chorego przez dłuższy czas substancji białkowych, by w ten sposób nie wpłynąć ujemnie na ogólny stan.

Co się tyczy przygotowania potraw mięsnych, pierwszeństwo oddać należy gotowaniu przed pieczeniem, gdyż przy gotowaniu znaczna ilość substancji wyciągowych zostaje mięsu odciążona. Wielkiej różnicy między mięsem białym a czarnym właściwie niema³¹⁾.

Że roślinna przeważnie dyeta z powodu małej zawartości substancji purynowych korzystna jest dla niektórych artrytyków, nie

²⁵⁾ Ebstein i Nicolaier. Ueber die Ausscheidung der Harnsäure durch die Nieren. Virchows Arch. 1886.

²⁶⁾ l. c.

²⁷⁾ Experimentelles zur Gichtfrage. Deut. Arch. f. klin. Med. 1905.

²⁸⁾ Ueber das Schicksal eingeführter Harnsäure im menschlichen Organismus. Zeitschr. f. phys. Chemie. 1902.

²⁹⁾ Ueber das Verhalten der Harnsäure im menschlichen Organismus. 1908.

³⁰⁾ Lewy l. c.

³¹⁾ W praktyce spotykamy niemal codziennie pacjentów chorych na dnę, którzy z polecenia leka-

ulega wątpliwości. Z drugiej strony należy zawsze pamiętać, że często roślinne pożywienie nie czyni zadość zapotrzebowaniu przez ustroj białka i ilości kalorii, a przytem nie każdy artrytyk jest w możności przyjmowania wymaganej ilości pożywienia roślinnego.

Wodanom węgla i tłuszczu nie można przypisać szkodliwego wpływu na przebieg dny. Wszelako ograniczyć należy ich ilość dla uniknięcia zaburzeń w trawieniu; w każdym razie stosować się pod tym względem należy do indywidualnych warunków chorego, t. j. ograniczyć ilość tłuszczów u chorych otyłych i przeciwnie.

Co się tyczy napojów wysokokowych, są one w leczeniu artrytyków przez wielu zupełnie wzbronione lub do minimum ograniczone. Autor nie jest absolutnym przeciwnikiem napojów wysokokowych i ostrzega tylko przed nadużyciem.

Herbata i kawa, choć zawiera ksantynę, nie bywa przez wielu lekarzy wzbroniana. W każdym razie unikać należy zbyt mocnej herbaty i kawy.

Nie mniej ważny, a oddawna uważany za poważny czynnik przez wszystkich jest odpowiedni fizyczny ruch. W jaki sposób korzystnie on działa w dnie, nie da się przy dzisiejszych naszych skąpych wiadomościach teoretycznych objaśnić; może być, że czynność mięśniowa sprzyja szybszemu i obfitszemu rozpadowi ciał purynowych.

Dawniejszy pogląd, że zmniejszona alkaliczność krwi sprzyja strącaniu uratów, wpłynęła na rozwój i rozpowszechnienie terapii za pomocą alkaliu w dnie. Wiemy jednak dziś, że dnie wcale nie towarzyszy zmniejszonej alkaliczności krwi. Bardzo popularny pogląd na skuteczny wpływ alkaliu w leczeniu dny pochodzi zawsze jeszcze z łączenia *arthritis urica* z dyatezą moczanową, z tworzeniem

rzy mają surowo wzbronione używanie wszelkiego mięsa czarnego i skazani są na ciągle spożywanie mięsa białego (kury, cielęciny i t. p.), do którego w końcu nabierają wstrętu. Byłby zatem już czas, by w przepisach dyetetycznych chorych na dnę nie robiono wielkiej różnicy przynajmniej między mięsem wołowym a cielęcym, kurczem i t. p.

(Przypisek sprawozdawcy)

złogów moczanowych i kamieni moczowych w drogach moczowych. Obie jednak sprawy zasadniczo od siebie się różnią i nic ze sobą nie mają wspólnego. W dnie mamy zaburzenia w przemianie ciał purynowych, czego przy *uroolithiasis* niema. W ostatniem cierpieniu strącanie kwasu moczowego następuje skutkiem zmian w składzie moczu dopiero w drogach wyprowadzających. Tu więc reakcja moczu odgrywa pewną rolę, tu więc alkalia mogą mieć niejakić znaczenie, w dnie zaś w tym sensie żadnej.

Choć za pomocą leczenia alkaliami nigdy nie przeszkodziły osadzeniu się moczanów, wszelako leczeniu dny za pomocą odpowiednich wód mineralnych nie możemy odmówić pewnego wpływu na przebieg dny; skuteczność niektórych wód została oddawna stwierdzona, wszystko jedno, czy będziemy sobie tłumaczyli tę skuteczność obfitszem przemyśleniem ustroju, usunięciem nagromadzonych w ustroju soli moczanowych, czy jakimś wpływem chemicznym, czy też innym jakimś czynnikiem.

Tak samo jak alkalia, były polecane w leczeniu dny i inne leki, które w epruwetce w rzeczy samej rozpuszczają kwas moczowy, jak piperazyna, lyzetol, lizydyna. Ich bezskuteczność została też w praktyce poznana, zostały też one z szeregu leków przeciw dnie wykreślone ³²⁾.

Drugą grupę środków przeciw dnie stanowią leki, które nie rozpuszczają wprost kwasu moczowego w ustroju, lecz sprzyjają tworzeniu się łatwo rozpuszczalnych związków moczowych, wskutek czego przeszkadzają osadzeniu się soli moczowych. Są to połączenia kwasu moczowego z formaldehydem, jak urotropina, helmitol, neourotropina. Wszystkie te środki mogą w tym sensie korzystnie wpłynąć w kamicy moczowej, nie zaś w dnie. Że niekiedy przez zwiększenie diurezy pośrednio mogą wywierać pomyślny wpływ, nie da się zaprzeczyć.

³²⁾ O ile mi wiadomo, u nas niektóre z nich, jak piperazyna, cytaryna i t. p., są jeszcze w dużem użyciu.

(Przypisek sprawozdawcy).

Trzecią grupę stanowią środki, które miały wpływać na zmniejszenie tworzenia się kwasu moczowego. Takim środkiem miał być kwas chinowy, który w ustroju miał przeszkodzić tworzeniu się kwasu moczowego z glikokolu. Do tej grupy należą chinatropina (urotropina z kwasem chinowym), urol (kwas chinowy z mocznikiem), urozyna (kwas chinowy z cytrynianem litiowym), sidonal (kwas chinowy z piperazyną). Wszystkie te środki, których działanie teoretycznie nie zostało dowiedzione, zawiodły, i zaufanie do nich w krótkim czasie znikło.

Przy tak różnorodnych objawach właściwych dnie, przy tak różnorodnym przebiegu cierpienia łatwo jest zrozumiałe, że niektórym chorym ten lub ów z powyżej wzmiankowanych środków może czasowo spowodować ja-

ki taki skutek, zasadniczo jednak żadnemu z nich nie można przyznać swoistego wpływu na sprawę dnawą.

Jaka jest przyczyna i co spowoduje ostry napad dny, nie wiemy. Leczenie zatem ostrego napadu musi się opierać na empiryi. Głównem wskazaniem jest uspokojenie bólu. Kwas salicylowy i salicylan sodu, aspiryna, antypiryna i inne antypyretica jakoteż makowiec w tym kierunku działają. Wszystkie te jednak środki pod względem pewności działania stoją o wiele niżej, aniżeli przetwory *colchicum*, a szczególnie kolchicina, która działa nietylko kojąco i która najbardziej zasługuje na zaufanie.

(Deutsche Klinik 1909 Tom XII).

F. Ar.

STRESZCZENIA.

Medycyna wewnętrzna

64. Pieper. (z kliniki prof. Moritza w Strasburgu). Próba octowa dla odróżnienia wysięków od przesięków.

W r. 1886 Moritz przekonał się, że kilka kropel 5% kwasu octowego, dodanych do płynu wysiękowego, wywołuje w nim zmętnienie skutkiem strącenia białka, gdy przy dodaniu do płynu przesiękowego zmętnienia brak. Z kilku stron zostało to następnie potwierdzone¹⁾.

Następnie w r. 1895 Rivalta otrzymał ten sam wynik; postępowanie jego było nieco odmienne; nie w kraplał on kwasu octowego do płynu bądź to wysiękowego, bądź przesiękowego, lecz przeciwnie, wpuszczał kroplami płyn do słabego roztworu kwasu octowego.

Ze względu na pewne sprzeczności w

poglądach, dotyczących znaczenia próby octowej i wyższości jednej metody badania nad drugą, autor z polecenia prof. Moritza dokonał badania płynu, otrzymanego ze 130 przekłuć próbnych za pomocą obu metod.

Do badania służył: 29 razy płyn z jamy brzusznej od 9 chorych; 66 razy płyn z klatki piersiowej od 38 chorych; 31 razy płyn z kanału kręgowego od 20 chorych; 4 razy płyn z obrzęku skóry od 3 chorych.

Wyniki tych badań były następujące: 95 płynów, otrzymanych za pomocą przekłucia klatki piersiowej i jamy brzusznej, przekonało o niewątpliwej użyteczności próby octowej obu sposobami, t. j. Moritza i Rivalty, w celu odróżnienia wysięków od przesięków. We wszystkich przypadkach kliniczne rozpoznanie zgadzało się z wynikiem badania za pomocą próby octowej, a w 10 przypadkach oględziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie. Zaznaczyć jednak wogóle należy, że badanie za pomocą próby octowej obu sposobami daje daleko pewniejsze wyniki przy

¹⁾ U nas sprawą tą zajmował się Janowski. (Przyp. sprawozdawcy).

plynie z opłucny, aniżeli przy płynie z otrzewny; daje się to w części objaśnić tem że płyn z jamy otrzewny jest często już to pochodzenia wysiękowego, już przesiękowego, a w końcu znajdujemy w dawno istniejących przesiękach w jamie otrzewny ślady przebytej lekkiej sprawy zapalnej, szczególnie po wielokrotnych przekłuciach.

Przy badaniu płynu z kanału kręgowego otrzymano następujące wyniki: Już RIVALTA zauważył, że przy badaniu za pomocą jego sposobu odróżnienie normalnego płynu mózgowego od patologicznego jest niemożliwe. I badania autora potwierdziły to samo. L e c z p r ó b a MORITZA o k a z a ł a s i ę o d p o w i e d n i e j s z ą, p e w n i e j s z ą d l a t e g o o d r ó ż n i e n i a, i w t y m w z g l ę d z i e p o s i a d a o n a p r z e w a g ę n a d s p o s o b e m R I V A L T Y.

We wszystkich przypadkach gruźliczego zapalenia opon wynik badania był dodatni i to w części w takim okresie choroby, w którym kliniczne rozpoznanie było jeszcze niepewne, lub w włóknikowym osadzie nie udało się wykryć laseczników gruźliczych, we wszystkich przypadkach śmiertelnych oględziny pośmiertne potwierdziły zozpoznanie gruźliczego zapalenia opon.

Również w jednym przypadku epidemicznego zapalenia opon próba octowa wypadła dodatnio, nie mniej w jednym przypadku zaccadzenia, w którym oględziny pośmiertne wykazały zmiany zapalne w ośrodkach nerwowych. Ujemne przeciwnie wyniki dała próba przy badaniu wszelkiego płynu, otrzymanego w stanie normalnym jakoteż w guzach, wjadzie, w wodogłowi, w meningizmie.

Cztery przypadki obrzęków skóry również wykazały możliwość odróżnienia zwyczajnego przysięku skutkiem zastoju od zapalnego wysięku. Obie metody próby octowej wypadły ujemnie w obrzęku skóry skutkiem zastoju, dodatnio w przypadku róży z płynem, otrzymanym z pęcherzyka na skórze.

Z powyżej podanych wyników badania wypada, że można za pomocą obu metod próby octowej odróżnić wysięki od przesięków. Każda z obu prób posiada właściwe sobie zalety.

Próba RIVALTY przy ujemnym wyniku badania jest widoczniejsza, a niekiedy wyraźniejsza; próba zaś MORITZA posiada tę przewagę, że jest prostsza w wykonaniu i daje się spożytkować dla płynu mózgowego, jest więc przy łożu chorego o wiele praktyczniejsza, aniżeli próba RIVALTY.

(Münch. Med. Woch. 1910 Nr. 1).

65. Hoesslin. O zależności białkomoczu od zawartości kwasów w moczu.

Znany jest fakt, że alkalia w niektórych cierpieniach nerek wywierają na nie pomyślny wpływ; w jakich jednak przypadkach się to przytrafia, a ztąd przy jakich wskazaniach można się spodziewać od leczenia alkaliami pomyślnego wyniku, nie zostało należycie wyjaśnione.

Autor w ostatnich kilku latach dla rozstrzygnięcia powyższego pytania zajął się zbadaniem związku kwaśności moczu z białkomoczem.

U chorego z przewlekłym zapaleniem nerek, u którego ilość białka w moczu wynosiła 0,5 do 0,7 *pro mille*, po zażyciu 3 gramów kwasu fosforowego na dobę po kilku dniach ilość wydzielonego białka znacznie się zwiększyła. Po 5 dniach zaczęto dawać choremu 9 gramów dwuwęglanu sodu na dobę, poczem kwaśność moczu się zmniejszyła, a współcześnie znikły z moczu białko i wałeczki, a gdy znowu po kilku dniach zmniejszono ilość dwuwęglanu sodu do połowy, zjawiała się w moczu nieznaczna ilość białka i pojedyncze wałeczki, które znikły z moczu, gdy znowu zaczęto podawać 9 gr. dwuwęglanu sodu.

W innych analogicznych przypadkach autor otrzymał te same wyniki, twierdzi więc, że przez podniesienie kwaśności moczu zwiększa się białkomocz i cylindrurya i przeciwnie przez zmniejszenie kwaśności moczu zmniejsza się i w końcu znika białkomocz.

W innym kierunku przeprowadzone dalsze badania wykazały, że w niektórych przypadkach białkomoczu przez zmniejszenie kwaśności moczu

z Paryża
8 godzin

AIX-LES-BAINS

z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-0 C. najobfitsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douches-massage czyli masaży pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne za pomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reines, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracye dopełniająca: Physioterapija — Kuracye powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach. Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazyleę, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget. Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty. Sporty. Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

Renetol Karpińskiego.

Tablettaa Salis Physiologiei effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. S te te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji.

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytryniin sodowy w postaci buziącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczaków i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,

ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,

WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Zakład Lecznicy Gorbio pod Mentoną (Riviera)
250 m. n. p. morza położony.

Prospekty dostarcza Administracyja Gorbio pod Mentoną



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

Bromocollowa Maść 20%

Specyfik na swędzenie skóry.

Uśmierza swędzenie w różnorodnych chorobach skóry.

Rurki po 25 gramów.

Próby i literatura darmo.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrication

Oddział farmaceutyczny BERLIN S. O. 36.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 19/3.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków
lecarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię.
Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, je-
żeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko
empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości lecz-
niczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polegający
na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym wprowadzony został
przez nasze laboratorium i otrzymał nazwę „Standardyzacyi”. Wyrabiamy:

Adrenalinę Takamine — Adrenalin Inhalant — Adrenalin Unguent—
Acetozone—Brometone—Chloreton Inhalant—Cascara Sagrada Extr. fl. i w ta-
bletkach pokrytych czekoladą i cukrem. Różne Extracta fluida. Taka—Diastazę
Formidinę—Jodalbin — Glycerofosfaty w tabletkach—Lecithinę w tabletkach—
Antidiphtheria serum—Antistreptococcus serum—Antitubercle serum.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie książki o „Standardyzacyi”, literaturę swęj specjalności i
cenniki.

Maladies du Cerveau ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES

Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. 2° Polybromuré (potassium, sodium,
ammonium). 3° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosés, 2 grammes de sel chimiquement pur par
cuillère à potage et 50 centig. par cuillère à café de sirop d'écorces
d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de
satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations per-
mettent de comparer expérimentalement dans des conditions
identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures
seuls ou associés. — FLACON : 3 rb. 90 cop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Place de 1^{re} el., Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Nowe katalogi ilustrowane franko

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

D-r M. Springer

dokonywa próby Wassermann'a,
Marszałkowska 142 telef. 179.53.

Pracownia analityczno-lekarska

D-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
owych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lecarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 44-83.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyń-
skiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Na-
tansonowa, Ryłki, Thiomego, Tyrchowskiego i Winawera.
Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs dziennie. Sala porodo-
wa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne
oświetlenie.

nie tylko można wywrzeć wpływ na wydzielanie białka i wałeczków, lecz i na poprawę czynności nerek, wyrażającą się wzmocnieniem wydzielania soli kuchennej.

Oddawna zalecane alkalia w chorobach nerek znajdują w każdym razie silne poparcie w powyżej podanych doświadczeniach. Dalej jednak badania powinny dokładnie określić w każdym przypadku związek między białkomoczem i kwasnością i ostatecznie ustanowić, czy od użycia alkaliu mamy się czego spodziewać lub nie i jakie dawki winniśmy podawać.

Autor niejednokrotnie się przekonywał, że zawarte w butelce wody Bilińskiej lub Wildungeńskiej alkalia są niedostateczne dla takiego zmniejszenia kwasności moczu, by z niego znikły białko i wałeczki; ze względu na to, że pożądane są większe ilości alkaliu, najwygodniej i najłatwiej podawać je jako dwuwęglan sodu w odpowiednio odmierzonej dawce.

Ostateczne wnioski autora są następujące:

1. Białkomocz i cylindrurya są w niektórych przypadkach w bezpośredniej zależności od kwasności moczu.

2. W przypadkach tych znika lub zmniejsza się białkomocz i cylindrurya wraz ze zmniejszeniem kwasności moczu.

3. We wszystkich postaciach białkomoczu należy określić stopień kwasności moczu.

4. Pożądane w każdym pojedynczym przypadku dawki dwuwęglanu sodu należy za pomocą ilościowego zbadania na białko i stopień kwasności moczu określić.

5. Za najwygodniejsze ilościowe określenie białka autor uważa wolumetryczne za pomocą wirówki.

(Münch. Med. Woch. 1909 Nr. 33).

F. Ar.

66. E Bürgi. Działanie kombinacji środków nasennych.

Dwa środki nasenne, podane jednocześnie lub wkrótce po sobie w odstępie 5 — 10 minut, działają wogóle daleko energiczniej, aniżeli możnaby było wnosić, gdybyśmy dodali wyniki działania każdego z nich z osobna. To samo tyczy się i tych przypadków,

jeżeli zamiast jednorazowej większej dawki danego leku damy ją podzieloną na mniejsze dawki w odstępach 10—15 minut. Np. u królika 1,0 uretanu, wstrzyknięty pod skórę, wywołuje sen, trwający godzinę i 5 minut, jeżeli natomiast wstrzykniemy zwierzęciu 0,5 w odstępie 10—15 minut, to sen trwa 2 godz. 5 minut. Ten zwiększony efekt może przewyższać przypuszczalne przez nas działanie dwu—, trzy— lub kilkakrotnie i jest najsilniejszy wtedy, kiedy dwa środki nasenne skombinowane są w ten sposób, że każdy z nich posiada względem komórek ustroju inne, sobie tylko właściwe powinowactwo chemiczne, to znaczy, jeżeli każdy z nich działa na inne grupy komórek. Takie właśnie działanie posiada kombinacja skopolaminy z morfiną lub połączenie któregośkolwiek z tych środków z pochodnymi szeregu tłuszczów, jak uretan, paraldehyd, wodań chlorału, których wzajemne kombinacje nie posiadają już tego działania. Efekt, otrzymany po podaniu kombinacji tych leków, sumuje się prosto, ponieważ posiadają one powinowactwo chemiczne do tych samych grup komórkowych ustroju. Silniejsze działanie małych dawek jednego leku, podanych w krótkich odstępach czasu, niż pojedynczej dużej, autor stara się objaśnić w ten sposób, że komórka jest w stanie przyswoić sobie więcej w przeciągu kilku jednostek czasu, niż w przeciągu jednej jednostki z tej samej ilości podanego leku. Rozumując w ten sposób, należałoby przypuszczać, że komórka w przeciągu danej jednostki czasu jest w stanie przyswoić więcej farmakologicznie działających pierwiastków z pewnej kombinacji środków lekarskich, jeżeli posiada odpowiednie chwytaki dla każdego z podanych leków. W takich razach i rozmaite reakcje chemiczne lub farmakologiczne powinnyby przebiegać jednocześnie obok siebie. Być bardzo może, iż kombinacje leków nasennych dlatego posiadają działanie silniejsze, że przeciąg czasu, konieczny dla wessania się każdego z nich, jest różny, wynik ogólny zatem wypływa z sumowania się poszczególnych. Oprócz przytoczonych wyżej kombinacji robiono doświadczenia z połączeniami alkaloidów mawkowca z solami bromu i środków przeciwgo-

rażkowych, lecz takie połączenia działały, jak zwykle mieszaniń środków lekarskich.

(Deut. med. Woch., Nr. 1 i 2 r. 1910).

K. Z.

67. W. Krienitz. O wartości praktycznej t zw. „odczynu trzustkowego” Cammidgea.

Jak wiadomo, CAMMIDGE podał w 1904 r. nową próbę z moczem, której dodatni wynik, zdaniem autora, wskazywać miał na poważne cierpienie trzustki u danego chorego. Sam CAMMIDGE badał 200 chorych i wśród nich otrzymał wynik dodatni 75 razy, przy czem badanie pośmiertne lub na stole operacyjnym potwierdziło we wszystkich 75 przypadkach cierpienia trzustki, mianowicie w 2 przyp. stwierdzone zostało ostre zapalenie trzustki, w 65 przyp. przewlekłe zapalenie trzustki, w 4 prz. rak żołądka lub dwunastnicy, przechodzący na trzustkę, wreszcie w 4 prz. rak samej trzustki. W 125 prz. z ujemnym wynikiem próby CAMMIDGEA badanie pośmiertne i badanie na stole operacyjnym stwierdziło brak cierpienia trzustki. W 12 jednak przypadkach raka trzustki wynik próby był ujemny.

Różni autorzy zajmowali się sprawdzeniem wartości rozpoznawczej próby CAMMIDGEA i przychodzili do różnych, mniej lub więcej przychylnych wniosków. Autor również zajął się tą sprawą, mając do rozporządzenia duży materiał operacyjny w klinice prof. KEHRA w Halbersztacie.

Wnioski autora są następujące:

1) W 80% badanych przypadków wynik dodatni próby CAMMIDGEA odpowiada cierpieniom trzustki, stwierdzonym na stole operacyjnym.

2) Próba wypadła wszakże dodatnio w różnych innych cierpieniach przewodu pokarmowego, dróg żółciowych, w cukrzycy i w rakach innych narządów. Czy w tych razach cierpieniom tych narządów towarzyszyło istotnie dodatkowe cierpienie trzustki, pozostaje narazie nierozstrzygniętem.

3) Próba CAMMIDGEA może być szczególnie pożyteczna dla chirurgów, gdyż wskazuje na stan trzustki w cierpieniach wątroby i dróg żółciowych. Medycynie wewnętrznej również nieraz może obecnie oddać poważną

usługę, jakkolwiek wymaga to jeszcze dalszych i najszerszych badań.

(Arch. f. Verdauungs. Tom XV, zes. 1).

W. Robin.

68. M. Wirths. Radania opsoniczne ze względu na znaczenie zakażenia mieszanego w przewlekłej gruźlicy płuc.

Autor postawił sobie za cel określić w seryi przypadków znaczenie pewnych drobnoustrojów w zakażeniu mieszanym za pomocą wskaźnika opsonicznego. Opis metody samej poprzedza część szczegółowa, która doprowadziła autora do następujących wniosków.

W 5-ciu z pośród 25 przypadków nie stwierdzono żadnych nienormalnych uchyień od zwykłego wskaźnika opsonicznego, co przemawiałoby za nieobecnością zakażenia mieszanego.

W 6 (na 19) przypadkach, a więc w 30% otrzymano uchylenia dla łańcuszkowca ropnego, zaś w 18 (na 24), czyli w 75% dla ziarniaka zapalenia płuc (*pneumococcus*). Dwa razy stwierdzono uchylenia dla pałeczki grypy i dwa razy dla gronkowca złocistego.

Wobec tego, że, jak dowodzi autor, ostatnie dwa rodzaje uchyień wskaźnika opsonicznego można uważać za przypadkowe, należałoby sądzić, że najczęściej zakażenie mieszane wywołane zostaje przez ziarniaka zapalenia płuc, a następnie przez łańcuszkowca, który rozpoczyna swą działalność już w nieco późniejszych okresach, gdy ziarniak o wiele wcześniej usadawia się w płucu.

Co się tyczy zależności ciepłoty od zakażenia mieszanego, to autor zwraca uwagę, że gorączkę hektyczną notowano w przypadkach z normalnym wskaźnikiem dla łańcuszkowca, a nawet w jednym przypadku z brakiem jakichkolwiek uchyień wskaźnika opsonicznego. Prócz tego w pneumokokowych zakażeniach notowano ciepłotę zwykłą. Tak tedy możnaby było przypuścić, że ciepłota w gruźlicy przeważnie zależy od trującego oddziaływania na ustrój prątków gruźliczych.

(Brauers Beitr. z. Klin. der Tub. t. XII, z. 1).

M. Gantz.

Choroby weneryczne i skóry.

69. Guszman (Budapeszt). Dalsze przy- czynki do patogenezy nawrotów kiły.

W sprawie patogenezy nawrotów kiły autor wygłosił odczyt na ostatnim Międzynarodowym kongresie lekarskim w Budapeszcie, obecnie zaś ogłasza dalsze swe spostrzeżenia, dotyczące tegoż samego przedmiotu.

Znajdował on bardzo często we wczesnym okresie kiły (pomiędzy 3 a 8 miesiącem) typowe krętki blade na migdałkach wtedy, kiedy żadnych zmian kiłowych wykryć na nich nie można było. W niektórych przypadkach, zwłaszcza takich, w których leczenie przeciwikiłowe było rozpoczęte bardzo wcześnie, t. j. w trzecim lub czwartym tygodniu *post infectionem*, krętki blade znajdowano na migdałkach również, pomimo tego, że klinicznie nie udało się stwierdzić ani jednego objawu uogólnienia się kiły.

Spostrzeżenia powyższe pouczają nas, że wcześnie rozpoczęte energiczne leczenie, pod wpływem którego następuje opóźnienie występowania objawów wtórnych, nie zapobiega rozprzestrzenieniu się krętków po całym

ustroju. Z całą pewnością twierdzić można, że w tym samym czasie i w tej samej liczbie, co i zwykle, krętki osiedlają się we wszystkich tkankach. Po pewnym czasie, dzięki niesprzyjającym warunkom, mogą one zginąć lub pozostać dłuższy lub krótszy czas w stanie utajonym, nie dając żadnych klinicznych objawów, dopiero cały szereg przyczyn, nie zawsze dających się dokładnie określić, powołać je może do czynnego życia, co już łatwo udaje się stwierdzić na podstawie jednoczesnego wystąpienia ogólnych swoistych objawów choroby.

Opierając się na spostrzeganych przez siebie przypadkach, w których stosowane było przedwczesne leczenie rtęciowe, autor zauważył, że wykwity syfilityczne na skórze występowały rzadko, co da się objaśnić czysto miejscowym działaniem rtęci, gdy tymczasem na błonie śluzowej jamy ustnej, gardzieli, około odbytu, na częściach płciowych i t. p. miejscach, będących siedliskiem ciągłych podrażnień, syfilidy drugorzędne występują o wiele częściej.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie T. 50. Nr. 1).

Edward Bruner.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 25 stycznia 1910 r.

W. KNAPPE przedstawił przypadek twarzieli skóry (*sclerodermia*). Chora, lat 22, uskarża się na zmiany w skórze twarzy, kończyn i tułowia, na swędzenie skóry, uczucie chłodu, ograniczenie ruchów w kończynach górnych, zwłaszcza w palcach. Chora mniej więcej od 3 lat. Przy badaniu w organach wewnętrznych żadnych zmian nie wykryto. Skóra twarzy, klatki piersiowej i kończyn górnych lśniąca, wyglądzona, obciągnięta, nie może być uniesiona ku górze. Skóra na brzuchu i udach zgrubiała, mało elastyczna, lecz ruchoma. Skutkiem zmian skóry ruchy mimiczne twarzy są utrudnione; ruchy w łokciach do połowy ograniczone, kiście nieruchome. Paliczki paznogiowe u rąk są poza-

ginane i poprzecznie prażkowane. Stopy są wolne, jedynie paznogie pozaginane i poprzecznie prażkowane.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle rozległe zmiany skóry — *sclerodermia diffusa*, które rozwinęły się, sądząc z wywiadów, niezwykle szybko. Na skórze chorej znajdujemy zmiany charakterystyczne dla wszystkich okresów rozwoju choroby według KAPOSIĘGO (*stadium elevatum* na brzuchu i udach, *indurativum*: na twarzy, ramionach, przedramionach i tułowiu oraz *atrophicum*: na palcach rąk, miejscami na tułowiu i przedramionach).

Kuracya chorej polega na stosowaniu salicylu (jak dotąd, z dobrym skutkiem: napięcie skóry się zmniejsza, ruchy w stawach łokciowych są wolniejsze, wystąpiło pocenie!), jodu, ogrze-

wań ogólnych miejscowych aparatami BIERA (Heissluftapparat), kąpielach. Nadto zaczęło się stosowanie podskórne *Thiosinaminy*, według zaleceń HEBRY.

Teodor ŁAPIŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Uraz a choroby umysłowe” (Praca drukowana w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” Nr. 8 i 9 1910 r.)

W dyskusji RYCHLIŃSKI zgadza się z prelegentem, że niema psychozy urazowej, jako postaci chorobowej *sui generis*; niezupełnie jednak zgadza się z twierdzeniem prelegenta, iż uraz sam przez się nie może wywoływać poważniejszych zmian w naczyniach, miażdżycą już dotkniętych, gdyż praktyka wykazuje, że zmiany takie są możliwe, możliwy nawet jest ropień mózgu przy stosunkowo nieznacznych i napozór błahych uszkodzeniach. Następnie RYCHLIŃKI zaznacza, że wogóle w omawianej sprawie ma to przekonanie, że zjawiające się po urazie objawy częściej powstają na tle psychologicznym, niż organicznym. W Niemczech zarysowały się w danej kwestyi dwa wybitne kierunki: jeden,

który głosi, że pourazowe nerwice są psychologicznego pochodzenia, drugi, że po urazie zawsze zachodzą pewne zmiany w tkaniu nerwowem. Liczniejsi zwolennicy pierwszego kierunku nie bez słuszności zaznaczają, że w przejawach nerwowości u poszkodowanych nie małą rolę odgrywa t. zw. natrętna myśl otrzymania odszkodowania.

PRĘGÓWSKI zaznacza, że jego spostrzeżenia nad przypadkami urazu doprowadziły go do przekonania, że uraz, gdy podziała na osobnika całkowicie zdrowego nerwowo i umysłowo, nie jest w stanie wywołać choroby umysłowej. Dalej uważa za niewątpliwie, że przy istniejącem w ustroju usposobieniu chorobowem, rozumiejąc pod tem ostatniem czynniki, tkwiące w ustroju i przyczyniające się do wywołania choroby, uraz może być czynnikiem ostatnim, pociągającym za sobą bezpośrednio, bądź po jakimś czasie cierpienie układu nerwowego, czy to w postaci nerwic, czy to w postaci psychoz.

Tadeusz Wilczyński.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku „Zarys higieny d-ra K. Flügge w tłumaczeniu z 6-ego wydania kol. Wł. Chodeckiego. O cenę szczegółową podamy później, dziś zaznaczamy, iż tłumacz cały nakład dzieła ofiarował W. Tow. hig. na utworzenie funduszu wydawniczego. Cena dzieła rb. 5, dla członków rzeczywistych Towarzystwa zniżona do połowy.

— Liczba uczestników kasy chorych przy Stow. lek. polskich zwiększyła się w ciągu Marca o 10 i wynosi 130, którzy złożyli na odszkodowania rb. 650; w marcu wypłacono jednemu uczestnikowi za 8 dni choroby rb. 24, co łącznie z poprzednio wypłaconymi wynosi rb. 109. Ponieważ wkrótce $\frac{1}{8}$ kapitału wypłacona będzie, w m. kwietniu każdy uczestnik wpłacić będzie musiał rb. 1.

— Że cenzura nie tylko u nas płata figle, dowodem skonfiskowanie w Anglii N-ru 1-go Jour. méd. de Brux. z powodu rysunku anus vulvaris, jaki tam jako ilustrację przypadku

ogłoszono. Cenzor wziął to za... pornografię.

— Histolog Ramony Cajal mianowany został senatorem w uznaniu zasług naukowych.

— VIII zjazd międzynarodowy fizyologów odbędzie się w Wiedniu od 24 — 30 września pod przewodnictwem prof. Exnera.

— Lekarze prowincjonalni zwrócili się do prezydenta Moskwy o ułatwienie im studyów przez dopuszczenie ich do szpitali miejskich.

— Na konkurs im. Alvarenga tow. Huffelanda wybrało jako temat „Istota i leczenie choroby Basedowa”.

— Wydział lekarski we Fryburgu pragnie ustalić wiek krańcowy dla profesorów.

— W Niemczech uchwalono przy badaniach zwłok sądowo-lekarskich dokonywać prucz badań chemicznych i bakteryologicznych.

— Weronę przeznaczyła na pomnik dla Lombroza 5000 lirów.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żołzach, ogól. osłabieniu, bezkrwistości przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, influenzy i in. chorobach

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu bornego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie **nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego** (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych z gwarantowany wielokrotnie opisanym zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przy gotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju! dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy **bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką** próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

ŻELAZO!



FOSFOR!

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina)

około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk)

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kołaczyki fersanowe.

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryg. po 50 i 100 sztuk).

Fersan-Werk, Wien IX

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

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wspaniając zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
WŁASNOŚĆ RZĄDOWA FRANCUSKA



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęchersa, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwoży ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną, gazową do łatwiejszego trawienia.

Wiesbaden

Wszechświatowa miejscowość kuracyjna i kąpielowa, połączona prawie ze wszystkimi miastami stołecznymi Europy bezpośrednią komunikacją kolejową.

Skuteczne termy słone 65,7° C

w podagrze, reumatyzmie, chorobach stawów, złamaniach kości, urazach, porażeniach, neuralgiach, chorobach dróg oddechowych i trawienia i t. d.

Roczna frekwencja około 195,000 cudzoziemców.

Obfity program rozrywek.

== Otwarcie nowego toru wyścigowego. ==

Wspaniały Kurhaus.

Prospekty darmo. Miejski Zarząd Kąpielowy.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué



SANTÉINE

Działanie pewne przy

ZAPARCIU STOLCA

zaburzeniach w trawieniu, migrenie i hemoroidach i t. d.

Dawka: dorosłym 2-4 pastylki, dzieciom 1/2-2 stosownie do pożądanego działania.

MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS

Blizsze szczegóły we wszystkich aptekach.