

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I b SZPITALA ŚW. ŁAZARZA  
W KRAKOWIE.

## Działanie lecznicze gryzeryny<sup>1)</sup> w gruźlicy płuc.

Na pisał

**Prymaryusz dr Antoni Krokiewicz.**

W roku 1904 pojawił się w Nr. 43 „*Berliner klin. Wochenschrift*“ artykuł KÜSTER'a, który poleca bardzo gorąco gryzerynę, jako znakomity środek leczniczy w gruźlicy płuc. Według KÜSTER'a, gryzeryna działa pewnie, szybko i znakomicie nie tylko w lekkich, ale i w ciężkich postaciach gruźlicy płuc; usuwa w krótkim czasie gorączkę, poty, klucie w klatce piersiowej, powoduje apetyt i przybytek na wadze ciała, zmniejsza kaszel i ilość płwociny; pod wpływem działania gryzeryny ustępują zwolna i zmiany fizyczne w płucach. KÜSTER przypisuje gryzerynie w wysokim stopniu własność odkażania narządów wewnętrznych ustroju. Spostrzeżenia KÜSTER'a potwierdził w całej pełni dr MAHNER MONS.

Natomiast DENEKE [na 13-u chorych], RITTER [na 11-u chorych], BRÜHL [na 9-u chorych] nie mogli stwierdzić dodatniego działania gryzeryny w przebiegu gruźlicy płuc u ludzi; owszem zauważyli oni wynik ujemny pod każdym względem po stosowaniu gryzeryny u osób dotkniętych gruźlicą; według nich, gryzeryna jest środkiem niepewnym, częstokroć silnie przeczyszczającym, działającym szkodliwie na trawienie i apetyt.

<sup>1)</sup> Gryzeryna stanowi połączenie loretinu z domieszką 4,25% węglaanu sodowego lub 6,75% dwuwęglaanu sodowego. Loretin zaś jest środkiem zastępczym jodoformu i ma skład chemiczny (C<sub>9</sub>H<sub>4</sub>. JOH: SO<sub>3</sub>. 4 n) [kwas metajod ortooksychinolin ana sulfanowy].

Podobnie HILDEBRANDT, PETRUSCHKY, FRIEDBERGER i OETTINGER na podstawie doświadczeń na zwierzętach nie mogli zauważyć, aby gryzeryna posiadała własności leku odkażającego narządy wewnętrzne, a nawet doszli do przekonania, iż gryzeryna rychlej szkodliwie, niż korzystnie działa na zwierzęta.

Wobec tak sprzecznej oceny działania leczniczego gryzeryny, postanowiłem przedsięwziąć szereg odnośnych doświadczeń na moim oddziale u chorych dotkniętych gruźlicą płuc. Zanim przedstawię wyniki swoich spostrzeżeń klinicznych, pozwolę sobie przytoczyć w krótkości odnoszące się tu historye choroby.

1. P. H., lat 25, służąca. Od 2-ich lat poty, dreszcze, kaszel, osłabienie i chudnienie. Rodzice zmarli na gruźlicę płuc. Chora przyjęta została na oddział dn. 27.XII. 1904.

28.XII. *St. praes.* Wychudnienie spore. W szczycie płuca prawego z przodu do 2-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki przytłumienie, wdech i wydech oskrzelowy, pokryty skąpymi rżęciami. W szczycie lewym zaostrome szmery oddechowe i skąpe rżenia. Badanie na prątki oznaczano według skali CZAPLEWSKIEGO; licznik oznacza liczbę prątków, a mianownik liczbę pól widzenia.  $Cz = \frac{2}{1}$ . Waga ciała 44 kg. Ciepłota ciała wieczorem 37,6° C; poty rozplywne, dreszcze, kaszel, skąpe odpluwanie. Chorej podawano gryzerynę 0,60 grm. na dzień od 28.XII. 1904 do 26.I. 1905, a następnie po 0,30 grm. na dzień do 28.II, t. j. przez 63 dni; zatem chora wyżyła 28 grm. gryzeryny. Dnia 2.I. 1905 ciepłota ciała wynosiła 39,6° C, w południe 39,8°, wieczorem 38,4° C; później aż do 8.I. 1905 ciepłota ciała coraz bardziej zbliżała się do prawidłowej. Od 8.I. 1905 brak gorączki. Toż samo i poty powoli ustępowały; natomiast pojawiła się biegunka [4 — 6 stolców dziennie], którą uśmierzano przetworami makowca. Kaszel mniejszy; odpluwanie mierne; dreszcze coraz rżadsze; apetyt słaby. Od 27.I. 1905, t. j. w miesiąc od czasu zażywania gryzeryny chora czuła się znacznie lepiej; gorączka, poty, dreszcze ustąpiły, kaszel nieznaczny, apetyt dość dobry. Badanie płuc wykazało: w szczycie prawym z przodu do 2-go żebra, a z tyłu poniżej grzebienia łopatki przytłumienie, szmery oskrzelowe, pokryte skąpymi furczeniami; w szczycie wypuk krótszy, a szmery oddechowe nieznaczne; zresztą na klatce piersiowej wypuk jawny, a szmery oddechowe zaostrome i pokryte skąpymi furczeniami. Chora coraz bardziej przychodzi do sił, apetyt się polepsza i chora 28.II opuszcza szpital. Badanie wykazuje: ciężar ciała 45 kg. 100 grm. W szczycie prawym z przodu wypuk krótszy, a z tyłu poniżej grzebienia łopatki przytłumiony; szmery oddechowe zaostrome; skąpe rżenia; w szczycie lewym wypuk krótszy, szmery oddechowe silniej zaostrome, ale bez rżeń. Chora czuje się dobrze; odżywienie chorej znacznie się poprawiło, a ciężar ciała zwiększył się o 1 kg. 100 grm.

W miesiąc później zgłosiła się chora powtórnie do szpitala, a badanie potwierdziło stan zdrowia pomyślny.

2. M. J., lat 19, służąca. Od roku chora; kaszel, dreszcze, poty, krwioplucie; dziedzicznie nie obciążona. Przyjęta do szpitala 21.XII. 1904.

*St. praes.* W płucu prawym z przodu do 4-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki przytłumienie, szmery oddechowe oskrzelowe, skąpe rżenia; zresztą

wypuk wszędzie jawnobębenny, skąpe świsty i furczenia. Badanie na prąt-

$$\text{ki: Cz} = \frac{3}{1}.$$

Od 21.XII do 28.XII stan bezgorączkowy, mierne poty, kaszel częsty, odpluwanie obfite; apetyt mierny; stolec prawidłowy. W dniu 28.XII. 1904 podano chorej gryzerynę 0,60 *pro die*. Waga ciała wynosiła 52 kg. 40 dk. Chora zażywała gryzerynę przez 61 dni i to przez 12 dni po 0,60 grm. dziennie, a przez 49 dni po 0,30 grm. dziennie. Chora lek znosiła wcale dobrze, poty zrazu mniejsze, a później ustaly; toż samo kaszel i odpluwanie; stan bezgorączkowy; apetyt mierny, stolec zaparty. W chwili opuszczania szpitala, t. j. dnia 28.II 1905 można było stwierdzić przytłumienie w szczycie prawym, tamże zaostrome szmery ze skąpymi rżeniami drobnymi podczas wdechu. Chora wyżyła 21,9 grm. gryzeryny, czuła się wogóle dobrze; ważyła 53 kg. [przybytek w całości o 60 dk.; waga ciała w dniu 5.II wynosiła 51 kg. 70 grm., w dniu 13.II—53 kg. 5 dk., 20.II—54 kg.].

3. K. A., lat 32, służąca. Choroba miała się rozpocząć od kilku dni wybuchem krwotoku; dziedzicznie nie obciążona. Przyjęta na oddział 7.II b. r.

*St. praes.* W szczycie prawym z przodu do 3-go żebra przytłumienie, a z tyłu do grzebienia łopatki wypuk krótszy; szmery oddechowe nieoznaczone, skąpe rżenia. Z tyłu w dole po stronie prawej na klatce piersiowej, poniżej kąta łopatki, wypuk krótszy, a szmery oddechowe i przewodnictwo głosu tamże osłabione. W szczycie płuca lewego wypuk krótszy, szmery oddechowe prawidłowe. Stan bezgorączkowy; odżywienie dobre; apetyt dobry; brak potów.

$$\text{Badanie płwociny na prątki Koch'a: Cz} = \frac{2}{1}.$$

Chorej podawano gryzerynę w ilości 0,50 grm. dziennie, począwszy od dnia 20.II, aż do dnia 10.III, t. j. przez 18 dni; w tym czasie chora również nie gorączkowała, jednak utraciła zupełnie apetyt; wyżyła w całości 9 grm. gryzeryny. Stan płuc niezmieniony. Z powodu braku apetytu i obniżenia ciężaru ciała w ciągu 18-u dni o 1 kgm., zaprzestano stosowania gryzeryny.

4. M. S., lat 29, wyrobnik. Od roku kaszle, doznaje duszności, klucia w boku lewym, potów rozplywnych; dziedzicznie nieobciążony. Przyjęty na oddział 8.II. 1905.

*St. praes.* Ciepłota ciała wieczorem 38,2° C, a zrana 37,6° C; w szczycie prawym wypuk przytłumiony bębenny z przodu do 3-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki, szmery oddechowe silnie zaostrome, skąpe rżenia i świsty. W szczycie lewym z przodu do 4-go żebra, a z tyłu poniżej grzebienia łopatki wypuk również przytłumiony bębenny, szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte skąpymi świstami i furczeniami; w pasze lewej nieliczne rżenia drobno i średniobankowe. Granica dolna płuc prawidłowa, miernie ruchoma. Badanie na prątki według skali CZAPLEWSKIEGO =  $\frac{2}{3}$ .

Przez 5 dni spostrzegania klinicznego stwierdzić można było poty mierne, dreszcze, skąpą plwocinę, kaszel, typ gorączkowy zwalnający [38°—37,6°C], brak sił, mierny apetyt. Od 12.II stan bezgorączkowy. Dnia 15.II podano 0,5 gryzeryny, dziennie i stosowano ją do 22.III, t. j. przez 35 dni. Chory

w całości wyżył 17,5 grm. gryzeryny. Waga chorego w dniu 15.II wynosiła 50 kg.

Chory nie znosił zbyt dobrze tego leku, gdyż wkrótce stracił apetyt; dreszcze od czasu do czasu się pojawiały, kaszel mniejszy, płwociny skąpsze, poty ustąpiły, skłonność do zaparcia stolca. Ciepłota ciała wieczorem wahała się między 37,4° C, a 37,8° C, rano między 37°—37,2° C. 2.III waga ciała wynosiła 50 kg.; w obu szczytach przytłumienie w tej samej rozciągłości; natomiast szmery oddechowe prawie oskrzelowe i pokryte licznymi rżęczeniami drobno-bańkowemi.

27.III waga ciała wynosiła 50 kg.; zmiany wypukowe i przysłuchowe, jak w dniu 2.III, osłabienie duże, brak apetytu, brak potów, uczucie ziębienia, kaszel mierny, płwocina w miernej ilości.

Choremu nie ubyło na wadze [50 kg.]; zmiany fizykalne w płucach uległy pogorszeniu.

5. B. J., lat 35, wyrobnik. Od kilku miesięcy chory; kaszel, poty, dreszcze, klucie w bokach, gorączka. Dziedziczności wykazać nie można. Przyjęty na oddział 10.II. 1905.

*St. praes.* Ciepłota pod wieczór 39,2°, zrana 38,5° C. W obu szczytach przytłumienie; tamże świsty, furczenia, rżęcia, szmery oddechowe nieoznaczone. Waga ciała wynosiła 56 kg. Badanie na prątki: Cz =  $\frac{3}{1}$ .

Podano 11.II gryzerynę w ilości 0,5 grm. na dzień i stosowano ją przez 20 dni, t. j. do 3.III b. r. W czasie zażywania gryzeryny gorączka dochodziła ciągle wieczorem do 40° C, 40,2° C, zrana wahała się między 38,5° a 39,2° C; pojawiły się silne poty, dreszcze, brak zupełny apetytu, zaparcie stolca, kaszel częsty, obfita płwocina, bardzo znaczne osłabienie. Zmiany w płucach znacznie postąpiły; w płucu prawem do  $\frac{1}{2}$  łopatki, a w płucu lewym do grzebienia łopatki stwierdzić można było rozpad, przyczem w obu płucach liczne rozsiane drobne rżęcia. Waga ciała w dniu 2.III wynosiła 53 kg., a więc ubytek ciężaru ciała w ciągu trzech tygodni o 3 kg. Po zaprzestaniu podawania gryzeryny sprawa gruźlicza w dalszym ciągu postępuje. Chory zmarł 30.III.

6. Ż. W., lat 20, żebrak. Chory od dłuższego czasu, kaszel, dreszcze, poty, ogólne osłabienie; brak obciążenia dziedzicznego. Przyjęty na oddział 29.I. 1905.

*St. praes.* Płuco prawe bez zmian: dolna granica w linii sutkowej z przodu sięga 6-go żebra; z tyłu w linii przykręgowej—11-go żebra. W szczycie lewym z przodu do 3-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki wypuk przytłumiony, tamże szmery oddechowe nieoznaczone i pokryte na szczycie wdechu drobnymi rżęczeniami; zresztą płuco lewe bez zmian. W jelitach kruczenie; śledziona powiększona, twarda; w tkance podskórnej na kończynach dolnych nieznaczny obrzęk; w moczu ślad białka. Płwocina bardzo skąpa; badanie na prątki: Cz =  $\frac{1-2}{1}$ .

W ciągu dwutygodniowego spostrzegania klinicznego ciepłota ciała pod wieczór dochodziła do 37,8° C; kaszel mierny, płwocina skąpa, zaparcie stolca i poty nieznaczne.

Choremu podano w dniu 15.II gryzerynę w ilości 0,5 dziennie i stosowano ją przez 21 dni, t. j. do 9.III b. r. Chory wyżył 10,5 grm. gryzeryny. Waga ciała w dniu 16.II wynosiła 46 kg. Przez cały czas podawania gryzeryny stwierdzić można było: wysoką gorączkę [39,6°—39,9° C] z charakterem trawjącym, silne i rozplywne poty, dreszcze, zupełny brak apetytu, zaparcie stolca, ogólne znaczne osłabienie, silny kaszel, utrudnione odpluwanie. Dnia 2.III waga ciała wynosiła 45 kg. 20 dk. Badanie płuc w dniu 9.III wykazało w obydwu szczytach rżenia rozpadowe, zwłaszcza w płucu lewem. Waga ciała 45 kg. Gryzerynę odstawiono dnia 9.III. Sprawa chorobowa przebiegała nadal z niezwykłą szybkością. Dnia 27.III badanie wykazało zajęcie prawie całego płuca lewego i górnej części prawego; stan ogólny rozpaczliwy.

[D. n.]

---

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH [Kobiet] w szpitalu św. Ducha.

## O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.

Napisali

dr J. Pawiński, ordynator i dr Jadwiga Korzon, asystent oddziału.

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15].

Różnica ta dotyczyła przedewszystkiem systematu nerwowego. U wszystkich bez wyjątku kobiet, u których badaliśmy działanie teocyny, występowało mniej lub więcej silne pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego, już to pod postacią niespokojnego, przerywanego snu, lub też zupełnej bezsenności, zwiększonej pobudliwości odruchowej, drżenia całego ciała, przestraszów, płaczu, bicia serca. Niekiedy pod wpływem hallucynacji wzroku i słuchu chore zrywały się z łóżka, biegały po sali szpitalnej, usiłowały wyskakiwać przez okna. U 2-ch chorych spostrzegaliśmy drgawki epileptoidalne z chwilową utratą przytomności, pianą w ustach. Zaznaczyć wszakże należy, że te wyższe stopnie rozdrażnienia układu nerwowego, występowały głównie u kobiet z odziedziczoną, lub nabytą wrażliwością układu nerwowego i mijały szybko po odstawieniu leku.

Do bardzo stałych objawów, towarzyszących działaniu teocyny należał silny, uporczywy ból głowy; nie brakowało go, ani w jednym przypadku, nawet u chorych, których systemat nerwowy zdawał się być odpornym.

Przytoczone powyżej zaburzenia występowały zazwyczaj niezmiernie szybko, niekiedy w godzinę lub 2 po użyciu leku, pomimo, iż podawaliśmy go z początku w małej ilości po 0,15 grm. dwa, trzy razy dziennie. Ze zwiększeniem dawki do 0,25 grm., pobudzenie systematu nerwowego przyjmowało większe rozmiary. Często należało już po pierwszej dawce środek ten odstawić, gdyż chore w żaden sposób nie zgadzały się na dalsze jego użycie. Dla przeprowadzenia dalszych spostrzeżeń zmuszeni byliśmy przepisywać go chorym pod inną nazwą, lecz i to niezawsze pomagało, chore wkrótce po wzięciu go odczuwały jego działanie i zrozumiwały podstęp.

Do spostrzeżeń naszych używaliśmy w pierwszym roku tylko c z y s t e j t e o c y n y z fabryki Beyer'a w dawce 0,12—0,25, dwa, trzy razy dziennie, w postaci proszku, zalecając chorym popijać go wodą. Później dopiero zaczęliśmy stosować *Theocin - natrium aceticum* w ilości nieco większej 0,25—0,50, gdyż przetwór ten jest słabszy z powodu dodatku *natri acetici* [zawiera teocyny 59,6%].

Pobudzające działanie na układ nerwowy spostrzegaliśmy nie tylko w tych przypadkach, w których teocyna działała moczopędnie, lecz i w tych, w których diureza nie zwiększała się. W pierwszym jednak razie zaburzenia ze strony systematu nerwowego występowały jaskrawiej, niż w drugim.

Dalsze spostrzeżenia nasze, odnoszące się do mężczyzn, którym podawaliśmy lek w mowie będący w celu usunięcia zastojów, obrzęków, wykazały, iż nie działa on na systemat nerwowy w tak silnej mierze, jak u kobiet. Zazwyczaj chorzy tacy narzekali tylko na niespokojny sen, stawali się więcej drażliwymi dla otoczenia, narzekali na ciężkość głowy, już to wyrażuy ból. Przywidzeń, drgawek nie byliśmy w stanie ani razu zauważyć. Dodać wypada, iż tak u kobiet, jak i u mężczyzn unikaliśmy podawania leku w późnej porze, ostatnią dawkę przyjmowali chorzy około godziny 5 — 6 wieczorem. Doświadczenie przekonało nas, iż późniejsze wzięcie leku, przed nocą, bardzo niekorzystnie wpływało na sen.

A teraz rzucmy okiem na to, co mówią obserwacye innych autorów o oddziaływaniu teocyny na układ nerwowy. Wymienić tu przedewszystkiem należy prof. SCHLESINGER'a <sup>6)</sup>, dr ALLARD'a <sup>7)</sup>, a w części STROSS'a <sup>8)</sup>.

Pierwszy z nich, podnosząc zalety teocyny, jako środka moczopędnego w puchlinach pochodzenia sercowego i nerkowego, nie tai bynajmniej ubocznych jego działań. W dwóch jego przypadkach wystąpiły drgawki całego ciała z charakterem epileptoidalnym. Pierwszy dotyczył chorego dotkniętego wadą serca i następczą ogólną puchliną, bez zajęcia nerek. Po dwóch dniach użycia teocyny w ilości  $5 \times 0,2$  *pro die*, a więc razem 2 grm., chory dostał drgawek ogólnych z utratą przytomności, kilkanaście minut trwającą, z ukąszeniem języka i mimowolnem oddawaniem moczu i kału. Po odstawieniu leku drgawki już się nie zjawily, śmierć nastąpiła po kilku tygodniach. Zupełnie podobne drgawki spostrzegal tenże autor u kobiety dotkniętej wadą serca, ze zdrowymi nerkami, już po 24 ch godzinach, a więc po użyciu 1 grm. [ $5 \times 0,2$ ] teocyny. Po odstawieniu leku drgawki nie powtórzyły się.

Ponieważ chorzy, o których mowa, nigdy podobnych drgawek prze dtem nie mieli, więc autor przypisuje teocynie wywołanie drgawek.

Dr STROSS opisuje także dwa analogiczne przypadki. Chory cierpiący na dusznicę bolesną (*ang. pectoris*), powstałą wskutek miażdżycy tętnic wieńcowych, dostał po 4-dniowym zastosowaniu teocyny drgawek epileptoidalnych. U innego chorego, dotkniętego miażdżycą naczyń wieńcowych i niedomykalnością zastawek aorty, drgawki wystąpiły po upływie dwóch dni od czasu odstawienia leku, używanego przez 4 dni. Jednocześnie zauważono i oddechanie CHEYNE-STOKES'a.

Autor nie rozstrzygnął jednak, czy drgawki pozostawały w przyczynowym związku z teocyną, czy też nie.

Z kliniki prof. MORITZ'a w Greiffswaldzie dr E. ALLARD przytacza dwa ciężkie przypadki drgawek epileptoidalnych, którym towarzyszyły i zaburzenia żołądkowe. Obydwa zakończyły się śmiercią. Na sekcji znaleziono wylewy krwi i owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka.

Celem wytlómaczenia sobie tych zmian w żołądku, dr A. przedsięwziął cały szereg doświadczeń, naprzód na psach, później na kotach i królikach, którym wprowadzał teocynę już do żołądka, już też zastrzykiwał ją pod skórę. Po pewnym czasie znajdował u zwierząt tych w błonie śluzowej żołądka wylewy krwi, a nawet powierzchowne owrzodzenia. Oprócz objawów gastrycznych, występowały u zwierząt bardzo silne drgawki, kończące się często śmiercią. W wielu zaś narządach wewnętrznych, a zwłaszcza w sercu i w nerkach, znajdowano zmętnienie mięszone.

Co się tyczy zaburzeń ze strony kanału pokarmowego, to i one należą do częstych, w związku będących z użyciem teocyny. I w tym dziale również kobiety podlegają częściej niż mężczyźni, ubocznemu działaniu leku. Utrata łaknienia, nudności, kończące się często wymiotami, należą do najstalszych objawów. U kilku naszych pacjentek występowały wkrótce po zażyciu niezmiernie silne bóle w żołądku: „pali jak ogniem, piecze jak smoła“. Bóle te były uporczywe, trwały niekiedy 2—3 godzin.

Nieprawidłowości ze strony kiszek rzadziej występują i to zwykle w postaci mniej, lub więcej silnego rozwolnienia.

Większość autorów, piszących o teocynie, wspomina o zaburzeniach gastrycznych. Najwyraźniej jednak występowały one u chorych dra STROSS'a, DWUZILNEGO<sup>9)</sup>, a zwłaszcza MAX HACKL'a<sup>10)</sup>. We wszystkich 4-ch przypadkach, w jakich ten ostatni stosował teocynę celem usunięcia opuchlin, zjawiały się już po zażyciu 1—2-ch proszków po 0,3 grm. nudności i tak gwałtowne wymioty, iż należało zaprzestać dalszego podawania środka. To też stracił on zupełnie wiarę w lek ten i przestał go używać.

W celu uniknięcia podrażnienia żołądka, można dodawać do teocyny nieco *Extr. Belladonnae* 0,01—0,02. U osób, u których z góry wiadomą jest wrażliwość żołądka, można stosować teocynę w postaci czopków, w dozie nieco większej, niż *per os*. Zaznaczyć tu jednak winniśmy, że od czasu wprowadzenia w użycie połączenia teocyny z octanem sodu—*Theocinum natrio-aceticum*, spostrzegaliśmy rzadziej objawy podrażnienia kanału pokarmowego.

Z działań ubocznych przechodzimy teraz do zasadniczej własności teocyny, a mianowicie do jej działania moczopędnego.

W celu zwiększenia diurezy, *resp.* usunięcia obrzęków, stosowaliśmy teocynę w różnych chorobach serca [wady zastawek, cierpienie mięśnia sercowego], naczyń i nerek. Systematycznie przeprowadzonych obserwacji mieliśmy z materiału szpitalnego 18 [tylko kobiety], z praktyki prywatnej 20 [z tych 16-u mężczyzn, 4 kobiety], razem więc 40. Liczba zaś spostrzeżeń dorywczych, w których chorych widywaliśmy tylko od czasu do czasu i nie mogliśmy z zupełną dokładnością śledzić za przebiegiem działania leku, wynosiła około 50.

Z obserwacji naszych okazało się, że teocyna jest silnym lekiem moczopędnym. Nie otrzymywaliśmy wprawdzie tak znacznej diurezy, jaką podaje prof. MINKOWSKI [6 — 7 litrów] na dobę, bo to może być rzeczą wyjątkowego przypadku, lecz cyfry 3000 — 4000 ccm. zdarzały się nam dość często. Nie u wszystkich chorych występowało tak wybitne działanie leku, nierzadko zawodziło nas zupełnie, jak to zresztą bywa i z innymi środkami moczopędnymi. Zależy to nie tylko od dokładności wskazania, lecz i od wielu indywidualnych właściwości organizmu, których często niepodobieństwem jest określić. Jedna tylko naparstnica odznacza się pewniejszym działaniem, ale i o niej niezawsze można z góry powiedzieć, czy wywrze skutek moczopędny, czy też nie. Rozumie się, że niepewność jej działania dotyczy głównie późniejszych okresów choroby, kiedy serce straciło już dużo swej zapasowej siły, a przytem i nerki nie posiadają normalnej sprawności. A cóż dopiero mówić o innych lekach, sercowych, stosowanych w okresie dystolii, przy znacznych opuchlinach zewnętrznych, przesiąkach do jam ciała, zmianach wewnętrznych narządów.

Moczopędny wpływ teocyny ujawnia się dość prędko, zwykle po 2—3-ch dniach jej użycia [2 do  $3 \times 0,18$ — $0,3$  gm.], niekiedy już po upływie 24-ch godzin. Działanie diuretyczne wyczerpywało się jednakże dość szybko. Wyższym stopniem diurezy [4—5 litrów na dobę] towarzyszyły często objawy silnego pobudzenia w systemacie nerwowym i kanale pokarmowym.

Jeśli po kilku dniach ilość moczu nie ulegnie zwiększeniu, to już niema co liczyć na teocynę, lepiej dalszego jej użycia zaprzestać.

Z prac dotychczas ogłoszonych o teocynie, okazuje się, że większość autorów przyznaje jej silne działanie diuretyczne. Do nich należą: DRESER [l. c.], MINKOWSKI [l. c.], SCHLESINGER [l. c.], MEINITZ<sup>11)</sup>, DORING<sup>12)</sup>, KRAMER<sup>13)</sup>, LUDWIG, LÉVY<sup>14)</sup>, STEIN<sup>15)</sup>, STROSS [l. c.], MISES<sup>16)</sup>, HESS<sup>17)</sup>, THIENGER<sup>18)</sup>, DEWARS<sup>19)</sup>, DWUZILNYJ [l. c.], MARCHE<sup>20)</sup>, CHEVALIER et POUCHET<sup>21)</sup>, GARNIER<sup>22)</sup> i t. d. Różnią się zaś tylko w zapatrywaniach na uboczne wpływy teocyny, o których powyżej już była mowa, jak również co do jej wyższości nad innymi lekami moczopędnymi. Porównywać ją, oczywiście, tylko należy z pokrewnymi jej związkami, t. j. z teobrominą i aguryną, a nie z naparstnicą i innymi lekami, do grupy digitalisowej należącymi.

Z porównawczych badań nad działaniem teocyny i teobrominy [diuretyny, aguriny], wynieśliśmy przekonanie, iż pierwszej nie podobna przyznać pierwszeństwa nad ostatnią. Okazuje się więc, że wyniki nasze, na tle badań klinicz-



nych oparte, są nieco odmiennie od wyników, otrzymanych drogą doświadczeń na zwierzętach. Dr АОН, jak to na początku naszej pracy wspomnieliśmy, przyznaje teocynie wyższość nad teobrominą, pod względem jej moczopędnego działania. Tej różnicy wyników nie można się dziwić, zważywszy jakie zachodzą indywidualne różnice pomiędzy ustrojem zwierząt, a człowiekiem. Powtórę, warunki towarzyszące badaniom, w jednym i drugim przypadku są odmiennie. Zwierzęta przed doświadczeniem były zdrowe, ludzie zaś, którym dany lek stosujemy, dotknięci bywają przedtem pewnymi zaburzeniami w czynności serca i nerek.

Przetwory teobrominy nie wywierają wprawdzie, średnio rzeczy biorąc, tak silnego, gwałtownego wpływu na diurezę, jak teocyna, lecz zato działają równiej, dłużej, każdy zaś klinicysta przyzna niewątpliwie, że takie nagłe zwiększenie diurezy, jakie niekiedy po teocynie, po leczeniu kalomelem występuje, nie zawsze jest pożądane, dla ustroju, często nawet może być szkodliwe.

[D. n.]

---

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA  
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

---

## Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

**Maurycy Bornstein,**

asystent oddziału.

---

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15].

### VII.

B. F., lat 16. Nagłe wymioty, bóle głowy, gorączka. W następstwie *monoplegia brachialis*. *Aphasia motorica*. Wyzdrowienie. R o z p.: *Encephalitis haemorrhagica, non purulenta*.

Chora zapisała się na oddział 11-go marca. Na 6 tygodni przed przybyciem do szpitala, powróciwszy z jakiejś zabawy, w nocy nagłe ciężko zaniemogła: dostała dreszczu, gorączki, strasznego bólu głowy i wymiotów, zachowując przytem zupełną przytomność. Przedtem była zupełnie zdrowa. Ból głowy był tak silny, że, według słów ojca, „oczy po prostu wychodziły na wierzch“;

chora bez przerwy jęczała i płakała. Gorączka w pierwszych dniach choroby wynosiła wieczorami  $39^{\circ}$  z kreskami,  $38^{\circ}$  z kreskami i t. d. Taki stan trwał przez 3 dni, poczem nastąpiło znaczne polepszenie; ból głowy znacznie się zmniejszył, wymioty ustały; chora wstała z łóżka i zaczęła chodzić po pokoju, noc przespała zupełnie dobrze. Atoli zaraz następnego dnia znowu zjawiał się ból głowy, mniej silny wprawdzie, niż za pierwszym razem, znowu zjawiała się gorączka [około  $38^{\circ}$ ]; wymiotów nie było zupełnie. Po 3—4-ch dniach znowu stan się polepszył. Polepszenie tym razem trwało 4 dni; na 5-y dzień po raz trzeci wystąpił ból głowy i nieznaczna gorączka. Wtedy otoczenie po raz pierwszy spostrzegło u chorej zboczenie w mowie, które trwało, od 10—15 minut [chora mówiła niewyraźnie]. Następnego dnia [na 3 tygodnie przed zapisaniem się do szpitala] chora dostała silnego, wstrząsającego dreszczu [bez bólu głowy], gorączka wzmogła się do  $39^{\circ}$ , przytomność była, jak się zdaje, zupełnie zachowana, wymiotów nie było. Po tym dreszczu chora nagle zupełnie zaniemówiła, a jednocześnie wystąpił zupełny paraliż prawej kończyny górnej i dolnej z zupełną utratą czucia, tak że chora zupełnie nie odczuwała najsilniejszych nawet ukłuc szpilki. Czy wtedy usta były przekrzywione w lewą stronę — otoczenie nie spostrzegło. Potem stan chorej był z małymi zmianami tem sam; temperatura była to  $38^{\circ}$ , to  $37^{\circ}$  z kreskami, bólu głowy i wymiotów nie było, przytomność była zachowana. W 3 dni po tym napadzie stan chorej poprawił się na tyle, że powróciły niektóre ruchy w prawej kończynie dolnej [w stawie kolanowym]. Na 2 tygodnie przed wstąpieniem do szpitala znowu wystąpił lekki ból głowy oraz bóle w plecach i kończynach i trwało to przez noc; temperatura podniosła się w tedy do  $38^{\circ}$ . Stan ogólny znowu się poprawił; zaś na 4 dni przed zapisaniem się do szpitala znowu zjawiał się dreszcz, ból głowy w części potylicowej i gorączka  $39^{\circ}$ , 4. Już w szpitalu był znowu napad dreszczu i wysoka gorączka  $39.8^{\circ}$ .

Przed tą chorobą B. F. była zupełnie zdrowa, na bóle głowy nigdy nie cierpiała, choroby uszu również nigdy nie przechodziła. Miesiączkowanie zaczęło się w 13-ym roku życia i zawsze przebiegało prawidłowo. Ojciec ma lat 36, był zawsze zdrów. Matka, 30-letnia kobieta, ma jakieś cierpienie kobiece, naogół zdrowa; miała czworo zdrowych dzieci; 1 raz poroniła. W rodzinie całej niema ani chorób nerwowych, ani umysłowych.

*St. praes.* Chora średniego wzrostu, budowy normalnej; odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne nie wykazują zboczeń widocznych.

Czaszka przy opukiwaniu niebolesna; punkty nerwu trójdzielnego niebolesne na ucisk. Żrenice równe, dobrze reagują na światło i przystosowanie. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Badanie wzornikowe żadnych zmian na dnie oka nie wykazało. Przy ruchach mimicznych twarzy i pokazywaniu zębów widać wyraźne osłabienie prawej dolnej gałązki nerwowu twarzowego; daje się również stwierdzić osłabienie prawego *m. orbicularis oculi*. Język przy wysuwaniu zbacza nieco w stronę prawą. Ruchy głowy we wszystkich kierunkach zachowane. Żadnego napięcia mięśniowego w karku nie daje się stwierdzić.

K o ń c z y n y g ó r n e. Z lewej strony siła mięśniowa nieznaczna ale w granicach normy.

P r a w a k o ń c z y n a g ó r n a wykazuje w pasie barkowym i w stawie łokciowym znaczne osłabienie. Ruchy dłonią i palcami = 0. Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostnej promienia zachowane z obu stron bez widocznej różnicy.

P r a w a k o ń c z y n a d o l n a. Siła mięśniowa naogół osłabiona w porównaniu ze stroną lewą, ale nie tak wybitnie, jak w górnej kończynie. Osłabienie uwydatnia się zwłaszcza w stawach biodrowym i kolanowym; w ruchach stopy zmian widocznych niema.

P R u A R z obu stron jednakowe, słabe.

Odruchy brzuszne z obu stron bardzo żywe.

Odruch podeszwowy — normalny z obu stron (*flexio plantaris*).

C z u c i e dotykowe i bólowe, również i czucie mięśniowe bez zmian widocznych.

Chód chorej niepewny, chwiejny, bez widocznego uchylenia w tę lub inną stronę. Obie kończyny biorą w chodzeniu udział jednakowy.

M o w a. Chora nie może wymówić ani jednego wyrazu i nie wydaje nawet dźwięków członkowanych. Wszystko, co się do niej mówi, rozumie natomiast doskonale.

16.III. Chora po raz pierwszy powiedziała: „mama“. Jeżeli zmuszać chorą do powtórzenia jakiegoś innego wyrazu, to stara się widocznie przemódz swą afazję, ale wychodzi tylko wciąż dźwięk „ma“; chora zdaje sobie sprawę, że nie powiedziała tego, co trzeba, stęka i rusza przecząco głową.

Jeżeli chorej napisać kilka wyrazów, np. „bułka“, „szklanka“, „klucz“ i wskazać palcem na jeden z napisanych wyrazów, to chora wybiera z otaczających przedmiotów ten właśnie, który odpowiada wskazanemu wyrazowi.

Jeżeli napisać chorej: „nos“, „usta“, „oczy“ i kazać jej dotknąć się odpowiedniej części twarzy, to wykonywa to zupełnie prawidłowo. Jeżeli napisać dłuższe zdanie, to chora mimo znacznego nawet wysiłku nie może go przeczytać, ani zrozumieć sensu. (Np. na napisane zapytanie: ile masz lat?“ nie umie odpowiedzieć palcami). Czytanie z książki poszczególnych wyrazów odbywa się dobrze, ale zdania całego chora przeczytać nie może.

Jeżeli chorej napisać wyraz lub cyfrę, to może je przy pomocy lewej ręki skopiować.

18.III. T° 38°5. Tętno = 120, dykrotyczne. Silny dreszcz, ból głowy. Wymiotów nie było. Chora ciągle stęka i wymawia wyraz „mama“. Prawy PR — trochę żywszy od lewego, to samo dotyczy prawego AR. *Flexio plantaris* — z obu stron.

Śledziona nie powiększona. Narządy wewnętrzne w porządku. Świadomość zupełnie zachowana.

19.III. Wczoraj wieczorem T° 39,4°. Dziś rano = 36,6. T° 104.

Chora może dzisiaj zginać i rozginać powoli wszystkie palce, ale do krańcowych pozycji nie jest w stanie je doprowadzać. Odprowadze-

nie i doprowadzenie palców — niemożliwie; nie może również zgiąć ani rozgiąć każdego palca z osobna bez współ udziału innych. Podnoszenie i opuszczanie prawej ręki, tak samo, jak i zginanie i rozpisanie w łokciu wykonywa chora trochę niezręcznie z nieznacznym odzieniem bezładu, ale z siłą mięśniową lepszą, niż poprzednio.

21.III. *St. afebrilis*. Bólu głowy niema. Zaburzenia mowy bez zmiany. Ruchy palców u ręki prawej żywsze i rozleglejsze. Prócz tego dziś zauważono bardzo słabą możliwość doprowadzania i odprowadzania palców.

22.III. Chora zaczęła wymawiać kilka wyrazów: „mama“, „Małka“ [imię posługaczki], „pałka“; nie jest jednak w stanie powtórzyć oddzielnych liter, ani innych słów, oprócz wyżej wymienionych. Chodzi chora dobrze, bez widocznej różnicy w obu nogach.

28.III. Mówi już trochę więcej wyrazów, ale wszystkie wymawia z dużym bardzo wysiłkiem; wyrazów bardziej złożonych wymawiać jeszcze nie może. Ruchy w dłoni i palcach ręki prawej poprawiają się znacznie.

20.IV. *Status afebrilis*. Chora czuje się zupełnie dobrze. Mowa stopniowo się poprawia, mówi już całe zdania.

5.IX. 1904. Prawa kończyna górna naogół słabsza od lewej. Ruchy czynne wszędzie możliwe, w stawie barkowym i łokciowym są zupełnie takie same, jak i ze strony lewej; natomiast w stawie napięstkowym i w stawach palcowych ruchy są powolniejsze, mniej zręczne i słabsze, aniżeli z lewej strony. Chora sama je, pisze, może zapiąć sobie szpilką ubranie, ale robi to wszystko niezgrabnie i powoli.

Co się tyczy siły w oddzielnych grupach mięśniowych, to podnoszenie karku jest trochę słabsze, aniżeli opuszczanie, odprowadzanie ramienia trochę słabsze, niż doprowadzanie, rozginanie przedramienia silniejsze jest od zginania, rozginanie dłoni słabsze jest od zginania, tak samo, jak rozginanie wszystkich palców razem, jest słabsze od ich zginania. O r u c h y: z m. trójęłowego i z okostnej są ze strony prawej znacznie wzmożone w porównaniu z lewą.

C z u c i e [dotykowe, bólowe, mięśniowe] zachowane. Tylko czucie stereognostyczne w prawej dłoni zdaje się wykazywać nieznaczne zaburzenia [10-kopiejkową monetę nazywa chora 2-kopiejkową i t. d.]; przedmioty większe rozpoznaje bardzo dobrze.

W p r a w e j k o ń c z y n i e d o l n e j w porównaniu z lewą niema w sferze ruchowej, ani czuciowej żadnych zmian widocznych; tylko PR z prawej strony żywszy jest od lewego.

M o w a. Chora mówi całymi zdaniami, ale wolno, niezupełnie wyraźnie, chwiejnie i niektórych liter nie wymawia dobrze [np. zamiast c mówi se, zamiast ż—z, zamiast sz—s].

[D. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 56. E. Lesser. Patogeneza nawrotów syfilisu.

Już od dawna usiłowano rozwiązać kwestyę zagadkowego pod wielu względami przebiegu syfilisu, kwestyę, dlaczego wogóle powstają nawroty tego cierpienia, i dlaczego nawroty te przeważnie mają swe ulubione miejsca. Ostateczna odpowiedź na to pytanie może nastąpić tylko wtedy, gdy będzie odnaleziony istotny zarazek syfilisu. Wszakże obserwacye kliniczne różnorodnych zmian w różnych okresach tego cierpienia i spostrzeżenia stosunku jadu syfilitycznego do tych właśnie okresów rzucają pewne światło na istotę i przebieg tego cierpienia.

VIRCHOW w ten sposób tłómaczył zmieniające się kolejno okresy wolne i nawroty syfilisu, iż przyjmował każdorazowe zakażenie krwi jadem syfilitycznym, rozwijającym się w pewnym ogniskach podczas okresów wolnych. „Niema dowodu“, powiada V., „że infekcyja jest stała; przeciwnie cały przebieg choroby, raptowność świeżych wybuchów, niekiedy gorączkowy początek przemawiają za przerywaną infekcyją z pewnych ognisk“. Za takie ogniska VIRCHOW przyjmował powiększone przez długi czas gruczoły chłonne, z których jad otorbiony w odpowiednich warunkach staje się wolnym, przenika do krwi i wywołuje nowe objawy.

Tłómaczenie V. jednak nie odpowiada rzeczywistości. Jak wiadomo, syfilis w samym początku objawia się w postaci rozprzestrzenionej symetrycznej wysypki, później występują objawy mniej rozprzestrzenione, lecz zwykle jeszcze symetryczne, a dopiero w późniejszych okresach zjawiają się wykwity pojedyncze i niesymetryczne. Gdyby nawroty syfilisu były spowodowane przenikaniem jadu z pewnych ognisk do krwi, to i najpóźniejsze nawroty winnyby posiadać rozprzestrzenioną i symetryczną lokalizacyę, jak to bywa na samym początku syfilisu. Tak jednak nie jest. Przeciwnie, w późnych okresach objawy syfilityczne mają charakter ograniczonych miejscowych wykwitów, często w postaci jednego ogniska na całej powierzchni ciała.

FINGER chciał rozwiązać kwestyę przebiegu syfilisu w inny sposób, mianowicie z punktu widzenia hipotezy o drobnoustrojowej naturze jadu syfilitycznego. W swej krytyczno - historycznej pracy [w 1890 r.] przychodzi on do wniosku, że wrzód pierwotny i objawy wtórne są wywołane przez sam zarazek, odporność zaś i objawy trzeciorzędne — przez produkty przemiany materyi tego jadu. Uzasadniając poniekąd tę hipotezę, F. powołuje się na „chemiczną reakcyę“ produktów chorobowych, ponieważ objawy, wywołane przez sam jad, najprędzej reagują na przetwory rtęci, a objawy trzeciorzędne, wywołane przez produkty chorobowe tego jadu, na przetwory jodu.

Na pierwszy rzut oka teoria F., zdawałoby się, ma racyę bytu, ale przy bliższem rozpatrzeniu okazuje się, że nie tłómaczy znanych faktów z przebiegu syfilisu. Przedewszystkiem jest zupełnie niezrozumiałem to, że produkty przemiany materyi jadu syfilitycznego mogą wywoływać tak wielkie zmiany po całych dziesiątkach lat po zniknięciu samego jadu. Dodać też należy, że „reakcyja“ rtęci i jodu na produkty chorobowe syfilisu, to pojęcie nieokreślone i w żaden sposób niezrozumiałe.

W roku 1871 LANG wygłosił teorię, do której najwięcej się skłania i autor. LANG wychodzi z bardzo prawdopodobnego przypuszczenia, że w okresie wysypkowym jad syfilityczny przenika ze krwią we wszystkie tkanki i wy-

wołuje pierwsze objawy. Powoli zmniejsza się siła zawartego w tkankach zarazka, który jednak przy odpowiednich warunkach może wykazać swą działalność, może wywołać nawroty. W dalszym przebiegu zawarty w tkankach zarazek znika zupełnie — wyleczenie syfilisu, lub też ilość zarazka znacznie się zmniejsza — polepszenie choroby. W tym drugim przypadku ustrojowy zarazek zmienia swe własności w ten sposób, że traci zdolność 1) zarażania innych zdrowych osobników i 2) rozmnażania się; tylko znajdujący się w pewnym miejscu zarazek przy jakichkolwiek — często zewnątrznych — powodach posiada zdolność rozwijania się *in loco*. Teorya ta tłumaczy doskonale symetryczne szerzenie się wczesnych objawów i niesymetryczne późnych. Jednak oprócz tego LANG uważa za możliwe, że z gruczołów chłonnych nawet po wielu latach może przedostać się jad syfilityczny do krwi i zależnie od większej lub mniejszej ilości, wywołać obfite i symetryczne lub pojedyncze ogniska. LANG przeto uważa za możliwe dwie drogi powstawania nawrotów syfilisu: 1) przez rozmnażanie się *in loco* zawartych zarazków i 2) drogą przerzutową z innych źródeł [gruczołów limfatycznych]. Ostatnie przypuszczenie LANG'a odpowia całkowicie wspomnianym powyżej poglądom VIRCHOW'a i powinno być uważane, jak i poglądy V., za nieprawdopodobne.

Autor osobiście zatrzymuje się całkowicie na pierwszym przypuszczeniu, które dostatecznie może tłumaczyć jak wcześniejsze objawy symetryczne, tak i późniejsze pojedyncze przez umiejscowiony rozwój zarazków chorobotwórczych. Uzasadniając to przypuszczenie, autor przedewszystkiem powołuje się na zmiany histologiczne, wykazane przez NEUMANN'a w miejscach byłych wykwitów syfilitycznych. Chociaż objawy kliniczne już znikły zupełnie, jednakże NEUMANN miał możność wykazania znacznych zmian — silnie drobno-komórkowego nacieczenia, przeważnie w ścianach naczyń, w przewodach gruczołów łojowych i potowych, w torebkach włosowych. Na pytanie, jak długo mogą zachować się te nacieczenia, NEUMANN odpowiada, że nie tylko miesiące, lecz całe lata mogą upłynąć do całkowitego *restitutio ad integrum*.

Z klinicznych faktów, przemawiających za wspomnianem przypuszczeniem, LESSER powołuje się na te przypadki nawrotów syfilisu, które rozwinęły się u chorych, mających jeszcze pozostałości po poprzednich objawach i u których nowe wykwity rozwinęły się na obwodzie starych ognisk, jako ciąg dalszy tych ostatnich. Zwykle poprzednie wykwity znikają zupełnie, nie pozostawiając żadnych śladów, i przy zjawieniu się nowych nie można sądzić o tożsamości miejsca. JADASSOHN jeden z pierwszych zwrócił uwagę na wspomnianą różnicę w czasie przy występowaniu środkowych i obwodowych wykwitów i wyrzekł: „Ma się wrażenie, że ze środkowego ogniska nasienie rozsiewa się we wszystkie strony“.

Przypadki takie są stosunkowo nieczęste i LESSER przytacza dwa tego rodzaju przypadki ze ściślemi datami powstawania wykwitów.

I przypadek. F. O., 21 lat, 25.X. 1899 r. przyjęty do kliniki z pierwotnym wrzodem napletka i grudkową wysypką, najwięcej rozwiniętą na twarzy. Po 35-u iniekcjach sublimatowych wysypka znikła, pozostawiwszy silne zabarwienie. 5.V. 1900 r. chory powrócił do kliniki z nawrotami: bardzo wielkimi grudkowymi nacieczeniami. Prawie wszystkie grudki i nacieczenia zawięrały w środku ciemne plamy — pozostałości po pierwszej wysypce.

Przypadek ten świadczy, że po dość długim przeciągu czasu, mianowicie po  $\frac{1}{2}$  roku, zjawiała się nowa wysypka na miejscu starej.

II przypadek. L. E., 22 lata, przyjęta 4.VI. 1904. W połowie stycznia 1904 r. chora miała czerwone plamy na piersiach i grzbiecie, które po niejakim czasie znikły. Wkrótce zjawiała się wysypka z guziczków, pokry-

tych strupkami, wielkości soczewicy. Guziki znikły, pozostały ciemnobrunatne plamy. W marcu pacjentka zauważyła czerwoną obwódkę oko tych brunatnych plam. Podczas przyjęcia d. 4.VI. na twarzy, piersiach, grzbiecie, udach i na łydkach okazała się zlewająca się różyczka, a środek różyczki stanowiły wspomniane brunatne ogniska. Wskutek swoistego leczenia [40 iniekcji sublimatowych] różyczka znikła zupełnie, a środkowe brunatne plamy pozostały bez zmiany.

LESSER obserwował oprócz tego jeden przypadek nawrotu syfilisu przy innej pozostałości syfilitycznej, mianowicie przy *leukoderma syfiliticum*. U chorego ze znaczną bezbarwnością skóry szyi powstała różyczka pierścieniowa; różyczka otaczała w postaci obrączki jasne bezbarwne plaki na skórze szyi i karku.

Takie przypadki można wytłómaczyć tylko w ten sposób, że na miejscu starych wykwitów — przeważnie na ich obwodzie — pozostały zarodki chorobotwórcze, które po pewnym czasie nieczynności przy sprzyjających warunkach zaczęły się na nowo rozwijać i wywołały nowe objawy chorobowe.

Streszczając się, powiada LESSER, należy przyjąć, że w okresie wysypkowym syfilisu cały organizm bywa nasycony jadem syfilitycznym, że w bardzo wielu miejscach z początku znajdują się równomiernie pozostałe resztki syfilityczne, od których w dalszym przebiegu powstają nawroty, że im większy przeciąg czasu upływa od chwili infekcji, tem więcej i więcej giną pozostałe zarodki i że one być może nareszcie znikają zupełnie.

Na mocy tej teorii w sposób łatwy da się wytłómaczyć, że pierwsze nawroty bywają więcej obfite, symetryczne, późniejsze rzadsze i nieprawidłowe, odpowiednio do liczby zachowanych w tkankach zarodków chorobotwórczych. A gdy nareszcie zjawiają się późne nawroty, to są one zwykle pojedyncze lub tworzą niewielkie ogniska, ponieważ zdolne do życia zarodki pozostały w tych tylko poszczególnych miejscach.

Warunki, które wpływają na przebudzenie się uspijonych zarodków i na rozwój sprawy chorobowej, bliżej nie są znane. Faktem jest, że w każdym razie wpływy traumatyczne odgrywają tutaj pewną rolę. Również i fakt, że syfilis w późnych okresach swego istnienia traci zdolność udzielania się osobnikom zdrowym, nie ma też jeszcze wytłómaczenia. Musimy pod tym względem uznać nasze „*ignoramus*“.

Z punktu widzenia wypowiedzianej powyżej teorii o patogenie nawrotów syfilisu ważne ma znaczenie kwestya leczenia tego cierpienia. Leczenie to, jak wiadomo, jest przerywane i przez pierwsze parę lat bywa stosowane pomimo braku widocznych objawów tego cierpienia. Fakt, że wskutek kuracji rtęciowej znikają nacieczenia syfilityczne, nie ulega wątpliwości. To też należy przypuszczać, że leczenie to wywołuje stopniowe zmniejszanie się, *resp.* znikanie i niedostrzegalnych okiem ognisk, z których później według wspomnianej teorii mogą powstawać nawroty syfilisu. Wobec tego długie i przerywane leczenie syfilisu należy uważać za racjonalne i niezbędnie potrzebne.

(*Beiträge zur klin. Medicin. Festschrift H. Senator gewidmet*).

B. Zaleski.

57. Posner i Rapoport. Wydzielina i zapalenie gruczołu krokowego. Przyczynek do nauki o jego zapaleniu.

Już od dawna, a mianowicie od czasu wszechstronnych badań ROBIN'a i FÜRBRINGER'a, panuje pomiędzy uczonymi pewna jednomyślność w sprawie własności normalnej wydzieliny ludzkiego gruczołu krokowego. Określają ją, jako rozcieńczone mleko, zawierające małe kulki w płynie białkowym

— kulki lecytynowe, specyficzne dla płynu krokowego, oprócz tego komórki nabłonkowe, ciała mączkowe i kryształki nasienne.

Przy zapaleniach gruczołu krokowego wspomniany skład wydzieliny ulega zmianie. Znikają ziarnka lecytyny, nie tylko w ostrych przypadkach, gdy zapalenie często bywa ropne, ale i w przewlekłych. Natomiast zjawiają się w niej leukocyty, w normalnej wydzielinie nieobecne. Zmniejszenie się, *resp.* zniknięcie ziarek lecytynowych ma pewne rozpoznawcze znaczenie, i CASPER np., zależnie od tego, dzieli przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego na łżejsze lub cięższe.

Nasuujące się pytanie, gdzie tworzą się ziarnka lecytyny i co się z nimi dzieje przy sprawach zapalnych, rozstrzygają badania drobnowidzowe. Autorowie w instytucie prof. ORTH'a zbadali wielką liczbę rozmaitych gruczołów krokowych i przyszli do przekonania, że sprawa wytwarzania się lecytyny odbywa się w komórkach nabłonkowych, podobnie jak wydzielanie tłuszczu w sutce i innych wytworów w gruczołach łojowych, łzowych, nasienych, śliniankach i in., co stwierdziły też liczne nowe prace [BENDA, UNNA, PLATO]. Ziarnka lecytynowe na skrawkach, zabarwionych zapomocą *Scharlachrot'u*, wprowadzonej w użycie przez MICHAELIS'a, przedstawiają się w postaci prawidłowo rozłożonych kępek koło jądra. Czy ziarnka te wytwarzają się w samych komórkach, czy też zjawiają się w stanie preformowanym — kwestya nierozstrzygnięta. Z komórek lecytyna przechodzi do światła przewodów gruczołowych, a same komórki nie podlegają rozpadowi, jak to mylnie przedtem twierdzono.

Przy sprawach zapalnych gr. krokowego w płynie gruczołowym, jak to najpierw wykazał FÜRBRINGER, znajdują się duże kulki ziarniste, które F. porównał z ciałkami siary. Po zabarwieniu *Scharlachrot'em* okazuje się, że to są leukocyty, napełnione czerwonymi ziarnkami lecytyny; jedne z nich są to komórki wielojądrowe z ziarnkami oddzielnymi; drugie wprost nabite ziarnkami — duże jednojądrowe komórki — makrofagi — w sensie MIECZNIKOWA. Te właśnie duże *mononuclear'y*, napełnione ziarnkami lecytyny, mają wprost rozpoznawcze znaczenie dla płynu krokowego zapalnego. Że w komórkach tych sprawa dotyczy ziarek lecytyny, nie ulega wątpliwości, gdyż i w normalnej wydzielinie małe ziarnka lecytynowe barwią się zupełnie w ten sam sposób. Fakty te pozwalają odpowiedzieć na powyżej zadane pytanie, co się dzieje z lecytyną w sprawach zapalnych gr. krokowego? Otóż ziarnka lecytyny zostają pochłaniane przez białe ciała krwi i znikają w tym samym stopniu, w jakim wzrasta liczba tych ciałek — *ergo* jest to istotna fagocytoza.

W przypadkach zapalenia gr. krokowego pochodzenia drobnoustrojowego przyczynę tej fagocytozy można upatrywać w dodatniej „*chemotaxis*“, którą wykazują drobnoustroje na białe ciała krwi. Lecz obok zapalenia gr. krokowego drobnoustrojowego (*infektiöse Form*) zdarzają się i takie, które rozwijają się bez poprzedniego zakażenia, na co zgadzają się obecnie wszyscy autorowie: *aseptische Form* — określenie, nadane przez szkołę GUYON'a. W tych przypadkach nie tylko że nie można w wydzielinie krokowej wykazać żadnych śladów drobnoustrojów, ale i ściśle wywiady dowodzą, że przebiegały one bez poprzedniego zakażenia. POSNER powołuje się na cztery przypadki z ostatniego roku, które, jak sądzi, wytrzymują najsurowszą krytykę pod względem nieobecności zakażenia. Należy przypuszczać, że inne momenty wywierały szkodliwy wpływ na narządy płciowe — *abusus sexual.*, *coitus interruptus*, *masturbatio* lub przyczyny mechaniczne — częsta jazda konno, bryczką i t. d. Te aseptyczne przypadki pod względem klinicznym nie odróżniają się zupełnie od porażających.

Tłómaczenie tych przypadków było dotychczas nadmierne trudne. Nowe światło na tę sprawę rzucają ostatnie prace [BENDA, UNGER], które



stwierdziły już ostatecznie słuszność przypuszczenia, wypowiedzianego przez CZERNY'ego, o pochodzeniu ciałek siary: są to leukocyty, które wyemigrowały, napełnione kroplami tłuszczu mlecznego. Na mocy zaś pracy BAB'a [z kliniki LEYDEN'a] trzeba przyjąć, że tłuszcz mleczny, znajdując się w ostatnich dniach ciąży i przez kilka dni po porodzie w przewodach sutkowych, wywiera dodatnie chemotaktyczne działanie na leukocyty, które emigrują do przewodów mlecznych i pochłaniają krople tłuszczu. Sprawa ta od istotnego drobnoustrojowego zapalenia różni się tylko ilościowo; gorączka pokarmowa jeszcze bardziej zbliża obie te sprawy.

Przyjmując wnioski te w zastosowaniu do gruczolu krokowego, autorowie rzeczywiście mieli możność stwierdzić, że dopóki odpływ soku jest niezatamowany, leukocytów zupełnie niema. Gdy następuje zatrzymanie soku, zjawiają się leukocyty i pochłaniają znajdujące się tam bezcelowo substancje, aby prawdopodobnie, wróciwszy drogami chłonnymi, uczynić je znowu użytecznymi dla organizmu. Jest to sprawa poniekąd reakcyjnego zapalenia, w którym można właściwie widzieć działanie automatycznego układu porządkującego. Teraz można zrozumieć, w jaki sposób w przypadkach „aseptycznych“ zapalenia gr. krokowego działają przytoczone powyżej momenty etyologiczne: *abusus, masturbatio* i in., — wywołują one przekrwienie gruczolu, osłabienie lub wyczerpanie napięcia mięśni gruczolowych, a te warunki powodują zastój soku krokowego z chemotaktycznym działaniem na leukocyty zawartych w nim substancji. Teraz jest zrozumiałem, dlaczego inne cierpienia gr. krokowego często kombinują się z objawami zapalenia przewlekłego; szczególnie często zdarza się kombinacja przerostu z zapaleniem gruczolu. Lecz wobec faktu, że przerost musi wywołać zastój soku, autorowie nie mogą wyprowadzić wniosku, że zapalenie jest powodem rozrostu, jak to czynią CIECHANOWSKI, ROTHSCCHILD i in., a przeciwnie widzą w przeroście gruczolu pierwszy moment, a w zapaleniu powikłanie lub zjawisko następcze, — zgodnie z ALBARBAN'em, MOTZ'em, GOLDSCHMIDT'em i in.

Przypadki te doskonale poddają się leczeniu, głównie masażowi, który powiększa napięcie mięśni i wzmacnia włókna wypieraczy, zdolne wskutek tego do wydzielania zatrzymującego się soku. Przeciwnie, w przypadkach rzeczywistego zakażenia leczenie zapalenia gruczolu, jak również i cewki daje często wyniki niepomysłne.

Wnioski: Lecytyna wytwarza się w gruczole krokowym, podobnie jak tłuszcz mleczny w sutce, w jego komórkach nabłonkowych i przylacza się do zawartości gruczolowej. Gdy odpływ wydzieliny jest powstrzymany, następuje emigracja leukocytów, które pochłaniają lecytynę [fagocytoza]. Część przypadków przewlekłego zapalenia gruczolu krokowego spowodowana jest przez wspomniany zastój wydzieliny i to są właśnie przypadki, dające w leczeniu wyniki pomysłne.

(*Deut. medicin. Wochenschrift. 1905. N. 13*).

B. Z.

### 58. W. Pick. O przewlekłej postaci erythema nodosum.

Pierwszy BAZIN opisał pod nazwą „*érythème induré de nature scrofuleuse*“ niezbyt rzadkie cierpienie skóry, spostrzegane głównie u młodych osobników płci żeńskiej, przy którym na goleniach, przeważnie na dolnej i zewnętrznej ich częściach występują czerwone twarde guzy, przechodzące w tkankę podskórną, nie swędzące, przy ucisku cokolwiek bolesne. HUTSCHINSON uzupełnił obraz chorobowy: według niego, występują nieraz na kończynach liczne guzy i guzki, ulegające wskutek rozpadu owrzodzeniu i budową swą odpowiadające tkance gruczołowej.

Pick opisuje własne dwa przypadki u osobników młodych płci żeńskiej. W każdym z nich po nagłym obrzmieniu goleni wystąpiły na goleniach guzy,

sięgające i do tkanki podskórnej; przy badaniu histologicznym znalazł nacieczenia, składające się z komórek z podłużnymi lub wrzecionowatymi jądrami.

W niektórych nacieczeniach jest wiele danych, przemawiających za genetycznym związkiem tkanki tłuszczowej z nacieczeniami. I w naczyniach, a mianowicie tętnicach konstatujemy zmiany, polegające na zapaleniu błony średniej — *mesarteriitis*, które wywołuje później zwężenie lub zamknięcie światła naczynia.

Pierwszym, który omawiane cierpienie zbadał pod względem histologicznym, był AUDRY. Znajdował on również, jak i autor, zmiany degeneracyjne w podskórnej tkance tłuszczowej, nie widywał jednak zmian w naczyniach. Laseczników gruczolich nie znajdował, a próby szczepienia dawały wyniki ujemne, wobec czego przypuszcza, iż cierpienie to nie ma nic wspólnego z gruźlicą.

Późniejszy badacz LEREDDE zwrócił uwagę na zmiany w naczyniach — zakrzep i zamknięcie światła; na zasadzie znajdowanych przez siebie komórek olbrzymich i klinicznego obrazu, zalicza on je do kategorii cierpienia gruczolich. Przypadki, opisane później przez DADÉ, JOHNSON'a, jak również jeden z przypadków THIEBERGE'a i RAVAUT'a tyczyły się przeważnie osobników dziedzicznie obciążonych, dotkniętych mniej lub więcej wyraźnymi objawami gruźlicy.

Wykwity były liczne, rozmaitej wielkości i najczęściej ulegały owrzodzeniu.

Podobne są spostrzeżenia późniejszych badaczy: MANTEGAZZY, HARTHUNG'a i ALEXANDER'a, którzy zaliczają *erythema induratum* do cierpienia gruczolich. Autor, na zasadzie przypadków własnych i opisanych przez wyżej wymienionych badaczy, przyjmuje dwie postaci *erythema induratum*: przy 1-ej postaci, spostrzeganej u osobników wogóle zdrowych, dziedzicznie nie obciążonych, wykwity w kształcie twardych guzów, z początku czerwonych, później brunatnie pigmentowanych, pozostają przez czas dłuższy; pod względem objawów umiejscowienia i budowy wykwitów, jak również pod względem etyologicznym (*rheumatismus etc*) postać ta odpowiada w zupełności ostrej *erythema nodosum*, — jest to jej postać przewlekła (*die persistierende Form des Erythema nodosum*); przy 2-ej postaci, spostrzeganej u osobników dziedzicznie obciążonych, wykwity ulegają owrzodzeniu i kombinują się z gruźliczymi cierpieniami skóry, głównie ze *scrophuloderma*. Jest to postać *erythema induratum* na tle gruźliczem.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis. T. LXXII. Z. 3.*)

J. Rosenberg.

### 59. E. Hoffmann. O etyologii i patogenezie *erythema nodosum*.

Pod „*erythema nodosum*“ pojmujemy cierpienie z właściwymi mu objawami ze strony skóry, które ze względu na towarzyszące ogólne zaburzenia i typowy przebieg gorączki większość lekarzy zalicza do kategorii ostrych chorób zakaźnych.

Pomimo iż wielu nawet wybitnych badaczy zajmowało się tem cierpieniem, etyologia jego jednak i patogenezą do tej pory nie są wyjaśnione.

Wykwity w „*erythema nodosum*“ są bardzo charakterystyczne: są to pojedyncze guzy, wielkości grochu, do jajka kurzego, a niekiedy i większe, półkuliste, różowo-czerwonej barwy, na dotyk gorące i bolesne przy ucisku lub bez niego. Wystąpienie choroby poprzedzają zwiastuny, trwające 2 do 4-ch dni, podczas których stwierdzamy umiarkowaną gorączkę o typie zwalniającym, ogólne niedomaganie i nieraz bóle w stawach. Z chwilą pojawienia się wykwitów temperatura, która wieczorami dochodziła do 39°, a nawet 40°, spada. Liczba wykwitów bywa rozmaita, najczęściej od 8—20, a nieraz jeszcze więcej.

Umiejscowienie jest bardzo typowe: prawie zawsze dotknięte są wyprostne powierzchnie goleni, często także te same powierzchnie ud i przedramion, gdy tymczasem dłonie, stopy, czoło i inne miejsca są wolne. Guzy szybko dosięgają pewnej wielkości i nie zlewając się z sobą, zaczynają po kilku dniach się wchłaniać, przyczem często zmieniają barwę. Guzy te nigdy nie miękną i nie otwierają się, zwykle w ciągu 10-u — 14-u dni zupełnie giną.

Według zdania większości autorów, cierpienie zdarza się najczęściej u osób młodych płci żeńskiej. LEWIN zauważył, iż zapadają na nie często osoby, zmuszone dużo stać lub chodzić.

Prócz objawów ze strony skóry zasługują na uwagę tak częste bóle stawowe i niektóre inne rzadsze powikłania. Ze stawów najczęściej są dotknięte goleniostopowy i kolanowy; niekiedy znajdujemy w oddzielnych stawach wylewy. Przy silnem zajęciu stawów obraz choroby bardzo przypomina ostry reumatyzm stawowy; francuscy autorzy przypuszczają, iż cierpienia te są pokrewne, a nawet identyczne. Z innych powikłań należy wspomnieć o zapaleniu wsierdza, także osierdza i innych błon surowicznych.

Na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń należy przypuścić, iż *erythema nodosum* nie jest cierpieniem czysto skórnem, lecz chorobą całego organizmu, przyczem wykwit na skórze są jedynie jej wybitnym objawem. Co się tyczy stosunku *erythema nodosum* do *erythema multiforme*, to autor jest zdania, iż cierpienia te są pokrewne, nie są jednak identyczne, jak przypuszcza LEWIN, a to z następujących powodów: 1-o wykwit *erythema multiforme* są zupełnie odmienne, rozszerzają się w kierunku obwodowym, tworząc nieraz charakterystyczne figury i ujawniają tendencję do przechodzenia w pęcherzyki; 2-o przy *erythema multiforme* umiejscowienie wykwitów — grzbietowe powierzchnie kciści i stóp, przy *erythema nodosum* — grzbietowe powierzchnie goleni; 3-o *erythema multiforme* niekiedy występuje u jednego i tego samego osobnika kilkakrotnie, czego nie można powiedzieć o *erythema nodosum*. Odróżniamy 3 rodzaje cierpienia: 1. *erythema nodosum idiopathicum*, które nas obecnie specjalnie interesuje; 2. *erythema nodosum symptomaticum*, które występuje niekiedy przy chorobach zakaźnych (reumatyzm stawowy, odra, szkarlatyna, tyfus i t. d.); 3. *erythema nodosum medicamentosum vel toxicum* (jod, brom, antypiryna).

Wielu autorów, a pomiędzy nimi LEWIN, uważało *erythema nodosum idiopathicum* za angioneurozę, dokładne jednak badanie histologiczne CAMPAU'y, UNNY, JADASSOHN'a PHILIPPSON'a i autora stwierdziły, iż w cierpieniu tem mamy do czynienia ze sprawą zapalną, sięgającą głęboko w tkankę podskórną. Na zasadzie spostrzeganych przez PHILIPPSON'a i przez siebie przypadków, autor wnioskuje, iż przy cierpieniu tem występuje ostre przerzutowe zapalenie głębokiej żyły podskórnej. Przy badaniach bakteriologicznych guzów MENZES i autor raz jeden znaleźli nieliczne koki, układające się w grupy, podobnie jak stafilokoki i przy hodowli otrzymali *staphylococcus albus*; naturalnie, iż ten jednorazowy dodatni wynik badań bakteriologicznych nie wyjaśnia jeszcze ciemnej etyologii cierpienia. Co się tyczy patogenezy, to autor na zasadzie badań histologicznych i klinicznych wypowiada następującą hipotezę: prawdopodobnie przez błonę śluzową migdałów, przewodu pokarmowego lub narządów oddechowych grzybki chorobotwórcze, należące do grupy stafilokoków, przedostają się do krwiobiegu i do żył podskórnych, gdzie znajdują odpowiednie dla swego usadowienia się warunki; często działanie ich rozciąga się na oddzielne stawy, zastawki sercowe i błony surowicze. Głównie w żyłach podskórnych wyprostnych powierzchni goleni występuje dość silne zapalenie ściany naczyniowej z bujaniem nabłonka (*endothelium*) i umiarkowanym przenikaniem białych ciałek do światła naczynia, do czego się przylęcza silne zapalenie krwotoczne tkanki podskórnej. W podskórnych żyłach kończyn, a głównie goleni grzybki chorobotwórcze znajdują najodpowiedniejszy dla siebie grunt, a to z następują-

cych powodów. Żyły kończyn posiadają mocną ścianę mięśniową, składającą się z kilku luźno spojonych z sobą warstw i bardzo obfitującą w naczynia naczyń (*vasa vasorum*); te właściwości ścian żył szczególnie je uspasabiają, jak pokazał DUVAL, do podlegania sprawie zapalnej. Próż tego żyły te posiadają liczne zastawki, w których to miejscach krew często zatrzymuje się i gdzie nadto znajduje się bardzo bogata sieć naczyń.—U ludzi tedy, którzy zmuszeni są dużo stać, wskutek zastoju krwi mikroby zatrzymują się łatwo w kieszeniach zastawkowych i za pośrednictwem *vasa vasorum* przenikają w ścianę żyły i wywołują jej zapalenie. Być może, iż nie pozostaje też bez wpływu na umiejscowienie cierpienia mocna i ściśle przylegająca do mięśni powięź, gdyż silne ruchy wywołują za pośrednictwem przenikających przez powięź gałązek żylnych mechaniczne podrażnienie żył podskórnych.

(*Deutsche medic. Wochenschrift. 1904. Nr. 51.*)

J. Rosenberg.

### 60. W. Dubreuilh. Blastomycosis cutanea.

Począwszy od 1896 roku, ogłoszono w Ameryce dużo przypadków tego cierpienia, które z początku nazywano *dermatitis coccidioidea*, później zaś, kiedy się okazało, iż pasożytami, wywołującymi cierpienie, są blastomycety, nazwano je *dermatitis blastomycotica seu blastomycosis cutanea*. — LÖWENBACH i OPPENHEIM odróżniają dwie postaci blastomykozy; do pierwszej należą: przypadki Bussé'go i Buschke'go, spostrzegany w Greifswaldzie i przypadki lekarzy amerykańskich FRANK'a MONTGOMERY i WALKER'a, ORMSBY i MILLER'a OP-HÜLS'a i MOFFIT'a, DOUGLASS'a MONTGOMERY. We wszystkich tych przypadkach występowały w rozmaitych miejscach guziczki, przechodzące w ropienie, poczem tworzyły się owrzodzenia, mające niekiedy powierzchnię brodawkową i wydzielające cuchnącą ropę. Wcześniej lub później przyłączały się cierpienia narządów wewnętrznych, głównie cierpienie płuc, bardzo podobne do gruźlicy; przypadki te kończyły się zwykle śmiercią.

Większa tendencya do tworzenia owrzodzeń, szybszy przebieg i generalizacya cierpienia—są to charakterystyczne cechy 1-ej postaci blastomykozy, przy której znajdujemy jednak te same pasożyty (blastomycety), co i przy drugiej postaci, która po raz pierwszy była opisana przez GILCHRIST'a w roku 1896 i do której należą również przypadek DUBREUILH'a.

Ta ostatnia postać cierpienia występuje najczęściej na twarzy, kiści lub stopie w postaci różowego guziczka, twardego, powierzchownego, nieco bolesnego, na którego wierzchołku w ciągu kilku dni tworzy się żółty punkt—miliarny ropień, który później pęka, przyczem wypływa z niego nieco gęstej ropy. Przez rozszerzenie się guziczka i ciągle tworzenie się ropni miliarnych otrzymujemy ognisko nieprawidłowego kształtu o powierzchni brodawkowej, pokrytej niekiedy strupem, o błado-czerwonych ściętych brzegach z żółtymi punktami—miliarnymi ropniami, ognisko rozszerzające się w kierunku odśrodkowym i niekiedy częściowo się zablizniające. Rzadko znajdujemy jedno ognisko, zwykle liczne, a i wielkość każdego ogniska może być najrozmaitsza. Choroba trwać może lata, niekiedy samo przez się następuje częściowe wygojenie; w niektórych przypadkach osiągnięto wyleczenie przy pomocy dużych dawek jodku potasu (6,0—8,0 *pro die*).

Blastomycety znajdujemy łatwo w ropie w postaci okrągłych ciałek, 10  $\mu$  średnicy mających, z otoczką o podwójnych konturach i z zawartością ziarnistą. Czyste hodowle otrzymywał GILCHRIST, HYDE, i inni. Szczepienie hodowli lub też chorej tkanki, dokonywane na psach i świnkach morskich, dawało w niektórych przypadkach rezultaty pozytywne.

Przy badaniu mikroskopowem ognisk chorobowych znajdujemy tkankę granulacyjną, która zajmuje prawie całą grubość skóry właściwej (*cutis*), i w której jest trochę komórek olbrzymich i miliarnych ropni; naskórek jest w stanie wzmózonej proliferacyi i wypuszcza wgląd rodzaj wyrostków.

Przy różniczkowem rozpoznaniu cierpienia należy mieć na uwadze syfilis trzeciorzędny, *epithelioma* i gruźlicę. Od syfilisu blastomykoza różni się obecnością miliarnych ropni i brodawkową powierzchnią ognisk, należy jednak pamiętać o możliwości bardzo rzadkiej postaci syfilisu—*syphilis vegetans vel framboëiformis*, przy której występują właściwie vegetacye, a nie brodawki. Przy „*epithelioma vegetans*“ ognisko bywa najczęściej pojedyncze, jest w niem bardzo mało miliarnych ropni, których płyn składa się z komórek nabłonka, vegetacye łatwo krwawią, a cały przebieg cierpienia jest szybszy, niż przy blastomykozie. Najtrudniej jest odróżnić blastomykozę od *tuberculosis verrucosa*, szczególnie jeśli cierpienie umiejscawia się na kończynie, należy więc pamiętać, że gruźlica jest zawsze boleśniejsza. Na twarzy łatwiej rozpoznać oba te cierpienia, blastomykoza bowiem różni się swoim brodawkowatym charakterem, z drugiej jednak strony zdarzają się przypadki *lupus vegetans nasi*.

Przypadek blastomykozy autor spostrzegł u 60-letniego osobnika, u którego cierpienie rozpoczęło się przed 6-u laty. Na wyprostnej powierzchni prawej kiści w okolicy śródpieścika II i III palca znajdujemy guzowate ognisko okrągławej formy, 5 cm. średnicy mające, pokryte grubą łuską, pod którą widzimy powierzchnię brodawkową.

Pod mikroskopem znajdujemy tkankę ziarninową, odznaczającą się znakomitą budową i zawierającą liczne komórki olbrzymie i ropnie miliarne. W większości komórek olbrzymich i we wszystkich miliarnych ropniach autor znajdował blastomycety.

Przypadek, spostrzegany przez autora, różni się od innych tem, że pasożyty rozmnażały się przez dzielenie, a nie przez pączkowanie, i były prawie zawsze znajdowane w komórkach olbrzymich, których liczba była przytem bardzo obfita.

To spostrzeżenie skłania D. do przypuszczenia, iż blastomykoza jest to grupa cierpień, zależnych od rozmaitych, lecz pokrewnych pasożytów i różniących się pomiędzy sobą tak samo, jak rozmaite formy *trychophytiae*.

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* 1904. T. V. Nr. 10).

J. Rosenberg.

## ODCINEK.

### Działalność Sanatorium Otwockiego w walce z gruźlicą.

Odczyt, wypowiedziany d. 8-go lutego r. b. w sekcji gruźliczej Tow. Hyg. Warszawskiego

przez

WŁADYSŁAWA WROŃSKIEGO.

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 15].

Natomiast o jakichkolwiek poważniejszych reformach higienicznych w miastach i miasteczkach Królestwa do ostatnich czasów nie było nawet mo-

wy. W ostatnich jednak czasach, od kiedy zorganizowane zostały prowincjonalne oddziały Tow. Hyg. w kilku miastach Królestwa, rozpoczyna się pewien ruch na tem palu. Zorganizowany w 1903 r. przez Tow. Hyg. Warsz. zjazd i narady nad higieną prowincyi, wykazawszy w licznych referatach opłakany stan warunków higienicznych naszego kraju, przedstawił jednocześnie cały szereg zamierzonych prac i usiłowań w celu podniesienia zdrowotności ogólnej. Na tegorocznych zaś naradach delegatów oddziałów higienicznych prowincjonalnych z przedstawicielami Rady W. T. H. dr Sokołowski przedstawił zadania oddziałów prowincjonalnych w sprawie walk z gruźlicą<sup>16)</sup>. Miejmy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości, skoro społeczeństwo nasze będzie miało umożliwiony szerszy dostęp do pracy społecznej, warunki higieny kraju szybko poprawiać się będą, co jedynie może przynieść jak najlepsze rezultaty w walce z gruźlicą.

W walce z gruźlicą u nas pewną, choć skromną, rolę odgrywa niewątpliwie sanatorium Otwockie i dlatego ośmielam się przedstawić tutaj rezultat tej działalności. Sanatorium Otwockie, założone przez dra GEJSLERA w 1893 r., w czasach, kiedy u nas ruch na polu walki z gruźlicą dopiero się rozpoczął, kiedy nie tylko publiczność nasza, ale i szersze koła lekarzy z niedowierzaniem odnosili się do leczenia gruźlicy w klimacie swojskim, gdyż chorzy piersiowi przez całe szeregi lat wysyłani byli na południe lub w góry, musiało ciężko walczyć z uprzedzeniem i niewiarą ogółu. Że zdołało ono sobie wyrobić już dziś pewne zaufanie, jak również że mogło się przyczynić do wyjaśnienia kwestyi skuteczności leczenia gruźlicy w klimacie swojskim, zawdzięcza to z jednej strony kilku naszym pierwszorzędnym klinicytom, którzy od samego powstania sanatorium z życzliwym zainteresowaniem się śledzili wyniki kuracji, przeprowadzanych w Otwocku, nabierali coraz trwalszego przekonania o dających się tu otrzymać bardzo dobrych wynikach; — jak również pierwszym wyleczonym pacjentem, którzy stopniowo wyrabiali dla Otwocka opinię stacyi klimatycznej. Otrzymywaniu możliwie najlepszych wyników z kuracji w sanatorium Otwockiem stają na przeszkodzie dwa nader poważne powody. Pierwszym jest ten, że do sanatorium przybywa, jak dotąd, bardzo mało chorych w początkowych okresach rozwoju gruźlicy, którzy to pacjenci pozwalają uzyskać najświetniejsze rezultaty z kuracji; lwią zaś część naszych pacjentów stanowią ciężko chorzy z licznymi poważnemi powikłaniami sprawy chorobowej, u których kuracja, przeprowadzona nawet w najbardziej idealnych warunkach i miejscowościach, nie wielkie już może przynieść rezultaty. Smutny ten fakt nie stanowi jedynie właściwości naszego społeczeństwa: dr Sokołowski w swej pracy „Leczenie klimatyczne suchot płucnych“ mówi: „w czasie mej działalności lekarskiej w sanatorium dra BREHMER'a w Görbersdorfie uderzał mnie fakt, że większość chorych suchotników, przybywających tamże z całego niemal świata, zjawiała się w okresach prawie końcowych sprawy, z daleko posuniętymi zniszczeniami w płucach, groźnemi powikłaniami w innych organach, z upartą gorączką i t. d.; większość tych ludzi spotkało smutne rozczarowanie: pomimo bowiem zapewnienia ich lekarzy, że w zakładzie będą w stanie się wyleczyć, nastąpiło pogorszenie — wielokrotnie z zejściem fatalnem. Natomiast chorych w okresach poczynającej się sprawy bywało stosunkowo mało i ci zbyt krótko przebywali w zakładzie, lekarze bowiem zalecali im tylko kilkotygodniowy pobyt, uważając to za zupełnie wystarczające“. Ta krótkotrwałość kuracji stanowi i u nas drugi bardzo ważny powód, dlaczego nie otrzymujemy tak pomyślnych wyników, jakieby niezawodnie osiągnąć było można w danych warunkach. Chorzy, którzy przedstawiają wszelkie szanse wyleczenia, lub znakomitej poprawy swego zdrowia, często zadowolają się jedynie pozbyciem się najbardziej uciążliwych objawów, przedwcześnie uważając się za wyleczonych, nie chcąc zrozumieć, że

kuracya w tak poważnej i przewlekłej chorobie, jak gruźlica, musi być długotrwałą, aby wyniki jej były rzeczywiście dobre. Chorzy zaś z bardzo już rozwiniętą sprawą, u których wyniki muszą być bardzo wątpliwe, lub żadne, przebywają w sanatorium zwykle dłużej, czasami nawet po lat kilka.

[D. n].

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Sekcyja skórno-weneryczna.

Posiedzenie dnia 9.II. 1905.

1. ŻERA przedstawił chorą, demonstrowaną już dn. 4.XI 1904 r. z rakowcem skóry policzka. Pod wpływem dwukrotnego naświetlenia radem przez kol. ŚWIĄTECKIEGO, owrzodzenie prawie zupełnie zagoiło się, pozostawiając po sobie gładką bliznę.

2. ŚWIĄTECKI J. przedstawił trzy przypadki *lupus vulgaris* w trakcie leczenia radem. U wszystkich chorych widać dość silną reakcyę skóry po naświetleniu. Oprócz tego ŚWIĄTECKI przedstawił 60-letnią kobietę z rakowcem skóry nosa. Wszystkie te przypadki będą kolegom pokazane po zupełnem ich wyleczeniu.

3. MALINOWSKI F. przedstawił kobietę mniej więcej 50-letnią, u której sprawa chorobowa zajęła skórę prawie całego tułowia. Widać tu wience, składające się z oddzielnych guziczków wielkości łebka szpilki, ziarnka grochu i większych, ciemno-bronzowo-czerwonego koloru, leżących w powierzchownych warstwach skóry, łuszczących się lub pokrytych strupkiem. W środkowej przestrzeni wieńca skóra jest biała, bliznowato zwyrodniała, lub też czerwonawa, usiana niewielkimi nacieczeniami, powstałymi ze zlania się pojedynczych guziczków i przeważnie przykrytymi strupkami. Takież nacieczenia widzimy rozsiane na całej powierzchni głowy. Odpowiednia sprawa objęła błonę śluzową policzków, języka i podniebienia miękkiego, pozostawiając liczne wgłębienia. Cierpienie to, według słów chorej, trwa już 20 lat. Pod wpływem wcierań, przyjmowanych parokrotnie w szpitalu św. Łazarza, wysypka miała jakoby na krótki czas niknąć. Sprawę tę uważa M. za *lues tuberculosa*.

KOZERSKIEMU rozpoznanie *lues tuberculosa* nie wydaje się pewnem. Przy *lues tuberculosa* nie mamy pomiędzy bliznami guziczków. Następnie tak długi czas trwania sprawy z względnie dobrym przebiegiem podaje *lues* w wątpliwość, którą można dopiero usunąć po zastosowaniu leczenia swoistego.

MALINOWSKI obstaje przy swoim, a WATRASZEWSKI pogląd jego popiera.

4. MALINOWSKI przedstawił: a) dziewczynkę z *herpes tonsurans vesiculosus* na prawem przedramieniu; b) dziewczynkę 1½-roczną, u której na plecach i na bocznych i przedniej powierzchni brzucha widać maleńkie grudeczki wielkości ziarnka prosa, płaskie, koloru od blade-czerwonego do brązowego, mające po większej części na wierzchołku maleńką łusczkę. Grudki te potworzyły grupy i muszą być przyjęte za *lichen scrophulosorum*. Matka dziecka ma *lues* nabyty, dziecko zaś — syfilis dziedziczny i uporczywe zapalenie oskrzeli; c) chorego 30-letniego mężczyznę, który zaraził się syfilisem w końcu października przeszłego roku i nie leczył się prawie wcale na tę chorobę. Dwa tygodnie temu zjawił się on z następującą sprawą. Na karku, w okolicach

łopatek i poniżej ich widać małe grudki, wielkości łebka szpilki, odpowiadające folikulom, okrągłe, stożkowate, koloru od blade-czerwonego do brązowego z małą łuseczką na wierzchołku. Na czole i bocznych powierzchniach piersi i brzucha widać takież wielkości, jak poprzednie grudki, lub trochę większe, płaskie, niektóre woskowato świecące, inne ciemno-czerwone lub nawet brązowe. Pierwszego rodzaju grudki są zbliżone do *lichen ruber accuminatus*, — drugiego do *lichen ruber planus*. Sprawa ta zaś jest *lichen siphiliticus*.

5. KOZERSKI przedstawił przypadek niezwyklej postaci *lupus erythematosus faciei* [patrz: spraw. z posiedz. Tow. Lek. N. 7 Gaz. Lek. r. b.].

JASTRZĘBSKI przedstawił preparaty mikroskopowe z przypadku powyższego, które wykazują co następuje: 1) preparat, zabarwiony hematoksyliną i cozyną: nabłonek normalny, *papillae* normalne z małym nagromadzeniem komórek wzdłuż pętli w *stratum subpapillare*, rozszerzenie naczyń z krwią i bez krwi [limfatyczne] i nagromadzenie komórek wzdłuż naczyń, w *cutis* silne nagromadzenie komórek naokoło naczyń, dochodzące aż do *subcutis*; w gruczołach tłuszczowych w wielu miejscach nabłonek uległ zwyrodnieniu tłuszczowemu do samej torebki łącznotkankowej; mięśnie normalne; 2) preparat, barwiony boraks-metylenblauem. Wzdłuż naczyń krwionośnych pomiędzy komórkami tkanki łącznej widzimy całą masę komórek wędrujących, ustawionych szeregi tak, że oś wydłużona komórek leży równolegle do ścianek naczyń krwionośnych. Włókna elastyczne normalne. Barwienie metodą van GIESON'a nie wykryło hyaliny.

6. ELIASBERG przedstawił chorobę, 22-letnią kobietę. Przed dwoma laty zauważyła zaczerwienienie skóry nosa, które stopniowo rozszerzało się na policzki, aż doszło do dzisiejszych rozmiarów. Kształt zaczerwienienia — motyl. Skrzydła zajmują oba policzki od dolnego brzegu oczodołów aż do skrzydeł nosowych. Część środkowa zaś rozciąga się od nasady do połowy nosa. Na tej przestrzeni skóra jest czerwono-siną, nacieczoną, lekko wzniesioną, pokryta miejscami tłustą łuską, oddzielającą się z pewną trudnością; miejscami widzimy blizny o lśniącej powierzchni. Pojedyncze niewielkie wykwity są rozrzucone na czole, na policzkach i na skroniach. Rozpoznanie — typowy *lupus erythematosus*.

7. WIDAWSKI przedstawił chorego 68-letniego izraelitę z mięsakami skóry typu KAPOSI'ego (*sarcomata idiopathica multiplicata cutis*). Zmiany dotyczą głównie dolnych kończyn [mniej górnych] i to przeważnie stóp, gdzie widać całą skalę co do rozwoju i wielkości charakterystycznych zmian skóry, począwszy od plamek czerwono-sinych prawie niewyczuwalnych, wielkości łebka szpilki, do rozległych nacieczeń barwy fioletowej. Choroba trwa 4½ lata, stan ogólny względnie dobry. Poza tem chory cierpi na *nephritis interstitialis chr.*

WATRASZEWSKI w kwestyi terapii tej uciążliwej choroby przytacza przypadek MOSETH'a, w którym tenże kilkakrotnie i bezskutecznie usuwał nacieczenia i guzy drogą operacyjną. Rezultat dodatni zaś otrzymano od stosowania promieni ROENTGEN'a. Tą więc metodę radzi W. zastosować i w danym przypadku.

8. WIŚNIEWSKI przedstawił: a) chorego, który przed 6-u laty zaraził się syfilisem i leczył się niedostatecznie. Od niedawnego czasu chory nagle zauważył osłabienie w prawej górnej kończynie, również zmniejszenie czucia bólu i temperatury. Przy gwizdaniu i krzywieniu się prawa strona twarzy nie dorównywa lewej; czyli—*paresis extremitatis sup. dextrae et facialis dextri* w następstwie syfilisu; b) u osobnika lat 23-eh, który w listopadzie roku zeszłego zaraził się syfilisem, a w styczniu b. r. zjawiła się wysypka plamista i jednocześnie *keratitis et iritis oculi dextri*, po 12-u iniekcjach 3% *Hg. oxyd. flavi* znalazł prawe oko zdrowem.

F. Malinowski.



## Wiadomości bieżące.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne, niedawno, bo w r. 1904, zawiązane w Krakowie w celu zorganizowania zdrojownictwa polskiego i popierania czynnie jego interesów, za naszym pośrednictwem poleca życzliwej pamięci i opiece kolegów, lekarzy polaków wszystkie krajowe zakłady zdrojowe i klimatyczne. W roku bieżącym pamięć ta i opieka są tem bardziej konieczne, że zdaniem tegoż Towarzystwa, wskutek „nader niepomysłnych stosunków, panujących w Królestwie Polskiem, istotnie bardzo poważnie obawiać się trzeba o nasze zdrojowiska i uzdrowiska w nadchodzącej porze zdrojowej. Niejedno z nich nader dotkliwie odczuć musiało klęskę nieudanego sezonu, a nawet kto wie, czy klęska taka nie pociągnęłaby za sobą bardzo smutnych następstw nie tylko dla dalszego rozwoju danej miejscowości, ale już wprost dla jej dalszego istnienia. Niebezpieczeństwu temu zapobiedz, a przynajmniej zmniejszyć je znacznie, może tylko wielka życzliwość ogółu lekarzy dla zdrojownictwa krajowego“. Z góry jesteśmy przekonani, iż koledzy lekarze nie zasłużą na zarzut przyczynienia się do upadku którejs z miejscowości naszych leczniczych, i prąd uciekinierski, na który od kilku miesięcy bezkarnie choć ze smutkiem patrzymy, skierują w strony swojskie. Dodać musimy, iż dzięki nawoływaniu prasy i zrozumieniu własnego interesu, większość zdrojowisk i uzdrowisk Galicyi i Królestwa Polskiego uczyniła rzetelny postępek i dąży wytrwale do rozszerzenia i udoskonalenia urządzeń higienicznych i leczniczych.

— Toż samo Towarzystwo balneologiczne polskie, chcąc zadanie swe skutecznie przeprowadzić, rozpoczyna od dokładnego poznania istotnego stanu zdrojowisk i uzdrowisk, a sądząc, iż najlepszym środkiem ku temu są zjazdy i wystawy balneologiczne, urządzi w maju r. b. Zjazd balneologów polskich w Krakowie, a w r. 1906 Wystawę balneologiczną. Prezes tego Zjazdu, a zarazem prezes Towarzystwa balneologicznego, prof. LUDOMIŁ KORCZYŃSKI nadesłał nam spis odczytów, zgłoszonych na ten Zjazd, odbyć się mający 6-go i 7-go maja r. b. w Krakowie:

JAN hr. POTOCKI z Rymanowa i dr Z. WĄSOWICZ z Krynicy: „Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrowisk krajowych“. Dr ARNSTEIN [Ciechocinek]: „Jakie stanowisko zająć winno leczenie balneoterapeutyczne kamicy moczwowej?“ Dr K. DĄBSKI: „Drugie sprawozdanie z działalności sanatorium dla chorych piersiowo w Zakopanem [Od I.V 1904 do I.IV 1905 r.].“ Dr H. DOBRZYCKI: „O sanatoriach w Królestwie i zabranym kraju“. Prof. dr W. JAWORSKI i dr K. FLIS: „Wyniki badań fizykalno-chemicznych polskich wód zdrojowych i znaczenie ich dla balneologii“. Prof. dr L. KORCZYŃSKI: „O organizacyi i administracyi krajowych zdrojowisk.“ Doc. dr I. LEMBERGER: „O źródłach wody mineralnej w Głębokiem“. Tenże: „Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznemi?“ Radca dworu dr I. MERUNOWICZ: „O przepisach budowlanych w zdrojowiskach“. Dr Z. PELCZAR: „Leczenie chorób serca w Truskawcu“. Dr T. PRASCHIL: Temat zastrzeżony. Prof. dr WŁ. SZAJNOCHA: Temat zastrzeżony. Dr E. WAJGIEL: „Hygiena zdrojowisk“. Dr J. ZANIETOWSKI: „O nowszych metodach elektrolecniczych w stosunku do postępów balneologii“ [Z demonstr.].

— Program przyszłorocznej Wystawy balneologicznej polskiej, która odbędzie się wraz ze Zjazdem w Krakowie: 1) Wody mineralne i przetwory zdrojowe i kąpielowe, jak sole, ługi, pastylki, borowina, wyciągi jodłowe i t. d. 2) Modele i plany urządzeń kąpielowych. 3) Modele i plany urządzeń do czerpania, ogrzewania, odgaziania wód, napełniania, korkowania, etykietowania flaszek. 4) Planu ujmowania zdrojów. 5) Szkice przekrojów geologicznych, próbki pokładów geologicznych, ułożone warstwowo. 6) Planu wszelkiego rodzaju zakładów leczniczych [pneumatoterapia, inhalatorya, mechanoterapia, fototerapia, elektroterapia i t. d.]. 7) Tablice meteorologiczne. 8) Planu wzorowych domów mieszkalnych,

fotografie domów, modele lub plany urządzeń pokoiów mieszkalnych, dworców gościnnych i t. d. 9) Plany i modele urządzeń sanitarnych i higienicznych [wentylacja, usuwanie nieczystości, odkażanie mieszkań]. 10) Statystyka [frekwencja osób, daty odnoszące się do eksportu z uwzględnieniem jego warunków i t. d.]. 11) Balneologia [opis zakładu, zestawienie retrospektywne rozwoju, ulepszeń i t. d.]. 12) Prace naukowe lekarskie balneologiczne, lub mające dla balneologii znaczenie.

— I Zjazd międzynarodowy chirurgów odbędzie się od 18-go do 23-go września r. b. w Brukseli.

Jako delegat polski mam zaszczyt zawiadomić o tem sz. Kolegów i usilnie prosić, żeby zechcieli wziąć jak najliczniejszy udział w tym Zjeździe.

Otrzymałiśmy na tym Zjeździe *zupełnie* równe prawa z wszystkimi innymi narodami, pokażmy, że nie pozostajemy poza nimi!

Zjazd ten różni się o tyle od innych, że nie będzie na nim dowolnych odczytów, a przeciwnie, będą tylko wygłoszone referaty na tematy, oznaczone przez referentów do tego uproszonych, a potem wywiąże się dyskusya, w której każdy członek może brać udział.

Porządek obrad jest następujący: 1) „Wartość badania krwi dla chirurgii“ [sprawozdawcy: KEEN [Filadelfia], SONNENBURG [Berlin], ORTIZ de la TORRE [Madryt], DEPAGE [Bruksela]]. 2) „Leczenie przerostu gruczołu krokowego“ [sprawozdawcy: REGINALD HARRISON [Londyn], ROVSING [Kopenhaga], RYDYGIER [Lwów]. 3) „Interwencya chirurgiczna w cierpieniach nierakowatych żołądka“ [sprawozdawcy: MAYO ROBSON [Londyn], EISELSBERG [Wiedeń], MATTOLI [Ascoli Piceno], MONROFIT [Angers], ROTGANS [Amsterdam], JONNESCO [Bukarest]]. 4) „Leczenie gruźlicy stawów“ [sprawozdawcy: BIER [Bonn], BROCA [Paryż], BRADFORD [Boston], CODIVILLA [Bolonja], WILLEMS [Gand]]. 5) „Leczenie zapalenia otrzewnej“ [sprawozdawcy: LENNANDER [Upsala], FRIEDRICH [Lipsk], LEJARS [Paryż], Mc COSH [New-York], KROGIUS [Helsingfors], de ISLA [Madryt]]. 6) „Rozpoznanie chorób chirurgicznych nerki“ [sprawozdawcy: ALBARRAN [Paryż], KÜMMELL [Hamburg], GIORDANO [Wenecya], LAMBOTTE [Bruksela].

Upraszam tych sz. Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w tym Zjeździe, żeby byli łaskawi jak najwcześniej zgłosić się do mnie, ażebym mógł podać listę *polских* uczestników, która — spodziewam się — będzie okazała.

L. Rydygier,

Delegat polski na I Zjazd międzynarodowy chirurgów.

— Na 75-letni jubileusz Buska kol. J. MAJKOWSKI, który od lat 25-u latem tam praktykuje, wydał swym nakładem w Radomiu drugie wydanie opisu tej miejscowości, co było, zdaniem autora, konieczne, gdyż w ciągu 10-u lat ostatnich Busko pozyskało „nowe, kapitalne budowle i kosztowne urządzenia balneo-techniczne“. W części I monografii autor opisuje ciekawe wiadomości historyczne o początku Buska w XII wieku, o odkryciu źródeł mineralnych [1776] i zmianach, jakim podlegało do ostatnich czasów. W części II opisuje własności fizyczne i chemiczne 2-ch dawnych źródeł wody mineralnej i 6 u nowych, a także mułu i ługu Buskiego; dalej—gmachu kąpielowego i niedawno wykończonego i do użytku oddanego zakładu hydropatycznego. Część III i IV poświęcona jest wiadomościom lekarskim o działaniu głównych składników wód Buskich na ustrój, a w szczególności w syfilisie, reumatyzmie, podagrze, zolzach, krzywicy, chorobach układu nerwowego, chorobach skóry i t. d. W części V znajdujemy ogólne przepisy dyetetyczno-higieniczne, a część VI, ostatnia, poświęcona jest bogatej literaturze Buska. Monografia kol. MAJKOWSKIEGO spisana na 150-u stronicach, opatrzona kilku tablicami sytuacyjnymi i widokami gmachów kąpielowych Buska, przynieść może niewątpliwą korzyść lekarzowi i choremu.

Довол. Цензурою Варшава, 14 апрѣля 1905. Druk K Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.



## CHINAPHENIN

Związek chininy z fenetidinem bez smaku. Środek wypróbowany w KOKLUSZU, INFLUENZY, MALARYI i NEWRALGII.

## ARISTOCHIN.

Bez smaku, środek na zniżenie gorączki, a także w KOKLUSZU, INFLUENZY TYFUSIE i MALARYI.

## SALOCHININ.

Bez smaku preparat chinowy. Działa jako środek uśmierzający ból i leczy w różnych NERWICACH. Środek wyborny na zmniejszenie gorączki, szczególnie w TYFUSIE, nierozdrażniający i delikatny.

## SALOCHININ SALICYLOWY

Przeciw REUMATYZMOWI STAWÓW. Poleca się specjalnie w najcięższych przypadkach u osób wrażliwych, jako zupełnie bez smaku i absolutnie nieszkodliwy na żołądek i serce.

5-1

Próby i literaturę wysyła się Pp. lekarzom bezpłatnie.

# KĄPIELE MORSKIE LIBAWA

Najsukuteczniejsze kąpiele na pobrzeżu morza Bałtyckiego. Najnowszy Zakład kuracyjny Z **ODDZIAŁEM HYDROTHERAPII** również z kąpielami morsko-elektrycznymi, kwasowęglowymi i różnymi medycznymi, otwarty przez ciąg roku. Podczas sezonu letniego także kąpiele błotne siarczane i szlamowe.

Broszury i prospekty kąpeli Bałtyckich Libaw udziela bezpłatnie Zarząd miejski.

## Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Kąpiele od 15 kwietnia do 1 listopada.

Słone solanki, zawierające żelazo (Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bockleter, Stahlwasser, zawierająca fosforan żelaza), z obfitą zawartością kwasu węglowego do picia i kąpeli. Liczne środki kuracyjne. Szczególnie wskazania: choroby żołądka i kiszek, serca, wątroby i nerek, blednica, otyłość, cukrowka moczowa, choroby kobiece.

Przesyłkę wód mineralnych skutecznie Zarząd wód mineralnych Kissingen i Bocklet. Objasnień udziela bezpłatnie Związek Kąpielowy Bad Kissingen.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

# KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

## w Warszawie



Szafka przed łóżko.

Magazyny

Fabryka ulica Ciepła Nr. 12

Warszawa, ul. Grzybowska N. 19.  
 Petersburg, ul. Morska N. 15.  
 Moskwa, ul. Wielka Łubianka,  
 d. Tow. Ubezpiecz. „Rosyja“,



Fotel do operacyi.

POLECA:

25-1

PRZEDMIOTY DO NOWOCZESNYCH URZĄDZEŃ SZPITALI  
 SAL OPERACYJNYCH ORAZ GABINETÓW LEKARSKICH,  
 a mianowicie:

Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacyi ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kołach dla chorych i t. p.

Wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują  
 wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19  
 Ceny niskie. — Katalogi ilustrowane gratis i franco na żądanie.



# PARKE, DAVIS & Co



DETROIT (Ameryka), LONDYN (Anglia),  
 PETERSBURG, Galernaja, 20.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE LABORATORYUM DO PRZYGOTOWYWANIA ŚROD-  
 KÓW LEKARSKICH NA PODSTAWACH NAUKOWYCH.

**ADRENALIN-TAKAMINE** — ŚRODEK  
 KREW TAMUJĄCY I PODNOSZĄCY  
 CIŚNIENIE KRWI. **CLORETON** — ŚRO-  
 DEK NASENNY, ZNIECZULAJĄCY,  
 ODKAŻAJĄCY. **ACETOZON** — ŚRO-  
 DEK ODKAŻAJĄCY, NIETRUKAJĄCY.  
**TAKA-DIASTASE** PRZECIWIW DYSPEPSYI  
 ZALEŻNEJ OD TRUDNEGO TRAWIE-  
 NIA POKARMÓW KRÓCHMALNYCH.  
**KASKARA SAGRADA** W PASTYŁKACH  
 POKRYTYCH CZEKOŁADĄ — ŚRO-  
 DEK WZMACNIAJĄCY KISZKI. **KAS-**

**KARA-EWAKUANT**, PŁYN O PRZYJEM-  
 NYM SMAKU — WZMAGNIAJĄCY  
 KISZKI. **TEYROIDS** W PASTYŁKACH,  
 PRZECIWIW MYXOEDEMATOWI I SPO-  
 RADYCZNEMU KRETYNIZMOWI. **ER-**  
**GOT ASEPTIC**, **ERGOT EXTR. FLUID**.  
**KAPSULKI SANTALOWE** — ZAWIERAJĄ  
 NAJCZYSTSZĄ OLIWĘ SANTALOWĄ.  
**KWAS BORNÝ** W PASTYŁKACH. **BIS-**  
**MUTUM SUBNITRICUM** W PASTYŁ-  
 KACH. **BORAKS** W PASTYŁKACH I  
 WIELE RÓŻNYCH PREPARATÓW.

KOMPLETNA LITERATURA I CENNIK

WYSYLA SIĘ NA KAŻDE ŻĄDANIE.