

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 30.

Warszawa d. 23 lipca 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 5^o pocztową { półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TRZEŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nadnerczach u dzieci, podali Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski. — Przyczynek do badań nad reakcją oczną Wolf-Eisner-Calmettea, opracował i podał Kazimierz Okuszek. — STRESZCZENIE ZBIOROWE. Nowy sposób leczenia przymiotu diamidoarsenobenzołem, podał J. Wojeiechowski. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna.* 127. Max Michaelis. Etiologia i leczenie dusznicy bolesnej prawdziwej. — *Choroby weneryczne.* 128. E. Amerand. Leczenie swoiste w porażeniu postępującem i wiądzie rdzenia; czy należy leczyć takich chorych? — 129 L. M. Bonnet i N. Gonial. Ostre zapalenie syfilityczne opon mózgowych — 130 J. Nicolas, M. Favre i A. Gautier. Nowy sposób klinicznego rozpoznania przymiotu. — 131. O. Scheuer. Przypadek „Syphilis insontium“, jednocześnie przyczynek do długości życia *Spirochaete pallida*. — 132. R. Rosenthal. Miejscowe leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów zastrzykowaniami salicylanu sodu. Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego (Dyr. prof. Obrzut).

O nadnerczach u dzieci

na podstawie własnych badań

podali

Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski

b. demonstrator zakładu.

W S T Ę P.

I.

W ostatnich czasach zwrócono znowu większą uwagę na nadnercze, jako na narząd,

mało dotąd zbadany pomimo licznych prac w tym kierunku, gdyż w miarę dokładniejszego poznawania tego narządu nasuwały się coraz to nowe kwestye do rozwiązania. Szczególnie zaś układ chromochłonny (chromafinowy), który stanowi część składową nadnercza, wzbudził żywe zajęcie od r. 1899, gdy pierwszy KOHN dokładnie scharakteryzował komórkę chromochłoną.

Aktualność całego szeregu nowych zagadnień zachęciła nas do badania zmian, zachodzących w stanach patologicznych w nadnerczach płodów i dzieci. W miarę jednak

badania nadnerczy i zaznajamiania się z odnośną literaturą przekonaaliśmy się, że i normalne nadnercze dziecinne nie zostało nigdzie dokładnie opisane; fakt, że dotychczas nigdzie nie podano dokładnego obrazu budowy nadnercza dziecka, skłonił do studyów również i w tym kierunku.

II. Rozwój nadnercza.

Zanim jednak zajmiemy się prawidłową i patologiczną anatomią i histologią nadnercza, musimy w krótkich zarysach przedstawić jego rozwój oraz podać obecny stan wiedzy o nadnerczu u płodów i dzieci.

Sprawą rozwoju i pochodzenia nadnerczy zajmowało się bardzo wielu autorów. Powstawały całe szeregi teorii wprost sprzecznych ze sobą. Nie będziemy się nad nimi szczegółowiej zastanawiali wobec tego, że nie pozostają one w ścisłym związku z naszą pracą. Teorie te zestawiał w r. 1903 SOULIÉ, a następnie uzupełnił tablicę SOULIÉGO H. POLL. Według jednych teorii, kora i istota rdzenna miały wspólne pochodzenie z tkanki podścieliskowej, według innych—z przybłonka; jeszcze inna teoria wyprowadzała ich powstanie z układu współczulnego. Istniały też twierdzenia, że kora i istota rdzenna tworzą się odrębnie, a mianowicie kora miała powstawać bądź z tkanki podścieliskowej, bądź z pranercza (Harndrüse), a istota rdzenna, t. j. właściwie układ chromochłonny—bądź z tkanki podścieliskowej, bądź też, według innych autorów, z układu współczulnego.

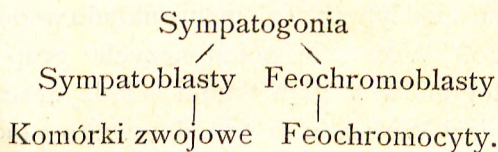
Obecnie liczni autorowie, z których wymieniamy tylko kilku i to z ostatniego dziesiętka lat, a więc SRDINKO, BRAUER, WIESEL, KERBEL, SOULIÉ, POLL, niezbitnie udowodnili, że międzynercze, z którego później wytwarza się kora, powstaje jako zupełnie samodzielny narząd z blaszki zarodkowej środkowej. Co do powstawania istoty rdzennej nadnerczy, to już bardzo dawno, bo w roku

1857, REMACK wystąpił z przypuszczeniem, że pochodzi ona z układu współczulnego. Do tego zapatrywania skłaniał się i BALFOUR, twierdząc, że „organogeneza istoty rdzennej nadnercza nie jest niczem innym, jak histogenezą pewnej części układu współczulnego”. Hipoteza BALFOURA została udowodniona przez prace KOELLIKERA, MITSUKURIEGO, INABA, MASMARA, FUSARIEGO, a głównie WIESLA, KOHNA, SOULIÉGO i WHITEADA.

W r. 1902 postawił GIACOMINI bardzo udatną hipotezę powstawania nadnercza: w bardzo wczesnym okresie rozwoju powstaje wzdłuż całej długości grzbietu płodu pas, t. zw. *zona interrenalis*, międzynercze.

W miarę rozwoju odbywa się w międzynerczu cały szereg spraw, mianowicie wzrostu, zanikania i zlewania. Wskutek tego długie pierwotnie międzynercze skraca się coraz bardziej, ogranicza się jedynie do okolicy lędźwiowej, jednocześnie zaś wszerek się rozrasta. Z pasa tego wyrastają następnie pączki, które się odrywają od pnia macierzystego. Niektóre z tych pączków giną, inne rozrastają się, czasem łączą się z sobą, dając początek istocie korowej nadnercza. Dalsze badania wykazały, że dokoła znaczniejszej grupy takich komórek międzynercza układa się tkanka łączna i następnie zaczyna skąpo, cienkimi pasmami wrastać do środka, wskutek czego komórki międzynercza, zmienione już częściowo na komórki korowe, układają się w pasma. W ten sposób powstaje najpierw warstwa pasmowa, później dopiero wykształcają się warstwy kłębkowa i siatkowa. Co do powstawania istoty rdzennej nadnercza, według dzisiejszego stanu nauki, ustaliło się następujące zapatrywanie. Oba rodzaje komórek, wchodzących w skład istoty rdzennej, a zatem i komórki chromochłonne i komórki zwojowe, powstają w ontogenetycznym rozwoju z układu współczulnego, a więc z blaszki zarodkowej zewnętrznej. Ko-

mórki układu współczulnego, t. zw. sympatogonia,—drobne, ciemno hematoksyliną barwiące się komórki, zmieniają się częściowo w sympatoblasty, częścią w feochromoblasty, które charakteryzują się protoplazmą gruboziarnistą, błękitnawo barwiącą się hematoksyliną, jądrem dużym pęcherzykowatym, o wyraźnych ziarnach chromatynowych. Istoty chromochłonnej w nich nie znajdujemy. Pierwsze, t. j. sympatoblasty przechodzą w komórki zwojowe, drugie, feochromoblasty — w feochromocyty, które zawierają już istotę, barwiącą się solami chromowemi brunatno. Przejście feochromoblastów w feochromocyty przypada niejednokrotnie już na okres życia pozapłodowego. Schematycznie przedstawia się to w sposób następujący.



KOHN, który, jak wyżej wspomnieliśmy, pierwszy dokładnie scharakteryzował układ chromochłonny, zaznacza, że odróżnienie komórki chromochłonnej nie ma jedynie na celu: „um damit bloss die bekannte Chromreaktion mehr hervorzuheben, sondern hauptsächlich darum, um diese Zellen durch eine besondere Bezeichnung von den anderen Zellformen zu unterscheiden, um sie als eine neue Zellart den bekannten Zelltypen gegenüberzustellen. Ausser der Epithelzelle, der Binde-substanzzelle, der Muskel-der Nervenzelle u. s. w. haben wir besonders zu unterscheiden die chromaffine Zelle”.

Nadmienić jeszcze musimy, że już z początkiem 4 miesiąca życia płodowego występuje feochromizm, a więc pojedyncze feochromoblasty przemieniają się w tym czasie w feochromocyty.

Mniej więcej w 6 tygodniu życia płodowego (WIESEL, MINOT, MARCHAND) mamy do czy-

nienia z kształtowaniem się nadnercza, jako całości; mianowicie pojedyncze grupy sympatogoniów, złożone z 4—6 komórek, w towarzystwie nerwów przebijają torebkę i wchodzi w głąb komórek międynercza. Grupy te pozostają nadal w łączności za pomocą włókien nerwowych z komórkami, pozostającymi na zewnątrz. To wrastanie sympatogoniów, zaczynające się u człowieka, według badań KOHNA, mniej lub więcej około piątego tygodnia, trwa prawie przez cały okres życia płodowego, tak, że długo znajdujemy w nadnerczach płodów feochromoblasty, a wrastanie sympatogoniów widzimy nawet u noworodków.

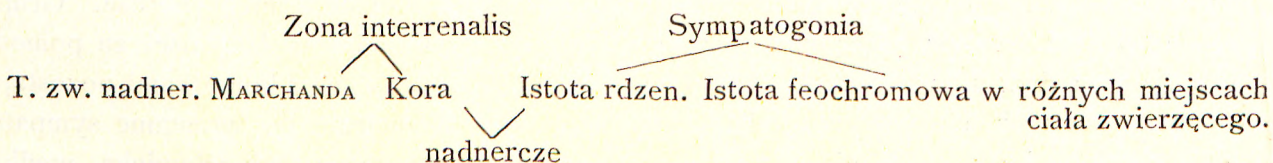
Co do układu krwionośnego międynercza, to według badań FLINTA (1900) sprawa przedstawia się w sposób następujący. Z chwilą powstania międynercza zostaje ono poprzerastane przez liczne sieci naczyń włosowatych, z których krew zostaje z nadnercza wyprowadzona przez naczynie rozszerzone (związek żyły środkowej *vena centralis*). W miarę wzrostu międynercza sieć naczyń włosowatych staje się regularniejszą. Oprócz tego układu krwionośnego w rozwijającym się nadnerczu wytwarza się i układ drugi. Oto wrastające grupki sympatogoniów są zaopatrywane przez własne tętniczki, które, wskutek coraz głębszego wnicania w nadnercze owych grupek sympatogoniów, wydłużają się w wąskie gałązki, a te bez bocznych połączeń (anastomoz) przechodzą przez substancję korową i dochodzą do środka nadnercza. W ten sposób mamy cały szereg naczyń, wrastających sprychowo z powierzchni torebki do istoty rdzennej. W miarę postępu wyżej opisanej sprawy naczynia włosowate korowe znikają ze środka, a na obwodzie, t. j. w korze, zostają ściśnione przez naczynia, które wrosły w nadnercze wraz z grupkami sympatogoniów. Te dwa układy krwionośne, które następnie za po-

mocą bocznych gałęzi łączą się z żyłą ośrodkową, zaopatrują nadnercze.

W rozwoju nadnercza mamy więc do czynienia z dwoma zupełnie odrębnymi układa-

mi, które z czasem łączą się z sobą, tworząc jedną całość.

Schematycznie przedstawia się to w ten sposób:



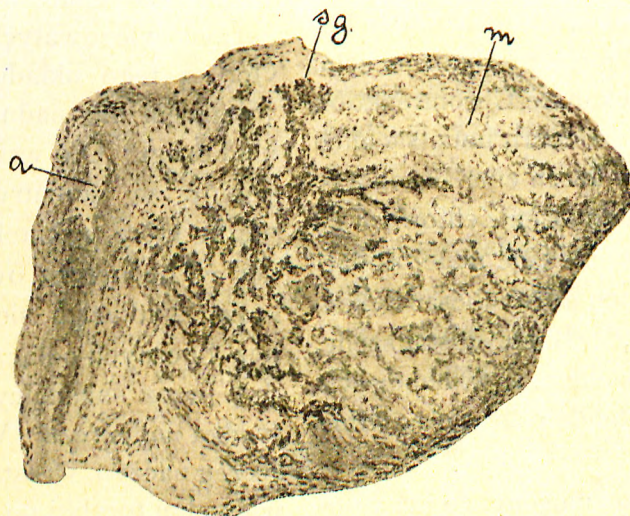
Ten sposób powstawania nadnercza dał możliwość GUYESSISOWI do twierdzenia, jakoby nadnercze składało się z dwóch zupełnie odrębnych gruczołów, które tylko topograficznie leżą razem.

Tak więc przedstawia się w ogólnych zarysach rozwój nadnerczy u kręgowców.

Co do rozwoju nadnercza u człowieka, musimy dodać jeszcze kilka szczegółów. Pierwsze zawiązki międzynercza znalazł SOULIÉ u 22-dniowego zarodka (6 mm. dług.). Natomiast bardzo dokładne badania WIESELA, SOULIEGO i KOHNA nie wykazały żadnych śla-

dów międzynercza u zarodków 4 i 5 mm. długich. Międzynercze przedstawia się początkowo w postaci rozrzuconych grup komórek, które u zarodka 28-dniowego 8 mm. długiego (SOULIÉ) zaczynają się łączyć ze sobą.

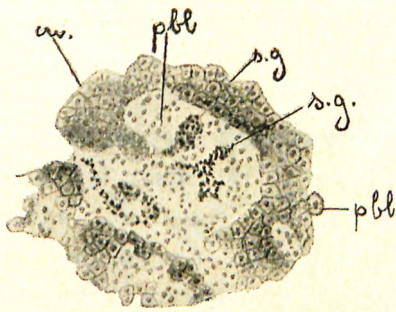
W ciągu 5-go tygodnia życia płodowego znalazł KOHN w zarodku 11,5 mm. długim w pobliżu międzynercza elementy układu współczulnego. Wrastanie pojedynczych grup sympatogoniów w głąb tkanki międzynerczowej znalazł WIESEL u 6 tygodniowego płodu (17 mm.). Natomiast pierwsze zaczątki układu



Ryc. 1. Przekrój nadnercza płodu ludzkiego 17 mm. długiego; sg.) sympatogonia, m) międzynercze a) aorta (Wedl. Wiesla).

chromochłonnego znalazł KOHN u 19,5 mm. długiego zarodka. W tym okresie mają się już znajdować feochromoblasty (Rys. c pbl) pod postacią grup komórek jasnych, w prze-

ciwienstwie do sympatogoniów (Ryc. 2 sg), których grupy składają się z małych ciemnych komórek.



Ryc. 2. Przekrój nadnercza płodu ludzkiego 19,5 mm. długiego m) międzynercze pbl) feochromoblasty sg) sympatogonia (Wedl. Wiesla).

Jednak dopiero w początkach czwartego miesiąca życia płodowego zaczyna występować brunatne zabarwienie komórek przez sole chromowe, t. j. przekształcanie się feochromoblastów w feochromocyty. Odtąd widoczne są już sympatogonia, feochromoblasty i feochromocyty obok siebie.

Grupy elementów układu współczulnego znajdują się jeszcze w miejscu, które później zostaje zajęte przez korę, ale główna ich masa zostaje pomału usunięta z obwodu i skoncentrowana w środku. U człowieka, na co zwracają uwagę KOHN i WIESEL, najpóźniej ulegają przekształceniu sympatogonia, które wrosły pierwsze do nadnercza, a zatem najbardziej środkowo ułożone. KOHN nawet oświadcza „ihr jeweiliges Entwicklungsstadium steht im umgekehrten Verhältniss zur Dauer ihrer Ansiedelung in der Nebenniere”. Więc i po urodzeniu znaleźć możemy niezupełnie wykształcone jeszcze komórki rdzenne.

W ten sposób pomału układają się kora i istota rdzenna u zarodka ludzkiego. Najpóźniej ze wszystkich warstw korowych wykształca się warstwa kłębkowa. Dzieje się to dopiero z końcem drugiego miesiąca życia płodowego (WIESEL). W tym też czasie zaczynają występować w komórkach kory drobniutkie ziarenka lipidowe (MINERVINI, PLECNİK). Zaznaczyć musimy, że wszyscy autoro-

wie zgodnie podnoszą brak ciałek lipidowych w sympatogoniach, tak samo w feochromoblastach i feochromocytych.

III. Sposoby, w jakie badania były prowadzone.

Materyał nasz, który składał się ze 100 nadnerczy płodów, począwszy od szóstego miesiąca, i dzieci aż do lat pięciu włącznie, opracowywaliśmy w następujący sposób: Nadnercza staraliśmy się wyjmować jaknajwcześniej po śmierci, aby otrzymać materyał możliwie świeży, w którym gnicie jeszcze się nie rozpoczęło. Zwracaliśmy również baczna uwagę na to, by przy wyjmowaniu nie uszkodzić nadnerczy, w tym celu wydobywaliśmy je, jak to jest przyjęte w tutejszym zakładzie anatomii patologicznej, wraz z wątrobą, nerkami, tętnicą brzuszną i żyłą główną oraz z tkanką łączną otaczającą i następnie dopiero ostrożnie wycinaliśmy je. W ten sposób wyjęte nadnercza, oczyszczone z tkanki łącznej i tłuszczu, dokładnie ważyliśmy, potem oznaczaliśmy wymiary (długość, grubość, szerokość), wreszcie opisywaliśmy ich wygląd makroskopowy. Dla utrwalania skrawków nadnerczy posługiwaliśmy się 5% roztworem formaliny i płynem MÜLLERA, a część utrwalaliśmy w płynie FLEMMINGA. Skrawki leżały 7 dni, następnie opłukiwaliśmy je przez 1 godzinę w bieżącej wodzie, a po odwodnieniu alkoholem, zatapiałiśmy je również w parafinie. Preparaty, utrwalane w formalinie, barwiliśmy zwykłym sposobem hematoksyliną i eozyną, dalej w celu zbadania zachowania się tkanki łącznej, włókien sprężystych i mięśni gładkich oraz ich wzajemnego stosunku posługiwaliśmy się połączoną i zmodyfikowaną przez HORNOWSKIEGO metodą Van GIESONA i WEIGERTA. Ponadto niektóre preparaty barwiliśmy specjalnymi metodami na amyloid, hemosydyryne, kilkakrotnie również posługiwaliśmy się metodą GRAMA w celu za-

barwienia drobnoustrojów. Skrawki, utrwalane w płynie MÜLLERA, podbarwialiśmy słabo hematoksyliną. Co do utrwalania i barwienia istoty rdzennej płynem MÜLLERA, to niektórzy autorowie, jak np. STILLING, sądzą, że już w 12 godzin po śmierci brunatne zabarwienie nie występuje wcale. KOHN natomiast twierdzi, że otrzymywał odczyn po 36 godzinach. Na jednym z naszych preparatów znaleźliśmy wybitny feochromizm w nadnerczu dziecka tygodniowego w 40 godzin po śmierci, pomimo że nadnercze zresztą wykazywało już dość daleko posunięty rozpad. Nadto z preparatów formalinowych robiliśmy przed przeprowadzeniem przez alkohol jeszcze skrawki mrożone, które sudanem III barwiliśmy na tłuszcz.

W sprawie tych sposobów barwienia nasuwają nam się pewne ogólne uwagi. Na preparatach, barwionych hematoksyliną i eozyną, występuje ogromnie intensywne niebieskie zabarwienie (hematoksylina) istoty rdzennej. W przeciwieństwie do niebieskiej istoty rdzennej kora na tych preparatach przedstawia się różowo wskutek zabarwienia eozyną protoplazmy komórkowej. Na preparatach, barwionych sudanem III i podbarwianych hematoksyliną, odgraniczenie istoty korowej od rdzennej występuje jeszcze wyraźniej (porównaj twierdzenie MÜHLMANNA).

Istota rdzenna na tych preparatach, jednorodnie niebiesko zabarwiona, wybitnie się odznacza od komórek korowych, zawierających liczne brunatno-czerwono zabarwione kuleczki lipidalne.

Odrębne zachowanie się komórek rdzennych i korowych jest tak charakterystyczne, że od jednego rzutu oka można pod mikroskopem odróżnić wysepki komórek korowych, rozrzuconych wśród istoty rdzennej. Sposób utrwalania skrawków w płynie FLEMMINGA nie dawał dobrych obrazów. Kule lipidowe bar-

wią się wprawdzie intensywnie czarno, ale odgraniczenie ich od siebie nie występuje tak wyraźnie, jak na preparatach, barwionych sudanem III. Polecić więc należy gorąco ostatni sposób.

Przystępujemy obecnie do właściwego naszego tematu. Będziemy trzymali się pewnego ustalonego schematu, zajmując się kolejno położeniem, wymiarami, wagą, wyglądem makroskopowym, obrazami mikroskopowymi nadnerczy, a wreszcie przedstawimy zmiany, wchodzące w zakres anatomii i histologii patologicznej.

CZEŚĆ PIERWSZA.

I. Nadnercze makroskopowo.

Nadnercza znajdowaliśmy już to osadzone na górnym brzegu nerki, już to znacznieszą powierzchnią przylegające do przyśrodkowego brzegu nerki, zależnie od okresu rozwoju płodu. I tak u płodów niedonoszonych nadnercze jest bardziej przesunięte na stronę przyśrodkową (medialną) nerki, w późniejszych okresach coraz wyżej na górnym brzegu usadowione. Połączenie jego z nerką za pomocą tkanki łącznej było mniej lub więcej ściśle. U dzieci, dobrze odżywianych, w tkance łącznej znajdowała się w otoczeniu nadnercza obfita ilość tłuszczu.

Kształt nadnercza prawego przedstawiał się zawsze pod postacią czapki frygijskiej, przyczem tylna ściana nadnercza sięgała niżej i silniej obejmowała nerkę. Nadnercze lewe nieco odmiennie się zachowuje, gdyż kształt czapki frygijskiej, występujący u noworodków w obu nadnerczach, w nad. lewym w miarę rozwoju zmienia się, nadnercze staje się wydłużone, czapkowate, brzeg jego tylny zachowuje się podobnie, jak nadnercza prawego. Co do wymiarów nadnerczy, to przedstawiają się one w sposób następujący:

Chcąc uprzestępnicić niską ceną stosowanie w medycynie jednego z najracjonalniejszych nowych związków organicznych fosforu

LECITYNY

której zagraniczne preparaty ze względu na swą wysoką cenę dotąd nie mogły mieć szerszego zastosowania, poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Dragées LECITHINI-ovo flakon 40 szt. à 0,05 ceną Rb. 1.

Doza dla dorosłych: od 1—4 pigulek dziennie.

Inject ster. LECITHINI-ovo à 0,05—0,10—0,50

c. ol- olivar. alcohole preparatum.

Próby na żądanie gratis i franco.

„CASCARINE LEPRINCE”

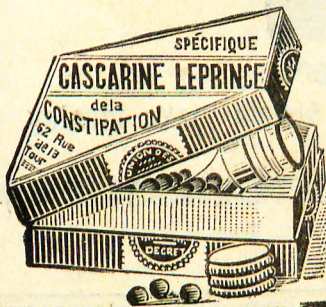
C¹² H¹⁰ O⁵

Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

Nawykowe zaparcie stolca

Choroby wątroby. Atonia przewodu pokarmowego.

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



Wzmoczone ciśnienie

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

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie

przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



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

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

Wiek	Nadner. prawe			Nadnercze lewe		
	długość	szerok.	grubość	długość	szerok.	grubość
Nieżywo urodzone i niedonoszone	3,07	2,33	0,42	3,1	2,34	0,4
Noworodki do 7 dni	2,79	2,41	0,41	2,92	2,47	0,37
7 dni—1 mies	2,81	2,07	0,33	2,88	1,84	0,33
1—2 mies.	2,65	2,17	0,29	3,11	2,01	0,24
2—6 mies.	2,5	2,1	0,3	3,4	1,78	0,4
1/2—1 r.	2,97	2,12	0,21	3,85	1,72	0,2
1—1 1/2	2,84	2,28	0,28	3,35	1,75	0,2
1 1/2—2 lat	2,65	2,25	0,26	3,8	1,9	0,26
2—3 lat	3,45	2,43	0,3	4,17	2,05	0,3
3—4 l.	3,14	2,27	0,3	4,01	1,78	0,29
4—5 l.	3,46	2,4	0,18	4,92	1,7	0,3

Z powyższej tabliczki, ułożonej z liczb przeciętnych wymiarów nadnerczy, widzimy, że wahaniom pewnym w nadnerczu prawem ulega przede wszystkim długość i grubość, podczas gdy szerokość prawie zupełnie ta sama się utrzymuje. I tak długość do szóstego miesiąca życia pozapłodowego nieco się zmniejsza, następnie znówu wzrasta i w 3 roku życia przekracza długość pierwotną. Podobnie grubość między 1/2 — 1 rokiem życia jest najmniejsza, potem zwolna wzrasta. Wahania tutaj jednak są mniejsze, niż przy długości. Nadnercze lewe do 6 miesiąca utrzymuje mniej więcej jednakową długość, począwszy jednak od tego okresu, widzimy ciągle postępujący dość znaczny przyrost. Szerokość, na ogół mniejsza, niż nadnercza prawego, w 6 miesiącu nieco się zmniejsza i odtąd utrzymuje się mniej więcej na jednym poziomie. Grubość przedstawia krzywą podobną do krzywej grubości nadnercza prawego. (D. c. n).

Przyczynnik do badań nad reakcją oczną Wolf-Eisner - Calmettea.

Opracował i podał

Kazimierz Okuszeko.

(Na podstawie materiału zebranego w szpitalu Huty „Częstochowa” wspólnie z kolegą Przemysławem Rudzkiem).

Materiał kliniczny i ambulatoryjny do niniejszej pracy stanowili pracownicy Huty „Częstochowa”, w której pełniłem obowiązki lekarza fabrycznego. Materiał ten zbierałem i obserwowałem przeważnie wspólnie z kol. RUDZKIM i po porozumieniu się z nim ogłaszam go obecnie. Byliśmy w tem szczęśliwym położeniu, że obserwowani przez nas pacjenci, jako pracownicy huty, znajdowali się zwykle czas dłuższy pod kontrolą lekarską; leczyli się z dłuższymi lub krótszemi przerwami bądź w szpitalu, bądź ambulatoryjnie, wskutek czego rozpoznanie ulegało częstemu sprawdzaniu i nabierało często nawet bez bakteriologicznego badania, którego z powodu braku mikroskopu rzadko udawało nam się dokonać, cech prawie zupełnej pewności. Do badań używaliśmy stale *Tuberculin-Test*, przygotowywanego przez firmę Poulenc-frères w Paryżu na sposób CALMETTEA, t. j. przez strącenie za pomocą spirytusu tuberkuliny KOCHA i rozpuszczenie wysuszonego osadu w wodzie destylowanej. Każda zalutowana ampulka tego preparatu zawiera tuberkulinę w 1% rozcieńczeniu, które przy reakcji ocznej u dorosłych nie jest za silne. U dzieci przed użyciem rozcieńczaliśmy preparat dwukrotnie lub więcej, zależnie od wieku. Zapuszczaliśmy po odciążeniu powieki dolnej jedną kroplę preparatu do worka łącznicowego i nie pozwalaliśmy choremu przez kilkanaście minut wycierać oka. Kontrolowaliśmy wyniki działania odczynnika po raz pierwszy po 12

lub 24 godzinach, a w niektórych przypadkach i wcześniej, po raz drugi po 48 godzinach, a następnie—w razie dłuższego trwania reakcyi — co 24 godziny. Zadaniem naszym było przekonać się: 1° czy reakcyja oczna nie jest wynikiem podrażnienia łącznicy przez chemiczne składniki odczynnika; 2° jeżeli tak nie jest, to czy biologiczny odczyn WOLF-EISNER - CALMETTEA jest swoisty dla gruźlicy, czy też otrzymuje się on również i w innych chorobach zakaźnych. Aby wypełnić powyższe zadanie, stosowaliśmy wkraplanie tuberkuliny do worka łącznicowego: 1° u osób zdrowych, 2° u pacjentów, dotkniętych chorobami o podłożu niegruźliczym, 3° u chorych, u których rozpoznanie gruźlicy nie ulegało dla nas żadnej wątpliwości lub też było nadzwyczaj prawdopodobne. Ponieważ okazało się, iż stan spojówek przed wkropleniem tuberkuliny nie jest bez znaczenia dla wyniku reakcyi, odnotowałem w każdym przypadku, w jakim stanie znajdowały się one przed zapuszczeniem odczynnika. Z badań naszych wynika, iż z 18 zdrowych lub cierpiących na choroby niezakaźne dodatnia reakcyja oczna wystąpiła u 4, co stanowi $22\frac{2}{3}\%$, nie wystąpiła u 14, co stanowi $77\frac{1}{3}\%$. Z reagujących u wszystkich były zmiany nieżytowe spojówek, u nie reagujących spojówki były normalne. Być może, iż wzmożenie się stanu zapalnego spojówek u pierwszej kategorii pacjentów było wynikiem czysto chemicznego podrażnienia chorych, a przez to mniej odpornych na działanie składników chemicznych spojówek. Zresztą, nie twierdząc tego stanowczo, uważam jedynie, że stan spojówek przed zakropleniem nie jest prawdopodobnie rzeczą obojętną przy ocenianiu wyników reakcyi. Bądź jak bądź, $77\frac{1}{3}\%$ wolnych od gruźlicy nie reagowało na wkraplanie do łącznicy roztworu tuberkuliny, skąd należy wnioskować, iż w większości przypadków reakcyja WOLF-EISNER-CALMETTEA nie jest wy-

nikiem zwykłego podrażnienia łącznicy przez odczynnik chemiczny. Co się tyczy pacjentów, cierpiących na choroby zakaźne i ropne (szkarlatyna, odra, dyfteryt, ropnica), to z 8 chorych tej kategorii reakcyja oczna nie wystąpiła ani u jednego, czyli że nie reagowało 100% , skąd wniossek, iż prawdopodobnie choroby zakaźne i ropne nie dają reakcyi ocznej,—mówimy prawdopodobnie, gdyż 8 przypadków jest liczbą zbyt małą, aby się móżdż na niej oprzeć stanowczo. Jeżeli owe 8 przypadków dołączymy do poprzednich, to otrzymamy, że na 26 niegruźliczych reagowało 4, co stanowi $15\frac{1}{3}\%$, nie reagowało 22 czyli $84\frac{2}{3}\%$. Zobaczymy, jak się rzecz ma u gruźliczych. Z 16 chorych, u których gruźlica została stwierdzona bądź bakteriologicznie, bądź na sekcji, bądź też nie wzbudzała żadnych wątpliwości dyagnostycznych wskutek stwierdzonych wybitnych zmian fizycznych w płucach oraz przebiegu choroby, reagowało na odczynnik CALMETTEA 15, czyli $93,8\%$, nie reagował jeden czyli $6,2\%$. Z 13 chorych, u których gruźlica była dla nas nadzwyczaj prawdopodobna, nie reagowało 2 czyli $15,4\%$, reagowało 11 czyli $84,6\%$. Jeżeli obydwie te kategorie przypadków połączymy w jedno, to otrzymamy, iż na 29 gruźliczych nie reagowało 3 czyli 10% , reagowało 26 czyli 90% . Z powyższych cyfr możemy wyprowadzić następujący wniosek: reakcyja oczna WOLF-EISNER-CALMETTEA w większości przypadków nie jest wynikiem chemicznego podrażnienia spojówki, lecz stanowi odczyn biologiczny swoisty dla gruźlicy. Co się tyczy jej charakteru anatomicznego, to stanowi ona miejscową reakcyę zapalną na jad tuberkuliczny. Reakcyja ta wyraża się przez mniejsze lub większe zaczerwienienie spojówki dolnej powieki, a nieraz i gałki ocznej. Zaczerwienienie owo często bywa dość charakterystyczne i przypomina swym wy-

glądem aksamit, jak to bywa w jaglicy. Rzadziej bywa również wypocina śluzowa mniej lub bardziej obfita. Reakcja występuje po 6 — 48 godzinach, przeciętnie po 24 godzinach; po 48 godzinach często się wzmacnia i trwa od 24 godzin do kilkunastu dni, zmniejszając się stopniowo — przeciętnie 5 dni. Żadnych powikłań ze strony rogówki, ani głębszych błon oka nie stwierdziliśmy ani razu, stan zapalny spojówki znikał zawsze bez śladu; późniejszych następczych zmian w oku nie spostrzegaliśmy również. Przeciwwskazanie do zapuszczania w celach dyagnostycznych tuberkuliny do oka stanowi zapalny stan spojówek, w tym ostatnim bowiem przypadku wyniki bywają często niepewne, ponadto zaś reakcja trwa dłużej i bywa silniejsza. Ogólną reakcją w postaci dreszczów, podniesienia ciepłoty o 2 stopnie oraz ogólnego złego samopoczucia w ciągu 3 dni zauważyliśmy raz, czy jednak nie była ona raczej skutkiem chwilowego samoistnego, niezależnego od zapuszczenia tuberkuliny pogorszenia się procesu gruźliczego, przesądzać nie chcemy. Przy wielokrotnym zapuszczaniu tuberkuliny u osobników zdrowych otrzymywaliśmy wynik zawsze ujemny, u gruźliczych zaś, nie reagujących po raz pierwszy lub reagujących słabo, otrzymaliśmy dwukrotnie po powtórnej zapuszczeniu wynik dodatni lub wybitniejszy, niż za pierwszym razem.

Co się tyczy mechanizmu powstawania reakcji ocznej, to najbardziej rozpowszechnioną obecnie w bakteriologii teorią WASSERMANNĄ i BRUCKĄ nie da się zupełnie zastosować do reakcji miejscowych, powstających u gruźliczych w tkankach, nie dotkniętych bezpośrednio sprawą chorobową, nie będziemy przeto zastanawiali się nad nią na tem miejscu.

Inaczej rzecz się ma ze zrzęcznie pomyślaną teorią STERNBERGA, nad którą nie może-

my przejść do porządku dziennego bez rozpatrzenia jej choć w ogólnych zarysach. Według STERNBERGA u chorych, dotkniętych sprawą gruźliczą jakiegokolwiek narządu, reakcja ogólna w postaci dreszczów, gorączki, upadku wagi, braku apetytu i t. p. nie występuje, o ile we krwi takiego chorego krąży dostateczna ilość przeciwciał, aby zneutralizować dowóz toksyn z ogniska gruźliczego. Jestto stan gruźlicy skompensowanej; dość jest jednak, aby równowaga pomiędzy toksynami i przeciwciałami we krwi została w jakiegokolwiek sposób zachwiana na korzyść pierwszych, — czy to przez zwiększenie ilości toksyn drogą zastrzyknięcia, czy to przez zmniejszenie przeciwciał wskutek przemęczenia, zaziębienia i t. d., a reakcja ogólna nie omieszka się zjawić. Równowaga ogólna toksyn i przeciwciał jest zarazem i miejscowa w każdym punkcie ustroju osobnika z wyjątkiem ogniska gruźliczego, o ile jakiś czynnik miejscowy nie zakłóci jej na korzyść toksyn. Wtedy wskutek miejscowego przeładowania tkanki toksynami powstaje odczyn zapalny miejscowy w postaci przekrwienia z wypociną lub bez, jak się rzecz ma i przy reakcji ocznej WOLF-EISNER-CALMETTEA. Przez wprowadzenie toksyn gruźliczych do worka łącznicowego, który, jak wiadomo, ma budowę tkanki adenoidalnej, wskutek czego toksyny wsysają się, występuje tu przejściowy nadmiar toksyn, skąd objawy reakcji. Pierwsze twierdzenie STERNBERGA, dotyczące reakcji ogólnej ustroju, ma za sobą pewne fakty doświadczone, natomiast równowaga miejscowa toksyn i przeciwciał należy do dziedziny dedukcyjnych uogólnień, które stwierdzić lub obalić mogą tylko dalsze obserwacje i badania nad zakażeniem i odpornością ustroju. Bądź jak bądź, teoria STERNBERGA nie tłumaczy nam wcale tych przypadków, gdzie przy niewątpliwie istniejącej gruźlicy reakcja oczna nie występuje wcale lub występuje dopiero

po drugim lub trzecim zapuszczeniu tuberkuliny.

Do ciemnej dziedziny reakcyi miejscowych wprowadzają trochę światła będące obecnie w toku badania nad nadwrażliwością (anafilakcją). W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono, iż niektóre jady, działające **chronicznie** na ustrój, wywołują w pewnym stadyum swego działania stan nadwrażliwości u badanego indywiduum, polegający na tem, iż w owym stanie zwierzę reaguje mocno, a nawet pada po zastrzyknięciu minimalnej dawki jadu, który u zwierzęcia, nie uodpornionego sztucznie, nie wywołuje żadnych zaburzeń. Tożsamo potwierdziły obserwacye na ludziach przy zastrzykiwaniu surowicy przeciwydfterytycznej. Stan nadwrażliwości nie jest cechą stałą uodpornianego czynnie lub zatrutego chronicznie przez chorobotwórcze ustroje organizmu, lecz występuje okresowo, jako faza przejściowa dłuższa lub krótsza. Być może, iż podobnie rzecz

się ma i z jadem gruźliczym, zatruwającym organizm ludzki. W pewnym stadjum rozwoju choroby, prawdopodobnie przez czas dłuższy, wywołuje on — być może — w ustroju stan nadwrażliwości zarówno ogólnej, jak i miejscowej, skąd objawy reakcyi zarówno przy zastrzykiwaniu tuberkuliny podskórnice, jak i przy miejscowem jej zastosowaniu w metodach PIRQUETA, CALMETTEA, MORO it. d. Niestałość stanu anafilakcji tłumaczyłaby nam te fakty, gdzie pomimo istniejącej gruźlicy reakcye nie występują, jak również te, gdzie występują one dopiero po dwukrotnem lub trzykrotnem zapuszczeniu tuberkuliny. Dalsze badania wykażą słusność lub bezzasadność zastosowania teoryi nadwrażliwości do tłumaczenia reakcyi gruźliczych,—teoryi, która, aczkolwiek wyprowadzona z badań doświadczalnych, nie mniej w zastosowaniu do gruźlicy opiera się dotychczas wyłącznie na analogii, nosząc charakter wybitnie dedukcyjny.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Nowy sposób leczenia przymiotu diamidoarsenobenzolem.

Jakkolwiek rtęć uważana była za lek swoisty przeciwprzymiotowy, to jednak bezstronnie przyznać należy, że działa ona w większej liczbie przypadków tylko na objawy tego cierpienia, sam zaś zarazek może istnieć w organizmie bardzo długo, dając później częste nawroty choroby. Znane jest również dobrze zupełnie zawodne niekiedy działanie rtęci na objawy przymiotu, gdyż te nie tylko że nie znikają, ale, naodwrot, podczas

leczenia szerzą się dalej, lub też jednocześnie powstają nowe przypadłości tej choroby.

W ostatnich latach zwrócono szczególną uwagę na *atoxyl* i jego pochodne połączenia; środek ten jednak zawiódł pokładane w nim nadzieje, gdyż występujące po jego zastosowaniu polepszenia nie dały się zrównoważyć szkodliwem działaniem na pewne narządy organizmu, a przede wszystkim na nerwy wzrokowe (*neuritis optica*).

ALT już od dwóch lat zajmował się chemicznem leczeniem przymiotu za pomocą arsenophenylglicynu, przyrządzonego przez EHRLICHA; doświadczenia były robione na idiotach, obarczonych syfilisem dziedzicznym.

Pierwsze badania ALTA, których cel po-

dzielał i EHRlich, były skierowane głównie ku oznaczeniu doraźnego wpływu przeciwpasożytniczego wspomnianego już środka (Therapia sterilisans magna). Ponieważ poprzednie doświadczenia dowiodły, że podawane zwierzętom duże dawki trującego środka już po kilku tygodniach zupełnie wydzielają się się, i w trzewiach zwierząt nie pozostaje ich nawet śladu, gdy tymczasem taż sama ilość, podawana przez dłuższy czas częściowo, pozostaje w mniejszej lub większej części zatrzymana w organizmie, ALT przeto zastrzykiwał odrazu wspomnianym chorym 1,0 arsenophenylglicynu. Niektórzy jednak chorzy nie znosili tej dawki preparatu, autor przeto zastrzykiwał później po 0,8 rozdzielone na 2 części.

Pod wpływem takiego leczenia występowała u chorych znaczna leukocytoza i zmniejszenie lecytyny, wydzielanej z kałem i znajdującej się we krwi. Odczyn WASSERMANNa dał u leczonych chorych 16% wyników zupełnie ujemnych i 27% częściowej hemolizy; odczyn ten nie uległ zmianie i po upływie roku.

Liczne spostrzeżenia kliniczne przekonały ALTA, że arsenophenylglicyna przewyższa swą skutecznością wszystkie inne środki, stosowane dotąd w leczeniu przymiotu.

Nie uważając wyników swych badań za ostatecznie rozstrzygające sprawę leczenia syfilisu, ALT prowadził dalej swoje badania, w tym jednak czasie został zawiadomiony przez EHRlichA o przygotowanym przez niego i HATĘ nowym środku, nazwanym dioxydiamidoarsenobenzolen.

EHRlich i HATA (Frankfurt nad Menem) opublikowali pierwsi dobre wyniki, jakie otrzymali w leczeniu chorych na dur powrotny, syfilis doświadczalny i krętki kur (spirillose des poules) nowootrzymanym preparatem.

Przed zastosowaniem preparatu tego ludziorom ALT starał się zbadać najpierw na zwierzętach działanie jego miejscowe, zmiany, wywoływane we krwi i szybkość wydzielenia się.

Po tych przedwstępnych doświadczeniach ALT zastrzykiwał starym syfilytykom po 0,1 tego środka. Dawka powyższa wywoływała wybitną leukocytozę, osłabienie od-

czynu WASSERMANNa dodatniego, zmniejszenie lecytyny w kale i krwi i znikanie objawów przymiotu.

Autor ten twierdzi, że żaden ze znanych dotąd związków, nawet arsenophenylglicyna, nie dorównywa w działaniu swoistem na syfilis dioxydiamidoarsenobenzolowi. W ciągu 9 dni autor wyleczył chorego z ciężką żółtaczką syfilytyczną, w wiądzie rdzenia kręgowego (*tabes*) otrzymał zniknięcie wszystkich objawów objektywnych; u syfilytyków z epilepsyą napady zjawiały się dopiero po 5 dniach, gdy przedtem miały miejsce 5 razy na dobę. Stwierdził on również, że zastrzykiwania związku tego do żył działają skuteczniej od mięśniowych; dawka wystarczająca do usunięcia objawów wynosi 0,4.

Rownocześnie z ALTEM działaniem na syfilytyków nowego środka zajmował się SCHREIBER, później zaś WECHSELMANN, MICHAELIS KROMAYER, TOMASZEWSKI, PICK, DÖRR i w. i., których główne spostrzeżenia załączam tu w skróceniu.

SCHREIBER leczył około 150 syfilytyków ze świeżymi objawami cierpienia i parasyfilytycznymi (zmiany rdzenia kręgowego i mózgu). Dawka tego związku arsenowego wynosiła 0,3 do 0,40 c. s. w 20,0 wody przekroplonej.

Roztwór dioxydiamidoarsenobenzolu przygotowywano w ten sposób, że do odważonej dawki dodawano najpierw nieco wody (10,0) i po mocnem skłóceniu dolewano roztworu wodoru sodu (*natr. causticum*) tyle, ażeby nastąpiło zupełne rozpuszczenie soli arsenowej (2,0 do 3,0), nakoniec rozcieńczano wodą do 20 c. s.

Płynu tego zastrzykiwano początkowo chorym po 10,0 głęboko i powoli w mięśnie pośladkowe prawej i lewej strony; po dokonaniu tej czynności zalecano choremu półgodzinne leżenie spokojne na brzuchu.

Zastrzykiwania sprowadzały nieznaczny ból, trwający 12 do 24 godzin.

Pewnej liczbie chorych dokonywano zastrzykiwania do żył, liczba jednak tego rodzaju przypadków była zbyt mała, ażeby można było wyprowadzić z niej jakieś stałe wnioski, zauważono jednak, że tego rodzaju za-

strzykiwania były mniej bolesne i znosiły się dobrze, płyn jednak powinien być odpowiednio rozcieńczony.

Leczenie tego rodzaju szkodliwego wpływu na przewód pokarmowy nie wywierało; u dwóch chorych wystąpiła wysypka, która po dwóch dniach znikła.

Wpływ środka tego na objawy przymiotu jest szybszy od wszystkich innych dotąd stosowanych środków swoistych. Odczyn dodatni WASSERMANN'a znikł w krótkim czasie u 92% leczonych chorych; u pewnej liczby syfilityków nie było go już po kilku dniach, a u większej liczby nie trwał dłużej nad dwa tygodnie. Tego znikania dodatniego odczynu WASSERMANN'a nie można było w przypadkach powyższych objaśnić działaniem chemicznym stosowanego związku, gdyż wydzielanie się arsenu kończyło się zwykle pomiędzy 3 a 4 dniami; u chorych z porażeniem postępującym wydzielanie to odbywało się powolniej, trwało bowiem około 10 dni. Objawów zatrucia autor u leczonych chorych nie spostrzegł.

WECHSELMANN postanowił najpierw zbadać swoistość działania nowego środka na syfilis i jego własności trujące, jeżeli tenże je posiada. Autor ten, stosując preparat EHRLICH'a u 80 chorych w szpitalu VIRCHOW'a, przekonał się, że działa on istotnie swoiście na wszystkie objawy przymiotu wtórne i trzeciorzędne z niezwykłą szybkością i skutecznością. Nawet w dawkach, uważanych obecnie za niedostateczne (0,25), otrzymano po 8 dniach znikanie najcięższych objawów przymiotu; przekonawszy się jednak, że dawka powyższa niezawsze wystarcza do usunięcia objawów choroby, zastrzykiwał w mięśnie pośladkowe 0,60 tego środka. W celu zmniejszenia miejscowego bólu, zamiast preparatu z odczynem kwaśnym, używano jego zawiesiny obojętnej. Zastrzykiwania takie znosili dobrze nawet bardzo osłabieni chorzy, a należeli do nich dotknięci zapaleniem nerek, osobniki ze zmianami gruźliczymi płuc, małokrwistością złośliwą natury syfilitycznej. Ustąpienie pęcherzycy syfilitycznej u dwóch noworodków z syfilisem dziedzicznym było najlepszym dowodem swoistego działania omawianego środka, jakkolwiek przyznać należy, że przy głębokich zmianach narządów, towarzyszących tej po-

staci przymiotu u dzieci i przeszkodach w karmieniu ich piersią, leczenie niezawsze było uwieńczone wynikiem pomyślnym.

Chorym z zapaleniem nerwu wzrokowego (*neuritis optica*), a takich była dosyć znaczna liczba, preparatu EHRLICH'a nie zastrzykiwano, w jednym jednak przypadku tego cierpienia zastrzyknięto zwykłą dawkę środka, po której stan wzroku chorego tego nie uległ żadnej zmianie.

MICHAELIS opisuje przypadki głębokiego owrzodzenia podniebienia, istniejącego przeszło dwa lata, które uległo zabliznieniu po zastrzyknięciu jednej dozy środka EHRLICH'a, gdy tymczasem leczenie rtęcią i 15 iniekcji atoksyliku żadnego wpływu na przebieg cierpienia nie miało. W innym znów przypadku chory z łepieżami płaskimi nie znosił rtęci, nawet w małych dozach, po zastrzyknięciu zaś 0,3 preparatu łepieże uległy szybkiemu wessaniu, pozostawiając po sobie lekkie zabarwienie skóry.

KROMAYER leczył nowym związkiem 15 syfilityków, na których objawy chorobowe rtęć wcale nie działała. Owrzodzenia zablizniały się prędko i pokrywały naskórkiem tak szybko, że autor przypisuje swoiste działanie diozydiamoarsenobenzolowi na regenerację naskórka. Wychodząc z powyższego założenia, autor zastosował go z jaknajlepszym wynikiem u jednego chorego na łuszczycę.

TOMASZEWSKI leczył 17 chorych, którym zastrzykiwał w mięśnie pośladkowe po 0,30 preparatu. Wyniki leczenia były bardzo zadowalające, miejscowo wystąpiły jednak nacieki bolesne, którym towarzyszyło podniesienie się ciepłoty do 38°.

PICK leczył omawianym preparatem 30 syfilityków. Objawy choroby znikaly szybko we wszystkich przypadkach już po jednym zastrzyknięciu środka. Znikanie syfildów miało miejsce nie tylko w pierwszym okresie choroby, lecz także w późnym i w przypadkach syfilisu złośliwego. W jednym z tych przypadków istniało rozległe owrzodzenie gardzieli i ziarniniaki w okolicy czołowej; wyleczenie nastąpiło po dwóch tygodniach. W innym znów przypadku syfilisu złośliwego wystąpiły płaskie łepieże podczas leczenia rtęcią, znikły zaś szybko po jednym za-

strzyknięciu dioxydiamidoarsenobenzolu. U chorych z brudźcem syfilitycznym owrzodzenia zabiżniały się po pięciu dniach.

DÖRR zastrzykiwał nowy preparat w kilku przypadkach syfilisu do żył w dozach 0,1 do 0,25, w okolicę zaś pośladową 26 chorym po 0,30 do 0,40. U wszystkich chorych zauważył lekkie podniesienie się ciepłoty, które zaczynało się po 4 godzinach i trwało kilka dni. Bóle miejscowe bywają znośniejsze, jeżeli preparat EHRLICHA jest przyrządzony z wyskokiem metylowym, nie są one w zależności, również jak i podniesiona ciepłota, od dozy zastrzykniętego środka. Zastrzykiwania wywoływały szybkie zabiżnienie owrzodzeń pierwotnych i zabezpieczały od występowania objawów wtórnych. Z pięciu chorych z porażeniem postępującym u 2 nastąpiło znaczne polepszenie: zawroty i parestezye znikły, pamięć polepszyła się.

T. IVERSEN robił zastrzykiwania wewnątrzmięśniowe dioxydiamidoarsenobenzolu chorym na dur powrotny: z 52 chorych zostało bez nawrotów wyleczonych 48 po jednym zastrzyknięciu 0,20 do 0,30 tego produktu. Krętki znikają zupełnie ze krwi po 4 do 10-ciu

godzinach, ciepłota zniżała się stopniowo i po 24 godzinach spadała niżej normy, nie sprowadzając jednak zapaści.

Zestawione tu wyniki badań powyżej przytoczonych autorów są zgodne ze sobą i przemawiają za wyjątkowo skutecznym, a zatem i swoistem działaniem dioxydiamidoarsenobenzolu na zarazek syfilityczny. Ponieważ spostrzeżenia wzmiankowane są prowadzone nad tak przewlekłą chorobą, jaką jest syfilis, przez czas stosunkowo krótki (około 4 miesięcy), nie można zatem dziś powiedzieć, o ile leczenie będzie trwałe, a pogląd ten dzielają wszyscy wymienieni badacze.

W każdym razie znikanie nawet bardzo ciężkich objawów przymiotu już po jednej dawce tego środka, wskazuje na jego wielką wartość leczniczą i wróży mu niepoślednie miejsce w terapii syfilisu.

Występujące podczas leczenia powikłania, w porównaniu z dodatnimi wynikami leczniczymi środka, posiadają podrzędne znaczenie.

(La Semaine Med. Nr. 18 i Nr. 26 1910; Münch. med. Wochenschr., 15 marca 1910).

J. Wojciechowski.

STRESZCZENIA.

Medycyna wewnętrzna.

127. **Max Michaelis. Etiologia i leczenie duszniczy bolesnej prawdziwej** (angina pectoris vera).

W obecnym stanie wiedzy istnieją dwa sprzeczne poglądy na etiologię duszniczy bolesnej prawdziwej. ROMBERG i inni autorowie przypuszczają, że istota sprawy polega przede wszystkim na nerwicy, mianowicie na przeczulicy splotu sercowego; gwałtowne napady duszniczy z nagłym występowaniem i znikaniem bólu oraz ich nawroty autorowie ci stawiają w jednym rzędzie z innymi nerwobólami, jakie zjawiać się mogą w rozmaitych okolicach ustroju.

MICHAELIS jest stronnikiem innego poglądu, opartego na podstawach anatomo-patologicznych. Według tego poglądu przyczyną nypadu jest niedokrwienie mięśnia sercowego, warunkowane najczęściej stwardnieniem tętnic wieńcowych; współcześnie następuje w większości przypadków kurcz naczyń, jako mement wyzwalaający sam napad. Pogląd ten łatwo tłumaczy, dlaczego napady duszniczy zjawiają się po wzmożonej czynności serca (wchodzenie na schody, utrudnione oddawanie stolca, podrażnienie psychiczne); wobec bowiem schorzenia i zwiężenia tętnic wieńcowych krążenie krwi, w normalnych warunkach (w spokoju) zadawałające, przy zwiększonym zapotrzebowaniu pracy mięśnia ser-

cowego staje się już niedostatecznym; następstwem braku tlenu lub nagromadzenia się w pewnych okolicach serca substancji, prowadzących znużenie mięśnia — będzie podrażnienie splotu sercowego, które ze swej strony wywołuje kurcz naczyń i napad bólu.

Leczenie duszniczy bolesnej prawdziwej ma na celu dwa zadania: przede wszystkim usunąć możliwie jaknajprędzej napad istniejący, następnie zaś w okresie wolnym zapobiegać, o ile możności, występowaniu nowych napadów. Wobec napadu duszniczy bolesnej lekarz winien nasamprzód rozstrzygnąć pytanie, czy należy w danym razie zastrzyknąć morfinę, czy też kamforę. MICHAELIS jest zdania, że nawet w najcięższych przypadkach zastrzyknięcie morfiny (0,01—0,015 a nawet 0,02) nie jest przewskazane, względnie łączy je z lekami pobudzającymi; w odpowiednich przypadkach zastrzykuje np. obok morfiny digalen z kofeiną (*Digalen. 15,0, Coffeini citrici 1,0* — jedną lub dwie szprycki PRAVATZA). W tych przypadkach, w których podczas napadu tętno jest napięte, a ciśnienie krwi wzmożone, z dobrym wynikiem stosować można nitryty, np. wziewania 3 — 5 kropeł amylnitritu. Wolniej, lecz za to ze skutkiem bardziej długotrwałym działa nitrogliceryna w kropkach lub pastylkach.

Dla zapobiegnięcia napadom MICHAELIS szczególnie zaleca erytbroolum tetranitratum (w tabletkach po 0,03 — trzy razy dziennie). Środki zewnętrzne, używane w duszniczy bolesnej, mają na celu bądź łagodzenie bólu, bądź działanie odciągające, bądź też wzmożenie czynności serca. Należy tu zauważyć, że zimno bywa zwykle bardzo źle znoszone, natomiast ciepło, a nawet gorące okłady często przynoszą rzetelną korzyść choremu, zwłaszcza wpływają na złagodzenie bólów. W tych przypadkach, w których grozi zapaść, będą na miejscu środka podniecające, jak kamfora, kofeina, digalen i strofantyna (do żyły); zwłaszcza strofantyna daje doskonałe wyniki (*Strophantinum Böhringer* w ampulkach po 1 mg., według FRAENKELA i SCHWARTZA wystarcza już $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mg.). W razie sinicy i wybitnej duszności MICHAELIS widział dobre wyniki z wziewania tlenu. Po napadzie należy zabezpieczyć choremu spokój fizyczny i

psychiczny, względnie podać mu lekki środek nasenny.

W okresie wolnym od napadów na plan pierwszy wysuwa się leczenie przetworami jodowymi; przytem MICHAELIS zwraca słuszną uwagę, że zwykle jod bywa dawany w za dużych dawkach i w ciągu zbyt długiego czasu. Wystarcza zalecić według przepisu FRAENKELA roztwór jodku sodowego 10 : 150, dwa razy dziennie po łyżeczce od kawy (=0,5 *pro die*) w ciągu trzech tygodni; po tygodniowym odpoczynku rozpocząć leczenie nanowo. Rozmaite społeczne przetwory jodowe nadają się do dłuższego stosowania w stwardnieniu tętnic właśnie dzięki małej zawartości w nich jodu. Ważną okolicznością podczas używania jodu jest zachowanie rady ERLMAYERA, mianowicie unikanie potraw i napojów kwaśnych, a podawanie alkaliów. Co się tyczy innych leków, to z rozmaitych stron odzywiają się głosy, chwalcące działanie soli teobrominy, tak podczas ataku, jak i w okresie międzynapadowym. Stosując te przetwory, wypada również powstrzymać chorych od spożywania kwasów, soli kwaśnych i mających odczyn kwaśny soków owocowych; należy też zabronić owoców, gdyż np. diuretyna wytwarza w kiszkiach z sokami owocowymi związki nierozpuszczalne, przeto nie może wywrzeć odpowiedniego działania.

Na pytanie, czy w okresie wolnym od napadów można podawać naparstnicę, bardzo trudno odpowiedzieć kategorycznie; w każdym razie według NEUSSERA i LEYDENA należy pod tym względem zachować wielką ostrożność; można najwyżej spróbować małych dawek, pamiętając, iż naparstnica zawiera pierwiastki, wywołujące skurcz naczyń.

Zabiegi wodolecznicze i termoterapeutyczne również wymagają dużej ostrożności. Chorzy stanowczo winni unikać wszelkich wysiłków fizycznych; leczenie terenowe, gimnastykę SCHOTTA i ZANDERA, metodę HERTZA można zalecać w wyjątkowych jedynie przypadkach i to pod ścisłą kontrolą lekarską. To samo dotyczy mięsienia; zwłaszcza należy zaniechać mięsienia brzucha. Kąpiele kwasowęgłowe w niektórych przypadkach dają wyniki niezłe, trzeba je jednak stosować ostrożnie i pilnie kontrolować. Mniejsze niebezpie-

czeństwo przedstawiają kąpiele tlenowe, które nawet mają wpływać kojąco i wybitnie dodatnio na stan ogólny chorych.

(Therapie d. Gegenwart. rok 50. Z. 12).

T. B.

128. Max Herz (Wiedeń). Phrenocardia w chorobach organicznych serca.

Phrenocardia jest nerwicą serca pochodzenia psychicznego, powstająca, jak powszechnie przypuszczają, na tle seksualnem wskutek niezaspokojonego popędu płciowego. U chorych na serce odróżnienie jej od objawów, spowodowanych cierpieniem anatomicznem, ważne jest ze względu na terapię. Istnieje zwyczaj zakazywania chorym z wszelkimi cierpieniami serca stosunków płciowych lub, co najmniej, zalecania nadmiernej pod tym względem powściągliwości. U kobiet, dotkniętych chorobą serca, przyłącza się jeszcze ciągła obawa zajścia w ciążę. Należy przeto uwzględnić 3 kardynalne objawy tego cierpienia, jakimi są: bicie serca, oddech utrudniony (Atemsperrre) i phrenodynia, t. j. ból, umiejscowiony stale poniżej lewej brodawki sutkowej. Żaden z tych objawów nie jest wyrazem zmian anatomicznych, stale występujących u chorych na serce w okresie zrównowazenia. Bicie serca łatwiej występuje po wysiłkach fizycznych u chorych na serce, niż u zdrowych; w frenokordyi zaś, jak wogóle w palpityacjach nerwowych, występuje już to samoistnie lub po wstrząśnieniach psychicznych, już to wskutek czynności fizycznych, nie wymagających wysiłku mięśni, np. przy pisaniu, grze na fortepianie i t. p. Uczucie utrudnionego oddechu (zwłaszcza wydechu), które nawet mniej inteligentny, ale uważny pacjent odróżnia od głodu powietrza (Luft-hunger), najczęściej daje powód do błędnego rozpoznania, aczkolwiek tylko powierzchownie zbliżone jest do duszności chorych na serca. Autor uważa je za wyraz nadmiernego napięcia (*hypertonia*) przepony, dochodzącego do najwyższego stopnia w opisanym przez niego kurczu z westchnieniem (Seufzerkrampf), Gdzie przy wadzie organicznej serca stwierdzono te 3 objawy, tam istnieje powikłanie frenokardya, której napad łatwo odróżnić od *asthma cordiale* lub od *angina pectoris*.

Co do leczenia, ważną rzeczą jest zapobieganie. Zakaz stosunków płciowych nie powinien rozciągać się bezkrytycznie na wszystkie bez wyjątku cierpienia organiczne serca. Jeśli przy wzburzeniach serca grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo, co z niejaką pewnością da się zastosować do stwardnienia tętnic wieńcowych, to w wyższym jeszcze stopniu można przyjąć, gdy chodzi o długotrwałe drażnienie nerwów serca w frenokardyi. U kobiet chorych, nie chcących zająć w ciążę, muszą być dozwolone środki zapobiegawcze, zwłaszcza *pessarium occlusivum*. *Coitus interruptus* jest, zdaniem H., szczególnie szkodliwy. Ze środków wewnętrznych autor stosuje prawie wyłącznie i to z dobrym skutkiem preparaty waleryanowe. Co do bromu, nie widział żadnego skutku. Bardzo skuteczną okazała się terapia fizyczna: okłady objętne na okolicę serca, kąpiele z dodatkiem soli lub aromatyczne, ćwiczenia, ogólne wibracje, faradyzacja okolicy serca, kąpiel 4 komorowa i t. p.

(St. Peterb. Med. Wochenschr. 1910 Nr. 5).

B. Polikier.

Choroby weneryczne i skóry.

129. E. Amerand. Leczenie swoiste w porażeniu postępującem i wiądzie rdzenia; czy należy leczyć takich chorych?

Ze względu na to, że najczęstszą przyczyną wiądu rdzenia kręgowego jest przymiot, zdawałoby się, że leczenie cierpienia tego powinno być rtęciowe, energicznie i odpowiednio długo prowadzone. Wyniki jednak tego rodzaju zabiegów, otrzymane przez rozmaitych klinicystów, przedstawiają wielkie różnice. ERB, GAUCHER i BABIŃSKI leczeniu przeciwsyfilitycznemu przypisują wpływ wielce dodatni, FOURNIER zaś, RAYMOND i HALLOPEAUX są wręcz przeciwnego poglądu.

Autor opublikował 16 spostrzeżeń porażenia postępującego, dotyczących chorych, nie leczonych rtęcią i 7 leczonych nią bardzo starannie. Chorym pierwszej grupy zastrzykiwano będzwian, dwujodek i dwuchlorek rtęci, dwóm olej szary rtęciowy. Porównanie tych dwóch grup chorych wykazało, że na czas rozwoju rozmaitych późniejszych ob-

jawów choroby leczenie swoiste żadnego wpływu dodatniego nie wywarło.

Zpomędzy chorych, którzy wcale nie byli leczeni, u jednego nastąpiło zmniejszenie nasilenia objawów, trwające 4 miesiące, u innego znów lekkie polepszenie; naodwrot, u pozostałych chorych wystąpiło wyraźne pogorszenie, zakończone śmiercią. Nakoniec u trzech tabetyków, poddanych energicznemu leczeniu, nie zauważono żadnego polepszenia.

Z powyższych spostrzeżeń wynika, że długotrwałe i energiczne rtęciowe leczenie cierpiących na wiał rdzenia i bezwład postępujący jest zupełnie bezużyteczne, albowiem nietylko że nie osiąga pożądanego terapeutycznego wyniku, lecz natomiast w większej liczbie przypadków stan chorych pogarsza się.

(La Sem. med. Nr. 19, 1910).

130. L. M. Bonnet i N. Gonial. Ostre zapalenie syfilityczne opon mózgowych.

Ostre zapalenie opon mózgowych, rozwijające się pod wpływem syfilisu, podobne do zapaleń gruczliczych i mózgo-rdzeniowych, zostało w ostatnich czasach stwierdzone przez wielu klinicystów, lecz niedostatecznie było opisane.

Omawiane zapalenie występuje częściej u mężczyzn, niż u kobiet; napotykanie bywa przede wszystkim w przypadkach syfilisu wtórnego z objawami mocno wyrażonymi i długotrwałymi, którym towarzyszą i inne przypadłości natury złośliwej.

W trzeciej części przypadków zjawia się jednocześnie z wykwitami na skórze; poglądem zatem, przemawiający za łącznością pierwotnie łagodnych postaci przymiotu z zajęciem opon mózgowych następczem, nie wytrzymuje krytyki.

Autorzy zaznaczają, że *meningitis syph.* jest powikłaniem, występującem tylko we wczesnych okresach przymiotu; w przypadkach przymiotu dziedzicznego było napotykanie tylko u ssawców; w przymiocie nabytym występuje w ciągu pierwszych sześciu miesięcy, niekiedy przed zjawieniem się różyczki. Z tego wynika, że ostre zajęcie opon mózgowych w okresie trzeciorzędnym powinno być

stosownie do badań BONNETA i GONIALA zaliczone do miejscowo rozwiniętych ziarniaków.

Leczenie wczesne przymiotu zdaje się nie mieć wpływu zapobiegawczego na *meningitis acuta syph.*, występujące najczęściej u osób z postaciami złośliwymi syfilisu, na które rtęć słabo działa.

Objawy zapalenia opon występują niekiedy gwałtownie, lecz najczęściej bywają poprzedzane mniej lub więcej długotrwałymi bólami głowy; podniesienie ciepłoty towarzyszy im również stale, sztywność szyi, wymioty, objaw KERNIGA istnieje, jak i w innych zapaleniach opon mózgowych; cierpienie to odznacza się licznymi nasileniami i różną długością trwania; śmiertelność wynosi 35%; nawroty bywają częste, i w następstwie ich rozwijają się połowiczne porażenia, wywołane zmianami tętnic.

Wygląd płynu mózgo-rdzeniowego bywa rozmaity: to przezroczysty, to znów mętny lub ropny; występowanie limfocytozy jest regułą; płyn bywa zwykle jałowy i krętków nie zawiera.

Rozpoznanie opiera się zwykle na wiadomościach i charakterze swoistym zmian skóry i gruczołów chłonnych, te ostatnie mają ważne znaczenie w odróżnieniu cierpienia natury syfilitycznej od nagminnego zapalenia mózgo-rdzeniowego.

(Lyon. med., 13 Mars 1910).

131. J. Nicolas, M. Favre i A. Gautier. Nowy sposób klinicznego rozpoznania przymiotu.

Przewodnią myślą pracy autorów był odczyn skórny, otrzymywany u osob gruczliczych drogą szczepień powierzchniowych i wewnątrz - skórnych tuberkuliny. Ponieważ dotąd hodowli krętka bladego nie udało się otrzymać, autorzy przeto stosowali wyciąg glicerynowy zgęszczony, przygotowany z wątroby płodu syfilitycznego podług sposobu LEVADITEGO, odpowiadający w zupełności tuberkulinie.

Tak przygotowany wyciąg, do którego dodawano 2 cz. roztworu soli 7‰ i wyjaławiano, u 12 syfilityków, którym stosowano go powierzchniowo (*cutireactio*), swoistego odczynu nie dał, naodwrot, otrzymano 7 intra-

dermo - rekcyi wyraźnie dodatnich (zaczerwienienie i naciek z uwydatnioną guzowatością skóry), 4 słabe lub wątpliwe (zaczerwienienie i lekki naciek), jedną zupełnie ujemną.

U 3 osób zdrowych powierzchowny i wewnątrz-skórny odczyn wypadł ujemnie.

(La Semaine Med. Nr. 8 1910).

J. Wojciechowski.

132. **O. Scheuer.** Przypadek „*Syphilis insontium*”, jednocześnie przyczynę do długości życia *Spirochaete pallida*.

Słuszniej, według autora, jeśli podzielić sposoby zarażania się na „weneryczne” i „przypadkowe”, a nie, jak dotychczas, na „genitalne” i „ekstragenitalne” — może być *infectio gnitalis*, a jednak nie podczas stosunku płciowego: podczas golenia części płciowych (na wschodzie), podczas rytualnej *circumcisii* etc.

W przypadku autora idzie o kobietę 39-letnią, matkę czworga zdrowych dzieci, szczęśliwą w pożyciu małżeńskim, u której lekarz domowy skonstatował owrzodzenie pierwotne na lewej wardze sromnej, i klinicznie (*scleradenitis*) i laboratoryjnie (WASSERMANN, *spirochaete*) stwierdzone. Przy szczegółowym badaniu domowników okazało się, że dama owa wycierała codziennie *ganitalia* gąbką, którą również raz jeden, korzystając z nieobecności pani, wycierała swoje *genitalia* służąca; służąca, jak znaleziono podczas badania, miała od *vulvam* b. obfite łepięże płaskie. Pani korzystała z gąbki w 1½ godziny po służącej, i infekcja nastąpiła, czyli że *spirochaete* jeszcze były żywotne; autor eksperymentalnie stwierdził, że w wilgotnych środowiskach *spirochaete* żyją, t. j. posiadają dużą ruchliwość przeszło 2 godziny po przeniesieniu ich do danego środowiska, w zupełnie suchych, ewentualnie wysuszonych środowiskach giną zaraz po wyschnięciu bez zdolności powrotu do życia. Badania były robione w ten sposób, że autor wycierał mokremi i suchymi gąbkami wykwitły przy-

miotowe, w których poprzednio stwierdzono obecność krętków białych, i badał je potem w różnych okresach czasu pod mikroskopem. (Deutsch. med. Woch. Nr. 10, 1910).

Hirsch.

133. **R. Rosenthal.** Miejscowe leczenie rzeźączkowego zapalenia stawów zastrzykiwaniami salicylanu sodu.

Leczenie wzmiankowanego cierpienia polega na zastrzykiwaniach 5% wyjałowionego roztworu salicylanu sodu w tkankę łączną około-stawową w ilości 1 do 2 c. s. szpryczką PRAWAZA 2.0 pojemności, z zachowaniem przy tem ścisłej aseptyki.

Tak wprowadzony salicylan sodu wywołuje miejscowo uczucie palenia, trwające 15 do 20 minut, które jednak może być usunięte przez dodatnie do płynu zastrzykiwanego 1% kokainy.

W początkach rzeźączkowego cierpienia stawów bywa dosyć 1 do 2 zastrzyknięć; przewlekłe jednak postacię wymagają około 30, robionych codziennie lub dwa dni w okolicę cierpiącego stawu.

Sposób ten leczenia znajduje przedewszystkiem zastosowanie w przypadkach zajęcia jednego stawu u osób, nie znoszących salicylanu sodu, wewnątrz użytego. Oddaje on również wielkie usługi w przypadkach przewlekłego cierpienia stawów, wymagających dłuższego stosowania salicylanu sodu, który zazwyczaj sprowadza wkrótce zaburzenia trawienia, tymczasem małe dawki salicylanu sodu, wprowadzone pod skórę, działają skuteczniej, gdyż bezpośrednio na zmienione tkanki stawu.

Leczenie miejscowe powyższym preparatem w zasadzie jest przeciwwskazane w przypadkach ostrego zapalenia licznych stawów, lecz i tu, jeżeli wewnątrz użyty źle się znosi, może oddać niemałe usługi, nie sprowadza bowiem żadnych powikłań, nawet u arteriosklerotyków i osób z upośledzonym działaniem nerek.

(Thèse de Paris, 1910). *J. Wojciechowski.*

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z dnia 19 marca 1910 r.

1) Zylberlastówna. Dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia. 2) Sterling. a) Przypadek postępującego połowicznego zaniku twarzy. b) Przypadek wodogłowia wewnętrznego, powikłanego zaburzeniami psychicznymi. 3) Koelichen. Przypadek przypuszczalnej „sarcomatosis” układu nerwowego ośrodkowego. 4) Jarecki. Przypadek t. zw. górnego wiądu rdzenia. 5) Kopczyński St. Przypadek ophthalmoplegiae chronicae progressivae externae. 6) Neugebauer i Higier. Przypadek zbroczenia rozwojowego w układzie nerwowym przy przewrotności płciowej. 7) Higier. Przypadek stwardnienia wieloogniskowego, powikłanego bezwładem postępującym. 8) Jaroszyński. Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych.

1) ZYLBERLASTÓWNA: a) Chora lat 40 od roku miewa drętwienie w kończynach i czuje osłabienie w nich władzy. Przed 3 miesiącami operowano ją z powodu nowotworu macicy. Przedmiotowo: porażenie kurczowe kończyn dolnych ze zniesieniem dolnych odruchów brzusznych. Zniesienie czucia bólowego i ciepłotowego na dolnych kończynach i na tułowiu do linii pępkowej. Dotyk i zmysł mięśniowy zachowany. Z. rozpoznaje nowotwór wewnątrz rdzenia w y na poziomie 8 — 9 odcinka grzbietowego.

b) 65-letnia chora cierpi od 2-ch lat na bóle w krzyżu. Stopniowo bezwład kurczowy dolnych kończyn, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca; czucie na ból i na bodźce ciepłotne zniesione do dolnego brzegu żeber; zmysł mięśniowy osłabiony, dotyk zachowany. Z. przypuszcza nowotwór zewnętrzny na wysokości 7—8 odcinka grzbietowego.

2) STERLING przedstawił a) przypadek postępującego połowicznego zaniku twarzy.

U chorej lat 16 stopniowo zaczęła zapadać się środkowa część prawej połowy twarzy; kości w tej okolicy również uległy zanikowi (co stwierdził roentgenogram). Brak zmian w pobudliwości elektrycznej, brak zmian ze strony nerwów współczulnego i trójdzielnego. Próba WASSERMANNDA dała wynik ujemny.

W dyskusji KOPCZYŃSKI St. powołuje się na własne 5 przypadków i podnosi jako naj-

prawdopodobniejszą teorię BRISSAUD, według której chodziło tu o zmiany w istocie szarej, okalającej wyściółkę 4-ej komory.

b) Przypadek wodogłowia nabytego, powikłanego zaburzeniami psychicznymi.

Chora lat 46; przed 4 laty bóle głowy z wymiotami i stopniowe osłabienie wzroku; od 2-ch miesięcy osłabienie nogi prawej. Przedmiotowo: bolesność czaszki po stronie prawej, obustronny zanik tarcz po zastoinie, niedowład lewego n. odwodzącego. Pod względem psychicznym: nastrój wesoły, głupekowaty, braki w zdolności wnioskowania i sądzenia, ubóstwo kojarzeń. Mówca przypuszcza wodogłowia nabyte i podkreśla zmiany psychiczne, zbliżone do t. zw. „moria” JASTROWITZA.

3) KOELICHEN: przypadek przypuszczalnej sarkomatozy ośrodkowego układu nerwowego.

Chora lat 19, pół roku temu w stanie gorączkowym bóle głowy, osłabienie wzroku; stwierdzono wówczas zniesienie oddziaływania lewej źrenicy, bladeść obu tarcz nerwów wzrokowych. Po miesiącu zez zbieżny, osłabienie kończyn po stronie lewej, porażenie lewego n. twarzowego, mowa nosowa, zlekką dyzartryczna. Łykanie upośledzone. Bezwład w lewych, bezład w prawych kończynach. Brak odruchów brzusznych, obustronny objaw BABIŃSKIEGO. Mówca wyłącza przymiot mózgowo-rdzeniowy i stwardnienie wieloogniskowe i przypuszcza rozsiany nowotwór (mięsaki) mózgu i rdzenia.

BREGMAN podkreśla brak w płynie mózgowo-rdzeniowym komórek nowotworowych i wraz z HIGIEREM nie wyłącza stwardnienia wieloogniskowego.

LIPSTADT podejrzywa rozsianą gruźlicę opon miękkich.

KOELICHEN wyłącza gruźlicę na podstawie zbyt długiego trwania choroby, a stwardnienie wieloogniskowe na mocy objawów ogólnomózgowych, jak silne bóle głowy.

4) JARECKI: przypadek t. zw. górnego wiądu rdzenia.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŹLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIŁULKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY
GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się
w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Ż. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Ż. Lerme i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie} 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS
PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

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



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

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

Rteć — Resorbin

Do kuracji wtieraniami
najmniej brudzi!

W rurkach szklanych z podziałką

po 15 i 30 gr. — 25 i 50 gr.

$33\frac{1}{3}\%$

50%

Próby i literatura darmo

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Oddział farmaceutyczny BERLIN S. O. 36.

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnem działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracy-bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe, szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neurastenii jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Br związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

**Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Braeka 6.**



**Łagodnie działający środek czyszczący
w postaci karmelków owocowych**

Wskazany: w zaparciu stolca i towarzyszącym mu dolegliwościom.

Nieszkodliwy nawet przy długotrwałem stosowaniu.

Dawka: 1 — 2 karmelków — dzieciom połowa.

Literatura i próby dla p. lekarzy gratis i franco.

**Dom Handlowy Preparatów farmaceutycznych Mayer - Alapin
Frankfurt n. Menem**

Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Nissenson, Warszawa, Orla 5.

Chory lat 29, przed 3 laty przymiot; od dwóch lat dość szybko rozwinęły się liczne objawy władu rdzenia (zaburzenia w urynowaniu, opadnięcie powieki prawej, bóle strzelające, zdrętwienie twarzy). Przedmiotowo: chód bezładny, brak odruchów kolanowych, rozległe zaburzenia czucia na dolnych kończynach i na tułowiu, porażenie nerwu III prawego i nieruchomość źrenic. Zaslugują na uwagę objawy ze strony nerwów czaszkowych: zniesienie czucia na twarzy (maska wladowa — objaw spostrzegany zaledwie w 2 — 3% przypadków wladu), na dziąslach, na języku, osłabienie żwaczy, bezład w mowie wskutek wadliwych ruchów warg, napady krtaniowe.

W dyskusyi BYCHOWSKI wspomina o badaniach doświadczalnych EXNERA nad przecinaniem czuciowych gałązek nerwu V u osłów, które przez to utraciły zdolność zucia i polykania.

FLATAU i BORNSTEIN podnoszą wczesne wystąpienie objawów wladu, bo w rok po zakażeniu.

STERLING nie wylaczałby przymiotu mózgo-rdzeniowego, KOPCZYŃSKI zaś wylacza go choćby dla braku bólów głowy.

5) KOPCZYŃSKI St. przedstawił przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae*.

Chory lat 35, kupiec, wogóle zdrów, od 13 lat zauważył, że powieki mu stopniowo opadają i, że chcąc spojrzeć w bok, musi obracać całą głowę. Przedmiotowo: gałki oczne wysadzone (chory twierdzi, że od dzieciństwa), wybitne opadnięcie obu powiek i niemal zupełna nieruchomość obu gałek ocznych we wszystkich kierunkach. Oddziaływanie źrenic prawidłowe. K. podnosi rzadkość przypadku i cierpienia, jako oddzielnej jednostki chorobowej.

STERLING i HIGIER podnoszą brak dwojenia się w oczach u podobnych chorych.

6) HIGIER: a) Chory lat 45, nagle przed 9 tygodniami zaczął doznawać silnych bólów nóg, mrowienia, drętwienia i osłabienia w nich władzy. Przedmiotowo: niedowład wiotki obu kończyn dolnych, zniesienie odruchów ścięgowych i osłabienie wszystkich rodzajów czucia, zaburzenia w oddawaniu moczu. bóle opasujące, bolesność mięśni na ucisk, H. rozpoznaje s a m o r z u t n y w y l e w

krwi do rdzenia w dolnej części grzbietowej i lędźwiowo-krzyżowej.

W dyskusyi FLATAU dowodził, że nagły początek cierpienia nie przeczy tu rozpoznaniu rozsianego zapalenia nerwów, za czym zwłaszcza przemawia bolesność mięśni na ucisk.

b) H. pokazał preparat „moulage”, przedstawiający okolicę pośladków odbytu i narządów płciowych mężczyzny, dotkniętego pederastyą, na którym nerwy czuciowe, zwykle biegnące do narządów rodnych, tu dążą do odbytu. Preparat ten zaliczyć jednak należy do falsyfikatów, pomimo iż ma być modelowany z oryginalnego preparatu KRAFFT-EBINGA.

7) JAROSZYŃSKI wypowiedział rzecz p. t. „Przyczynek do psycho-analzy idei natrętnych”.

Jest to próba zastosowania metody psycho-analitycznej FREUDA w 3-ch przypadkach natręctwa myślowego.

Przypadek I. Uczeń lat 17. Skrupuły religijne i idee natrętne grzeszności rozwinęły się u niego po kilku latach pobytu w zakładzie wychowawczym o przesadnym rygorze religijnym. W wywiadach: onanizm od 13 r. ż., powstrzymanie się od niego pod wpływem religii w 14-ym r. ż., od tego czasu częsta spowiedź i stopniowy rozwój obaw: wszystko wydawało mu się grzechem, co mogło dawać powód do myśli nieprzyzwoitych. Interpretacja tego przypadku w duchu FREUDA: Wzmoczona nienormalnie seksualność, uległszy przez wpływ religijny stłumieniu, zaczęła powracać do świadomości pod postacią tych wyobrażeń, które zostały użyte do jej stłumienia. Skrupuły grzeszności powstały wskutek przeistoczenia się siły tłumienia w siłę natręctwa.

Przypadek II. Student teologii, lat 24. Podobne obawy przed ciąglem grzeszeniem i podobna geneza ich powstania. Wyniki psychoanalzy: chorego dręczyły sny o treści seksualnej; pragnąc się od tych wizji uwolnić, wstrzymywał oddech, zaciskał pięści; ztąd zaburzenia hipochondryczne z tej dziedziny, która została użyta do tłumienia seksualności.

Przypadek III. Mężczyzna lat 33. Myśli natrętne dotyczą ubrania, które mu się wciąż

wydaje niewygodnym. Psychoanaliza wykryła, że początek tego niepokoju, jaki odczuwa, datuje się od czasu, gdy popęd płciowy cho-

rego był podniecony, a nie mógł być zaspokojony w związku z pewną częścią toalety.

St. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł pierwszy zeszyt „Neurologii Polskiej”, dwumiesięcznika, poświęconego neuropatologii, psychiatrii i psychologii eksperymentalnej. Redaktorem i wydawcą jest kol. Dydyński. Zeszyt ten zawiera prace oryginalne Prof. S. Babińskiego (z Paryża), Jeleśńskiej Macieszyny, Radziwiłłowicza, Jurkowskiego, M. Bornsteina i Wł. Sterlinga. Następnie streszczenia z pism obcych. Protokoły z posiedzeń sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz z Towarzystw Lekarskich Niemieckich, Zeszyt zawiera 128 str. i przedstawia się okazale.

— Polski Komitet Narodowy na V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszeryjny, odbyć się mający w Petersburgu 22-go—28 września r. b., zgłosił dotychczas następujące tematy:

1) Mars A. prof. (Lwów). O ciąży bliźniaczej normalnej i zewnątrzmacicznej. 2) D-r Bocheński (Lwów). Temat zastrzeżony. 3) Cykowski St. (Warszawa). O znaczeniu klinicznym kleszczy nie krzyżujących się. 4) Neugebauer Fr. (Warszawa). O ciąży zewnątrzmacicznej. 5) Stankiewicz Czesław (Warszawa). O sposobie operowania tyłopochyleń macicy (statystyka własna). 6) Tenże. Przyczynek do operowania exstrophiae pęcherza metodą Boelins-Maydla. 7) Tenże. Pokaz preparatów anatomicznych. 8) Zaborowski S. (Warszawa). Temat zastrzeżony. 9) Jaworski J. (Warszawa). Krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego. 10) Falgowski (Poznań). Temat zastrzeżony.

— Kolega Obtułowicz ze Lwowa zawiadamia nas, że trzecia naukowa wycieczka lekarska odbędzie się w listopadzie r. b. i potrwa dni 30, t. j. od 5 listopada do 5 grudnia. Koszty wynoszą najmniej 1,000 koron od osoby.

Wycieczka ta, urządzona staraniem lekarzy, praktykujących w zdrojowiskach czes-

kich, rozpocznie się w dniu 5 listopada w Genui, skąd wypłynie parowiec, znany z wytwornego urzędzenia „Thalis”, popłynie wzdłuż Riwiery włoskiej i francuskiej i zdaży do Barcelony. Przez dni 10 potrują wycieczki lądowe po całej Hiszpanii, a w porcie Kadix wycieczkowcy znów wsiądą na okręt i zwiedzą Marokko, Algier, Tunis z ruinami słynnej Kartaginy, potem Sycylię z nowo odbudowaną Messiną i słynną z piękności położenia pod Etną i ruin Taorminą.

Wycieczkę zakończy zwiedzenie Dalmacji i podróż do stolicy Czarnogóry Cetynii.

Po bliższe szczegóły, dotyczące tej bardzo zajmującej i wygodnie urządzonej wycieczki, zgłaszać się należy zaraz, a najdalej do 1 sierpnia r. b. do lekarza w Karlsbadzie d-ra Hugona Starka (Sprudelstrasse, Haus Amerikaner). Wycieczki lądowe urządza firma Hartmann (Kolonja nad Renem) i zapewnia I klasę jazdy kolejami i całkowite utrzymanie w hotelach pierwszorzędnych.

Zebrać się musi przynajmniej 100 uczestników, aby podróż mogła się odbyć.

— Duma miasta stołecznego Petersburga wstawiła na r. 1910 do budżetu swego sumę rb. 5138000 na sprawy szpitalnictwa przy ogólnym budżecie 35586000.

— Uniwersytety w Moskwie i Kijowie ogłaszają, że na 4 pierwsze półrocza nie będą przyjmowały obecnie studentów, przechodzących z innych Uniwersytetów.

— Od 6 do 12 czerwca st. st. zachorowało na cholere w państwie Rosyjskiem ogółem 3566 osób, najwięcej przypada na gub. Ekaterynosławską 665 (zmarło 303), następnie na obwód wojska Dońskiego 461 (zm. 166), okręg Kubański 471 (zm. 245), w gub. Chersońskiej 207 (zm. 80), w gub. Połtawskiej 147 (zm. 66) i t. d. Cholera grasuje głównie na południu Rosyi, chociaż przenosi się już i na Zachód; w gub. Mińskiej notowano za ten czas 49 przypadków, z czego 13 śmiertelnych,

w Petersburgu jest ich jeszcze niewiele, biuletyn za ten czas podaje 4 przypadki, z czego 2 śmiertelne.

— Znany fizyolog J. Pawłow, profesor Akademii Lekarskiej w Petersburgu, wybrany został na dalsze 5 lat przez konferencję Akademii.

— Magistrat m. Tyflisu złożył w Banku Państwa 100000 rubli, które mają być przeznaczone na fundację uniwersytetu Kaukaskiego.

— Śmiertelność w zależności od moczówki cukrowej wzrasta z roku na rok. W Anglii od 1850 — 1860 r. zmarło na tę chorobę 454 osób; 1860—1868—623, 1868—1878—1057, 1878—1888 r.—1773; od 1888—1898 r. zmarło 3360 osób. W Londynie na 100000 mieszkańców umiera na cukrówkę 8,3; w Manchesterze 6,6; w Edynburgu 12,7; w Dublinie 3,4; w Christyanii 12; w Kopenhadze 16; w Brukselli 14; w Monachium 15; w Paryżu 17; w Berlinie 20; w Bordeaux 25; w St. Francisco 27. W Neapolu śmiertelność z moczówki cukrowej jest nader mała, a na Jamajce nie znają zupełnie tej choroby. Przyczyny tego nierównomiernego rozprzestrzenienia się tej choroby są dotąd nieznanne.

— Prof. d-r Goldscheider powołany został na zastępcę prof. Senatora na stanowisku dyrektora Polikliniki Lekarskiej.

— Podróż naukowa lekarska, urządzona przez niemiecki komitet, rozpocznie się w r. b. 31 sierpnia w Sztutgardzie i po zwiedzeniu miejscowości leczniczych szwajcarskich skończy się 18 września we Freiburgu w Badeńskim. Cała podróż wraz z całodziennym utrzymaniem kosztować będzie po 385 marek od osoby.

— Znany chirurg paryski prof. Lannelongue wyznaczył nagrodę w wysokości 5 tysięcy franków i medal złoty za najlepszy pomysł w dziedzinie chirurgii za ubiegłe dziesięciolecie. W konkursie tym mogą brać udział lekarze wszystkich krajów.

Zmarli.

— D. 30 czerwca r. b. zmarł w Wiedniu d-r Aleksander Tumpowski. Urodził się w Warszawie w r. 1870. Po ukończeniu Uniwersytetu w Warszawie w roku 1895 doskonalił się w zawodzie lekarskim w szpi-

talach Warszawskich i poliklinice d-ra Goldflama. Przygotowawszy się sumiennie do praktyki, osiadł najwpierw w Łodzi, a potem w Irkutsku, gdzie pozostawał przez czas dłuższy, zdobywając sobie, jako sumienny i troskliwy lekarz, śledzący za postępem wiedzy, duże uznanie wśród kolegów i publiczności. Przez kilka lat był sekretarzem Towarzystwa Lekarskiego w Irkutsku. Stęskniony za krajem, przyjął w roku 1906 posadę lekarza zarządzającego w kolonii dla umysłowo-chorych w Otwocku, gdzie pozostawał w ciągu lat 2. Zajęcie to nie mogło zadowolić aspiracji naukowych zmarłego. Z tego powodu zdecydował się osiąść na stałe w Warszawie, powracając nanowemu do pracy szpitalnej, ostatnio w szpitalu Starozakonnych na Czystem. Pomimo nurtującej już w nim ciężkiej choroby prawie do ostatniej chwili pracy tej nie opuszczał. Wszędzie, gdzie przebywał Tumpowski, uprawiał z zamiłowaniem pracę naukową, specjalnie w dziale chorób nerwowych, bądź ogłaszając ciekawe spostrzeżenia kazuistyczne, bądź podejmując systematyczne badania kliniczne. Zpomędzy licznych jego prac wymienię: „O początkowych objawach wiatru rdzenia”, „porażenie połowiczne z atetozą”, „chromanie przestankowe”, „drgawki dziecięce po zaszczepieniu ospy”, „porażenie kończyny górnej po zwichnięciu główki kości ramiennej”, „ostry bezład ruchowy po cierpieniu zakaźnym”, „porażenie mięśni ocznych wewnętrznych pochodzenia urazowego”, „porażenie nerwu strzałkowego”. Ostatnią pracę ogłosił niedawno p. t. „Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z wybitnym zajęciem nerwu trójdzielnego”. Śmierć nieubłagana przerwała przedwcześnie pasmo tego pracowitego życia, wywołując powszechnie, szczery i głęboki żal po tak zdolnym lekarzu i nawskroś szlachetnym człowieku.

Cześć Jego Pamięci! *Bregman.*

— W Pradze zmarł prof. d-r Filip Józef Pick, znany dermatolog, dawny uczeń Hebry, założyciel pisma „Archiv für Dermatologie und Syphilis”, autor wielu cennych prac z dziedziny chorób skórnych.

— W Hastynsje w Anglii zmarła d-r E. Blackwell, pierwsza kobieta, która otrzymała dyplom lekarski.

RUBINAT LLORACH

WODA MINERALNA NATURALNA
Wszecławiatowa wystawa, Paryż 1900 r.
MEDAL ZŁOTY.



**Najlepszy
środek czyszczący**

Żądać
na etykiecie
podpisu
Arger & C-ie

Dozwolona w Rosyi na zasadzie
pozwolenia Rady Lekarskiej za № 821
dnia 12 sierpnia 1908 r. Znani lekarze
we Francyi i w innych krajach zale-
ca ją już przeszło lat 30 wodę Rubinat
Llorach, w habitualnem i ostrem za-
parciu stolca, w przypiływie krwi, w
otyłości w zaburzeniach narządów tra-
wienia, w chorobach wątroby etc.

Zwykła dawka: pół szklanki

(powoli zwiększać zależnie od przypadku).

Sprzedaż we wszystkich aptekach i w składzie
aptecznym: Henryk Welt, Przejazd 5 w War-
szawie. Jeneralny przedstawiciel: Charles Fortier Moskwa

Lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie próby
wody Rubinat Llorach. Żądania należy skiero-
wać do wyżej wymienionego składu.



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Reprezentant: Ch. Fortier

Moskwa
Małaja Łubianka N-r 14.

Krynica - Nałęczówka

Nowo - otworzony pensjonat

Doktorowej A. Wasowiczowej

urządzony z komfortem.

Oświetlenie elektryczne — wodociąg — ka-
nalizacya. Kuchnia wyborna.

Ceny umiarkowane.

Krynica

D-r Zygmunt
Wasowicz

ordynuje jak w la-
tach poprzednich
(choroby kobiece i wewnętrzne)

Dom „pod Orłem“

D-r Med. M. ISSERLIN

(zimą w San Remo) przyjmuje latem z
chorob. wewn. i gardła w **SODENIE POD
TAUNUSEM.**

KRYNICA

D-r Marya Felauer

Ordynuje w chorobach kobiecych. Dom rządowy
„Pod Koroną.“

Docent D-r Jan Pruszyński

ordynuje od 20 Czerwca r. b.

w **KRYNICY Dom Zdrojowy.**

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn
chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna,

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. 1-szy asyst. Kliniki Lekarsk. Un. Jag.
ordynuje jak dawniej od 1-go maja do 30 wrze-
śnia w **MARIENBADZIE, Haus Hamburg.**

D-r Med. M. Wolfheim

z Warszawy ordynuje, jak zwykle od 1 Maja do
1 Października w **Bad Nauheim**

Reinhardstrasse 1 — 3.

**ZIARNA VICHY
GRAINS DE VICHY**

LECZA
ZAPARCIE

1-2 wieczor. przed jedzeniem.

We wszystkich aptekach.

Pudełko rb. 1 kop. 30.

Najprzyjemniejszy środek czyszczący.

Sprzedaż główna w Składzie Tow. Akcyjnego Ludwik Spiess i Syn.

REIGHENHAL willa Schönheim ord.
jak corocznie **D-r W. Sadowski.**

