

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 20.

Warszawa d. 14 maja 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką i pocztową | półrocznie . . . „ 3 „ 5<sup>0</sup> | półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz je dnoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronach 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.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Leczenie cierpień dróg nosowołzowych przy pomocy drenowania stałego (metoda Kostera), podał Leon Endelman. — O leczeniu gruźlicy płuc za pomocą substancyi uodparniającej (I. K.) Spenglera, podał Mieczysław Gantz. (Dok.). — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 101. W. Hellpach. Grypa (influenza) powrotna. — *Choroby skóry*. 102. H. Hallopeau. Udoskonalony sposób poronnego leczenia przymiotu. — 103. Milan. Galki rtęciowe pochwowe. — 104. A. Sezary i H. Pailard. Krętki blade w płynie mózgo-rdzeniowym chorej, cierpiącej na syfilis z porażeniem połowicznym. — *Choroby nosa*. 105. Wilson J. Dziedziczne własności anatomiczne jako przyczynek do powstawania skrzywień przegrody i cierpień zatok nosowych. — Z TWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Odpowiedzi Redakcyi. — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

#### Leczenie cierpień dróg nosowołzowych przy pomocy drenowania stałego (metoda Kostera)

podał

Leon Endelman.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Polskiego Tow. Okulistycznego).

Przewlekły śluzoropotok woreczka łzowego (*blenorhoea sacci lacrimalis*) należy do rzędu tych cierpień, które stanowią prawdziwy *crux medicorum*. Każdy z oftalmologów

zna przypadki, które mimo sondowanie codzienne, przemywanie woreczka najrozmaitszymi ściągającymi i odkażającymi płynami trwają miesiące, lata całe, a co najważniejsza, po wyleczeniu zawsze są skłonne po krótszym lub dłuższym czasie do nawrotów. Nic też w tem dziwnego, że w ostatnich zwłaszcza latach ten zachowawczy sposób leczenia zaczął coraz bardziej zrażać do siebie chorych i lekarzy, i że coraz częściej zaczynało się zwracać do radykalnej, operacyjnej metody — wyłuszczenia doszczętnego woreczka łzowego.

Operacja ta posiada niewątpliwe zalety: szybkie i doszczętne usunięcie zbiornika ropy, która każdej chwili zagraża oku i, przy dokładnej technice operacyjnej, uniemożliwienie zupełne nawrotów. Lecz trudno zapoznawać i poważne strony ujemne operacji, mianowicie usunięcie, bądź co bądź, niezbędnego narządu i, jako skutek tego, stałe i niczem prawie nie dające się usunąć łzawienie. Mimo to wielu chorych godzi się na te nieuniknione skutki operacji, chcąc się pozbyć ropienia i zależnego od niego ciągłego podrażnienia zapalnego łącznicy i brzegu powiekowego. Każdy z takich chorych niewątpliwie wyprobuje naprzód na sobie sondowanie, lecz, przekonawszy się, jak długotrwałe, uciążliwe a, wreszcie, jak niepewne jest ono, sam prosić będzie o operację nawet po dokładnym przedstawieniu przez lekarza wszystkich stron ujemnych tego zabiegu.

Jeśli chorzy przystają względnie często na operację, tem łatwiej przychodzi to lekarzowi, który, nauczony smutnem swem doświadczeniem codziennem i zniechęcony do zachowawczego leczenia, zalecać będzie operację nawet w tych przypadkach, gdzie, być może, udałoby się usunąć cierpienie przez wprowadzanie zgłębnika we względnie niedługim przeciągu czasu. Tę reakcję widzimy aż do ostatnich dni, gdyż, zwłaszcza w niektórych klinikach zagranicznych, wyłuszczenie woreczka jest stosowane, zdaje się, zbyt pohopnie. W celu zapobieżenia łzawieniu, jakie jest prostym wynikiem operacji, w ostatnich czasach próbowano rozmaitych odmian zabiegu operacyjnego, jak np. t. zw. *dacryocystorhinostomia* włoskiego okulisty TOTIEGO, o których w tej chwili mówić nie mamy potrzeby.

Jasną jest rzeczą, że każdy, nawet najgorętszy zwolennik wyłuszczenia woreczka chętnie przystałby na zachowawczy sposób leczenia cierpienia woreczka łzowego, o ileby

tylko ten dawał, jeśli nie we wszystkich, to większości przypadków rękojmię pewnego wyleczenia, a przede wszystkim nie był połączony z takimi uciążliwymi i dla chorego i dla lekarza zabiegami, jakim jest codzienne wprowadzanie zgłębnika.

W leczeniu wszelkiego cierpienia woreczka najważniejszym, jeśli nie wyłącznym warunkiem skuteczności jest utrzymanie stałej drożności całego przewodu nosowo-łzowego. Wiemy aż nadto dobrze, że nawet codzienne sondowanie dróg łzowych z pozostawieniem każdorazowem zgłębnika *in situ* nawet przez dłuższy czas (od kwadransa do godziny lub paru) nie zabezpiecza dobrego odpływu cieczy z woreczka nawet na godzin kilkanaście. Już względnie dawno, jak świadczy o tem wzmianka u ARLTA w pierwszym wydaniu „*Handbuch d. ges. Amm. t. Augenh. u. K. u. d. v. Graefe-S. e. m. i. s. c. h.*”, starano się rozszerzać i utrzymywać w drożności przewód nosowo-łzowy za pomocą wprowadzania do dróg łzowych nitki bawełnianych, szarpii, jedwabiu i t. p., ale nie robiono tego z pewną systematycznością, przeprowadzając spostrzeżenia przez czas dłuższy, lecz tylko doraźnie i na krótko, przyczem nie drenowano całego przewodu, lecz tylko niektóre jego odcinki. Do szeregu tych prób zaliczyć również należy stosowane przez niektórych okulistów pozostawianie zgłębnika metalowego w przewodzie łzowym przez dni parę. Ten zabieg, pomijając ból, na jaki chory jest wystawiony przez dłuższy czas, zdaniem naszym, jest wprost szkodliwy, gdyż zgłębnik metalowy musi w tych warunkach silnie drażnić błonę śluzową dróg łzowych, co w następstwie wywołuje nasilenie stanu zapalnego, a po wyjęciu zgłębnika wzmożenie się wydzieliny, obostrzenie całej sprawy chorobowej i w ostatecznym wyniku jeszcze większe zwięźlenie przewodu.

Zupełnie odmiennie rzecz się ma przy

wprowadzeniu, pozostawieniu przez czas dłuższy w przewodzie nosowółzowym nitki jedwabnej. Już samo teoretyczne rozważanie musi nas przekonać, że niema lepszego sączka ponad nitkę jedwabną: dzięki zupełnej miękkości, podrażnienie, jakie wywołuje ona w sąsiednich tkankach, będzie sprowadzone do minimum, a jej budowa z drobnutkich włókienek doskonale nadaje się do odprowadzania cieczy.

Zasługą jest KOSTERA, <sup>1)</sup> że zwrócił on uwagę na powyższe własności nitki jedwabnej i że w 1907 roku wprowadził stałe drenowanie dróg nosowółzowych przy jej pomocy. Metoda jego polega na wprowadzeniu i utrzymaniu przez czas dłuższy (do paru miesięcy) nitki jedwabnej na całym przebiegu przewodu nosowółzowego, poczynając od otworków łzowych a kończąc na jego wylocie pod dolną muszlą. W tym celu poprzez pusty zgłębnik („H o h l s o n d e”), wstawiony *lege artis* do przewodu nosowółzowego, spuszczał on pętlę cieniutkiego mosiężnego drutu, którą wyciągał przez nos przy pomocy specjalnego haczyka. Założywszy w drucianą pętlę jedwabną nitkę, nietrudno potem było ją wyciągnąć przez otwór kanalika łzowego, wyciągając drut wraz ze zgłębnikiem.

Sam KOSTER twierdzi, że chwytanie pętli drucianej w nosie nie należy do zabiegów bardzo łatwych, i początkowo nie mógł się obchodzić bez pomocy rynologa. Stopniowo, jednak, trudności te dają się przewyciężyć, i w każdym przypadku można nitkę jedwabną przeprowadzić. Przeprowadziwszy drenowanie stałe na szeregu chorych, KOSTER zaleca je gorąco do jaknajszerszego zastosowania we wszystkich przypadkach śluzoropotoku woreczka łzowego.

Jeśli zachęcające wyniki lecznicze, o-

trzymane przez KOSTERA, nie znalazły tak szybko naśladowców, przypisać to należy, przede wszystkim, temu, że wprowadzenie nitki sposobem K., bądź co bądź, jak to sam przyznaje, nie należy do zabiegów bardzo łatwych, powtóre, wyrażano słuszną obawę, że wprowadzanie nitki od nosa przez woreczek do otworków łzowych może albo wzmódz florę drobnoustrojową woreczka, o ile zawierał on już ropę, lub też przy zwykłych zwięzieniach przewodu mogło ono posiąć w woreczku drobnoustroje, które jama nosowa zawiera w znacznej liczbie.

Tym słabym stronom metody KOSTERA stara się zapobiedz GOEBEL <sup>2)</sup>. Jego sposób przeciągnięcia nitki jedwabnej polega na następującem: poprzez pusty zgłębnik spuszczaemy koniec cienkiej nitki jedwabnej; dalszego jej posuwania w zgłębniku dokonywamy przy pomocy przetyczki (mandryn) zgłębnika, specjalnie w tym celu tak oszlifowanego, by nie była zupełnie gładka, lecz do pewnego stopnia chropawa. W powyższy sposób uda nam się zawsze przesunąć tyle nitki jedwabiu, że kilkanaście jej pęteli leżeć będzie w dolnym przewodzie nosowym pod dolną muszlą. Zasługą GOEBELA jest, że nie szuka on tych pęteli haczykiem, co u KOSTERA było połączone z pewnemi trudnościami i prawie zawsze wywoływało krwawienie z nosa, lecz, przekonawszy się z długości wprowadzonego jedwabiu, że w nosie leży dość wolnych skrętów nitki, każe choremu parę lub kilkanaście razy silnie dmuchnąć odpowiedniem nozdrzem, po zatkaniu dokładnem drugiego. Zawsze w tych razach po krótkim czasie koniec nitki z łatwością przez nos wypadnie. Jest to znaczne ułatwienie całego zabiegu, gdyż zabiera on bardzo niewiele czasu i nie sprawia choremu najmniejszej przykrości.

<sup>1)</sup> Koster. Archiv. f. Ophthalmologie 1907 r. Heft. 1.

<sup>2)</sup> Goebel. Arch. f. Augenheilk. 1906.

Wreszcie, ostatnio KRUSIUS<sup>3)</sup> zastosował jeszcze jedno ułatwienie: zamiast przepychania nitki w zglębniku przetyczką, co niekiedy wywołać może dające się, zresztą, łatwo usunąć zatkanie światła zglębnika, spuszcza on przez zglębnik sznurek cienkiego katgut. Pamiętać o tem należy, by przed wpuszczaniem katgut zglębnik nieco wyciągnąć z przewodu, aby pomiędzy dolnym wylotem zglębnika a podłogą dolnego przewodu nosowego pozostało nieco wolnej przestrzeni. Katgut, wprowadzony w stanie suchym, więc dostatecznie sztywnym, by mógł z łatwością przechodzić przez światło zglębnika przez zwykłe wpychanie, po przejściu do jamy nosowej szybko mięknie, i, jeśli będziemy go wpychali powoli, wytworzy on dostateczną liczbę skrętów, które następnie chory z łatwością wydmuchnąć może przez nos, jak to się dzieje przy przeprowadzaniu jedwabiu sposobem GOEBELA.

Po przeprowadzeniu katgut do górnego jego końca przymocowujemy nitkę jedwabną czy to przez związanie jej z katgutem w supeł, o ile użyliśmy bardzo cienkiego katgut, czy też przewlekając przez grubszy katgut cienką igłę, nawleczoną jedwabiem. Umocowawszy jedwab i pozostawiając wciąż w przewodzie zglębnik ciągniemy lekko i powoli za koniec katgut, wystający z nosa, i w ten sposób stopniowo wprowadzamy nitkę jedwabną do zglębnika. Chcąc uniknąć choćby nieznacznego uszkodzenia błony śluzowej nosa, przeciągamy uprzednio katgut przez cienką, kolankowato zgiętą rurkę szklaną i wprowadzamy jej koniec w otwór nosa w kierunku dolnego wylotu przewodu łzowego, za katgut zaś ciągniemy z drugiego jej końca. Gdy w ten sposób przeciągniemy nitkę jedwabną nazewnątrz, wprowadzenie jedwab-

nego sączka jest już skończone, pozostaje nam tylko wyjąć zglębnik, co się daje bardzo łatwo uskutecznić, należy tylko mocno trzymać koniec nitki, wystający z nosa. KOSTER związywał oba końce nitki jedwabnej i twierdził, że chorych nie raz było takie pozostawianie na widoku nitki nawet przez czas dłuższy. Można jednak zaradzić temu, bądźco bądź, nieestetycznemu wyglądowi w ten sposób, że górny koniec związujemy w tak gruby supeł, aby nie mógł przejść przez górny otwór przewodu łzowego. Supeł taki daje się łatwo ukryć w rozciętym kanalikule łzowym i nie jest widoczny dla oka nie wtajemniczonego. Podrażnienia spojówki supeł ten, jak sami mogliśmy się przekonać, nie wywołuje najmniejszego i przez chorych nie jest odczuwany. Dolny zaś koniec nitki, wystający z nosa, długości około 5 ctm., sam chory doskonale potrafi ukryć w jamie nosowej. Wystarczy silne dmuchnięcie przez nos, a wypadnie on znów jaknajniezawodniej.

Rozpoczynamy drenowanie od założenia na pewien czas cienkiej nitki jedwabnej. O ile po upływie tego czasu mamy przekonanie, że ściek cieczy z woreczka jest niedostateczny, że drożność przewodu jest jeszcze niewystarczająca, przywiązujemy do górnego końca nitki jedwabnej nitkę grubszą i tę wprowadzamy na jej miejsce. Można w powyższy sposób dojść do bardzo grubych nitek jedwabiu. O ile dwie następujące po sobie nitki są zbyt grube, by supeł, z nich wytworzony, mógł przejść swobodnie przez przewód łzowy, łączymy je za pomocą kawałka cienkiej nitki jedwabnej.

Co się tyczy wskazań do tej metody leczniczej, to, zdaniem KOSTERA, stosować ją można we wszelkiego rodzaju cierpieniach dróg nosowołzowych. Jak wykazują wyniki lecznicze, otrzymane przez KOSTERA, daje ona zupełnie zadawalające rezultaty nie tylko w zwykłym ropotoku woreczka, lecz i w spr-

<sup>3)</sup> Krusius. Zeitschrift f. Augenheilkunde. September. 1909.

wach chorobowych, połączonych z martwicą kości łzowych, a nawet w tak trudno poddających się leczeniu przypadkach, jak gruzlica woreczka. Samo przez się rozumie się, że drenowaniem stałem nie uda się usunąć zwiócenia ścian woreczka (*ectasia, atonia sacci lacrimalis*), lecz, o ile zwykłym sondowaniem doprowadzimy przewód do drożności, należy spróbować wprowadzenia na pewien czas nitki jedwabnej, bo i wtedy otrzymać możemy wcale zadawalające wyniki, o właściwym bowiem wyleczeniu trudno w tych przypadkach mówić. Świadczy o tem pierwszy z naszych przypadków, o których mowa będzie niżej.

Sam KOSTER nie narzuca swej metody, jako niezawodnego środka na wyleczenie cierpień dróg nosowołzowych, i nie jest bezwzględny przeciwnikiem wyłuszczenia woreczka; przytacza on przypadki, w których, mimo paromiesięczne stosowanie drenowania nie otrzymał poprawy.

Lecz, jak niema reguły bez wyjątku, tak też niema metody leczniczej bez ujemnych wyników. Bądź co bądź, metoda drenowania stałego posiada niewątpliwe zalety wobec operacyjnego wyłuszczenia woreczka z jednej strony a zwykłego sondowania z drugiej. O wyższości nad wyłuszczeniem mówiliśmy na wstępie, wyższość zaś nad zwykłym sondowaniem polega przede wszystkim na oszczędzeniu choremu tak przykrego, a niekiedy wprost bolesnego zabiegu, jakim jest codziennie wprowadzanie zgłębnika, dalej na stałym rozszerzaniu w przeciągu tygodni i miesięcy dróg nosowołzowych, wytworzeniu najdoskonalszych warunków dla dobrego odprowadzania cieczy do jamy nosowej, na unikaniu codziennego zadrażniania błony śluzowej dróg łzowych przy wprowadzaniu metalowego zgłębnika, co wszystko razem niewątpliwie musi znacznie skrócić czas niezbędny na wyleczenie doszczętne. Wreszcie jeszcze jeden ważny wzgląd przemawia za

drenowaniem stałym, mianowicie względnie: chorzy tacy po wprowadzeniu nitki zjawiają się do lekarza tylko co pewien czas czy to dla sprawdzenia, jak nitka siedzi w przewodzie, czy to dla wprowadzenia grubszej nitki, wreszcie dla przepłukiwania od czasu do czasu woreczka rozmaitymi płynami, które daje się łatwo wykonać przy leżącej w kanale nitce.

Metodę KOSTERA wypróbowałem dotychczas w dwóch przypadkach. Pierwsza chora cierpi na łzawienie i ropienie z prawego oka od lat dwunastu. Niejednokrotnie poddawała się codziennemu sondowaniu, raz jeden (na początku choroby) przez 6 miesięcy bez przerwy, następnie w ciągu paru miesięcy lub tygodni. Po każdej seryi sondowań następowała niejaka poprawa, lecz już wkrótce potem zjawiał się nawrót cierpienia. Zwróciła się do mnie we wrześniu r. z., stwierdziłem wtedy: *blepharo-conjunctivitis chronica, dacryocystitis exacerbata, ectasia sacci lacrimalis, stenosis ductus naso-lacrymalis oculi dextri*. Sondowanie, trwające trzy miesiące po 2 razy tygodniowo, z przemywaniami woreczka rozczynikami *protargolu* lub *hydrargvri oxycyanati* żadnej rzetelnej poprawy nie spowodowało: okolica woreczka stale obrzmiała, przy ucisku wydziela się przez rozcięty dolny kanalik obfita ilość gęstej żółtej ropy; po opróżnieniu woreczka już po upływie godziny jest on znów wypełniony ropą.

15-go stycznia r. b. wprowadziłem chorej nitkę jedwabną (Nr. 2). Po upływie 2-ech dni chora przez zapomnienie sama nitkę wyciągnęła. Wprowadziłem nitkę po raz drugi. Tym razem nitka pozostawała w przewodzie przez tydzień, nie sprawiając chorej najdrobniejszej przykrości. Stan oka już przez ten krótki okres czasu znakomicie się poprawił: przede wszystkim stan zapalny spojówki oka znacznie mniejszy, brzeg powiekowy, uprzed-

nio całkowicie pokryty zaschniętą ropą, obecnie najzupełniej czysty, łzawienie znacznie mniejsze, przy badaniu okolicy woreczka łzowego wyczuwa się zwiótczenie ściany, przy ucisku zaś wydziela się przez dolny kanalik już nieznaczna ilość bardziej rzadkiej ropy.

Podczas wprowadzania grubszej nitki przez własną niezręczność wyciągnąłem nitkę z przewodu, a z powodu okoliczności, odemnie niezależnych, na razie nie mogłem zabiegu powtórzyć. Chora zjawiła się po tygodniu; stan oka, jaki stwierdziłem przy ostatnim badaniu nie uległ zmianie. Wprowadziłem nitkę jedwabną Nr. 3. Chora zjawiła się po dwóch tygodniach. Twierdzi, że od szeregu lat nie pamięta takiego stanu oka: łzawienie najzupełniej ustało, wydzieliny, nawet zrana, niema najmniejszej, przykre uczucie palenia, swędzenia w oku, którego chora stale od dawna doznawała, znikło zupełnie. Przedmiotowo stan oka nie pozostawiał nic do życzenia, prócz łatwo wyczuwalnego rozszerzenia woreczka; przy nacisku nań przez dolny kanalik wydziela się nieznaczna ilość czystej cieczy (łez).

Ze względu na długotrwałość cierpienia w danym przypadku, być może, należało, mimo tak znaczną poprawę, nitkę pozostawić w przewodzie jeszcze czas pewien w celu zapobieżenia możliwemu nawrotowi. Mając jednak chorą stale pod swą obserwacją, więc będąc w możności każdej chwili wprowadzić jej raz jeszcze nitkę, z drugiej zaś strony, chcąc się przekonać, jak długotrwała jest poprawa przy stosowaniu tej metody, nitkę wyciągnąłem. Od tego czasu upłynęło sześć tygodni, i stan oka chorej w niczem się nie zmienił. Zyskałem w chorej gorącą zwolenniczkę nowej metody leczniczej; prosi mnie, bym do jej lewego oka, które od pewnego czasu łzawi i ropieje (*dacryocystitis catarrhalis*), odrazu zastosował wprowadzenie nitki jedwabnej.

Druga chora cierpi na łzawienie i ropienie z prawego oka od dwóch lat. Zgłosiła się do mnie w lipcu r. z., rozpoznałem u niej: *bleorrhoea sacci lacrimalis, conjunctivitis chronica oculi dextri*. Chora nie zjawiała się regularnie, mimo to w ciągu 7-iu miesięcy niejednokrotnie wprowadzałem jej metalowe zgłębniki rozmaitej grubości z przemywaniem woreczka płynami odkażającymi. Stan oka chorej przez ten czas nie uległ prawie żadnej poprawie: woreczek stale wypełniony gęstą, cuchnącą ropą. W początkach lutego wprowadziłem nitkę jedwabną (Nr. 3), która pozostawała w przewodzie bez zmiany przez trzy tygodnie. Stan oka stale się poprawiał do tego stopnia, że po upływie tego czasu czułem się uprawnionym do wyjęcia nitki. Chorą obserwuję nadal: łzawienie i ropienie ustało, oko nie przedstawia żadnych objawów podrażnienia zapalnego <sup>4)</sup>.

Być może, że zbyt pośpiesznie ogłaszam własne wyniki lecznicze, przeprowadziwszy spotrzeżenia nad tak niewielką liczbą chorych i przez tak krótki okres czasu, lecz upoważniają mnie do tego względy następujące: metoda drenowania stałego przewodu nosowolzowego jest nadzwyczajnie łatwa, oszczędza lekarzowi i chorym wiele chwil przykrych, a z doświadczenia Kolegów i własnego wiadomo mi, jak pożądaną jest wprowadzenie nowych dróg w leczeniu cierpień dróg nosowolzowych. Cierpienia te są nader rozpowszechnione, leczą je nie tylko lekarze specjaliści, lecz i lekarze, zajmujący się ogólną praktyką (na prowincyi), wobec czego pozwalam sobie tę krótką notatkę podać do szerszej wiadomości, zalecając metodę drenowania stałego do wypróbowania na liczniejszym materiale klinicznym.

<sup>4)</sup> Obie chore były demenstrowane na posiedzeniu, na trzeciej odbył się pokaz wprowadzenia nitki do przewodu.

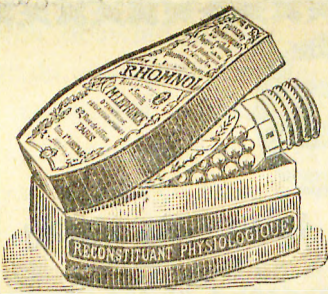
Dragées  
BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

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  
Jerolimaska 27 róg Kruczej.



Kwas nukleinowy  
i  
Nukleofosfaty  
naturalne.

# RHOMNOL

$C_{40} H_{54} N_{14} O_{27} P_4$

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.  
Racyonalne leczenie fosforem.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-  
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigulki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, ły-  
żeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.

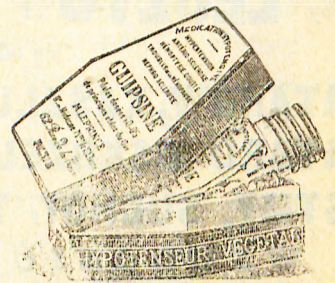
## Wzmożone ciśnienie

Miażdżycy tętna, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie prze-  
kwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

# GUIPSINE

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

Zawiera pierwiastek działający Gui.  
6 do 10 pigulek dziennie przed jeżeniem.



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

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

Z oddziału doc. d-r med. W. Janowskiego w szpitalu  
Dz. Jezus w Warszawie.

## O leczeniu gruźlicy płuc za pomocą substancji uodparniających (I. K.) Spenglera.

Podał

**Mieczysław Gantz.**

(Dokończenie—Zob. Nr. 19).

Zwracając się obecnie do wyników moich prób stosowania I. K., zaznaczyć przede wszystkim muszę, że materiał mój w porównaniu z materiałem innych autorów jest niezbyt wielki, gdyż obejmuje zaledwie 14 przypadków. Skoro jednak prawie półroczne stosowanie omawianego środka dało mi najzupełniej jednostajne wyniki w znaczeniu ujemnem, odstąpiłem od poprzednio powziętego zamiaru wypróbowania I. K. na większej liczbie chorych i, przestając na dotychczasowych doświadczeniach, postanowiłem podać je do wiadomości ogólnej. Dodać muszę, że leczeniu, jak poniżej zobaczymy, poddawałem chorych najrozmaitszych, byleby tylko powyżej przez SPENGLERA wymienione objawy poprawy mogły występować. Brałem więc chorych z małemi i rozległemi zmianami, z temperaturą cokolwiek podniesioną i hektyczną, z lasecznikami w płwocinie lub bez nich. W tych ostatnich przypadkach, poza, rzecz naturalna, niewątpliwymi objawami przedmiotowymi i gorączką, dokonywałem próby MORO, której wynik był we wszystkich przypadkach dodatni. Na ogół wybierałem jednak chętniej przypadki z obecnością laseczników w płwocinie.

Przechodzę obecnie do szczegółów rezultatów leczenia i, nie wdając się w dokładne przytaczanie historii chorób, postaram się wykazać, czy i jaki z wymienionych przez

SPENGLERA objawów poprawy spostrzegąłem u naszych chorych.

Z pośród 14 chorych, leczonych I. K-ami, dwóch chorych należało do t. zw. I okresu według TURBANA, 7-iu do II i 5-iu do trzeciego. Z tych ośmiu wypisało się bez poprawy, jeden z poprawą, dwaj jeszcze pozostają w szpitalu, trzech zaś zmarło. Liczba zastrzyknień wahała się między 5 a 30, przyczem niewielka liczba zastrzyknień dotyczyła t. zw. szybkiego leczenia.

Co się tyczy 1. poprawy samopoczucia, co, według SPENGLERA, ma następować już po kilku zastrzyknięciach, — to nie mogłem tego stwierdzić ani razu, Chorzy bądź to nie widzieli żadnej poprawy nawet po najdłuższem (6 miesięcy) leczeniu, bądź też, przeciwnie, nawet prosili o zaprzestanie wstrzykiwań, gdyż czuli się, jak powiadali, po każdym wstrzykiwaniu gorzej, co niekiedy tłumaczyło się, jak niżej zobaczymy, podniesieniem ciepłoty, niekiedy jednak nie szło z tem ostatniem w parze. Wprawdzie częściej widywałem ten wstręt do zastrzykiwań u chorych cięższych, którzy, jak wogóle wszyscy ciężko chorzy, zwłaszcza zaś suchotnicy, są bardzo zdenerwowani i źle znoszą jakieś energiczniejsze zabiegi w rodzaju np. zastrzykiwań, może więc i niebardzo poważnie należy brać ich skargi w danym przypadku, — to jednak pewne, że zgodnie z twierdzeniem chorych nie udało mi się zanotować ani razu poprawy samopoczucia.

2. P o p r a w a a p e t y t u, mająca również szybko występować, u nas wybitnie nie wystąpiła ani razu. Przyznać trzeba, że mało urozmaicony stół szpitalny niekoniecznie dobrze oddziaływać może na szczególnie zepsuty u chorych na gruźlicę apetyt, mimo to jednak widujemy wszak nieraz u szpitalnych chorych z gruźlicą płuc wybitną poprawę apetytu i bez wszelkiego prawie leczenia a niezbyt rzadko słyszymy nawet utyskiwa-



nia na niedostateczne pożywienie. Chorzy, leczeni wstrzykiwaniami I. K., natomiast, często skarżyli się na utratę łaknienia (np. chorzy Tytk. i Drozd., najdłużej leczeni). Nie stawiam tego bynajmniej w związku z działaniem ujemnym I. K., muszę tylko z obowiązku sprawozdawcy zaznaczyć, że nie udało mi się stwierdzić owej przez SPENGLERA notowanej poprawy apetytu.

3. Liczba laseczników w gruczykach w płwocinie pozostawała w moich przypadkach bez zmiany nawet po najdłuższym leczeniu, mimo że już po 8—14 dniach leczenia miała się gwałtownie zmniejszać. We wszystkich przypadkach płwocina była badana przezemnie wielokrotnie, i nigdy nie udało mi się stwierdzić nawet przelotnie wyraźnego zmniejszenia liczby prątków. W jednym przypadku, w którym na początku leczenia nie znajdowałem laseczników, nie widziałem ich i później, mimo że stan przedmiotowy chorego z biegiem czasu się pogorszył.

Nawiasem zauważę, że ten objaw poprawy, tak silnie akcentowany przez SPENGLERA, największą wzbudzał we mnie nieufność, wiadomo bowiem, jak długo zazwyczaj wykrywa się laseczniki gruźlicze u chorych, niewątpliwie się poprawiających, o ile ich, rzecz naturalna, pilnie szukać (porówn. wykazy sanatoryjne). Tu zaś mają laseczniki ginąć po czarodziejsku, już bowiem po 8—14 dniach leczenia. Dla ścisłości dodam, że brak laseczników lub zmniejszenie ich liczby można uważać za istotny objaw poprawy jedynie wtedy tylko, gdy wynik badania jest stale jednakowy w ciągu dłuższego czasu. Chwilowe, nawet bardzo duże wahania w tym względzie są wszak rzeczą zwykłą i ogólnie znaną.

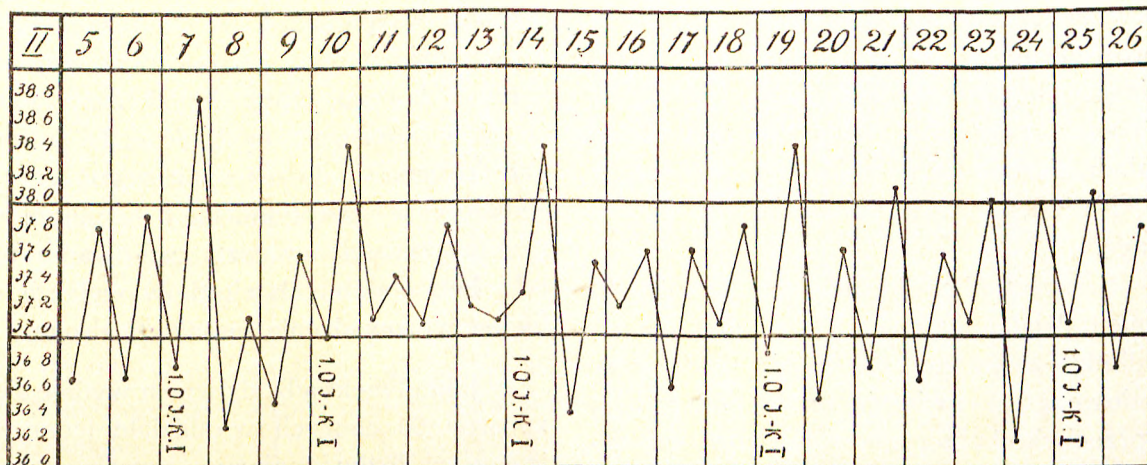
4. Zupełnego spadku ciepłoty nie notowałem ani razu. Próbowałem podziałać za pomocą I. K. zarówno na duże pod-

niesienia ciepłoty w postaci gorączki hektycznej, jak i na t. zw. stany podgorączkowe.

Śmiało rzec mogę, że I. K. nie wywierała bezwzględnie żadnego wpływu na spadek ciepłoty. Chory T. przez cały czas leczenia ciągle miał niewielkie podniesienia ciepłoty (najczęściej wieczorami); w pewien czas po przerwaniu zastrzykiwań podniesienia te nieco się zmniejszyły, lecz i obecnie jeszcze nieraz miewają miejsce. W innym przypadku (chory J.) małe dawki antyfebryny miały nieco lepszy skutek, niż I. K. To samo widział ROEPKE po zastosowaniu piramidonu, gdy uprzednio I. K. były bez skutku. Podobnie nie widziałem, by po stosowaniu I. K. gorączka hektyczna miała stać się aseptyczną. Niejednokrotnie natomiast widziałem podniesienie ciepłoty po zastrzyknięciach rozczyńców mocniejszych. Skoki osiągały nieraz nawet 2 stopni, częściej jednak równały się kilku dziesiątym stopnia. Załączona poniżej ciepłota chorego Drozd. (p. tabl.) wykazuje wyraźnie, jak za każdym wstrzyknięciem sporiej dawki I numeru I. K. ciepłota się gwałtownie podnosiła, by następnie również gwałtownie spaść poniżej normy. Chory ten leżał w oddziale szereg miesięcy i nigdy ani przedtem, ani potem takich podskoków nie miewał.

Chorzy, reagujący w ten sposób na zastrzyknięcia, czuli się wtedy niedobrze, skarżyli się na ogólne niedomaganie, a co ważniejsze, że u chorego Drozd. wystąpiły w płucach po opisanych skokach rżenia w daleko większej liczbie, by następnie znów nieco ustąpić. Czy *post hoc ergo propter hoc*, trudno powiedzieć z pewnością, skoro podobne fakty widuje się i u innych chorych z gruźlicą płuc—w każdym jednak razie zależność od wstrzykiwań wydaje się tu bardzo prawdopodobną.

Na ogół jednak chorzy nie gorączkowali nawet po najwyższych dawkach I. K.



Krzywa ciepłoty chorego D. po kilkakrotnem zastrzyknięciu 1.0 I. K. I.

5. Zmiany przedmiotowe dzieliły los innych objawów, gdyż również nie mogłem stwierdzić wielkiej poprawy nawet w tych przypadkach nielicznych, w których chorzy podmiotowo czuli się lepiej. Na uwagę zasługuje wprawdzie przypadek, w którym chory T. mimo bardzo rozległe zmiany (jama w lewnym górnym płacie) znośnie czuje się i dziś jeszcze, po kilkomiesięcznym pobycie w szpitalu, a objawy są dziś prawie takie same, jak i przy wstąpieniu. Nie mogę jednak bynajmniej uważać tego za skutek leczenia swoistego, gdyż tego rodzaju fakty zdarzają się nieraz w przebiegu tak rozmaicie przebiegającego cierpienia, jakim jest gruźlica płuc. U pozostałych chorych stan przedmiotowy się pogorszył, nawet u takich, którzy podmiotowo czuli się po pobycie w szpitalu nieco lepiej (chorzy P. i M.).

6. Waga chorych winna, według SPENGLERA, szybko wzrastać po stosowaniu I. K. U moich chorych stwierdziłem wzrost wagi, nie dochodzący jednak do 2 kilogr., trzy razy: u jednego w ciągu 3 miesięcy—1.6, u drugiego w ciągu miesiąca niecały—1.0 kilogram, u trzeciego wreszcie w ciągu trzech miesięcy

przeszło pół kil. Zanotować jednak muszę, że dwaj chorzy poza tem, którzy przed rozpoczęciem stosowania I. K. przybrali na wadze, podczas leczenia swoistego zaczęli tracić: a mianowicie choremu Tytk. przybyło z początku około 3 kil., w ciągu pierwszego miesiąca leczenia I. K. przybyło mu jeszcze około 1 kil., następnie zaś stracił prawie 2 kil., mimo że prawie wyłącznie leżał i nie gorączkował. Ostateczna jego waga jest w każdym razie wyższa, niż przy wstąpieniu do szpitala o 1,6 kil. Chory Drozd. z początku przybrał 1 kil., następnie stracił przeszło 2. Jest to jednak chory, który tak silnie reagował na wstrzykiwania, i u którego stan obiektywny niewątpliwie się pogorszył.

Pozostali chorzy tracili na wadze.

Reasumując więc nasze wyniki przeszło sześćmiesięcznego stosowania I. K. SPENGLERA, mimo że materiał nasz nie był zbyt liczny, możemy, ze względu na zupełnie jednostajne rezultaty, śmiało powiedzieć, że ani razu nie udało się nam stwierdzić dodatniego działania środka SPENGLERA. Dodam, że, o ile z początku trzymaliśmy się pierwotnie przez SPENGLERA podanych przepisów, o tyle również u-

względnialiśmy i następne modyfikacje, przez twórcę środka polecane (dłuższe przerwy po pierwszych zastrzykiwaniach), a niekiedy wprowadzaliśmy umyślnie rozmaite własne zmiany, polegające jedynie na dłuższych lub krótszych przerwach w celu przekonania się dokładniejszego o działaniu środka.

Na jeden jeszcze punkt chcę tu zwrócić uwagę.

SPENGLER, chcąc bardziej przekonać o dodatnim działaniu swoich I. K., dodaje (na str. 7 odbitki), że są one „polyvalent”—wielowartościowe, gdyż zawierają „ciała uodparniające przeciwko bakterjom ropotwórczym, mogą więc znaleźć zastosowanie i w stanach septycznych”. Przypadek, przezemnie w oddziale obserwowany, bardzo poważnie przeczy twierdzeniu powyższemu. Chory M., lat 22, przyszedł do oddziału d. 27/IX 1909 r. z niewielkimi zmianami w płucach (stłumienie w szczycie prawym, mniejsze w lewym, oddech osłabiony, wydech wydłużony, rzężeń nie słyhać) po niedawno przebytych krwotokach płucnych z ciepłotą, sięgającą niekiedy 37,8 wieczorami. Od chwili wstąpienia do oddziału chory prawie wyłącznie leży. Dnia 13. X. otrzymał pierwsze zastrzyknięcie I. K. W trzy tygodnie z gorą później (5. XI) chory dostaje nagle dreszczów i gorączki na skutek zapalenia migdałków (*angina follicularis*). Temperatura z 39,3 spada dnia następnego do 37,2, zaś 3-go nawet poniżej 37,0, natomiast już 6-go dostaje chory krwimocz. W moczu 1% białka, mnóstwo wałków ziarnistych i krwi. Chory przez dwa dni dostawał aspirynę. Dnia 10. XI wieczorem ciepłota nagle podnosi się znów do 40°, by już następnego dnia spaść do 35,9. Dodać muszę, że dziwnym zbiegiem okoliczności 5/XI wstrzyknąłem choremu 0,6 I. K. IV, zaś 10. XI — 1.0 IV. Nie mogę brać wzmiankowanej anginy za notowaną przez SPENGLERA an-

ginę odczynową po zastrzyknięciu, gdyż przeciwko temu przemawia już sam wygląd migdałków, obsypanych t. zw. czopami. Zresztą wystąpienie ostrego krwotocznego zapalenia nerek u chorego, który dotychczas żadnych zmian w moczu nie miał, dowodzi również przedostania się do ustroju jakiegoś zarazka. Jednoczesne zastrzyknięcie I. K. innym chorym przy zwykłym zresztą zachowaniu aseptyki bez podobnych skutków wyłącza możliwość wprowadzenia zarazka tą drogą.

Jakkolwiekbydz, dziwnem wydaje się, że zpośród 60 chorych w oddziale jeden, stale leżący w łóżku i mający w ustroju posiadać sporą ilość substancji, uodparniających przeciwko bakterjom ropotwórczym, dostaje ciężkiej anginy, gdyż powikłanej krwotocznym zapaleniem nerek. Chory wypisał się 13. XII z  $\frac{1}{2}\%$  białka i ze sporą liczbą wałków w moczu.

Pozostaje jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy istotnie stosowanie I. K. jest tak niewinne, jak powiada SPENGLER. Zdania autorów są co do tego rozmaite. Gdy, bowiem, ROEPKE porównywa I. K. do fizyologicznego rozcynu soli kuchennej, — ALEXANDER bynajmniej nie uważa środka za obojętny, skoro w jego przypadkach I. K. powodowały podniesienie ciepłoty, krwioplucie i pogorszenie stanu zarówno podmiotowego, jak i przedmiotowego. Spostrzeżenia moje zmuszają mnie prędzej do podzielenia zdania ALEXANDERA, gdyż podobnie, jak i on, widywałem podniesienia ciepłoty i to dość znaczne, pogorszenie stanu obiektywnego, które nie ustępowało zbyt szybko, a więc nie mogło być uważane za „lityczne”. Widywałem i ja *haemoptoë* w trakcie leczenia, a choć nie mogę z pewnością stwierdzać tego w związku z I. K. (jeden chory miał i przedtem), to jednak nie mogę wyłączyć tej zależności.

Zaznaczyć muszę w końcu, że już dlatego choćby nie sądzę, iżby I. K. miały działać, jak sól kuchenna w roztworze fizyologicznym, gdyż mam wrażenie, że środek SPENGLERA zawiera w sobie coś swoistego. Czy jest to tuberkulina, czy też co innego—nie wiem. A uprawnia mnie do wypowiedzenia tego przypuszczenia fakt następujący. Chory D., u którego laseczników nie znalazłem ani razu, początkowo dał mi wynik ujemny po wtarcu maści MORO. Z biegiem czasu odczyn powtórzyłem: wynik był dodatni, i po 4-ch dniach objawy ustąpiły prawie zupełnie. Wstrzyknąłem choremu 0,8 I. K., i następnego dnia chory zwrócił mą uwagę na miejsce, w którym wykonałem uprzednio odczyn, a w którym obecnie doznawał silnego palenia. Jeśli uprzednio odczyn dodatni był stopnia I, to obecnie chyba III — IV, gdyż całe miejsce było zaognione, a wyprysk przedstawiał się w postaci licznych i sporych rozmiarów grudek. Następnego dnia zmiany zmniejszyły się, powtórne zaś zastrzykiwania nie powodowały już podobnego zaognienia.

Podobne zaognienie się odczynu ocznego po wstrzyknięciu tuberkuliny jest faktem ustalonym, a opisywano tego rodzaju spostrzeżenia i w stosunku do odczynów naskórnych (PIRQUET, MORO). Pierwszy zwrócił na to uwagę M. WOLFF <sup>1)</sup>, a BANDELIER i ROEPKE <sup>2)</sup> dobitnie akcentują tę zależność odczynu od zastrzykiwań tuberkuliny ze względu na możliwość zgubnych następstw dla oczu. Powyżej przez nas notowany przypadek zaognienia się odczynu MORO po zastrzyknięciu I. K. prze-

mawiałby przez analogię z poprzednio przytoczonymi znanymi spostrzeżeniami za pewną swoistością środka SPENGLERA.

## LITERATURA.

1. A l e x a n d e r. Ueber unsere mit I. K. bei Beh. der Lungentbc. gem. Erfahr. Brauers Beitr. zur Klin. der Tub., t. 14, z. 2.
2. A w t o k r a t o w. Leczenie bugorczatki I. K. Wracz. gaz., 1909, Nr. 49.
3. B a n d e l i e r u. R o e p k e. Lehrb. der spez. Diagn. u. Ther. der Tuberculose. 1909.
4. S t. G a l e c k i i T. B u d z y ń s k i. O działaniu lecniczem I. K. C. Spenglera w gruźlicy Gaz. Lek. 1910, Nr. 14, 15, 16.
5. J. H e r z b e r g. Vorl. Mitt. über die Beh. mit I. K. M. med. Woch. 1909, Nr. 5.
6. K. K e r l é. Beitr. zur Beh. mit I. K. Berl. klin. Woch., 1910, Nr. 14.
7. L a n d m a n n — według B a n d e l i e r u. R o e p k e.
8. M a x R o t h. Mitt. über die Beh. der Lungentbc. mit I. K. M. med. Woch., 1910, Nr. 6.
9. R o e p k e. Ergebnisse der Tuberkulose-Immunblut-Beh. D. med. Woch., 1909, Nr. 42.
10. S i m o n. Erfahr. mit der I. K. Beh. nach C. Spengler. Zeits. f. Tub., t. 15, z. 1.
11. C. S p e n g l e r. Tuberkulose - Immunblut, Tub.-Immunität und I. K. Behandlung. D. med. W., 1908, Nr. 38.
12. C. S p e n g l e r. Ueber Tuberkulose-Immunblut-Beh. D. med. Woch., 1909, Nr. 49.
13. S c h a e f e r. Beh. der Phthisis mit Spenglers I. K. M. med. Woch. 1909, Nr. 47.
14. P. S. W a l l e r s t e i n. Ueber I. K. Berl. kl. Woch., 1910, Nr. 14.
15. W e i c k e r u n d B a n d e l i e r. Ueber I. K. D. med. W., 1909, Nr. 42.
16. S e l t e r, G e r n s h e i m, W e i n t r a u d. wedl. D. med. Woch., 1909, Nr. 20.
17. K r a f t, P i g g e r, W i l l e r s, B e n ö h r. M. med. W., 1909, Nr. 47.

<sup>1)</sup> i <sup>2)</sup> B a n d e l i e r i R o e p k e — Lehrb. d. spez. Diagn. 1909, str. 39.

# STRESZCZENIA.

## Medycyna wewnętrzna

### 101. W. Hellpach. Grypa (influenza) powrotna.

Każda z chorób nagminnych posiada tę cechę, że w miarę trwania złośliwość jej łagodnieje. To samo dotyczy się grypy, która nadto posiada skłonność do przechodzenia w stan przewlekły, a jak wskazują badania najnowsze, odznacza się wielką skłonnością do nawrotów. Zaznaczyć tu należy wielką różnorodność objawów, co staje się częstokroć przyczyną pewnych trudności w rozpoznaniu. Zdarza się spotykać chorych, którzy tygodniami cierpią na bardzo zmienne zaburzenia nerwowe, które nagle znikają przy wybuchu silnych objawów nieżytowych ze strony nosa, gardzieli, oskrzeli lub spojówek, z chwilą zaś kiedy te giną, zjawiają się znów objawy nerwowe w świeżej lub dawnej postaci. Objawy takie powtarzać się mogą przez czas bardzo długi, a przyczynę ich niewątpliwie stanowią drobnoustroje grypy, które zawsze dają się wykryć w wydzielinach błon śluzowych. Objawy chorobowe są następujące: 1) W okresie zwiastunów występuje zmiana humoru, cechująca się przygnębieniem, które natężeniem swoim zgoła nie odpowiada sile następujących po niej zaburzeń nieżytowych, po wybuchu ich ustępuje ona krytycznie albo litycznie. 2) Niechęć do pracy, senność, rozleniwienie, zajęcie głowy, niezdolność do skupienia się nad czemś, szybkie wyczerpywanie się i podmiotowe uczucie osłabienia pamięci. Nawet po ustąpieniu napadu taki chory nie czuje się dobrze, środki przeciwnaurasteniczne nie pomagają, a wyzdrowienie następuje nagle bez szczególnego „oszczędzania się”. 3) Pewien rodzaj parafazyi, wyrażający się w skłonności do pomyłek w mowie, zacinaniu się na spółgłoskach, w trudności odnajdywania wyrazów, co spotykamy i u neurasteników. 4) Zawroty głowy jako objaw głównie w okresie zwiastunów. 5) Uczucie ściśnienia w piersiach występuje często łącznie z przygnębieniem i utrudnia wykonywanie głębokiego oddychania.

6) Wrażliwość na napoje wysokokowe, powodująca albo zupełny wstręt do trunków albo uczucie upicia się po bardzo małych ilościach wyskoku. Często daje się spostrzegać objaw wprost przeciwny, mianowicie pociąg do trunków, co objaśniają obecnie stosunkiem zakażenia do wyskoku, zwłaszcza w okresach początkowych. 7) Zaburzenia snu: sen staje się niespokojnym, nieorzeźwiającym, chorzy często krzyczą przez sen lub nagle zrywają się, szybko budzą się po zaśnięciu z iluzją wyspania się, lecz natychmiast po wstaniu czują się, jak „rozbici”. 8) Zaburzenie czynności płciowej, jako utrata popędu płciowego, często połączona z *ejaculatio praecox*, niedostateczne naprężenie prącia u mężczyzn dotąd zupełnie zdrowych. 9) Zaburzenia trawienia, występujące w okresie zwiastunów jako zaparcie skurczowe lub biegunka skórczowa albo pierwsze naprzemian z drugą; dalej obfite i nader cuchnące wiatry, parcie na stolec, brak apetytu, odbijanie, zgaga, uczucie gnienienia w dołku, nudności, wstręt do jadła lub wilczy apetyt, słowem, cały zbiór objawów o cechach nerwowo-dyspeptycznych. 10) Bóle stanowią przejaw bardzo charakterystyczny. Występują one pod postacią akralgii, drgania palców lub kończyn, bóle w końcach stawowych kości, trwające tygodniami bez żadnych objawów przedmiotowych. Niezmiernie często spostrzegamy bóle neuralgiczne międzyżebrowe, nadoczodołowe, w zakresie n. kulszowego, występujące pod postacią napadów lub ciągłe. Tu należą bóle w narządach wewnętrznych, zwłaszcza w kiszce grubej, które często naśladują zapalenie wyrostka robaczkowego, w okolicy krzyżownicy esowatej lub śledzionowej. Ciekawe, że brak tu często wrażliwości na ucisk, albo jest ona bardzo mała. Bóle reumatyczne nie stanowią również rzadkości, bóle zaś głowy występują bardzo rzadko. Bardzo rozpowszechnione są bóle „w sercu”, występujące jako uczucie palenia, klucia lub niepokojące uczucie tępego bólu, wzmagającego się po wypiciu kawy lub napojów wysokokowych. 11) Inne zaburzenia czucia podmioto-

we, jak uczucie tętnienia, palenie, swędzenie skóry lub błon śluzowych nosa, jamy ustnej, prostnicy, cewki, są względnie częste. Przedmiotowych zmian uczucia nie spotykano nigdy. 12) Co do zaburzeń czynności zmysłów, to ze strony wzroku często dają się słyszeć skargi, że chory widzi, jak przez mgłę; dalej notowano dzwonienie w uszach, brak smaku i t. d. 13) Osłabienie ogólne stanowi objaw bardzo częsty. Nie chodzi tu jednak o zmniejszenie grubej siły fizycznej przy wysiłku jednorazowym, lecz o podmiotowe szybkie nużenie się przy nieco dłużej trwającym niewielkim nałożeniu, np. uczucie osłabienia w nogach przy wchodzeniu na schody; zmęczenie krzyża przy dłuższym siedzeniu i t. d. 14) Pośród objawów podrażnienia ruchowego najczęstsze są drgania włóknikowe mięśni np. powieki lub warg; często występują wyraźne objawy spastyczne, które od organicznych różnią się tem, że brak bywa sztywności przy ruchach biernych, a powtórnie, silniejsze napięcie spostrzega się nie na początku ruchów skombinowanych, lecz występuje ono zwykle po zmęczeniu. 15) Zaburzenia ze strony serca posiadają cechy mieszaniny objawów pobudzenia i osłabienia czynności tego narządu, a wyraz tego stanowią napady bicia serca lub przyspieszenia tętna, połączone z pauzami lub niemiarnością tętna. 16) Z objawów wydzielniczych i odżywczych należy zanotować nadmierne pocenie się, suchość w ustach lub obfity ślinotok, dalej uczucie zimna urato- i fosfaturia. 17) Na ogół chorzy wyglądają jak gdyby znużeni, czują się nieswojo, często skarżą się na „zajęcie głowy”, tracą na wadze; ciepłota nie bywa podniesiona, chyba przed wybuchem ostrych objawów nieżytych podnosi się o 0,1 — 0,3° ponad normę. Przebieg choroby bywa bardzo zmienny; podane wyżej objawy powtarzają się w najrozmaitszych kombinacjach; nadto niektóre z pośród nich znikają szybko lub ustępują miejsce innym. Stan taki trwać może całymi miesiącami, aż wreszcie pod wpływem przyczyny nieznaney napady wciąż słabną i w końcu giną.

Za czynnik chorobotwórczy powszechnie przyjęta jest laseczka, wykryta przez PFEIFFERA, wątpić jednak należy, czy istotnie

stanowi ona zawsze przyczynę cierpienia, zwłaszcza, że, chociaż spotykano ją w przypadkach bardzo łagodnych, nie udawało się wykryć jej w postaciach niezmiernie ciężkich. Autor na podstawie licznych spostrzeżeń własnych utrzymuje, że choroba posiada wszelkie cechy zakażenia ogólnego, i przypuszcza, że wywołuje ją jeden z drobnoustrojów ropotwórczych, mający swe siedlisko we krwi, gdy jego postaci zarodnikowe przebywają w układzie chłonnym.

O leczeniu omawianej sprawy chorobowej da się mało powiedzieć. Głównem zadaniem lekarza będzie wynaleźć źródło zakażenia, które często znajduje się w jamach nosa lub gardzieli. Należy starać się o hartowanie chorych, co nie jest wcale łatwe, ponieważ tacy chorzy są zazwyczaj bardzo wrażliwi, a wszelkie próby hartowania stają się u nich przyczyną nowych wybuchów choroby; nie ulega wątpliwości, że zmiana miejsca pobytu wywiera w większości przypadków wpływ nader korzystny. W kierunku zapobiegania chorobie nie możemy nic uczynić; ludzi „nie można trzymać w pudłach szklanych”, grypa zaś powrotna nie napada ludzi na skutek przeziębienia lub przemoczenia, lecz zjawia się przeważnie jako naleciałość. Naprzód musimy poznać dokładnie samo cierpienie we wszelkich jego przejawach, a może wtedy potrafimy je leczyć skutecznie.

(Deut. med. Woch., Nr. 11 i 12, 1910).

K. Z.

### Choroby weneryczne i skóry.

#### 102. H. Hallopeau. Udoskonalony sposób poronnego leczenia przymiotu.

Wzmiankowany sposób polega na wprowadzaniu do worka napletkowego szarej maści rtęciowej, co najłatwiej daje się skutecznie u osób posiadających stulejkę (*phimosis*). Merkuryalizacja w ten sposób otrzymana, jakkolwiek jest leczeniem miejscowem, to jednak rtęć przechodzi do naczyń chłonnych, a następnie gruczołów pachwinowych, przyczem wchodzi w bezpośrednie zetknięcie, jeżeli chory posiada owróżdzenie żołądźli lub napletka, z krętkami bladymi, tu znajdującymi się, jak również i tymi, które znajdują się w

drodze do naczyń i gruczołów chłonnych, gdzie zwykle czas pewien zatrzymują się.

Sposób powyższy bezpośredniego działania rtęci na krętki owrzodzeń pierwotnych zastosowany był najpierw przez MILANA (*progrès médical* 1909), prof. HALLOPEAU stosuje go jednocześnie z zastrzykami hektyny (związek siarki z arsenem. Ref.). Pierwszego środka zakłada się w worek napletka po 0,06 (t. j. 0,03 Hg.), drugiego zaś zastrzykuje się 0,20 raz na dzień, w ciągu 10—12 dni.

Zastrzykiwania u mężczyzn robią się pod skórę napletka, a jeżeli można, w samo owrzodzenie lub jego okolice; unikać należy zagłębiania igły w okolice grzbietową prącia gdyż płyn łatwo dostać się może do arteryi i spowodować zgorzel.

Kobietom zastrzykiwania robią się w fałdę łonowo-udową aż do małych warg. Zastrzykiwania sprowadzają nieznaczny ból miejscowy, krótkotrwały, naciek i zaczerwienienie skóry.

Poronny wpływ leczenia opisanym sposobem przymiotu został stwierdzony w znacznej liczbie przypadków niezjawianiem się objawów drugorzędnych i ujemnym odczynem WASSERMANN. Posiada on tę wyższość nad sposobami, dotąd praktykowanymi, że bezpośrednio działa na miejsce zakażone i najbliższe jego okolice, a tym sposobem może zniszczyć zarazek przymiotu w samym początku jego rozwoju.

(Bulletin de la Société Française Nr. 2, 3 1910 roku).

### 103. Milan. Gałki rtęciowe pochwowe.

Całym szeregiem badań autor stwierdził, że maść rtęciowa, przygotowana na maśle kakaowem, łatwo ulega wessaniu w worek napletka, prowadzone dalej doświadczenia przekonały go, że błona śluzowa pochwy posiada tę samą własność.

Ponieważ błona śluzowa pochwy ma większą powierzchnię, niż worek napletka, pozwala przeto zastosować większe ilości wspomnianej maści.

Wprowadzane do pochwy gałki posiadają skład następujący:

*Ungti Neapolitani* 0,20

*Olei Cacao* 0,5

Ilość zawartej w gałce rtęci odpowiada 0,10. Chora wprowadza gałkę do pochwy wieczorem, leżąc w łóżku, w celu zaś zabezpieczenia się od wypadnięcia jej zakłada wacik z waty nie higroskopijnej.

Wprowadzanie gałek rtęciowych może być robione i w czasie reguł, z wyjątkiem pierwszych 2 lub 3 dni, gdy są one zbyt obfite.

Działanie rtęci, w podany sposób wprowadzanej do organizmu, jest bardzo silne; autor widział znikanie wysypek grudkowatych, luszczących się już po 6-ciu dniach; syfilidy wtórne na twarzy i kończynach górnych, zlewające się, którym towarzyszyło istniejące jeszcze owrzodzenie pierwotne, uległy wessaniu po 12 dniach.

(Bulletin de la société Française de dermat. et de syphil. Nr. 3, 1910).

### 104. A. Sezary i H. Paillard. Krętki blade w płynie mózgo-rdzeniowym chorej, cierpiącej na syfilis z porażeniem połowicznym.

Jest to pierwszy przypadek, opisany przez autorów, wykrycia krętków białych w płynie mózgo-rdzeniowym za życia cierpiącej na przymiot z objawami nerwowymi.

U kobiety, lat 33, wystąpiło całkowite porażenie połowiczne prawe z objawami BABIŃSKIEGO. Skóra chorej tej pokryta była syfilidami grudkowatymi, których część uległa owrzodzeniu. Chora przedtem przebyła bardzo słabe leczenie rtęcią, czasu zakażenia przymiotem nie można było ściśle określić, w każdym razie nie było ono dawniejsze nad 6 do 12 miesięcy.

Stan chorej był bardzo ciężki: sinica charczenie, zimny pot.

W płynie mózgo-rdzeniowym tej chorej, badanym za pomocą ultramikroskopu, znaleziono charakterystyczne krętki blade, ruchome, o skrętach częstych, regularnych, blisko siebie leżących i końcach wydłużonych i ściętych.

(La Semaine Med. Nr. 9, 1910).

J. Wojciechowski.

### Choroby nosa.

#### 105. Wilson J. Dziedziczne własności anatomiczne jako przyczynek do powstawania skrzywień przegrody i cierpień zatok nosowych.

Ssaki wogóle odznaczają się dobrze rozwiniętym węchem i narządem, ku temu przeznaczonym w postaci szerokiego splotu zakończeń nerwowych na błonie śluzowej nosa; jedynie tylko rodzina delfinów (*Delphinidae*) jest pozbawiona narządu węchowego. Zwierzęta trawożerne i żujące odznaczają się niezwykle rozwiniętym węchem i jednocześnie silnie uwydatnionymi kośćmi twarzowymi. Ze wszystkich zwierząt o czterech kończynach człowiek i małpa mają węch najgorszy. Przechodząc stopniowo od zwierząt przez najniższe typy czerepów człowieka pierwotnego, spostrzegamy, że pomieszczenie dla mózgu staje się coraz znaczniejszem, gdy kości twarzowe ulegają zmniejszeniu, a narząd węchowy „redukcji”. Zmiany te w czerepie uwydatniają się przez stałe wyprostowywanie się kąta OWENA (formują go dwie linie: jedna od „*protuberantia occip. externa*” ku najwięcej uwydatnionemu punktowi szczęki górnej pod nosem, druga od miejsca ostatniego ku najwięcej wypukłonej części czoła). Gdy u psa kąt ten ma wszystkiego 20 stopni, u goryla już ma 40°, u australijczyka też 40, u cywilizowanego zaś człowieka białego może dojść do 100 (skończony typ grecki).

Dzięki stałemu rozrastaniu się jamy czaszkowej, *resp.* kości czaszkowych i mózgu na niekorzyść kości twarzowych, spostrzegamy u człowieka jakby cofanie się (skracanie się) obydwóch szczęk, zanikanie stopniowe zatok nosowych i niemal stałe wykrzywianie się przegrody nosowej. To zmniejszanie się szczęk ma doniosłe znaczenie w uzębieniu, wywołując nieprawidłowości tegoż, dzięki którym rozwija się oddychanie przez usta i powstaje niedokładne żucie strawy. Jednocześnie ze zmianami w szczękach zatoki nosowe ustępują coraz więcej miejsca jamie czaszkowej. U zwierząt, które się odznaczają doskonałym węchem, zatoki nosowe są dobrze rozwinięte i służą nawet ku pomieszczeniu zwitków znacznej rozmiarami muszli średniej,

obsypanej zakończeniami nerwu węchowego. U człowieka zaledwie część górna muszli średniej jest zaopatrzona w nerwy węchowe; żadnych rozgałęzień muszli tej w kierunku zatok nie spotykamy. U psa, przeciwnie, zwitki muszli średniej wrastają we wszystkie zatoki, nawet w zatokę klinową i czołową, tak że zatoki te pośrednio przyczyniają się do rozrostu narządu węchowego. U człowieka, zdaniem autora, zatoki nosowe żadnego przeznaczenia nie mają, są zbyteczne, ulegają stałemu zanikowi i łatwo, dzięki nieodporności swej, bywają źródłem cierpienia. Autor zbija mniemanie, jakoby zatoki nosowe u człowieka służyły do uwydatniania głosu, również jakoby zatoki te były niezbędne w celu rozszerzenia płaszczyzny przyczepu mięśni twarzowych.

U człowieka pierwotnego zatoki nosowe były o wiele lepiej rozwinięte. Widać to z opisu przez HUXLEYA czerepu neandertalskiego, dowodzą tego również zatoki nosowe indyan Ameryki północnej i eskimosów. A więc zatoki nosowe, jako organ atawistyczny, ulegają zanikowi. Jednocześnie, jak wykazuje statystyka MARTINA, zatoki nosowe bywają coraz częściej siedliskiem cierpień rozlicznych. Ulegają im jednak tylko zatoki nosowe Europejczyków i Amerykan, podczas gdy rasy niższe (indyanie, murzyni, australijczycy) z zatokami stosunkowo nieco większemi, o ile wiadomo, już cierpień podobnych nie znają.

Co do wpływu niezwyklego rozrostu mózgu, *resp.* kości czaszkowych u człowieka na wykrzywianie się przegrody nosowej, to w celu ustalenia podobnej etiologii należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na niedostateczność innych teorii powstawania podobnych wykrzywień. Jedną z nich głosi, że przyczyną wykrzywień przegrody jest oddychanie przez usta (zamiast przez nos). Teorya ta nie wytrzymuje krytyki choćby dlatego, że indyanie, według HRDLICKA, którzy nigdy przez usta nie oddychają, nie cierpią na katarę nosa i nie znają wyrosli adenoidalnych, bardzo rzadko mają niewykrzywioną przegrodę nosową. Wykrzywienia przegrody w znacznej liczbie spotykamy nawet w czerepach ludzi pierwotnych. Mieszkańcy Włoch Południowych i Sycylii o wiele rzadziej mają do czy-



nienia z wyrosłami i oddychaniem przez usta, niż wąskonosy mieszkańcy Europy Północnej i Stanów Zjednoczonych Ameryki, pomimo to skrzywienia przegrody spotykają się u nich na każdym kroku. Stanowczo rzecz można, że wykrzywienia przegrody nosowej bywają u wszystkich ras, bez wyjątku że jednak wywołują pewne znane dolegliwości tak ze strony nosa, jak i gardzieli i uszu tylko u ras wąskonosych. Przy nosie wąskim najmniejszy katar sprzyja stykaniu się wykrzywienia z muszlami i wywołuje niedrożność całkowitą. Istnieje jeszcze teoria, że wykrzywienie się przegrody jest wynikiem rozwoju, skażonego przez mieszanie się ras. Mieszkańcy jednak Włoch południowych, uznani przez antropologów za rasę najczystsza, mają również często przegrody krzywe, jak i mieszkańcy Europy północnej, potomkowie ras bardzo różnych. To samo spostrzegamy wśród żydów z Rosji i Europy północno-wschodniej, którzy, bądź-co-bądź, zachowali czystość rasy w ciągu wielu pokoleń. Prawie wszyscy ci żydzi mają przegrody krzywe, przyczem, według FISHBERGA, szerokość ich nosów stanowi wszystkiego 70% wysokości, co bezwarunkowo zniewala do zaliczenia żydów do rasy wybitnie wąskonosych. Również dlatego, że

mają oni nosy tak wąskie, bardzo łatwo podlegają różnym katarom i cierpieniom nosa i gardzieli.

Nie może zadowolić nas też przypuszczenie, że wykrzywienie przegrody powstaje wskutek ucisku twarzy płodu podczas porodu, albowiem wśród ras niższych, rodzących lekko i prędko, zboczenia, o których mowa, zdarzają się często.

Jedynie niezwykle i długotrwały rozrost kości czaszkowych u człowieka w przeciwieństwie do upośledzonych kości twarzowych objaśnia nam dostatecznie powstawanie wykrzywień przegrody nosowej. Zaczątki kości ciemieniowych, czołowych i potylicowych wraz ze szczęką górną zaczynają kostnieć u płodu w siódmym tygodniu, podczas gdy punkt kostnienia lemiesza (*vomer*) zjawia się dopiero w szóstym miesiącu. Przegroda więc w samem zaraniu rozwoju ulega silnemu naporowi ze strony kości czaszki.

Po urodzeniu się płodu rozrost tych kości dzięki rozwijaniu się mózgu aż do roku trzydziestego jest coraz większy; wywiera to silny ucisk od góry na przegrodę nosową i w ciągu dalszym ją wykrzywia.

(New Jork M. R. 1910 — 2047) *Szleifstein.*

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne z dnia 22 lutego 1910 roku.

SERKOWSKI demonstrował pasorzyty zwierzęce, foto-i-mikrofotografie drobnoustrojów (zbiory własne).

GĘBARSKI demonstrował dwóch chorych z oddziału d-ra CHEŁCHOWSKIEGO z rozpoznaniem choroby ADDISONA.

KOZERSKI przedstawił przypadek *arsenicismus*. Mężczyzna lat 24, aptekarz z zawodu, zapadł przed 5 laty na wysypkę, przeciwko której lekarz zalecił mu zażywanie pigułek z arsenikiem po 0,007 w pigułce. Od tego czasu przez 5 lat nieustannie przyjmował 6—12 dziennie, yli po 0,04—0,08 dziennie *acidi arsenicosi*. Zmiany, jakie obecnie przedstawia, są następujące. Skóra całego ciała nadmiernie sucha, pokryta drobna, jak maczka, łuska. Zabarwienie całego tułowia

i większej części kończyn pstre, brudno-szaro-bronzone, o całej skali odcieni, z wielu centkami skóry jasnej o normalnem zabarwieniu. Co do narządów wewnętrznych, oprócz chrypy i suchego kaszlu, zmian niema. Stan nerwów ruchowych i czuciowych bez zmian.

BYCHOWSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Podstawy teoretyczne leczenia porażen spastycznych metodą FOERSTERA”. U chorych, u których stan spastyczny w kończynach doszedł do takich rozmiarów, że wszelkie ruchy dowolne stały się niemożliwymi, FOERSTER stosuje rezekcję niektórych określonych tylnych korzonków. Nie wdając się w praktyczną wartość tej operacji i w ocenę dotychczas otrzymanych wyników, BYCHOWSKI omawia teoretyczne przesłanki i wnioski, które naprowadziły FOERSTERA na myśl o tej, bądź co bądź, śmiałej i teoretycznie uzasadnionej

operacji. Opierając się ostatecznie na dwóch przesłankach, a mianowicie pierwszej, że przy zniesieniu ciągłości szlaków piramidowych impulsy ruchowe mogą jeszcze ujawnić się na zewnątrz, i drugiej, że takim chorym głównie przy wykonywaniu ruchów dowolnych przeskadza hipertonia i towarzyszące jej objawy, FOERSTER wyprowadza wniosek, że przy usunięciu tej hipertonii ruchy dowolne mogą się stać możliwymi. Żeby zmniejszyć hipertonię, należy zmniejszyć przyływy podniet. W tym celu FOERSTER proponuje przecinać niektóre korzonki. Wobec tego że, jak widać z rysunków, które demonstruje BYCHOWSKI, każdy mięsień dostaje włókna ruchowe przynajmniej od 3 korzonków (przednich), a każdy punkt skóry unerwiony jest czuciwymi włóknami, pochodzącymi przynajmniej od trzech tylnych korzonków, należy, kierując się danymi anatomicznymi i klinicznymi, przecinać korzonki w takim porządku, żeby nie wywołać ani stałych porażeń, ani znieczuleń. Tak dla dolnych kończyn FOERSTER radzi przecinać 2, 3 i 5 łądzwiowe i 2 krzyżowy korzonek. Po takiej operacji hipertonia znacznie się zmniejsza, współruchy stopniowo ustępują, i po długich ćwiczeniach z swymi chorymi FOERSTER otrzymywał bardzo zachęcające wyniki.

#### Posiedzenie kliniczne z d. 1 marca 1910 r.

LANDAU Anastazy demonstrował przypadek zakrzepu tętnicy bezimiennej u 48-letniego mężczyzny, dotkniętego wiałdem rdzenia oraz zwężeniem lewego ujścia żylnego. Tętno prawej tętnicy promieniowej jest ledwie wyczuwalne, gdy na lewej ręce jest ono wyraźne; różnica pomieniona równie dawała się zauważyć na tętnicach ramieniowych oraz na szyjowych, czyli innemi słowy, we wszystkich gałązkach tętnicy bezimiennej tętno prawie się nie wyczuwało. W danym razie można było myśleć o ucisku tętnicy zzewnątrz (tętniak, guz) lub też o zwężeniu światła wskutek trombozy. Ponieważ ani badanie fizyczne, ani prześwietlenie promieniami Roentgena nie dostarczyły żadnych danych na korzyść pierwszego przypuszczenia, przeto wywnioskować należy, iż mamy w danym razie do czynienia z zakrzepem tętnicy bezimiennej.

Następnie Anastazy LANDAU demonstrował krzywe sfigmograficzne, zdjęte z żył szy-

jowych, wątroby, serca i tętnicy promieniowej w przypadku niedostateczności i zwężenia lewego ujścia żylnego oraz niedostateczności zastawki trójdzielnnej, w którym rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało przez badanie sykcyjne.

JANOWSKI pokazał kilka normalnych krzywych żylnych, zdjętych w tempie powolnym i w szybkim, objaśnił znaczenie ich poszczególnych zębów z nowszemi badaniami szkoły HERINGA.

BELKOWSKI przedstawił preparaty makro i mikroskopowe rdzenia kręgowego i z rdzenia przedłużonego wraz z częścią mostu, pochodzące od 12-letniego chłopca, zmarłego wskutek promienicy opon mózgowych w oddziale d-ra CHEŁCHOWSKIEGO. W obsorowanym przypadku zmiany, opisane w *sella turcica* i sąsiedztwie, wskazywałyby, że promienica dostała się do jamy czaszkowej przez drogi nosowe. Szerzenie się promienicy tą drogą na opony i mózg jest prawie nieuwzględnione w literaturze. Wogóle przypadki promienicy mózgu i opon mózgowych należą do kategorii niezmiernie rzadkich (opisano dotąd 10, w tej liczbie jeden w naszym piśmiennictwie). W trzech tylko przypadkach z tej liczby na antopsyi stwierdzono pierwotną promienicę mózgu, w pozostałych — była sprawą wtórną.

KARWACKI w imieniu własnem i SZOKALSKIEGO wypowiedział rzecz „o rozmieszczeniu krętków OBERMEYERA w ustroju zarażonej pijawki”. Badanie, przeprowadzone nad pijawkami, wykazało, że przez ważną część krętków opuszcza przewód kiszkowy i osiedla się w tkance łącznej dookoła narządów wewnętrznych: *ovaria, testes, nephridia*, gdzie wytwarzają niekiedy olbrzymie sploty. Spotykają się i w mięśniach. Wolna jest od nich skóra.

Kazimierz RZĘTKOWSKI wygłosił referat o stanie współczesnym elektrokardiografii. Po wyjaśnieniu zasady galwanometru EINTHOVENA, RZĘTKOWSKI opisał dokładnie ten przyrząd oraz całą *Herzstation*. Następnie przedstawił w zarysie technikę zdejmowania elektrokardiogramy i sposoby łączenia galwanometru z ludźmi i psami, a nadto uwydatnił trudności manipulowania instrumentem oraz źródła błędów. Z kolei RZĘTKOWSKI przedstawił typową krzywą elektrokardio-

graficzną na epidiaskopie, wyjaśnił znaczenie jej załamek oraz wpływ na normalną elektrokardiogramę takich czynników, jak oddech wzmożonego, przyspieszonej akcji serca, podrażnień nerwu błędnego, dużego upustu krwi, narkozy chloroformowej. Następnie prelegent omówił zmiany elektrokardiogramy w takich sprawach, jak zwięźnienie lewego ujścia żylnego z porażeniem przedsionków, stany Herzbloku, *extrasystolae*, *pulsus irregularis perpetuus*, *hemisystolia*, wady aortalne, niedostateczność zastawki dwudzielnej.

Na zakończenie prelegent podkreślił wielkie znaczenie elektrokardiografii, jako ścisłej metody badania zmian czynnościowych mięśnia sercowego.

Prof. Napoleon CYBULSKI zajmuje się elektrokardiografią; choć dopiero 6 lat upłynęło, jak EINTHOVEN pokazał swój przyrząd, istnieje już dość znaczna w tej kwestyi literatura. Większość jednak badaczy stara się zastosować ten przyrząd do celów praktycznych, wtedy kiedy sam przyrząd dotychczas nie jest jeszcze dokładnie zbadany, kiedy nie ujawniono jeszcze wszystkich jego zalet i wad. Następnie CYBULSKI demonstrował własne krzywe serca izolowanego żaby, psa, krzywe od ludzi zdrowych i chorych. Dotychczas nie można sobie jeszcze zdać sprawy, jak pożytek przyniesie przyrząd EINTHOVENA.

Badania CYBULSKIEGO przekonały go, że zjawisk elektrycznych, które obserwujemy, używając przyrządu EINTHOVENA, nie można wytłumaczyć obecnie istniejącymi teoryjami o elektryczności.

JANOWSKI zaznacza w obszerniejszem przemówieniu, że podstawy fizyologiczne krzywej elektrokardiograficznej nie są dostatecznie znane. Podkreśla, że nie jest nawet wiadomem, co w tych krzywych zależy od pracy lewej i prawej komory, a co od włókien poprzecznych i podłużnych. Mówca sądzi, że elektrokardiografia może oddać specjalne usługi nauce przy stosowaniu jej jednocześnie z obiektywnem zapisywaniem tonów oraz z oesophagografią, której dalszy rozwój zależny jest od skombinowania jej z ostatnio wymienionymi 2-ma metodami. W końcu JANOWSKI pokazał tony serca, zdjęte przez samego WEISSA jego metodą. Robi to w celu dania możności porównania ich z tonami, otrzymanymi metodą EINTHOVENA.

PAWIŃSKI uważa, że należy być bardzo ostrożnym przy tłumaczeniu krzywych elektrokardiograficznych, aby uniknąć błędów, jak to miało miejsce w początkach sfigmografii. Dotychczas elektrokardiogramy nie mają według PAWIŃSKIEGO żadnego klinicznego znaczenia.

Tadeusz Wilczyński.

## Z towarzystw lekarskich zagranicznych

— Na listopadowem (r. 1909) posiedzeniu berlińskiego towarzystwa laryngologicznego przedstawił GLUCK chorego p o u s u n i ę c i u g a r d z i e l i, k r t a n i i p r z e l ę k u. Choremu skutkiem rozległego raka musiano usunąć przed 1½ rokiem całą gardziel, nasadę języka, przełyk aż poniżej tętnicy tarczowej dolnej, wreszcie wszystkie gruczoły i tłuszcz między podstawą czaszki i kątem żylnym. W następstwie choremu zrobiono z płatów skórnych gardziel i przełyk, przy pomocy których chory łyka bardzo dobrze. Chory zaczął niedawno doznawać trudności przy łykaniu, skutkiem czego zrodziło się podejrzenie, czy nie nastąpił nawrót. Wzierni-

kowanie przełyku (oesophagoscopy) stwierdziło obecność brody, co już zresztą raz spostrzegł FRÄNKEL w podobnym, również przez GLUCKA operowanym przypadku. Ten ostatni chory, nawiasem mówiąc, zmarł w 7½ roku po zabiegu skutkiem nawrotu. GLUCK wykonał 16 takich operacji z jednym zejściem śmiertelnym na skutek charłactwa po usunięciu całkowitem wola (w powyżej opisanym usunięto ¾ wola).

Co się tyczy m o w y tego rodzaju chorych, to już niejednokrotnie stwierdzono, że wszyscy chorzy, którym usuwano struny głosowe, całą krtani lub też połowę przy odpowiedniej plastyce nabywali możności bardzo

Poleca się Sz. p. p. lekarzom  
**Chloroform puriss. pro narcosi**

**M. K. O.**

W niczem nie ustępuje znanym markom zagranicznym.  
 Badany w pracowni chemiczno-bakterjologicznej szpitali Warszawskich i uznany za dobry do usypiania.

Akc. Tow. Zjedn. Fabr. Chem. S. T. Morozow, Krell, Ottman w Grodzisku  
 Ceny obowiązujące we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

w butelkach po 50 gr. — 45 kop.

„ „ 100 „ — 70 „  
 „ „ 250 „ 1. 25 „

z Paryża  
 8 godzin

**AIX-LES-BAINS**

z Genewy  
 2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

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

**Główne wskazania:**

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

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

Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

**Renetol Karpińskiego.**

**Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes**

**RENETOL** zawiera w postaci łatw rozpuszczalnej soli, wykazanej 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 burzącej.

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

**RENETOL Karpińskiego**

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI 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. **KARPIŃSKI** w Warszawie.

ul. Elekoralna 35, Telefon 600.

**Borovertin „Agfa”**

urki zaw. 20 tabletek po 0,5 grm Borovertin „Agfa”

Próby i literatura na żądanie

Nie drażniący  
 pewno działający  
 środek o-kazający moc  
 i

**Antiseptyk dla pęcherza**  
 ostatnio zalecany w  
 tyfusie i rzeżączce

**Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.**

Oddział farmaceutyczny—BERLIN S. O. 36.



# PARKE, DAVIS & Co.



DETRGIT  
(Ameryka). ☆

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 19/8.  
Telefon № 233-81.

LONDYN  
(Anglia). ☆

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

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

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściste określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polegający na poprzednim zbadaniu chemicznem i fizyologicznem wprowadzony został przez nasze laboratorium i otrzymał nazwę „Standardyzacyi”. Wyrabiamy:

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

**Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.**

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

## Maladies du Cerveau ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES

Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

## SIROPS HENRY MURE

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

Rigoureusement dosées. 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée a potage et 50 centig. par cuillerée a café de sirop d'écorcees d'oranges amères irréprochable.

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

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

## LABORATORYUM CHEMICZNO - BAKTERYOLOGICZNE

D-ra St. SERKOWSKIEGO

w Warszawie, S-to Krzyska 16, telef. 113-38.

Analizy do celów dyagnosyki lekarskiej: rozbiory szczegółowe moczu, płwocin, krwi (ogólne, mikr. i bakter.), nitok śluzowych, wydzieliny gruczołu krokowego, nalołów błoniczych, zawartości żołądkowej, włosów, płynu mózgodzen, wysięków i t. p.

REAKCYA WASSERMANN (tylko z antigenem luetycznym) w płynie mózgodzen, lub surowicy krwi.

Reakcyja Widala, badania serodyagnostyczne (aglutyn., opsoniny).

Analizy przetworów chemicznych, farmaceut. i kosmetycz. Analizy sanitarno-hygieniczne wody (szczeg. rozbiory wód mineralnych i bakteriologiczne) i produktów spożywczych. Laboratorium dostarcza kultur bakteryi, podłoż. odczynników mianowanych, naczyń jałowycch do zbierania materyału; na żądanie dołącza do analiz zdjęcia mikrograficzne.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

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

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materyi, 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, wsypując 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 Aptecce E. TREUTLERA  
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

dobrego mówienia. Z chwilą jednak, gdy kikut tchawicy wszywa się w dołek jarzmowy, skutkiem czego ustaje komunikacja między powietrzem płucnym i jamą ust, — chorzy posiadają zaledwie słabą mowę „gardzielową”, powstającą w ten sposób, że chory łyka powietrze, które następnie zwraca, przyczem powstają szmery w przelyku i gardzieli. Niekiedy w ten sposób wytwarza się dosyć wyraźna mowa.

GLUCK skonstruował rozmaite sztuczne krtanie, oparte na zasadach mechanicznych, których zadaniem jest umożliwienie mówienia takim chorym. Najnowsza modyfikacja tych krtani, jeszcze zresztą niezupełnie zakończona, opiera się na bardzo dowcipnym pomysle. Jak wiadomo, można naładować wałek fono-

grafu pięknym tonem każdego śpiewaka. Jeśli podczas owego ładowania w skrzynce fonografu postawić bez hałasu pracujący elektromotor, jeden lub dwa akumulatory i dodać mocną błonkę, to udaje się schwycić dokładnie ów pełny ton, który następnie można doskonale przeprowadzić za pomocą cienkich, dobrze izolowanych elektrycznych drutów do nosa lub ust. W ten sposób chory może nadać swej cichej mowie pełny ton.

GLUCK twierdzi, że do mówienia potrzebne są przede wszystkim nieuszkodzone ośrodki w mózgu, następnie zaś rury nasadowe — jama ust i nosowa, wreszcie dno jamy ustnej dla artykułowania, natomiast język i krtan nie są niezbędne.

M. Gantz.

## Wiadomości bieżące.

Uchwały Polskiego Komitetu Narodowego dla międzynarodowych i Słowiańskich Zjazdów lekarskich.

Dnia 1 maja 1910 r. odbyło się w Krakowie posiedzenie polskiego Komitetu dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich przy udziale lekarzy z różnych dzielnic naszych. Posiedzeniu przewodniczył prezes Komitetu, prof. dr. Wicherkiewicz, Sekretarzem Komitetu zaś wybrano dra Józefa Surzyckiego z Krakowa. Na posiedzeniu tem zapadła uchwała, ażeby Komitet polski dla Zjazdów międzynarodowych był instytucją stałą, odnawiającą się przez wybory na zasadzie reprezentacyjnej i ażeby zajmował się on także stosunkiem lekarzy naszych do lekarzy i medycyny innych narodów słowiańskich. Następnie przyjęto zasady regulaminu. Wobec jednomyślnego zdania, że działalność Komitetu lekarskiego słowiańskiego powinna mieć cechę akcji ściśle naukowej i unikać wszelkiej domieszki politycznej, uchwalono żądać stanowczo, ażeby najbliższe posiedzenie Komitetu lekarskiego słowiańskiego odbyło się w terminie zupełnie innym, niż wszelkie konferencje polityków i t. d. Lekarze nasi tylko w takim razie mogą mieć przedstawicieli w posiedzeniu Komitetu lekarskiego słowiańskiego, odbyć się mającym w Sofii, jeżeli posiedzenie to dla wyłączenia wszelkich elementów jakiegokolwiek polityki, będzie o kilka

miesiący odległe od wszelkich innych, w zakresie polityki wkraczających Zjazdów. Wreszcie rozpatrywano sprawę udziału w Zjazdach międzynarodowych i postanowiono popierać dążenia do reorganizacji ustroju tych Zjazdów w tym kierunku, jaki proponowany jest np. przez Holendrów, t. j. aby Zjazdy opierały się na Komitetach, wybranych przez Towarzystwa naukowe, a natomiast aby je uwolnić od dotychczasowego wpływu urzędowych czynników państwowych, których wpływ dla naukowych celów międzynarodowych Zjazdów okazuje się niekorzystny.

— Dnia 9 b. m. odbyło się zebranie ogólne Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, któremu przewodniczył kol. Rzętkowski w asystencji kol. Krauzego i Karpińskiego.

Kasa istnieje już lat 10 i liczy 145 uczestników. Kapitał kasy wynosi rb. 44,985 k. 93, z czego wkłady obowiązkowe wynoszą 35,215 rb., dywidenda z lat poprzednich 5,420 rb. 97 kop. Czysty zysk kasy wyniósł 1,759 rb. 34 kop., z czego 3 proc. wydzielono na dywidendę, resztę wpisano na kapitał zapasowy.

Sprawozdanie to oraz wnioski Zarządu co do ulokowania na hipotece sumy około 25,000 rb. ogólne zebranie przyjęło. Postanowiono nadto obniżyć procent od pożyczek na weksle do 7 proc. z chwilą ulokowania sumy powyższej na hipotece domu w Warszawie.

W dyskusyi nad zwiększeniem liczby członków wyłoniło się kilka projektów, z których przyjęto jeden, aby kasa co miesiąc drukowała w pismach swoje bilanse i obroty.

Do zarządu wybrano ponownie kol. Guranowskiego, Kucharzewskiego, Wisłockiego, Wojciechowskiego i J. Zawadzkiego, na zastępców Kołakowskiego i Zaleskiego, do komisji rewizyjnej kol. M. Biehlerową, Nisensohna i A. Rappla.

— Dnia 5 maja zmarł w Karlsbadzie d-r med. Max Kaufman. Żal, który po sobie zostawił zmarły, żal szczery i ogarniający najszersze koła jego przyjaciół i znajomych, świadczy o niezwykłym jego sercu i charakterze. Zwłoki, żegnane serdecznym słowem kolegów, przewieziono 8 maja do rodzinnego miasta.

## Od Redakcyi.

Z daru jubilata Szanownego Kolegi Juliana MAJKOWSKIEGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę oryginalną oraz na najlepsze streszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny, wydrukowane w ciągu 1910 roku w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w r. 1910 w naszym piśmie i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada r. b.

2. Objętość prac nie może przekraczać 1½ arkusza druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej otrzyma nagrody rb. 100.

4. Autorzy 2 najlepszych streszczeń zbiorowych lub odczytów klinicznych otrzymają prócz honorarium zwykłego po rb. 50.

5. Sąd konkursowy ma prawo w razie, gdy prace będą jednowartościowe, dzielić nagrody.

6. Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny, wynik zaś konkursu będzie ogłoszony w Nr. 1 naszego pisma z roku 1911.

\* \* \*

Z daru Sz. Kol. Kazimierza RZĘTKOWSKIEGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny z dziedziny t. zw. pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, wydrukowane w roku 1910 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace wydrukowane w piśmie naszym w ciągu r. b. i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada r. b.

2. Objętość prac nie może przewyższać 2 arkuszy druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej lub wykładu klinicznego otrzyma rb. 100.

4. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo podziału tej sumy.

5. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny naszego pisma.

6. Wynik konkursu ogłoszony będzie w Nr. 1 pisma naszego z r. 1911.

\* \* \*

Z daru Sz. Kol. Władysława KOPRROWSKIEGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę z zakresu chorób wenerycznych i skórnych, wydrukowaną w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” w r. 1910 i 1911.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w piśmie naszym w ciągu roku 1910 i 1911 i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada 1911 roku.

2. Objętość prac nie może przewyższać 2 arkuszy druku pisma naszego.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej z działu chorób wenerycznych i skórnych otrzyma rb. 100.

4. Zgodnie z życzeniem ofiarodawcy o nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze w pierwszym dziesięcioleciu swej działalności lekarskiej.

5. Sąd konkursowy ma prawo dzielić w razie potrzeby nagrodę.

6. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny pisma naszego.

7. Wynik konkursu będzie ogłoszony w Nr. 1 pisma naszego z r. 1912.