

# GAZETA LEKARSKA

TRESC. I. FRYDERYK KINO. O srebrnicy ogólnej (*Argyria universalis*). Str. 169.  
II. TADEUSZ JAROSZYŃSKI. Przyczynek do psychoanalizy i psychoterapii histeryi. Str. 173.  
III. MICHAŁ PIETKIEWICZ. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. (C. d.) Str. 177.  
*Streszczenie zbiorowe.* KAZIMIERZ OCZESALSKI. Dalsze badania nad „psychoreakcją” MUCHA i HOLZMANN'a. Str. 181. *Dział sprawozdawczy.* 20. H. OPPENHEIM. O „nil nocere” w neurologii. Str. 184.—21. A. SAENGER „O arefleksyi (braku odruchu) rogówki”. Str. 185.—22 CH. LAFON. Patogeneza objawu ARGYLL-ROBERTSON'a. Str. 185.—23. FLEXNER i LEWIS. O doświadczalnym wywoływaniu ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia u małp. Str. 186—24. D. LEINER i D. R. v. WIESNER. Badania doświadczalne nad ostrem rozszanem zapaleniem rogów przednich rdzenia (*poliomyelitis acuta anterior*). Str. 187.—25. LEVADITI. W kwestyi hodowli zarazka ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia u dzieci. Str. 187. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Sekeya neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenie dnia 22-go grudnia 1909 r. Str. 188. Listy do Redakcyi „Gazety Lekarskiej”. Str. 190. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOG. UNIWERSYTETU W BAZYLEI  
[DYR. PROF. HEDINGER].

## O SREBRNICY OGÓLNEJ (*Argyria universalis*).

Podał  
Fryderyk Kino.

Minęło już lat 50 od czasu, gdy FROMMANN<sup>1)</sup> po raz pierwszy opisał obraz anatomiczno-patologiczny przypadku srebrnicy. Kliniczne opisy tego zabarwienia sięgają nie o wiele wcześniejszych czasów. W pierwszej połowie zeszłego stulecia, w okresie żarliwego stosowania przetworów srebra w lecznictwie wiądu rdzenia, padaczki, stwardnienia rozszanego i wrzodu żołądka, pojawiali się tu i owdzie „swojscy murzyni” ku zdumieniu otoczenia i rozpaczcy lekarza. Związek pomiędzy podawaniem srebra a ciemnym zabarwieniem skóry, przedewszystkiem twarzy, nie uszedł uwagi świata lekarskiego, istota jednakże zjawiska pozostała niewyjaśniona aż do badań mikroskopowych.

Już w r. 1858 podaje van GEUNS<sup>2)</sup> obraz histologiczny srebrnicy, w tak

<sup>1)</sup> FROMMANN. Ein Fall von Argyria mit Silberabscheidungen im Darm, Leber, Nieren und Milz. Virch. Arch. 17, str. 135.

<sup>2)</sup> van GEUNS. Ueber die schwarze Färbung der Gewebe im menschlichen Körper nach dem Gebrauche von Nitras-argenti. Arch. f. die Holländ. Beitr. zur Natur- und Heilkunde. 1858, str. 106.

jednak powierzchownej formie i tak sprzecznej z późniejszymi opisami, że brać go na seryo nie można. W rok później pojawia się dokładna praca FROMMANN'a z opisami zmian w kiszkiach, wątrobie, nerkach i śledzionie. Opierając się na obrazach anatomiczno-patologicznych i na doświadczeniach chemicznych nad tkankami w srebrnicy, tworzy autor teorię jej powstania i jej istoty: wprowadzony do żołądka azotan srebra zmienia się w białkan, który, jako łatwy do wessania, przedostaje się do krwiobiegu, a następnie wraz z osoczem do tkanek, w których strąca się wskutek warunków nie sprzyjających jego rozpuszczalności. Teorya ta cieszyła się uznaniem aż do roku 1876, kiedy wystąpił RIEMER <sup>1)</sup> z doskonałym opisem mikroskopowym nowego przypadku i zgoła innem tłómaczeniem: połączenia srebra zostają zredukowane już w kanale kiszkiowym i jako ziarenka srebra dostają się drogą bezpośrednią lub pośrednią [przez naczynia chłonne] do układu krwionośnego; krążąc z osoczem wśród tkanek, ziarenka więzną we włóknistej tkance łącznej i w błonach własnych (*membrana propria*) jak w filtrze. Z chwilą zjawienia się tej teoryi, powstała walka między zwolennikami mechanicznego i chemicznego tłómaczenia sprawy. Nie brakło i takich jak np. JACOBI <sup>2)</sup>, którzy przypuszczają redukcję srebra dopiero w ścianach kiszki, a jego dalszą wędrówkę przyjmują według RIEMER'a.

VIRCHOW <sup>3)</sup> w swej „*Cellularpathologie*“ wspomina tylko pobieżnie, że w srebrnicowej spojówce osad srebra znajdował się głównie na włóknach elastycznych. Nie podejrzywał genialny patolog, że i w tej kwestyi wypowiedział najistotniejszą jej stronę. NEUMANN <sup>4)</sup>, który badał skórę z przypadku, opisanego przez WEICHSELBAUM'a, również wspomina o włóknach elastycznych, jako o głównem siedlisku złogów srebra. Nie zwróconoby uwagi na te dwie drobne wzmianki, gdyby nie analogiczne spostrzeżenia, poczynione przy nowej postaci srebrnicy. BLASCHKO <sup>5)</sup> i LEWIN <sup>6)</sup> opisali prawie jednocześnie pod nazwą srebrnicy miejscowej (*argyria localis*) zmiany w skórze rąk robotników z fabryk wyrobów srebrnych. Przy piłowaniu srebra ostre cząsteczki metalu, odpryskując, wbijają się w skórę i pozostawiają w niej, nie wywołując żadnych dolegliwości; po dłuższym dopiero czasie wokoło tej opilki srebrnej wytwarza się pole ciemnego zabarwienia skóry, w którym badania mikroskopowe wykryły zmiany następujące: w środku tkwi cząsteczka, srebra, od niej zaś rozchodzi się siatka coraz słabiej w kierunku ku obwodowi zabarwionych włókien, które zupełnie przypominają opisane przez BALTZER'a <sup>7)</sup>

1) RIEMER B. Ein Fall von Argyria. Arch. d. Heilkunde 1866. t. 16, 17.

2) JACOBI. Arch. f. exper. Path. und Pharmak. t. VIII, cyt. u. Jahn'a.

3) VIRCHOW. Cellularpathologie 1872, str. 250.

4) NEUMANN I. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1880. Tenże. Ueber Argyrie. Allg. wiener med. Ztg. 1878.

5) BLASCHKO A. Ueber physiol. Versilberung des elastischen Gewebes. Arch. f. mikroskop. Anatomie 1886. t. 27, str. 651.

6) LEWIN G. Ueber locale Gewerbeargyrie. Berl. klin. Woch. 1886, Nr. 26.

7) BALTZER. Recherches techn. sur le tissu élast. Arch. de physiologie 1882, str. 314.

sieci włókien elastycznych. Za tem, że są to istotnie włókna elastyczne, przemawiają również wyniki traktowania preparatów amoniakiem i ługiem. Przy srebrnicy miejscowej znajdowano złogi srebra jeszcze w wewnętrznej warstwie ściany naczyń i w otoczkach ciałek dotykowych. Powyższe obrazy mikroskopowe tłómaczy BLASCHKO w sposób następujący: srebro metaliczne, tkwiące w skórze, wstępuje tu w rozpuszczalne połączenia chemiczne, które przesączają się na wszystkie strony, dopóki nie natrafiają na włókna i substancję elastyczne, w których natychmiast ulegają redukcji.

JAHN <sup>1)</sup> przy opisie srebrnicy ogólnej mówi o redukujących bio-chemicznych własnościach tkanki elastycznej i gładkich mięśni.

DOHI <sup>2)</sup> podkreśla ze szczególnym naciskiem zabarwienie srebrnicowe włókien elastycznych.

Tak więc zapominano o teorii mechanicznej RIEMER'a i przyjęto ogólnie objaśnienie chemiczne FROMMANN'a z tą tylko różnicą, że niewyraźne jego domysły zastąpiono przez bio-chemiczne działanie tkanek i substancji elastycznych.

Prócz tych zasadniczych hipotez, obejmujących całokształt obrazu, wypowiadano oddzielne przypuszczenia, wyjaśniające pojedyncze zjawiska srebrnicy. We wszystkich przypadkach skóra twarzy i szyi była najsilniej zabarwiona, stąd narzucał się sam przez się wniosek o redukcyjnym działaniu promieni słonecznych na niepokryte części ciała. KOBERT <sup>3)</sup> myśl tę nawet uogólnił, wypowiadając przypuszczenie, że i w narządach wewnętrznych te z nich są więcej pigmentowane, w których fizjologicznie odbywają się silniejsze sprawy redukcyjne.

Przy tworzeniu hipotez i teorii nie opierano się jedynie na preparatach anatomiczno-patologicznych i przerobionych z nimi próbach chemicznych. Doświadczenie biologiczne miało sprawę wyjaśnić. Najwięcej nad tym przedmiotem pracowano w Dorpacie pod kierunkiem KOBERTA, szczęśliwsiymi jednak byli francuzi. HUET'owi <sup>4)</sup> powiodło się otrzymać u szczurów coś zbliżonego do srebrnicy ogólnej. Wniosków jednak oświetlających ludzką srebrnicę i jemu nie udało się wyciągnąć.

Przypadek nasz dotyczy 77-letniego starca, z którego historii choroby podają następujące dane: pomiędzy latami 1890—1900 cierpiał chory na katar kiszki i żołądka i na napadowo występujące kolki żółciowe. Widocznie podejrzewano wrzód żołądka, bo wraz z rozmaitymi środkami, otrzymywał chory i Arg. nitr. w systematycznie przeprowadzonej kuracji: rozpoczęto od dawek małych [0,02 : 200,0 w przeciągu 3-ch dni] stopniowo dochodząc do 0,06 : 200,0. Ostatnią dawkę powtórzono 3 razy, by wrócić powoli do początkowej. W ciągu 10-u lat choroby przeszedł chory 3 kuracje tego rodzaju i nie jest

<sup>1)</sup> JAHN. Ueber Argyrie. Ziegler's Beitr. t. 16, str. 218.

<sup>2)</sup> DOHI. Ueber Argyrie. Virch. Arch. 193, str. 148.

<sup>3)</sup> KOBERT R. Ueber Argyrie in Vergleich zur Siderose. Arch. f. Dermat. und Syphil. 1893, str. 772. Tenze. Lehrbuch der Intoxikationen 1893.

<sup>4)</sup> HUET. Recherches sur l'Argyrie. Journal d'Anatomie et Physiol. 1873, lipiec.

wykluczone, że i prywatnie używał tego skutecznego, jak mniemał, środka. W każdym razie otrzymał co najmniej 3,38 gr. *Arg. nitr.*; zmarł z powodu miażdżycy naczyń i marskości nerek.

Rozbiór zwłok wykazał pomiędzy innymi co następuje: skóra czaszki, twarzy i szyi zabarwione bardzo silnie na czarno-szaro-brunatno, również spojówka gałki i powiek. Na reszcie ciała zabarwienie nie widoczne, jedynie tył ręki cokolwiek brunatny. Śluzówka jamy ustnej, podniebienia miękkiego i twardego niewyraźnie zabarwione. Obwódki na dziąsłach niema. Serce i naczynia zdradzają silne zmiany miażdżycowe. W nerkach objawy bardzo rozwiniętej marskości miażdżycowej. W krezce pojedyncze szaro-czarne gruczolę nie powiększone. Śluzówka kiszek szaro-brunatna, pozatem żadnych zmian. Sploty naczyńiówki mózgu mocno szaro-czarne.

Do badania mikroskopowego wzięto części prawie wszystkich narządów. Utrwalono je w formolu i zalewano w celloidynie. Do barwienia służyły li-thioncarmin, haemalaun, van GIESON i elastyna WEIGERT'a, w której fuchselinę zastąpiono safraneliną, by na różowym tle włókien elastycznych wyraźniej występowały czarne ziarenka srebra. Jednocześnie badano preparaty niebarwione i traktowane cyankiem potasu.

W skórze, wziętej z okolic głowy, szyi, uda, brzucha i piersi, naskórek nie wykazuje śladów osadu. W warstwie brodawkowej (*stratum papillare*) leżą obficie na włóknach i pęczkach elastycznych drobne, czarne ziarenka, które towarzyszą włóknom elastycznym do ciałek brodawkowatych, tworząc krótkie kropkowane linie, to proste, to wężykowate lub też rozgałęzione w postaci drzewa. Tu i owdzie ciągnie się pod naskórkiem na krótkiej przestrzeni gęstsze pasemko ziarenek, odpowiadające warstwie elastycznej rozpostartej pod naskórkiem, ale nie dotykającej bezpośrednio komórek pali-sadowych. W warstwie siatkowatej (*stratum reticulare*) pigmentacja słabsza. Gruczolę potowe wykazują bez wyjątku w swych błonach podstawowych drobnutkie, jednakowej wielkości, równomiernie rozsiaue, czarne ziarenka. Drogi wywodowe posiadają jedynie w swych dolnych odcinkach złogi srebra, górne—są prawie zawsze od nich wolne. Włosy dotknięte są srebrnicą bardzo nierównomiernie; w jednych znajdujemy obfite złogi w torebce włosa, a szczególnie w błonie szklistej, w innych wcale ich niema. Kąt między naskórkiem a pochwą korzenia zdaje się być ulubionem miejscem osadu, podobnie jak i brodawki włosowe, które są zawsze usiane trochę większemi, czarnemi cząsteczkami srebra. Elastyczno-włóknista otoczka gruczolów łojowych mniej lub więcej wysadzona drobnymi ziarenkami. Mięśnie przywłosne (*musc. arrect. pillor.*) posiadają złogi prawie tak gęste, jak błony podstawne gruczolów potowych. Najmniejsze tętniczki usiane są dość obficie ziarenkami w całej grubości ściany, żyły tylko nieznacznie. Naczynia włoskowe zupełnie wolne. Większe naczynia podskórza, jak i podskórze wogóle posiadają tylko minimalną pigmentację. Złogi w pochewce nerwu (*perineurium*) składają się z dość wielkiej liczby drobnutkich ziarenek. Ten sam obraz powtarza się we wszystkich badanych częściach skóry jedynie z różnicami ilościowymi. Na czele stoi skóra głowy; prawie tę samą

ilość złogów znajdujemy w skórze szyi, potem idą w jednym rzędzie skóra pier-  
si i brzucha, w końcu skóra uda.

W mięśniówce języka leżą dość liczne ziarenka srebra w owłóknieniu mię-  
śniowej (*sarcolemma*) i omięsnej. Atoli ich głównem siedliskiem są broda-  
wki nitkowate (*papillae filiformes*) z ich bogatymi sieciami włókien ela-  
stycznych, przypominającemi obrazy brodawek skórnych. I tu, jak i tam je-  
dynie włókna elastyczne usiane są obficie drobnymi ziarenkami. W podśluz-  
ówce znajdują się złogi jedynie w sąsiedztwie naczyń tętniczych i w ich  
ściankach. Naczynia zaś w głębi położone nie są wcale pigmentowane. Gru-  
czoły śluzowe i białkowe zawierają tylko nieliczne ziarenka w błon-  
kach podstawnych i w międzyzrazikowej tkance łącznej; trochę więcej osadu  
widać wokoło dróg wywodowych i w zrazikach naokół tych pęcherzyków, któ-  
re leżą więcej ku obwodowi. Stosunkowo mocno jest pigmentowana okolica,  
przylegająca do kanalików BOCHDALEKA. Wszystkie te stopniowania  
w natężeniu srebrnicy są zależne od bogactwa włókien elastycznych i są, na-  
turalnie, w prostym stosunku do ich rozwoju. Tkanka gruczołowa gru-  
czołów mieszkowych nie zawiera wcale osadu.

[D. c. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHRONICZNYCH CHORYCH NERWOWYCH DRA Z. BYCHOWSKIEGO  
W SZPITALU NA PRADZE.

PRZYCZYNEK DO PSYCHOANALIZY I PSYCHOTERAPII HISTERYI<sup>1)</sup>,

[Przypadek z usuniętą siedem lat trwającą paraplegią histeryczną].

Podał

Tadeusz Jaroszyński.

Jakkolwiek histerya jest chorobą banalną, jednak niektóre jej przypad-  
ki mogą zasługiwać na bliższą uwagę czyto ze względu na trudności i omyłki  
rozpoznawcze, do których histerya, ta „*grande simulatrice*“ tak często powód  
daje, czy ze względu na stronę psychologiczną cierpienia, tak często podno-  
szoną w ostatnich czasach przez autorów różnych teorii genetycznych tej cho-  
roby, czy wreszcie ze względu na skutek terapeutyczny, który nieraz, z uwa-  
gi na długotrwałość cierpienia, bywa istotnie zadziwiający. Właśnie wszy-  
stkie względy przytoczone wyróżniają poniższy przypadek i dlatego pragnie-  
my podać jego krótki opis wraz z analizą psychologiczną choroby.

<sup>1)</sup> Według demonstracji w Sekcyi Neurologiczno-Psychiatrycznej Warszawskiego To-  
warzystwa Lekarskiego, w marcu r. 1909.

Chora S. K., lat 28, z zawodu szwaczka, dotknięta od lat 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> porażeniem obu kończyn dolnych.

Wywiady wskazują na obarczenie dziedziczne. Ojciec zmarł na gruźlicę płuc, matka po udarze apoplektycznym [w ciągu paru miesięcy prawostronne porażenie wraz z niemotą], 3 siostry chorowały i poumierły na gruźlicę.

Chora w 3-im roku życia spadła z 1-ego piętra na kamienie, leżała nieprzytomna kilka godzin. Po 3-ch dniach leżenia w łóżku wstała i chodziła, miała jednak bole w krzyżu i przestała jakoby rosnąć; po 3-ch latach zauważono skrzywienie kręgosłupa, powiększające się coraz bardziej i przechodzące w *kyphosis*. W 13-ym roku życia podlegała leczeniu ortopedycznemu, bez skutku. Garb rósł do lat 17-u, nie przeszkadzało jej to jednak pracować w sklepie, szyć na maszynie nożnej Singer'a i t. d. Wogóle czuła się wtedy ogólnie zdrową, wesołą, żywą, chodziła szybko, w pracy była energiczna.

W 18-ym roku życia przechodziła blednicę, od tego czasu poczęła niedomagać: miewała bole w rękach i nogach, omdlenie w dolnych kończynach, robiło jej się słabo, mdlała. Położyła się do łóżka, stan się ciągle pogarszał: miewała napady nerwowe z drgawkami, była jakoby w ciągu kilku miesięcy nieprzytomna, karmiono ją sztucznie, nie mówiła, nie miała władzy w kończynach. Po 6-u miesiącach zaczęła powoli dochodzić do zdrowia i znów w ciągu lat kilku chodziła do zajęcia.

W 21-ym roku życia zmieniły się jej warunki materyalne—straciła ojca i siostry, musiała ciężko pracować na utrzymanie. Napady drgawek powtórzyły się, zaczęła doznawać osłabienia w nogach; zmienił się jej charakter—stała się skłoną do płaczu, „nerwową“. Zachorowała na płuca, wstąpiła do szpitala, gdzie leżała parę miesięcy; tu stopniowo rozwinął się niedowład, a później bezwład dolnych kończyn, wraz z zaburzeniami mocz i stolca [zaparcie, zatrzymanie moczu]. Karta szpitalna z tych czasów głosi: „*Tbc. pulmonum, caries vertebrarum*”—przypuszczano więc, że porażenie jest charakteru organicznego (*myelitis e compressione*).

Chora już więcej nie wstała z łóżka i została przeniesiona do przytułku chorych chronicznych na Pradze, jako nieuleczalna. Karta szpitalna z tego oddziału z przed lat 6-u wskazuje, że i wtedy chora miała *retentio urinae*, znieczulenia do pasa, bole w dolnych kończynach, co w połączeniu z *kyphosis* nasuwało możliwość cierpienia organicznego (rozpoznanie: *paraplegia spastica, spondylitis tbc.*). W ciągu lat następnych stan chorej był bez zmian: zupełna niemożność chodzenia, nawet podniesienia tułowia na łóżku, bezwład dolnych kończyn, bole w krzyżu i w nogach.

W kwietniu 1907 r., chora była demonstrowana przez dra BYCHOWSKIEGO w Seceyi Neurologiczno-Psychiatrycznej jako przypadek paraplegii hysterycznej o bardzo ciężkim i długim przebiegu—w zamiarze wykazania, że dawniejsze rozpoznania, przypuszczające sprawę organiczną, były błędne. Według protokołu posiedzenia, *status praesens* chorej w owym czasie był następujący:

„Psychika bez zarzutu. Intelligencya znaczna. Chora skłonna do płaczu. *Kyphosis arcuata*, zaczynająca się od 2—3-go kręgu piersiowego i kończąca się

na wysokości 1—2-go kręgu lędźwiowego. *Bronchitis dif.* Sprawność serca zadowalająca.

„Węch z obydwu stron zniesiony. Lewa źrenica > prawej—obie o szybkim odczynie. Maksymalne zwężenie pola widzenia z obydwu stron. Dno oka normalne. Słuch z prawej strony przytępiony. Zniesienie smaku z prawej strony, a od niedawna znaczne osłabienie smaku i z lewej strony. Drżenie włókienkowe w języku. Zupełne prawostronne znieczulenie połowicze. Znaczne osłabienie czucia ciepła i ze strony lewej. Czasami też *hypalgesia* na prawej stopie i dolnej części goleni.

„Ruchy głowy wolne. Ruchy górnymi kończynami wolne. Siła gruba nieznaczna, w prawej > lewej. Drobnе drżenie w dłoniach z prawej strony > lewej. Ataksyi niema. Obie dłonie zimne, ale bez zmian odżywczych i zaników. Charakter pisma ładny. Chóra szyje. Odruchy ścięgnowe z lewej strony > prawej. Odruchy brzuszne górne i dolne b. żywe.

„Dolne kończyny zimne, sinawe. Prawą może chora podnosić na 10—15-u ctm., zgina w kolanie; ruchy dowolne stopą możliwe; lewa pozbawiona absolutnie wszelkich ruchów dowolnych. Ruchy bierne tu bolesne. *Pes equinovarus sin.* Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa z obydwu stron żywe. Podeszwywy na prawej tylko stronie, BABIŃSKIEGO i OPPENHEIM'a stanowczo otrzymać nie można. Zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki stolcowej niema. Chora narzeka ciągle na bole w plecach. Nie sypia.

„Zmiany czucia i narządów zmysłu wskazują oczywiście na istnienie hysterii w danym przypadku. Ale i porażenie dolnych kończyn, które, jakby się zdawało z pierwszego wrażenia, zależne jest od ucisku rdzenia, jest tu też pochodzenia historycznego. Gdyby tu było jakieś t. zw. organiczne cierpienie rdzenia, wywołujące paraplegię, należałoby przedewszystkiem spodziewać się tu uszkodzenia dróg piramidowych. Tymczasem niema tu ani jednego objawu podrażnienia piramid. Niema ani hipertonii, ani BABIŃSKIEGO, ani OPPENHEIM'a, ani drżenia stopowego. Obecność zaś odruchów brzusznych też w znacznym stopniu przemawia przeciwko cierpieniu piramid. Brak zmian troficznych [odleżyn, zatok i t. p.] i zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki stolcowej, obecność na doln. kończ. odruchów ścięgnowych i zachowanie czucia po stronie prawej wyłącza oczywiście jakieś poprzeczne uszkodzenie rdzenia“.

W dyskusyi, jaka wywiązała się po tej demonstracji, jedni zgodzili się na dyagnozę hysterii, drudzy przypuszczali raczej cierpienie organiczne [syryngomyelia, choroba KUEMMEL'a i t. d.], tak, że kwestya ta nie została rozstrzygnięta.

---

Chorą tę poczęliśmy obserwować od stycznia r. ubiegłego [w 1½ roku po powyższej demonstracji] i stwierdziliśmy zupełne *status quo* z danemi w cyt. pro-

tokóle. Przy badaniu dolnych kończyn nasuwały nam się dwa objawy, potwierdzające przypuszczenie, że porażenie nie jest organiczne: występowanie bolesności przy ruchach biernych w stawie biodrowym, kolanowym i stopowym oraz napinanie się mięśni w kończynach porażonych w celu czynnej obrony przed bolesnymi ruchami biernymi [zwłaszcza wyraźnie to występowało w dolnej kończynie lewej, pozbawionej pozornie wszelkich ruchów czynnych, a mimo to „sprzeciwiającej się“ podczas wykonywania biernych ruchów przez badającego].

28-go stycznia chorą poddano leczeniu psychicznemu oraz elektryzacji. Seanse trwały po 2—3 godziny dziennie, gdyż jednocześnie starano się przeprowadzić psychoanalizę przeszłości chorej, starając doszukać się przyczyn choroby. Zrazu usunięto zapomocą faradyzacji znieczulenie lewostronne, potem działano na poszczególne ruchy kończyn dolnych, stosując t. zw. reedukcyę. Po 3-ch seansach chora zaczęła podnosić nogi do góry, 7-go dnia leczenia zrobiła kilka kroków, trzymając się krzesła, po 12-ym seansie [7-go lutego] poczęła chodzić bez niczyjej pomocy, lekko kulejąc na lewą nogę. Parę dni później przebiegła przez pokój, podskoczyła parę razy do góry. W tym samym czasie zmienił się jej charakter—z płaczelivej, wiecznie skarżącej się na różne dolegliwości, stała się wesołą, uśmiechniętą.

W następnym tygodniu jednak zaczęło się znowu pogorszenie: w dolnych kończynach wystąpiły przy stąpieniu silne bole w pachwinach, utrudniające chodzenie, tak, że chora mogła chodzić, tylko opierając się na lasce, co jej zmniejszało bole przy stąpieniu. Na razie myśleliśmy, iż te bole zależały od naderwania ścięgien mięśni, okalających staw biodrowy, wskutek forsownego działania po tylu latach nieczynności. Jednak badanie bliższe wykazało, że bole te były charakteru psychicznego [znikanie przy odwróceniu uwagi, występowanie ich nawet przy lekkich ruchach biernych, ustępowanie pod wpływem leczenia psychicznego] i że były jakoby bezwiedną samoobroną przed całkowitem wyleczeniem. Jak się okazało bowiem, atmosfera sali szpitalnej nie sprzyjała leczeniu: sąsiadki poczęły się wyśmiewać z chorej, że tyle lat udawała chorobę, że „doktorzy chcą ją naumyślnie wyleczyć, a potem wypisać“ i t. d. Po odpowiedniem oddziałaniu na tę stronę rzeczy, poprawa znowu zaczęła postępować naprzód.

W tym czasie [20-go lutego r. ub.] chora była po raz drugi demonstrowana w Sekcyi Neurologicznej z nast. *status praesens*: Chora chodzi, opierając się na lasce, kuleje na nogę lewą. Zaburzenia ze strony czucia i zmysłów ustąpiły: węch normalny, pole widzenia normalne, znieczulenia połowicznego niema. Ciepło i zimno odczuwa chora na kończynach dolnych dobrze. Stan odruchów bez zmian. Siła ruchowa w dolnych kończynach: lewa noga słabsza od prawej, zwłaszcza przy fleksyi w stawie biodrowym, oraz wyprostowaniu w stawie stopowym (lewa stopa w dalszym ciągu w stanie *pes equino-varus*).

Po pokazie leczenie elektrycznością oraz hipnozą rozmyślnie przerwano. U chorej wystąpiło znowu pogorszenie [zmienił się humor, zjawił się cały szereg objawów subiektywnych, pogorszył się również stan siły mięśniowej kończyn dolnych]—jednak na czas krótki. Po miesiącu znowu wystąpiła po-



prawa i obecnie [2 mies. później] chora ma samopoczucie znakomite, chodzi z pomocą laski zupełnie dobrze <sup>1)</sup>.

[D. n.].

### III. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.

Podał

Michał Pietkiewicz.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego polskiego w Kijowie w dniu 7. października 1909 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 7].

Przypadek 7-y. *Cystitis tuberculosa. Nephrectomia dextra.*

M. Sz., 45 lat, izraelitka. Odybła poród 2 lata temu prawidłowo. Cewnikowania pęcherza moczowego nie było. Miesiączkuje prawidłowo. Choroba pęcherza moczowego rozpoczęła się w czasie ciąży; wtedy doznawała silnego bólu przy oddawaniu moczu. Stopniowo objawy chorobne wzmagaly się. Obecnie co chwilę potrzebuje mocz oddawać; całymi nocami przesiaduje na nocniku. Bole przytem są bardzo silne. W płucach, gruczołach i narządach płciowych nie znaleziono żadnych zmian. Prawa nerka wyczuwa się dokładnie; nieco bolesna. Lewej nerki nie wyczuwa się.

Cystoskopia 9. IX. 1907. Pojemność pęcherza 60 do 77-u ctm. sz. Mocz bardzo mętny. Zabarwienie słuzówki koloru ceglatego. Naczynia krwionośne nie różniczkują się. Znaczne wybroczyny w dolnej części pęchacza, szczególnie w okolicy dna (*bas fond*). Znaczna liczba typowych gruzełków gruźliczych w okolicy brodawki prawego moczowodu. Ujęć moczowodów nie znalazłem.

Badanie moczu: Odczyn kwaśny, ciężar gatunkowy 1010. Białka 0,02%<sub>00</sub>. Mucyny ślady. W osadzie: dużo komórek nabłonka dróg moczowych. Leukocytów 80—100, erytrocytów 5—6-u w polu widzenia. Wałeczki szkliste: 1 na 2-u, 3-ch preparatach. Kryształów soli moczowych nie znaleziono. Prątki gruźlicze od 5-u—6-u na 10-u—15-u polach widzenia.

<sup>1)</sup> Dopisek podczas korekty w 11 mies. później. Chora kilka mies. temu przechodziła dwa krótkotrwałe stany maniakalne (po parę tygodni), podczas których przy wzmózonej ogólnej ruchliwości biegała, tańczyła i t. d. Obecnie znajduje się w szpitalu dla chroniczków w Górze Kalwaryi w dobrem samopoczuciu ogólnem, „chodzi bez laski zupełnie poprawnie, opadnięcie stopy (*pes equino-varus*) lewej wyrównane zostało, porażenia dolnych kończyn niema ani śladu“ (według listu dra RZESZOTAŃSKIEGO z d. 4-go lutego r. b.).

Mocz został zastrzyknięty śwince morskiej do jamy brzusznej [9. IX. 1907 r.]. Leczenie pęcherza moczowego: przemywania roztworem sublimatu.

Cystoskopia 22. IX. 1907. Pojemność pęcherza 75 ctm. sz. Inne objawy, jak poprzednio. Ujścia prawego moczowodu nie znalazłem. Ujście lewego moczowodu prawidłowe.

Kateteryzacja lewego moczowodu: Odczyn moczu kwaśny, ciężar gatunkowy 1015. Białka niema. Leukocyty: 1 na 2-u, 3-ch polach widzenia. Pierwiastków nerkowych i drobnoustrojów nie znaleziono. I. XI. 1907 r. U świnki morskiej stwierdzono gruźlicze zapalenie otrzewnej.

Chociaż nie udało mi się znaleźć ujścia prawego moczowodu i przeprowadzić kateteryzację jego, jednak objawy charakterystyczne w pęcherzu moczowym [typowe gruźelki gruźlicze, umiejscowione w okolicy brodawki prawego moczowodu] przemawiały za tem, że mamy tutaj do czynienia z gruźlicą prawej nerki [porównaj przyp. 1-y i 5-ty]. Prób z floryzyną i karminem indygowym nie podobna było przeprowadzić z powodu nadzwyczajnej bolesności pęcherza moczowego.

W obec ciężkich męczarni chorej i prośby jej o pomoc doraźną, a także w obec tego, że mocz, otrzymany z nerki lewej, był prawidłowy, zdecydowaliśmy wspólnie z drem I. BONDAREWEM zaproponować chorej operację wycięcia prawej nerki, która, naszym zdaniem, była przyczyną choroby; nie podejrzewaliśmy bowiem w tym przypadku pierwotnej gruźlicy pęcherza, która, zgodnie z opinią autorów, wyjątkowo rzadko się zdarza.

Chora zgodziła się chętnie na operację.

3. XI. 1907 r. *Nephrectomia dextra*. Operowali drowie BONDAREW i FUDAkowski w chirurg. oddziale szpitala miejskiego. W nerce wyciętej nie znaleziono, wbrew oczekiwaniu, żadnych zmian gruźliczych [dr J. KWIATKOWSKI]. Tylko na powierzchni nerki znaleziono po odluszczeniu torebki 2 niewielkie blizny i w mięszu na jednym miejscu zwapnienie wielkości łebka od szpilki, bez śladu odczynu zapalnego w tkance otaczającej. Zresztą tkanka nerki była zupełnie prawidłowa, co stwierdzono badaniem makroskopowem i drobnowidzowem. W miedniczce nerkowej były nieznaczne zmiany nieżytowe (*pyelitis*). Odcinek nerkowy moczowodu nie rozszerzony, słuzówka jego bez zmian.

Okres pooperacyjny pomyślny. Wkrótce po operacji objawy chorobne ze strony pęcherza moczowego [bolesne parcie na mocz] zmniejszyły się znacznie. Zrobiono kilka przemywań pęcherza roztworem sublimatu i kwasu karbolowego.

Badanie zapomocą cystoskopu we 4 tygodnie po operacji stwierdziło przedmiotowo znaczną poprawę: zapalenie słuzówki pęcherza zmniejszyło się; gruźelki gruźlicze znikły, pozostawiając po sobie płytkie owrzodzenia. W dwa miesiące po operacji zastrzyknięto mocz śwince morskiej; wynik był ujemny: świnka zabita po 3-ch tygodniach nie miała objawów gruźlicy.

Operowana opuściła szpital z raną zagojoną. Oddawanie moczu było jeszcze dosyć częste i nieco bolesne. O dalszym losie operowanej nie miałem wiadomości.

W obec znanych w literaturze faktów [przypadki DESNOS'a, KNORR'a p. 277],

iz nerki zdrowe mogą wydzielać mocz, zawierający prątki gruźlicze, nie będzie, być może, niesłusznem przypuszczenie, iż w tym przypadku zakażenie pęcherza moczowego spowodowane zostało przez drobnoustroje [prątki gruźlicze], wydzielające się z moczem nerki prawej, która z powodów nam nieznanych pozostała odporną na zarazek gruźlicy. Na korzyść tego przypuszczenia przemawia ta okoliczność, że 1) sprawa gruźlicza w pęcherzu była umiejscowiona przeważnie w okolicy ujścia prawego moczowodu, 2) że po wycięciu prawej nerki choroba pęcherza uległa znacznej zmianie ku lepszemu i 3) że w parę miesięcy po operacji przestały wydzielać się z moczem prątki gruźlicze, które przed operacją znajdowano niejednokrotnie.

Przypadek 8-my. *Tuberculosis renis sinistri. Tuberculosis ureteris sinistri. Tuberculosis partialis vesicae urinariae.*

E. C., 41 lat, rusinka. Poród odbyła rok temu. Miesiączki po porodzie nie było. Zachorowała 3 miesiące temu: częste i bolesne parcie na mocz; od czasu do czasu krwawienie z narządów moczowych. Płuca, gruczoły chłonne i narządy płciowe bez zmian.

Cystoskopia 18. II. 1908 r. Pojemność pęcherza 150 ctm. sz. Przekrwienie i nacieczenie w okolicy zwieracza wewnętrznego i całej dolnej części pęcherza. *Ligamentum interuretericum* pokryte płytkami owrzodzeniami. Koło ujścia lewego moczowodu kilka typowych gruzełków gruźliczych. Ujście prawego moczowodu bez zmian. W górnej części pęcherza błona śluzowa prawidłowa.

Katetyzacja moczowodów. Mocz z nerki prawej prawidłowy. W moczu nerki lewej znaleziono niewielką ilość białka i niewiele erytrocytów, bardzo dużo leukocytów. Drobnoustroje: prątki gruźlicze.

Doświadczenia z floryzyną. Prawa nerka: odczyn na cukier dodatni po 28-u minutach. Lewa nerka: odczynu niema wcale.

Chromocystoskopia [z karminem indygowym]. Prawa nerka: mocz silnie zabarwiony po 10-u minutach. Lewa nerka: zabarwienia niema.

Chora nie chciała poddać się operacji i usunęła się z pod obserwacji.

Przypadek 9-y. *Tuberculosis renis sinistri. Tuberculosis ureteris sin. Cystitis tuberculosa. Nephrectomia sin.*

S. B., 32 lat, izraelitka. Odbyła 7 porodów; ostatni 3 miesiące temu. Zachorowała 2 miesiące temu na częste i bardzo bolesne parcie na mocz. W nocy wstaje 10—12-u razy. Karmi dziecko piersią. Miesiączki nie było. W płucach, narządach płciowych i gruczołach zmian nie znaleziono. Wygląd chorej nie zdradza poważnego cierpienia.

Cystoskopia 26. IX. 1908. Pojemność pęcherza 80—100 ctm. sz. Znaczne przekrwienie całej śluzówki. Wybroczny. Ujście lewego moczowodu rozwarte, wydziela mocz mętny. Ujście prawego moczowodu bez zmiany, wydziela mocz przezroczysty.

Katetyzacja moczowodów. Lewa nerka; leukocytów 5—8-u w polu widzenia, erytrocytów bardzo mało. Prątki gruźlicze znaleziono w każdym prawie preparacie. Prawa nerka: leukocytów 10—15-u w polu widzenia. Erytrocyty z rzadka. Prątków gruźliczych niema.

Doświadczenia z floryzyną. Lewa nerka: odczynu na cukier niema. Prawa nerka: odczyn dodatni po 30 u minutach.

Chromocystoskopia [z karminem indygowym]. Lewa nerka: zabarwienia moczu nie było wcale. Prawa nerka: zabarwienie wyraźne po 10-u minutach.

Operacja [w marcu 1909 r.]. *Nephrectomia sin.* Operował dr P. Kaczkowski w lecznicy własnej w Kijowie. W wyciętej nerce znaleziono 2 duże jamy, napełnione gęstą ropą. Po operacji objawy chorobne ze strony pęcherza moczowego zmniejszyły się wprawdzie, ale trwały ze znacznym napięciem przez czas długi. Po operacji przemywałem pęcherz w ciągu paru miesięcy roztworem sublimatu. Obecnie [w październiku 1909 r.] rana nie jest jeszcze zagojona. Chora chodzi do szpitala miejscowego na opatrunek. Mocz oddaje dosyć często, bez wielkiego bólu. Prątków gruźliczych w moczu nie znaleziono. Ogólny stan zdrowia zadowalający.

Przypadek 10-y. *Tuberculosis renis sinistri. Tuberculosis ureteris sin. Nephrectomia et ureterectomia sin.*

M. Cz., 10 lat, izraelitka. Chora prawie od roku. Od czasu do czasu miewa bardzo obfite krwawienie z narządów moczowych. W płucach, narządach płciowych i w gruczołach chłonnych nie znaleziono żadnych zmian. Na tylnej części uda prawego widać głębokie blizny, pozostałe po dawno przebytej sprawie zapalnej [gruźliczej?] w kości udowej. Chora gorączkuje. Ciężota ciała podnosi się czasami do 38,0° i 39,0° C.

Cystoskopia [12. X. 1907 r.] po poprzednim rozszerzeniu cewki moczowej w uśpieniu chloroformowem [w chirurg. oddziale szpitala miejskiego]: pojemność pęcherza 150 ctm. sz. Błona śluzowa prawidłowa. Brodawki i ujścia moczowodów bez zmian. Z ujścia lewego moczowodu wydziela się mocz mętny.

Badanie moczu 17. X. 1907 r. Odczyn kwaśny. Ciężar gatunkowy 1020. Białka 1,0‰. Leukocytów 150—200 w polu widzenia. Erytrocytów bardzo dużo. Wałeczków i kryształów nie znaleziono. Prątków gruźliczych nie wykryto.

Badanie moczu 30. II. 1908 r. Odczyn słabokwaśny. Ciężar gatunkowy 1011. Białka 0,07‰. Leukocytów bardzo dużo. Erytrocytów: 1 na 12-u 15-u polach widzenia. Wałeczki szkliste 1 na 1-y m, 2-u preparatach. Drobnoustroje: dużo paciorkowców. Prątków gruźliczych nie znaleziono.

W ciągu paru pierwszych miesięcy 1908 r. stan zdrowia chorej polepszył się znacznie. Krwawienia z narządów moczowych nie było. Oddawanie moczu odbywało się niezbyt często i bez żadnego bólu.

W pierwszych dniach kwietnia 1908 r., utworzył się ropień w lewym boku w okolicy nerki. Ropa wydzielała się obficie w ciągu 1 roku i 4-ch miesięcy aż do czasu radykalnej operacji. W marcu 1909 r. chora uskarżała się na częste oddawanie moczu, ale bez żadnego bólu. W lipcu tegoż roku zapisała się na oddział chirurgiczny szpitala miejskiego z powodu niegojenia się przetoki w lewym boku.

**Cystoskopia** [15. VIII. 1909]. Pojemność pęcherza 200 ctm. sz. Błona śluzowa prawidłowa. Ujście prawego moczowodu bez zmiany, wydziela moczu przezroczysty. Ujście lewego moczowodu szeroko rozwarte, o brzegach nierównych, usianych kilkoma typowymi gruzelkami gruzliczymi. Z lewego moczowodu wydziela się moczu koloru białawego, jak mleko zmieszane z wodą.

**Katetyzacja moczowodów**, po poprzednim rozszerzeniu cewki moczowej w uspieniu chloroformowem:

**Prawa nerka.** Moczu koloru blado-żółtego zawiera białko, dużo leukocytów, erytrocytów, komórki nabłonka nerkowego, wałeczki szkliste i ziarniste. Drobnoustrojów nie znaleziono.

**Lewa nerka.** Leukocytów, ciałek ropnych i białka bardzo dużo. Wiele paciorkowców. Prątków gruzliczych nie znaleziono!

Chociaż kilkakrotne badanie moczu nie wykryło w nim prątków gruzliczych, zmiany w pęcherzu, widziane przez cystoskop, stanowczo przemawiały za gruzlicą lewej nerki.

**Chromocystoskopia** [z karminem indygowym]. Moczu z prawej nerki zabarwił się silnie po 8-u minutach. Moczu z nerki lewej nie zabarwił się wcale.

**Operacja** [26. VII. 1909]. *Nephrectomia et ureterectomia sinistra.* Operował dr MEREŻYŃSKI w chirurgicznym oddziale szpitala miejskiego. Nerka kolosalnych rozmiarów. Duże zrosty z otrzewną. Miedniczka silnie rozszerzona. Moczowód grubości ołówka, twardy. Na przekroju nerki znaleziono kilka dużych jam, napełnionych gęstą ropą. W ścianach jam znaczna liczba gruzelków gruzliczych. W górnym odcinku nerki zachowana była prawidłowa tkanka nerkowa na niewielkiej przestrzeni.

Okres pooperacyjny—bezgorączkowy. Ilość moczu dostateczna. Badanie moczu na 3-ci dzień po operacji wykazało sporą liczbę leukocytów i kryształów soli moczowych; ani krwi, ani wałeczków nie znaleziono.

4-go dnia po operacji zauważono przy opatrunku w głębi rany niewielką przetokę kałową, która dotychczas [dnia 6-go października 1909 r.] nie zagoiła się. Ogólny stan zdrowia wyśmięty. Mała pacjentka, do niedawna blada i zwiędła, nabrała cery zdrowej; jest wesoła i ożywiona; nie uskarża się na żadne dolegliwości. [D. n.]

---

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

---

Dalsze badania nad „psychoreakcją“ Mucha i Holzmann'a.

Podał

Kazimierz Oczesalski.

---

W N-rze 26-ym Gaz. Lek. z r. b. pomieściliśmy streszczenie pracy MUCHA i HOLZMANN'a [Münch. med. Woch. 1909, Nr 20], w której autorzy

na zasadzie licznych doświadczeń wyprowadzają wniosek, że surowice chorych na otępienie wczesne, psychozę maniakalno-depresyjną i niektóre postaci padaczki wpływają hamująco na hemolizę krwinek czerwonych ludzkich, normalnie przez jad węża kobry wywoływana. Własności tej natomiast posiadac nie mają wszystkie inne surowice, a więc pochodzące od ludzi zdrowych, chorych fizycznie i chorych na inne psychozy.

Odczyn powyższy, polegający na zahamowaniu hemolitycznych własności jadu kobrowego, przez autorów nazwany „psychoreakcją”, wzbudził duże zainteresowanie nie tylko ze względu na dalsze bardzo doniosłe wyniki, do których z natury rzeczy mógłby doprowadzić [wykrycie podstaw fizjologicznych 2-u najważniejszych form obłądki], ale w pierwszej linii ze względu na jego doniosłość dyagnostyczną, gdyż psychoreakcja w przypadkach otępienia wczesnego oraz psychozy maniak-depr. jest, podług swych twórców, bez wyjątku [100%] dodatnią.

Nie więc dziwnego, że liczni badacze [niemieccy] postanowili sprawdzić wyniki, przez MUCHA i HOLZMANN'a otrzymane. Od chwili ukazania się pracy tych autorów [maj r. ub.] do chwili obecnej ogłoszonych zostało w tym przedmiocie prac 17, i z nich krótkie sprawozdanie podajemy poniżej.

BRÜCKNER i MUCH (1) zbadali 200 surowic, pochodzących od przypadków z klinicznie pewnym rozpoznaniem i otrzymali wyniki, o tyle nie potwierdzające danych pierwotnych, że odmawiają odczynowi znaczenia dyagnostycznego.

GEISSLER (2) zbadał 331 surowic, z których 139 pochodziło od osobników, cierpiących na otępienie wczesne i psychozę maniak.-depr. Z tej liczby 88 surowic dało odczyn dodatni [zahamowanie hemolizy], a 51—ujemny. GEISSLER dochodzi do wniosku, że przypadki otępienia wczesnego oraz psychozy man.-depr. dają istotnie zawsze [100%] odczyn dodatni, ale pod warunkiem, jeżeli badamy surowicę chorych tylko wtedy, kiedy ci znajdują się w stanie podniecenia lub depresji; w innym czasie [interwale w przebiegu obłądki man.-depr., stupor katafoniczny i t. d.], odczyn daje wyniki ujemne. Co się tyczy padaczki, to dla cierpienia tego psychoreakcja jest bez znaczenia [32 dod. : 29 ujem.].

Praca GEISSLER'a [pochodząca z kliniki ASCHAFFENBURG'a] jest jedyną, choć z pewnym zastrzeżeniem, lecz naogół potwierdzającą znaczenie odczynu, nadane mu przez jego twórców. Wszystkie inne prace [3—17] znaczenia tego zaprzeczają.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że poważnie zakwestyonowaną została sama swoistość odczynu. Mianowicie BAUER (3) i ZALOCIECKI (4) stwierdzili, że zahamowanie hemolizy kobrowej następuje prawie zawsze przez dodanie surowicy noworodków [z pępowiny]; KRAUS, PÖTZL, RANZI i EHRLICH (5) przekonali się, że te same hamujące własności posiada surowica chorych na raka [surowica chorych na mięsaka, na odwrót, ma ułatwiać hemolizę kobrową]. Przy różnych cierpieniach fizycznych odczyn jest dodatni według SCHULTZ'a (6) w około 20% przypadków, według BEYER'a i WITTNEBEN'a (7) w 25%, według EISNER'a i KRONFELDA (8) w 33% i t. d. Wielu autorów otrzymywało odczyn dodatni od surowic ludzi zupełnie zdrowych, np. BEYER i WITTNEBEN w 10% badanych przypadków.

Stąd widzimy, że t. zw. psychoreakcja zdarza się [rzadko] u ludzi zdrowych, częściej u chorych fizycznie i prawie stale u noworodków i rakowatych. Za swoistą dla obłąkanych uważaną więc być nie może.

Podobnie rzecz się ma ze swoistością „psychoreakcji“ dla stopienia wczesnego i psychozy maniakalno-depresyjnej. SCHULTZ (6), EISNER i KRONFELD (8), BEYER i WITTNEBEN (7), NITSCHKE, SCHLIMPERT i DUNZELT (9), FRAENKEL, KATHE i BIEROTTE (10) otrzymali dodatni wynik odczynu w 50%—

60% przypadków otępienia wczesnego i przeważnie znacznie mniej w przypadkach psychozy maniakalno-depresyjnej i padaczki. Ci i inni (11—17) autorzy stwierdzili, że psychoreakcja występuje również i w innych chorobach psychicznych [od 10% do 50%] i nerwowych. Z danych powyższych można wyciągnąć tylko ten wniosek, że psychoreakcja MUCHA i HOLZMANN'a dla odróżnienia *dementiae praecocis* i psychozy maniakalno-depresyjnej od innych postaci obłądu, żadnego znaczenia mieć nie może.

Co się tyczy techniki omawianego odczynu, to przeważna większość autorów trzymała się dokładnie wskazówek MUCHA [p. Nr 26-ty „Gaz. Lek. 1909”]. Niektórzy jednak zamiast krwinek ludzkich używali krwinek końskich; inni używali mocniejszych, niż MUCH, rozczyńców jadu kobrowego; FRAENKEL, KATHE i BIEROTTE (10) używali nawet specjalnie mianowanych [jadem kobrowym] krwinek, co oczywiście dokładnie otrzymanych wyników mogło tylko powiększyć. HIRSCHL i POETZL (11) zrobili ciekawe spostrzeżenie, że tylko wtedy otrzymać można wyniki, podobne do wyników MUCHA i HOLZMANN'a, jeżeli do odczynu użyte będą krwinki ludzi, cierpiących na otępienie wczesne. NITSCH, SCHLIMPERT i DUNZELT (9) nie potwierdzają tego jednak zupełnie.

Ciekawe badania nad istotą odczynu MUCHA znajdujemy w obszernej pracy eksperymentalnej WALTERA BEYER'a (12). Na zasadzie licznych doświadczeń przedstawia autor hemolizę kobrową w sposób następujący: lipoidalna otoczka krwinek czerwonych łączy się z lecytyną; ta ostatnia zaś łatwo rozpada się pod wpływem zaczynów; jeżeli więc połączymy ze sobą krwinki czerwone, surowicę, zawierającą lecytynę i jad kobry, to lecytyna, rozpadając się pod działaniem lipazy kobrowej, pociągnie za sobą erythrocyty, w wyniku czego otrzymamy w próbówce hemolizę.

Zjawisko to jednak nie nastąpi wtedy, jeżeli dana surowica będzie zawierała w większej ilości cholesterynę, która również z krwinkami łączyć się może, lecz względem jadu kobrowego zachowuje się odpornie. W tym wypadku krwinki będą przez cholesterynę niejako ochronione przed jadem kobry, rezultatem czego będzie zahamowanie hemolizy. Pogląd powyższy w zupełności potwierdzają FRAENKEL, KATHE i BIEROTTE (10) na zasadzie własnych doświadczeń.

Reasumując dotychczasowe wyniki badań nad psychoreakcją MUCHA i HOLZMANN'a, można wyprowadzić wnioski następujące:

- 1) Odczyn MUCHA i HOLZMANN'a nie ma tego znaczenia dyagnostycznego, które mu twórcy jego przypisali, gdyż występuje w surowicach, pochodzących od ludzi zdrowych i chorych zarówno psychicznie, jak i fizycznie.
- 2) Najczęściej odczyn ten występuje w surowicach od psychicznie chorych, bez żadnego jednak związku z jakąkolwiek ściśle określoną postacią zaburzeń umysłowych.
- 3) Obecność cholesteryny w surowicy wpływa hamująco na hemolizę kobrową, obecność lecytyny hemolizę ułatwia.

## PIŚMIENNICTWO.

1. BRUECKNER u. MUCH. Weitere Mitteil. über Hemmungsreaktion menschl. Sera gegen Kobragift. Berlin. kl. Woch. Nr 33.
2. W. GEISSLER. Die Kobrareaktion. Münch. med. Woch. Nr 31.
3. F. BAUER. Eine bes. Reakt. im Nabelschnurblute Neugeborener. Münch. med. W. Nr 27.
4. A. ZALOCIECKI. Zum Wesen d. sog. Psychoreak. nach MUCH. Berl. klin. Woch. Nr 30.
5. R. KRAUS, O. PÖTZL, E. RANZI u. H. EHRLICH. Ueber d. Verhalten menschl. u. thier. Blutkörper. gegenüber Kobragift unter norm. u. pathol. Verhält. (Sam. reu). Wien. klin. Woch. Nr 29.

6. I. H. SCHULTZ. Untersuch. über d. M.-H—sche Psychoreaktion. Münch. med. Woch. Nr 30.  
7. W. BEYER u. W. WITTEBEN. Untersuch. über Hemmung d. Kobrahämolyse durch d. Serum  
v. Geistes- u. Körp. Kranken. Münch. med. Woch. Nr 29. 8. G. EISNER u. A. KRONFELD. Ueber  
d. v. M. u. H. angen. Einfluss d. Blutserums v. Geisteskr. auf d. Kobragifthämol. Münch. med.  
Woch. Nr 30. 9. NITSCHKE, SCHLIMPERT u. DUNZELT. Die Muehsche Hem. reakt. bei Geisteskr.  
Münch. med. Woch. Nr 41. 10. C. FRAENKL, KATHE u. BIEROTTE. Eine Reakt. im Bute von  
Geisteskranken. Münch. med. Woch. Nr 29. 11. A. HIRSCHL u. O. POETZL. Ueber d. Verhalt.  
verrh. mensch. Sera u. Blutkörp. bei d. Hämol. durch Kobragift usw. Wien. kl. Woch. Nr 27.  
12. W. BEYER. Ueber die Kobragift aktiv. Eigenschaft menschl. Blutseren u. über d. Mechanis-  
mus d. Kobragifthämol. Münch. med. Woch. Nr 43. 13. F. PLAUT. Ueber d. v. M. u. H. beschr.  
Kobragiftreak. bei Gelstkranken. Muench. med. Woch. Nr 30. 14. ALT. Psychiatr.-neurol.  
Woch. Nr 11. 1909/10. 15. HUEBNER u. SELTER. Ueber d. M. H.-sch. Kobragiftreakt. im Blute  
Geisteskr. Deutsche med. Woch. Nr 27. 16. L. OMOROKOW. Uebec d. Ablenkung d. Kobragift-  
hämol. bei Geisteskr. Berl. klin. Woch. Nr 41. 17. O. PFOERINGER u. F. LANDSBERGER. Die  
Kobragifthämol. bei Geisteskr. Berl. klin. Woch. Nr 36. (Wszystkie prace z r. 1909).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 —

### 20. H. Oppenheim. O „nil nocere“ w neurologii.

W rozprawce, opatrzonej godłem wziętem z Enchiridionu HUFELANDA: „Jeżeli nie możesz pomódz, to przynajmniej nie szkodź“ (*Kannst Du nicht helfen, so schade wenigstens nicht*), porusza OPPENHEIM bardzo drażliwą i bardzo aktualną zawsze kwestyę szkodzenia chorym przez interwencyę lekarską. Jako przykład, autor powołuje się na dzieje tuberkuliny (*Sturm und Drang-epoche der Tuberkulinbehandlung*). W chorobach ciężkich, zagrażających na pewno życiu bez pomocy lekarskiej, lekarze uciekają się czasem do ryzykownych rękoczynów lub heroicznych środków, które mogą niekiedy chorego wyratować, chociaż mogą mu i życie skrócić. O tem lekarz ma obowiązek uprzedzić chorego lub jego otoczenie. Zaraz na wstępie swojej działalności chirurg ma do czynienia z chloroformem, którego nie można uważać za środek niewinny, a jednak nie można się go wyrzec ze względu na dobro tysięcy chorych. I tu jednakże lekarze silą się na wynalezienie metod jak najmniej szkodliwych.

W leczeniu chorób nerwowych dotychczas używaliśmy metod, które przy zachowaniu odpowiednich ostrożności nie mogły nigdy chorym zaszkodzić. Ze zwyciężskim wkroczeniem chirurgii w dziedzinę chorób nerwowych otworzyły się nowe, dotychczas nieznanne drogi pomagania chorym w takich przypadkach, które dotychczas były uważane za bezwarunkowo śmiertelne lub nieuleczalne, ale jednocześnie zjawilo się niebezpieczeństwo szkodzenia chorym na tej właśnie drodze. Z tem się lekarz liczyć musi, gdyż w rękach jego spoczywa los chorych—ich życie lub śmierć, a często gorsze od śmierci—niepełstwo. Oto przykład: kobieta pewna dotknięta jest ciężkiem cierpieniem mózgowem [prawdopodobnie guz przysadki mózgowej]. Z powodu grożącej amaurozy lekarze decydują się na wykonanie trepanacji dla zmniejszenia ucisku. Zwykle OP. wybiera do tego okolicę skroniową prawą, tu jednakże operator wybrał okolicę czołowo-skroniową lewą, ponieważ z tej strony przeważyły objawy i ponieważ liczył się z możliwością dotarcia z czasem do guza na podstawie czaszki. Następstwem rękoczynu była zupełna afazya—chora inteligentna przez rok cały [aż do śmierci] nie mogła zupełnie mówić. O! tego czasu O. uważa



okolice ośrodka mowy za *noli me tangere*, o ile nie ma pewności, że sprawa chorobna tu właśnie ma swe siedlisko.

Punktę mózgu O. uważa za rękoczyn bardzo nieraz pożyteczny, ale bardzo poważny nawet w ręku doświadczzonego chirurga.

Nawet przekłucia lędźwiowego [choćby mu to było poczytane za herezję] nie uważa O. za zabieg niewinny, a na dowód przytacza kilka przykładów, w których przekłucie lędźwiowe spowodowało objawy bardzo ciężkie. Były to przypadki nowotworów mózgowych, w których, jak powszechnie wiadomo, przekłucie lędźwiowe jest połączone z niebezpieczeństwem [jeden przypadek *poliomyelit. acutae tuber.*]. Autor nie myśli przez to zrażać do zabiegu, który ma w niektórych razach tak ważne znaczenie, ale chciałby wpoić w umysły młodych lekarzy to przekonanie, że ta mała operacja, którą się codziennie niemal teraz w klinikach widuje, nie jest bynajmniej dla chorych obojętną, że może nieraz zagrażać ich zdrowiu i życiu. Zastrzykiwanie SCHLÖSSER'a [alkoholu do pnia nerwowego] w jednym przypadku, spostrzeganym przez Op., wywołało porażenie n. twarzowego u bardzo pięknej artystki, w drugim—porażenie *n. peronei i tibial. post.*

Ze środków, używanych w ostatnich czasach O. podnosi szkodliwość atoksylu [ślepieniecie] i arsacetynu [zanik n. ocznego]. Autor proponuje, ażeby stale w poczytnych pismach lekarskich znajdowała się rubryka—rodzaj czarnej listy, w której byłyby zapisywane rozsiane w piśmiennictwie wiadomości [i to podawane jak najprędzej] o ujemnem, wzgl. trującym działaniu środków wprowadzonych do praktyki lekarskiej.

A. Puławski.

## 21. A. Saenger. „O arefleksji (braku odruchu) rogówki.“

Odruch z rogówki [zamykanie się powieki przy dotknięciu rogówki] idzie szlakiem nerwów trójdzielnego [część czuciowa łuku odruchowego] i twarzowego [część ruchowa]; bada się go zapomocą szpiczastego penzelka lub zagiętego tegoż instrumentu, unikając tego, aby obraz instrumentu zjawił się w polu widzenia [wtedy bowiem może nastąpić zamknięcie powieki na drodze odruchu optycznego] i dotknął się rzęś lub brzegu powieki. Brak odruchu tu omawianego jest objawem, występującym w rozmaitych chorobach mózgu; dotychczas uważano go za patognomiczny dla nowotworów tylnej jamy czaszkowej [OPPENHEIM] i to po stronie guza; potem notowano go przy guzach zrazów czółowych; spotyka go się przy nerwicach [histerya], oraz przy cierpieniach organicznych, o ile dotyczą one jednocześnie nerwu twarzowego (*syringomyelia, sclerosis multiplex, tubes*).

Według spostrzeżeń autora, arefleksya lub hiporefleksya rogówki zdarza się nie tylko w cierpieniach mózgu, którym towarzyszy zwiększone ciśnienie śródczaszkowe, ale czasem w świeżych i starych porażeniach połowicznych, w ropniu zraza skroniowego, przy krwiaku podoponowym, przyczem zwykle występuje kontralateralnie [po przeciwnej stronie] względnie do ogniska chorobnego w mózgu; istnieją jednak obserwacje, że objaw ten występuje i kontralateralnie w nowotworze mózgu.

(*Neurolog. Centralbl. 1910, Nr. 2*).

A. Lande.

## 22. Ch. Lafon. Patogeneza objawu Argyll-Robertson'a.

Objaw ARGYLL-ROBERTSON'a polega, jak wiadomo, na zniesieniu odruchu zrenicowego na światło niezależnie od percepcji świetlnej, z zachowaniem odruchu dla akkomodacji i konwergencji, jest więc zjawiskiem rozszczepionego zniesienia odruchu.

Opierając się na odnośnych badaniach histologicznych MARINA'y i rozpatrzywszy wszystkie dotychczasowe hipotezy, mające na celu wyjaśnienie patogenyzy omawianego tu objawu, LAFON dochodzi do wniosku, że stoi on w ścisłej zależności od zmian anatomicznych, zachodzących jedynie w komórkach ruchowych węzła rzęskowego (*ganglion ciliare*), skąd biorą początek t. zw. krótkie nerwy rzęskowe (*n. ciliares breves*), idące do zwieracza źrenicy (*sphincter iridis*). Wszystkie nerwowe zmiany degeneracyjne w chorobach parasyfilitycznych są to skutki ukrytych przewlekłych zapaleń syfilitycznych, współczesnych pierwszym objawom choroby; ale wskutek bardzo powolnego przebiegu tych spraw mogą lata całe upłynąć, póki nie uzewnętrznia się one zapomocą objawów klinicznych, i tylko wyjątkowo pomyślnemu swemu położeniu i dostępności dla badań źrenica w bardzo wczesnym okresie zdradzać może istnienie owych zmian ukrytych. Zmiany w komórkach węzła rzęskowego co do rozległości i intensywności mogą być bardzo rozmaite i powodować mogą dwie kategorie zaburzeń: 1) dynamiczne: osłabienie odruchu źrenicowego, rozszczepienie jego [objaw ARGYLL-ROBERTSON'a], wreszcie zupełną nieruchomość źrenic; 2) statyczne: *myosis* lub *midriasis*, zniekształcenie i nierówność źrenic. Stany wspomniane są tylko wyrazem klinicznym poszczególnych etapów jednego i tego samego procesu degenaracyjnego, rozwijającego się w komórkach węzła rzęskowego.

(*Revue neurologique*. 1909, Nr 23).

A. Lande.

### 23. Flexner i Lewis. O doświadczalnym wywoływaniu ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia u małp.

W ciągu 1909 roku LANDSTEINER i POPER ogłosili w *Ztsch. f. Immunitätsforschung* II. 377. swe badania nad przeszczepieniem *poliomyelitis* na małpę przez wstrzykiwanie do jamy brzusznej małp emulsji rdzenia. Z 2-u przypadków tego cierpienia u jednej małpy wystąpiło porażenie obu kończyn i małpa zdechła na 6-y dzień po zakażeniu; druga małpa została zabita na 19-y dzień od początku choroby; w obu tych przypadkach zmiany anatomiczno-patologiczne w rdzeniu były zupełnie takie, jakie spotykamy w tem cierpieniu u ludzi. Nie udało się im jednak przeszczepić tej choroby z małpy na małpę.

Podobne badania podjęli FLEXNER i LEWIS na jesieni roku ubiegłego po otrzymaniu odpowiedniego materiału z 2-u przypadków ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia. W 1-ym przypadku chory zmarł na 5-ty czy 6-ty dzień od początku choroby; po upływie 26-u godzin od śmierci autorzy otrzymali część łądźwiową rdzenia, którą we 12 godzin później wstrzyknęli małpie. W drugim przypadku autorzy otrzymali prawie cały rdzeń po 12-tu godzinach od śmierci i wstrzyknęli małpie w 4 godziny po otrzymaniu preparatu; w tym drugim przypadku małpa zdechła na 4-ty dzień. W obu tych przypadkach badania makro- i mikroskopowe wykazały zmiany charakterystyczne dla tej choroby i identyczne ze zmianami, spotykanymi u ludzi.

Doświadczenia swe autorzy wykonywali w ten sposób, że z początku wstrzykiwali roztarty rdzeń zmarłego do mózgu małpy, a później wstrzykiwali roztarty mózg i rdzeń małp, które padły w skutek tej choroby, innym małpom.

Wyniki tych badań były następujące:

- 1) Cierpienie to można przenieść z człowieka na małpę i z małpy na małpę; autorom udało się przeszczepić *poliomyelitis* z małpy na małpę 7 razy.
- 2) Po wstrzyknięciu mija kilka dni (*incubatio*) [od 5-u do 22-u dni] zanim występują objawy choroby; objawy występują nieraz nagle, czasem zaś na kilka godzin przed wystąpieniem wyraźnych objawów małpa jest smutna i spokojniejsza niż normalnie. Gorączka występuje nie stale.

3) *Poliomyelitis* można przeszczepić nie tylko przez wstrzykiwanie do mózgu, ale także do naczyń, do jamy brzusznej, do nerwu (*ischadicus*), a także podskórnice.

4) Najdokładniejsze badania mikroskopowe mózgu i rdzenia zmarłych ludzi, a także i małp nie wykryły zarazków chorobotwórczych.

5) Doświadczalnie wywołane ostre zapalenie rogów przednich u małp jest chorobą ciężką i zazwyczaj kończy się śmiercią; w przypadkach wyzdrowienia pozostają porażenia.

[*Münch. med. Woch.* 1910, Nr 2].

J. H.

24. D. Leiner i D. R. v. Wiesner. Badania doświadczalne nad ostrem rozsiażaniem zapaleniem rogów przednich rdzenia (*poliomyelitis acuta anterior*).

Badania swe autorowie dokonywali nad małpami w instytucie prof. WEICHSELBAUM'a, używając do szczepień jadu poliomyelitycznego, przesączonego przez filtr; zauważyli oni, że okres inkubacyjny trwa dłużej niż w tych przypadkach, gdy do tego celu użyli emulsji z rdzenia, jakkolwiek ciężkość zakażenia była jednakowa. Zakażenie u zwierząt można wywołać nie tylko przez szczepienie wewnątrzmożgowe lub podoponowe, ale i przez zastrzyknięcie jadu do nerwów obwodowych. Autorom udało się kilkakrotnie sprowadzić zakażenie przez wstrzyknięcie jadu do obwodowych naczyń limfatycznych [gruczoły pachwinowe], do kiszek cienkich, a nawet przez nakarmienie zwierząt emulsją z rdzenia zapomocą zglębniaka żołądkowego; to ostatnie spostrzeżenie popiera pogląd KRAUSE'go, że u człowieka zarażenie przez przewód pokarmowy gra rolę wybitną. Autorowie nie zauważyli skłonności do ustępowania porażen u zwierząt, które po przebytej chorobie pozostały przy życiu. Próby powtórnego zakażenia [reinfekcji] w ciągu pierwszych tygodni po chorobie wypadły ujemnie. Przy udatnych przeszczepieniach na nowe zwierzęta, już w 5-ym dniu wylegania udawało się stwierdzić obecność jadu chorobnego, a 3-go dnia znajdowano pierwsze zmiany histologiczne w mleczu, a więc wtedy, gdy zwierzę nie ujawniało jeszcze żadnych objawów klinicznych. Ochładzanie [aż do zamrożenia emulsji z rdzenia] w ciągu 4-ch godzin nie jest w stanie zmniejszyć jadu chorobnego, natomiast wysuszenie substancji rdzeniowej w cienkich warstwach [w piecyku przy 37°] unicestwiać się zdaje jego jadowitość. Obok typowej postaci *poliomyelitis* z wielkimi porażeniami autorowie obserwowali u zwierząt postać atypową bez wyraźnego bezwładu, którą cechuje histologicznie obok przekrwienia i wylewów krwawych przede wszystkim zwyrodnienie komórek zwojowych rdzenia przy bardzo słabym nacieczeniu drobokomórkowem; postać tę autorowie nazywają „marantyczną.“

(*Wien. klin. Woch.* 1910. Nr 3).

A. Lande.

25. Levaditi. W kwestyi hodowli zarazka ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia u dzieci.

Autor ten w krótkiej notatce, podanej tymczasowo wskutek ogłoszenia badań FLEXNER'a i LEWIS'a, przytacza kilka szczegółów, dotyczących otrzymanego przezeń zarazka porażenia dziecięcego.

1) Zarazek zachowuje zjadliwość swoją najmniej przez 15 dni, przy cieple 38°.

2) Posiewy na mieszaninie bulionu z surowicą krwi małpy, królika lub z płynem jamy brzusznej wykazują zmętnienie płynu, gdy żelatyna i bulion zwykły pozostają jałowe.

3) Posługując się metodą LOEFFLER'a i wskazówkami BORREL'a, autor wykrył w mętach obecność zarazka w postaci ciałek drobnych, okrągłych lub

owalnych, układających się po dwa lub gromadkami (*en amas*) i mocno zabarwionych na czerwono. Rozcieńczona fuksyna przy długim barwieniu nadaje im kolor różowy lub uwydatnia jako punkciki przezroczyste, otoczone paskiem czerwonym. GIEMSA barwi je na kolor lekko niebieski.

(*La Presse médic.* Nr 6).

M. Głiński.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 22-go grudnia 1909 r.

- T r e ś ć: 1) TUMPOWSKI. Przypadek stwardnienia wielogniskowego z zajęciem nerwu trójdzielnego.  
2) ŁAPIŃSKI TEODOR. Przypadek przypuszczalnego syfilisu mózgowo-rdzeniowego.  
3) GAJKIEWICZ i ŁUBIEŃSKI. Przypadek nowotworu przysadki mózgu.  
4) HIGIER. Przypadek swoistego napadu nerwowego w przewlekłym zatruciu kokainą.

1) TUMPOWSKI przedstawił przypadek stwardnienia wielogniskowego u 28-letniego mężczyzny. Prócz zwykłych objawów tego cierpienia [oczopłaz, drżenie zamiarowe, zaburzenia mowy, wzmoczenie odruchów ścięgowych i t. d.], które rozwinęły się w ciągu ostatniego roku, chory cierpi na dotkliwie bole w obrębie nerwu trójdzielnego, przyczem stwierdzić można po tej stronie brak odruchu z rogówki, z otworów nosowego i usznego oraz osłabienie węchu i smaku. Zajęcie nerwu V wystąpiło już przed 10-u laty i stanowiło pierwszy objaw całego cierpienia. Mowca podnosi rzadkość przypadku.

W dyskusyi jedni [GOLDFLAM, BREGMAN] przemawiali za istnieniem w danym przypadku czystej niezależnej neuralgii nerwu V, inni [FLATAU] za istnieniem *neuritidis n. V*, zwł. wobec braku odruchów ze spojówki.

2) ŁAPIŃSKI TEODOR przedstawił przypadek przypuszczalnego syfilisu mózgowo-rdzeniowego.

S. D., lat 19, pochodzi z ojca, dotkniętego syfilisem. Do 12-go roku życia rozwijał się prawidłowo. W 12-ym roku życia uraz głowy, w 16-ym roku życia bole głowy, w 17-ym roku życia drgawki lewej połowy ciała, następnie przejściowa utrata wzroku, zaburzenia mowy, utrata przytomności, podniecenie. W ostatnim roku [marzec 1909] w skutek silnego podniecenia został umieszczony w szpitalu Św. Jana Bożego. Tam stwierdzono idee wielkości, goniwę wyobrażeń. W listopadzie r. z. drgawki i przejściowe porażenie we wszystkich kończynach. Stopniowa poprawa. Obecnie przedmiotowo stwierdzić można u chorego: nierównomierność i zniszczenie oddziaływania źrenic, niedowład spastyczny wszystkich kończyn, niedowład lewego nerwu twarzowego, drżenie języka, mowę dyzartryczną; objawy ogólnego przytępienia władz umysłowych.

Mowca rozpoznaje organiczne porażenie ośrodkowego układu nerwowego, z którym wiąże i zaburzenia psychiczne i za najprawdopodobniejsze uważa syfilis dziedziczny, zwł. wobec poprawy po leczeniu swoistem.

W dyskusyi HIGIER nie wykluczał w danym przypadku możliwości istnienia t. zw. pseudosklerozy WESTPHAL'a.

PRĘGOWSKI uważał początkowo chorego za dotkniętego hebefrenią.  
ROTSTADT podkreślał ważność badania morfologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego.

3) GAJKIEWICZ i ŁUBIEŃSKI przedstawili przypadek nowotworu przysadki mózgu.

W. J., lat 17, uczeń. Przed 5-u laty uraz głowy bez następstw. Od 2-u lat bole głowy, wymioty, drgawki, osłabienie wzroku, od roku ślepotą. Przedmiotowo: chory otyły, budowy więcej kobiecej. Owłosienie pod pachami i na kości łonowej bardzo skąpe. Części płciowe b. słabo rozwinięte. Narządy wewnętrzne bez zmian. Zrenice bardzo szerokie. Na dnie oka zanik brodawek nerwów ocznych [tarcze kredowo białe]. Siła ruchowa, odruchy, czucie prawidłowe. Tętno 120. Rozpoznano nowotwór przysadki. Zdjęcie czaszki zapomocą promieni ROENTGEN'a wykazało wybitne powiększenie podłużnego wymiaru siodła tureckiego.

W dyskusyi KOPCZYŃSKI ST., powołując się na dobre wyniki francuskich autorów, zaleca naświetlanie okolicy przysadki promieniami ROENTGEN'a przez strop gardzieli, zwłaszcza, że podejrzywa się tu gruczolak łagodny, zmniejszający się często przy naświetlaniu.

STERLING podnosi iż wobec nadmiernego rozwoju tłuszczu, być może w danym przypadku cierpi nie tylko przysadka, lecz i gruczoł tarczowy; zaznacza, iż niema tu wskazań do operacyi.

BYCHOWSKI zaznacza, iż trwająca od roku ślepotą, świadczy o dłuższem trwaniu choroby i o łagodności guza. Promienie ROENTGEN'a, przechodząc przez kość, tracą swą siłę.

FLATAU wypowiedział się przeciw operacyi.

HIGIER w dłuższem przemówieniu rozpatrzył sprawę zaburzeń odżywczych w chorobach przysadki [poglądy STRUEMPPELL'a, MUELLER'a], wykazał, iż badania embryologiczne wykazały obecność gruczolowej tkanki przysadki nie tylko w siodle tureckiem, lecz jeszcze w kanale czaszkowo-gardzielowym, w szypułce przysadki i pod dolną ścianką kości klinowej.

4) HIGIER przedstawił przypadek swoistego napadu nerwowego w kokainizmie przewlekłym.

Chory, lat 26, dentysta, w ciągu 2-u miesięcy wstrzykując sobie kokainę, doszedł stopniowo od 0,03 do 4-ch gramów na dobę. Stracił apetyt, zaczął doznawać drętwienia w skórze, drżenia rąk. W ostatnich czasach dwa napady nerwowe, rozpoczynające się od trwogi przysercowej (*anxietus praecordialis*), przyspieszenia oddechu, bledności skóry; potem wystąpił ostry bezład rąk i nóg, zamroczenie umysłu, podniecenia maniakalne. Rozpoznano t. zw. białą gorączkę alkoholową. Po zastrzyknięciu morfiny chory uspokoił się zupełnie. Mowca różniczkuje psychozę kokainistów od *delirium acutum* alkoholików. Za pierwszą przemawia: 1) brunatne zabarwienie skóry, od licznych wstrzyknięć kokainy, 2) swoiste sensacje skóry, omamy zmysłu ogólnego, parestezye pod postacią kulek, proszku pod skórą [objaw MAGNAN'a], 3) brak objawów somatycznych w ustroju, świadczących o zatruciu alkoholem.

W dyskusyi FLATAU uważa objawy podobne sercowe za t. zw. frenokardję na tle seksualnem i radzi stosować w podobnych przypadkach psychoanalizę.

MĘCZKOWSKI opowiada o własnych 4-ch przypadkach przewlekłego zatrucia kokainą, w których na pierwszy plan wystąpił brak zupełny łaknienia.

BYCHOWSKI spotykał pigmentację brunatną i po wstrzykiwaniach morfiny.

ŁAPIŃSKI twierdzi, że rodzaj trucizny nie wpływa na jakość psychozy.

LANDAU uważa objawy sercowe u chorego za zwykle napady wrzekomej dusznicy serca.

HIGIER odpowiada, że napady psychozy kokainowej stale rozpoczynają

się od uczucia strachu w okolicy serca, że w danym przypadku o frenokardyi na tle seksualnem nie może być mowy, że zabarwienia skóry brunatnego nie spotykamy u morfinistów, a objaw MAGNAN'a [specyalne parestezye] jest patognomiczny dla przewlekłego zatrucia kokainą. *Stanisław Kopczyński.*

## Listy otwarte do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

### I.

Z powodu pracy dra BOHDANOWICZA „O surowicy przeciwgruźliczej MARMORKA“, podanej w N-rze 7-ym Gazety, pozwolę sobie przypomnieć wnioski z pracy dra SOKOŁOWSKIEGO i mojej, poświęconej tejże kwestyi, a drukowanej w Gazecie Lekarskiej w r. 1908 [str. 549, 600 i 620], odmienne w znacznym stopniu od tych, jakie wypowiada dr BOHDANOWICZ:

I. Surowica MARMORKA jest nieszkodliwa przy wlewaniu jej *per rectum*.

II. Stosowanie podskórne surowicy M. jest utrudnione z powodu rozmaitych powikłań, jak: pokrzywka, bole stawowe, podniesienie ciepłoty i t. d.

III. Pod wpływem surowicy M. w wielu przypadkach suchot płucnych, szczególnie w 1-ym i 2-gim okresie, następuje poprawa stanu ogólnego i rozmaitych objawów gruźlicy, częściej jednak u chorych, leczonych w lecie, na t. zw. werandzie, niż w zimie na sali szpitalnej.

IV. Z doświadczeń klinicznych niemożliwe jest wyprowadzenie stanowczych wniosków co do swoistości surowicy MARMORKA.

Co się tyczy postaci laseczników t. zw. „*granuleux*“ lub „*fractionnés*“, to należy zauważyć, że spotykają się one nie tylko u chorych, leczonych surowicą, lecz również w wydzielinach [plwocina i t. d.] gruźliczych nieleczonych, jako też w hodowlach. Przez dłuższy czas nawet toczyła się dyskusya pomiędzy KOCHEM, FLÜGGE'm, a NEISSER'em, BUCHNEREM i innymi, czy należy zapatrywać się na te „*granula*“ jako na zarodniki, czy też tylko jako na zgęszczenie chromatyny. STRAUSS w swoim dziele „*La tuberculose et son bacille*“, podaje rysunki laseczników *granuleux* [str. 166 i 168], które są zupełnie podobne do obserwowanych przez B. (.....). Ostatnio wreszcie MUCH wykazał, zapomocą specyalnej metody barwienia, że „*granula*“ znajdują się w każdej hodowli jako też w wydzielinach gruźliczych [plwocina i t. d.].

*B. Dębiński.*

### II.

Szanowny Kolego Redaktorze!

Przystąpiwszy—dzięki uzyskanemu subsydlum im. Rektora MIANOWSKIEGO—do druku podręcznika bakteryologii z atlasem [wyjdzie w języku polskim i w jednym z obcych], pragnąłbym nie pominąć w nim prac autorów polskich, Wobec tego zwracam się za pośrednictwem Sz. „Gazety Lekarskiej“ do badaczy Polaków, aby łaskawie zechcieli przysłać mi odbitki prac swoich w zakresie bakteryologii, nauki o pasorzytach, prac klinicznych, o ile uwzględnione są w nich badania bakteryologiczne. Zwłaszcza chodzi mi o prace dawniejsze—z przed kilkunastu lat. Na żądanie odbitki prac zwrócę autorom.

Z wysokiem poważaniem, *St. Serkowski,*

Ś-to Krzyżka Nr 16.

## Wiadomości bieżące.

— XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Posiedzenie ogólnego Komitetu XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w piątek, dnia 4-go lutego b. r., w Krakowie w domu Tow. Lek. przy licznych udziale lekarzy i przyrodników krakowskich. Zebranie, któremu przewodniczył prezes Komitetu organizacyjnego prof. JULIAN NOWAK, uchwaliło urządzić XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w dniach 18-go, 19-go, 20-go i 21-go lipca 1911 r. i wybrał Komitet ściślejszy, do którego powołano pp. Ciechanowskiego, Domańskiego, Garbowskiego, Godlewskiego jun., Gutwińskiego, Janiszewskiego, Kar. Kleckiego, Kostaneckiego, Kwaśnickiego, Landaua, Łazarskiego, Łopuszańskiego, Mięrowicza, Marchlewskiego, Mikuckiego, Morozowicza, Pańkowskiego, Papée'go, Piltz'a, Rolle'go, Siedleckiego; Surzyckiego Stef., Stahr'a, Wicherkiewicza, Zakrzewskiego Konst., oraz upoważnił tenże Komitet do kooptowania innych jeszcze członków. Zadaniem wybranego Komitetu będzie przeprowadzić organizację naukową Zjazdu, oraz przez porozumienie ze wszystkimi zawodowymi organizacjami lekarzy i przyrodników zapewnić Zjazdowi jak najliczniejszy udział wszystkich interesowanych. Dyskusya toczyła się następnie nad propozycją wszystkim, aby skupić prace naukowe Zjazdu w mniejszej niż dawniej liczbie sekeyi i zwrócić więcej uwagi na referaty zbiorowe, poświęcone przez specjalistów bieżącym doniosłym zagadnieniom nowych dziedzin wiedzy; propozycja ta zyskała powszechne uznanie. Zamierzonym jest dostarczyć tych referatów w druku uczestnikom jeszcze przed rozpoczęciem Zjazdu. Postanowiono następnie zwrócić się do Reprezentacji Miasta, aby z okazyi Zjazdu wydała publikację, poświęconą opisowi Krakowa i jego okolic, zwłaszcza pod względem przyrodniczo-lekarskim. Ze Zjazdem lekarzy i przyrodników postanowiło Tow. Balneologiczne połączyć swój, przypadający właśnie III Zjazd Towarzystwa, co przyjęto z prawdziwym uznaniem.

— W wykonaniu uchwały Zjazdu neurologów i psychiatrów polskich o potrzebie założenia pracowni psychologicznej w kraju, grono osób, upoważnionych przez Komitet organizacyjny Zjazdu, w odezwie, ogłoszonej w pismach codziennych, nawołuje do składania ofiar na cel powyższy w Warszawskim Banku Handlowym.

— Na posiedzeniu wydziału bytu Stowarzyszenia lekarzy polskich, gorącą dyskusję wywołała sprawa reklam lekarskich, referowana przez kol. J. Zawadzkiego.

Potępiano w sposób stanowczy zarówno pospolite przejawy niesmacznego reklamiarstwa, jak niemniej nieraz rażące metody reklamy pośredniej.

Plaga karygodnych reklam lekarskich w naszym kraju bądź co bądź nie dosięga jeszcze zbyt wielkich rozmiarów. Może samo poruszenie tej sprawy w Stowarzyszeniu lekarzy powstrzyma naszych, na szczęście niezbyt licznych, reklamistów od ogłoszeń, przynoszących ujmę naszemu stanowi lekarskiemu.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od dnia 23-go do 29-go stycznia do szpitali warszawskich przybyło 107 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 29, odrą 1, płonicą 4, błonicą 8, różą 6, tyfusem plamistym 10, tyfusem brzuszny 7, grypą 6 i zapaleniem płuc 36.

W tymże czasie zmarło osób 22, mianowicie: na ospę 8, płonicę 1, błonicę 4, tyfus plamisty 2, tyfus brzuszny 1 i zapalenie płuc 6.

W następnym tygodniu od 30-go stycznia do 5-go lutego przybyło chorych zakaźnych 103, mianowicie: na ospę 30, odrę 1, płonicę 4, błonicę 5, różę 11, tyfus

plamisty 10, tyfus brzuszny 9, koklusz 1, biegunkę krwawą 1, grypę 5 i zapalenie płuc 26.

W tymże czasie zmarło 19 osób, mianowicie: na ospę 6, płonicę 1, tyfus plamisty 1, tyfus brzuszny 1 i zapalenie płuc 10.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 23-ym stycznia 3017, a w dniu 5-m lutego 3146 osób.

— W Krakowie za sprawą naczelnego lekarza miejskiego, kol. JANISZEWSKIEGO, wprowadzono nareszcie to, na co dotychczas zdobyć się nie mogły Warszawa. Mianowicie jedna z aptek zobowiązała się utrzymywać lód sztuczny dla chorych i sprzedawać go po umiarkowanej cenie w każdej porze dnia i nocy.

— Instytut PASTEUR'a złożył 400000 franków, jako ofiarę na budowę w Paryżu wielkiej pracowni pod nazwą „Palais du radium”, która ma służyć wyłącznie do badania zjawisk radioaktywności i ich zastosowania w lecznictwie. Na czele działu naukowego stać będzie pani ze SKŁODOWSKICH CURIE, działem zaś leczniczym zarządzać będzie Instytut PASTEUR'a.

— W Londynie zakładają specjalny „Radiumbank”, który ma posiadać zapas radium za milion marek. Zadaniem banku będzie wypożyczanie lekarzom i uczonym radium [w ilości 10—100 mgr.] po złożeniu odpowiedniej kaucyi i za umówioną opłatą.

— Parlament szwedzki postanowił, aby w szkołach ludowych zaprowadzono wykład nauki o szkodliwości alkoholu.

— W Pradze miał miejsce następujący przypadek zdradzenia tajemnicy lekarskiej z decyzji sądu. W sprawie rozwodowej żona wezwała na świadka lekarza domowego, który miał stwierdzić, że mąż cierpi na chorobę zaraźliwą, stanowiącą jeden z punktów do rozwodu. Obrońca męża protestował przeciw badaniu tego świadka, ponieważ tajemnica lekarska zmusza go do milczenia. Sąd postanowił zbadać lekarza i na podstawie jego zeznań rozwiódł małżeństwo. Druga instancja wyrok ten zatwierdziła, zaznaczając przytem, że niema prawa, upoważniającego lekarza do odmowy zeznań, na żądanie sądu, o rodzaju choroby pacjenta; utrzymanie tajemnicy obowiązuje lekarza tylko w stosunku do osób trzecich.

— Przed 5-u laty prof. ALEXANDER w Wiedniu wykonał choremu operację kosmetyczną z powodu zapadniętego nosa. Chory, niezadowolony z wyników operacji, wytoczył akcyę sądową o odszkodowanie w ilości 20000 koron. Przegrawszy sprawę w 2-u instancjach, napadł w poliklinice na profesora i strzelił doń dwukrotnie z rewolweru; strzały były na szczęście hybione.

— Nadesłano do redakcyi:

Dr J. HORNOWSKI. O zmianach pośmiertnych w nadnerczach i w ich układzie chromochłonnym. [Odb. z Lwow. Tyg. Lek.]. Dr B. BARTKIEWICZ. Zwicnięcie barku zaszarale. Operacja krwawa. [Odb. z Nowin Lek.]. Tenże. Untersuchungen ueber Uebertragung der menschlichen bösartigen Geschwülste auf Thiere. [Odb. z Zeitschr. f. Krebsforschung]. Dr med. H. HIGIER. Patologia chorób dziedzicznych. Tenże. Odruchy skórne w udarze mózgowym. [Odb. z Medycyny i Kron. Lek.]. E. TAL. Tłómaczenie rosyjskie książki niemieckiej prof. P. MUELLER'a: Metodyka badań serodyagnostycznych.