

MEDYCYNĄ

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 15.

Warszawa d. 9 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. Metz 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 Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Przypadek ostrej białaczki z limfocytowemi komórkami Riedera, podali R. Hertz i F. Kino. — O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy wczesnym otepieniem a maniakalno-depressyjną psychozą, podał Adam Wizel, (C. d). — STRESZCZENIE ZBIOROWE. Choroba Heinego-Medina w świetle ostatnich badań, podał Henryk Jakubowicz. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 70. Hofbauer. Przyczynki do nauki o zaburzeniach w oddychaniu pochodzenia sercowego. — 71. O. Ziegler. O znaczeniu odczynu spojówkowego pod względem rozpoznania i rokowania. — *Choroby układu nerwowego*. 72. Graeffner. Zaburzenia kinetyczne i odruchowe ze strony gardzieli, podniebienia miękkiego i krtani w przypadkach porażenia połowicznego. — 73. Steinert. O przymiotowym rozszanem zapaleniu nerwów. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału Doc. D-ra W. Janowskiego, Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przypadek ostrej białaczki z limfocytowemi komórkami Riedera.

podali

D-r R. Hertz i D-r F. Kino.

Dnia 5/X 1909 r. przybył do naszego oddziału 39-letni rolnik z Lubelskiego Stanis. T., skierowany do Warszawy przez lekarza tamtejszego ze względu na niejasność sprawy chorobowej. Chory opowiada, że od tygodnia krwawią mu dżasła i podniebienie, że miewa

lekkie dreszczyki, ale poza tem czuje się dobrze. T. pochodzi z rodziny zdrowej, obłożnie nigdy nie chorował, podczas ostatnich 7-iu lat miewał okresowo występujące napady osłabienia (co 2 — 3 miesięcy w przeciągu 3 dni) i wtedy przy zupełnem zachowaniu świadomości zmuszony był leżeć w łóżku z powodu ogarniającego go uczucia bezwładu i apatyi. W ostatnich latach dużo się martwił z racyi nieporozumień rodzinnych, co spowodowało stan silnego zdenerwowania, objawiającego się bezprzyczynowym płaczem i ničem nieuzasadnionemi chwilami smutku.

T. jest mężczyzną rosłym i silnie zbudowanym. Mięśnie i tkanka podskórna tłuszczowa dobrze rozwinięte. Obręzków niema. Gruczoły nie powiększone. Skóra cokolwiek blada, usiana na dolnych kończynach, przeważnie na ich stronie zewnętrznej, licznymi wybroczynami od wielkości łebka od szpilki do plam kilkucentymetrowych, przypominających różnorodnością zabarwienia zwykłe siniaki; na górnych kończynach i na dolnej części tułowia wybroczyny są mniej liczne. Kości nie są bolesne. Ciepłota 40,2. Tętno 120, miarowe, pełne. Widoczne błony śluzowe są cokolwiek blade, dziąsła, podniebienie i języczek usiane licznymi wybroczynami i ciągle broczą kwią. W jamie ustnej nie widać ani owrzodzeń, ani nalotów, odoru z ust niema. W płucach objawy rozlanego zapalenia oskrzeli. Ze strony serca prócz przyspieszonej akcji i głuchych tonów nic szczególnego zauważyć się nie daje. Wątroba i śledziona nie powiększone. Mocz ciemny, o odczynie alkalicznym, zawiera ślady białka, bardzo liczne czerwone i pojedyncze białe ciała krwi. Walków niema. Stolce normalne. Badanie chemiczne i mikroskopowe kału krwi nie wykazało. W przebiegu klinicznym prócz bardzo silnego krwimoczu, który wystąpił nazajutrz i trwał do końca, nic szczególnego nie zwróciło na siebie naszej uwagi. Ciepłota wahała się między 39—40%. Nowe wybroczyny wystąpiły w niewielkiej ilości. Chory zachował świadomość umysłu prawie do ostatniej chwili. Na 5-ty dzień zmarł.

Jedynymi więc objawami w obrazie chorobowym naszego pacjenta były ¹⁾: wysoka ciepłota i krwawienia, wobec czego, odrzucając zakazanie ogólne (brak odurzenia, zbyt silne krwawienia) i skorbut (sporadycz-

ność przypadku, doskonały stan odżywiania chorego, brak owrzodzeń jamy ustnej), zatrzymaliśmy się na różniczkowym rozpoznaniu pomiędzy *Morbus macul. Werthoffi* i ostrą białaczką. Rozstrzygnąć tę kwestyę mogło jedynie badanie krwi, które też usunęło odrazu wszelkie wątpliwości i ustaliło rozpoznanie białaczki. Zdawaćby się mogło, że brak powiększenia gruczołów i śledziony powinien przemawiać na korzyść rozpoznania choroby *WERLHOFFA*, ale zapominać nie należy, że i ostra postać białaczki przebiegać może z klinicznie nieuchwytnymi zmianami w śledzionie i gruczołach, i że stopień obrzmienia tych organów jest według spostrzeżeń niektórych autorów w odwrotnym stosunku do czasu trwania białaczki. Przypadek nasz o przebiegu nadostrym przemawia na korzyść tego twierdzenia. Badanie krwi wykazało: Hemoglobiny (*SAHLIEGO*) 27%, czerwonych krążków 2,500,000, białych ciałek 80,000 w mm. sz.

W preparatach, barwionych panoptycznie metodą *PAPPENHEIMA* (*MAY—GRÜNWALE—GIEMSA*), znaleźliśmy, co następuje: większość białych ciałek przedstawia się jako duże elementy, o mocno fioletowo zabarwionem jądrze i o dobrze rozwiniętej, barwiącej się na niebiesko zarodzi. Większość tych elementów jest bardzo rozmaita. Zdarzają się komórki nieco większe od czerwonego ciała, przeważnie jednak spotykamy twory większe 4—6 razy od czerwonych ciałek krwi. Jądro bywa pojedyncze lub podwójne i jest w przeciwieństwie do dojrzałych limfocytów nie okrągłe, lecz zniekształcone w sposób najrozmaitszy: dostrzegamy w niem spłaszczenia, nieznaczne wklęsnięcia, nieco głębsze zatoki, nadające mu kształt podkowy lub litery C. Komórki są często dwujądrowe, wtedy jądra są mniej zniekształcone, zwrócone ku sobie spłaszczonymi stronami. W niektórych jądrach spostrzegamy jąderka w liczbie 1 — 3.

¹⁾ Badanie bakteryologiczne krwi, wykonane przez kol. Karwackiego, wykazało obecność laseczek wrzeczionowatych. Dokładny wynik badania kol. Karwacki poda w innym miejscu.

Plazma tych komórek jest jednolita, zasadochłonna, nie zawiera ziarnistości azurofilowej, spotykanej w zwykłych limfocytach. Takich komórek naliczyliśmy 90%. Poza tem widzimy we krwi duże i małe limfocyty, niewielką liczbę komórek wielojądrowych neutrofilnych, pojedyncze eozynofilne i bazofilne wielojądrowe, czasem neutrofilne myelocyty i promyelocyty oraz tu i owdzie normoblasty.

Jak z powyższego opisu wynika, należy większość elementów krwi do grupy komórek, znanych pod nazwą komórek RIEDERA. Są to patologicznie zmienione limfocyty i wielkolimfocyty (*Grosslymphocyten*²⁾, nie istniejące ani we krwi, ani w narządach krwiotwórczych w warunkach normalnych i wybitnie charakterystyczne kształtem jądra, które dzięki wgłębieniom przyjmuje nieraz postać jądra leukocytu, lecz różni się od niego tem, że jest mniej delikatne, bardziej masowe i barwi się zazwyczaj słabiej. Komórki RIEDERA przypominają poniekąd i komórki limfo-leukocytowe, których jądra są także spłaszczone lub wklęsnięte, z tą jednak różnicą, że owe wklęsnięcia w komórkach RIEDERA występują na kilku biegunach jednocześnie, są głębsze i wyraźniejsze. Spotykano komórki RIEDERA nietylko w ostrym przebiegu limfatycznej (limfadenoidalnej) białaczki, ale również w limfocytowej leukemii pochodzenia szpikowego. W tak wielkiej liczbie, jak w naszym przypadku, przemawiają one niezbitnie za ostrą postacią białaczki.

Zwrócić musimy szczególną uwagę, że wyraz „limfatyczny” nie używamy w pojęciu ogranogenetycznym, jak to miało miejsce dawniej przed pracami NEUMANNA, gdy wyraz „limfatyczny” określał umiejscowienie sprawy chorobowej w gruczołach chłonnych, lecz w pojęciu histo-genetycznym, które ma wska-

zywać na cierpienie nie n a r z ą d u, lecz t k a n k i limfadenoidalnej niezależnie od jej umiejscowienia. Zmianę tego pojmowania wyrazu l i m f a t y c z n y wywołały prace NEUMANNA, WALZA i PAPPENHEIMA, wykazujące cierpienie szpiku kostnego w przebiegu każdej niemal białaczki zarówno szpikowej (myelogenicznej), jak i limfatycznej, z tą jednak zasadniczą różnicą, że w pierwszym przypadku zmiany polegają na zwyczajnym przeroście (*hyperplasia*) jakościowo niezmienionego szpiku, wytwarzającego zazwyczaj prawie wyłącznie formy ziarniste, w drugim zaś przypadku szpik ulega przeistoczeniu limfadenoidalnemu (*metaplasia*), przyczem jego komórki rodowe o kształcie limfocytów (wielkolimfocyty, myeloblasty) pozostają na pierwotnym stopniu rozwojowym, bezzziarnistym i zamiast przekształcić się w myelocyty przechodzą w małe limfocyty. Bezpośrednim wynikiem tych spostrzeżeń była hipoteza NEUMANNA, tłumacząca każdą białaczkę jako cierpienie szpiku kostnego. To samo stanowisko zajęli i inni badacze, z których wymienimy K. ZIEGLERA, GRÄWITZA i AUBERTINA; ostatni na poparcie swego poglądu przytacza jeszcze inne argumenty, oparte na obserwacji klinicznej, o czem pomówimy dalej. Okazało się jednakże, że nawet typowe przypadki leukemii limfatycznej przebiegać mogą bez zmian swoistych w szpiku kostnym, badanie mikroskopowe takich przypadków wykazywało natomiast bujanie tkanki limfadenoidalnej w innych organach, w których owa tkanka normalnie się znajduje w stanie czynnym lub biernym. Zupełnie analogicznie rzecz się przedstawia z białaczką myeloidną, w której obserwowano myeloidne przeistoczenie takich organów, które w normalnych warunkach posiadają tkankę myeloidną jedynie w stanie uśpienia. Zjawiska te, tłumaczone dawniej jako przerzuty ze szpiku kostnego (K. ZIEGLER, HELLY i inni), uważane są obecnie za zmiany miejsco-

²⁾ Wielkolimfocyt Pappenheima—myeloblast Naegelięgo, odróżniać należy od dużego limfocytu.

we, rozwijające się limfadenoidalnie (t. j. z wytworzeniem form nie ziarnistych) lub myeloidalnie (t. j. z wytworzeniem form ziarnistych), zależnie od charakteru bodźca przyczynowego (DOMINICI, PAPPENHEIM, MAXIMOW i inni). Z ograniczonego cierpienia jednego narządu stała się więc białaczka chorobą całego układu tkanki limfadenoidalnej względnie myeloidnej. Do ustalenia tego poglądu przyczyniły się przede wszystkim prace PAPPENHEIMA, który jednocześnie zaproponował podwójną nomenklaturę, opartą na obrazie krwi (limfocytowa i mieszana leukocytowa białaczka) lub na zmianach anatomo-patologicznych (limfadenoidalna i myeloidalna).

Dla kliniki ważne jest przede wszystkim to, że cierpieniu układowemu myeloidnemu lub limfadenoidalnemu odpowiadają nie zawsze te same obrazy kliniczne, gdyż sprawa chorobowa rozwija się w poszczególnych organach nie zawsze w stopniu jednakowym. Powiększenie gruczołów lub śledziony tak typowe dla chronicznej białaczki może w ostrym przebiegu tego cierpienia nie wystąpić, a to dlatego, że z racji szybko postępującej sprawy gruczoły osiągnąć nie mogą widocznego obrzmienia, lub też wytworzone w obfitej ilości nowe elementy szybko przenikają do krwiobiegu, nie nagromadzają się w tych narządach i dlatego nie powodują ich obrzmienia. Ten właśnie brak objawów ze strony gruczołów i śledziony w klinicznym przebiegu ostrej białaczki jest jednym z powodów, dla których wielu autorów uważa ostrą białaczkę za chorobę szpiku kostnego, a zmiany mikroskopowe w gruczołach i śledzionie tłumaczy jako proces drugorzędny, zależny od tej samej przyczyny chorobowej. AUBERTIN popiera to twierdzenie poza tem obecnością we krwi normoblastów, myelocytów i form przejściowych oraz obrazem anatomo-patologicznym gruczołów, w których zmiany umiejscowione są przeważnie w zato-

kach. Inni autorzy tłumaczą sobie obecność myelocytów, myeloblastów i erytroblastów we krwi jako objaw podrażnienia tkanki myeloidnej szpiku kostnego bujającą tkanką limfadenoidalną lub też jako wyraz obrony przeciw anemii, towarzyszącej stale ostrej postaci białaczki. GRAVITZ—unitarysta, nie rozróżniający dwóch tkanek w szpiku kostnym, zapatruje się na białaczkę wogóle jako na cierpienie szpiku kostnego, polegające na patologicznym bujaniu białych elementów szpiku i na wzmożonym przedostawaniu się jeszcze niedojrzałych form do krwiobiegu.

Mikroskopowe badanie poszczególnych narządów naszego przypadku, potwierdzając rozpoznanie ostrej białaczki limfocytowej, oparte na obserwacji klinicznej i badaniu krwi, wykazało zmiany w całym aparacie krwiotwórczym. Makroskopowo poza lekkim powiększeniem śledziony, licznymi skrzepami w miedniczkach nerkowych i szaroczerwonym zabarwieniem szpiku kostnego nie stwierdziliśmy nic szczególnego. Pod drobnowidzem budowa ogólna śledziony jest dość znacznie zmieniona. Grudki są prawie zniesione, składają się jedynie z kilku rzędów przeważnie małych limfocytów, skupionych naokoło małych tętniczek. Ognisk rozmnażania (Keimcentren) nigdzie nie widać. W mięszu widzimy najróżnorodniejsze komórki, wśród których przeważają liczebnie elementy średniej wielkości z jednym dużym wielokształtnym jądrem lub też dwoma okrągłymi jądrami i z dość obfitą, bezzziarnistą protoplazmą. Komórki te przypominają wyglądem swoim spostrzegane we krwi komórki RIEDERA. Poza tem znajdują się elementy mniejsze z okrągłym jądrem i uboższą protoplazmą. W całym mięszu rozsiane są pojedyncze małe limfocyty.

W gruczołach chłonnych, makroskopowo nie zmienionych, grudki zachowane są dobrze, choć bez ośrodków roz-

rodznych, i składają się z małych limfocytów, wśród których znajdujemy duże komórki z dużym, okrągłym, jasnym jądrem i z obfitą protoplazmą. W zatokach liczba tych komórek jest powiększona, limfocytów natomiast mniej. W innych gruczołach, które już makroskopowo swym obrzmieniem pozwalały przypuszczać zmiany głębsze, znaleźliśmy ogólną budowę gruczołów zniesioną. Z grudek pozostałyzaledwie ślady, albo raczej cały gruczoł przedstawia jedną wielką zmienioną grudkę, złożoną z najróżnorodniejszych elementów, wśród których przeważają komórki, podobne do komórek RIEDERA. Najwybitniejsze zmiany dotyczą szpiku kostnego, który przedstawia się jako jednolita masa komórek rozmaitej wielkości z obfitą, bezzianistą protoplazmą i z wielokształtnym jądrem. Przeważają jądra pojedyncze, duże, jasne, zniekształcone na sposób jąder Riederskich, mniej jest jąder podwójnych, zwróconych ku sobie spłaszczonymi stronami. Małe limfocyty i rozsiane grupami bezjądrowe czerwone ciała spotykają się w każdym polu widzenia. Ziarnistych form nie spostrzeżliśmy. W wątrobie, nerkach i skórze nie było nigdzie skupień elementów limfatycznych. Powyższy opis zmian histologicznych wskazuje, że mamy przed sobą głębszy proces patologiczny, obejmujący wszystkie narządy krwiotwórcze i polegający na hiperplazji gruczołów chłonnych i śledziony oraz metaplazji szpiku kostnego. Brak zmian swoistych w innych organach przypisujemy szybkości, z jaką sprawa chorobowa postępowała, co tłumaczy również spostrzegany przez nas brak głębszych zmian w pewnej części gruczołów chłonnych. W każdym razie zajęcie jednoczesne i analogiczne wszystkich trzech narządów krwiotwórczych przemawia za tem, że proces chorobowy, który największe zmiany wywołał w szpiku, ale zupełnie też analogiczne w gruczołach i śledzionie, powstał jedno-

nocześnie w całym układzie krwiotwórczym, co potwierdza teorię PAPPENHEIMA o patogeniezie białaczki wogóle.

Co się tyczy bliższego określenia histogenezy naszego przypadku, to możnaby go przez analogię do przypadku ostrej białaczki, ogłoszonego przez PAPPENHEIMA (Verh. der Deut. Pathol. Gesell. wrzesień 1907 roku), tłumaczyć jako leukemię myeloidną, za czem w samej rzeczy przemawia zajęcie mięszu śledziony, zanik aparatu folikularnego śledziony i gruczołów oraz obecność we krwi promyelocytów. Jednakże brak metaplazji myeloidnej w organach krwiotwórczych, jak również nieobecność form przejściowych, od komórki rodowej do dojrzałych granulocytów, nie pozwala nam na stanowcze twierdzenie, że jest to leukemia myeloidna, i zmusza do pozostawienia kwestyi histogenezy naszego przypadku nierozstrzygniętą.

Piśmiennictwo, dotyczące ostrej białaczki, jest bardzo obszerne, przytaczamy tu tylko najważniejsze prace, uwzględniające całą odnośną literaturę.

1. Aubertin Ch. Origine myelogène de la leucemie aiguë. Sem. med. 1905 juni 14.
2. Grawitz. Pathologie des Blutes 1906.
3. Hirschfeld H. Ueber akute Leukaemie. Fol. Haem. 1907.
4. Moritz O. Zur Frage der akuten Lymphocytenleukaemie und Pseudoleukemie. Fol. Haem. 1907.
5. Naegeli O. Blutkrankheiten 1908.
6. Pappenheim A. Pathologie und Therapie der Leukaemien. Fol. Haem. 1909.
7. Pappenheim A. Atlas der menschlichen Blutzellen 1909.
8. Pappenheim A. Ueber die Stellung der acuten grosszellig-lymphocytären Leukaemie im nosologischen System der Leukaemien Fol. Haem. 1907.
9. Pinkus, Nothnagels Handb. (Anaemie III).
10. Sternberg. Primärerkrankungen. Wesbaden 1905.

O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy ośpieniem 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.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 14).

URSTEIN³⁾ utrzymuje, iż owo podmiotowe zahamowanie istnieje jedynie w *dementia praecox*, podczas gdy w maniakalno-depressyjnej psychozie istnieje zahamowanie istotne, przedmiotowe, tak, że ilekroć przy stanie depressyjnym daje się zauważyć zahamowanie subiektywne, zawsze w tych razach, zdaniem URSTEINA, należy myśleć o ośpieniu wczesnym. Pogląd ten jest, zdaniem mojem, mylny. U chorych typowo depressyjnych spostrzegamy wcale nierzadko objaw, o którym mowa wyżej, a mian., iż chorzy skarżą się na zupełną niemoc psychiczną, na całkowite zahamowanie myślowe, a mimo to wykazują dość znaczną sprawność psychiczną, bynajmniej nie licującą z ich skargami.

Oczywiście, nie znaczy to wcale, aby w tych razach zupełnie zahamowania nie było. Owszem, jest ono, tylko o wiele mniejsze, niż się choremu wydaje. Znajdując się stale w nastroju minorowym i posiadając skłonności do urojeń mikromanicznych, chory znacznie przecenia stopień zmniejszenia swojej sprawności psychicznej i nazbyt boleśnie je odczuwa. Chory skarży się, że jest zupełnie zahamowany i że do żadnej pracy umysłowej nie jest zdolny, gdy tymczasem zahamowanie jest u niego tylko częściowe, i nawet dość

trudną pracę umysłową wykonywa wcale prawidłowo. Jest to oczywiście skarga natury urojeniowej. Samo się przez się rozumie, iż zjawisko podobne widzujemy tylko w lżejszych stopniach depressyi, albowiem w wyższych zahamowanie jest tak silne, iż wszelka praca umysłowa wówczas ustaje.

Widzimy więc, że zarówno w ośpieniu wczesnym, jak i w maniak.-depressyjnej psychozie daje się spostrzegać jeden i ten sam objaw, i, jeżeli nawet w obu chorobach objaw ten powstaje w sposób odmienny (w *dementia praecox* — intrapsychiezna ataksya, w maniak.-depressyjnej psychozie — proces urojeniowy), to w każdym razie klinicznie w obu cierpieniach przejawia się jednakowo, i na dysproporcji pomiędzy zahamowaniem istotnym a stopniem subiektywnego odczuwania owego zahamowania niepodobna opierać różniczkowego rozpoznania.

To wszystko, cośmy powiedzieli, nie wyczerpuje jeszcze w całości ogromu trudności klinicznych, z jakimi mamy do czynienia przy rozpoznawaniu obu omawianych chorób. W tem miejscu muszę zwrócić uwagę na inne jeszcze momenty.

Przedewszystkiem zauważyć muszę, iż zarówno ośpienie wczesne, jak i maniak.-depressyjna psychoza rozwijają się niekiedy u osobników, dotkniętych od wczesnego dzieciństwa głuptactwem (*imbecillitas*). Na możliwość przyłączania się wczesnego ośpienia do głuptactwa zwracają uwagę różni autorowie, między innymi KRAEPELIN, — i postaciom takim ZIEHEN nadał specjalną nazwę *Pfrobfhebefrenie*. Oczywiście, w tych razach upośledzenie umysłowe jeszcze bardziej się pogłębia. Rzadziej zdarzają się w literaturze wzmianki o rozwijaniu się na tle głuptactwa maniak.-depressyjnej psychozy. A jednak takie przypadki zdarzają się nierzadko, przynajmniej ja je nierzadko wśród swego materiału klinicznego spostrzegalem. A ile-

³⁾ M. Urstein. Die Dementia praecox und ihre Stellung zum Manisch-depressiven Irresein. 1909.

Dragées
BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

Atoxyl — organiczny arsenowy związek, zawierający około 37,7% arsenu mocno związanego w swej budowie, środek względnie mało toksyczny o wybitnym odżywcem i wzmacniającem działaniu na organizm. Połączenie żelaza z atoksylem w postaci pigulek stosowane bywa z powodzeniem przez najwybitniejsze powagi lekarskie, jako środek wytwarzający czerwone ciała krwi (chloroza, anemia) w ogólnem osłabieniu — specjalnie przy osłabieniu systematu nerwowego.

Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po 1—2 pigulek po jedzeniu.

POLECA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27 róg Kruczej.

$C^{15} H^{26} O$ — Santalol
 $C^6 H^{12} Az^2$ — Hexaméthylène — Tétramine
(Syn.: Urotropine — Formine)
 $C^{13} H^{10} O^3$ — Salol

Eumictine

WSKAZANIA:

BLENORAGIA, ZAPALENIE PECHERZA, NEREK, PYELITIS
PYELO-NEPHRITIS, PYURIA, BAKTERIURIA, FOSFATURIA
AMMONIURIA, KAMIENIE NERKOWE, etc. etc.

Środek przeciwrzęzączkowy pierwszorzędny, dzięki Santalolowi (pierwiastek działający esseneyi Santalowej), **środek moczopędny, bóg** **jący rozpuszczający kwas moczowy** etc. dzięki Hexametylen — tetraminie, posiadającej swoiste działanie.

— Środek antyseptyczny etc., dzięki Salolowi, którego działanie na drogi moczowe zostało dowiedzione.

Teza doktorska (Paryż 1907): „*Traitement de la Blennorrhagie, l'Eumictien*”
D-r Jean Cremier, ancien interne de Saint Lazare.

Leczenie radykalne, które dzięki specjalnemu przygotowaniu odbywa się bezpośrednio w kiszkaach.

Dawka: 8 do 12 kapsulek podczas jedzenia.

Próby i Literaturę: PHARMACIE LANCOSME, 71, Avenue d'Antin, Paris (8e)
DETALICZNIE WE WSZYSTKICH APTEKACH.



PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.
CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach
flakon 60 past.

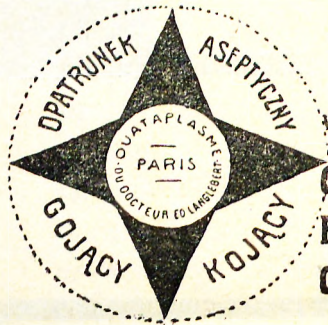


GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.
ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.

Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italjańska 14.

OUATAPLASME

D-ra E. LANGLEBERTA



Zalecany we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji
NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY

STERYLIZOWANY PRZY 130°

Wykonywa się w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

Chorób skórnych: OSTRYCH I PRZEWLEKLYCH (Wyprysk, wysypki)
Waglik, Ropień, Ropowica, Zapalenie żył, Róża.

Różnorodnych spraw ropnych: OPARZENIA · ZWICHNIĘCIA · STŁUCZENIA

Chorób oczu: Zapalenie łącznicy i rogówki

Główna Agencja G. POMMIER — Petersburg — Italjańska 14.

z Paryża
8 godzin

AIX-LES-BAINS

z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

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

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracje dopełniająca: Physioterapija — Kuracje 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.

Informacyji udziela mer miejscowy.

Extractum NANNING Chinae

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

- 1) Brak apetytu u niedokrwistych.
- 2) Brak apetytu u skrofulicznych i gruźliczych.
- 3) Ostry i przewlekły niezbyt żołądka.
- 4) Choroby gorączkowe i cierpienia spowodowane ranami.
- 5) Zdrowienie.
- 6) Wymioty w czasie ciąży.
- 7) Chroniczny niezbyt żołądka, skutkiem nadużywania alkoholu.
- 8) Dyspepsja spowodowana Hg i JK.

Oryginalne opakowanie w NIEBIESKIM pudełku, z podpisem „Ryszard Fürst & Co.“

Jeneralni reprezentanci na Królestwo i Cesarstwo: Ryszard Fürst & Co. Warszawa, Aleje Jerozolimskie 37.

Dr. H. NANNING - CHINA WERKE - HAAG - HOLLAND.

Oryginalne flakony
po Rb. 1.50 kop.
do nabycia w aptekach
i składach aptecznych

króć podobna kombinacja się zdarza, można z łatwością omyłkę rozpoznawczą popełnić, albowiem w tych razach obraz kliniczny maniako-depressyjnej psychozy jest zaraz z samego początku pierwiastkiem demencyjnym zabarwiony, i można go z łatwością przyjąć za otępienie wczesne.

W tych przypadkach od pomyłki chronią nas dokładne wywiady, stwierdzające, iż chory jeszcze przed wybuchem psychozy dotknięty był upośledzeniem władz umysłowych.

Druga okoliczność, utrudniająca sprawę różniczkowego rozpoznania, polega na tem, że maniako-depressyjna psychoza daje dość często t. zw. stany mieszane (*Mischzustände*), które nieraz są ludzaco podobne do stanów, w jakich widzujemy chorych na otępienie wczesne.

Do najbardziej mylących stanów należą dwie odmiany stanów mieszanych, a mianowicie, 1) mania nieprodukcyjna lub uboga pod względem myślowym 2) osłupienie maniakoalne. W pierwszej postaci chorzy, jak mówi *KRAEPELIN*, wykazują powolną i niedokładną percepcję wrażeń, osłabioną pojętność, na nic nie zwracają uwagi, dają częstokroć wymijające lub opaczne odpowiedzi, wykonywają szereg czynów bezcelowych, mających charakter pustych, dziecinnych figlów. Chorzy w tym stanie, jak utrzymuje sam *KRAEPELIN*, sprawiają częstokroć wrażenie otępiały. Zaś w drugiej postaci, a mianowicie w osłupieniu maniakoalnym, chorzy są zazwyczaj zupełnie niedostępni, nie dają żadnych odpowiedzi, mówią szeptem do siebie, leżą zupełnie spokojnie w łóżku lub wykonywają jakieś drobne czynności, ale bez cienia jakiegokolwiek afektu, natomiast na ustach ich błąka się jakiś wesoły uśmiech.

Otóż przy rozpoznawaniu otępienia wczesnego tego rodzaju stany, zdarzające się w przebiegu maniako-depressyjnej psychozy,

należy mieć koniecznie na względzie, — w przeciwnym bowiem razie można z łatwością omyłkę rozpoznawczą popełnić.

Dotąd mówiliśmy o trudności rozpoznawania otępienia wczesnego i maniako-depressyjnej psychozy na mocy objawów klinicznych, obu tym chorobom właściwych. Obecnie chcemy zwrócić uwagę na to, że i p r z e b i e g obu chorób częstokroć bywa nader podobny, tak, że i pod tym względem napotykałyśmy wielkie trudności rozpoznawcze.

Przebieg otępienia wczesnego bywa często jednostajny, równomiernie postępujący i w szybszem lub wolniejszym tempie prowadzi do większego lub mniejszego upadku psychicznego. Jednakże wcale nie rzadko daje on mniejsze albo większe wahania, zarówno zwolnienia, jak i nasilenia. Niekiedy zwolnienie objawów jest tak wybitne, iż mamy wówczas zupełne prawo mówić o remisji, a bywają przypadki, w których remisje podobne równają się prawie zupełnemu wyzdrowieniu. Niekiedy sprawa cała kończy się na podobnej remisji, częściej jednak po krótszem albo dłuższem trwaniu względnie pomyślnego stanu występuje obostrzenie, nowy napad psychozy ze wszystkimi charakterystycznymi objawami wczesnego otępienia.

Podobne obostrzenie stanu chorobowego może w przebiegu otępienia wczesnego kilkakrotnie się powtórzyć, tak, iż w tego rodzaju przypadkach mamy zupełne prawo mówić o peryodyczności przebiegu. Ale nie koniecznie na tem. Przebieg otępienia wczesnego bywa niekiedy kołowy (cykularny). Widzimy wówczas kolejno następujące po sobie stany podniecenia i depresji, — niekiedy podniecenie i depresja następują bezpośrednio jedno po drugim, innym razem znów jeden stan jest oddzielony od drugiego krótszą albo dłuższą pauzą.

Widzimy więc, iż przebieg otępienia wczesnego niekiedy w zu-

pełności przypomina przebieg mania k.-depressyjnej psychozy: i tu i tam spotykamy peryodyczność i cyrkularność napadów. I oto zjawia się nowa trudność rozpoznawcza. Trudność ta potęguje się jeszcze bardziej w tych przypadkach, w których maniak.-depressyjna psychoza przebiega atypowo, a mianowicie, gdy objawom maniaka lub melancholijnym towarzyszy zespół katatoniczny, ale o tem niżej.

Przechodzimy wreszcie do trzeciego punktu, a mianowicie do zejścia obu psychoz.

Psychiatria z czasów przed KRAEPELINEM utrzymywała, że, jakkolwiek mania i melancholia kończą się w olbrzymiej większości przypadków wyzdrowieniem, to jednak w pewnej niewielkiej liczbie przypadków pozostawiają one po sobie ślady w postaci większych albo mniejszych defektów inteligencji, czyli że prowadzą do większego lub mniejszego otępienia.

KRAEPELIN, jak wiadomo, zainaugurował zwrot w poglądach świata naukowego na zejście stanów maniaka lub melancholijnych. Zdaniem KRAEPELINA, stany te są zawsze przejściowe, uleczalne i nigdy z adnych defektów nie pozostawiają. Wyjątek uczynił KRAEPELIN jedynie dla stanów depressyjnych okresu inwolucji, które to stany nazwał on właściwą melancholią, oraz dla napadów maniaka.-depressyjnych wieku podeszłego. Jednakże, co się tyczy rzekomej melancholii, to już uczeń KRAEPELINA DREYFUSS wykazał przed 2 laty na szeregu spostrzeżeń, iż melancholia, jako choroba samoistna, nie istnieje, i że to, co KRAEPELIN mianem melancholii ochrzcił, nie jest niczem innym, jak pewną odmianą maniaka.-depressyjnej psychozy. Co się zaś tyczy stanów maniaka.-depressyjnych wieku starczego, to, zdaniem KRAEPELINA, zjawiające się w tych razach osłabienie psy-

chiczne położyc należy na karb wikłającego sprawę psychiczną stwardnienia naczyń mózgowych, względnie niedostatecznego odżywiania mózgu.

Teza KRAEPELINA o bezwzględnej uleczalności napadów* maniak.-depressyjnych zyskała, jakśmy rzekli na wstępie, szerokie uznanie, i dziś panuje ona niemal wszechwładnie w psychiatrii. Przypuszczam jednak, że to panowanie jej niezadługo się skończy, i że przeciwko idei bezwzględnej uleczalności maniak.-depressyjnych stanów powstanie w nauce reakcja.

Zapowiedź tej reakcji widzę np. w pracy prof. THOMSENA z Bonn, który, będąc skądinąd zwolennikiem KRAEPELINA, pisze: „o ile katatonia lub wogóle wczesne otępienie jest tylko warunkowo złośliwą chorobą o niepomysłnej prognozie, o tyle maniak.-depressyjna psychoza jest również tylko warunkowo łagodną chorobą ze względu na swe ostateczne zejście⁴⁾. THOMSEN stanowczo jest tego zdania, iż psychoza maniak.-depressyjna może skończyć się otępieniem.

Co do mnie, to już od dłuższego czasu żywiłem pewną wątpliwość co do słuszności Kraepelinowskiej tezy, a żywiłem ją dzięki temu, iż zdarzyło mi się obserwować kilkakrotnie przypadki czystej, niewątpliwej maniaka.-depressyjnej psychozy, które, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, skończyły się otępieniem. Dziś wątpliwość ta znacznie się w mnie wzmogła, a to dzięki niektórym, świeżo ogłoszonym pracom. Do prac tych zaliczam przedewszystkiem monografię URSTEINA⁵⁾, która przed paru miesiącami ukazała się. URSTEIN, jeden z bardzo gorliwych uczniów KRAEPELINA, postawił sobie za zadanie przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy otępieniem wczesnym a maniaka.-depres-

4) Prof. Thomsen. Loc. cit.

5) M. Urstein. Loc. cit.

syjną psychozą, wzgl. rozstrzygnąć problemat rozpoznawczy, dotyczący tych przypadków, w których obok objawów maniak.-depressyjnych istnieje zespół katatoniczny.

Autor, spotykając podobne przypadki, dawniej, jak mówi, główne znaczenie przypisywał objawom maniak.-depressyjnym i dlatego to przy współistnieniu objawów maniakalno-depressyjnych i katatonicznych psychozę maniakalno-depressyjną rozpoznawał.

Celem sprawdzenia słuszności swego poglądu URSTEIN powziął bardzo szczęśliwą myśl zbadania historii chorób licznych pacjentów, będących w końcowym stanie otępienia. W tym celu przejrzał on akta około 700 chorych, jakich spotykał w różnych zakładach dla chronicznych umysłowo chorych. Otóż, badając chorych tych i ich historię chorób, autor ku wielkiemu zdziwieniu przekonał się, iż bardzo wiele przypadków z wyraźnymi maniak.-depressyjnymi objawami skończyło się otępieniem. URSTEIN odkrył, iż u wielu obecnie otępiałych katatoników na początku i w przebiegu choroby istniały stany, niczem nie różniące się od typowej manii lub typowej depressyi: „Znam chorych, pisze URSTEIN, którzy przeszli byli jedną lub kilka czystych depressyi, zakończonych zupełnym wyzdrowieniem. Znam innych, u których obok objawów melancholijnych lub po objawach melancholijnych wystąpiły czysto maniakalne. Jednakże u jednych i u drugich po wielu latach zjawiał się nowy napad, przeważnie z początkową fazą depressyjną, po którym występowały objawy katatoniczne, przy czem objawy te z biegiem czasu wysuwały się na pierwszy plan obrazu chorobowego, i u chorych takich sprawa kończyła się bądź częściowem wyzdrowieniem, bądź przewlekłym katatonicznym stanem, bądź wreszcie zupełnem otępieniem”.

Ze spostrzeżeń tych URSTEIN wyciąga wniosek, iż otępienie wczesne może lata całe

przebiegać pod postacią maniak.-depressyjnych napadów, i że dopiero ostateczne zejście, a mian. k o Ń c o w y s t a n k a t a t o n i c z n y przekonywa nas o tem, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z otępieniem wczesnem. Tembardziej głośuje on za otępieniem wczesnem w tych przypadkach, w których obok objawów maniak.-depressyjnych istnieją objawy katatoniczne. Twierdzi on: „napady maniak.-depressyjne, występujące przed albo po stanach katatonicznych albo wreszcie rozwijające się współcześnie z katatonicznymi, stanowią przejawy zewnętrzne katatonii”. Mówiąc w ten sposób, URSTEIN wypowiada pogląd dyametralnie przeciwny pogładowi innego ucznia KRAEPELINA, WILMANNSA, który utrzymuje, iż „zespoły katatoniczne, przyłączające się do objawów maniakalno-depressyjnych, należą do przejawów maniak.-depressyjnej psychozy i kończą się wyzdrowieniem”⁶⁾.

Mojem zdaniem, praca URSTEINA jest niezmiernie wartościowa; wartościowa jest ona ze względu na ogromny materiał kliniczny, jaki autor w niej zebrał, a przedewszystkiem dlatego, iż przeszedł on retrospektywnie dzieje wielu przewlekłych przypadków, trwających po kilka dziesiątków lat. To jest stroną dodatnią pracy, stroną zaś ujemną są te zgola niesłuszne wnioski, do jakich dochodzi autor na mocy swoich spostrzeżeń.

Jeżeli przypadek, który lata całe przebiegał pod postacią peryodycznie powtarzających się, typowo maniakalnych lub typowo depressyjnych napadów, kończy się po latach 20 lub 30 otępieniem, to jedyny logiczny wniosek, jaki ze spostrzeżenia podobnego wyciągnąć można, jest ten, iż maniak.-depressyjna psychoza może zakończyć się otępie-

⁶⁾ Wilmanns. Ueber die Differentialdiagnose der „funktionellen“ Psychosen, Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1907.

niem. Tymczasem autor, zahipnotyzowany tezą KRAEPELINA o bezwzględnej uleczalności maniak.-depressyjnej psychozy, czyni logiczne salto mortale i, zamiast przyznać na mocy swych spostrzeżeń, iż maniak.-depressyjna psychoza może zakończyć się otępieniem, zdobywa się na tak ryzykowne twierdzenie, jak to, iż sprawa, która dziesiątki lat przebiegała, jako czysta maniak.-depressyjna psychoza, nie była zgoła tą psychozą, lecz jedynie otępieniem wczesnym.

W twierdzeniu tem widzę fanatyczne przywiązanie do pewnej, narzuconej z góry przez wielki autorytet idei, od której umysł klinicysty nie może się uwolnić, nie bacząc na to, iż rzeczywistość najbrutalniej zadaje kłam powyższemu twierdzeniu. Oczywiście, te przypadki, które wykazują kombinację objawów maniak.-depressyjnych i katatonicznych, URSTEIN a *fortiori* uważa za przypadki otępienia wczesnego.

A praca URSTEINA, nie bacząc na błędne wnioski autora, posiada niezaprzecznie dużą wartość kliniczną: jeżeli spostrzeżenia, które autor podaje, są ściśle i opisy ich prawdziwe, to należałoby przyjść do wniosku, iż maniak.-depressyjna psychoza nie zawsze ma pomyslnie zejście.

Praca URSTEINA winna posłużyć za bodziec do dalszych badań w tym kierunku, gdyby bowiem spostrzeżenia innych klinicystów potwierdziły ten pogląd, należałoby wówczas zerwać ostatecznie z tezą KRAEPELINA i wrócić do dawnego poglądu, mającego zresztą i obecnie jeszcze wielu zwolenników w świecie psychiatrycznym, że wspomnę dla przykładu tak wytrawnego badacza, jakim jest ZIEHEN.

Przez szereg lat i ja bezwzględnie wierzyłem w uleczalność maniakalno-depressyjnej psychozy i, jakkolwiek rzeczywistość niekiedy robiła mi niespodzianki, albowiem w tych przypadkach, w których rokowałem

najpomyślniejsze zejście, po dłuższym trwaniu choroby występowały objawy demencyjne, i cała sprawa kończyła się otępieniem, to jednak nie zrażałem się podobnemi niespodziankami i gotów byłem raczej przypuścić omyłkę rozpoznawczą ze swej strony, aniżeli błędność tezy Kraepelinowskiej. Dziś odnośnie się krytyczniej do nauki Monachijskiego psychiatry i, nie przesądzając sprawy, uważam jednak za możliwe, iż maniak.-depressyjna psychoza kończy się niekiedy otępieniem.

Do tego wniosku upoważnia mnie ponowna analiza tych nielicznych moich przypadków, które, nie bacząc na wyraźne objawy czystej maniak.-depressyjnej psychozy, kończyły się otępieniem. Co do tych przypadków, to muszę zaznaczyć, iż są między nimi takie, które bardzo prędko kończyły się otępieniem, i są takie, które z początku przebiegały łagodnie, lecz później, przy każdym następnym napadzie, coraz bardziej zabarwiały się elementem katatonicznym i wreszcie prowadziły do otępienia.

Kwestya zejścia maniak.-depressyjnej psychozy, mojem zdaniem, nie jest jeszcze w obecnej chwili ostatecznie rozstrzygnięta, i uważam, że winna ona być przedmiotem dalszych badań klinicznych. Psychiatrzy z rozmaitych obozów winni poddać ponownej rewizji cały swój materiał kliniczny i bez idei, z góry powziętej, bez przechylania się w stronę jednego lub drugiego autorytetu winni rozpatrzyć krytycznie dawne i współczesne przypadki, aby na mocy dokładnej anamnezy i dokładnej katamnezy licznych przypadków dojść ostatecznie do zupełnie bezstronnych i ściśle logicznych wniosków.

Ze wszystkiego, cośmy powyżej rzekli, wypada, że nietylko przebieg obu omawianych chorób, ale i ich zejście nie wpływa również decydująco na ich rozpoznanie. Jakkolwiek bowiem w większości przypad-

ków *dementia praecox* kończy się zupełnem otepieniem, a maniak.-depressyjna psychoza daje wyzdrowienie, to jednak w przebiegu otepienia wczesnego możliwe są mniej lub więcej doskonałe remisje, a psychoza maniak.-depressyjna kończy się czasami, jakkolwiek niesłychanie rzadko, upadkiem inteligencji.

Widzimy więc, iż rozpoznanie różniczkowe pomiędzy otepieniem wczesnem a maniak.-depressyjną psychozą nastęrcza niezwykle trudności, to też należy ono do najtrudniejszych zadań psychiatrii. Ani w klinicznym obrazie chorób, ani w ich przebiegu, ani wreszcie w ich zejściu nie znajdujemy zupełnie mocnego oparcia dla różniczkowania pomiędzy obu sprawami. URSTEIN załatwia się z tą sprawą w sposób nader prosty, — dla niego decydujący jest końcowy stan choroby. Jeżeli proces chorobowy kończy się otepieniem, to bez względu na przejawy kliniczne cierpienia URSTEIN rozpoznaje otepienie wczesne. Autor ten twierdzi: „ani obraz kliniczny, ani peryodyczność, ani przechodzenie jednej fazy chorobowej w drugą nie upoważniają jeszcze do wyłączenia otepienia wczesnego”. A dalej mówi on: „nie wiem, czy mamy wogóle prawo na podstawie cech maniak.-depressyjnych rozpoznawać psychozę maniak.-depressyjną. Wesole podniecenie i nastrój smutny, zahamowanie i ułatwienie procesów woli, mania i depressya, — te blisko pokrewne, zdaniem KRAEPELINA, przejawy wspólnego zasadniczego zaburzenia, zarówno jak i peryodyczność oraz błyskawiczność kolejnych zmian stanów psychicznych, nie dają żadnej trwałej rękojmi dla rozpoznawania maniak.-depressyjnej psychozy”.

Przy takim postawieniu kwestyi nauka rozpoznawania nie tylko nie posuwa się na przód, ale, przeciwnie, cofa się jeszcze w tył. Jeżeli otepienie wczesne lata całe może przebiegać pod postacią stanów maniak. depres-

syjnych, to, właściwie mówiąc, nigdy nie mamy prawa rozpoznawać maniak.-depressyjnej psychozy, albowiem nigdy nie możemy z góry wiedzieć, czy dany przypadek nie skończy się otepieniem, a zatem czy nie okaże się on z czasem, w myśl poglądów URSTEINA, przypadkiem otepienia wczesnego.

Po tem wszysktem, com rzekł, powstaje pytanie, jak należy różniczkować obie omawiane choroby, i czy wogóle możliwe jest na podstawie współczesnych metod badania ich różniczkowanie? Otóż na pytanie to odpowiedzieć muszę, iż różniczkowanie obu tych cierpień jest zupełnie niemożliwe i nie przedstawia żadnych zgola trudności w tych przypadkach, w których objawy kliniczne jednej i drugiej choroby są jasno i typowo wyrażone. — Typowej manii, ani typowej melancholii nie można żadną miarą pomieszać z typową hebefrenią lub typową katatonią.

Trudności rozpoznawcze zaczynają się dopiero wówczas, gdy mamy do czynienia: 1) z niedorozwiniętą postacią jednego lub drugiego cierpienia 2) z atypową postacią maniakalno-depressyjnej psychozy, t. j. gdy obraz kliniczny tej choroby komplikuje się objawami katatonicznymi, 3) z atypową postacią otepienia wczesnego, t. j. gdy otepienie wczesne zapożycza niektóre objawy z obrazu klinicznego maniak.-depressyjnej psychozy.

Obraz kliniczny hebefrenii, podany przez HECKERA i KAHLBAUMA, jest tak charakterystyczny, iż go żadną miarą ani z manią, ani z depressją pomieszać nie można, i dla klinicystów, którzy trzymali się długie lata opisów HECKERA i KAHLBAUMA, sprawa rozpoznawania hebefrenii nie stanowiła żadnej kwestyi. Problemat kliniczny: Hebefrenia czy maniak.-depressyjna psychoza zjawił się dopiero wówczas, gdy KRAEPELIN dzięki swym badaniom

klinicznym znacznie wzbogacił symptomatologię hebefrenii i tem samem granice tej choroby niezwykle rozszerzył. Wówczas dopiero linia demarkacyjna pomiędzy otępieniem wczesnem a maniak.-depressyjną psychozą zaczęła się coraz bardziej zacierać, wczesne otępienie zaczęto coraz częściej rozpoznawać, i wreszcie w ostatnich czasach doszło do tego, iż otępienie wczesne stało się w szpitalach i klinikach najmodniejszym rozpoznaniem. Dopiero przed dwoma laty ujawniła się poraż

pierwszy reakcyą przeciwko nadużywaniu tego rozpoznania, a stało się to za sprawą WILMANNSA, który począł dowodzić, iż obecność zespołu katatonicznego bynajmniej jeszcze za otępieniem wczesnem nie przemawia, i że w wielu przypadkach, gdzie otępienie wczesne wydawało się być niewątpliwem, późniejsza obserwacya, a zwłaszcza katamneza, wykazały maniak.-depressyjną psychozę.

(D n.).

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Choroba Heinego-Medina w świetle ostatnich badań.

podał

Henryk Jakubowicz.

Cierpienie, o którym mowa, znane jest powszechnie pod nazwą porażenia rdzenia i owego dziecięcego. Nazwa ta jednak nie odpowiada ani obrazowi klinicznemu, ani danym anatomo-patologicznym.

Pierwszy, który dokładnie chorobę tę opisał, był HEINE (w r. 1840). CHARCOT, opierając się na badaniach PREVOSTA i VULPIANA, określił ją jako cierpienie układowe, polegające na zaniku komórek zwojowych w rogach przednich rdzenia, a chociaż nieco później wielu autorów wydobyło na jaw udział w cierpieniu tkanki łącznej oraz naczyń, to jednakże pogląd CHARCOTA przez czas długi przeważał. STRÜMPFEL i MARIE zwrócili uwagę na pasorzytniczy charakter cierpienia oraz wykazali analogię pomiędzy porażeniem dziecięcym rdzeniowem a mózgowem. Wielkie zasługi w omawianej dziedzinie położył MEDIN, który, opierając się na wielkiej liczbie przypadków, jakich dostarczyła epidemia w Sztokholmie w r. 1887, złączył w jedną całość mnóstwo postaci tegoż cierpienia, które dotychczas uchodziły

za różnorodne niemal jednostki chorobowe. Wreszcie IVAR WICKMANN wyświecił niektóre sprawy sporne i dowiódł, że cierpienie jest zakaźne i może być przeniesione nie tylko przez osobniki chore, lecz i ludzi zdrowych, którzy z nimi obcowali.

Liczne epidemie, jakie miały miejsce w czasach ostatnich w Szwecyi, Norwegii i Niemczech, dowiodły, że cierpienie omawiane stało się groźnym wrogiem ludzkości, groźniejszym, może, niż cholera.

Obraz anatomopatologiczny wskazuje, że podstawą cierpienia jest zapalenie tkanki łącznej okołonaczyniowej. Silne przekrwienie naczyń oraz nacieczenie, będące wyrazem tego zapalenia, rozprzestrzenia się po całym ośrodkowym układzie nerwowym.

W rdzeniu kręgowym najbardziej dotknięte są rogi przednie, jednakże i istota biała oraz opona miękka nie są wolne od nacieczenia. W dolnym odcinku grzbietowym oraz górnym lędźwiowym nie rogi przednie, lecz grupy komórek CLARKEA są zwykle najbardziej dotknięte. Często nacieczenie drobnokomórkowe daje się stwierdzić w opuszcze, korze mózgowej oraz oponie miękkiej mózgu. Nacieczenie towarzyszy tętnicom oraz żyłom powierzchownym i głębokim. Zwyródnienia komórek zwojowych bez zmian w tkance

łącznej nie zauważono; owszem, nieraz są widoczne duże zmiany w tkance okołonaczyniowej wówczas, gdy komórki wydają się jeszcze zupełnie zdrowymi. Nie ulega więc wątpliwości, że zmiany w komórkach są wtórne.

Nieraz spotkać można przypadki, gdzie albo na pierwszy plan występują objawy ze strony opon mózgowych, albo też wyłącznie mamy z takimi objawami do czynienia. Ta okoliczność, że w epidemiach obok postaci zwykłych spotkać można przypadki z objawami oponowymi, dała możność MEDINOWI utożsamiać obie kategorie cierpienia. W samej rzeczy, badanie pośmiertne wykazuje jednakowy obraz anatomopatologiczny, różnica polega na umiejscowieniu sprawy. Widzimy przeto, że owe niby klasyczne objawy, dające możność odróżnienia omawianej choroby od zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, że wspomnę choćby o wiotkiem porażeniu mięśni karku w t. zw. porażeniu dziecięcym, a przykurczeniu tychże mięśni w zapaleniu opon, powinny stracić nadawaną im przedtem cechę. Różniczkowanie to albo jest zbyteczne, jeżeli chodzi o rozmaite postaci omawianego cierpienia, albo niedostateczne, jeżeli chodzi o odróżnienie tegoż od zapalenia opon ropnego. Podczas wielkiej epidemii w r. 1905 potwierdzono poglądy MEDINA. Pokazało się, że porażenie typu rdzeniowego, opuszkowego, mózgowego oraz zapalenie opon może być wyrazem tego samego obrazu anatomopatologicznego; wszystkie te postaci stanowią jedną rodzinę chorobową. Stwierdzono również częste zapadanie na omawianą chorobę ludzi dorosłych. Bliżej również poznano te postaci cierpienia, które kończą się bez jakichkolwiek porażen. Są to postaci, z którymi neuropatolog spotyka się rzadko, które poza epidemią są bardzo trudne do rozpoznania.

Ze względu na wielopostaciowy charakter cierpienia sądzić należy, że zaproponowana przez WICKMANNĄ zmiana nazwy (choroba HEINEGO-MEDINA) jest ze wszech miar racjonalną, gdyż pozwala złączyć w jedną całość wszystkie postaci o jednakowym podkładzie anatomopatologicznym.

Co się tyczy obrazu klinicznego, to

przedstawia się on, jak następuje: Po okresie wylegania się, który trwa przeciętnie około tygodnia, cierpienie zaczyna się ostro podniesieniem się ciepłoty do 39° — 40°, a czasem nawet 41°. Zdarza się jednakże często, że podniesienie ciepłoty poprzedzają takie objawy, jak utrata rzeźkości, nastrój płacziwy, brak apetytu oraz zaparcie stolca. Cierpienie często występuje, jeśli można się tak wyrazić, dwuk okresowo. W pierwszym okresie miewają miejsce objawy ogólne, właściwe wielu chorobom, przebiegającym ze wzmożoną ciepłotą; do tych objawów zazwyczaj przyłączają się śpiączka, wiotkość tłoźni brzusznej, wzdęcie brzucha, osłabienie kończyn, zwłaszcza dolnych, zanik odruchów ścięgowych. Często na pierwszy plan występują objawy ze strony dróg oddechowych lub narządów trawienia. Po tym okresie miewa miejsce przerwa, która przypomina okres zdrowienia; w znacznej większości przypadków występuje jednakże okres drugi, kończący się porażeniami, przeważnie kończyn, zwłaszcza dolnych, mięśni szyi, karku oraz tłoźni brzusznej; jeżeli pewne porażenia, a przynajmniej osłabienie kończyn stwierdzać można już w początku choroby, to porażenia te zazwyczaj w dalszym ciągu rozwijają się w okresie drugim. LEBGART widział przypadek w którym przerwa taka trwała 3 tygodnie. Wzmożenie ciepłoty trwa od 2 do 7, a czasem do 10 dni. Oczywiście opisany tu obraz oraz przebieg cierpienia można nazwać klasycznym; przebieg innych postaci, zwłaszcza poronnych, jest odmienny. Dodać należy, że dość często daje się stwierdzić pewną nierównomierność pomiędzy objawami ogólnymi a późniejszymi porażeniami: nieraz burzliwe objawy ogólne kończą się pewnym tylko osłabieniem napięcia mięśniowego i zanikiem odruchów ścięgowych, inne zaś przypadki, spokojniej z początku przebiegające, mogą wejść w okres ciężkiego porażenia o typie LANDRYEGO z zejściem śmiertelnym.

Pomimo różnobarwności obrazu klinicznego już w okresie początkowym występują zazwyczaj trzy objawy, które ułatwiają sprostowanie rozpoznania na właściwe tory. Do tych objawów należą:

1. Skłonność do obfitych potów.

2. Nadczułość, która dochodzi do takiego stopnia, że przy najmniejszym poruszeniu, zwłaszcza, jeżeli udział bierze kregosłup, chorzy wydają przeraźliwe krzyki, boją się najmniejszego dotknięcia, często oddają mocz pod siebie, aby tylko uniknąć bolesnego poruszenia (mowa tu o tych przypadkach, gdy nietrzymanie moczu nie jest objawem bezpośrednim). Bolesność kończyn, zwłaszcza dolnych, nieraz nasuwa myśl, że ma się do czynienia z gościeniem stawów; jednakże przy uważniejszym nieco badaniu łatwo przekonać się można, że niema tu najmniejszego cierpienia stawów.

Przedmiotowe zaburzenia czucia występują bardzo rzadko. MEDIN stwierdził w jednym przypadku zanik czucia dotykowego, OPPENHEIM zaś — osłabienie elektrycznego czucia skornego.

3. Trzecim objawem ważnym jest zmniejszenie liczby leukocytów pomimo wzmożonej ciepłoty i zapalenia dróg oddechowych, o ile ono istnieje.

Z innych objawów wymienić należy drgawki, jeżeli udział w cierpieniu bierze mózgowie i opony mózgowe. Zaburzenia w oddawaniu moczu występują względnie rzadko i zazwyczaj trwają tylko dni kilka. Fakt ten, wobec częstego zajęcia dolnego odcinka rdzenia w omawianem cierpieniu, być może, znajduje tłumaczenie w teorii MÜLLERA, który ośrodki pęcherza i odbytnicy umiejscawia nie w rdzeniu, lecz w splocie współczulnym miednicy.

Co się tyczy tak często spotykanego objawu, jak bezwład mięśni szyi oraz karku, przyczem podczas unoszenia chorego głowa biernie chwieje się na różne strony, to, oczywiście, objaw ten zależny jest od sprawy chorobowej w pobliżu jąder odpowiednich nerwów. Przykurczenie zaś omawianych mięśni, jak rzekliśmy powyżej, wskazuje, że ma się do czynienia z postacią oponową. Jednocześnie stwierdzanie u tegoż osobnika wiotkiego porażenia kończyn wyjaśnia, że mamy do czynienia ze sprawą, będącą jedną z postaci choroby HEINEGO-MEDINA.

Ostatnie epidemie dowiodły, że choroba omawiana przebiega bardzo często w postaciach rozmaitych, nawet wśród członków

jednej i tej samej rodziny. Otóż stwierdzono fakty, że u jednego członka rodziny przebiega ona w postaci t. zw. klasycznej, kończącej się bezwładem, a później niedowładem jednej lub kilku kończyn, u drugiego występuje w postaci bezwładu LANDRYEGO z zejściem śmiertelnem, u trzeciego w postaci mostowej z porażeniem n. twarzowego (obu gałązek), u czwartego zaś po ustąpieniu objawów ogólnych następuje zupełny powrót do stanu normalnego. Poznano również postaci z odosobnionymi objawami, a mianowicie z porażeniem n. twarzowego lub podjęzykowego, z odosobnionem porażeniem gardzieli, nerwów ruchowych, galki ocznej oraz powiek. A więc „encephalitis pontis” OPPENHEIMA jest objawem cząstkowym, a właściwie postacią o objawie odosobnionym choroby HEINEGO-MEDINA. Również spotykano dysfagię, dysartrię oraz porażenia mięśni krtani, jako wyraz zaburzeń w obrębie jąder n. błędnego. Dodać należy, że porażenia w omawianem cierpieniu zazwyczaj są jednostronne lub co najmniej niesymetryczne.

Do niektórych postaci poronnych choroby HEINEGO-MEDINA podobne jest cierpienie, znane pod nazwą „polioencephalitis acuta superior” WERNICKEGO. To ostatnie jednakże, w istocie rzeczy, nic wspólnego nie ma z chorobą omawianą i cechuje się przebiegiem bezgorączkowym i występowaniem swem w zależności od obłędu opilczego, guzów oraz zaburzeń psychicznych.

Tę okoliczność, że rzadziej spotykamy w omawianej chorobie porażenia o charakterze mózgowym, tłumaczy WICKMANN w ten sposób, że sprawa zaczyna się zazwyczaj w części lędźwiowej oraz krzyżowej i posuwa się w kierunku wstępującym ku opuszcze, i że chorzy zazwyczaj umierają, zanim sprawa dojdzie do mózgowia.

Zdaniem znów innych, ponieważ choroba HEINEGO-MEDINA nie jest cierpieniem układowym, lecz ogniskowym, więc przypuszczać należy wprost, że kora mózgu oraz wielkie jego zwoje są z tej lub owej przyczyny mniej dostępne dla rozwoju sprawy chorobowej. Czy przyczyna leży w budowie okolonaczyniowych szczelin chłonnych, trudno przesądzać. Porażenia o charakterze mózgowym

w rodzaju porażeń połowicznych w chorobie HEINEGO-MEDINA cechuje wzmożenie ciepłoty, co pozwala odróżnić je od porażeń połowicznych na innym tle powstałych.

Wspomniemy jeszcze o jednym objawie, występującym, co prawda, rzadko, lecz niezmiernie charakterystycznym, mianowicie o ostrym bezładzie. MEDIN czyni go zależnym od nerwów obwodowych (*neuritis*); inni w takich przypadkach stwierdzali zaburzenia w dziedzinie komórek CLARKEA.

Co się tyczy roli zapalenia nerwów w powstawaniu porażeń, to nieraz trudno jest rozstrzygnąć, czy są one zależne w większym stopniu od sprawy zapalnej w pniach nerwowych, czy też od zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym. Przypuszczać należy, że w przypadkach, gdzie w porażeniach istnieje pewna symetria, gdzie bolesność pni nerwowych jest duża, i gdzie wreszcie następuje zupełna prawie poprawa, porażenia przeważnie są zależne od zapalenia nerwów obwodowych.

Co się tyczy zarazka, wywołującego omawiane cierpienie, to dotychczasowe badania nie ustaliły jeszcze sprawy. Wchodzi on, prawdopodobnie, do organizmu albo przez drogi oddechowe albo też narządy trawienia. Jednakże nawet w tych przypadkach, które zaczynają się od cierpienia migdałków, nie znaleziono w tych ostatnich właściwego drobnoustroju; również poszukiwania w kiszce stolcowej pozostały bezskuteczne. Jad wędruje, prawdopodobnie, po szczelinach chłonnych, znajdujących się dokoła naczyń; z tego, widocznie, powodu cierpi najbardziej istota szara, obfitująca bardziej w naczynia, niż istota biała, i posiadająca przytem szczeliny chłonne luźniejsze, niż ta ostatnia.

W r. 1897 Fr. SCHULTZE odkrył u jednego chorego ziarenkowca opon mózgowych WEICHELBAUMA. Bardzo niewielu autorów mogło potwierdzić odkrycie SCHULTZEGO. W znacznej większości przypadków wyniki badania płynu rdzeniowego nie są jednoznaczne, i wielu autorów nie odnajdywało żadnych drobnoustrojów; niedawno udało się GEIERSWOLTOWI odkryć podczas epidemii w Norwegii dwóinki kształtu bobu, tworzące kolonie barwy szarej, która następnie bieląła.

Sprawa drobnoustrojów jednakże daleka jest od rozstrzygnięcia. Według SCHWARZA zarazek dlatego jest trudny do odkrycia, że żywot jego jest krótki.

Co się tyczy elementów komórkowych, to WICKMANN twierdzi stanowczo, że wybitną cechą płynu rdzeniowego jest tu obecność limfocytów, jednokomórkowych elementów (w ropnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych elementy są wielokomórkowe). W ten sposób wspomniany autor odróżnia zapalenie ropne od zapalenia opon w chorobie HEINEGO-MEDINA, jeśli w braku innych objawów różniczkowanie jest utrudnione. Wielu autorów potwierdziło wyniki, otrzymane przez WICKMANNĄ. Barwa płynu odgrywa tu również dużą rolę, gdyż w chorobie HEINEGO-MEDINA, pomimo znacznej zawartości białka (w osadzie), jest on przezroczysty.

HOCHHAUS w przypadkach nie „świeżych” nie odnajdywał żadnych elementów komórkowych. Być może, że na podobieństwo drobnoustrojów ulegają one prędkiemu zanikowi.

Co się tyczy rozpoznania, to w okresie początkowym, jeśli brak typowych porażeń, jest ono bardzo trudne. Rozpoznanie postaci poronnych jest możliwe wówczas, kiedy jednocześnie stwierdzić można wiotkie porażenie typu rdzeniowego lub też podczas epidemii. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na uwadze: zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, ostre zapalenie rdzenia, następnie—porażenia w ostrej krzywicy, przymiocie, zapaleniu szpiku kości i cierpienie, opisane przez OPPENHEIMA pod nazwą *Myotonia congenita*. Co się tyczy rokowania, to w przypadkach odosobnionych jest ono, *quoad vitam*, dobre; w epidemiach śmiertelność dochodzi zazwyczaj do 12%. Znane są jednakże małe epidemie ze śmiertelnością, która dochodziła do 40% (WICKMANN). Groźne są, zwłaszcza, te przypadki, które przebiegają pod postacią zapalenia opon mózgowych albo też pod postacią porażenia LANDRYEGO.

Co się tyczy wieku, to według orzeczenia WICKMANNĄ, im człowiek starszy, tem trudniej zapada na omawianą chorobę, ale za to przebieg wówczas bywa groźniejszy; w ten

sposob śmiertelność wzrasta z wiekiem chorego.

Co się tyczy leczenia, to w pierwszym okresie jest ono objawowe: spokój, lekkie odciążenie krwi, małe dawki kolomelu. Ko-

rzyć, jaką przynosi przekłucie łądźwiowe, jest sporna. Leczenie porażenia polega na elektryzacji i masażu. Przynosi również korzyść w okresach późniejszych przecięcie ścięgien oraz transplantacja mięśni.

STRESZCZENIA.

Medycyna wewnętrzna

70. HOFBAUER (z kliniki prof. Noordena w Wiedniu). **Przyczynki do nauki o zaburzeniach w oddychaniu pochodzenia sercowego.**

Dotąd duszność u chorych na serce objaśniano mechanicznym czynnikiem (zastój w płucach, obrzęk płuc); w ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę na drugi niemniej ważny czynnik nerwowego pochodzenia, którego przyczyną miało być zwolnienie obiegu krwi, zmniejszenie dopływu krwi do narządu nerwowego ośrodkowego. Lecz zaburzenia ze strony narządu nerwowego nie dadzą się, zdaniem autora, dostatecznie wyjaśnić zwolnieniem dopływu krwi ze względu na następujące spostrzeżenie przy łóżku chorego. Przy zdjęciach pneumograficznych ruchów oddechowych w wadach serca z zakłóceniem kompensacji zauważono, że ruchy oddechowe, które u zdrowego człowieka są jednakowej głębokości, u chorych na serce przy zachowanej przytomności i przy braku wszelkich innych zaburzeń ze strony narządu nerwowego są już to bardziej powierzchowne, już głębsze. Te wahania rytmiczne są tem większe, im w stopniu wyższym brak kompensacji. Zwolna to zwiększenie i zmniejszenie głębokości oddychania przechodzi w typ oddychania CHEYNE-STOKESA, jak to wykazują krzywe z kilku przypadków, spostrzeganych w klinice prof. NOORDENA.

Opisane wahania w oddychaniu chorych na serce z powolnym przejściem w typ

CHEYNE-STOKESA nie dadzą się prawdopodobnie wytłumaczyć inaczej, jak przez zmianę czynności aparatu nerwowego oddechowego.

Czy zaś następuje to, jak przypuszcza UNVERRICHT, skutkiem gorszego dopływu krwi do mózgu, jest nieprawdopodobne. Doświadczenie Mosso, że u każdego nerwowego człowieka we śnie stwierdzamy opisane powyżej wahania w głębokości oddychania przemawiać raczej zdaje się za tem, że mamy tu do czynienia z samozatruciem. Jest to tem prawdopodobniejsze, że z doświadczeń na zwierzętach okazało się, że cały szereg ciał trujących może spowodować wahania w głębokości oddychania, które przy większych dawkach przechodzą w oddech CHEYNE-STOKESA. Że nie tylko ciała trujące zewnętrznie, lecz i samozatrucie może wywołać te objawy, świadczą przypadki z oddechem CHEYNE-STOKESA, w których objaw ten występuje przy wprowadzeniu do ustroju wyciągu z nadnercza, a z drugiej strony przypadki czystego samozatrucia np. w cukrzycy.

Jakie jest to ciało trujące, które działając na mózg, spowodować zaburzenia w regulacji oddychania ze strony kory mózgowej, ściśle nie wiadomo. Może być, że jest niem, zgodnie z poszukiwaniami NOORDENA, kwas mleczny, który w nadmiarze znajduje się w moczu i krwi w wadach serca.

Autor na mocy wyżej powiedzianego twierdzi, że w niewyrównanych wadach serca wykazać się daje pneumograficznie rytmiczne zmniejszenie i zwiększenie ruchów oddechowych, zjawisko to, wywołane przez za-

burzenie w regulacji ze strony narządu nerwowego, dowodzi, że dusznica sercowa jest następstwem zbroczenia w czynności mózgu.

(Wien. Med. Woch. 1909 N. 45).

F. Ar

71. O. Ziegler. O znaczeniu odczynu spojówkowego pod względem rozpoznania i rokowania

Autor w zakończeniu swej pracy powiada, że „odczyn spojówkowy jest bezwzględnie nie do użycia przy rozpoznawaniu i rokowaniu w gruźlicy płuc”, i że odczyn ten jest cofnięciem się wstecz i niebezpieczeństwem dla walki z gruźlicą. Do wniosków tych upoważniają go następujące wyniki stosowania odczynu w szpitalu i sanatorium w Hannoverze na 600 chorych. Z pośród 136 chorych I okresu (według Turbana - Gerhardt'a) odczyn dodatni notowano u 56 (41 %), ujemny u 80 (59%); z tych 80—50 reagowało przy 1 lub 2-gim zastrzyknięciu tuberkuliny. Z 276 chorych II okresu u 152 (55%) odczyn spojówkowy wypadł dodatnio, u 124 (45%) ujemnie. Z tych ostatnich u 10 znaleziono prątki gruźlicze, 16 gorączkowało; z 98 pozostałych wstrzyknięto tuberkulinę 88-iu, a z tych 72 reagowało. Wreszcie na 187 chorych III okresu w 80% otrzymano odczyn dodatni, w 20% ujemny.

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

M Gantz.

Choroby układu nerwowego.

72. Graeffner. Zaburzenia kinetyczne i odruchowe ze strony gardzieli, podniebienia miękkiego i krtani w przypadkach porażenia połowicznego.

Autor na równi z TETZNEREM z Drezna, po zbadaniu dokładnem 200 odnośnych przypadków, uważa, że skrzywienie podniebienia w stronę porażenia lub w przeciwną podczas wydawania dźwięku, a zwłaszcza dławienia się jest niezawodnym objawem przebytego ataku apoplektycznego.

W jednym przypadku porażenia połowicznego G. obserwował skurcz kloniczny języczka, jednocześnie z takimż skurczem strun i nalewek i, zacytował jeszcze pięć spostrzeżeń podobnych z literatury w innych

cierpieniach mózgu, wnioskuje, że skurcz kloniczny podniebienia i krtani bywa w razach wielokrotnych ataków mózgowych.

W krtani przy porażeniu połowicznym autor znajdował bądź niedowład zwieraczy (39%), bądź też rozwierczy (7 %). Z przypadków niedowładu rozwieraczy zasługują na uwagę zwłaszcza dwa (na 200 obserwacji) lewostronnego porażenia nerwu wstecznego przy prawostronnem porażeniu ciała, zależne, według G., od porażenia opuszki.

Bezład i drżenie strun spostrzegane było tylko w wyjątkowych razach.

Autor, podobnie jak MASSEI, ostrzega przed mieszaniem odruchów gardzieliowych z odruchami krtani i za te ostatnie uważa jedynie kaszel, wywołany drażnieniem błony śluzowej krtani.

G. spostrzegał w porażeniach połowicznych tak osłabienie tych trzech rodzajów odruchów, podniebiennego, gardzielowego i krtaniowego, jak i kompletne ich zniesienie i uważa objaw ten za dość cenny przy stawianiu rozpoznania.

(Berl. klin. Woch. Nr. 2, 1910).

Szleifstein.

73. Steinert (Lipsk). O przymiotowym rozsianem zapaleniu nerwów.

Wiadomości nasze o przymiotowym rozsianem zapaleniu nerwów są dotąd bardzo niepewne. W podręcznikach chorób nerwowych i wenerycznych jakoteż w licznych wielkich monografiach, zajmujących się cierpieniem obwodowych nerwów, a specjalnie rozsianem zapaleniem nerwów, znajdujemy zaledwie gdzieniegdzie wzmianki o tem cierpieniu, przyczem jedni autorzy zaprzeczają zupełnie istnienia przymiotowego rozsianego zapalenia nerwów, inni, uważając za możliwą przyczynę choroby przymiot, zadawałają się podaniem kilku spostrzeżeń i cytat.

W sprawie, nas interesującej, panują w rzeczy samej niemałe sprzeczności i wątpliwości. Nie wiadomo zupełnie ściśle, czy i kiedy rozsiane zapalenie nerwów u chorego na przymiot ma być uważane za powstałe wskutek przymiotu, a jeszcze większa powstaje trudność i wątpliwość, gdy rozsiane zapalenie nerwów rozwija się u chorego na przymiot w trakcie lub bezpośrednio po kuracji

rtęciowej, gdyż powstaje wówczas kwestya, czy mamy do czynienia z *polyneuritis syphilitica*, czy *mercurialis*. Wszystkie te trudności i kwestye autor stara się w pracy niniejszej rozstrzygnąć i pewien określony pogląd na tę sprawę uzasadnić. Przedewszystkiem podaje 2 własne przypadki. Tak w jednym, jak i drugim niewątpliwem było, że chorzy przechodzili świeżo przymiot, wszelka inna przyczyna rozsianego zapalenia nerwów mogła być wyłączona, współcześnie z pierwszymi objawami drugorzędnego przymiotu (wysypka, swoiste cierpienie gardzieli i t. p.) wystąpiły pierwsze objawy cierpienia nerwów, przeprowadzone w nich leczenie rtęciowe było niedostateczne i na kilka miesięcy przed zjawieniem się cierpienia nerwowego ukończone, nie było żadnego objawu otrucia rtęciowego, i nakoniec pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego za pomocą rtęci nastąpiła nadzwyczaj szybko (po kilku miesiącach) poprawa i wyzdrowienie.

Na mocy 2 swoich przypadków i 11 przypadków pewnych, zebranych w literaturze (wielu innych przypadków niezupełnie pewnych autor nie uwzględnił), autor czuje się upoważnionym do twierdzenia, że istnienie przymiotowego rozsianego zapalenia nerwów nie ulega wątpliwości, gdyż 1) wyżej wzmiankowane przypadki rozsianego zapalenia nerwów z wyjątkiem jednego (NONNEGO) były w zupełnie pewnym i regularnym związku z z przebiegiem swoistego cierpienia; wszystkie one należały do drugorzędnego okresu przymiotu, we wszystkich współcześnie z objawami rozsianego zapalenia nerwów zauważyć się dawały pewne objawy swoistego cierpienia, 2) rozsiane zapalenie nerwów jest, jak wiadomo, cierpieniem, wywołanem przez otrucie krwi (*toxemie*), a właśnie drugorzędny okres przymiotu, okres wykwitowy, jest, jak wiadomo, tym okresem, w którym ustrój ulega wpływowi infekcyjno-toksycznemu. Jest więc zupełnie zrozumiałem, że w tym okresie występuje rozsiane zapalenie nerwów, 3) pewna analogia między rozsianem zapaleniem nerwów a monoartrytem (najczęściej porażenie nerwu twarzowego) w drugorzędym okresie przymiotu. Wprawdzie w pewnej liczbie tego

rodzaju przypadków porażenie powstaje skutkiem ucisku na nerwy; nie ulega jednak wątpliwości, że w dużej liczbie przypadków mamy do czynienia z pierwotnem degeneracyjnem cierpieniem nerwów toksycznego, przymiotowego pochodzenia, 4) znakomita skuteczność swoistego leczenia we wszystkich prawie przypadkach.

Co się tyczy pytania, kiedy rozsiane zapalenie nerwów u chorego, który przechodził przymiot, mamy uważać za pochodzenia przymiotowego, w tym względzie tyle da się powiedzieć, że rozsiane zapalenie nerwów, występujące w drugorzędym okresie przymiotu, zawsze musi być podejrzane. Jeśli w danym przypadku istnieją inne jeszcze momenty przyczynowe, mogące wywołać rozsiane zapalenie nerwów, nie wyłącza to współistnienie innej przyczyny — przymiotu. Przyczynowy związek przymiotowego pochodzenia rozsianego zapalenia nerwów staje się tem prawdopodobniejszym, im wcześniej po wystąpieniu drugorzędnych objawów przymiotu wystąpiły objawy rozsianego zapalenia nerwów.

Największa trudność powstaje wtedy, gdy wiele czynników przyczynowych zjawia się współcześnie. Dotyczy to szczególnie przypadków, w których zapalenie nerwów wystąpiło wkrótce po lub podczas leczenia za pomocą rtęci. Powstaje wtedy trudna nieraz do rozstrzygnięcia kwestya, czy mamy do czynienia z *polyneuritis syphilitica*, czy *mercurialis*. Lecz obok niektórych innych dowodów, przemawiających przeciw otruciu rtęcią, jako przyczynie rozsianego zapalenia nerwów, najważniejszy jest następujący: jeśliby rtęć wywoływała rozsiane zapalenie nerwów, to dłaczegóżby nigdy nie spostrzegano rozwoju tego cierpienia w trzeciorzędym okresie przymiotu, w którym również na szerszą skalę stosowane jest energiczne leczenie rtęciowe? Jeszcze jedno przytoczyć można przeciw otruciu rtęcią, jako przyczynie rozsianego zapalenia nerwów. W wielu przypadkach, które powstały w trakcie leczenia rtęcią, dalsze podawanie tego leku nie tylko nie wpływało na pogorszenie, lecz przeważnie pomyślnie wpływało na dalszy przebieg.

D-ra Franciszka Vesely'ego.

SZARATICA

Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warszawa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO I MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemii, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, niezytu żołądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

MACZKA

NESTLÉ

MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

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



Prospekty dostarcza Administracja
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.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

- RENETOL** zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sól ta pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji.
- RENETOL** zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci buzącej.
- RENETOL** jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielanie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczanów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
 PODNOSI ZASADOWOŚĆ KRWI,
 ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
 WZMAGA 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. KARPİŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Glicerofosfat ziarnisty Magistra Klawe.
 Glicerofosf. ziarn. z żelazem Magistra Klawe.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOŚĆ i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,
 Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

KREWEL & C-o G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonym przez
 Ministerjum Przemysłu i Handlu,

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

Poglądy autorów na istnienie rtęciowego rozsianego zapalenia nerwów, jakkolwiek niezupełnie ustalone, niemniej posiadają pewne znaczenie. Najlepsi znawcy tej sprawy, REMAK, ALLEN STARR, LEVIN, STRAUSS, zapatrują się na rozsiane zapalenie nerwów pochodzenia rtęciowego sceptycznie. Z przypadków, przemawiających za rtęciowem pochodzeniem cierpienia, jedyny FAWORSKIEGO jest, zdaje się, bez zarzutu, niektóre inne niepewne, inne jeszcze zupełnie nie zasługujące na wiarę, tak, że w obecnym stanie naszych w tym względzie wiadomości można tylko powiedzieć, że w niezmiernie rzadkich przypadkach rozsiane zapalenie nerwów jest następstwem ciężkiego ostrego lub przewlekłego otrucia rtęcią.

Wielkie też znaczenie w sprawie tej posiada okoliczność, że w specjalnych pracach, poświęconych otruciu rtęcią, nie jest podany ani jeden przypadek rozsianego zapalenia nerwów, nie mniej i to, że nieliczne dotąd badania doświadczalne, przeprowadzone na zwierzętach, nie dały stanowczej odpowiedzi na interesującą nas sprawę; gdy bowiem BRAUEROWI nie udało się wywołać za pomocą rtęci zmian właściwych rozsianemu zapaleniu nerwów, LETULLOWI tylko w części, HELLER otrzymał dodatni wynik.

Pod względem klinicznego przebiegu przymiotowe rozsiane zapalenie nerwów nieco się różni od zwykłego. Częściej, aniżeli w przypadkach, wywołanych przez inne przyczyny, przeważa zajęcie górnych kończyn. Często też rozsiane zapalenie nerwów występuje w postaci rzekomego wiądu (*pseudo-*

tabes). Lekkie zaburzenia ze strony pęcherza, udział w cierpieniu nerwów mózgowych częściej były spostrzegane, aniżeli w innych postaciach. Na 2 ostatnie punkty autor zaleca w przyszłości zwrócić baczną uwagę.

Rokowanie nie jest bezwzględnie pomyślne; zejście śmiertelne jest niejednokrotnie notowane.

Energiczne leczenie swoiste jest najważniejszym wskazaniem w przymiotowym rozsianym zapaleniu nerwów. W końcu bardzo obszernego artykułu autor podaje następujące wnioski: Istnienie rozsianego zapalenia nerwów pochodzenia przymiotowego nie może ulegać wątpliwości. Przymiotowe rozsiane zapalenie nerwów objawia się najczęściej we wczesnym drugorzędym okresie przymiotu wraz z objawami ze strony skóry i błon śluzowych.

Wystąpienie przymiotowego rozsianego zapalenia nerwów w trzeciorzędym okresie przymiotu nie jest dowiedzione.

Za prawidło przyjąć należy, że otrucie rtęcią w ogólności nie sprowadza spraw polineurytycznych; od tego prawidła mogą być wyjątki (ciężkie ostre otrucie rtęcią).

Obraz kliniczny cierpienia odpowiada większości przypadków zwykłego rozsianego zapalenia nerwów; nieco częstsze jest zajęcie górnych kończyn i objawy rzekomego wiądu.

Przymiotowe rozsiane zapalenie nerwów winno być, jak to zresztą poucza doświadczenie, energicznie leczone rtęcią. Że leczenie to może być szkodliwe, nie jest dowiedzione.

(Münch. Med. Woch. 1909, Nr. 38 i 39).

F. Ar.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z dnia 22 stycznia 1910 r.

TREŚĆ. 1. St. K o p c z y ń s k i i T. J a r o s z y ń s k i. Przyczynek do teorii pityatyizmu (z pokazem chorego). 2. H i g i e r. Dwa przypadki obustronnego porażenia mózgowego dziecięcego. 3. S t e r l i n g. Dwa przypadki zmian odżywczych w kończynach. 4. B y c h o w s k i. Przypadek porażenia wzrokowo - opuszkowego. 5. Ł a p i ń s k i. Przypadek psychozy pochodzenia padaczkowego (?). 6. K n a p p e. Przypadek twardzieli skóry. 7. W u r -

c e l m a n. a) Przypadek choroby Parkinsona b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu 8. T u m p o w s k i. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powiklanej przymiotem. 9. F l a t a u. Przypadek nowotworu mózgu o ostrym przebiegu.

1) St. KOPCZYŃSKI i T. JAROSZYŃSKI przedstawili chorego, dotkniętego ciężką po-

stacją histeryi ¹⁾, na którym przerobili w stanie uśpienia szereg doświadczeń w celu określenia, czy można u niego wywołać za pomocą sugestyi zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze, termiczne, wydzielnicze. Aczkolwiek początkowo doświadczenia te dawały wyniki dodatnie, np. na ręce na drugi dzień po poddaniu występowały bąble z surowiczą ciecżą pod naskórką, to jednak gdy badania te przeprowadzono w warunkach ściśle skontrolowanych (staranne sprawdzanie sposobu bandażowania, pieczętowania), wówczas owych zaburzeń odżywczych nie otrzymano. Raz nawet udało się stwierdzić u chorego symulację: plaster lepki był rozpuszczony przypuszczalnie ogrzanym przedmiotem, może zapalką. Przyspieszenie tętna osiągnąć w 1/2 godziny po poddaniu tylko raz jeden; gorączki, wydzielania potu, zwiększonej ilości moczu nie udało się otrzymać; wpływ sugestyi na odruchy pozostawał bez skutku; dalej wywoływano u chorego silne stany wzruszeniowe (gniew, strach, rozpacz i t. p.), mimika jego oddawała je bardzo plastycznie (mówcy pokazali fotografie na epidiaskopie), tętno chorego pozostawało jednak bez zmiany, czyli że chory te stany raczej udawał, niż je odczuwał. Zdaniem referentów, o ile przyjąć definicyę histeryi, podaną przez Babińskiego, że tylko te objawy wchodzić mogą w obraz histeryi, które są pityatyczne, t. j. które można wywoływać i usuwać za pomocą sugestyi,—to zaburzenia te nie mogą wchodzić w zakres obrazu histeryi. Referenci krytykują niedość kontrolowane prace w tym kierunku niemieckich autorów i żądają wydzielenia z obrazu histeryi różnych stanów, nie mających nic wspólnego z istotną histeryą (np. nerwice lękowe, naczynioruchowe itp.).

W dyskusyi STERLING i PRĘGOWSKI nie przypuszczają by jeden fakt negatywny mógł dowodzić niemożliwości należenia do obrazu histeryi objawów niezależnych woli (naczynioruchowych, termicznych i t. p.)

JAROSZYŃSKI odpowiada, że w piśmien-

nictwie niema ani jednego spostrzeżenia, niezbitcie dowodzącego, że zaburzenia podobne powstały na tle sugestyi.

Szczegółową dyskusyę odłożono do posiedzenia specjalnego.

2) HIGIER przedstawił dwa przypadki obustronnego porażenia mózgowego dziecięcego.

a) 16 letni chłopiec w 1 roku życia przechodził chorobę gorączkową z drgawkami, od tej pory osłabienie siły ruchowej we wszystkich kończynach. W mięśniach różnych okolic kończyn i tułowia widać minimalne skurcze oraz współruchy w lewej nodze. Gdziegdzie ruchy atetotyczne. Mimowolny śmiech. Zaburzenia w połykaniu i w tonacyi. Niedorozwój umysłowy, chwilami stan podniecenia. H. rozpoznaje diplegię mózgową na tle zwyrodnienia pozapalnego w obu półkulach mózgowych i podkreśla: stopniowe pogarszanie się choroby, współruchy, ruchy atetotyczne oraz zaburzenia rzekomo-opuszkowe.

b) 35 letni mężczyzna w dzieciństwie przeżył zapalenie mózgu. W 20-m roku życia drgawki, odtąd napady padaczkowe co 2—3 miesiące. Przedmiotowo ciągle ruchy mimowolne w mięśniach twarzy, języka, kończyn o typie płasawicznym i atetotycznym. Chód niezwykle, dystoniczny: nierównomierne napięcie mięśni. Mowa wybuchowa, nosowa. Znaczny niedorozwój umysłowy. H. rozpoznaje diplegię mózgową o typie mieszanym płasawiczno-atetotycznym.

3) STERLING przedstawił dwa przypadki zmian odżywczych w kończynach.

a) Chory lat 41 od 25 r. życia zaczął doznawać bólów w dużych palcach obu stóp, po roku zjawily się w tych miejscach ranki, co zmusiło chorego do poddania się amputacyi tych palców. Po 3-ach latach czarne plamki, ranki i amputacja lewej nogi poniżej kolana. Po 5 latach to samo (plamki i rany) w prawej ręce, 1 1/2 r. temu w lewej ręce. Przedmiotowo: lewa tętnica ramieniowa ledwie wyczuwalna, tętnica kolanowa i prawa stopowa nie tętnią wcale. Lewostronny niedowład kurczowy. Na wielu palcach zmiana paznogi, *onychogryfosis*, resztki falang ze stożkowatymi paznogciami i t. p. St. uzależnia te zmiany

¹⁾ Chory, jako wybitny histeryk, był już przedstawiony w Tow. Lekarskiem przez Kopczyńskiego przed 10 laty.

od miażdżycy tętnic i podkreśla połączenie miażdżycy tętnic obwodowych z miażdżycą tętnic mózgowych, połączenie objawów bólowych i odżywczych, 3) nikotynizm w wywiadach.

b) Chory lat 40, przed 8 laty podczas pogromu został uderzony żelazem w lewą stopę; po paru tygodniach odrętwienie i bóle w okolicy dużego palca prawej stopy, potem ropienie i martwienie dużego i reszty palców na tej stopie. Po roku to samo z dużym palcem prawej dłoni, od 2-ech miesięcy drętwienie w palcach lewej kисти, następnie to samo w prawej kończynie. Od kilku tygodni niedowład górnych kończyn, zwł. prawej. Przedmiotowo: zmiany odżywcze, niedowład i zaniki mięśniowe w niektórych mięśniach lewego przedramienia i lewej kисти. Odruchy ścięgnowe na lewej kończynie górnej słabe, na innych normalne. Czucie zachowane. St. przyjmuje istnienie sprawy rdzeniowej, wpływającej na zmiany w naczyniach obwodowych i wywołującej zmiany odżywcze.

HIGIER przypuszcza pierwotne zmiany naczyniowe z wtórnem uszkodzeniem odpowiednich nerwów.

FLATAU podkreśla znaczenie urazu psychicznego i wpływ rogów bocznych rdzenia na zmiany odżywcze.

4) BYCHOWSKI przedstawił przypadek porażenia rzekomo-opuszkowego. 50 - letni mężczyzna przed 3½ laty uległ urazowi psychicznemu, po czym zaraz mowa stała się niewyraźną. Przedmiotowo: mowa niewyraźna nosowa, łykanie, żucie bez zmian. Drgania włóknikowe języka i lekki zanik po stronie prawej. Mięśnie podniebienia w stanie niedowład. Zmian elektrycznych w mięśniach twarzy i języka niema. Na lewej kисти zanik drobnych mięśni i drgania włóknikowe. Objaw BABIŃSKIEGO lewostronny. Wobec nagłego początku i dłuższego trwania choroby B. rozpoznaje w danym przypadku sprawę podkorową (możliwość niewielkich wybroczyn).

W dyskusji STERLING przypuszcza istotne porażenie opuszkowe zwł. wobec zaników i drgań włóknikowych w mięśniach języka.

GAJKIEWICZ i BORNSTEIN } rozpoznają stwardnienie boczne z zanikiem mięśni. St. KOPCZYŃSKI zaznacza, że rozpoczynanie się

tego ostatniego cierpienia od porażenia opuszkowego do rzadkości nie należy.

BREGMAN zwraca uwagę, iż w stwardnieniu bocznem cierpią w początkach już nie tylko jądra opuszkowe, lecz i drogi ponadjądrowe.

BYCHOWSKI nie cofa swego rozpoznania wobec braku innych objawów ze strony opuszki, braku zmian elektrycznych i wobec nagłego początku.

5) ŁAPIŃSKI przedstawił przypadek psychozy pochodzenia padaczkowego (?).

Chory lat 51 od dawna cierpi na migrenę, miewał częste omdlenia. W rodzinie dwie osoby cierpią na migrenę, jedna na padaczkę. Chory kilkakrotnie miewał napady silnego podniecenia. Obecnie chory orientuje się niezupełnie, jest zlekka podniecony, pamięć ma osłabioną, samopoczucie wzmożone, ubóstwo kojarzeń, cechy fałszywości w postępowaniu, objawy otępienia. Ł. wyłącza psychozę maniakalno-depresyjną wobec krótkotrwałości okresów podniecenia i cech otępienia i przyjmuje u chorego możliwość psychozy padaczkowej.

BORNSTEIN i PRĘGOWSKI przypuszczają raczej psychozę degeneracyjną. STERLING twierdzi, że maniakalno-depresyjna psychoza może dawać objawy otępienia.

6) KNAPPE przedstawił przypadek twarzdzieli skóry.

Chora lat 22 od kilku lat cierpi na sinicę i drętwienie palców i rąk, uczucie chłodu, swędzenie skóry na twarzy, ramionach i udach, gdzie w ostatnich czasach chora zauważała występowanie zeszywnienia i zgrubienia skóry. *Virgo intacta.* Poprzednio nie chorowała, dziedzicznie nieobarczona. Przedmiotowo: skóra twarzy, klatki piersiowej, kończyn górnych. lśniąca, ½ wygładzona, zgrubiała, mało elastyczna. Twarz pozbawiona mimiki, kисти nieruchome wskutek naciągniętej skóry, palce kolbkowato zakończone, paznokcie poprzecznie prążkowane. Układ nerwowy bez zmian. Próba Cammidge'a i próba tuberkulinowa Pirquet'a dały wynik dodatni. K. podkreśla: niezwykle szybki rozwój zmian sklerodermicznych, zmiany odżywcze części głębszych, nietypowe paliczki, przypuszczalny

związek cierpienia z gruźlicą ustrojową oraz z cierpieniem gruczołów wewnętrznych. Od salicylu stan chorej się poprawia.

W dyskusyi Biuro podkreśla nietypowe

dla tej choroby zmiany odżywcze w palcach w przedstawionym przypadku.

LEWBAJ nie uważa przypuszczenie tu gruźlicy za dość uzasadnione. (D. n.).

Wiadomości bieżące.

— Popierajmy polskie zdrojowiska i uzdrowiska! I. Solanki: *a)* pojedyncze: Birsztań, Druskieniki, Rymanów (zdr. Klaudyi). *b)* jodowo-bromowe: Ciechocinek, Iwonicz, Rabka, Rymanów (źródło Celestyny i Tytusa). *c)* litowe: Rabka, Iwonicz, Rymanów. *d)* żoły (zgęszczone): Ciechocinek, Rabka, Truskawiec. II. Wody gorzkie: Morsztyn. III. Wody siarczane: Busko, Lubień, Niemirów, Solec, Swoszowice, Truskawiec. IV. Szczawy: *a)* alkaliczne: Głębokie, *b)* alkaliczno słone: Krościenko n. Dunajcem, Szczawnica, Wysowa. *c)* wapniowe: Drużbaki, Nałęczów. *d)* żelaziste: Krynica, Nałęczów, Sławinek, Szczawnica, Wysowa, Żegiestów. V. Cieplice: Jaszczurówka koło Zakopanego. IV. Kąpiele morskie: Połoga. VII. Uzdrowiska i stacje klimatyczne: *a)* górskie i podgórskie: Bystra, Delatyn, Dora, Jaremcze, Jaworze, Kosów, Ojców, Pieskowa Skała, Ustroń, Wisła, Worochta, Zakopane, Zawoja. *b)* nizinne: Czarniecka Góra, Grodzisk, Otwock, Sassów, Sławuta.

— Otwarcie wystawy: „Czystość to zdrowie” oznaczono na 16 b. m. W czasie trwania wystawy wygłoszonych będzie około 50 pogadanek z higieny praktycznej.

— Wyszedł z druku Nr. 1 „Medycyny współczesnej”, zawierający tłumaczenie pracy Ortnera: Choroby układu krążenia przez kol. W. Chodeckiego.

— Wyszedł Z. IV „Zdrowia”, zawierający artykuł wstępny, malujący smutny obraz działalności oddziałów prowincjonalnych W. T. H., które zapadają w coraz większą obojętność. Rzecz to tem godniejsza uwagi, iż pierwsze dziesięciolecie tego Towarzystwa wszędzie odznaczało się żywotnością. Rodzi się pytanie, czy wina leży w stosunkach ogólnych krajowych, czy też akademickość rozpraw w oddziałach nie odstręcza czasem dzia-

laczy, którzy, jak widać z artykułu, robią coś jednak poza oddziałami. Prócz artykułu wstępnego znajdujemy artykuł kol. H. Dobrzyńskiego: miasta — ogrody, E. Lublinerowej: Cechy charakterystyczne normalnego rozwoju dziecka w okresie niemowlęctwa i A. Krzymuskiego: W sprawie zaprawy pyłochłonnej do podłóg, streszczenia oraz sprawozdanie za r. 1909 z działalności Towarzystwa higienicznego.

— W Krakowie, jak donosi Przeg. lek., nastąpiła reorganizacja służby zdrowia, utworzono mianowicie 1 posadę lekarza naczelnego, 12 posad lekarzy miejskich, z tych 9 dzielnicowych, 1 asystenta, 1 bakteriologa i 1 lekarza przytułków miejskich, nadto 8 lekarzy szkolnych. Posady obsadzone będą drogą konkursu.

— Ilość zużywanego w szpitalach alkoholu zmniejsza się; dowodem badania prof. Weintrauda w szpitalach Wiesbadeńskich; w r. 1907 w oddziale autora użyto wysokoku za 800 mk., mleka zaś 90000 litrów.

— Contanien w Ak. um. w Paryżu, szczepiąc mysz z rakiem wessanym pod wpływem promieni X, przekonał się, iż w ten sposób została ona uodporniona, odporność wywoływał, szczepiąc myszom nowotwór, poddany działaniu promieni X.

— D. 4 b. m. zakończył się zjazd chirurgów i Roentgenologów w Berlinie; 1/3 część uczestników stanowili cudzoziemcy.

— Na zebraniu zarządów Towarzystw lekarskich w Berlinie uchwalono następujący wniosek: przyjmowanie honorarium za leczenie od lekarzy i ich rodzin nie sprzeciwia się etyce koleżeńskiej.

— Zmarł Edward Pflüger, ostatni asystent Jana Müllera, w 80 roku życia.

STOVAÏNE

Najsilniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo. Dawkowanie takie same jak kokainy.

ATOXYL

Najsilniejszy, najmniej trujący jz organicznych przetworów arsenowych.

TUBERCULIN TEST

W celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej prof. Calmette'a.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Reconstituens, neurasteni, anemia mózgu, męczenie i konwalescencya

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS

Jeneralny przedstawiciel Adolf Weinstein
w Warszawie — Nowo-Jasna 6.

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 frekwencya 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 pudełko opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

WIESBADENSKIE

Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

Dr. Abend, Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszkę, Parkstrasse 30.

Dr. Amson, Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gimnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Taunusstrasse 6.

Dr. Badt, Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specjalnie chodzenia, ataxii. Taunusstrasse 4

Dietenmühle, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Rada sanitarna Dr. Waetzoldt

Dr. Otto Dornblüth, Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.

Dr. Fendt Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.

Dra. R. Friedlaender'a Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.

Dr. Guradze, Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mechanicznym, pracownia i oddział Röntgenowski, Mainzerstr. 3.

Lindenhof, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen Walkmühlstrasse 43/45

Dr. Lubowski Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.

Dr. Jul. Müller, Instytut do fizykal. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4.

Kurhaus Bad Nerotal. Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor D-r Mäckler, Lekarz konsult D-r Plessner.

Kuranstalt Dr. Schloss, dla chorych na żołąd, kiszkę i przemianę materii. Sonnenbergerstr 30, daw. D-ra Plessnera zakład leczniczy.

Dr. Schütz Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materii).

— Prospekty i informacyi udzielają lekarze zakładowi. —

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcaryja). Fabryka założona w 1865 roku.

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dyetyczno-odżywczego pożywienia **lecytynowego** z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszek, Carcinoma, Uleus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają **Ovomaltynę** na pierwszym miejscu pośród pierwszorzędných środków **leczniczo-odżywczych**.

Ovomaltyna niezbędna przy mlecznej kuracji. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoriach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić **Ovomaltynę** w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PROBKI i LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel **A. BARDET**, Warszawa, Wspólna 64.



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.