

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 17.

Warszawa d. 23 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 Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚC. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do sprawy cierpień nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży, podał Leon Endelman. — Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych, podał d-r med. Henryk Higier. (Dok.) — WYKŁADKLINICZNY. O stosowaniu przekłucia łądźwiowego w celach rozpoznawczych i leczniczych, podał Feliks Podkólniński. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna.* 78. Aladar Schütz. Przyczynek do nauki o skazie wysiękowej (diathesis exudativa). — 79. Frischmuth. O zatorze tłuszczowym. — *Choroby dzieci.* 80. O. Heubner. O rozpoznawaniu różniczkowym ostrych chorób wysypkowych. 81. M. Flamini. (Rzym). Plamki Koplika. Kliniczne, histologiczne i bakteryologiczne spostrzeżenia nad niemi. — 82. Kornel Preisich. O gorączce ploniczej. — 83. B. van H. Authony. O charakterystyce paciorkowców w gorączce ploniczej. — 84. G. Appiani. Szkarlatyna i róża. — 85. Comby. O wymiotach peryodycznych u dzieci. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chorób nerwowych d-ra med. L. Bregmana w szpitalu starozakonnym na Czystem.

Przyczynek do sprawy cierpień nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży.

Podał
Leon Endelman.

Okres ciąży, jak o tem świadczą liczne badania, wywołuje w ustroju kobiecym cały szereg różnorodnych zmian. Przedewszystkiem powstają dość wybitne zaburzenia w krążeniu, ciśnienie krwi się wzmacnia, ulega

ona rozwodnieniu, następuje wzmożenie przemiany materji. Znacznie powiększona macica, zwłaszcza w ostatnich okresach ciąży, oddziaływać musi przez ucisk na sąsiednie pnie naczyniowe i nerwowe. Należy również mieć na względzie pewne samozatrucie ustroju ciężarnej kobiety, gdyż, z jednej strony, skutkiem zaburzeń w przemianie materji ustrój taki wytwarza więcej jądów, aniżeli to się odbywa w warunkach zwykłych, z drugiej zaś, rozszczepianie się tych jądów i wydalanie w okresie ciąży ulega upośledzeniu. Skutkiem tego powstaje nagromadzenie w ustroju

pewnej ilości jądów, które, krążąc we krwi, mogą w pewnych warunkach oddziaływać szkodliwie na rozmaite narządy, więc też i na narząd wzrokowy.

Mimo te pomyślne warunki, zaburzenia oczne, ściśle zależne od ciąży, nie należą do częstych. WINCKEL ¹⁾ spostrzegał je zaledwie w 5 przypadkach spośród 319 kobiet w okresie ciąży, co czyni 1,6%.

POWER (2) dzieli zaburzenia oczne w przebiegu ciąży na trzy kategorie: pierwszą stanowią choroby oczne, zależne od ogólnej małokrwistości, jak środkowe owrzodzenia rogówek, zmniejszenie zdolności nastawczej oczu (akomodacyi) i zrzadka spotykane cierpienia dróg nosowo-łzowych; do drugiej zalicza zaburzenia oczne, występujące w przebiegu cierpienia układu nerwowego i skutkiem nagłej a obfitej utraty krwi; objawiają się one w częściowej lub zupełnej ślepotcie przy istnieniu zmian wziernikowych (zanik nerwów wzrokowych) lub zupełnym ich braku; wreszcie trzecia kategoria obejmuje zaburzenia wzroku w następstwie białkomoczu w ciąży.

LUTZ (3), biorąc rzecz ogólniej, uznaje dwie drogi, po których dotrzeć mogą do narządu wzroku szkodliwe czynniki w okresie ciąży, a mianowicie drogę bezpośrednią — zaburzenia w odżywianiu i przemianie materii ustroju — i pośrednią — jako skutek ciężkiego cierpienia jednego narządu. Podczas gdy druga stanowi drogę najczęstszą — mamy tu na myśli zaburzenia wzroku, towarzyszące zajęciu nerek w przebiegu ciąży, — przypadki uszkodzenia narządu wzroku bez pośredniczącego ogniw, tylko na skutek głębokich zmian, zachodzących w całym ustroju podczas ciąży, są nader skąpo rozsiane w piśmiennictwie.

Zachodzi pomiędzy temi dwiema grupami zaburzeń ocznych jeszcze ta różnica, że, podczas gdy związek pomiędzy cierpieniem oczu a np. zajęciem nerek jest już do pewne-

go stopnia ustalony, zależność zaburzeń wzroku od ogólnych warunków w ustroju, jakie sprowadza ciąża, pozostaje nader hipotetyczną, i wszelkie próby wyjaśnienia tej zależności, jak dotychczas, nie mogą rościć sobie prawa do zupełnej, a nawet przybliżonej pewności.

Przypadek, spostrzegany przez nas, dotyczy zupełnej utraty wzroku podczas ciąży, nie powikłanej żadnem cierpieniem narządów wewnętrznych, zwłaszcza nerek, wobec czego poniżej mowa będzie jedynie o pierwszej kategorii zaburzeń wzroku według podziału LUTZA. I z tej grupy pominiemy przypadki, dotyczące powikłań ze strony rozmaitych błon oka, jak rogówka, naczyniówka, siatkówka i t. p., a zatrzymamy się jedynie na opisie spraw chorobowych w nerwie wzrokowym, spostrzeganych w przebiegu ciąży, które udało się nam zebrać z dostępnego nam piśmiennictwa.

Zapalenie nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży, jak to bywa i w innych ogólnych cierpieniach, może się objawiać w postaci zapalenia wewnątrz-galkowej części nerwu, czyli t. zw. *papillitis, neuritis optica*, lub też w postaci t. zw. *neuritis retrobulbaris*, czyli zajęcia odcinka pozagalkowego n. w., którą cechuje brak wybitniejszych zmian wziernikowych, w której, natomiast, zjawia się znaczne upośledzenie wzroku skutkiem istnienia t. zw. przerw środkowych (*scotoma centrale*) w polu widzenia.

Przypadków pozagalkowego zapalenia nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży z całego dostępnego nam piśmiennictwa zdołaliśmy zebrać zaledwie sześć: po jednym GAŁĘZOWSKIEGO (4) i CHURCHILLA (5) i cztery przypadki UHTHOFFA (6). GAŁĘZOWSKI spostrzegał środkową przerwę w polu widzenia w przebiegu ciąży u żony pewnego kolegi, CHURCHILL — obustronne środkowe skotomaty, które znikły dopiero po upływie 3 — 4 miesięcy po porodzie. Rozpatrując pod względem etiologii

66 przypadków przewlekłego zapalenia poza-
gałkowego nerwów wzr. (nie licząc przypad-
ków, wynikłych na tle zatruc), w czterech za-
ledwie mógł UHTHOFF odnaleźć jako jedyne
źródło tego cierpienia daleko posunięty okres
ciąży. Z tych przypadków tylko u jednej
chorej cierpienie dotyczyło obu oczu, u 3-ch
pozostałych dotknięte było tylko jedno oko.

W przeciwieństwie do tej względnie nad-
zwyczajnej rzadkości przypadków zapalenia
nerwów wzr. w przebiegu ciąży, jaką wyżej
zaznaczyliśmy, BOSSE na podstawie badań
wziernikowych znacznej liczby kobiet ciężar-
nych przychodzi do wniosku, że nieznaczne
zmiany w nerwie wzrokowym, jak zarumienie-
nie, przekrwienie, zatarcie brzegów bro-
dawki, napotykają się bardzo często. Po po-
rodzie mają te zmiany ustępować bez śladu.
Żadnych podmiotowych zaburzeń wzroku
BOSSE przy tem nie spostrzegł. Biorąc na
uwagę, że nieznaczne przekrwienie brodawki
nerwu wzrokowego znajdować się jeszcze
może w granicach fizjologicznych, że BOSSE
odnajdywał podobne zmiany prawie u $\frac{3}{4}$ ko-
biet w 10-ym miesiącu ciąży, zupełnie słusznie
mniema GROENOUW (8), że BOSSE normalne
obrazy dna ocznego brał za patologiczne.

Wszystkie przypadki rzeczywistego za-
palenia nerwów wzr. w przebiegu ciąży mają
tę wspólną cechę, że zaburzenia wzroku pra-
wie zawsze zjawiają się nie wcześniej, niż
w 4-ym miesiącu ciąży, często daleko później,
bo pomiędzy 7-ym a 10-ym. W jednym tylko
przypadku VALUDEA (9) cierpienie rozpoczęło
się już w pierwszym miesiącu ciąży. Upośle-
dzenie wzroku skutkiem cierpienia n. w. roz-
wija się przeważnie powoli, w ciągu kilku ty-
godni lub miesięcy, o ile nie następuje szyb-
ka i zupełna utrata wzroku skutkiem zajęcia
plamkowych włókien nerwu wzr. Najczęściej
bywają dotknięte oba nerwy wzrokowe, acz-
kolwiek nie jednocześnie: w jednym oku może
być wzrok już zupełnie stracony, drugie mo-

że mieć jeszcze względnie dobrą ostrość wi-
dzenia [przypadek KNAPPA (10)]. Poprawa lub
zupełne wyzdrowienie następuje zwykle do-
piero w jakiś czas po rozwiązaniu.

Rokowanie w tych cierpieniach ner-
wu wzrokowego stawiać należy bardzo oględ-
nie. MEYER-RUEGG (11) uważa je za bardziej
niepomysłne, aniżeli w *retinitis albuminurica*,
nawet przy powikłaniu odklejeniem siat-
kówki. Niekiedy następuje zupełna poprawa,
częściej niezupełna, jak np. w przypku POWE-
RA, gdzie jedno oko osłepło zupełnie, w dru-
giem pozostało tylko zwięźlenie pola widzenia.
W przypadkach DEVALLA i CULBERTSONA (12)
nastąpiło zupełne wyzdrowienie po wywoła-
niu przedwczesnego porodu. W przypadku
BULLA (13) podczas każdej z trzech ciąży wy-
stępowało obustronne zapalenie nerwów
wzrokowych z zupełną utratą wzroku, lecz
z zejściem pomyślnem po odbytych porodzie;
mimo to każde z tych zapaleń pozostawiało
ślady, gdyż ostatecznie prawem okiem chora
mogła odróżniać zaledwie światło od mroku,
w lewym zaś ostrość widzenia wynosiła $\frac{1}{60}$,
a wziernik wykrywał daleko posunięty zanik
obu nerw. wzr.

Przechodzimy do opisu naszego przy-
padku.

D. W., lat 46, przybyła do oddziału 20
czerwca 1909 roku. Zameżna od 27-iu lat,
rodziła 12 razy: 6-ro dzieci żyjących, zdro-
wych, 6-ro zmarło w młodym wieku skutkiem
chorób zakaźnych. Mąż zdrów, żadnych
cięższych chorób nie przebywał. Chora obec-
nie jest w dziewiątym miesiącu ciąży. Prze-
bieg ciąży jest najzupełniej normalny: chora
nie krwawiła, nie miała i nie ma żadnych bó-
łów w okolicy brzucha i miednicy, nie było
drgawek. W dzieciństwie i w wieku później-
szym żadnych obłożnych chorób nie przecho-
dziła, wzrok miała dobry, żadnych nerwobó-
łów nie doznawała. Cierpi na lekkie zapar-
cie stolca, mocz oddaje dobrze, w zwykłej

ilości. Przed 8-ma tygodniami uczuła ból w prawej połowie górnej wargi, do którego później przyłączył się ból w prawym policzku i po stronie prawej czoła. Początkowo przypisywała te bóle spróchniałemu pienkowi, który też został usunięty. Mimo to bóle nie ustępowały, owszem, wzmagaly się coraz bardziej. Prócz bólu miewa często w tej okolicy uczucie drętwienia lub palenia. Bólów w oku prawem nigdy nie miewała, lecz przed dwoma tygodniami zauważyła szybko postępujący zanik wzroku w tem oku. Wkrótce po wystąpieniu bólów w prawej połowie twarzy zjawily się tegoż charakteru bóle w oku lewym i w lewej połowie głowy (w okolicy czołowej i ciemieniowej). Lewem okiem widzi dobrze. Bóle są prawie stale, lecz niekiedy, zwłaszcza w nocy, potęgają się znacznie. Dziaśła, zęby niebolesne. Podczas jedzenia nie uczuwa w jamie ustnej żadnego bólu.

S t a n o b e c n y. Chora dobrej budowy i dobrego odżywiania. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Ciepłota 36,4°, tętno 96. Badanie moczu nie wykazało białka, ani cukru.

Gdy chora patrzy przed siebie, występuje nieznaczny zbieżny zez oka prawego. Przy ruchach gałek ocznych zauważyć się daje osłabienie ruchu prawej gałki w prawą stronę: nie dochodzi ona dość znacznie do zewnętrznego kąta. Wszystkie inne ruchy gałek wykonywa zupełnie sprawnie. Żrenice prawie równe, okrągłe. Odczyn na światło prawej żrenicy zwolniony, zwłaszcza w porównaniu z zupełnie dobrze zachowanym odczynem lewej. Na nastawczość (akomodację) obie żrenice oddziałują dobrze. Lewem okiem widzi dobrze, dokładnie rozpoznaje dalekie przedmioty, prawem nie może policzyć palców przed okiem, widzi zaledwie niewyraźne zarysy przedmiotów („jakby w ciemną noc”).

Badanie czucia na twarzy wykazuje: zmniejszenie czucia dotykowego i bólowego (*hypoesthesia*) w kształcie wysepki na górnej wardze z prawej strony w zewnętrznym jej odcinku (nad kątem ust). Takież osłabienie czucia na błonie śluzowej górnego dziąsła z prawej strony ponad małymi trzonowymi zębami, z których jednego brak (p. wyżej). Reszta zębów z tej strony zachowana, próchnica niewidoczna. Przy ucisku na górną wargę z prawej strony i *regio zygomatica dextra* chora odczuwa wyraźny ból.

Odruch z błony śluzowej nosa jednako- wy z obydwu stron, jak również powonienie. Niekiedy chora odczuwa jakby zapchanie w prawej połowie nosa. Smak zachowany z obu stron języka, jednak chora uskarża się, że niekiedy jedzenie nie ma żadnego smaku. Badanie kończyn i tułowia nie wykazuje żadnych zaburzeń pod względem neurologicznym.

Badanie rynologiczne nie wykazało jakiejkolwiek sprawy patologicznej w jamach bocznych nosa.

25/VI. Bóle silne w lewej połowie głowy (powierzchnia czoła i ciemienia) i z prawej strony twarzy, noc spędziła bezsen- nie; skarży się, że od rana gorzej widzi już i lewym okiem. Zastosowano leczenie specy- ficzne: KJ i wcierania szaruchy (3,0).

26/VI. Spała nieco lepiej, bóle z lewej strony głowy i w lewym oku nieco mniejsze. Tętno 108. Duże pragnienie, każde jedzenie ma smak spaczony. Znieczulenie na twarzy bez zmian.

Badanie oczu: szczeliny powiekowe je- dnakowo rozwarte, zbieżny zez prawego oka skutkiem porażenia prawego nerwu odwodzą- cego (*n. abducens*), prawa żrenica nieco szer- sza od lewej. Prawa żrenica wprost nie od- działywa zupełnie na światło, zwrotnie — do-

brze. Odczyn lewej źrenicy na światło — dobry, zwrotny — nie otrzymuje się.

Wziernik wykrywa bardzo nieznaczne zblednięcie prawej tarczy i lekkie zatarcie jej brzegów przy zupełnie dobrze zachowanej lewej. Nigdzie na obwodzie dna ocznego, jakoteż w okolicy brodawki n. w. zmian patologicznych odnaleźć nie można. Badanie ostrości wzroku wykazuje: oko prawe V=O (brak zupełny czucia świetlnego), oko lewe liczy palce na odległości 2 metrów. Badanie pola widzenia lewego oka wykazuje przerwę środkową (*scotoma centrale*) na wszystkie kolory i biały.

29/VI. Tętno 108. *Polydipsia* i *polyuria*. Badanie moczu nie wykazuje obecności ani białka, ani cukru. Bóle z lewej strony głowy znów się wzmogły, zwłaszcza w lewej ciemieniowej i skroniowej okolicy, mają one charakter palenia, cierpienia tych okolic. Badanie powonienia stwierdza dziś zniesienie tego czucia, lecz w jednakowej mierze z obu stron. Wysypka znieczulenia skóry nad górną wargą z prawej strony nieco się rozszerzyła w górę (na policzek) i na wewnątrz (w stronę skrzydła nosa). Smak zachowany. Badanie oczu wykazuje podmiotowo: wybitny ból w lewym oku, skroni i ciemieniu, w prawym oku uczucie palenia. Ucisk na gałki, ruchy gałek lekko bolesne. Źrenice szerokie, prawa nieco szersza. Ruchy gałek—bez zmian (*paresis n. vi abducentis dextri*). Badanie siły wzroku stwierdza w oku lewym już zaledwie istnienie ilościowego czucia świetlnego, przy czem odczuwa światło tylko od góry, wewnątrz i zewnątrz, na wprost i od dołu — czucie jest upośledzone; w oku prawym zupełna ślepotą. Wziernik nie wykonywa żadnych zmian na dnie oczu, prócz niewydatnego zblednięcia prawej brodawki i zaledwie nieznacznego rozszerzenia żył na obu tarczach nerwu wzrokowego.

2/VII. Badanie moczu nie wykazuje białka i cukru. Uskarża się nadal na silne

ściągnięcie, palenie i bóle w lewej połowie czaszki i w głębi lewego oka. Bolesność przy opukiwaniu obu okolic skroniowych i czołowych, wrażliwość w tych miejscach na ucisk. Ucisk na gałki niebolesny, lecz lewa gałka bardziej wrażliwa. Ucisk na punkty *supra-i infraorbitales* nie wywołuje bólu.

Źrenice umiarkowanie szerokie, równe, zupełnie nie oddziałują na światło. Badanie siły wzroku wykazuje już zupełny brak uczucia światła w obu oczach. Wziernik stwierdza też same zmiany, co przy ostatnim badaniu.

10/VII. Przez cztery ubiegłe dni trwały nieustające, nadzwyczaj silne bóle w lewej okolicy ciemieniowej i w obu gałkach. Dziś ból znacznie słabszy, ostatnią noc spała chora spokojnie. Znieczulenie z prawej strony górnej wargi nieco mniej wydatne, aczkolwiek wyraźne w porównaniu z lewą stroną. Porażenie prawego n. *abducentis* bez zmian. Źrenice szerokie, równe, brak wszelkiego odczynu na światło. Zupełny brak uczucia światła w obu oczach. Wziernik stwierdza już wyraźną bladłość obu tarcz w całości, przy czem na prawej brodawce brzegi są niezupełnie przejrzyste, na lewej — granice wyraźne.

17/VII. Bóle głowy, na twarzy i w oczach od czterech dni mniejsze, ma uczucie zatykania w nosie i suchości w ustach. Przy łykaniu potraw uczuwa „twardość” z prawej strony przełyku, również i język z prawej strony robi wrażenie „drewnianego”. Ruchy gałek, jak wyżej; przy krańcowych pozycjach zjawiają się lekkie drgania oczopląsowe. Źrenice równe, szerokie, brak wszelkiego odczynu na światło. V=O obustronnie. Oftalmoskopowo zmian od czasu ostatniego badania niema: obie tarcze bladawe.

21/VII. Tętno 80. Od trzech dni ponowiły się bóle głowy, najsilniejsze w lewej skroni i w głębi lewego oka. Ma lekkie nudności, lecz nie wymiotowała ani razu. Prag-

nienie wielkie. Ogólna ilość moczu na dobę. 3,000 cent. sz. Mocz białka i cukru nie zawiera.

24/VII. Bóle głowy wzmogły się: boli cała głowa, lecz najmocniej lewa ciemieniowa, skroniowa i okolica lewego oka. W prawej połowie twarzy i w powiekach doznaje uczucia silnego palenia. Źrenice szerokie, nie oddziałują. V=O. Ruchy gałek bez zmian. Wziernik wykrywa obecnie już zupełnie wyraźny zanik obydwu nerwów wzrokowych, przy tem w prawym oku o niezupełnie pewnym charakterze pozapalnym (*post. neurit. optic?*)

26/VII. Bóle i parestezye ustały od dwóch dni. Nudności niema, wymiotów przez cały czas choroby nie było. Opukiwanie, ucisk na czaszkę, gałki niebolesne. Zmiany czucia na twarzy trwają bez zmian. Stan oczu bez zmiany.

31/VII. Bóle są, ale słabsze, pod innymi względami bez zmian.

6/VIII. O godzinie 5-ej nad ranem skutkiem rozpoczęcia się bólów porodowych chora została przeniesiona do oddziału położniczego d-ra NATANSONA. O godzinie 10-ej rano urodziła żywe donoszone dziecko płci żeńskiej. Poród odbył się prawidłowo, bez pomocy lekarskiej.

10/VIII. Samopoczucie chorej znacznie lepsze: bóle głowy zupełnie znikły, również ustały dokuczliwe parestezye na twarzy. Wysepka znieczulenia skóry prawie znikła: chora odczuwa tu dotyk i ból, jedynie, może, nieco gorzej, niż po drugiej stronie. Onegdaj zauważyła, że zaczyna powracać wzrok w prawem oku: zaczęła rozpoznawać okno, ruchy osób i najbliższe przedmioty. Dziś może policzyć palce na odległości 10 cent.

19/VIII. Bólów żadnych chora nie odczuwa, ogólnie czuje się zupełnie dobrze, lecz wzrok znów się pogorszył: może zaledwie odróżnić światło od mroku.

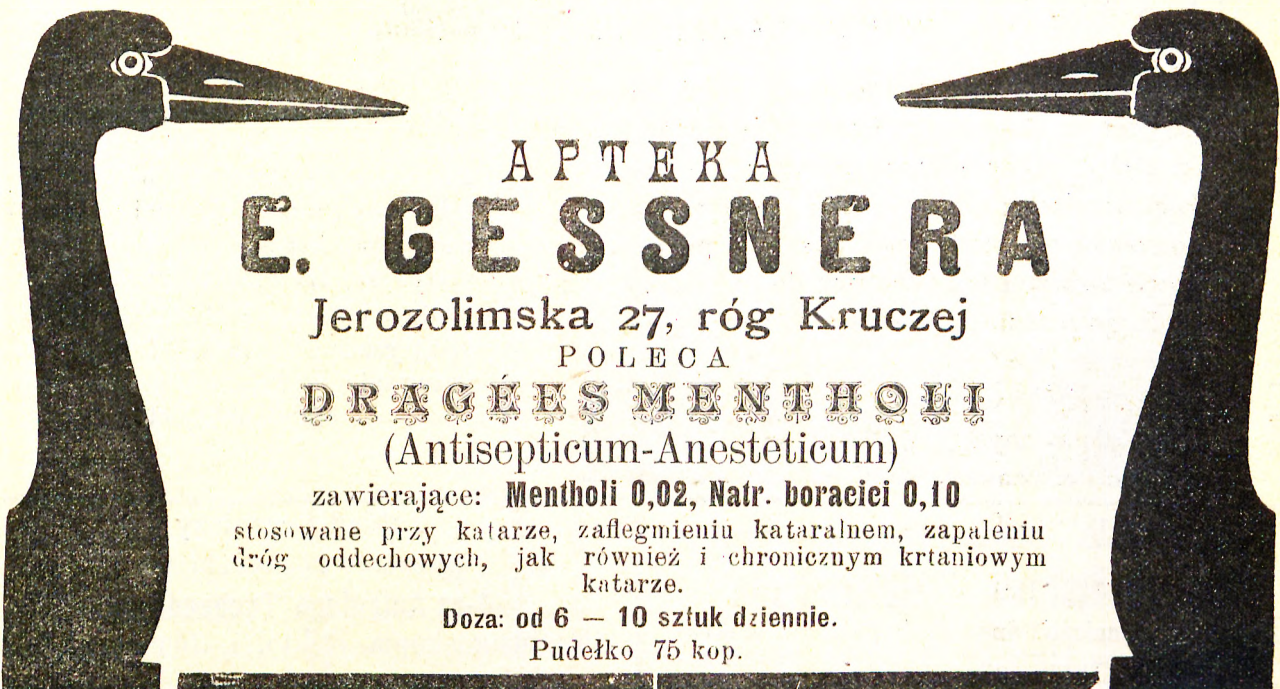
25/VIII. Stan ogólny chorej nie pozostawia nic do życzenia, lecz ślepotą jest zupełna.

30/VIII. Chora była badana powtórnie rynologicznie (d-r ZAMENHOF), przy czem badanie dało rezultat najzupełniej ujemny.

4/IX. Stan ogólny chorej zupełnie dobry. Ruchy gałek prawidłowe nie wszystkich kierunkach, w szczególności znikła pareza prawego prostego zewnętrznego mięśnia (*m. rectus externus*). Ślepotą zupełna, źrenice na światło nie oddziałują. Oftalmoskop: obustronny zanik nerwów wzrokowych.

5/IX. Na własne żądanie zostaje wypisana bez poprawy wzroku. Bóle głowy i parestezye w twarzy nie zjawiały się od porodu.

Streszczając wywiady, przebieg i zejście naszego przypadku, możemy go przedstawić, jak następuje: u chorej, rodzącej po raz 13-ty, cieszącej się do ostatniej chwili najlepszym zdrowiem, w ostatnim miesiącu ciąży bez wszelkiej wiadomej przyczyny nagle wystąpiło szybko postępujące upośledzenie wzroku w jednym oku, które po upływie dwóch tygodni doprowadziło do zupełnego ociemnienia tego oka. Niespełna w 10 dni potem tenże los spotyka drugie oko. Badanie wziernikowe wykrywa początkowo bardzo nieznaczne zmiany zapalne w jednej tarczy nerwu wzrokowego, w drugim oku — brak wszelkich zmian na dnie. Dopiero po upływie 3 — 4 tygodni od chwili ociemnienia powoli zaczął występować obraz zaniku obu nerwów wzrokowych. Badanie podmiotowe wzroku, które można było przeprowadzić tylko na jednym oku, gdyż chora przybyła do oddziału już prawie zupełnie ślepa na drugie, podczas szybko postępującej utraty, wykazało typową przerwę środkową w polu widzenia. Z objawów, towarzyszących tej tak szybko rozwijającej się ślepotcie, mogliśmy spostrzedz bóle i parestezye w obrębie obu nerwów



A P T E K A
E. G E S S N E R A

Jerozolimska 27, róg Kruczej

P O L E C A

D R A G É E S M E N T H O L I

(Antisepticum-Anestheticum)

zawierające: Mentholi 0,02, Natr. boraciei 0,10

stosowane przy katarze, zaflegmieniu kataralnem, zapaleniu dróg oddechowych, jak również i chronicznym krtaniowym katarze.

Doza: od 6 — 10 sztuk dziennie.

Pudełko 75 kop.

LECZENIE KAKODYLOWE

(Arszenikiem Organicznym)

Wszelkie skażenia krwi i zmiany w odżywianiu. Choroby skóry
Charłactwo pochodzenia zimniczego. Neurastenia. Cukrzyca.

ARSYCODILE

(Cacodylate de Soude)

Banieczki dozowane po 0,05
jedno wstrzykiwanie dziennie.

FERROCODILE

(Cacodylate ferreux)

Żelk swisty w niedokrwistości i blednicy

Pigulki dozowane po 0,025, 4 dziennie.

NEO ARSYCODILE

(Methylarsinate arsodique)

Pigulki dozowane po 0,01; 4 do 5 dziennie
Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzy-
kiwanie dziennie.

FERRICODILE

(Cacodylate ferrique)

Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzy-
kiwanie dziennie.

Próby na żądanie.

Dr. M. Lepince

62 Rue de la Tour Paris.



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.

Pracownia analityczno-lekarska D-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)
telefon 73-46 albo 44-83.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto, i Romano-skopia
przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. przyw. Plac Saski 5 tel. 62-87

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. 1-szy asyst. Kliniki Lekarsk. Un. Jag.

ordynuje jak dawniej od 1-go maja do 30 września w MARIENBADZIE, Haus Hamburg.

D-r M. Springer

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

Hemogen Magistra Klawe

plyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, 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.

Extractum NANNING Chinae

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

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

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

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

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

trójdzielnych (ból głowy miały tylko ten charakter), bezczułość w obrębie 2-jej gałęzi n. trójdzielnego z prawej strony i porażenie z tejże strony nerwu odwodzącego gałkę.

Tak charakterystyczny przebieg cierpienia nerwów wzrokowych nie pozostawia najmniejszej wątpliwości, że chora przebyła t. zw. ostre pozagalkowe zapalenie nerwów wzrokowych (*neuritis retrobulbaris acuta*).

Należy teraz rozstrzygnąć pytanie, czy i w jakim związku pozostaje to cierpienie nerwów wzrokowych z ciążą chorej. Samo przez się rozumie się, że w przebiegu ciąży zjawiać się mogą najrozmaitsze cierpienia oczu, jako zupełnie przypadkowe powikłania, nie mające z nią żadnego związku przyczynowego. Słusznie też, zdaniem MEYER-RUEGGA (11) poczytywać należy za zależne od ciąży jedynie takie objawy chorobowe ze strony oczu lub innych narządów, które po ukończeniu ciąży ustępują lub też zjawiają się prawidłowo przy następnych ciążach. W naszym przypadku żadne z tych zastrzeżeń nie da się całkowicie zastosować, gdyż wywiady nie dały nam pod tym względem żadnego wskaźnika, nie ustąpiły też objawy chorobowe po odbytych porodzie: chora, jak wiadomo, ostatecznie wzrok utraciła. Mimo to, zdaniem naszym, między cierpieniem nerwów wzrokowych a ciążą w naszym przypadku istnieje związek bezpośredni, a świadczy o tem okoliczność następująca. Ból głowy, zmiany czucia w obrębie nerwu trójdzielnego i porażenie nerwu odwodzącego, które towarzyszyły zaburzeniom wzroku, znikły ostatecznie po odbytych porodzie, nie ulegając podczas samej ciąży prawie żadnym wahaniom. Wobec tego, jeśli w myśl zastrzeżenia MEYER-RUEGGA uważać będziemy powyższe zaburzenia, prócz utraty wzroku, za zależne od ciąży, tegoż samego źródła dopatrzeć się musimy dla zmian w nerwach wzrokowych. Jak gdyby na poparcie tego naszego twierdzenia, po od-

bytym porodzie, gdy ustąpiły powyższe objawy chorobowe, mogliśmy, co prawda, przez krótki okres czasu (około 10 dni) w jednym oku spostrzegać nie ulegającą wątpliwości poprawę wzroku. Za tem przemawia również brak w wywiadach i w rezultatach badania chorej tych czynników, które, jak wiadomo, wywołać mogą ostre lub przewlekłe zapalenie pozagalkowe nerwów wzrokowych: zatrucie wysokiem, nikotyną, ołowiem, siarkiem węgla, cukrzyca, przymiot (energiczne leczenie specyficzne dało najzupełniej ujemny wynik), stwardnienie rozsiane, silne oziębienie całego ciała, sprawy zapalne w bocznych zatokach nosa i t. p.

Większe nieco trudności nastęrcza wyjaśnienie faktu, dlaczego zmiany w nerwach wzrokowych pomimo krótkotrwałej poprawy ostatecznie doprowadziły do zupełnego ociemnienia, podczas gdy towarzyszące im zmiany w nerwie odwodzącym i nerwach trójdzielnych przeminęły bez śladu dla czynności unerwianych przez nie narządów. Dwie możliwości zdolne są to nam wytłomaczyć: albo napięcie sprawy chorobowej w nerwach wzrokowych było znacznie większe, aniżeli w tamtych, lub też, w myśl teorii EDINGERA, nerwy wzrokowe u naszej chorej, obdarzone z natury nieznaczną odpornością na wpływy szkodliwe, uległy całkowicie w walce z chorobotwórczym czynnikiem, jaki w tym przypadku nastęrczyła ciąża. Za tą możliwością przemawiałoby cierpienie obu nerwów wzrokowych, podczas gdy nerw odwodzący, a trójdzielny w znacznej mierze były zajęte tylko po jednej stronie.

Jeśli teraz zechcemy doszukiwać się łącznika pomiędzy ciążą a wywołanemi przez nią w naszym przypadku zaburzeniami, to, jak to już zaznaczyliśmy na wstępie pracy, zmuszeni będziemy pozostawać całkowicie w zakresie bardzo mglistych hipotez. Wobec jednoczesnego zajęcia przez sprawę choro-

bową takich oddalonych od siebie pod względem ich ośrodkowego pochodzenia nerwów, jak nerwy wzrokowe, nerw odwodzący i trójdzielne, nie mamy najmniejszej podstawy do przyjęcia jakiegoś wspólnego ogniska, czy to w samem mózgowiu, czy też na podstawie czaszki. Zresztą pewną wskazówkę co do umiejscowienia sprawy chorobowej, przynajmniej dla nerwów wzrokowych, daje nam badanie wziernikowe, które początkowo prawie zupełnie ujemne, po upływie 3—4 tygodni wykazało zanik nerwów wzrokowych. Liczne badania kliniczno-anatomiczne świadczą, że tyle czasu upłynąć musi, aby zmiany zapalne w t. zw. środkanaliowym (*canalis opticus*) odcinku nerwu wzrokowego odbiły się na brodawce w postaci wyraźnego jej zaniku. Ztąd wyciągnąć możemy wniosek, że w naszym przypadku czynnik chorobotwórczy po-działał na nerwy wzrokowe w ich obwodowych odcinkach. Tegoż charakteru było i porażenie nerwu odwodzącego. Opis podobnego przypadku porażenia jednego nerwu odwodzącego w przebiegu ciąży znajdujemy u ALTMANNA, który uważa je za obwodowe zapalenie tego nerwu na tle toksycznym, BLODIG (15) u pewnej chorej zauważył na początku ciąży zbieżny zez jednego oka, do czego wkrótce przyłączył się zez i drugiego. Po odbytych porodzie zaburzenia ruchów gałek znikły, lecz znów się zjawiły w następnej ciąży.

Trudniej daleko znaleźć wyjaśnienie dla zmian, jakie u naszej chorej występowały w obrębie rozgałęzienia nerwu trójdzielnego (bezczułość nad prawym kątem ust). Była tu zajęta tak drobna gałązka, że mimowoli nasuwa się myśl, czy dla tego zaburzenia nie należałoby poszukać jakiejś miejscowej przyczyny. Jak wiadomo z historii choroby, w bezpośrednim sąsiedztwie z okolicą, gdzie wystąpiły bóle, parestezyę i znieczulenie, był spróchniały pień zęba. Niezaprzeczoną jest rzeczą, że próchnica zębów może być punktem

wyjścia dla uporczywych neuralgii nerwu trójdzielnego. W swej pracy SALO COHN (16) udziela względnie dużo miejsca neuralgiom nerwu trójdzielnego w przebiegu ciąży, przy-czem sądzi, że często w tych razach spróchniałe zęby stanowić mogą ogniwo pośrednie dla przeniesienia zadrażnienia, powstałego na tle ogólnem, na nerw trójdzielny. Nie dość na-tem, gdyż S. COHN przypuszcza, że zadrażnienie to z nerwu trójdzielnego dalej przenieść się może na oko i wywołać odruchowo cały szereg zaburzeń oka i sąsiednich okolic (t. z. *reflectorische Augenaffectio-nen*) i na dowód przy-tacza cały szereg przypadków z piśmiennictwa. Nie idziemy tak daleko, jak COHN, pragnęliśmy tylko wskazać, czyby tak dziwnego umiejscowienia sprawy chorobowej w nerwie trójdzielnym nie dało się wytłomaczyć w powyższy sposób.

Jeśli wyżej postaraliśmy się dowieść zależności zaburzeń w nerwach wzrokowych, nerwie odwodzącym i trójdzielnym u naszej chorej wyłącznie i jedynie od ciąży, należałoby jeszcze odpowiedzieć na pytanie, na jakiej drodze zaburzenia te powstały. Odpowiedź, jak dotychczas, może być tylko jedna, jak to przyjmują BERGER-LOEWY (17), MEYER-RUEGG i inni, mianowicie samozatrucie ustroju ciężarnej kobiety.

Szanownemu Panu Doktorowi BREGMANOWI składam niniejszem szczerą podziękę za dostarczenie mi materiału i wskazówki przy jego opracowaniu.

LITERATURA.

1. W i n c k e l. Berichte u. Studien aus d. Königl. Sächs. Entbindungsinstitut in Dresden. 1876. (cyt. według Rungego).
2. P o w e r. The diseases of the eye etc. Lancet 1880 (cyt. według Rungego).
3. L u t z. Augenerkrankungen während d. Gravidität u. im Puerperium. Mitteil. d. ophth. Klinik. in Tübingen. 1884. (cyt. według Rungego).
4. G a ł ę z o w s k i. Sur les altérations oculaires des femmes enceintes. Rec. d'ophth. 1874. (cyt. według Groenouwa).

5. Churchill. (cyt. wed. Cohna).
6. Uthoff. Untersuchungen über d. Einfluss d. chronischen Alkoholismus auf das menschliche Sehorgan. Arch. f. Ophthalm. XXXIII. H. 1. 1887.
7. Bosse. Augenhintergrundsbefunde bei Schwangeren u. Wöchnerinnen. Arch. f. Augenheilk. XLII. 1900.
8. Groenouw. Graefe-Saemisch's Handbuch, d. gesammten Augenheilk. II Aufl. 1904.
9. Valude. Atrophie optique durant la grossesse etc. Annales d'oculist. CVII. 1892.
10. Knapp. Prager med. Woch. (cyt. wed. Rungego).
11. Meyer-Regg. Handbuch d. Geburtshilfe herausg. v. Winckel 1904.
12. Devalli Culbertson (cyt. wed. Rungego).
13. Bull. Atrophie optique durant la grossesse. Annal. d'oculist. CVIII. 1892.
14. Altmann. Abduenslähmung bei Schwangerschaft. Berl. ophth. Gesellsch. 1901 (cyt. wedlug Rungego).
15. Blodig. (cyt. wed. Rungego).
16. Salo Cohn. Uterus und Auge. Wiesbaden, 1890.
17. Berger-Loewy. Ueber Augenerkrankungen sexuellen Ursprunges bei Frauen. Wiesbaden, 1906.
18. Ernst Runge. Gynäkologie u. Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie Leipzig. 1908.

Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci echorób mózgowia dziecięcych i rodzinnych¹⁾

Podał

D-r med. Henryk Higier.

(Dokończenie—Zob. Nr. 16).

Szanowni Panowie! O ile rozpoznanie postaci dziecięcej idyotyzmu amaurotycznego TAY-SACHSA jest rzeczą nader łatwą, złaszcza

cza dla lekarza, który raz jeden dziecko takie widział, o tyle znacznie większe trudności mamy z odmianą młodzieńczą diplegii mózgowej.

Klinicznie bez trudności można odróżnić nawet i nie typowo przebiegającą „późną diplegię mózgową” od rzadkiej rodzinnej postaci stwardnienia ogniskowego (EICHORST), dziecięcego drżenia zamiarowego i wrodzonego oczopląsu (*Nystagmus Myoklonie* LENOBLEA).

Ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego najtrudniejsze są przypadki, w których przymiot przodków wywołuje u następców cierpienia, pozornie układowe i pierwotne, przypominające metasylityczne zwyrodnienie tylnych lub bocznych pęczków. W tych względnie rzadkich przypadkach zachorowują dzieci w okresie drugiego ząbkowania, szybko tępieją umysłowo, tracąc stopniowo wzrok, i ten zbiór objawów rodzinnej ślepoty z ośpieniem pozostaje czasem obok próby WASSERMANNa jedyną oznaką przymiotu rodzicielskiego.

Ciekawem jest, że i anatomo-patologicznie na miejscu swoistych objawów syfilitycznych znajduje się pierwotny zanik nerwów wzrokowych, rozlane cierpienie kory lub zwyrodnienie komórek zwojowych natury niezapalnej. Szczególnie trudnem staje się rozpoznanie anatomo-patologiczne wskutek tego, że w obu omawianych postaciach spotyka się czasem te same oznaki upośledzenia rozwojowego, jako to: braki poszczególnych części układu nerwowego, szczątki pewnych ośrodków i zwojów podkorowych, anomalie typu zakrętów, asymetrye, potworności w rodzaju mikrogryi, makrogryi, heterotopii w postaci węzełków substancji szarej lub miejscowego, względnie rozlanego bujania glii, przez francuskich autorów *malformation tératologique de la névroglie* zwanego i t. p.

Co się tyczy płasawicy i atetozy przewlekłej, które do odmian diplegii mózgowej zaliczyłbym, to odznaczały się one we wszystkich, spostrzeganych przeze mnie przypadkach⁸⁾: początkiem we wieku młodzieńczym, przebiegiem przewlekłym, brakiem notowanych często napadów padaczkowych oraz niestale wystąpieniem zaburzeń intelektualnych, zwłaszcza w postaci rodzinnej atetozy obustronnej.

W sprawie płasawicy HUNTINGTONA, którą bez słuszności próbowano utożsamiać z myoklonią, posiadamy z ostatnich lat pojedyncze wzmianki różnych autorów (KÖLPIN, MÜLLER, SCHULZ), zupełnie zgodne ze sobą, a stwierdzające: pierwotne zwyrodnienie mięszo w postaci zaniku komórek zwojowych kory, zwojów podkorowych i mózdzku (zanik małych i dużych komórek piramidalnych, zachowanie komórek BERZA), anomalie typu uwarstwienia (infantyizm kory), rozlane i rozsiane bujanie glei przy braku objawów zapalnych.

Nie wiele się różni od tego anatomia patologiczna samoistnego idyotyzmu padaczkowego, który pewni autorzy usiłują do diplegii mózgowej zaliczyć. Podział i klasyfikacja padaczki, na danych anatomicznych wyłącznie oparte, są niewątpliwie przedwczesne. Na bliższą uwagę zasługuje tu względnie rzadka złośliwa postać padaczki wewnątrzpochodnej, którą cechują dziedziczne usposobienie, liczne cielesne i duchowe piętna zwyrodnienia i stałe niedowłady, które, w samej rzeczy, zdradzają bliskie pokrewieństwo patogenetyczne z omawianą bliżej diplegią mózgową postępującą. Znajdy-

wano przy niej: makroskopowo — porencefalie, mikrogyrie, sklerozę zanikową płatową (*sclerosis lobaris atrophica* — MARIE, JENDRASSIK), sklerozę przerostową (*sclerosis hypertrophica tuberosa* — HARTDEGEN, BOURNEVILLE), gliozę płatową, zanik sklerotyczny pólki (BOURNEVILLE), ograniczoną sklerozę rogu Ammona; mikroskopowo — heterotopię, wady rozwojowe, niezwykle rozkład warstw komórek: zwojowych i włókien nerwowych kory, bujanie włókien glei i jej jąder, przypominające gliomatozę (CHASLIN), zmiany wsteczne w komórkach glejowych oraz brak wszelkich objawów zapalnych zarówno w tkance nerwowej, jak w układzie naczyniowym.

Wysocy charakterystyczne są wady rozwojowe w stwardnieniu przerostowym (*sclerosis tuberosa*) obok rozsianych, gołym okiem znakomicie widocznych guzków i wyniosłości. W tych właśnie wyskokach ograniczonej sklerozy znajdują się tak zwane „duże komórki”, nietypowe, o charakterze zarodkowym, w patologii układu ośrodkowego zgoła nie znane. Bywają one dwojakiego rodzaju: w masie korowej występują jako twory do komórek zwojowych wielce podobne (*glioma gangliocellulare?*), w ścianach komór mózgowych widzi się je jako twory, komórki glejowe przypominające. Jak słusznie zwraca uwagę VOGT, komórki te posiadają w stosunku do elementów swoistych układu nerwowego pewien plus pod względem właściwości wegetatywnych, a minus pod względem swoistości, w stosunku zaś do komórek par excellence nowotworowych posiadają, przeciwnie, pewien plus swoistości, a minus właściwości wegetatywnych. Mamy więc przed sobą rodzaj tkanki pośredniej między potwornością a nowotworem, za czem przemawia wreszcie i to, że w tej *sclerosis tuberosa*, przebiegającej z ciężką padaczką i idyotyzmem, analogiczne potworności i nowotwo-

⁸⁾ Cztery odnośne przypadki demenstrowałem w r. 1908 i 1910 w Sekcyi Neurolog. Warsz. Tow. Lek.

ry natury wrodzonej stale się spotyka w nerwach, sercu (*rhabdomyoma*) i skórze (*adënoma sebaceum*), co, zdaniem VOGTA, umożliwia nieraz rozpoznanie kliniczne i anatomiczne za życia chorego.

Kilka słów wreszcie należy się pewnej postaci klinicznej, pod względem różniczkowo-rozpoznawczym blisko stojącej dziecięcych porażień mózgowych. Mam na myśli ostatniemi dopiero laty bliżej zbadane porażenie rzekomo opuszkowe w wieku dziecięcego, występujące już w pierwszych dniach, rzadziej w pierwszych latach życia.

Anatomicznie daje się stwierdzić w postaciach zarówno kureczowej, jak i porażeniowej: niedorozwój kory, mikrogyrię, porencefalię, heterotopię substancji szarej, częściową sklerozę płatową, od bujania neuroglii zależną, zmniejszenie liczby komórek piramidowych, obecność pojedynczych komórek-olbrzymów tegoż typu przy przewodzie „małych” okrągłych komórek w korze, nieregularny rozkład oddzielnych warstw kory przy zachowanej prawidłowej budowie komórek. Wielce godna uwagi w tej postaci wewnątrz-ustrojowej jest aplazja neuronu korowo-ruchowego (MYA i LEVI), polegająca na tem, że wyrostki protoplazmatyczne, włókna osiowe i otoczki nerwowe w drogach piramidowych są nader słabo rozwinięte i przypominają także u noworodków. Według PERITZA, któremu zawdzięczamy wyczerpującą monografię o tej postaci, spotykamy w niej z jednej strony niedorozwinięte komórki lub też zupełny brak komórek piramidowych, z drugiej strony komórki, które szereg lat funkcjonowały prawidłowo, póki nie uległy zwyrodnieniu prawdopodobnie pod wpływem zbyt natężonej pracy, do której nie dorosły, jako upośledzone czynnościowo od urodzenia.

To wrodzone upośledzenie cytologiczne, jakie widzieliśmy pod postacią ogólną (*generalisiert*) w komórkach zwojowych całego układu nerwowego w idiotyzmie TAY-SACHSA, we włóknach osiowych w diplegii mózgowej PELIZAEUS-MERZBACHERA, w mniej czystej formie w porażeniu rzekomo opuszkowym wieku dziecięcego, spotyka się, co podkreślić chciałbym, w wielu innych cierpieniach pochodzenia wewnątrzpochodnego (*endogen*). Często bywają one ściśle umiejscowione, np. w *dystrophia muscularis progressiva* pod postacią znacznie drobniejszych od normalnych komórek zwojowych przednich rogów rdzenia lub w bezładzie dziedzicznym typu FRIEDREICHA i MARIE pod postacią rzadkowych drobnych włókien nerwowych w obrębie tylnych pęczków rdzenia, mieszczących w sobie drogi kojarzeniowe rdzenia i mózdzku.

Badając bliżej rodzinne i dziedziczne diplegie mózgowie i wrodzone samoistne porażenia dziecięce, dochodzę łącznie do wniosku, że nie bez słuszności twierdziłem w monografii swojej nad tym przedmiotem ⁹⁾, 1) że kliniczny obraz sam przez się nie wystarcza jeszcze w wielu przypadkach do połączenia w jednostkę nozologiczną podobnych do siebie postaci patologicznych, i 2) że przejścia od jednej postaci do drugiej są tak liczne zarówno pod względem klinicznym, jak anatomiczno-patologicznym, że zgodnie z VOGTEM wypadnie obecnie zakreślać jedynie zasadnicze linie rusztowania, typy podstawowe, pod które na razie konkretny przypadek w mniejszym lub większym stopniu doprowadzić się daje.

⁹⁾ H. Higier O rzadkich postaciach chorób rodzinnych i dziedzicznych mózgu i rdzenia. Medycyna, 1896. Deut. Zeitschr. f. Nerven. 1896.

WYKŁAD KLINICZNY.

O stosowaniu przekłucia łądzwiowego w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Podał

Feliks Podkóliński.

W r. 1891 QUINCKE pierwszy dokonał w dolnej części kręgosłupa przekłucia przestrzeni podpajęczynówkowej w celu obniżenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez usunięcie pewnej ilości płynu mózgowordzeniowego.

Później zaczęto stosować ten zabieg w celach rozpoznawczych. Makroskopowy wygląd płynu mózgowordzeniowego, badanie jego bakteryologiczne, cytologiczne, chemiczne i kryoskopowe w wielu przypadkach klinicznych ułatwia i wyjaśnia rozpoznanie i, jako jeszcze jedna metoda, wzbogacająca nasze sposoby rozpoznania, ma doniosłe znaczenie. Za pomocą przekłucia łądzwiowego możemy również wprowadzać do kanału kręgowego różne płyny znieczulające i lecznicze.

Co do rzekomego niebezpieczeństwa przekłucia łądzwiowego, to, chociaż w piśmiennictwie, zwłaszcza niemieckim, znane są dość liczne przypadki śmierci po tym zabiegu—lecz zdarzały się one przeważnie u chorych, dotkniętych przewlekłymi cierpieniami mózgu, które powodowały wysokie ciśnienie płynu mózgowordzeniowego. Nieszczęśliwe więc zejścia można sobie wytłumaczyć gwałtownem i znacznem zmniejszeniem tego ciśnienia. Na I Zjeździe Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich w Warszawie była podnoszona ta kwestya, przyczem FLATAU przestrzegł przed przekłuciem łądzwiowem w nowotworach rdzenia. Prof. BABIŃSKI jest innego zdania, co do niebezpieczeństw, jakie grożą choremu podczas, jak i po przekłuciu łądzwiowem. Zaleca on tylko zastosowanie pewnych ostrożności, jako to: dokonanie przekłucia w pozycji leżącej na boku i pozostawienie chorego w pozycji poziomej po dokonaniu

ni nakłucia, spokojne i powolne wypuszczanie pod kontrolą, przerywanie zabiegu, jeżeli po pierwszych kroplach powstaje zawrót lub ból głowy, a u osób starszych i osłabionych uprzednie zastrzyknięcie kofeiny albo strychniny. Nie należy również nigdy aspirować płynu mózgowordzeniowego za pomocą strzykawki. Krótkotrwałe pogorszenie po przekłuciu jest objawem bardzo częstym.

Ilość naraz wypuszczonego płynu mózgowordzeniowego powinna się wahać pomiędzy 20 — 30 cm.³, zależnie od ciśnienia, pod jakim wycieka płyn; do tej pory jednak nie wiemy, w jakim stosunku płyn wypuszczony znajduje się do ogólnej ilości cieczy. W jednym przypadku NETTER wypuścił 70 ctm.³ bez złych następstw. Przekłucie łądzwiowe, jako zabieg nieszkodliwy, może być powtarzane tyle razy, ile tego zajdzie potrzeba, ogólna jednak ilość wypuszczonego płynu nie powinna przekraczać 350 ctm.³.

Z własności wypuszczonego płynu rozpoznaje się krwotoki i stany zapalne opon mózgowych, jak to możemy stwierdzić na niżej przytoczonych spostrzeżeniach.

A. M., lat 64, obserwowany przeze mnie w szpitalu Cochin w oddziale d-ra WIDALA, zachorował nagle z zupełną utratą przytomności i podniesieniem się ciepłoty do 38,8°, bez drgawek i wymiotów. Przedtem był zdrowy, narzekał tylko na bóle głowy. Badanie wykazało wyraźne objawy miażdżycy. Tętno 68, miarowe. Sztywności karku niema. W płucach, w sercu, w narządach jamy brzusznej zmian nie wykryto. Żrenice średnio rozszerzone, nierówne; prawa szersza. Porażenia twarzy lub kończyn niema. W stawach kolanowych przykurczenia, trudno więc sądzić, czy jest objaw KERNIGA, i czy odruchy ścięgnowe są zachowane. Poza nieznacznym białkomoczem nienormalnych składników w moczu nie wykryto. Wobec braku pozażeń wyłączamy krwotok mózgowy. Śpiączka cukrzycza i mocznicza dają się wyłączyć na zasadzie badania moczu. Śpią-

czka w tych chorobach zwykle bywa objawem końcowym, poprzedzają ją inne objawy kliniczne. Wyłączwszy powyższe stany chorobowe, na zasadzie wymienionych objawów przypuszczamy krwotok oponowy. Po dokonaniu przekłucia lędźwiowego w płynie mózgowordzeniowym już makroskopowo zauważyć można było wyraźną obecność krwi; przy mikroskopowym badaniu obok ogromnej liczby czerwonych krążków krwi zauważyć się dały pojedyncze komórki neutrofilne. Badanie to potwierdziło rozpoznanie.

Krwawy płyn mózgowordzeniowy spotykamy również w świeżych krwotokach mózgowych i w urazach mózgu.

Płyn mózgowordzeniowy może być zabarwiony krwią i wskutek uszkodzenia naczyń podczas dokonywania przekłucia. Płyn ze świeżą domieszką krwi jest różowy, podczas kiedy płyn mózgowordzeniowy w zapaleniu krwotocznym opon jest żółtawo-brunatny lub żółtawo-zielonkawy. Następnie, krew w płynie mózgowordzeniowym, pochodząca ze zranienia żyły oponowej, ścina się w próbówce w kilka minut. Przeciwnie, w krwotocznym płynie mózgowordzeniowym krew się nie ścina, a tylko po pewnym czasie krwinki opadają na dno, a po zmaceniu płyn przybiera poprzednie zabarwienie. Wreszcie płyn mózgowordzeniowy z domieszką krwi wskutek uszkodzenia naczyń bywa przy wypuszczaniu w pierwszych porcjach różowy, potem jaśniejszy i następnie zupełnie jasny, gdy płyn w krwotokach oponowych i mózgu jest jednakowo zabarwiony.

Normalnie płyn mózgowordzeniowy jest przezroczysty, jak woda źródłana, i nie daje osadu, o odczynie słabo alkalicznym i ciężarze gatunkowym 1.005 do 1.010. Dotychczas normalny skład chemiczny nie jest jeszcze ustalony.

Mętny albo ropny płyn mózgowordzeniowy dowodzi ostrego zapalenia opon. We wszystkich przypadkach, gdzie mamy objawy zapalenia opon mózgowych, przekłucie lędźwiowe jest wskazane. Dzięki badaniu bakteriologicznemu i głównie cytologicznemu płynu wypuszczonego rozpoznajemy gruźlicze zapalenie opon mózgowych w przypadkach wątpliwych. Ma to doniosłe znaczenie,

ponieważ zapalenia opon mózgowych pod względem rokowania podzielić można na dwie grupy: na zapalenia opon mózgowych gruźlicze, gdzie rokowanie jest zawsze złe i zejście śmiertelne prawidłem, i zapalenia opon niegruźlicze, gdzie wyzdrowienie jest możliwe. Z tego widzimy, jak ważną jest rzeczą wyłączyć zapalenie gruźlicze. Płyn w tem ostatnim cierpieniu jest opalizujący i zawiera bakterye gruźlicze. Zupełnie przezroczysty płyn mózgowordzeniowy i brak bakteryi gruźliczych nie wyłącza jednak gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Na poparcie tego zdania mógłbym przytoczyć wiele przypadków ambulatoryjnych, spostrzeganych przezemnie w Zakładzie leczniczym dla dzieci d-ra BĄCZKIEWICZA, gdzie płyn mózgowordzeniowy był badany w miejscowej pracowni przez kol. PASZKIEWICZA, któremu na dość pokaźną liczbę badanych płynów raz tylko udało się wykryć pałeczki gruźlicze. O wiele większe znaczenie ma wzór cytologiczny osadu.

Dla przykładu przytoczę następujący, niedawno spostrzegany przezemnie przypadek. Oleś Ł., lat 5 $\frac{1}{2}$, w dwa tygodnie po przebyciu odrzy, 19 sierpnia r. b. dostał wymiotów, trwających trzy dni, przyczem wystąpiło silne podniecenie. Ciężota w początkach choroby rano bywała 37° i niżej, wieczorami nie przechodziła 38°. Przez te dwa tygodnie po przebytej odrze chłopiec był ospały i niewyraźny, co rodzice przypisywali niepełnemu wyzdrowieniu po odrze. Rodzice zdrowi. Przy badaniu znalazłem objawy następujące: wybitne ślady krzywicy, tętno 100, źrenice rozszerzone, wzmożenie odruchów ścięgowych kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA. W płucach i w sercu zmian nie wykryłem, wątroba i śledziona nie wymaczywały się. Po ustąpieniu wymiotów wystąpiła sztywność mięśni karku, apatya. Stale zaparcie. Następnie tętno 68, napięcia słabego, nieprawidłowe, niektóre fale b. słabe. Śpiączka, 30-go dziecko zmarło. Jak widać z przytoczonego w streszczeniu przebiegu choroby, jest to typowy przebieg dla gruźliczego zapalenia opon mózgowych. 23 sierpnia z kol. FILPOWICZEM dokonaliśmy przekłucia lędźwiowego. Otrzymaliśmy 20 ctm. sz. płynu przezroczystego, wyciekającego pod dość

znacznem ciśnieniem. Nadmienię, że po nakłuciu nastąpiła chwilowa poprawa, dziecko było przytomniejsze, a nawet zażądało zabawek. Analiza płynu mózgowordzeniowego, dokonana w pracowni d-ra SERKOWSKIEGO, wykazała: płyn bezbarwny, zupełnie przezroczysty, oddziaływania alkalicznego, zawiera biał. 3,3%, punkt krzep. $\Delta=0.93$. Osad po odwirowaniu bardzo mały, zawiera oprócz nieznacznych erytrocytów: po 1 — 2 na polu widzenia, dość liczne leukocyty: po 2 — 8 w polu widzenia oraz niewiele śródbłonek. Na preparatach utrwalonych i barwionych: leukocyty prawie wyłącznie jednojądrowe, małe z ledwo dostrzegalnym ząbkim protoplazmy (t. j. limfocyty małe). Leukocyty z jądrem wielopłatomym spytyka się pojedynczo.

Bakteryoskopia ujemna.

Szereg posiewów na rozmaitych podłożach (z uwzględnieniem podłoż dla prątków KOCHA i meningokoków) pozostał jałowy. Pomimo ujemnego wyniku badań płynu mózgowordzeniowego co do obecności laseczek gruźliczych, na zasadzie typowego przebiegu choroby po przebytej odrze i wzoru cytologicznego (limfocyty) rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon nie przedstawia żadnych wątpliwości.

W przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych pewne rozpoznanie istoty cierpienia opiera się na wykryciu bakteryologicznem *diplococcus intracellularis meningitidis* WEICHSELBAUMA.

Wobec wymagających długiego czasu i bardzo często ujemnych badań bakteryologicznych metoda cytodyagnostyczna ma b. ważne znaczenie i pozwala na szybkie zrobienie rozpoznania. W osadzie normalnego płynu mózgowordzeniowego nie znajdujemy żadnych komórek. W osadzie płynu w zapaleniu opon gruźliczem znajdujemy limfocyty, które po odwirowaniu i zabarwieniu łatwo wykryć. W zapaleniu niegruźliczem opon osad składa się z komórek wielojądrowych. Na miejsce leukocytów wielojądrowych występują jednojądrowe i z obecności tych ostatnich nie można sądzić o zapaleniu opon gruźliczem, o ile badanie cytologiczne było przeprowadzone zbyt późno, t. j. w 5 — 6 dni od początku choroby. Limfocytoza nie jest

swoista tylko dla gruźlicy. Dla wszystkich parazyfitycznych cierpień mózgu i opon, wobec jednego tylko objawu ARGYLL-ROBERTSONA, limfocytoza w płynie mózgowordzeniowym stanowi ważną podstawę rozpoznawczą (BABIŃSKI).

Obok badań bakteryologicznych (barwienie, hodowle, szczepienie) i cytologicznych inne metody badania mogą być często pomocne do określenia natury badanego płynu. Zawartość chlorków w normalnym płynie mózgowordzeniowym jest dość duża, jednak w celach rozpoznawczych, zdaje się, nie ma wielkiego znaczenia. O wiele większe znaczenie ma zawartość białka, nieznaczna w normalnym płynie (0,2 — 1.0 na 1000) i znacznie zwiększająca się w zapaleniu opon, szczególnie pochodzenia gruźliczego, w naszym przypadku 3,3%.

Według ACHARDA punkt zamarzania normalnego płynu mózgowordzeniowego jest niższy, niż surowicy krwi i waha się od $-0,56^{\circ}$ do $-0,75^{\circ}$ jest więc hipertoniczny odnośnie do surowicy krwi ($-0,56^{\circ}$). W zapaleniu zaś opon gruźliczem według WIDALA, SICARDA i RAVAUTA płyn jest hypotoniczny.

W płynie mózgowordzeniowym znajdowano również komórki nowotworowe, przeważnie w sarkomatozie opon (SICARD-GU), a KLIENEBERGER w przypadku guza ogona końskiego zwrócił uwagę na dużą zawartość włóknika. Wreszcie odczyn WASSERMANNNA w płynie mózgowordzeniowym w cierpieniach parazyfitycznych występuje prawie stale.

Wartość lecznicza przekłucia łądwiewowego polega przede wszystkim na zmniejszeniu ciśnienia wewnątrz-czaszkowego przez usunięcie pewnej ilości płynu mózgowordzeniowego. Przy zwiększonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym, spowodowanym czy to zwiększoną ilością płynu mózgowordzeniowego, czy też wylewami krwawymi w przestrzeń podoponową, wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego sprawia ulgę. W większości przypadków śpiączka ustępuje, przytomność wraca, i ból głowy zmniejsza się. Przedewszystkiem więc przekłucie łądwiewowe jest wskazane tam, gdzie mamy objawy ucisku mózgu: wymioty, drgawki, zwolnienie tętna przy pełnem napięciu, śpiączka, zwol-

nienie ruchów oddechowych, ciepłota niższa od prawidłowej, brak czucia, tarcza zastoinowa.

W oddziale d-ra L. BABIŃSKIEGO w szpitalu Ewangelickim stosowaliśmy przekłucie łądźwiowe w celach leczniczych u chorego lat 40 z silnymi bólami głowy, zwolnionem tętnem, rozszerzonymi źrenicami, normalną ciepłotą, pewną bolesnością w mięśniach karku. Wypuszczono około 20 ctm.³ płynu mózgowordzeniowego, zupełnie jałowego, wyciekającego pod dość dużem ciśnieniem, ale bez wielkiego skutku leczniczego.

W oddziale d-ra KUCHARZEWSKIEGO u chorego 64 letniego, u którego po ogólnem wstrząśnieniu (spadł z konia) występowały peryodyczne drgawki całego ciała bez utraty przytomności i silne bóle głowy, po dwukrotnem zastosowaniu przekłucia łądźwiowego i wypuszczeniu za każdym razem około 20 ctm.³ płynu mózgowordzeniowego, drgawki ustąpiły, i pacjent wypisał się z poprawą, a obecnie jest zupełnie zdrów.

W ambulatorium d-ra BĄ ZKIEWICZA stosowałem nakłucia łądźwiowe w celu leczenia wodogłowia u dziecka rocznego z bardzo dużą głową o silnie napiętem ciemiaczku. Trzykrotnie wypuszczałem około 15 ctm.³ płynu mózgowordzeniowego w odstępach kilkudniowych (6 — 8) bez skutku. Pomimo bardzo silnego napięcia ciemiaczka płyn wyciekł pod niewielkiem ciśnieniem, i ilość wypuszczonego płynu musiała się ograniczyć do 15 ctm.³. BREGMAN przypuszcza, że w wodogłowiu istnieje jakaś przeszkoda w przejściu płynu z czaszki do kanału kręgowego, i że wskutek tego przy przekłuciu opróżnia się tylko kanał kręgowy.

W zapaleniu opon obrzęk ich zwiększa się i jako skutek następuje rozszerzenie komór i ucisk mózgu. Jeżeli pewna ilość płynu jest wypuszczona, niektóre objawy uciskowe mogą ustąpić. I rzeczywiście, w zapaleniu opon po przekłuciu niektóre objawy chorobowe tracą na natężeniu, często objaw KERNIGA znika, sztywność karku, ból głowy zmniejsza się, ciepłota spada.

Za pomocą przekłucia łądźwiowego w zapaleniu opon ropnem możemy usunąć z ustroju pewną ilość drobnoustrojów i jądów,

przez nie wydzielanych. W kanale kręgowym drobnoustroje są najliczniejsze w miejscu, w którym dokonywamy przekłucia, jako punkcie najniższym. Pozbawiając ustrój pewnej części żywotnej kultury, stawiamy go w warunkach większej odporności. W tych przypadkach przekłucie łądźwiowe należy stosować systematycznie za każdym razem, skoro tylko występuje znaczniejsze podniesienie ciepłoty, aż do otrzymania normalnego płynu mózgowordzeniowego (NETTER).

Przekłucie łądźwiowe pozwala nam wreszcie wprowadzać w przestrzeń podoponową surowicę *antymeningokokową* w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Surowicę tę zastrzykuje się do kanału łądźwiowego; w ten sposób surowica działa na główne ognisko choroby, i tem tłumaczy się szybkość zbawiennego jej działania. Leczenie swoiste jest tem skuteczniejsze, im wcześniej od początku choroby zastosuje się je. W 24 godziny po pierwszym zastrzyknięciu liczba i żywotność meningokoków zmniejsza się. Jednocześnie stan ogólny poprawia się, i różne objawy tracą na natężeniu, ciepłota ciała opada. Jak po każdej surowicy, tak i po antymeningokokowej może wystąpić wysypka (*exanthema*) i bóle w stawach. Przed zastrzyknięciem należy ogrzać surowicę do 35°—40°C. Po dokonaniu w zwykły sposób przekłucia łądźwiowego uprzednio wypuszcza się płynu mózgowordzeniowego taką ilość, jaką ilość surowicy mamy zamiar zastrzyknąć, i, nie wyjmując igły, za pomocą strzykawki wprowadzamy do kanału łądźwiowego określoną ilość surowicy. Co do ilości surowicy, należy zastrzykiwać dzieciom rocznym i młodszym 10 ctm.³, starszym dzieciom i dorosłym, których stan nie jest ciężki, 20 ctm.³, dorosłym ciężko chorym 30 ctm.³, a najwyżej 40 ctm.³. Jeżeli po pierwszym zastrzyknięciu surowicy następuje spadek ciepłoty, zastrzyknięcie nie powtarza się, w przeciwnym razie zastrzyknięcia można powtarzać codziennie do 4 doz. Podług WASSERMANNĄ i LEBERA, odsetka śmiertelności osób, dotkniętych zapaleniem nagmiennem opon, z 78—80 spadła przy leczeniu surowicą antymeningokokową do 12—15. Oprócz surowicy antymeningokokowej zastrzykiwano w przestrzeń podoponową lizol,

kolargoli i surowicę przeciwtężcową, co prawda, bez wielkich wyników.

W celu znieczulenia w rwie kulszowej zastrzykiwano w przestrzeń podoponową stowainę lub kokainę.

Streszczając się, możemy powiedzieć, że już z wyglądu makroskopowego płynu mózgowordzeniowego, otrzymanego za pomocą przekłucia łądźwiowego dostępnego dla każdego w każdym miejscu, możemy otrzymać ważne wskazówki rozpoznawcze. Badanie laboratoryjne płynu mózgowordzeniowego daje nam zawsze wskazówki bardzo cenne, często niezbędne przy rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu przypadków chorobowych zawsze bardzo ciężkich.

PIŚMIENNICTWO.

Barbier i Vaucher. 8 przypadków zapalenia opon mózgowordzeniowych, z których 5 leczonych surowicą *Doptera*. Streszczenie Gaz. Lek. N. 26 1909.

Blavot. Traitement des meningites cérébro-spinales. Thès de Paris 1902.

Bregman Ludwik O wycieku samoistnym płynu mózgowordzeniowego przez nos. Gaz. Lek. 1908.

Flatau Edward O nowotworach rdzenia 1909

Glatard R. Un cas de méningite cérébro-

spinale traité et guéri par la méthode de França (lysol intrarachidien). Soc. med. d'Alger. 1908.

Jaroszyński Tadeusz. O zabiegach chirurgicznych paliatywnych w nowotworach mózgowia (przekłucie łądźwiowe, trepanacja paliatywna). Wykład kliniczny. Medycyna i Kronika Lekarska 1909

Karwacki Leon. Z kazuistyki bakteriologicznej. Przypadek gruźlicy opon mózgowych. Gaz. Lek. 1909.

Propping. Mechanizm cieczy mózgowordzeniowej i jej zastosowanie do znieczulenia rdzeniowego. Streszczenie z pracy. Gaz. Lek. 1909.

Roger Ch. et Charles F. La ponction lombaire dans les formes méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux. 1908

Saïssi A. Indications de la fonction lombaire. Le Monde Medical. 1909.

Szumrło Jan. O przekłuciu łądźwiowym w leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych. Medycyna 1907.

Vorschütz. Drętewica karku oraz leczenie tejże za pomocą metody zastoinowej Biera i przekłucia łądźwiowego. Streszczenie z pracy. Medycyna 1907.

Wassermann A. et Leber A. Sérothérapie de la meningite épidémique. Bibliothèque de Thérapeutique 1909.

Widal, Sicaud i Revaud, Soc. de biologie 1900, 13 oct.

Wilczyński Tadeusz. Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucny, otrzewny, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego. Gaz. Lek. 1906.

STRESZCZENIA.

Medycyna wewnętrzna

78. Aladar Schütz. Przyczynę do nauki o skazie wysiękowej (*diathesis exudativa*).

W roku 1900 Czerny zaproponował, żeby do objawów zółzów zaliczać tylko te, które występują bez udziału łaseczników gruźliczych. Obecnie więc pod nazwą skazy wysiękowej podciągamy te anomalie wrodzone, które polegają na pewnych wrodzonych zaburzeniach spraw chemicznych w ustroju dziecka. Zaburzenia te dają się zwykle wyrównać za pomocą uregulowania odży-

wiania. Objawy chorobowe dzielą się na cztery grupy. Do pierwszej należą objawy konstytucjonalne, jak nadmierny porost włosów (*hypertrichosis*), próchnienie zębów i złe przyswajanie tłuszczów. Objawy pierwotne spotykamy zwykle na skórze i śluzówkach. W tych przypadkach i jedna i druga często ulegają rozmaitym sprawom zapalnym (rumień, wysypki swędzące, *lingua geographica*, zaburzenia trawienia, częste nieżyty nosa, gardzieli i dróg oddechowych). Objawy wtórne stanowią zapalenia skóry i błon śluzowych, spowodowane przez czynniki pocho-

dzenia zakaźnego na tle skazy pierwotnej (zapalenia migdałów, obrzęk warg, wyprysk, czyraki, zapalenie tchawicy i t. p.).

Wreszcie objawy trzeciorzędne są to obrzmienia gruczołów, powstałe pod wpływem zakażeń wtórnych. Według CZERNYŃSKO Cechy typowe dla skazy omawianej są następujące: 1) często powtarzające się cierpienia pewnych ściśle określonych części śluzówek, 2) występowanie objawów z dłuższymi przerwami, 3) odczyny gwałtowne, powstające pod wpływem czynników psychiczno-nerwowych (bladość lub zaczerwienienie twarzy, swędzenie) lub takie, jak szybkie podnoszenie się ciepłoty na skutek lekkiego nieżyty, częste i obfite pokrzywki itp., 4) pewne zmiany stosunków pomiędzy poszczególnymi objawami, które często występują jednocześnie lub kolejno po sobie np. świerzbączka, zaparcie lub nieżyty dróg oddechowych i zaburzenia kiszkowe. Zaznaczyć należy, że dzieci, dotknięte tą skazą, odznaczają się małą odpornością względem wszelkich czynników chorobowych, wszelkie zaś sprawy chorobowe przebiegają u nich znacznie ciężiej, niż u dzieci prawidłowych. Pod względem leczniczym należyte uregulowanie diety, względnie dyeta jarska najłatwiej usuwa objawy skórne lub na błonach śluzowych. W celach zapobiegawczych już w najwcześniejszym dzieciństwie należy stosować dietę oszczędzającą i zapobiegać szybkiemu tuczeniu ssawca. Następnie zaleca się pożywienie mieszane, ściśle zastosowane do granic tolerancji ustroju, mając na względzie unikanie nadmiernego odżywiania dziecka nawet w okresach zdrowienia po chorobach zakaźnych. Naturalnie, że pilne baczenie na zachowywanie ogólnych przepisów higienicznych jest niezbędne.

(Deut. med. Woch. Nr. 6, 1910).

K. Z.

79. Frischmuth. O zatorze tłuszczowym.

Autor opisuje trzy ciekawe przypadki zatoru tłuszczowego, które obserwowane były w klinice chirurgicznej w Królewcu. Pierwszy przypadek dotyczył 25-cio letniej dziewczyny z obustronnem przykurczeniem kolan. W uśpieniu wyprostowano jej kolana. Dziewczyna nie obudziła się po uśpie-

niu — sekcyja wykazała zator tłuszczowy w płucach, w sercu i nerkach.

Drugi przypadek dotyczył 13-sto letniej dziewczyny, która cierpiała na patologiczne zwiechnięcie lewej kości biodrowej po starem zapaleniu szpiku kostnego panewki. Zrobiono jej krwawą operacyę. Po upływie 88 godzin po operacyi chora zmarła. Sekcyja wykazała zator tłuszczowy w obydwóch płucach.

Trzeci przypadek dotyczył 3 miesięcznej dziewczynki z stopami i rękami szpotawemi. Stopy i ręce szpotawe udało się z łatwością wyprostować; dziecko umarło na drugi dzień po zabiegu. Rodzice, niestety, nie zgodzili się na sekcyę; śmierć dziecka autor przypisuje zatorowi tłuszczowemu.

Na zakończenie swej pracy autor w krótkości opisuje swe doświadczenia, które były powtórzeniem doświadczeń RUBLETS, — otrzymał on zupełnie te same wyniki.

(Dissertatio w Królewcu 1909).

W. Biehler.

Choroby dzieci

80. O. Heubner. O rozpoznawaniu różniczkowem ostrych chorób wysypkowych.

Przy rozpoznawaniu odry odgrywają decydującą rolę plamki KOPLIKA na wewnętrznej stronie policzków. Występują one już w pierwszych dniach choroby, kiedy wysypka wzbudza jeszcze wątpliwości. Przy różróżnianiu płonicy od błonicy autor zwraca uwagę na zaczerwienienie błony śluzowej dookoła migdałów w płonicy, na silniejsze opuchnięcie gruczołów limfatycznych, na wyjątkowo przyspieszone tętno i na charakterystyczny zapach acetonu u chorych na płonice, podczas gdy u chorych błoniczych wydziela się z ust zapach kleju. Często u dzieci na tle zaburzeń przewodu pokarmowego występuje wysypka toksyczna, którą łatwo wziąć za wysypkę odrową. Zdarza się również choroba, mająca wiele wspólnego ze szkarlatyną; nie wiadomo jednak, czy tę chorobę ze względu na wysypkę zaliczyć do szkarlatyny, czy też do różyczki. Jako oddzielną chorobę należy wyodrębnić chorobę posurowiczą (Serumkrankheit); wysypka w

tej chorobie ma charakter rumieniowaty lub grudkowaty, albo też obydwa rodzaje tych wysypek przechodzą jedna w drugą.

(Deut. med. Woch., Nr. 21, S. 913).

81. M. Flamini (Rzym). Plamki Koplika. Kliniczne, histologiczne i bakteriologiczne spostrzeżenia nad nimi.

Badania histologiczne nad plamkami KOPLIKA należą do bardzo ciekawych. Plamki te powstają na tle zmian daleko idących w komórkach okrągłych nabłonka, szczególnie w warstwach najbardziej powierzchniowych, następnie wskutek obumarcia płaskich komórek nabłonkowych i wskutek nacieczenia, mającego miejsce w tkance łącznej i w nabłonku. Jest bardzo charakterystyczne to, że w tem miejscu, gdzie powstają plamki KOPLIKA, górne warstwy nabłonka przybierają charakter luźny. Wygląd ten przypomina pierwszy okres w powstawaniu krost ospowych. Przy plamkach KOPLIKA nie wytwarzają się jednak pęcherzyki i krosty, a zmiany w błonie śluzowej nie przenikają do głębokich warstw nabłonka; zmieniona powierzchnia warstwa zostaje oddzielona, i zaraz rozpoczyna się nadzwyczaj szybki proces regeneracyjny.

(Rivista di Clin. Pediatr., Nr. 6, 1908).

82. Kornel Preisich. O gorączce płoniczej.

Szkarlatyna, nie powikłana zakażeniem paciorkowcami, zwykle kończy się raptownym spadkiem temperatury. Naloty w gardle i inne powikłania w szkarlatynie zależą od zakażeń wtórnych i są wywołane przez paciorkowce. Punktem wyjścia tego wtórnego zakażenia jest jama ustna, rzadziej przewód pokarmowy. Chorzy na płonicę są wogóle podatni do przyjęcia zakażenia paciorkowcowego.

(Wien. klin. Woch. 1909, Nr. 17).

83. B. van H. Authony. O charakterystyce paciorkowców w gorączce płoniczej.

Z jamy ustnej i w płonicy, jak również w krupie i odrze wyhodował autor paciorkowce o własnościach hemolitycznych. Z ogniskowych u chorych szkarlatynowych rów-

niez otrzymywał autor czystą kulturę paciorkowców o własnościach hemolitycznych. Na 10 przypadków u trupów 7 razy otrzymał takąż kulturę paciorkowców. W krążącej krwi i w zawartości pęcherzyków, znajdujących się na skórze, bardzo rzadko znajdował autor paciorkowce; we krwi serca na sekcjach w 18-u badanych przypadkach dziesięć razy znalazł autor paciorkowce o własnościach hemolitycznych.

(The Journ. of infect. diseases, Bd. 6, p. 332).

84. G. Appiani. Szkarlatyna i róża.

Autor robił spostrzeżenia nad dwoma chorymi płoniczymi, u których podczas rekonwalescencji wystąpiła róża. Badając paciorkowce, przyszedł on do wniosku, że pomiędzy paciorkowcami, wywołującymi różę, a paciorkowcami, wywołującymi szkarlatynę, nie zachodzi żadna różnica. Autor zaznacza przytem, że pomimo dosyć wybitnych objawów miejscowych w różę objawy ogólne nie występowały.

Przypisuje on to temu, że chorzy przeszli przedtem szkarlatynę, i to uodporniło ich przeciwko paciorkowcom. Z kultury (na bulionie) paciorkowców udało się autorowi wyodrębnić dwie ich odmiany, z których jedna zdolna była wywoływać drgawki, inna natomiast porażenia.

Ztąd wniosek, że paciorkowce mają zdolność wytwarzania różnorodnych toksyn. Organizm w zależności od indywidualnego i chwilowego usposobienia poddaje się bardziej działaniu tych lub innych toksyn.

Autor robił również badania nad uodpornieniem przeciw paciorkowcom i przyszedł do wniosku, że organizm, uodporniony przeciwko jednemu szczepowi paciorkowców, staje się odpornym i względem drugiego. Uodpornienie to nie jest jednak długotrwałe.

(Gaz. degli Ospedali e de la Cliniche, n. 116. 1908).

Tadeusz Kon.

85. Comby. O wymiotach peryodycznych u dzieci.

Wymioty peryodyczne zaczęto pilniejsze studyować dopiero przed 10-ciu laty, aczkol-

TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

w

postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.

Wyborne

Analepticum i Tonicum

zwiększa

Napięcie mięśni i systemu nerwowego

działa jako

Środek odżywczy

Wskazania:

**Migrena, newralgie, neurastenia, stany nerwowe,
osłabienie serea**

Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

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

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae 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 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,
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.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materji, 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 parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

wiek już przed 70-ciu laty były obserwowane przez **GOUBERA**, a następnie, nieco później, przez **LOMBARDA**.

Cierpienie polega na silnych wymiotach bez żadnego widocznego powodu. Wymioty trwają kilka godzin, niekiedy kilka dni. Przez ten czas dzieci nie przyjmują żadnych zgoła pokarmów, chudną nadzwyczaj; rychło atoli po ustąpieniu wymiotów zaczynają się względnie poprawiać. Po upływie bardziej krótkiego lub długiego przeciągu czasu — tygodni lub miesięcy — następują ponowne wymioty.

Napotyka się cierpienie zazwyczaj między drugim a szóstym rokiem życia, niekiedy u wielu dzieci w jednej rodzinie, wśród dziewcząt częściej, niż wśród chłopców.

Jako moment usposabiający służy obciążenie nerwowo-artrytyczne, dyspepsya, *enteritis muco-membranacea*; pewną doniosłość posiadają tu również wyrosłe adenoidalne i choroby zakaźne.

Atoli olbrzymią rolę w powstawaniu wymiotów peryodycznych odgrywa, zdaniem

autora, zapalenie ślepej kiszki, i przy bardziej szczegółowym badaniu można je stwierdzić w 50 proc. przypadków.

Rokowanie jest naogół dobre, aczkolwiek spostrzegano niekiedy zejścia fatalne. O ile przyczyna wymiotów peryodycznych kryje się w zapaleniu ślepej kiszki, można osiągnąć zupełne wyleczenie po dokonaniu operacyi.

Leczenie wymiotów peryodycznych polega na wprowadzaniu do ustroju dużych ilości alkaliów (*natr. bicarb.*) i wód alkalicznych, na odpowiednim żywieniu z uwzględnieniem pokarmów roślinnych i owoców, na przebywaniu dzieci na świeżem powietrzu, wreszcie na wodolecznictwie, kąpielach i ruchu fizycznym. Podczas ataku należy dziecko głodzić. Należy również walczyć z wymiotami przez przepłukiwanie żołądka i podskórne zastrzykiwanie morfiny.

(Arch. de Méd. des Enf. 1909 Oct. p. 72).

Józef Judt

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 Lutego 1910 roku.

NEUGEBAUER demonstrował wrzekomego obojnaka o płci zapoznanej (*Erreur de sexe*). 28 letnia wieśniaczka przy badaniu okazała się męskim spodźcem o kryptorchizmie prawostronnym oraz *hypospadiasis peniscrotalis*.

Siostra chorej zmarła na gruźlicę płuc. **NEUGEBAUER** w monografii, ogłoszonej kilka lat temu, zestawiał 22 przypadki obojactwa wrzekomego, w których rodzina dotknięta była gruźlicą. Ponieważ w przeważającej liczbie przypadków obojactwa, drukiem ogłoszonych, nie zwracano żadnej uwagi na wywiady ściśle, nie można przypisywać żadnej doniosłości danym wywiadów statystyki ogólnej. **NEUGEBAUER** jest zdania, że koincydencja wrzekomego obojactwa z gruźlicą nie jest bynajmniej przypadkowa, a że zarówno gruźlica, jak i wrzekome obojactwo są wyrazem degeneracyi, zwyrodnienia ogólnego; dążeniem przyrody jest, aby osobnik taki u-

pośledzony nie mógł pozostawiać po sobie potomstwa.

A. PUŁAWSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Rokowanie i leczenie w chorobie **GRAVESA** (**BASEDOWA**)”. **PUŁAWSKI** opiera się nietylko na danych z piśmiennictwa, ale na własnym materiale klinicznym, który się składa z 75 przypadków, obserwowanych w Nałęczowie w ciągu lat 7, a po części z 251 przypadków, spostrzeganych w latach poprzednich przez lekarzy Nałęczowskich, a opisanych przez **MALEWSKIEGO**. Z trójcy objawów klinicznych **P.** uważa za kapitalny tachikardię. Z innych objawów za najczęstsze uważa drżenie, wychudnięcie, uczucie gorąca i obrzęki. Co do patogenezy choroby **GRAVESA**, za najprawdopodobniejszą uważa hipotezę **GAUTIERA** — **MOEBIUSA**, uzależniającą chorobę **G.** od nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego.

Chorobę **GRAVESA** charakteryzują częste

nawroty, jest ona wysoce przewlekła, a przypadki zupełnego wyzdrowienia należą do rzadkości.

Leczenie polega na psychoterapii, spokoju, odżywianiu, stosowaniu arseniku, elektro — i hidroterapii. Prelegent zastanawia się dłużej nad zupełnie u nas zaniechanem leczeniem chirurgicznym (strumektomia) i przedstawia jego historię aż do czasów ostatnich. Leczenie to w rękach pierwszorzędných chirurgów (głównie KOCHERA) daje znakomite wyniki przy małej odsetce śmiertelności (3½%, według ostatniej statystyki KOCHERA).

W końcu PUŁAWSKI zastanawia się dłużej nad leczeniem promieniami Röntgena, które należałoby jeszcze więcej wypróbować w chorobie GRAVESA.

W dyskusji PAWIŃSKI zaznacza, że tachikardię uważa za objaw najpierwszy i najpewniejszy w chorobie GRAVESA. Przypomina sobie przypadek, gdzie po roku niczem nie uzasadnionej tachikardii wystąpiły objawy choroby BASEDOWA.

Gdzie niema ucisku ze strony gruczołu tarczycowego, tam nie należy się spieszyć z operacją, gdyż nie zawsze po usunięciu wola znikają objawy choroby.

KRYŃSKI podkreśla, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia chirurgia osiągnęła wyniki więcej niż zachęcające w leczeniu choroby GRAVESA. Najnowsze zestawienia wyników operacyjnych chirurgów, rozporządzających wielkim tego rodzaju materiałem, jak KOCHER, RIEDEL, LANDSTROM, REHN, dają obraz świetny. W tych wszystkich przypadkach, gdzie pomimo leczenia nie zmniejsza się tachikardia, gdzie tętno jest około 100 i wyżej, gdzie obwód szyi, choć powoli, lecz stale wzrasta, gdzie dołączają się objawy oczne, — tam należy stanowczo przejść jaknajprędzej do zabiegu operacyjnego.

CZARKOWSKI Józef komunikuje, że w ostatnich latach spostrzegł 5 przypadków choroby BASEDOWA, operowanych przez siebie z wynikiem pomyślnym. Zaraz po operacji nastąpiła wybitna poprawa.

DYDYŃSKI zwraca uwagę na przestrach, który w etiologii choroby BASEDOWA odgrywa znaczną rolę. Okres rewolucyj przyczynił się znacznie do częstszego obserwowania

tej choroby u nas. Co się tyczy chirurgicznego leczenia, to DYDYŃSKI widział wielu chorych KOCHERA podczas pobytu u niego w zakładzie. Zaznacza, że KOCHER stosuje *natrium phosphoricum* w ilości 6 do 8 grm. dziennie w ciągu miesiąca przed operacją. W przypadkach KOCHERA poprawa następowała, wbrew temu, co obserwował CZARKOWSKI, dopiero w jakiś czas po operacji, a nie zaraz bezpośrednio po zabiegu. DYDYŃSKI widział tylko znaczną poprawę, a nie całkowite wyleczenie.

JAKÓWSKI zabiera głos w sprawie organoterapii w chorobie BASEDOWA, a mianowicie w kwestyi stosowania preparatów grasicy. Przed kilku laty stosował preparaty *glandulae thymus* w chorobie BASEDOWA i conajmniej w 10 przypadkach widział wyraźną poprawę.

SAWICKI Bronisław podkreśla, że kwestya operacyjnego leczenia choroby BASEDOWA do tej pory nie jest rozstrzygnięta. W Niemczech np. zapatrują się na tę kwestyę dość sceptycznie. Przy leczeniu chirurgicznym choroby BASEDOWA często choroba ciągnie się też długo i daje nawroty, a czasami nawet zabieg chirurgiczny zupełnie zawodzi. SAWICKI przytacza przypadek, gdzie operował chorą z powodu wola, a w ½ roku potem u chorej tej rozwinęła się typowa choroba BASEDOWA.

PUŁAWSKI w odpowiedzi zaznacza, że w odczycie swoim podkreślał, że leczenie wewnętrzne jest długie i bardzo kosztowne. Skrócenie i uproszczenie tego leczenia stanowi zabieg operacyjny, który bardzo często daje świetne rezultaty, jak wykazuje statystyka KOCHERA, której należy wierzyć.

Posiedzenie kliniczne z dnia 15 lutego 1910 roku.

GAŁECKI w imieniu własnem i BUDZYŃSKIEGO wygłosił rzecz pod tytułem: „O działaniu leczniczem „I. K.” SPENGLERA w gruźlicy płuc”. „I. K.” wypróbowano w sanatorium „Rudka” w 37 przypadkach. Przypadki dobierano tylko takie, w których działanie lecznicze „I. K.” mogło się ujawnić, a zatem przeważnie wybierano chorych gorączkujących. W I okresie według TURBANA było chorych 12, w II okresie 10, w III 15. Około połowy cho-

rych, leczonych za pomocą I. K., znajdowało się w zakładzie przed rozpoczęciem stosowania tego środka 3 — 10 miesięcy. Otrzymane wyniki reasumują się w sposób następujący: W przypadkach nawet względnie lekkich, gdzie leczenie sanatoryjne nie osiągnęło żadnego celu, „I. K.” również okazało się bezskutecznym. „I. K.” również nie okazało żadnego działania, jako środek zapobiegawczy przeciw nawrotom podleczonej gruźlicy. Wreszcie u jednej chorej I. K. nie zapobiegło pogorszeniu się choroby po powrocie do domu. Ani razu nie stwierdzono takiej poprawy w płucach lub stanie ogólnym, którąby można wyłącznie z wszelką pewnością poczytywać za zasługę I. K. W wielu przypadkach zauważono odczyn ogólny po iniekcjach w postaci oszołomień, bólu głowy, rozbicia. Widywano również odczyny gorączkowe lub też obniżenia ciepłoty. Co się tyczy oddzielnych objawów, to nigdy nie zauważono żadnego specjalnego wpływu iniekcji na poprawę subiektywnego stanu chorych, łaknienia, na przyspieszenie ustąpienia gorączki, dreszczy lub potów. W niektórych jednak przypadkach, pomimo nie osiągnięcia poprawy, liczba laseczników w płwocinie uległa znacznej redukcji.

W dyskusji GANTZ dzieli się wynikami stosowania przez siebie I. K. u 14 chorych z oddziału d-ra JANOWSKIEGO. Próby jeszcze nie są ukończone, ale GANTZ do tej pory zgodnie z prelegentem żadnego dodatniego wpływu I. K. nie widział.

MUTERMILCH Stanisław zaznacza, że zgola nieuzasadniony jest pogląd SPENGLERA, jakoby t. zw. ciała ochronne przechodzić

miały do czerwonych krążków, tak, że, zdaniem mówcy, I. K. SPENGLERA nie może być uważane za swoisty środek przeciwgruźliczy. Dalej MUTERMILCH zaznacza, że w chorobie tak przewlekłej, jak gruźlica, leczenie bierne jest mało uzasadnione. Za jedynie racjonalne uważa mówca leczenie swoiste czynne czyli aktywne. Najnowsze badania, ogłoszone przez DEYCKĘ i MUCHĄ nad rozpuszczalnością prątków gruźliczych w lecytynie, cholinie i t. p., zdają się otwierać nowe horyzonty w leczeniu swoistem gruźlicy. Autorem tym udawało się za pomocą rozpuszczonych w lecytynie prątków gruźliczych uodparniać świnki morskie przeciwko zakażeniu żywymi prątkami gruźliczymi.

ZALESKI Karol stosuje I. K. w szpitalu zaledwie od trzech tygodni, uważa jednak I. K. za środek nie obojętny. Obserwował zarówno podniesienia się temperatury, jak i zwiększenie się liczby laseczników, różne sensacje w postaci bólów głowy, zawrotów.

RZĘTKOWSKI uważa za zupełnie słuszną uwagę prelegenta, że trudno jest znaleźć kryterium skuteczności takiego środka, jak I. K. Za takie kryterium dla swojej tuberkuliny uważa KOCI wzrastanie sprawności aglutynacyjnej krwi u chorych, leczonych tą metodą. Tu możnaby sobie wyrobić pewne pojęcie o skuteczności środka, porywnyując dwie grupy, o ile możności, podobnych chorych — leczonych I. K. i nie leczonych. GAŁECKI w odpowiedzi RZĘTKOWSKIEMU zaznacza, że przeciwny jest metodzie statystycznej w danym wypadku, gdyż ta ostatnia wymaga znacznie większej liczby przypadków.

Tadeusz Wilczyński.

Wiadomości bieżące.

— Zgodnie z zapowiedzią otwarto d. 16 b. m. wystawę Tow. higieny praktycznej p. n.: „Czystość to zdrowie” z inicjatywy współredaktora naszego, kol. J. Zawadzkiego. Wystawa to oryginalna, oddzielono bowiem całkowicie dział dydaktyczny od zwykłego jarmarcznego. Na wstępie mamy dział „brak czystości a choroby”, wybornie ilustrowany przez pokazy kol. S. Serkowskiego,

Palmirskiego, Żurakowskiego, Kozerskiego, Malinowskiego, Dembińskiego, Brenajzena, i in.; dalej wzorowe biura (kol. Kucharzewski), wzorowe wagony kolejowe (kol. A. Majewski), wzorową ochronę (mec. Kijewski), wzorową szkołę (kol. Kryński i pastor Machlejd), wzorową infirmerię (p. Jasińska), pokój matki i noworodka (kol. Józef Jaworski), wzorowe pokoje dziecięce (kol. Roszkowski i

Bączkiewicz), wzorową sypialnię i pokój jadalny, pokój w mieszkaniu jednopokojowym Wegner), kuchnię wraz z dyetetyką (kol. J. Zawadzki, A. Landau, Malewski, Brunner i p. Norkowska), higiena kąpeli (kol. Tchórznicki) oraz higiena ulic (kol. Wejssel, p. Geisler). Ocenę wystawy podamy później. W każdym razie zanotować musimy zgodne głosy prasy, podnoszące wysoką wartość praktycznego zaznajomienia publiczności z higieną i jej najnowszymi postulatami. Wystawa trwać będzie 4 tygodnie.

— Na opróżnioną przez śmierć ś. p. Karczewskiego posadę ordynatora szpitala D-ka Jezus został mianowany kol. Fr. Kijewski, ordynator szpitala Ś-go Rocha.

— Utworzono w Warszawie komitet budowy nowego zakładu położniczego z daru Goldstanda. Prócz ofiarodawcy do Komitetu wszedł kol. Zaborowski oraz członkowie miejskiej komisji szpitalnej. Budowa ma się rozpocząć w ciągu r. b.

— W Monachium zaczęło wychodzić nowe pismo, poświęcone sprawom asekuracji, p. n.: „Blätter für Vertrauensärzte und Lebensversicherung”. Pismo wychodzić będzie co 2 miesiące pod red. d-ra Zahnbrechera.

— Na najbliższy zjazd im. Pirogowa zgłoszono kilkaset referatów z różnych dziedzin medycyny.

— W Saratowie z powodu wielkiego postu st. st. zabroniono nawet odczytów z higieny.

— Prof. Widal został mianowany prof. patologii wewnętrznej, prof. Achard patologii ogólnej na wydziale lekarskim w Paryżu.

— Przykład dyżurów niedzielnych lekarskich w Dreźnie i Lipsku tak się podobał rządowi niemieckiemu, iż wystąpił do wszystkich miast o wprowadzenie tej inowacji dogodnej dla lekarzy i publiczności.

— Szkoły na otwartem powietrzu, urządzone w Szarlotenburgu, znalazły naśladow-

nictwo w Anglii. Szkoły takie urządzone w Londynie, Hallifaksie, Schiefeldzie i t. p.

— The Lancet obłąd zabójcy Humberta I, Giovannii Passanante, który zmarł obecnie w Toskanii, nazywa megalomania regicida.

— Selling opisuje przypadek długotrwałej purpura haemorrhagica skutkiem zatrucia benzolem (Lancet).

— Zmarł w Lubartowie ś. p. **R. Morozewicz**, który urodził się w 1863 r. w Pułtusku, uniwersytet w Warszawie skończył w 1887 r. Pracował lat 2 przy szpitalach w Warszawie, potem praktykował w Żółkiewce lat 10; ztamtąd przeszedł do Lubartowa na lekarza powiatowego, praktykował lat 12.

Był członkiem Tow. lekars. lubelsk. Zjednał sobie wśród miejscowej i okolicznej ludności sympatyę, jako uczciwy, sprawiedliwy i sumienny lekarz. Był inicjatorem wszelkiej społecznej pracy, współzałożycielem Ziemi lubelskiej, szkoły lubelsk., tow. pożyczkowo-oszczędnościowego, straży ogniowej, tow. opieki nad dziećmi i t. d.

— **D-r Jan Głogowski** zmarł dnia 27 marca r. b. w Ostrowcu, w wieku lat 56.

— **D-r Wacław Cennère** zmarł w Radomiu w kwietniu r. b.

— **D-r Antoni Elzenberg** zmarł d. 15 b. m. w Warszawie. Obszerniejszy życiorys podamy w jednym z następ. numerów.

— Zmarł w Skarżysku znany przed laty lekarz specjalista-dentysta **d-r Bronisław Ciunkiewicz**. Zmarły przez czas pewien był wydawcą Kroniki lekarskiej i brał czynny udział w życiu lekarskim i społecznym Warszawy.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający w neura-
stenii, niedokrwistości,
przemęczeniu i wyni-
szeniu po chorobach.

Owolecytyna Billon

jest do nabycia we wszystkich aptekach w pigułkach po 0,5; daw-
ka dla dorosłych 4—6 pigulek na dzień, dla dzieci po 2—3 pigul.
Literaturę wysyłamy bezpłatnie.

LES ÉTABLISSEMENTS POUJENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

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

Керфалдол

Stosowany z dobrym
skutkiem jako środek
szybko działający i
pewny w klinikach
prof:

K. v. NOORDEN. ¹⁾
N. ORTNER. ²⁾
H. SCHLESINGER. ³⁾
E. v. STOFFELLA. ⁴⁾

„KAPHALDOL“ przepisuje się w opłatkach po 0, — 1 grm. do 3,0—5 grm., dzieciom odpowiednio mniej.
Rp. Tabl. Kaphaldol à 0,5 gr. Nr. 20. Oryginalne opakowanie.

Próby i literaturę wysyła się BEZPŁATNIE p.p. lekarzom na każde żądanie.

¹⁾ Maniu, Wiener med. Wochen., 57 Jahr. Nr. 33, 34. ²⁾ Fritsch, Wien, Klin. Woch. 1906
Nr. 33. ³⁾ Einhorn Zntrib. für die gesamte Ther., XXV Jahrg H. 2. ⁴⁾ Rosenthal,
Wien. Klin. Rudschau, 1906, Nr. 47.

Компания Керфалдол Сторъ
С.Петербургъ., улица Николаевская Чл. 16.

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 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, Finson, Uriol, lampa kwarcowa, ra tium 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 żołądek, 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 (Szwajcarja). Fabryka założona w 1865 roku.

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dietetyczno-odżywczego pożywienia **lecytynowego** z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszek, **Garcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tubercalosa, Chlorosa, Rachitis** i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają **Ovomaltynę** na pierwszym miejscu wśród pierwszorzędnych 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

Surowica przeciwgruźlicza

Doktora A. Marmoreka

Skład główny na całą Rosyę w składach Towarzystwa handlu materiałami aptecznymi i perfumeryą „**I. B. Segal**” w **Wilnie i Odessie**.

Adres dla Telegramów: **Wilno, Segal**

„ „ „ „ **Odessa. Drogiści.**