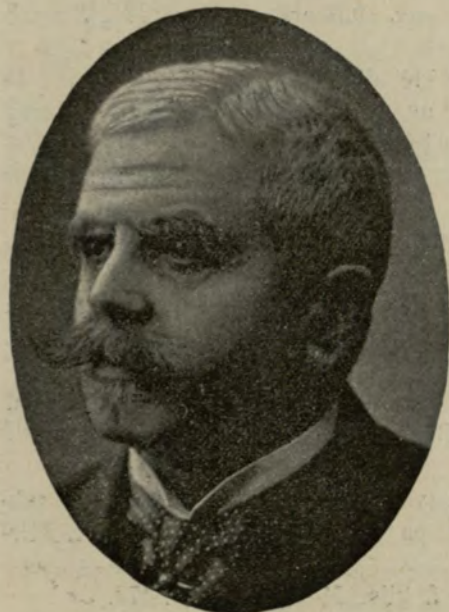


GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. LUDWIK FORSTETER. Str. 684. I. B. MOTZ. O patogenezie krwimoczu nerwowego. Str. 689. II. J. BEŁKOWSKI. Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych. Str. 692. (C. d.) *Dział sprawozdawczy.* 109. Dr. VIKTOR BLUM. Dyagnostyka czynnościowa nerek. Str. 697.—110. RAUTENBERG. O doświadczalnie wywołanem zapaleniu nerek z następczem wzmożeniem ciśnienia krwi oraz miażdżycą tętnicy głównej. Str. 699—111. F. MUELLER i B. FELLNER. „Vasotoninum“, nowy środek, obniżający ciśnienie krwi. Str. 700—112. W. WECHSELMANN. Leczenie syfilisu dwoy-diamido-arsenobenzolem. Str. 701.—113. A. NEISSER. O nowym środku EHRLICHA. Str. 703. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie 5-go kwietnia 1910 r. Str. 704. *Wiadomości bieżące.* Str. 706. Nekrologia. *Ogłoszenia.*

Ludwik Forsteter.

Wspomnienie pośmiertne i rzut oka na jego działalność.



Jeszcze nie zdążyły zwiędnąć wieńce na grobach kolegów ELZENBERGA, FREUDENSOHNA, STĘPNICKIEGO, a już usypano nową mogiłę, w której legły śmiertelne szczątki LUDWIKA FORSTETERA, dzielnego lekarza, zacnego człowieka i zasłużonego pracownika na niwie naukowej.

LUDWIK FORSTETER urodził się w Lublinie 7-go lutego 1849-go roku.

W roku 1866-ym wstąpił do Szkoły Głównej na wydział prawny, w dwa lata później przeszedł na wydział lekarski, który ukończył w roku 1873-im, już w nowo utworzonym uniwersytecie warszawskim. Będąc na posadzie lekarza powiatowego w Białymstoku, delegowany został w roku 1876-ym dla dalszego kształcenia się do Petersburga.

ga, do Wojskowej Akademii Medycznej. Tam zyskał stopień doktora medycyny, po złożeniu egzaminów i obronieniu rozprawy o działaniu alkaloidu duboizyny na serce żaby. Pracę tę wykonał F. w laboratorium fizyologicznym prof. THOMSY w Kijowie.

Podczas pobytu swego w Petersburgu kształcił się w akuszerii w zakładzie położniczym Nadieżdyńskim, w roku zaś 1878-ym wysłany był na koszt rządowy za granicę w celu zapoznania się z klinikami Berlina, Paryża, Królewca i Heidelberga. Od roku 1881-go stale już przebywał w Białymstoku jako lekarz praktyk, zajmując posadę ordynatora szpitala starożakonych.

Z każdym rokiem zyskiwał coraz większe uznanie wśród publiczności i kolegów z powodu swej gruntownej wiedzy, nietylko w dziale chorób kobiecych, lecz i medycyny wewnętrznej, jak również dzięki osobistym przymiotom charakteru.

W chwilach wolnych od praktyki chętnie oddawał się badaniom naukowym. Ogłosił drukiem następujące prace:

1. Działanie alkaloidu duboizyny na serce żaby [po rosyjsku] Rozprawa doktoryzacyjna Wiad. Uniw. Sw. Włodz. Kijow. 1880.

2. Wodna puchlina brzucha u płodu, jako przeszkoda dla ukończenia porodu po wyjściu główki. Gazeta Lek. 1883 str. 312.

3. Leczenie dyfterytu bromkiem srebra *in statu nascendi*. Gaz. Lek. 1884 str. 855.

4. Déplacement artificiel de l'uterus gravide Arch. de Tocol. et de Gyn. 1885. Paris.

5. Przypadek uleczenia wpływem moralnym skurczu trzech kończyn u 12-o letniego chłopca Gaz. Lek. 1886 str. 1057 oraz w Gazecie „Wracz” 1887 str. 25.

6. Description d'un nouveau procédé d'analyse bacteriologique de l'air. Sposób i przyrząd „Bacteriometre“ okazywał autor na zjeździe lekarzy w Paryżu 1889. Annales de micrographie 1889 str. 12 Paris.

7. Ueber Luftdruckmassage „Pneumothermomassage”. Centralbl. für innere med. 1894 Nr. 26.

8. Szybka sterylizacja gazy opatrunkowej (extempore) przy łóżku chorego. Gaz. Lek. 1889 Nr. 19.

9. Ueber einige neue Uebungsarten der praecisen und systematischen Bewegungstherapie der tabischen Coordinationsstörnug. Zeitsch f. diät. u. phys. Ther. 1889 Bd. III H. 6-10.

10. Spontane Ausstösen von Gallensteine durch die Bauchdecken [od czyt wygłoszony w Tow. lek. wew. w Berlinie] Deutsche Med. Woch. 1900 Nr. 49, 50.

11. Tablice poglądowe do dyagnostyki wad zastawek serca z tekstem Warszawa 1903. To samo wydane po niemiecku w Berlinie u A. Hirschwalda.

12. Sphygmo-Kardioskop. Zeitsch f. klin. Med. T. 58 str. 472.

Z działu politechniki lekarskiej:

1. Kettencraseur mit Federklemme zur extraperitonealen Behandlung des Stumpfes bei Ovariectomie (Wiener Med. Woch. 1879).
 2. Ligaturschnürer zur intraperitonealen Behandlung des Stumpfes bei Ovariectomie und Uterusextirpation (ibidem).
 3. Compressor zum Mallassez'schem Haemocytometer (Illustr. Vierteljahrbuch. f. aerzt. Polytech. 1881).
 4. Szprycka o podwójnem działaniu do wstrzykiwań wewnątrzmacicznych (Gaz. Lek. 1882).
 5. Nożyczki o równoległych przesuwających się ramionach (Gazeta Lekarska 1882).
 6. Zweischneidiges Sondesformiges Hysterotom (Ill. monatsch. f. aerzt. Politech. 1890).
 7. Cachirtes Messer zur Incision von Cervixstricturen (ibidem).
 8. Handschuch Elektrode f. Electromassage (ibidem 1884).
 9. Fingerhutelectrode (ibidem).
 10. Zweischneidiges Hysterotom. mit runder drehbarer Klinge (ibidem).
 11. Taschenapparat zum Auffangen von Mikroorganismen und Körpern aus der atmosphärischen Luft (ibidem).
 12. „Brochotom“ Instrument zur Durchschneidung von Metall Ligaturen an schwer zugänglichen Stellen (ibidem).
 13. Mit Abflussreservoir versehene Elementengefaesse und ihre Anwendung zur transportablen electricchen Batterie (ibidem).
 14. Neptunklemme oder verschiebbare Schauch. Klemme mit drehbaren Klammerwalzen für Taschen Irrigations—Vorrichtungen (ibidem 1892).
 15. „Funiculotom“ narzędzie do przecinania pępowiny, przy pewnych okolicznościach przed urodzeniem płodu.
 16. Kątomierz rozsuwalny do badań anatomo-antropologicznych.
 17. „Percutor“ młotek regulator do miarkowania siły uderzenia przy opukiwaniu.
 18. „Stetoskop“ hermetyczny wykluczający poboczne szmery przy osłuchiwaniu.
 19. Krzesło ginekologiczne do użytku ambulatoryjnego.
 20. Aseptyczna buteleczka do sztucznego karmienia ssawców.
 21. Pangymnasticum“ przenośny przyrząd gimnastyczny, sznurkowy.
 22. Nosze—namiot.
 23. Mikrotom prostopadły, krający skrawki siłą ciężaru noża.
 24. Sprężynka do przewiązek, samodzielnie stopniowo ściągająca pętlice (ligatury).
 25. Repositorium dla pępowiny.
 26. Specjalna rurka szklana dla hodowli bakteryologicznych.
 27. Ciepłomierz ślepy, w celu uniemożliwienia choremu widzenia stopni swej gorączki, lub też pokazania mu jej w stopniu niższym (p. Catalogue officiel de l'Exposition Univ. de Paris 1889, p. 83 i 127).
- Z powyższego okazuje się, jak płodną i wielostronną była naukowa dzia-

łałość FORSTETERA, co tem więcej wzbudza podziwu, skoro się zważy w jak niepomyślnych warunkach pracował. Wiadomo każdemu, jakie jest życie wziętego lekarza na prowincyi, któremu niekulturalna publiczność ani dniem, ani nocą nie daje wytchnienia, nie mówiąc już o wyjazdach w okolicę po opłaconych drogach wśród najrozmaitszej pogody. Prócz tego brak odpowiedniej pomocy naukowej, bibliotek, laboratoryi utrudnia wszelkie dążenia do postępu. Trzeba mieć wyjątkowy zapał do nauki, siły nadludzkie, aby podobne przeszkody zwalczyć i dojść do takich rezultatów, do jakich doszedł FORSTETER i jemu podobni lekarze prowincjonalni.

Prace naukowe FORSTETERA można podzielić na trzy kategorie:

1) Spostrzeżenia z praktyki, w których znać ścisłość obserwacji, logiczne i krytyczne wnioski.

2) Prace, mające cel pedagogiczny— dla studentów i wykładających dyagnostykę ogólną. Tutaj należą tablice poglądowe do dyagnostyki wad zastawek serca z tekstem w wydaniu polskim i niemieckim. Tablice te wykonane są z wielką pomysłowością i dokładnością, i jak to już w ocenie mej [Gaz. Lek. 1902] powiedziałem, powinny się znaleźć w rękach każdego studenta, przystępującego do fizykalnego badania narządu krążenia krwi, jak również i lekarza, pragnącego przypomnieć sobie dane z zakresu fizjologii i patologii serca.

Bardzo oryginalnym pomysłem i wykonaniem odznacza się tak zwany Sphygmo-Kardioskop, opisany w *Zeitschrift f. Klinische Medizin*. Przyrząd ten służy do poglądowego wykazania różnych faz czynności serca, t. zw. rewolucyi, powstawania tętna, jak również zmian fali krwi w zależności od różnych okresów działalności serca. Aparat wprowadza się w ruch zapomocą mechanizmu zegarowego, opatrzonego tarczą, po której posuwa się wskazówka. Na tarczy zaś oznaczone są różne okresy całkowitej, jednorazowej rewolucyi. Powstawanie i trwanie tonów wykazuje nie tylko owa wskazówka, lecz i dźwięki, w odpowiedniej chwili sztucznie w aparacie powstające.

Chcąc uprzystępnąć demonstrację przyrządu wielkiej liczbie słuchaczy można ruchy strzałki przenosić na ekran; dla łatwiejszego zaś zrozumienia, szybko zmieniających się faz czynności serca, można zwolnić bieg mechanizmu zegarowego do tego stopnia, że jedna faza rewolucyi trwa nawet 30 sekund.

3) Prace z dziedziny fizykalnej terapii i lekarskiej politechniki. Tutaj zaliczyć należy przede wszystkim przyrządy własnego pomysłu autora w celu leczenia zaburzeń koordynacji władu rdzenia według sposobu FRAENKLA. Stosownie do trojakiiego rodzaju zaburzeń ruchu, FORSTETER skombinował trzy kategorie odpowiednich przyrządów. Zasady pomysłu i opis przyrządów pomieszczone były w *Zeitschrift f. Diät. u. physical. Therapie* i zyskały bardzo pochlebną ocenę rzeczoznawców niemieckich. Zwrócił też uwagę na nowy sposób leczenia strumieniem gorącego i zimnego powietrza. W tym celu wykombinował specjalny przyrząd „Kaloryzator“ i „Frygoryzator“, które znalazły obszerne, praktyczne zastosowanie w klinikach niemieckich.

W dziale politechniki lekarskiej FORSTETER położył ważne zasługi, a

zwłaszcza wzbogacił armamentarium położniczo-ginekologiczne całym szeregiem instrumentów własnego pomysłu, wielce oryginalnych i pożytecznych. Kol. FR. NEUGEBAUER, do którego zwróciłem się z prośbą o ocenę wspomnianego tylko co działu, wyraża się o nich z wielkimi pochwałami, szczególnie podnosi wartość tak zwanego brochotomu, instrumentu wynalezionej przez FORSTETERA na życzenie NEUGEBAURA do zdejmowania szwów metalowych z miejsc, niedostępnych ani dla palca, ani dla oka, po pośrednim zeszyciu pochwy. Instrument ten jest dotychczas w wielkim użyciu u ginekologów.

Z działu medycyny wewnętrznej zasługuje na uwagę t. zw. perkutor, młotek regulator, do mierzenia siły uderzenia przy opukiwaniu, stetoskop hermetyczny, wykluczający poboczne szmery przy osłuchiwaniu; ciepłomierz, ukrywający przed chorym stopień ciepłoty, wreszcie przyrządy z działu bakteriologii, t. zw. bakteriometer, jak również aparat do chwytania mikroorganizmów z powietrza atmosferycznego.

Wogóle FORSTETER posiadał specjalny dar techniczny, wszystkie jego wynalazki odznaczają się wielką prostotą i celowością, to też F. wszędzie, a zwłaszcza w klinikach zagranicznych, był bardzo mile widziany, sam nawet prof. LEYDEN niejednokrotnie czynił mu propozycję przeniesienia się do Berlina i pozostania przy jego boku.

Wiele z powyżej wyliczonych przyrządów F. przedstawiał na wystawach, zjazdach i w towarzystwach lekarskich, za co otrzymywał publiczne dowody uznania, a mianowicie: dyplom honorowy pierwszej klasy na wystawie higienicznej w Warszawie [pierwszej], medal srebrny na wystawie powszechnej w Paryżu w roku 1889-ym i dyplom uznania na wystawie podczas zjazdu im. PIROGOWA w Odessie w roku 1899-ym.

Do badań i pomysłów naukowych przyczyniały się niezawodnie częste wyjazdy FORSTETERA do znaczniejszych uniwersytetów, zetknięcie się z kierownikami klinik, znajomość języków obcych.

Wogóle można powiedzieć, że był to umysł szeroki, logiczny i krytyczny. F. posiadał skrzydła do wyższego lotu i przy sprzyjających okolicznościach mógłby niezawodnie zająć ważne stanowisko w świecie naukowym.

Jako lekarz praktyk posiadał wiele zalet. Spotykałem go często przy chorych, miał tak gruntowne wiadomości z fizjologii i patologii ogólnej, że z przyjemnością naradzać się z nim było można nad istotą choroby i wyborem środków. W obcowaniu z chorymi był niezmiernie przyjemnym, obok sympatycznej powierzchowności wzbudzał wielkie zaufanie swoim taktem i wlewaniem otuchy. W porę i w miarę użytem wesołem słowem podnosił ducha chorego, to też bez przesady powiedzieć mógłbym, że był dla mnie typem lekarza praktyka, odpowiadającego warunkom, jakich wymaga od człowieka chcącego być szczęśliwym i dobrym lekarzem Sonderreger; „...powinieneś przynieść z sobą na świat jasny wzrok i doskonały słuch, posiadać wielki dar spostrzegawczy, cierpliwość i jeszcze raz cierpliwość do ciągłego uczenia się, mieć jasny, krytyczny umysł, z żelazną wolą, która w nieszczęściu nabiera hartu, a przytem gorące, tkliwe serce, co każde cierpienie rozumie i współ-

czuje, ...pryzwoitą powierzchowność, łatwość w obejściu, zręczność w ǳiałcach, zdrowie ciała i duszy...“

Z Ziemi Lubelskiej, miejsca swego urodzenia, z kilkoletniego pobytu w Szkole Głównej, wśród ożywczych prądów, jakie wówczas krążyły pomiędzy młodzieżą z przykładów, jakie mu mistrzowie jego dawali [CHAŁUBIŃSKI, BARANOWSKI, GIRSZTOWI, KOSIŃSKI, SZOKALSKI, HOYER i inni...] wyniósł FORSTETER zamiłowanie do ziemi ojczystej, zapal do wiedzy i obowiązków społecznych. Z przyjemnością dążył zawsze do Warszawy i pacjentów swych w przypadkach powikłanych do niej kierował. W pośmiertnym zaś swem rozporządzeniu nie pominął i kasy wdów i sierot po lekarzach przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem istniejącą. Przyrzady zaś własnego wynalazku przekazał Warszawskiemu Muzeum Przemysłu i Handlu.

Zdrowie i świeżość umysłu przez wiele lat mu służyły, pomimo ciężkich warunków praktyki prowincjonalnej. Odporność nerwowa zaczęła się chwiać głównie od czasu pamiętnego pogromu białostockiego, kiedy jako lekarz niósł czynną pomoc nieszczęśliwym ofiarom, patrząc na wrzuszające do głębi duszy obrazy mordu, strumienie przelanej krwi niewinnej. Później przejścia dni rewolucyjnych odbijały się również i na FORSTETERZE tak, że dla uspokojenia systematu nerwowego, zmuszony był wyjechać na kilka miesięcy za granicę — do Jeny, gdzie w części odpoczynkowi, w części studjom klinicznym się oddawał.

Po powrocie do kraju, kiedy marzył o przeniesieniu się do Warszawy i oddaniu się ulubionym zawsze badaniom naukowym, dotknięty został uporczywą i niezmiernie męczącą ekzemą. F. szukał pomocy u znanych dermatologów Królewca i Wrocławia, gdzie choroba nie ustępowała. Wreszcie przybył do Warszawy, gdzie pod troskliwą opieką kolegów ŻERY, DOBRZYŃSKIEGO, CHROSTOWSKIEGO, REJCHMANA i wśród swojskiego otoczenia cierpienia złagodniały, nerwy uspokoiły się. Powrócił więc do Białegostoku i zaczął się nieco praktyką zajmować. Po niedługim wszakże czasie wystąpiły ciężkie objawy zatkania tętnic kończyn dolnych na tle sklerozy, a mianowicie zgorzel palców stopy. Umiejętna pomoc, troskliwa opieka, jakimi był otoczony ze strony kolegów miejscowych, a zwłaszcza KOTOWICZA, nie były już w stanie powstrzymać cierpienia. Chory rozumiał swe ciężkie położenie, grożące w najlepszym razie kalectwem po odjęciu kończyn, niechętnie więc na tę ewentualność się godził. Po naradzie, złożonej z kolegów CIECHOMSKIEGO, SAWICKIEGO i prof.-KOSIŃSKIEGO, okazało się, iż w obec szybko postępującej posocznicy, na pomyślny wynik operacji liczyć nie można było.

Zmarł 10-go maja w Białymstoku, a liczny udział w pogrzebie wszystkich warstw ludności bez różnicy wyznania, był wymownym dowodem, jak cenionym był nieboszczyk i jakie wspomnienie po sobie pozostawił.

O zasługach zmarłego mówił kol. PINES przed gmachem Szpitala Żydowskiego, którego wieloletnim ordynatorem był FORSTETER, na cmentarzu zaś w imieniu Białostockiego Tow. Lekarskiego przemawiał kol. ISSERSON.

Cześć jego pamięci!

J. Pawiński.

I. O patogenezie krwimoczcu nerkowego.

Wykład wygłoszony w szpitalu Międzynarodowym w Paryżu

przez

dra B. Motza.

Patogeneza krwotoków nerkowych jest kwestyą doniosłego znaczenia, gdyż krwimocz jest objawem wspólnym dla wielu cierpień nerkowych oraz trudnym w ocenie w — skutek tego, iż w chwili obecnej nie są jeszcze dokładnie znane wszystkie warunki jego powstawania. Często krwotok nerkowy bywa utożsamiany z przekrwieniem nerkowym. Gdy znajdujemy się w obec zagadkowego przypadku krwimoczcu, tłumaczymy go sobie zawsze przez istnienie zwykłego przekrwienia, nie badając jaką jest prawdziwa przyczyna tego krwawienia z nerki.

I tu zaraz na wstępie wyłania się pytanie, co należy rozumieć pod mianem *nawał nerkowy* (*congestio*), czy w ogóle może on wywołać krwotok wewnątrz gruczołu, w jakich warunkach może to nastąpić i czy należy czynić zeń synonim krwimoczcu.

Przekrwienie pod względem fizyologicznym jest to przelotne lub trwałe rozszerzenie naczyń, któremu nie towarzyszą zmiany organiczne. Przekrwienie nerek, mówiąc w ogóle, może zależeć albo od układu nerwowego ośrodkowego, albo od podrażnienia miejscowego [uraz, działanie zimna i t. d.], albo od zaburzeń w krążeniu żylnym [pochodzenia sercowego—zastój żylny, lub pochodzenia miejscowego—ucisk lub zakrzep żył nerkowych] albo wreszcie od przeszkód w wydalaniu moczu.

Rozpatrzmy pokrótce te rozmaite kategorie, aby się przekonać, w jakich przypadkach przekrwienie może spowodować krwotok nerkowy.

a) Przekrwienie wskutek zaburzenia w układzie nerwowym.

VULPIAN doświadczał wywoływał nabrzmienie nerki i białkomocz przez przecięcie nerwu otrzewnego wielkiego; ale w tych przypadkach nie było krwotoków wewnątrznerkowych dzięki dobremu stanowi nerek.

BRault odwrotnie, badając nerkę przekrwioną wkrótce po ataku padaczki Jacksonowskiej, znalazł liczne nacieczenia krwawe i pęknięcia naczyń w większości kłębków. Jest to fakt nieulegający zaprzeczeniu, ale mimo to zupełnie wyjątkowy.

b) Przekrwienie wskutek podrażnienia miejscowego; przekrwienie „*a frigore*“, przekrwienie pochodzenia toksy-infekcyjnego.

Wiadomo oddawna, że krwimocz „*a frigore*“ i krwimocz, występujące po przyjęciu soli potasowych, ciał balsamicznych i t. p., które uważano dawniej za objaw przekrwienia—są wynikiem ostrego zapalenia nerek. Ba-

danie histologiczne moczu zawsze wykaże obecność wałków szklistych i ziarnistych, jako dowód zwyrodnienia tłuszczowo-ziarnistego kanalików skręconych.

Badając przekrwione nerki chorych na zimnicę, BRAULT znalazł znaczne przekrwienie kłębków i naczyń włosowatych, wylewy śródmiąższowe i nieliczne wybroczyny do kanalików skręconych. Istnieje więc przekrwienie nerek pochodzenia toksyinfekcyjnego, którym towarzyszą krwotoki, ale faktu tego nie należałoby uogólniać.

c) Przekrwienie nerek wskutek przeszkody w krążeniu żylnem, przekrwienie nerek bierne.

1) Jeżeli ta przeszkoda w krążeniu żylnem zależną jest od choroby serca, np. w nerce zastoinowej znajdujemy przy badaniu histologicznem pęknięcia naczyń w kłębkach i wybroczyny w przestrzeni, zawartej między naczyniami wewnątrz-kłębkowymi a torebką BOWMANNA.

2) PARROT i HUTINEL, badając nerki dziecka atreptycznego z zakrzepem żył nerkowych, znaleźli ogólne rozszerzenie naczyń oraz wylewy śródmiąższowe i wewnątrzkanalikowe.

I to są fakta nie ulegające zaprzeczeniu.

d) Przekrwienie nerek wskutek przeszkody w wydzielaniu się moczu.

W przypadkach znacznego zatrzymania moczu istnieje też przekrwienie przez wzmoczenie ciśnienia wewnątrznerkowego, ale nigdy nie obserwowano wylewów do wnętrza torebki.

Zestawiając to, co powyżej powiedziano, uważać należy za fakt niezaprzeczalny, że pewne przekrwienie może być przyczyną krwotoku kłębkowego i nerkowego. Ale mówiąc ogólnie, nerka normalna przekrwiona nie krwawi; jeżeli ma miejsce krwiomocz to znaczy, że jest jeszcze coś dodatkowego, że istnieje i uszkodzenie nerki. Dokonywając autopsyi, bardzo często widuje się nerki mocno przekrwione, lecz przy badaniu drobnowidzowem znajduje się tylko zwykle rozszerzenie naczyń bez krwotoku wewnątrznerkowego. Streszczając się, powiemy, że nienależy posługiwać się słowem „przekrwienie“ dla wyjaśniania pewnych postaci niejasnych krwiomoczów nerkowych. Wróćmy teraz do krwiomoczów.

W jaki sposób może nerka krwawić?

Wiemy, że w nerce istnieją dwie kategorie naczyń: 1) naczynia włosowate śródmiąższowe, 2) naczynia kłębkowe.

Krwotok nerkowy obfity nie może zależeć od naczyń włosowatych śródmiąższowych. Jest on możliwy tylko wtedy, jak to później zobaczymy przy omawianiu gruźlicy, jeżeli jednocześnie istnieje będzie owrządzenie kanalika wywodzącego [kanalik kręty, kanalik prosty, lub kanalik zbiorowy], które pozwoliłoby krwi sciekać do jego wnętrza, a taki wypadek poza gruźlicą jest rzadki. Widzimy więc, że *a priori* obfity krwiomocz nerkowy musi mieć za punkt wyjścia kłębki MALPIGHI'ego.

Krwiomocze nerkowe można podzielić [poza postacią uwarunkowaną przez pasorzyty] na następujące grupy:

- A) Krwiomocze: { naczynioruchowe [angioneurotyczne]
 { samoistne [esencyjalne]
 { krwawiączkowe [hemofiliczne].
- B) Krwiomocze wskutek ostrego zapalenia nerek krwotocznego.
- C) Krwiomocze wskutek zapalenia nerek śródmiąszowego zazwyczaj przewlekłego.
- D) Krwiomocze mieszane: { wskutek kamicy
 { wskutek gruźlicy
 { wskutek nowotworu.

A. Krwiomocze.

1) Krwiomocze naczynioruchowe. LANCEREAUX broni ich istnienia, mają one pozostawać w zależności od przekrwienia nerek wskutek zaburzeń w innerwacji.

Ale nigdy nie dostarczono anatomopatologicznego dowodu istnienia tej postaci, należy więc jej odmówić istnienia.

2) Krwiomocze samoistne, t. j. bez przyczyny. Opisano wiele przypadków krwotoków nerkowych pod mianem „krwiomocz bez przyczyny“, czyli „samoistny“.

Ale wystarczy poddać dokładniejszemu badaniu spostrzeżenia zapomniane, aby się przekonać o ich zupełnej niedostateczności: najczęściej nawet mocz nie był zbadany mikroskopowo. Gdy się bada metodycznie te przypadki i gdy się je przesieje przez sito poważnego badania anatomopatologicznego, dochodzi się do wniosku, że jeżeli wogóle istnieją krwiomocze samoistne, to należą one do rzadkości wyjątkowych. W swym przeglądzie MALHERBE i LEGUEU sprowadzają wszystkie znane przypadki do 5-u, przyczem z ich liczby wykreślić należy 1 przypadek BROCA, gdzie istniało niezawodnie ostre zapalenie nerek, oraz 1 przypadek LOUMEAU i 1 przypadek DUBERSAGUES'a, gdzie nie dokonano badania histologicznego.

A więc znajdujemy zaledwie dwa przypadki tej kategorii: jeden MAXA SCHEDE i jeden KLEMPERERA, w których badanie histologiczne nie wykryło zmian żadnych. Ale możemy i tu jeszcze pozwolić sobie na wyrażenie wątpliwości pewnych co do wartości tych badań histologicznych. Wiemy wszak, że poważne krwiomocze zależeć mogą często od bardzo ograniczonych stanów zapalnych nerki (*nephrites parcellaires*) i od zmian bardzo nieznacznych, tak, iż należy wykonać mnóstwo skrawków, jeżeli się chce mieć badanie histologiczne bez zarzutu.

3) Krwiomocze krwawiączkowe. Ta odmiana, którą powszechnie uznają w Niemczech, istnieć musi u osobników dotkniętych niezawodną hemoflią.

Zgromadzono wszystkiego 5 przypadków: 2 GUYON'a, 1 UHDE'a, 1 GRANDIDIER'a i 1 KLEMPERER'a. Często zalicza się tu przypadek SENATORA, o którym wiadomo, że sprawa zależała od przewlekłego zapalenia nerek, co dowiedzione zostało zapomocą badania histologicznego.

Zresztą można jeszcze zapytać, czy w tych 5-u przypadkach nie było

istotnie wcale zmian histologicznych, a więc zachować należy wielką ostrożność w przyznaniu istnienia takiej sprawy.

B. Krwiomocze wskutek ostrego krwotocznego zapalenia nerek.

a) Pierwszą odmianą ich jest ta, którą obserwujemy w przebiegu chorób zakaźnych [odra, szkarlatyna, gorączka tyfoidalna, żółtaczkę ciężką, dżuma, gnilec, plamica i t. d.]; wiemy oddawna, że zależą one od ostrego lub podostrego zapalenia nerek, których schorzenie doprowadza zawsze do krwawień. Zresztą zawsze znajdziemy w moczu białko i liczne wałki, dowody istnienia zmian w nerkach.

b) Toż samo powiedzieć można o krwiomoczach, powstających po przyjęciu środków lekarskich (*balcamica*, *antipyretica*, *kantarydyna*); w rzeczywistości są to krwiomocze wskutek ostrego zapalenia nerek; a zapalenie kantarjadowe, pomiędzy innymi, jest już oddawna znane.

{D. n.}.

II. Z ODDZIAŁU DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych.

Podał

J. Bełkowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 28].

Wspomnę tu jeszcze o przypadku, opisanym w końcu roku ubiegłego przez CHAUFFARD'a i TROISIER'a¹⁾, który jakkolwiek nie dotyczy promienicy mózgu, ma jednakże dużo cech wspólnych z objawami, obserwowanymi u naszego chorego w początkach cierpienia.

W przypadku tym promienica przebiegała pod postacią *spondylitis cervicalis*. Jednakże na zasadzie charakterystycznego twardego nacieczenia na szyi, braku chełbotania, braku obrzmienia gruczołów chłonnych w sąsiedztwie, jak również dobrego stanu chorego, autorowie przysli do wniosku, że sprawa chorobna zależy może od zarazka słabszej względnie siły, niż gruźlica, np. zarazka promienicy. Aglutynacja potwierdziła to przypuszczenie. Chory przez dłuższy czas leczony dużemi dawkami jodku potasu [od 4-ch do 6-u grm.] w końcu wyzdrowiał.

Metoda aglutynacji przy rozpoznawaniu promienicy dotąd nie miała, o ile

¹⁾ Revue de médecine 1909, Nr. 11.

mi wiadomo, zastosowania. Wprowadzoną została przez WIDAL'a i ABRA-
mi'ego ¹⁾ w roku 1908, a zeszłoroczna praca SZUKIEWICZA ²⁾ zdaje się ją po-
twierdzać. O ile aglutynacja, jako środek rozpoznawczy, bezwzględnie uzna-
ną zostanie, da nam możność w przyszłości rozpoznawać promienicę we wcze-
śniejszych okresach, kiedy środki lecznicze działać mogą tak jeszcze skute-
cznie, jak to miało miejsce w przypadku CHAUFFARD'a i TROISIER'a. Dotąd
zaś promienica, o ile była niedostępna dla zabiegów chirurgicznych, dawała
zupełnie złe rokowanie.

Z przytoczonych przypadków możnaby poniekąd wyprowadzić pewne
wnioski ogólne co do szerzenia się promienicy w kierunku mózgu i opon, jak
również i co do przebiegu tego cierpienia.

Ten dziwny pozornie fakt, że promienica tak często spostrzegana na
twarzy, szyi i karku, a więc w bliskości czaszki, wyjątkowo tylko dostaje się
do mózgu, zrozumiałym będzie, jeżeli zwrócimy uwagę na to, o czym już na
początku wspominałem, że zarazek od miejsca zakażenia stopniowo posuwa
się na tkanki sąsiednie w kierunku najmniejszego oporu. Z szyi, jak to wy-
kazały liczne spostrzeżenia, najczęściej opuszcza się na mostek lub tkankę
przedkręgową, albo też idzie ku górze na twarz i powłoki miękkie czaszki.
Droga w kierunku jamy czaszkowej nie jest drogą najmniejszego oporu: za-
nim sprawa chorobna zdoła przebić kostną ścianę czaszki, lub też dostać się
do niej, jak to się zdarza [przypadki PONFICK'a i MOOSBRUGGER'a], drogą sto-
pniowo tworzących się zakrzepów żylnych, prawdopodobnie chory pierwiej
umiera wskutek wyniszczenia. Stąd też i rzadkość przypadków promienicy
wtórnej mózgu. W przypadkach tych objawy mózgowie zwykle występowały
pod koniec choroby, najczęściej już przy stanie ogólnego wyniszczenia, co
również przemawiałoby za przypuszczeniem powyższem.

Przechodzę do opisu własnego spostrzeżenia.

Fr. M., lat 19, z zawodu zdun, przybył do szpitala 5-go lipca 1907 roku.
Stale zamieszkały w Warszawie, nie miał zwyczaju ani też sposobności żucia
kłosów, słomy lub ziaren zboża. W 6-ym roku życia przebywał zapalenie
wysiękowe opłucnej lewej, z której wypuszczano mu płyn. Dziedzicznie nie
obarczony.

Choroba zaczęła się od stycznia 1907 roku gwałtownymi bólami całej
głowy; po upływie dwu tygodni zjawiły się bole wzdłuż mięśnia mostkooboj-
czykosutkowego (*sterno-cleido-mastoideus*), z początku lewego, później prawe-
go; następnie zjawiły się bole w kręgach szyjnych i sztywność karku.

Stan bezgorączkowy, odżywienie mierne, cera blada. Stwierdzono bo-
lesność przy ucisku na okolice wyrostków ciernistych górnych kręgów szyj-
nych, oraz sztywność karku z ograniczeniem ruchów. W narządach wewnętr-
nych zmian żadnych nie znaleziono. Podczas pobytu dość wyraźna poprawa.

Mimo opisanych dolegliwości usposobienie dość wesołe i ruchliwe: chory

¹⁾ Cyt. przez CHAUFFARD'a i TROISIER'a (Revue de Médecine 1909 r.).

²⁾ Arch. de société biol. de St. Petersburg 1909 r.

chodził chętnie po podwórzu szpitalnem, zdradzał przytem pewne podniecenie płciowe. Przed samem wypisaniem chorego [w końcu lipca] spostrzeżono zwiększoną ilość moczu o niskim ciężarze właściwym [1,005]; raz znaleziono ślad białka, w skąnym jednak osadzie ani wałeczków ani innych morfologicznych składników nie odszukano. Rozpoznawano próchnienie górnych kręgów szyjnych.

W domu miał nadmierne pragnienie tak, że wypijał na raz po kilka szklanek wody; mocz oddawał często i w dużej ilości [w nocy wstawał po kilkanaście razy]. Bole głowy wkrótce znowu się wzmogły, a ponadto zjawiało się twarde obrzmienie na karku z lewej strony. Wskutek tego w początkach września chory znowu zapisał się do szpitala na oddział chirurgiczny dr SZTEYNERA. Robił już wtedy wrażenie ciężko chorego. Ruchy karku ograniczone i bardzo bolesne. W górnej części karku z lewej strony, tuż za wyrostkiem sutkowym, — rozległe twarde nacieczenie z wyczuwaniem się pośrodku głębokiem chęłbotaniem. Na tem miejscu zrobiono w uspieniu chloroformowem nacięcie; okazało się, że ropień był głęboki na 5 — 7-u cm., lecz wąski, i odpowiadał rozmiarom tej ograniczonej przestrzeni, w której wyczuwano chęłbotanie; zgłębnik dochodził do bocznej części jednego z górnych kręgów szyjnych; kości obnażonej w miejscu tem nie znaleziono. Ropa niezbyt gęsta, z znaczną domieszką krwi, zawierała grudki żółtawe, wielkości ziarnka prosa i nieco większe, dające łatwo rozgniatać się. W grudkach tych znaleziono charakterystyczne dla promienicy obrazy z kolbami na obwodzie. Ropień bardzo szybko wypełniał się tkanką granulacyjną, i po 6-u dniach chorego przepisano na nasz oddział. Poprawy po tej operacji nie było: bole wciąż trwały. Apetyt zmniejszył się, i chory zaczął chudnąć. Badanie krwi 17-go września wykazało:

Czerwonych krążków . . .	4900000
Białych ciałek krwi . . .	16200
Sucha pozostałość krwi. . .	19,61%.

Zresztą badanie narządów wewnętrznych nie wykazało prawie żadnych różnic ze stanem przy poprzednim pobycie. Tętno nieco nieregularne; od czasu do czasu słabsze uderzenia. Przy krańcowych ruchach gałek ocznych ku górze — ślad drżenia (*nystagmus*). Rażące zaostrenie słuchu w prawem uchu. Niekiedy przy łykaniu doznaje szczególnego uczucia, jakgdyby zatkania w nosie. Odruchy ścięgnowe i z kończyn górnych i dolnych wzmożone. I skórne jednak także są żywe. Mięśnie karku z lewej strony wydają się zanikłe. Ilość moczu do 12-u litrów na dobę o ciężarze właściwym 1,001, a nawet niżej, do 1,0005. Białka ani razu już nie dostrzeżono ani śladu; to samo i cukru. Dla przykładu przytoczę poszczególne dane, dotyczące moczu:

12. IX.	10	litrów	o	ciężarze	właściwym	1,001
13. IX.	12	"	"	"	"	1,001 ¹ / ₂
14. IX.	7	"	"	"	"	1,002
23. IX.	7	"	"	"	"	1,002

29. IX.	2700 cm. sz. o ciężarze właściwym	1,004
3. X.	7 litrów	1,005
12. X.	5 $\frac{1}{2}$ " "	1,000!
15. X.	5 " "	1,001
28. X.	3,6 " "	1,003 $\frac{1}{2}$
14. XI.	3 " "	1,0005 (gorączka)
14. XII.	2400 cm. sz.	1,005
23. XII.	4500 " "	1,003
15. I.	4800 " "	1,004
11. II.	7 litrów	1,000!
17. II.	7 " "	1,001
4. III.	8 " "	1,000 $\frac{1}{2}$ (1,0005).

Dnia 27 — 28-go września podczas brania jodku potasu nastąpiło nagłe pogorszenie. Stan gorączkowy. Apatya: leży bezwładnie, obojętnie, niechętnie się porusza i odpowiada na pytania. Porażenie zupełne nerwu twarzowego prawego z charakterem porażenia obwodowego (*lagophthalmus*, porażenie mięśni prawej połowy czoła). Jednocześnie w pewnym stopniu opuszczenie prawej powieki górnej. Źrenice oddziałują prawidłowo; ruchy oczne prawidłowe, chory jednak podaje, że chwilami jakby widział podwójnie [przedmioty obok siebie]. Chory nie może dobrze otworzyć ust [lekki szczękościsk — *trismus*]. Podniebienie porusza się leniwie; odruchu przy drażnieniu języczka niema; ruchy języka prawidłowe. Kark silniej wyprostowany, sztywny; głowa nieco odchyłona ku tyłowi (*opistotonus*). Rażąco osłabienie wszystkich mięśni kończyn górnych, w mniejszym stopniu dolnych (*paraparesis*). Na usilne naleganie chory wstaje i chodzi, ale z trudnością. Odruchy ścięgnowe, zwłaszcza z kończyn górnych, wzmożone; słaby objaw stopny (*Fussillonus*). Odruchy skórne żywe. Nadczułość pni nerwowych kończyn górnych i dolnych przy ucisku. W czuciu dotykowym i bólowem żadnych zbroczeń nie udało się wykazać. Oddawanie stolca i moczu prawidłowe.

29. IX. Tętno 84. Niedowład obwodowy i lewego nerwu twarzowego. Obustronne opuszczenie powiek. Brzuch wciągnięty.

2. X. W nocy bredził. Porażenie kończyn dolnych: zaledwie ślad ruchów. Odruchy ścięgnowe w kończynach dolnych zupełnie zniesione. Kończyny górne, jak dni poprzednich. Mowa gorsza. Upadek sił.

3. X. Odruchy ścięgnowe w kończynach dolnych zupełnie wróciły z prawej strony żywsze.

5. X. Duszność. Tętno 132. Częstość oddechu — 24. Odruchy ścięgnowe kończyn górnych i dolnych wzmożone.

Od 8. X, po 11-u dniach opisanego pogorszenia, — wyraźna poprawa. Kończyny dolne coraz silniejsze, a 27. X chodzi już niezle. Tętno 96. Mówi lepiej. Polykanie jeszcze utrudnione. W początkach listopada po nowej próbie podawania jodku potasu znowu pogorszenie: gorączka do 38,6°, ogólne osłabienie, ból głowy, pogorszenie mowy. Z odstawieniem KJ objawy te minęły. Niedowład kończyn ustąpił. Ruchy lewą połową twarzy i lewą po-

wieką zaczęły coraz wyraźniej powracać; prawa pozostała nieruchomą. Połykanie i mowa prawidłowa.

29. XI. Przepisano go znowu na oddział chirurgiczny z powodu zaczerwienienia i obrzmienia skóry po lewej stronie szyi z boku, oraz nieznacznego chełbotania. Ropień przecięto i wyłęczkowano; ropa i tym razem zawierała wyraźne grudki promienicy.

23. XII. Wychudnienie i niedokrwiistość postąpiły znacznie. Bole w tyłogłowie i w karku. Zanik mięśni lewej połowy karku wyraźniejszy. Sztynność i przykurczenie karku ku tyłowi. Bolesność przy próbach zginania głowy; przy podnoszeniu się z pozycji leżącej głowę podtrzymuje rękami. Porażenie obwodowe nerwu twarzowego prawego [lewy nerw twarzowy prawidłowy]. Osłabienie siły mięśniowej w kończynach górnych i dolnych, wyraźniejsze w dolnych, równomierne z obu stron. Chodzić jednak chory może. Brak odruchów ścięgowych, kolanowych i ze ścięgien Achillesa; odruchy skórne zachowane.

Brak odruchów ścięgowych na kończynach dolnych trwał bardzo krótko, i znowu ustąpił miejsca wzmożeniu tych odruchów.

Następnych dni porażenie nerwu twarzowego prawego zaczęło stopniowo ustępować.

18. II 1908 r. kiedy chory był demonstrowany w Towarzystwie Lekarskim, zanotowano: sztywność i nieruchomość karku i twarde rozległe nacieczenia z lewej strony karku oraz zanik mięśni z tej strony, w małym stopniu szczękocisk, niedowład prawego nerwu twarzowego, wzmożenie wszystkich odruchów ścięgowych, moczówkę zwykłą.

W początkach marca [10-go] ruchy prawej połowy twarzy wróciły do normy. Bole głowy zmniejszyły się nieco.

25. III chory wypisał się z poprawą, w stanie bezgorączkowym, lecz silnie wycieńczony i osłabiony.

Przez czas pobytu w domu miewał ciągłe bóle głowy, bóle w plecach i kończynach górnych. W kwietniu obok dawnego nacięcia na karku samostnie otworzył się niewielki ropień; ranka zagoiła się po kilku dniach. W końcu maja zjawily się gwałtowne bóle w krzyżu i kończynach dolnych, a wkrótce potem chory zaczął mocz i kał oddawać pod siebie.

W takim stanie 21 czerwca znowu przybył na nasz oddział.

Przy ogólnym wyniszczeniu, stanie podgorączkowym, tętnie 106 i częstości oddechu — 20, znaleziono dawną sztywność karku, wzmożenie odruchów ścięgowych z objawami stopnym i kolanowym (*Fussklonus* i *Patellar-klonus*), bolesność przy ucisku okolicy kręgów od 10-go grzbietowego do krzyża. Przekłucie łądźwiowe wykazało płyn żółtawy mętny, zawierający 24‰ białka, i łatwo tworzący skrzep. Badanie drobnowidzowe płynu wykazało obecność ciałek ropnych; grzybków promienicy nie odszukano. Mocz w ilości dobowej zebrać się nie udało; ciężar właściwy moczu był niżej 1,001.

Stan taki trwał bez zmiany do końca życia [5-go lipca]. Na kilka dni przed śmiercią zjawila się biegunka.

Badanie pośmiertne [prof. PRZEWOSKI] wykazało zapalenie płuc schyłkowe w dolnym zrazie prawego płuca (*pneumonia cachecticorum*); pojedyncze guziki serowate wśród mięszu zwątrobiałego (*phthisis nodosa*); katar kiszek grubej (*colitis catarrhalis acuta*).

Rozszerzenie komór bocznych mózgu; 3-a komora mózgowa wdwójnasób powiększona; przewód SYLWIUSZA przepuszcza pióro gęsie; wyraźne rozszerzenie komory czwartej. Opona twarda mózgu, dokoła siodła tureckiego (*sella turcica*) i wzdłuż *clivus* BLUMENBACHA aż do otworu potylicowego, znacznie zgrubiała, stwardniała, zrosnięta z okostną i z przysadką mózgową (*hypophysis cerebri*); w wielu miejscach widać w niej rozsiane maleńkie białe-żółtawe ropnie (*Peripachymeningitis chronica hyperplastica circumscripta cum abscessibus miliaribus*). W dniu 4-ej komory — przekrwienie, zgrubienie, zmętnienie i nacieczenie spłotów naczyniowych (*tela chorioidea*).

Zgrubienie i nacieczenie ropne tkanki łącznej dokoła opony twardej rdzenia kręgowego, coraz silniejsze w miarę posuwania się ku dołowi. Na wysokości 8-go i 9-go kręgów grzbietowych przez otwory międzykręgowe wycieka ropa (*peripachymeningitis spinalis purulenta*). Opona twarda rdzenia kręgowego zgrubiała i nacieczona, coraz bardziej w miarę posuwania się ku dołowi; w $\frac{1}{3}$ częściach dolnych rdzenia zrosnięta z oponą miękką; dokoła dolnej połowy rdzenia kręgowego opony te potężnie zgrubiały, silnie napięte; w wolnych przestworach pomiędzy nimi, oraz dokoła dolnej połowy rdzenia kręgowego — obfita żółtawa ropa (*pachy-et leptomeningitis spinalis purulenta*).

Na przecięciach poprzecznych rdzenia kręgowego budowa jego wszędzie dobrze zachowana, prócz najniższej jego części, gdzie rysunek wydaje się zatarty.

Liczne ropnie różnej wielkości, aż do orzecha laskowego, w mięśniach lędźwiowych (*ileo-psyas*).

Te części układu nerwowego, w których można było oczekiwać pewnych zmian na zasadzie obserwacji klinicznej, jak również i te, w których stwierdzono zmiany makroskopowe, mianowicie oponę twardą mózgową, rdzeń przedłużony z przylegającą częścią mostu i rdzeń kręgowy badałem drobnowidzowo. Wyniki badania całego szeregu skrawków streścić można w tych mniej więcej słowach.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

109. Dr Viktor Blum. Dyagnostyka czynnościowa nerek.

Nerkom zdrowym przypadają w udziale następujące czynności: wydzielanie wody, wchłanianie jej, wydzielanie rozmaitych soli, niszczenie pewnych produktów przemiany, będących substancjami jadowitemi dla ustroju.

Wydzielanie wody odbywa się dzięki sprawie filtrowania się krwi w kłębkach pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego, i do kanalików moczowych przecieka stąd mocz pod postacią bardzo rozcieńczonego płynu; wskutek wchłaniania wody w kanalikach i przesiąkania do nich rozmaitych soli ze krwi, limfy i soków tkankowych podnosi się koncentracja moczu, do czego przyczynia się też swoista działalność wydzielnicza nabłonków, wyścielających kanałiki moczowe.

O fakcie niszczenia przez nerki jadów sądzić możemy z tego, iż powstrzymanie ich działalności wywołuje ciężkie objawy zatrucia ogólnego [mocznica] i że zastrzykiwanie dożylnie zwierzętom moczu ludzkiego sprowadza rozmaite zjawiska chorobne, nawet śmierć.

Że prócz tego istnieje jeszcze wewnętrzna, ważna dla ustroju sekrecja nerek [jak w t. zw. gruczołach o sekrecji wewnętrznej] przekonywamy się z faktu, że nefrektomia daleko prędzej prowadzi do śmierci, niż podwiązanie moczowodów, że w przypadkach nefrektomii zwierzę żyje dłużej, jeżeli będziemy mu zastrzykiwać wyciąg z mięszu nerkowego lub surowicę z żyły nerkowej zwierzęcia zdrowego. W ostatnich czasach mówią jeszcze o wydzielinie wewnętrznej nerek, obniżającej ciśnienie krwi—o t. zw. urohypotensynie. Niektórzy uczeni wspominają wreszcie o t. zw. pracy elekcyjnej nerek, wskutek której zdrowa nerka nie przepuszcza rozmaitych normalnych składników krwi jak np. białko i cukier. Löwis tłumaczy ten fakt w ten sposób, że normalny nabłonek nie przepuszcza związków chemicznych, znajdujących się w roztworze w stanie kolloidalnym.

Dla określenia, czy nerki w sposób dostateczny wykonywają powyższą pracę, istnieje kilka metod. Dawne metody opierały się 1) na objawach ogólnych i odległych, zależnych od wpływu czynności nerek na cały ustroj, szczególnie na układ nerwowy ośrodkowy, na ciśnienie krwi i układ naczyński, wreszcie na obrzęki 2) na chemicznym, fizykalnym i drobnowidzowym badaniu własności moczu. Przypomniemy, że objawy mocznicy i obrzęki wskazują na istnienie większych schorzeń w obu nerkach, że przerost lewej komory serca towarzyszy najczęściej sprawie patologicznej w kłębkach, że ilość białka w moczu bynajmniej nie może służyć za wykładnik ciężkości sprawy chorobnej, że nawet obecność elementów nerkowych stwierdzano po palpacji zdrowych nerek lub przy t. zw. niewinnych białkomoczach.

Z nowszych—metoda BOUCHARD'a, który głosił, że z ilości moczu potrzebnego do zastrzyknięcia podskórnego, aby zabić zwierzę określonej wagi, sądzić można o toksyczności moczu [tak zwany przez autora wskaźnik uretoksyczny], a pośrednio o względnej sprawności nerek, nie ostała się w obec gruntowniejszej krytyki.

Większe znaczenie zyskała wprowadzona do nauki przez KORANYI'ego kryoskopja, polegająca na określeniu koncentracji molekularnej moczu i krwi za pomocą oznaczenia punktu ich zamarzania. Przy normalnie funkcjonujących nerkach punkt zamarzania krwi wynosi— $0,56^{\circ}$. Gdy jednak przepuszczalność nerek się zmniejszy i wskutek tego we krwi nagromadzą się substancje [sole, mocznik i t. d.] zazwyczaj z moczem wydalane, to punkt zamarzania krwi obniża się do cyfr — $0,58^{\circ}$, — $0,70^{\circ}$, — $0,80^{\circ}$, odpowiednio do stopnia schorzenia nerek. Jednakże w niektórych przypadkach i kryoskopja zawieść może, gdyż pomimo niezawodnych zmian anatomicznych w nerkach, wydalanie może się odbywać w sposób dostateczny dlatego, że albo części zdrowe narządu mogą kompensacyjnie zastąpić część chorą, albo wskutek tego, że przerost serca wyrównać może braki w czynnościach chorego narządu; z drugiej strony w pewnych okolicznościach [choroby płucne z sinicą, obfitość we krwi kwasu węglowego, cukromocz] i przy prawidłowo pracujących nerkach punkt zamarzania krwi może być niższy od normy.

Lepsze wyniki daje metoda t. zw. polyurji doświadczalnej [ALBARRAN]. Zdrowa nerka posiada zdolność do wydzielania moczu o rozmaitej koncentracji stosownie do ilości płynów wprowadzonych do ustroju i w ten sposób może regulować i utrzymywać na pewnym stałym poziomie stopień ciśnienia osmotycznego soków, krążących w ustroju. Otóż jeżeli będziemy dawali człowiekowi płyny w zwiększonej ilości [np. kilka szklanek wody mineralnej SALVATOR] i zapomocą cewnikowania moczowódów zbierać będziemy mocz osobno z każdej nerki, to zdrowa nerka wydzielać będzie mocz o zmiennym ciężarze właściwym albo zmiennym punkcie zamarzania, chora zaś—takich wahań nie wykaże wcale, albo wykaże w stopniu znacznie słabszym.

Na zasadzie odmiennej oparte są metody z barwikami, wprowadzanemi do ustroju. Pierwsze badania dotyczyły błękitu metylowego (*methylenblau*), który przy przewlekłym zapaleniu mięszu nerkowego wydziela się z moczem szybko, przy zapaleniu śródmięszowem opuszcza organizm z dużem opóźnieniem; badania te są jednak utrudnione przez to, że część błękitu przeistacza się w ustroju w związek bezbarwny leukobazę, której obecność nie łatwo jest stwierdzić, przyczem warunki powstawania tego zjawiska nie są dokładnie jeszcze znane.

To też odpowiedniejszym od błękitu okazał się indygokarmin, zaproponowany przez VÖLCKERA i JOSEPHA. W 6—10-u minut po zastrzyknięciu podskórnem tego barwika w ilości 0,08—0,16 przy nerkach normalnych wydziela się odpowiednio zabarwiony mocz, a intensywność tego zabarwienia określić można kolorometrycznie; w *nephritis parenchymatosa* — sprawa odbywa się jak przy nerkach zdrowych, w *nephritis interstitialis* wydalanie barwika ulega opóźnieniu, zabarwienie jest mniej intensywne i trwa dłużej. Szczególnie dobre wyniki metoda ta daje przy jednostronnem schorzeniu nerki i przy bezpośredniem badaniu przy pomocy cewnikowania wyciekającej z obu moczowódów uryny. Warunki wydalania indygokarminu odpowiadają w zupełności warunkom wydalania soli moczowych.

Metoda, polegająca na spostrzeżeniu, że po zastrzyknięciu florydzyny w moczu pojawia się cukier, o ile zachowany jest normalnie funkcyonujący mięsz nerki, nie dała wyników dość pewnych.

Czynnościowa dyagnostyka nerek ma wielkie znaczenie dla chirurgii, gdyż np. przy nefrektomii jednostronnej pozwala określić, czy i o ile nerka mająca pozostać pracuje w sposób dostateczny.

Wykryć ona może niedomogę nerek tam nieraz, gdzie dawniejsze metody [zwykła analiza moczu, badanie serca, obręzków] nie wskazują bynajmniej za stan patologiczny; tak np. KORANYI zauważył, że przy każdym zapaleniu nerek istnieje hypostenurya t. j. niski punkt zamarzania moczu i tem niższy, im przypadek jest cięższy, przyczem podnoszenie się tego punktu daje nam rokowanie lepsze, obniżanie zaś jego—gorsze. Odwrotnie, dyagnostyka funkcyonalna nerek może wykryć dostateczność ich pracy w tych przypadkach, gdzie zwykła analiza moczu spotyka białko np. w t. zw. białkomoczach niewinnych [młodzieńczy, niektóre postacie ortostatycznego, starczy i t. d.] i odróżnić je od spraw zapalnych mięszu nerkowego.

Daje ona wreszcie pewne wskazówki przy różniczkowaniu rozmaitych postaci zapalenia nerek.

(Wien. klin. Woch. 1910, Nr. 19).

A. Lande.

110. Rautenberg. O doświadczalnie wywołanem zapaleniu nerek z następczem wzmocnieniem ciśnienia krwi oraz miażdżycą tętnicy głównej.

Autor podwiązywał u królików jeden moczowód, tuż ponad ujściem jego do pęcherza. Po pewnym okresie czasu usuwał podwiązkę i przywracał

drożność moczowodu. Po takim zabiegu mocz zwierząt zawierał zawsze białko. W celu dokładniejszego badania czynności nerki chorej autor usuwał wówczas zupełnie nerkę zdrową. Okazało się na szeregu zwierząt, że dwutygodniowe zamknięcie moczowodu prowadziło tylko do przemijającego białkomoczu, po którego ustąpieniu nie można było stwierdzić w nerce żadnych makroskopowych ani mikroskopowych zmian chorobnych. Podwiązanie moczowodu na przeciąg 4 ch tygodni wywoływało tak znaczne zaburzenia w czynności odnośnej nerki, że zwierzę padało zwykle w ciągu 3-ch dni po usunięciu nerki zdrowej wśród objawów prawie zupełnego bezmocz. Zamknięcie moczowodu, trwające 3-y tygodnie, prowadziło do trwałych zmian w nerce, z którymi jednak zwierzęta żyły po parę miesięcy aż do 2-u lat i więcej. Przez cały ten czas zachowanie się królików nie zdradzało stanu chorobnego, dopiero pod koniec życia traciły one zwykle chęć do jedzenia, chudły i padały przy objawach charłactwa. Mocz operowanych w powyższy sposób zwierząt zawierał stale białko w ilości od $\frac{1}{4}\%$ do 5% oraz wałeczki szkliste, niekiedy nadto wałeczki ziarniste. Zmiany histologiczne chorych nerek przedstawiały się rozmaicie, zależnie od okresu choroby. Naogół autor określa te zmiany, jako wyrażające dążność tkanki mięszonej do regeneracji, która jednakże w krótkim czasie ustępuje zmianom wstecznym, przyczem miejsca tkanki mięszonej zajmuje obficie rozrastająca się tkanka łączna, ulegająca w końcu zwyrodnieniu szklistemu. Przy sekcji królików, które żyły z powyższymi zmianami w nerce dłużej jak rok, R. znajdował stale rozległe zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, a niekiedy ponadto ograniczone wypuklenia jej ściany, co w zupełności odpowiada obrazowi, otrzymywanemu u królików przy wstrzykiwaniu podskórnem lub dożylnem adrenaliny. Zmiany te w postaci bardzo drobnych ognisk zaczynały występować już w 9 — 12-ym miesiącu choroby. Powstawanie rzeczonych zmian uzależnia autor od również doświadczalnie przez siebie stwierdzonego wzmoczenia ciśnienia krwi, które zaczynało występować zwykle między 9 a 12-ym miesiącem choroby, a w 15 — 18-ym mies. osiągało już znacznej wysokości i dało się stwierdzić u wszystkich użytych do doświadczeń królików. Poszukując przyczyny tego wzmoczenia krwi, wykrył autor w surowicy krwi badanych zwierząt obecność pewnych związków, posiadających działanie podobne do działania adrenaliny.

Surowica krwi tych królików dawała mianowicie dodatni odczyn EHRMANN'a, t. j. wywoływała rozszerzenie źrenicy wyluszczonego oka żabięgo. Związki te znajdowały się we krwi już w tym okresie, kiedy przy pomocy manometru nie można było jeszcze stwierdzić wyraźnego wzmoczenia ciśnienia w tętnicach.

(*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1910 Nr. 12).

St. Sasaki.

111. F. Müller i B. Fellner. „Vasotoninum“, nowy środek, obniżający ciśnienie krwi.

Vasotoninum jest to podwójne połączenie soli *yohimbiny* z *wrethanem*. Doświadczenia, wykonane przez MUELLERA na zwierzętach, wykazały, iż środek ten, wprowadzony do żyły, wywołuje rozszerzenie naczyń obwodowych, głównie na kończynach, i w mniejszym stopniu naczyń mózgu, wskutek czego średnie ciśnienie krwi obniża się. V. działa obwodowo, a nie na ośrodki naczynioruchowe, położone w mózgu lub rdzeniu. Przemawia za tem fakt, iż rozszerzeniu ulegają nawet naczynia kończyny zwierzęcia zabitego przy przepuszczaniu przez nie płynu RINGER'a z dodatkiem *vasotoniny*. V. nie wywiera działania szkodliwego na serce.

FELLNER stosował *vasotoninę* w postaci wstrzykiwań podskórnych, powtarzanych codziennie lub co drugi dzień, u osobników z chwilowo lub stale wzmoc-

żonem ciśnieniem krwi, a więc w przypadkach dusznicy bolesnej, dusznicy oskrzelowej, zatrucia ołowiem, miażdżycy tętnic i t. d. Stwierdził on przytem przedmiotowo obniżenie ciśnienia krwi oraz zwiększenie ukrwienia obwodowego, czemu towarzyszyło znaczne polepszenie samopoczucia chorych, a w przypadkach dusznicy bolesnej zupełne ustępowanie lub złagodzenie napadów.

(*Therapeutische Monatshefte.* Czerwiec 1910).

St. Saski.

112. W. Wechseltmann. Leczenie syfilisu dioxo-diamido-arsenobenzolem ¹⁾.

W ostatnich latach EHRLICH poświęcał się wyłącznie pracy nad wynajdywaniem środków chemicznych, leczących choroby zakaźne. Za najlepsze uważał środki, któreby po jednorazowym zastosowaniu zabijały pasorzyty albo unicestwiały dalszy ich rozwój (*sterilisatio magna*). Przetwory takie muszą posiadać wielką żarłoczność (*Avidität*) w stosunku do pasorzytów, a możliwie najmniejszą w stosunku do tkanek. Setki takich przetworów wypróbował EHRLICH na zwierzętach, zakażonych przez trypanosomy i spiryle, i niektóre z tych preparatów okazały się bardzo skuteczne. W listopadzie r. z. HATA, współpracownik EHRLICHA, skonstatował, że po zastrzyknięciu jednego z wyżej wzmiankowanych przetworów arsenu [oznaczonego dla krótkości numerem 606] do pierwotnego owrzdolenia syfilitycznego u świnki morskiej w 24 godziny znikają wszystkie krętki blade (*spirochaete pallida*), od których się roiło. Uważając słusznie, iż wpadł na drogę prawdziwie naukowego leczenia syfilisu, EHRLICH z całą ostrożnością powierzył stronę praktyczną tej sprawy różnym doświadczonym klinicytom. ALT, HOPPE i SCHREIBER przeprowadzali leczenie syfilisu, IVERSEN—gorączki powrotnej. WECHSELMANN, pracując od marca r. b., zebrał 80 przypadków, z których zdaje sprawę na posiedzeniu lekarzy berlińskich d. 22-go czerwca, przedstawiając już to chorych, już to odpowiednie odciski (*moulage*) zmian syfilitycznych przed i po leczeniu. Ogólny wniosek W.—a jest taki, że środek EHRLICHA działa niesłychanie szybko i niezawodnie przeciwko wszelkim pierwotnym, wtóro- i trzeciorzędnym objawom syfilisu. Środek ten nawet w dawkach, które W. uważa obecnie za niedostateczne [0,25 grm.], w ciągu 8 dni usuwa zupełnie takie zmiany, które się nie poddawały leczeniu wcieraniami szaruchy i zastrzykowaniami rtęci. Oto przypadek, który W. nazywa prawie trudnym do uwierzenia: U mężczyzny 23-letniego przed 7-u miesiącami zjawilo się pierwotne stwardnienie; w 4 tygodnie potem—wysypka. Od grudnia do marca wykonano 35 zastrzykowań *Hydr. salicyl.* i kalomelu. Od 3-ch miesięcy bole w obu stawach kolanowych. Na początku maja r. b. chory zgłasza się do szpitala w stanie nieopisanego wycieńczenia: blade, jak trup, i wyschnięty, jak szkielet. Cała twarz i tułów pokryte są owrzdoleniami wielkości 10-u fenigów; przedziurawienie przegrody nosowej i rozległe owrzdolenia w całej jamie nosowo-gardzielowej, zupełna niemożność łykania, tak, że chory musi być żywionym za pomocą zgłębnika i lawatyw odżywczych. Tętno 120, bardzo nikle. W. nie chciał się odważyć na stosowanie środka Ehrlichowskiego. Kiedy jednakże po zastrzyknięciu jodypiny wystąpiło pogorszenie, zastrzyknięto 21. V. preparat 606—w ilości 0,4. Nie było podniesienia ciepłoty ani zbyt silnych bólów. W 3 dni zjawilo się znaczne polepszenie w stanie ogólnym. 26. V. wszędzie widoczne polepszenie spraw miejscowych. 7. VI. chory czuje się dobrze,

¹⁾ Wobec aktualności kwestyi podajemy, oprócz pracy W.—rozprawy nad nią w Tow. lek. berlińskim oraz sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. wiedeńskiego. (*Przyp. Spraw.*).

może łykać i chodzić. Waga ciała 21. V.—41,5, 22. VI.—49. Tego rodzaju przypadki nie są unikatami w spostrzeżeniach WECHSELMANN'a. We wszystkich przypadkach zauważono nie tylko poprawę miejscową, ale zawsze polepszenie stanu ogólnego i przybytek na wadze. Odczyn WASSERMANN'a, wykonywany dwa razy na tydzień, zniknął. Dwa razy udało się autorowi wyleczyć *pemphigus* u noworodków, uważany dotychczas za bezwarunkowo śmiertelny. Żadnego ubocznego szkodliwego działania autor nie zauważył [serce, nerki, przewód pokarmowy]. We krwi znajdowano nieznaczną leukocytozę. Nawet kobiety ciężarne i chorzy na zapalenie nerek znosili leczenie bez szkody. Tak samo nie zauważono żadnego szkodliwego działania na nerw wzrokowy [jak to było z atoksylem]. Zastrzykiwania były robione *śródmięśnio* w o, czasem są one bardzo bolesne, przyczem bole trwają z przerwami do 6-u dni. Często, ale niezawsze, zjawia się podniesienie ciepłoty do 39° przy ogólnie dobrem poczuciu [prócz bólów]. Zalkalizowanie środka zdaje się zmniejszać bole, ale zachodzi pytanie, czy przez to nie opóźnia się działanie. Autor nie kusi się odpowiedzieć na nasuwające się pytania, czy środek EHRLICHA leczy syfisy doszczętnie, czy nie będą się zjawiały na wroty, czy zastrzykiwania należy powtarzać i t. d. Na te pytania odpowie przyszłość.

W dyskusji nad odczytem WECHSELMANA zabierało głos kilku klinicystów, którzy mieli sposobność stosować środek EHRLICHA.

MICHAELIS przedstawia chorego, który w ciągu lat 7-u przeszedł 8 kuracji rtęciowych i 15 zastrzykiwań atoksylu. Jedno zastrzyknięcie preparatu 606 usunęło prawie zupełnie głębokie owrzodzenia podniebienia, trwające od lat 2-u. W drugim przypadku istniała taka nietolerancja rtęci, że chory nie mógł obmywać sublimatem ranek na skórze, a minimalne zastrzyknięcie *hydrarg. succinimidati* wywołało dreszcz wstrząsający i stan bardzo ciężki. Chory ten miał *papulae* na całym ciele i *psoriasis palmaris*. 9. VI. zastrzyknięto 0,30 grm. nowego środka, który chory zniósł bez bólu i bez żadnych ubocznych objawów. W chwili obecnej chory jest zdrow zupełnie, nie wiadomo naturalnie, na jak długo. M. porównywa odkrycie EHRLICHA do odkrycia chininy, z tą różnicą, że to ostatnie było dziełem przypadku, a nie systematycznej pracy.

W dalszym ciągu zabrał głos K. ALT psychiatra z Uchtspringe, który najdawniej ze wszystkich stosował środek EHRLICHA i pisał o nim w *Münch. Med. Woch.* w r. b. [patrz streszczenie w *Gaz. Lek. Nr. 28*], ALT oświadcza, iż dotychczas nie posiadaliśmy równie dobrze działającego środka swoistego.

SCHREIBER z Magdeburga podnosi fakt, że właśnie najcięższe przypadki syfilisu najlepiej na środek EHRLICHA reagują i to takie, w których rtęć okazała się bezsilną. Chora, której wtarto 420 gramów szaruchy i która przy dalszych wcieraniach dostawała nowych wykwitów (*eruptiones*), już po jednym zastrzyknięciu zaczęła tracić objawy syfilisu, a po 14-u dniach była zdrową. S. leczył nowym przetworem EHRLICHA 150-u chorych, z tych 128-u *śródmięśniowo*, a 22-u *dożylnie*. Nie może przemilczeć tego faktu, że z tych 128-u przypadków w 10-u po 4-ch tygodniach zjawiała się recydywa i trzeba było zastrzykiwania powtórzyć [w 4-ch przypadkach], gdyż widocznie pierwotna dawka była zamałą [0,4]. SCHREIBER zastrzykiwał 0,6 i 0,7 bez żadnej szkody. Trzy razy zauważył tak zw. odczyn HERXHEIMER'a t. j. powiększenie wysypki w kilka—do kilkunastu godzin po zastrzyknięciu. Żadnych szkodliwych powikłań po zastrzyknięciu S. nie widział. Rozeszła się wieść, że w jego oddziale chora zmarła po zastrzyknięciu. Chodziło tu o syfilityczną idyotkę, która była dotknięta ciężkimi objawami ze strony mózgu, serca i nerek. S. po długim wahaniu zdecydował się zrobić jej zastrzyknięcie, mając nadzieję przynieść ulgę. Na sekcji starano się wynaleźć jakieś ślady zatrucia arsenikiem, ale ich nie znaleziono. Trzeba wszystkie objawy, ja-

kie się mogą przypadkowo spotkać po zastrzyknięciu, dobrze analizować, żeby ich nie przypisywać nowemu środkowi. Tak np. u ciężko nerwowej chorej zjawił się cukromocz. Okazało się, że chora była morfinistką; po odstawieniu morfiny, cukier znikł z moczu. Zastrzykiwania dożylna są bezbolesne i nie sprowadzają gorączki, o ile cząsteczki płynu nie dostaną się pod skórę. Zastrzykiwania takie działają prędkiej, ale nie wiadomo, czy nie na krótszy czas. SCHREIBER jest przekonany, że czy to przez powtarzanie zastrzykiwań, czy przez kombinację innych przetworów podobnych z pewnością dojdziemy do lepszej i pewniejszej metody leczenia syfilisu, niż dotychczasowe leczenie rtęciowe.

Obecny na posiedzeniu i przyjmowany owacyjnie EHRlich podnosi krytycyzm i ostrożność, z jakimi uproszeni przez niego lekarze, wzięli się do doświadczeń na ludziach, zwłaszcza ALT, do którego, jak sam powiada, miał nawet pewną pretensję. Należy być ostrożnym z przenoszeniem na ludzi doświadczeń, otrzymywanych na zwierzętach. Atoksyl i arsacetyna były zupełnie nieszkodliwymi dla zwierząt, a jednak wywoływały zanik nerwów wzrokowych u ludzi. Nowy środek jest od tego niebezpieczeństwa wolny. W końcu EHRlich zaznacza różnicę między stosowaniem *śródmięśniowym* i *dożylnym* swego środka: pierwsze, jak to wykazał doświadczalnie HATA wytwarza odporność przeciwko zakażeniu na przeciąg 30—40-u dni, drugie nie dłużej, jak na 3 do 4-ch dni. W mięśniach tworzą się zapasy (*depot*) zastrzykniętego środka, które się powoli wydzielają; po zastrzyknięciu dożylnym środek znika po 3—4-ch dniach z ustroju.

KROMAYER leczył 15-u syfilityków, nie poddających się leczeniu rtęciowemu. Owrzodzenia goiły się szybko i co jest znamienne, niesłychanie prędko pokrywały się naskórkciem. Środek zatem nowy będzie mógł mieć zastosowanie nie tylko w syfilisie, ale i w tych chorobach skórnych, w których z korzyścią używamy arsenu.

TOMASZEWSKI w klinice LESSERA leczył 17-u chorych z doskonałym wynikiem [po 0,3]. Bolesne nacieczenia po zastrzykiwaniach trwają bardzo długo [8—14 dni], najczęściej w połączeniu z gorączką [38° C. i wyżej]. T. wyraża wątpliwość, czy nowy przetwór EHRlicHA jest tak niewinny, jak się o tem słyszy.

Na posiedzeniu Towarz. lekarzy wiedeńskich dnia 25-go czerwca r. b. W. PICK podaje wyniki, jakie otrzymał w 30-u przypadkach syfilisu, leczonych sposobem EHRlicHA. We wszystkich wynik był dodatni. P. podnosi szybkość działania nowego środka w 2-u przypadkach syfilisu złośliwego. Najprędzej giną objawy wtórne; na odczyn WASSERMANN'a leczenie zdaje się nie wpływać. Zastrzykiwania wywołują bardzo silne bole i gorączkę do 39°.

DÖRR w 26-u przypadkach wykonał zastrzykiwania *śródmięśniowe* [0,30 do 0,40], w kilku dożylna [0,10 do 0,25]. We wszystkich przypadkach po 4-ch godzinach zjawiało się podniesienie ciepłoty trwające kilka dni. Bole są mniejsze, jeżeli używać do rozpuszczenia przetworu EHRlicHA spirytusu metylowego. Bole i gorączka nie zależą od dawki. Z 5-u przypadków bezwładnego postępującego—w 2-u otrzymano polepszenie.

(Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 27 i La Semaine médicale 1910, Nr. 26).
A. Puławski.

113. A. Neisser. O nowym środku Ehrlicha.

Krętki blade znikają już po 24 — 48-u godzinach z pierwotnych afektów syfilitycznych i z lepieży nie tylko w syfilisie u zwierząt, ale i u ludzi; po zastrzyknięciu występuje wyraźny odczyn miejscowy naokoło wykwitów pod postacią obrzęknięcia i zaczerwienienia, przyczem w wielu przypadkach znikają one, a dotyczy to szczególnie spraw wrzodziejących w syfilisie złośliwym.

W jednym przypadku w $\frac{1}{2}$ roku po zarażeniu się wystąpiły objawy ciężkiego syfilisu mózgowego z zapaleniem nerwu wzrokowego, brodawką z ustoinową, porażeniami mięśni ocznych i bardzo gwałtownym bólem głowy; energiczne, umiejętne leczenie rtęcią i jodkiem potasu — bezskuteczne; zastrzyknięcie 0,3 arsenobenzolu w połączeniu z jodkiem potasu do wewnątrz spowodowało szybkie ustąpienie wszystkich objawów przedmiotowych i podmiotowych. Autor tylko w 10% zauważył przejście odczynu WASSERMANNa dodatniego w ujemny, widywał nawroty, ale sądzi że to pochodzi od dawki niewystarczającej, gdyż nigdy nie przekroczył 0,4 w obawie przed intoksykacją, jakkolwiek niektórzy dochodzą już do 0,7 bez szkody dla zdrowia.

Antor przekłada iniekcje wewnętrzne, chociaż prowadzą one czasem podniesienie się ci-ploty do 39,5 i wymioty — ale po kilku godzinach wszystko mija pomyślnie; zastrzykiwania śródmięśniowe są bardzo bolesne i tworzą dokuczliwe nacieczenia, które jednak po 6 — 8-u dniach przechodzą bez śladu. Występuje też wybitna hyperleukocytoza [do 38,000], stopniowo ustępująca.

Antor mniema, że środek EHRLICHA ma i działanie zapobiegawcze; przy najmniej u zwierząt, którym uprzednio zastrzyknięto arsenobenzol, pierwotne objawy syfilisu występowały o wiele później i mniej wybitnie, niż u zwierząt użytych do kontroli.

NEISSER jest przekonany o specyficzności omawianego środka, ale przestrzega się, że dalsze badania są konieczne w celu rozstrzygnięcia, jakie ilości stosować należy i jak często czynić zastrzykiwania; obiecuje w najbliższej przyszłości ogłosić szczegółowe sprawozdanie z prac odnośnych, podjętych na jego klinice.

(*Deutsche med. Woch. 1910, Nr. 26.*)

A. Lande.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 5-go kwietnia 1910 r.

1) KRUKOWSKI przedstawił z oddziału BREGMANA dwa przypadki rodzinnej dystrofii mięśniowej, dotyczące 9-letniego chłopca i 11-letniej dziewczynki; zasługuje tu na uwzględnienie okoliczność, że w zaniku biorą udział wybitny mięśnie drobne dłoni, że sprawa wystąpiła w bardzo wczesnem dzieciństwie [u chłopca w 3-im, a u dziewczyny w 2-im roku życia], wreszcie, że przerost jest natury łącznotkankowej, a nie tłuszczowej, jaką zwykle spotykamy w postaci rzekomoprzerostowej tego cierpienia.

2) KIZLER z pracowni naukowej Tow. Lek. Warsz. przedstawił trudno hodujące się drobnoustroje [lasecznik gruźlicy, lasecznik DUBREY'a—*ulcus molle*, gonokoki, meningokoki, pneumokoki, streptokoki] na pożywkach CANTANI'ego; w próbówce mieszamy płyn zawierający białko—np. przesiękowy z jamy otrzewnej, krew, ropę, białko lub żółtko jaj—z równą ilością gliceryny, poczem $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ctm. sz. takiej mieszaniny wlewamy do próbówki ze zwykłym agarem lub bulionem i tu dokonywamy posiewu zwykłym sposobem. Wielkość, wyrazistość i szybkość wzrostu hodowli na tem podłożu przewyższa o wiele to, co się osiąga zapomocą innych pokrewnych metod.

3) KACZYŃSKI z pracowni SERKOWSKIEGO demonstrował preparaty *scotlices* i część otoczki bąblowca, otrzymane drogą nakłucia próbnego i aspiracji oraz pęcherzyki pochodne bąblowca, znajdujące się wewnątrz dużego pęche-

rza w wątrobie i otrzymane już podczas operacji. K. przestrzega przed niebezpieczeństwem, grożącym choremu przy nakłuciu próbnym bąblowca, i w celach rozpoznawczych radzi obok badania krwi na eozynofilię stosować nowe metody: precypitacyjną i zapomocą odchylenia komplementu.

4) MORACZEWSKI ze Lwowa odczytał rzecz p. t. „Badania nad indykaniem moczu“. Prelegent zastanawia się nad wpływem gruczołów, podawanych zamiast mięsa, na wydzielanie się indykanu i dochodzi do wniosku, że powiększanie się indykanu w tych razach nie jest proporcjonalne do spożytej ilości gruczołu, nie zależy też od niedomogi wątroby, albowiem jednocześnie podawany indol znika bez śladu—że więc gruczoł odgrywa tu rolę pewnego rodzaju bodźca. W drugiej części wykładu autor omawia kwestyę tolerancji na indol, która bywa wyraźnie upośledzona przy niedostatecznym odżywianiu i w niektórych przypadkach cierpień wątroby. Okazała się ona małą w przypadku glikozuryi na tle artretycznym, była natomiast zupełnie normalną w przypadkach ciężkiej cukrzycy, choroby BASEDOW'a, przerostu wątroby. We wszystkich tych przypadkach tolerancja na cukier była dobra. W końcu autor wspomina o badaniach ilości indolu przy sztucznym trawieniu białka i gruczołów, które zdają się wykazywać, że taka sama ilość gruczołu wytwarzała znacznie więcej indolu, niż odpowiednia ilość białka.

W dyskusyi A. LANDAU zaznacza, że prelegent obecnie porzucił swą hipotezę o wewnątrzkomórkowym powstawaniu indolu, który wytwarza się jedynie w grubej kiszce w zależności od gnicia substancji białkowych, czego dowodzą pomiędzy innymi badania ELBINGERA: tryptofan—kwas indolamino-propionowy—jedyne źródło indolu w ustroju ludzkim, zastrzyknięty pod skórę lub wprowadzony do żołądka, nie powoduje wzmózonego wydzielania się indykanu z moczem, czyni to jednak—wprowadzony do kiszki ślepej. L. zwraca następnie uwagę, że dobrej tolerancji indolu nie można utożsamiać ze sprawnością wątroby, gdyż po pierwsze—nie wiadomo, czy spalanie indolu rzeczywiście odbywa się w wątrobie, a po drugie—nie wolno sądzić o całkowitej sprawności czynnościowej narządu na podstawie pojedynczej tylko jego funkcji. W końcu L. przypomina, że indol może powstać jedynie tylko z tryptofanu, który nie wchodzi w skład kwasu nukleinowego, w obec czego znaleziona przez prelegenta zależność między wytwarzaniem się indolu a przemianą purynową nie odpowiada istniejącym w nauce danym faktycznym.

5) Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Madera i wyspy Kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego“. Klimat Madery odznacza się przede wszystkim równomiernością, albowiem ciepłoty zimowe z bardzo małemi wahaniami wynoszą stale 16,5° R. Wspaniała flora miejscowa zawdzięcza swój rozrost bujny dodatnim własnościom klimatu, umiejętnie urządzonemu systemowi nawodnienia całego południowego stoku wyspy oraz wielkiemu zamiłowaniu mieszkańców do zakładania ogrodów i hodowli kwiatów. Madera jest odpowiedniemi miejscem pobytu dla 1) chorych z upartymi katarami—przeważnie suchymi—górnego odcinka dróg oddechowych, 2) osobników małokrwiastych, wątłych, potrzebujących dużo ciepłego łagodnego powietrza, a mało ruchu, 3) wreszcie dla wszelkiego rodzaju nerwowców i przepracowanych umysłowo, dla których sport górski zimą obok kąpieli morskich o znakomitej fali przy ciepł. 16°—18° R. przez cały ciąg zimy stanowić może niezwykle atrakcyę. Do stron ujemnych pobytu na Maderze należy zaliczyć brak spacerów po równinie, uniemożliwiających ruch osobnikom dotkniętym niedomogą oddechową, brak urządzeń higienicznych, wreszcie drożyna i odległość.

Liczne obrazy rzucone na ekran illustrowały odczyt prelegenta.

A. Lande.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie [6-go, 7-go i 8-go października 1910 r.].

Dotychczas zgłoszono na Zjazd następujące wykłady:

I. Tematy programowe:

1. Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego—spraw. P. RYDYGIER [Lwów].
2. Współczesne metody znieczulenia—spraw. P. KRYŃSKI [Warszawa].
3. Aseptyka i antyseptyka operacyjna—sprawozdawcy: P. HERMAN [Lwów] i LEŚNIEWSKI [Warszawa].

II. Wykłady:

4. P. prof. KOSTANECKI [Kraków]. O położeniu wyrostka robaczkowego i jego fałdach otrzewnej ze stanowiska historii rozwoju.
5. Prof. CIECHANOWSKI i prof. GLUZIŃSKI [Kraków]. Topografia wyrostka robaczkowego.
6. Prof. CYBULSKI i EIGER [Kraków]. O elektrodiagramach przy rozmaitych rodzajach narkozy.
7. SZUMAN [Toruń]. Wyniki operacji przepuklin pachwinowych u dzieci.
8. FALGOWSKI [Poznań]. O korzyściach operowania zapaleń przydatków macicznych drogą pochwową.
9. MIASKOWSKI [Poznań]. O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczelowej skutkiem nadmiernego wyprostowywania kolana.
10. Tenże. Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy.
11. Tenże. Włókniak środkowy żuchwy.
12. GOLDMAN [Łódź]. Przyczynki do pęknięć podskórnych śledziony.
13. Tenże. Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z powodu rany postrzałowej.
14. Tenże. Przeszczepienie mięśni w przypadku rozerwania *lig. patellae*.
15. BOROWSKI [Nieśwież]. Sprawozdanie z działalności lecznicy chirurgicznej w Nieświeżu.
16. ERBRICH [Warszawa]. Bronchoskopia i jej zastosowanie w chirurgii.
17. SZAWIŃSKI [Warszawa]. W sprawie leczenia żylaków i wrzodów podudzia.
18. Tenże. O znieczuleniu miejscowem.
19. Tenże. Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia ługiem.
20. Tenże. W sprawie leczenia operacyjnego niepłodności męskiej.
21. Tenże. W sprawie wyjąławiania narzędzi ostrych.
22. RIJEWSKI [Warszawa]. O zapaleniu uchyłka MECKEL'a.
23. Tenże. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych zapomocą fulguracji.
24. KACZYŃSKI [Warszawa]. Badania doświadczalne nad promienią.
25. ROTTERMUND [Warszawa]. Badania dośw. nad leczeniem kamicy żółciowej.
26. DOBROWOLSKI [Warszawa]. Rezekcja pierwotna kiszki grubych w przypadkach nowotworów.
27. GABSZEWICZ [Warszawa]. O ranach serca.
28. SMUŻYŃSKI [Warszawa]. Przyczynki do leczenia zwichnięć nawykowych w stanie barkowym.
29. ODERFELD [Warszawa]. *Appendicitis* w worku przepuklinowym.
30. Tenże. O postaci zgorzelinowej sboczenia esicy.
31. RAUM [Warszawa]. O kostnieniu mięśni po zwichnieniach.
32. Tenże. Z dziedziny chirurgii mózgu.
33. AL. ZAWADZKI [Warszawa]. Przyczynki do chirurgii zwoju GASSERA.
34. W. STANKIEWICZ [Warszawa]. O brodawczakach pęcherza moczowego.
35. Tenże. W sprawie leczenia mięsaków, nie nadających się do operacji.
36. Tenże. O niezbędnosci uzdrowiska morskiego dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną.
37. BURSCHE [Warszawa]. O przepuklinie nadbrzuszej.

38. Tenże. Polipowatość odbytnicy.
39. MIŃTZ [Warszawa]. O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej.
40. HIGIER [Warszawa]. Zabiegi chirurgiczne w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia.
41. FAYT [Warszawa]. O ropniach podprzeponowych.
42. SAWICKI [Warszawa]. Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa.
43. Tenże. Przyczynek do anatomii patologicznej kręgosłupa.
44. HUBICKI i SZBERSZYŃSKI [Warszawa]. O wpływie zespolenia dróg żółciowych z jelitem na wątrobę (praca doświadczalna).
45. HUBICKI [Warszawa]. W sprawie leczenia żylaków kończyn dolnych.
46. LEŚNIEWSKI [Warszawa]. W sprawie przerostu zastępczego nerki (praca doświadczalna).
47. CYKOWSKI [Warszawa]. W sprawie torbieli krwistych szyi.
48. ROTBERG [Warszawa]. Przyczynek do mięsaków opony twardej.
49. KRAUZE [Warszawa]. Z chirurgii oczodołu pozagąłkowego.
50. Tenże. Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.
51. SOLMAN [Warszawa]. Wyniki leczenia chorób krtani drogą rozszczepienia (laryngofissura).
52. Tenże. O nowym sposobie leczenia raka skóry i błon śluzowych (Elektrokoagulacja).
53. JUDT [Warszawa]. O roentgenografii jamy brzusznej.
54. JAWORSKI [Warszawa]. Krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego i wartość ich leczenia operacyjnego.
55. KRYŃSKI [Warszawa]. O leczeniu operacyjnem choroby GRAVES-BASEDOWA.
56. Tenże. Stwardnienie krezki (*mesenteritis fibrosa*), jako postać kliniczna.
57. Tenże. Modyfikacje w operacjach doszczętnych przepuklin pachwinowych.
58. KALINOWSKI [Warszawa]. Przyczynek do leczenia operacyjnego słoniowaczyny kończyn dolnych.
59. JANKOWSKI [Warszawa]. Zabiegi doszczętne w przypadkach raka krtani.
60. Tenże. W sprawie wskazań do rozszczepienia krtani (laryngofissura).
61. SKABOWSKI [Warszawa]. Leczenie gruźlicy stawów i kości promieniami X.
62. Tenże. Przyczynki do leczenia krwawnic sposobem IONNESCU.
63. WOLDENBERG [Warszawa]. Wyniki porównawcze zabiegów doszczętnych w przypadkach przepuklin pachwinowych.
64. STAN, KOPCZYŃSKI [Warszawa]. W sprawie wskazań do trepanacji paliatywnej w cierpieniach mózgowia.

Dalsze zgłoszenia wykładów nadsyłać proszę do biura Komitetu Zjazdowego—Kopernika 15, prof. L. KRYŃSKI.

— Współwłaściciel naszego pisma kol. ZDZISŁAW SŁAWIŃSKI został mianowany ordynatorem szpitala Św. Rocha.

— ROMAN hr. POTOCKI ofiarował Wydziałowi powiatowemu w Łańcucie mógry ziemi i 150 tys. koron na budowę szpitala.

— Zmarły w Tomaszowie JAKÓB HALPERN zapisał 40 tys. rubli na pobudowanie w tem mieście szpitala.

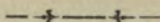
— W Saksonii tylko u 44,8% lekarzy dochód wynosi więcej niż 6,300 marek, u 34,8% zaś dochód nie przewyższa 4300 marek.

— Wyszedł z druku tom posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego w r. 1909 [protokółował kol. J. HORNOWSKI]. W roku tym wyodrębniło się Tow. Lwowskie pod względem administracyjnym z Tow. lekarzy galicyjskich, do czego wytrwale w ostatnich czasach dążyło co mu pomoże do rozwoju w przyszłości

Towarzystwo lwowskie znajduje się na drodze ciągłego rozwoju tak co do ilości członków, jak i prac naukowych. W roku sprawozdawczym liczba posiedzeń naukowych dosięgła ilości 36-u, przekraczając o 12 posiedzeń najwyższą dotychczasową t. j. 24-ch. Na tych 36-u posiedzeniach wygłoszono 39 wykładów i wystąpiono 70 razy z przedstawieniami chorych, preparatów i narzędzi. Największej ilości odczytów dostarczyła medycyna wewnętrzna [7], demonstracyi—chirurgia [35]. Zarząd postarał się o urządzenie posiedzeń referatowych, przedmiotem których była: 1) płonica [4 referaty], 2) nauka o nowotworach [2 referaty] i 3) balneologia krajowa [6 referatów]. Posiedzenia referatowe, zwłaszcza o płonicy były nader ożywione. W dyskusyi o płonicy zabierano głos 26 razy. W wykładach i demonstracyach brało udział czynny 58-u referentów. W dyskusyach 79-u mówców przemawiało 265 razy. Na 182-u stronicach podano treść przemówień, demonstracyi i dyskusyi.

W tymże samym roku w Towarzystwie lekarskiem warszawkiem odbyło się 30 posiedzeń klinicznych, na posiedzeniach tych wygłoszono 42 odczyty, pokazów było 65, ogółem zabierało głos kolegów 113-u. Największa ilość odczytów wygłoszoną została z medycyny wewnętrznej [13]. Byłoby pożądanem, aby na przyszłość dla dania kompletnego obrazu działalności naszego Towarzystwa, sprawozdanie roczne obejmowało działalność wszystkich jego sekcyi, które są jego integralną częścią, gdyż wszyscy członkowie sekcyi są członkami Towarzystwa. Wtedy i działalność Towarzystwa przedstawiałaby się w sprawozdaniu dużo korzystniej, niż możnaby sądzić z dotychczasowych sprawozdań. Urządzanie posiedzeń referatowych, na wzór Towarzystwa Lwowskiego, przyczyniłoby się również do zainteresowania ogółu naszych lekarzy. Zrobiona w tym kierunku próba przez sekcję neurologiczną zdaje się potwierdzać nasze przypuszczenie.

NEKROLOGIA.



Dr ALEKSANDER TUMPOWSKI zmarł w Wiedniu d. 30-go czerwca r. b. w 41-ym roku życia. Po ukończeniu gimnazjum i uniwersytetu w Warszawie pracował w szpitalach tutejszych i poliklinice dra GOLDFLAMA, następnie w szpitalu Św. Aleksandra w Łodzi, około 10-u lat w Irkucku, następnie zarządzał zakładem dla umysłowo-chorych w Otwocku, a od niespełna roku osiadł w Warszawie. Wszędzie zjednywał sobie życzliwość niezwykłą sumiennością, pracowitością skromnością. Na Syberyi dom jego był przytułkiem dla oddalonych od ojczyzny współziomków. Pozostał po nim szereg prac w czasopismach lekarskich, że wspomnę „Wiad rdzenia“, „Stwardnienie wieloogniskowe rozsiane“, „Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z wybitnem zajęciem nerwu trójdzielnego“ [Gazeta Lekarska 1910]. *A. Biro.*

SPOSTOWANIE. W Nr. 28-ym w pracy dra BYCHOWSKIEGO na str. 671 w. 15 od góry zamiast: główne i te zjawiska, ma być: głównie te zjawiska; na str. 673 w. 16 odgóry zamiast: [wiad rdzenia, połowicze porażenie], ma być: [wiad rdzenia+połowicze porażenie]; w. 20 od dołu zamiast: L₂ L₃ L₅ L₂, ma być: L₂ L₃ L₅ S₂.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

PILULAE SANGUINALIS

KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWIŚTOSCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb., Chinin. mur., Jodem, Ichthyolem, Lecithiną, Natr. cinnam.

Extr. Rhei.

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez ministerium Przemysłu i Handlu.

Kantor preparatów chemicznych St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

AKTO-CIERPI
NA EPILEPSYĘ,
KURCZE, NEURASTENJĘ,
HISTERJĘ, MIGRENE, BEZSENNOSC,

EPILEPSYA

NIECH ZAŻĄDA
GRATIS i FRANCO
BROSZURĘ z APTEKI
E. TREUTLERA, WARSZAWIE

ODCISKI NISZCZY
Z KORZENIEM

MOZOLIN 35K

REINHERZ

WYSTRZEG SIĘ NAŚLAD. SPRZED. WSZĘDZIE

FABR. W PETERSBURGU CHERSONSKAJA ZI

REICHENHALL, willa Schönheim
ordynuje jak corocznie

D-r W. SADOWSKI.

D-r Stanisław Przybylski

b. asystent klin. chirurg. i położn. ginekol.
Uniw. Jag. ordynuje w **Frauensta-**

dzie Palast hotel

wejście od Kirchenstrasse.

Lecytyna „Agfa”

Znakomity lek, krzepiący nerwy,

Wskazania: Neurastenia, zolży,
gruźlica, krzywica, wiał rdze-
nia i t. p.

Bromlecytyna

Zastępuje w niedokrwistości
przetwory żelaza.

3 razy dziennie po 2 pigułki.

Flakony po 50 i 100 pigulek.

Próby i literatura na żądanie.

ACTIEN - GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION

PHARMACEUT - ABTEILUNG

BERLIN S. O. 36.

OPUŚCIŁA PRASĘ:

L. E. BREGMAN**Dyagnostyka chorób nerwowych
podręcznik dla lekarzy i studentów**

(stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście)

Cena w oprawie Rb. 4.

Skład główny E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Nabywać można we wszystkich Księgarniach.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.**LEYSIN**

na linii Symplonskiej Szwajcarya
francuska
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte
Grand Hotel Pensjonat od 12 fr.
Montblanc } łącznie z „ 11 „
Chamossaire } lecze- „ 9 „
Anglais } niem „ 11 „

4 Sanatoria:Specyalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie-
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie.**Dyrekcya****Wyścigi imienia Księcia Henryka**

W R. 1909

1836 kilometrówBerlin - Wrocław - Budapeszt - Wiedeń
Monachium przez Wysokie Tatry.**Do startu stanęły 3 Neekarsulmowskie samochody zwyczajne o
sile $\frac{1}{20}$ HP, i wszystkie trzy dotarły do celu bez najmniejszego
uszkodzenia. Trzy srebrne nagrody.**14. 5. 1910: Moskwa—Orzeł, 380 km. po złej drodze, o przeciętnej szybkości 50 km.
bez punktów karnych — dwie nagrody. Najlepsze rezultaty.6. 5. 1910: M. i K. przejechał na N. S. U. 4-cyl. Neekarsulmowskim samochodzie
ziemię Holsztyńską przez Rostock, Eisenach w poprzek przez Niemcy,
2300 km. w pięciu dniach.**Wiele pierwszych nagród na większych wyścigach.****4-cylindryczne 5/10, 6/14, 10/20 HP dostarczamy każdego czasu.**

18000 motocykli Neekarsulmowskich w użyciu.

Wielkie sukcesy osiągnęły nasze rowery z r. 1910.

Tow. Akc. „Neekarsulmer Fahrradwerke” (dost. dw. Król.) Neekarsulm (Niemcy).