

GAZETA LEKARSKA

I. Obecne wiadomości i poglądy na budowę układu nerwowego.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 46].

Jeżeli włókno nerwowe genetycznie jest wyrosniętą wypustką osiową, to nie dziw, iż musiało się zrodzić pytanie, jak się ono odradza po przecięciu, po oddzieleniu go od komórki nerwowej. I zwolennicy i przeciwnicy tej teorii rzucili się z zapalem do doświadczeń w tym kierunku, oczekując od nich i słusznie, potwierdzenia swoich poglądów lub zaprzeczenia poglądów przeciwników. Na tem polu głównie, można powiedzieć, toczy się obecnie spór, a mianowicie o to, czy nerw powstaje i odradza się z komórki nerwowej, czy też początek jego i odradzanie się odbywa się na miejscu, na zewnątrz komórki. Rozstrzygnięcie tego pytania wpłynie decydująco na losy neuronu.

Kwestya ta nie jest nową, bo już w r. 1839 Nasse opisał zmiany, zachodzące w nerwie przeciętym, a nabyła ona rozgłosu od czasu, gdy fizyolog angielski WALLER w r. 1856 wykazał doświadczalnie, a liczne badania późniejsze innych fizyologów potwierdziły, iż włókno nerwowe ruchowe, odcięte od komórki dającej mu początek, ulega zwyrodnieniu, gdy tymczasem część tegoż nerwu dośrodkowa, to jest nie pozbawiona związku z tą komórką, nie przestaje żyć. To samo dotyczy włókna czuciowego i dającej mu początek komórki zwojowej.

Zmiany, zachodzące w odciętem włóknie nerwowem, nazywają zwyrodnieniem WALLER'a.

Wyniki doświadczeń doprowadziły WALLER'a do wniosku, iż komórki nerwowe [rogów przednich rdzenia kręgowego—na nerwy ruchowe a komórki zwojów mózgowo-rdzeniowych—na nerwy czuciowe] wywierają w stanie

fizyologicznym wpływ specjalny odżywczy, troficzny, nieodzowny dla zachowania całości anatomicznej nerwów i dla ich odradzania się. WALLER więc z dzisiejszego punktu widzenia był monogenistą. Fakt ten zwyrodnienia końca obwodowego nerwu po przecięciu go w jakimkolwiek punkcie, t. zw. prawo WALLER'a, stworzył metodę badania bardzo płodną w następstwa dla nauki [metoda GUDDEN'a]. Aby przekonać się bowiem, jakiego rodzaju jest dany pęczek włókien nerwowych w ośrodkach nerwowych, w jakim kierunku przewodzi on pobudzenie nerwowe, czy jest więc czuciowy, czy ruchowy, należy go przeciąć i badać następcze zwyrodnienie. Metoda ta wyjaśniła wiele ciemnych punktów z anatomii mózgu i rdzenia.

Obecnie po upływie pół wieku od ogłoszenia badań WALLER'a, zaszła niejaka zmiana w pojęciach na istotę procesów, zachodzących w końcu obwodowym przeciętego nerwu, jako też i na zachowanie się końca dośrodkowego [centralnego] nerwu, oraz samej komórki. Główna jednak zasada, zdaniem większości, nie uległa zaprzeczeniu.

W ostatnich czasach dla celów badania histogenezy nerwu, żywo zajmowano się ponownie kwestyą, jakie zmiany wywołuje w nerwie przecięcie go i w jaki sposób ulegają te zmiany wyrównaniu. Najczęściej wycinano u zwierząt kawałek nerwu kulszowego, jako najdostępniejszego i przemieszczano cz. sami umyślnie końce jego w najrozmaitszy sposób, wszywano je do otaczających mięśni i t. p., aby sztucznie przeszkodzić ich zrośnięciu.

Jeśli nerw jest przedłużeniem komórki nerwowej, to po przecięciu, zwyrodniały koniec jego obwodowy powinien odrodzić się przy pomocy tejże komórki, a nowe włókna byłyby dalszym ciągiem istniejących włókien końca dośrodkowego. Tak też twierdzą zwolennicy teorii neuronów lub jak ich nazywają zwolennicy teorii ciągłości (*Kontinuitätslehre seu monogenistische Theorie*): WALLER, RANVIER, HIS, FOREL, STROEBE, MUENZER, KOELLIKER, LENHOSSEK, VANLAIR, CORNIL, ZIEGLER, CAJAL, PERRONCITO i t. d., gdy tymczasem przeciwnicy [wyznawcy *Diskontinuitätslehre seu polygenistische Theorie*: SCHIFF, VULPIAN, DOHRN, APÁTHY, BETHE, BUENGNER, WIETING, BALLANCE et STEWART, MODENA i t. d.] utrzymują, iż nerw odradza się przy własnej pomocy, na miejscu (*autoregeneratio*) bez udziału komórki nerwowej, iż nowe cylindry osiowe tworzą się na obwodzie i dla nich komórki SCHWANN'a znajdujące się w pochwie włókna nerwowego obwodowego (*neurilemma*) są prawdziwymi neuroblastami.

Po przecięciu, a jeszcze więcej po wycięciu kawałka nerwu, w odciętej [obwodowej, distalnej] jego części, występują szybko zjawiska zwyrodnienia, histologicznie wyrażające się rozpadem jego składników: myeliny i włókienek. Zdaniem CAJAL'a, który w r. 1907 zajmował się szczegółowo kwestyą regeneracji nerwu, spostrzegać się dają w nim po urazie następujące zmiany: komórki SCHWANN'a szybko się rozmnażają, a uciskając składniki nerwu, wywołują rozpad myeliny (*fragmentatio*), włókienka jego tracą kontury gładkie, stają się ziarniste i również się rozpadają i tak one, jak i kawałki myeliny zostają pochłonięte przez komórki SCHWANN'a, które więc mają odgrywać rolę niejako fagocytów. Zdaniem zaś MARINESCO'a, zniszczenie akso-

nu i myeliny odbywa się przy pomocy specyficznych fermentów, wydzielonych przez komórki SCHWANN'a, że więc *neurolysis* można porównać z trawieniem (*digestio*). Po pewnym więc, krótkim czasie, z nerwu odciętego pozostaje tylko pochewka, wypełniona pasmami komórek SCHWANN'a (*Zellbänder*), wśród których powstają przestrzenie o ścianach wysłanych jądrami i w te przestrzenie wnikają później młode włókienka nerwowe, wyrosłe—jak zaraz zobaczymy—z końca centralnego przeciętego nerwu. Komórki tworzące te pasma, a więc pochodne komórek SCHWANN'a, wydzielają substancję, działającą chemotaktycznie, to jest wciągają niejako młode aksony w koniec distalny nerwu.

Zwyrodnieniu opisanemu ulega myelina i *axon* nie tylko w części obwodowej, lecz i w dośrodkowej [proksymalnej] przeciętego lub wyciętego nerwu, lecz w tej ostatniej ogranicza się ono tylko do kilku segmentów, gdy w pierwszej obejmuje całą część distalną. Jednocześnie niemal w proksymalnej części nerwu, istniejące tam aksony zaczynają rosnąć, pojawiają się na nich kolbowate zgrubienia (*Endverdickung*, *Wachsthumskeule*, *Wachsthumskolben*, *Wachsthumsknöpfe*) otorbione, utworzone, zdaniem CAJAL'a, z sieci neurofibrillów, pograżonej w masie ziarnistej; nadto widział on dzielenie się tegoż *axonu* na liczne gałązki, wyrastanie z aksony gałązek obocznych (*kollaterali*) a na grubych wypustkach rozstrzępienie (*Auffaserung*) włókienek (t. zw. przez CAJAL'a objaw PERRONCITO'a). Nowe *axony* wyrastające z końca centralnego nerwu ku bliźnie i zakończone kolbowatymi zgrubieniami otorbionymi, prócz CAJAL'a, opisali także: PERRONCITO, LUGARO, MARINESCO i NAGEOTTE, a znacznie już dawniej RANVIER opisał przerost (*hypertrophia*) wypustki osiowej w końcu dośrodkowym nerwu zranionego i maczugowate jej zgrubienie.

CAJAL zauważył nadto ciekawy objaw, iż *axony* i w końcu obwodowym nerwu, przed rozpadnięciem się, przedstawiają podobne zmiany jak *axony* końca centralnego, a mianowicie: kolbowate zgrubienie ich końca, lecz zmiany te prędko giną i kończą się zniknięciem aksonów (*axolysis*), gdy przeciwnie w aksonach końca dośrodkowego dalej się rozwijają. Ten przerost włókienek dowodzi, iż aksony końca obwodowego nerwu nie zaraz obumierają po przecięciu nerwu. CAJAL tłómaczy te przerost odczynem zapalnym włókienek na bodziec traumatyczny, a istnienie przez pewien czas tych zmian w aksonach, mimo rozpadu myeliny, byłoby — zdaniem jego —jednym z dowodów pewnego rodzaju autonomii fizyologicznej neurobionów włókienek—o czym była mowa wyżej. Może być, przypuszcza CAJAL, iż podczas regeneracji nerwu, wytwarzanie się nowych neurobionów, zależy od wpływu substancji uwolnionych ze zniszczonych włókien nerwowych.

Widzimy więc, iż po zranieniu nerwu występują w nim dwa rodzaje zmian: jedne w komórkach SCHWANN'a, mające na celu zniszczenie i wessanie zniszczonego [nekrotyzowanego] aksonu i myeliny, usunięcie ich resztek i przygotowanie drogi dla nowych włókien nerwowych; drugie—w axonach końca dośrodkowego nerwu dla wytworzenia dróg, któreby utrzymały ciągłość przeciętego nerwu. W samcj bliźnie między dwoma końcami wyciętego nerwu, CAJAL widział liczne pęczki aksonów, które się łączyły z takimiż

końca centralnego i z czasem przedłużały się w koniec obwodowy i wnikaly w przestrzenie, wytworzone między nowoutworzonymi komórkami SCHWANN'a.

Odradzanie się nerwu trwa rozmaicie długo, zależnie od tego czy nerw był tylko przecięty, czy też kawałek jego wycięty, a nadto w celach doświadczalnych przemieszczony np. wszyty w mięsień. Jeśli nerw był tylko przecięty i następnie zszyty, to CAJAL u młodych zwierząt już po tygodniu, a u dorosłych później, widział nowe aksony w końcu obwodowym, a PERRONCITO [1905] już po 24-ch godzinach widział w niektórych aksonach końca centralnego ślady *kollaterali* i rozgałęzienia się axonów, a w końcu 2-go dnia już dość dużo nowych włókienek z przerosłymi końcami a czasem i rozstrzępieniem włókienek. Dla BETHE'go *prima intentio* nerwu odbywa się na drodze bujania *peri-* i *endoneurium*, a więc tkanki łącznej perineuralnej.

Po wycięciu małego kawałka nerwu, CAJAL już 15-go—20-go dnia widział prawie we wszystkich pochwach końca obwodowego włókienka nerwowe, a gdy duży kawał był wycięty, to nawet po 2½, miesiącach jeszcze ich brakowało, lub było bardzo mało. Jakąkolwiek odległość zrobił sztucznie między 2-ma końcami przeciętego nerwu i jakąkolwiek wytworzył przeszkodę, CAJAL znajdował w bliznie, wcześniej lub później, dużo włókien amyelinowych, które przebijały mięśnie i powięzie, niektóre miały aksony zakończone także kolbami; czasem te nowe włókienka obiegały długie oboczne drogi, w końcu jednak osiągały zawsze do końca obwodowego nerwu, weń wrastały i dochodziły do końcowego narządu. Zdawałoby się, iż ze zwiększeniem przeszkody, zwiększała się i siła wzrostu aksonów. Zdaniem innych badaczy [VULPIAN (1874), GEHUCHTEN, LANGLEY] jeśli przeszkoda napotkana jest zbyt wielka, to wrastanie cylindra osiowego może nastąpić z okolicznego nerwu. Wtedy inne włókna nerwowe przecięte [skóry, mięśni] w bliskości znajdujące się, a będące w związku ze swymi komórkami nerwowymi, wrastają w koniec obwodowy przeciętego nerwu, czego dowodem, iż to wrastanie nie nastąpi, gdy starannie zapobieżemy tej możliwości np. przez umieszczenie końców w drenie [MOTT, HALLIBURTON et EDMUNDS]. Nie było także regeneracji nerwu w doświadczeniu LUGARO'a (1904), gdy prócz przecięcia u zwierzęcia nerwu kulszowego, oddalił koniec centralny tegoż nerwu, zwoje międzykręgowo odpowiadające kończynie tylnej i korzenie przednie nerwów rdzeniowych. Doświadczenie to przemawia i przeciw autoregeneracji nerwu. Podobne wyniki otrzymali LANGLEY i ANDERSON (1904).

HARRISON (1906), aby przekonać się o znaczeniu komórek SCHWANN'a, wycinał u kijanek zwoje rdzeniowe, które, jak wiadomo, są głównym źródłem powstawania tych komórek. Otóż po wycięciu zwojów, wstrzymany został rozwój nerwów czuciowych, a nerwy ruchowe rozwijały się dobrze. Te ostatnie znów nie rozwijały się, gdy H. odcinał część wentralną cewy rdzeniowej, chociaż komórki SCHWANN'a pozostały bez zmiany.

Dla przeciwników teorii WALLER'a, a więc polygenistów, nerwy oddzielone od centru, odradzają się na miejscu, dzięki komórkom SCHWANN'a. Według BETHE'go [o którym CAJAL wyraża się: *Verteidiger des Polygenismus, der in seltsamer Inkonsequenz in der Embryogenie und Nervenpathologie die Theorie*

der Diskontinuität, in der normalen Anatomie der Zentren die der Kontinuität mittelst interstitieller, interneuronaler Netze lehrt), jednego z najzarliwszych przeciwników, regeneracya ta przebiega takie okresy: 1) komórki SCHWANN'a przez zlanie się (*Verschmelzung*) protoplazmy układają się we wstęgi, 2) różniczkowanie ich w warstwę korową ziarnistą i centralną prążkowaną, 3) tworzenie się *neurofibrilli* w bliskości jąder, 4) zlanie się odrębnych kawałków tych *neurofibrilli* w ciągły wyrostek osiowy, 5) pojawianie się myeliny stopniowe aż do przewężeń RANVIER'a. BETHE przyjmuje także działanie chemotaktyczne, lecz za źródło jego uważa komórki tkanki łącznej blizny. BETHE miał widzieć wszystkie przejścia od komórki SCHWANN'a aż do młodego włókna nerwowego, chociaż CAJAL zarzuca mu, iż twierdzenia swe opiera on więcej na doświadczeniu fizyologicznem, niż obserwacyi histologicznej.

Zdaniem ZIEGLER'a (1896), cylinder osiowy regeneruje się z komórek SCHWANN'a, lecz odcinka ośrodkowego przeciętego nerwu, a nie obwodowego.

[D. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

Osiem przypadków zranienia wątroby.

Podał

Jan Borzymowski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 46).

Ku zewnątrz miałem wolną jamę opłucnej, na dole zaś ranę w przeponie i wątrobie, w którą swobodnie wchodziły dwa palce, nie sięgały jednak dna. Trzymając palce w ranie wątroby, drugą ręką zacząłem długim korcangiem tamponować ranę wątroby, wyprowadzając końce gazy na zewnątrz. Po wytamponowaniu rany krwawienie zatrzymało się i chorego odniesiono na łóżko nieprzytomnego. Na drugi dzień chory już był zupełnie przytomny, a opatrunek obficie przesiąknięty żółtawą surowicą.

W kilka dni potem kol. A. ZAMENHOF zaczął stopniowo zmieniać paski gazy. W dalszym ciągu jednak chory począł gorączkować, co mnie skłoniło do wycięcia żebra z tyłu dla uniknięcia zatrzymywania się wydzieliny w opłucnej. Chory po kilkumiesięcznym pobycie u nas wyzdrowiał i był demonstrowany przeze mnie w sekcji Chirurgicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, jako rzadki okaz zranienia jednym uderzeniem noża opłucnej, otrzewnej, przepony i wątroby.

Demonstracya tego chorego wywołała bardzo ożywioną krytykę chirurgów warszawskich, którym wydawała się nieprawdopodobną powyższa kom-

GAZ. LEK. № 47.

binacya ran od jednego uderzenia nożem. Kto jednak wie, że prawy przedsiemek serca znacznie wystaje w prawo od prawego brzegu mostka [rozumie się nie przy wypukiwaniu, ale w rzeczywistości]; kto wie, że serce leży bezpośrednio na przeponie pokrywającej wątrobę, oraz że szczyt przepony, *rsp.* wątroby sięga wysokości przyczepu 4-go żebra prawego do mostka, temu powyższa kombinacya wyda się całkiem naturalną.

Nr 7. Rana postrzałowa otrzewej, wątroby, przepony i opłucnej. Wyzdrowienie.

Balbina Ejz. w wieku lat 17, przywieziona d. 26-go lipca 1906 r. w stanie przytomnym, bardzo blada, z silnymi jękami. Tętno 115, po *l. axillar. media dex.*, między 8-m a 9-m żebrem rana wejściowa kuli postrzałowej systemu Browning'a; rana wyjściowa w nadbrzuszu po lewej stronie od *l. alba*, na szerokość dłoni poniżej od mieczykowatego wyrostka mostka. Brzuch mało wzdęty, bolesny, wymiotów nie było. Postrzał otrzymała na pół godziny przed przybyciem do szpitala od narzeczonego, który drugim strzałem zabił się na miejscu. Wobec umiejscowienia ran postrzałowych rozpoznałem ranę postrzałową otrzewnej, wątroby i opłucnej bez zranienia jelit i postanowiłem chorą leczyć konserwatywnie. Rany opatrzone watą z *collodium*, zrobiono obfite wlewanie podskórne soli kilkakrotnie i położono lód na brzuch. Bolesność brzuch w znacznym stopniu trwała przez kilka dni. Ze strony opłucnej wystąpiły objawy *haemothoracis* z wyraźnem stłumieniem i dusznością. Wymiotów przez cały czas choroby nie było. Na 3-ci dzień chora już sama oddała mocz; ciepłota kilkakrotnie się podnosiła do 38° i wyżej. 17-go sierpnia E. wypisała się ze szpitala w zupełnie dobrym stanie.

Nr 8. Rana postrzałowa wątroby. Wyzdrowienie.

W jesieni 1906 roku w czasie napadu bandytów na dwór w Sułkowicach [pow. Grójecki] została postrzelona w brzuch właścicielka tego majątku pani Sk. w wieku 30 kilku lat. Zaraz po postrzale uczuła osłabienie i nieznaczny ból, mogła jednak jeszcze wyjść do o rodu; po kilku krokach osłabienie wzmogło się, nie mogła jednak położyć się, ponieważ jeden z bandytów, zaofiarowawszy jej swoje ramię, zażądał wskazania kluczków do kasy ogniotrwałej. Przytomność i wówczas jej nie opuściła: weszła do pokoju, gdzie stała kasa i wskazała naumyślnie klucze nieodpowiednie, poczem zemdląła. Nazajutrz zrana znalazłem chorą razem z drami Rzeszotarskim i Mazurkiewiczem w stanie ciężkim; tętno około 100, arytmiczne, bledź bardzo wybitna, brzuch przy najmniejszym dotknięciu bardzo bolesny szczególnie w górnej prawej części, trochę wzdęty, oprócz tego mdłości i oddech bolesny, tłumiony. Wymiotów, o ile sobie przypominam, chora nie miała; moczu oddać nie mogła. Na dwa palce pod wyrostkiem mieczykowatym w smudze białej była jedna rana postrzałowa, z tyłu zaś klatki piersiowej na linii pachowej tylnej między 9-m a 10-m żebrem z prawej strony druga rana. Ponieważ chora w czasie napadu stała w tem miejscu, gdzie najczęściej padały strzały, otoczenie sądziło, że otrzymała dwa postrzały, jeden z przodu, drugi z tyłu i że obie kule zostały w brzuchu. Wygląd jednak tych ran od razu przekonał mię, że ma-

my do czynienia z wlotem i wylotem jednej kuli. Pierwsza rana była zupełnie okrągła, druga miała formę linii, jakby od przecięcia nożem, pierwsza miała powierzchnię wklęsłego stożka z ciemną obwódką od zmiżdżenia zewnętrznych warstw skóry, druga miała powierzchnię nieco wypukłą i zupełnie zdrowe powierzchowne warstwy swych brzegów; że cechy powyższe uważam na zasadzie obserwacji przeszło 300-u przypadków ran postrzałowych za oznaki doskonale odróżniające wlot od wylotu kul browningowych.

Umiejscowienie ran wskazywało z całą pewnością, że zraniona jest otrzewna i wątroba, a objawy wylewu śródplucnego (*haemothorax*) wskazywały, że kula przeszła przez jamę opłucnej. Przed moim przyjazdem chorej już zrobiono opatrunek i kilkakrotnie dano morfinę. Po zbadaniu chorej i obtarciu skóry około ran eterem, nałożyłem na obie rany małe płatki waty z *collodium* i postanowiłem chorą leczyć zachowawczo, mając na oczach doskonały przebieg u chorej, opisanej tu pod Nr 7-ym, która wówczas leżała u mnie na oddziale. Objawy brzuszne stopniowo cichły, ciepłota kilkakrotnie podnosiła się do 38°, moczu po paru dniach chora zaczęła sama oddawać; w drugim tygodniu były objawy lekkiego zapalenia opłucnej [kłucie, tarcie, zwiększone stłumienie i duszność]. Oprócz lodu i z początku makowca, chora dostawała następnie środki nasenne i brom; najmniejszy szmer budził chorą, a na każde stuknięcie przerażała ją myśl o nowym napadzie. Po 2-u tygodniach chora zaczęła siadać, po miesiącu wstawać i w parę miesięcy przysłała zupełnie do zdrowia.

Dwa powyższe przypadki bezwzględnie przemawiają za leczeniem konserwatywnem postrzałów browningowych wątroby.

Oprócz przytoczonych powyżej przypadków operowałem jeszcze jednego chorego z raną ciętą wątroby, nie przytaczam jednak szczegółowo tego przypadku, ponieważ zginęła jego karta wizytowa. Chorego tego przywiozł Pogotowie w lecie 1903 czy 1904 roku. Kol. Idzikowski, który zastępował mnie wówczas na oddziale, w nocy go operował, bez odpowiedniej pomocy, i ranę zatamponował, krwawienie bowiem było olbrzymie. Nazajutrz stan chorego był bardzo ciężki; natychmiast rano zrobiłem laparotomię i ranę wątroby zaszyłem. Zejście również było pomyslnie, jak we wszystkich przypadkach ran ciętych i kłutych wątroby; operowanie przeto ran tych uważam za nadzwyczaj wdzięczną pracę dla chirurga, przy istnieniu rozumie się Pogotowia Ratunkowego, którego pomoc w tych razach ma rolę pierwszorzędną. Co zaś do postrzałów rewolwerowych wątroby, to należy je leczyć zachowawczo: wywołują one nieduże krwawienie z mięszu wątroby i mają przebieg aseptyczny.

HEMOGLOBINURYA a HEMOLIZA.

Podał

Dr Wincenty Czernecki,

asystent oddziału.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 46).

Przypadek II. C. A., lat 27.

Wywiady: W zimie po wyjściu na powietrze łamanie w kończynach, ból głowy, dreszcze, gorączka, mocz ciemny, krwawy.

Doświadczenie powtórzono: mocz ciemno-brunatny, zawierał białko, barwiki krwi, wałeczki szkliste i nieco ciałek czerwonych—ciepłota 38,8°C.

Przy traktowaniu mieszaniny temperaturą zmienną od 0° do 37°C, wynik hemolizy był zawsze dodatni [4 razy]; tak samo dodatnim był przy zmianie ciepłoty z 15° na 37°C [dwa razy]; takież sam dodatni wynik otrzymywałem przy pozostawieniu mieszaniny stałe w ciepłocie pokojowej [1 raz] i zawsze dodatni przy trzymaniu surowicy w ciepłocie 37°C [dwa razy].

Przypadek III. [N, badany tylko ambulatoryjnie]. W wywiadach przebyty syfilis, zmiana miażdżycowa w tętnicy głównej. W przypadku tym wynik hemolizy był najwybitniej dodatni tak przy zmianie ciepłoty z 0° na 37°C, jak i przy przechowywaniu surowic w stałej ciepłocie 37°C.

W szeregu tych doświadczeń w rozmaitych modyfikacjach dokonanych, widzimy, że:

1) przy poprzednim oziębieniu w wodzie lodowej mieszaniny, wziętej z przypadków charakterystycznej hemoglobinurii napadowej i ciałek czerwonych i następnie ogrzaniu jej w cieplarni na 37°C przez 3 godziny, w 14-u doświadczeniach wynik dodatni otrzymałem 9 razy czyli 64%, a 5 razy ujemny,

2) że także jednak te same mieszaniny, trzymane poprzednio w ciepłocie pokojowej lub następnie przeniesione do cieplarki na 37°C, jak niemniej i trzymane od razu w ciepłocie 37°C, na doświadczeń 24 dały wynik dodatni, t. j. hemolizę 12 razy, a więc 50%.

Przejdę obecnie do wyników doświadczeń moich nad surowicami krwi ludzi zdrowych lub dotkniętych innemi cierpieniami, a nie hemoglobinurją napadową. Badań w tym kierunku wykonałem 30. Ujemne wyniki hemolizy otrzymałem w 50%, t. j. w 15-u badaniach, a to w następujących przypadkach: człowiek zdrowy [dr W. C.] 2 badania, *hysteria*: 2 badania u 2-u różnych chorych, rekonwalescencya po zapaleniu płuc u ciężarnej, rak żo-

ładka połączony z żółtaczką wskutek przerzutów w wątrobie, tężyczka, błednica, wiad rdzenia, syfilis drugorzędny (3-u chorych), syfilis trzeciorzędny dwu chorych [po jednym badaniu u każdego].

W 15-u natomiast badaniach krwi osobników nie cierpiących na hemoglobinurę napadową, lecz dotkniętych innemi schorzeniami, otrzymałem wynik hemolizy mniej więcej dodatni, a mianowicie:

- 1) Nerwica urazowa I: hemoliza średnio wyraźna;
- 2) Nerwica urazowa II: hemolizy niema;
- 3) Histerya: hemoliza bardzo wyraźna.
- 4) Zapalenie stawów rzeżączkowe i neurastenia: hemoliza dość wyraźna.
- 5) Żółtaczką nieżykowa I: hemoliza średnia.
- 6) Żółtaczką nieżykowa II: hemoliza wyraźna.
- 7) Zapalenie przewlekłe nerek I: hemoliza dość wyraźna.
- 8) Zapalenie przewlekłe nerek II: hemoliza dość wyraźna;
- 9) Blednica z objawami historycznymi: hemoliza bardzo wyraźna.
- 10) Ta sama chora: hemoliza wyraźna.
- 11) Osoba zdrowa podczas regularności [początek]: hemoliza bardzo wyraźna.
- 12) Ta sama osoba: w końcu regularności—hemoliza wyraźna.
- 13) Osobnik zdrów: hemolizy ślad.
- 14) Porażenie postępowe I: hemoliza wyraźna.
- 15) Porażenie postępowe II: hemoliza wyraźna.

Uwzględniając warunki, w których hemoliza w 15-u przypadkach występowała, nadmienić muszę: 1) że stwierdzałem ją tak dobrze i to najwyraźniej przy zmianie ciepłoty z 0°—37°C, jak również przy zmianie ciepłoty z 15° na 37°C [o ile surowicę w tych warunkach badałem, t. j. w przypadkach: 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 15]; 2) że przy pozostawieniu mieszaniny stale w ciepłocie pokojowej [15°C] hemoliza wcale nie wystąpiła w przypadkach: 2, 6, 8, 9, mniej wybitnie wystąpiła niż przy trzech innych sposobach postępowania w przypadkach: 5, 7, 10 i 12, wyraźniej zaś w przypadkach 6 i 15; 3) że przy traktowaniu mieszaniny stałą ciepłotą 37°C hemoliza zawsze wystąpiła, a nawet w przypadku 10-tym znacznie wyraźniej, niż przy zmianie ciepłoty z 0° na 37°C.

Z doświadczeń tych wynika zatem w przeciwstawieństwie do twierdzeń DONATH'a i LANDSTEINER'a, że wśród podanych warunków nie tylko surowica krwi chorych na hemoglobinurę napadową, ale i surowica ludzi, dotkniętych innemi cierpieniami, a nawet ludzi zdrowych, może działać hemolitycznie i to nieraz w stopniu bardzo znacznym, a powtóre, że działanie to stwierdziłem nie tylko przy zmianie ciepłoty z 0°C [względnie 15°C], na 37°C, ale w wielu razach przy zadziałaniu stałej ciepłoty 15°C lub jeszcze wyraźniej przy 37°C.

Wyniki te badań moich, raczej ujemno aniżeli dodatnie, dla tłómaczenia napadu hemoglobinuryi uzupełnię badaniami, jakie przeprowadziłem nad odpornością ciałek czerwonych rozmaitego pochodzenia wobec surowic, na pewno dziaających hemolitycznie. W doświadczeniach tych przeko-

nać się mogłem, że np. w doświadczeniach dodatnich, w stosunku do surowicy przypadku II-go hemoglobinuryi napadowej, okazały się najmniej odporne ciała człowieka zdrowego [dr W. Cz], bardziej odporne ciała z chorej na histeryę i ciała czerwone z tego samego przypadku hemoglobinuryi napadowej, najwięcej zaś odporne ciała z przypadku hemoglobinuryi napadowej Nr. I. Wobec surowicy przypadku hemoglobinuryi napadowej Nr. III najmniej odporne były ciała czerwone człowieka zdrowego [Dr W. Cz], więcej odporne z chorej na ciężką niedokrwistość, a najmniej odporne ciała czerwone chorej na hemoglobinuryę napadową Nr. I.

Spostrzegłem dalej, że w stosunku do krwi chorych na porażenie postępowe i nerwicę urazową równą odporność wykazywały ciała czerwone z przypadku hemoglobinuryi napadowej Nr. 1 i ciężkiej niedokrewności, mniej zaś ciała czerwone krwi człowieka zdrowego [Dr W. Cz].

Choć doświadczenia te nie są liczne, widać z nich, że odporność ciałek czerwonych dwu różnych przypadków hemoglobinuryi jest niejednakowa, a następnie, że i ciała czerwone krwi innych osób okazują także rozmaitą i to wybitnie różną wytrzymałość na hemolityczne działanie surowic.

I w tym kierunku znowu wyniki moich doświadczeń nie są zgodne z wynikami, podanymi przez DONATH'a i LANDSTEINER'a.

Dodać tu jednak muszę, że o stopniu hemolizy sądziłem z natężenia zabarwienia mieszaniny po doświadczeniu, a że krew z przypadku ciężkiej niedokrwistości i hemoglobinuryi napadowej I zawierała znacznie mniejszą liczbę ciałek czerwonych niż z przypadku hemoglobinuryi napadowej II i u zdrowego człowieka, więc wyniki mniejszej odporności ciałek czerwonych w tych przypadkach meznaby kłaść na karb większej zawartości ciałek czerwonych, względnie hemoglobiny, a więc i wybitniejszego czerwonego zabarwienia, a nie mniejszej odporności ciałek czerwonych.

Nie mogę również na podstawie moich badań zgodzić się z podaniem DONATH'a, jakoby surowica chorego na hemoglobinuryę napadową w czasie wolnym od napadu nie okazywała nawet śladów barwika krwi [hemoglobiny]. W moich badaniach bowiem w przypadku hemoglobinuryi napadowej I, na 9 porcyi surowic, branych w czasach wolnych od napadów, znalazłem tylko 3 razy surowicę jasną, określoną przeze mnie jako „słomkowo żółtą“, w innych zaś 7-u razach surowicę ciemniejszą, określoną jako „bursztynową“, „bursztynowo-różową“, lub „żółto-różową“, w której też, nie chcąc na samej barwie polegać, mogłem wykazać spektroskopem wyraźne smugi abstrakcyjne oksyhemoglobiny.

W przypadku hemoglobinuryi napadowej II, na 4 doświadczenia w czasie wolnym od napadów, znalazłem dwa razy surowicę „żółto-różową“, raz wyraźnie „różową“, raz zaś „rubinowo-czerwoną“, z odcieniem bursztynowym, przyczem wyraźne smugi absorbcyjne oksyhemoglobiny. W przypadku hemoglobinuryi napadowej III, surowica była „różowo-rubinową“.

Zebrawszy razem wyniki moich doświadczeń, mogę powiedzieć, że

1) u naszych chorych na hemoglobinuryę napadową, hemoliza wśród

wyżej opisanych warunków nie występowała stale; a jeśli ją stwierdziłem, to występowała tak dobrze przy traktowaniu mieszaniny surowicy i ciałek czerwonych ciepłotą zmienną, jak i stałą — co stoi w sprzeczności z kategorięcznym twierdzeniem DONATH'a i LANDSTEINER'a;

2) w tych samych warunkach, co przy hemoglobinurii napadowej, spostrzegałem również hemolizę i przy innych stanach chorobnych, bez względu na to, czy działałem ciepłotą zmienną, czy też mieszaniny trzymałem w stałej ciepłocie.

Nie zgadza się to również z wynikami DONATH'a i LANDSTEINER'a, którzy w 195-u przypadkach rozmaitych innych chorób mieli otrzymywać stale wyniki ujemne, t. j. nie otrzymywali „wyraźnego“ odczynu;

3) wytrzymałość ciałek czerwonych w przypadkach hemoglobinurii napadowej, badanych w tym kierunku przeze mnie, wydaje się być różną, tak samo, jak i ciałka czerwone osobników, nie cierpiących na hemoglobinurę napadową, okazywały różnitą i to wybitnie różną wytrzymałość na hemolityczne działanie surowic, wziętych tak z przypadków hemoglobinurii napadowej, jak z innych osobników;

4) w przeciwstawieństwie do twierdzenia DONATH'a, a zgodnie z HAYEM'em¹⁾, twierdzić muszę, że surowice chorych na hemoglobinurę napadową zawierały nawet w czasach wolnych od napadów częste wyraźne smugi absorbcyjne oksyhemoglobiny, co zresztą już okiem można było ocenić, gdyż próbki tych surowic miały zabarwienie mniej lub więcej wpadające w odcień różowy lub czerwony, a spektroskop wykazywał smugi absorbcyjne dla oksyhemoglobiny.

W końcu niech mi będzie wolno złożyć J. W. Panu prof. ANTONIEMU GLUZIŃSKIEMU podziękowanie za zachętę i pomoc użyczoną mi przy tej pracy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

98. M. J. Teissier. Badania nad leczeniem surowicowem zapaleń nerek

Już w r. 1896 TURBURE z Bukaresztu powziął myśl zastosowania w ciężkim przypadku mocznicy nerkowej wstrzykiwań podskórnych surowicy krwi, otrzymanej z żyły nerkowej psa. Wynik leczniczy przeszedł wszelkie oczekiwania: po pierwszej dawce 15-u ctm. sz. surowicy ustały drgawki mocznicowe, a współczynnik toksyczności moczu obniżył się z 762-u do 49-u; po 6-u wstrzyknięciach chory opuścił szpital z nieznacznym tylko białkomoczem i w dobrem poczuciu podmiotowem. Podstawą teoretyczną dla tej próby

¹⁾ Du sang et de ses alterations. Paris 1889.

lecniczej, zarówno jak dla analogicznych badań doświadczalnych VITZU'ego, stanowił fakt, ustalony przez CLAUDE-BERNARD'a, że wytwory wydzielania wewnętrznego gruczołów skupiają się najobficiej w krwi żylniej odnośnych narządów.

Opierając się na przykładzie powyższym, autor od r. 1898 wykonał w szpitalu Hôtel-Dieu w Paryżu szereg identycznych prób leczniczych, z których w r. b. zdał sprawę w paryskiej Akademii lekarskiej. Zamiast surowicy psiej autor używał do swych doświadczeń surowicy krwi z żyły nerkowej kozy, głównie ze względu na małą jej toksyczność oraz na stałe własności hemolityczne. Przed aspiracją krwi należy podwiązać żyłę nerkową u jej podstawy, aby ustrzedz się domieszki krwi z żyły próżnej. Z pośród spostrzeżeń swoich autor omawia szczegółowiej jedno, dotyczące ciężkiego zapalenia nerek popłoniczego, oraz dwa spostrzeżenia przewlekłego zapalenia nerek: mięszonego i śródmięszonego.

Zarówno w pierwszym, jak w dwu ostatnich przypadkach, jako szybki, niemal natychmiastowy efekt wstrzyknięcia zauważono przedewszystkiem wybitne zmniejszenie się białkomoczu (na przykład z 8% do nieznacznych śladów), oraz toksyczności moczu. Nawiasowo mówiąc, fakt ostatni stoi w sprzeczności z tem, co spostrzegamy przy opoterapii nerek, która, w razie działania pomyślnego, nie obniża, a przeciwnie—znacznie podnosi toksyczność moczu. Zarazem następuje poprawa w stanie ogólnym chorego: wzmoczenie sił i przedewszystkiem zmniejszanie duszności oraz innych objawów zatrucia mocznikowego. W przypadku ostrym wyleczenie osiągnięto po 4-ch wstrzyknięciach surowicy [od 10-u do 20-u ctm. sz.]; w przypadkach przewlekłych uzyskano poprawę trwałą mimo niesłuchanie ciężkiego stanu chorych [zupełna nieprzytomność, oddech CHEYNE-STOKES'a, drgawki].

Autor nie sądzi, żeby zjawiska powyższe dały się wytłómaczyć całkowicie wprowadzeniem do ustroju brakujących mu substancji wydzielania wewnętrznego nerek. Prawdopodobnie surowica ma tu pewne działanie, stymulujące czynność nabłonka nerkowego i kłębków: stąd szybki wzrost diurezy. Pozatem surowica zubożona zapewne cytotoksyny i nefrotoksyny, wydzielane przez umierające nabłonki nerkowe, których wielką zjadliwość wykazywali: MARAGLIANO, ASCOLI, CASTAIGNE i inni. Wreszcie, zdaniem autora, surowica krwi zyskuje w przypadkach omawianych działanie antytoksyczne uboczne przez to, że białko jej uwalnia z połączeń chlorowych toksalbuminy, zawarte w tkankach chorego ustroju, i sprzyja przez to ich wydzieleniu z ustroju, niezawodnie najgłówniej przez wątrobę.

Przemawiać za tem przypuszczeniem ma przedewszystkiem wielka azoturia, spostrzegana po wstrzyknięciu surowicy, w zestawieniu zwłaszcza z zaznaczonem już wyżej zmniejszeniem toksyczności moczu.

Nieszkodliwość zabiegu i szybkie jego działanie lecznicze na objawy toksyczne zalecają go we wszystkich przypadkach ostrych i przewlekłych zapaleń nerek, w których na plan pierwszy obrazu klinicznego wysuwają się zjawiska samozatrucia ustroju.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine, 1908, t. LX.*)

99. L. Casper i D. S. Engel. Próba leczenia przewlekłego zapalenia nerek surowicą.

Jak wiadomo, ustrój zwierzęcy reaguje na wszelkie podrażnienie, czyto zakaźne, czy toksyczne, wytwarzaniem swoistych niweczników [przeciwciał]. Wychodząc z założenia, że przeważna większość zapaleń nerek, zarówno jak

ich zwyrodnienie sbrobiowate, powstaje pod wpływem tych czy innych czynników toksycznych, skupionych we krwi chorych, autorzy próbowali otrzymać swoistą surowicę antytoksyczną przez traktowanie królików podskórnie krwią, otrzymaną z żyły chorych nerkowych. Aby usunąć powstawanie w surowicy króliczej antykomplementów [niweczających ciała obrotne, zawarte w prawidłowej surowicy ludzkiej], krew tę przed zastrzyknięciem królikowi uprzednio ogrzewano parokrotnie do 58°C. Ogrzewanie to, niszcząc komplemety normalne krwi, nie wpłynęło na swoiste substancje toksyczne białkowe, bardziej odporne na działanie wysokiej ciepłoty. Po 8—10-krotnem zastrzyknięciu królikowi takiej surowicy chorych nerkowych, zbierano krew królika, i jej surowicę, z dodatkiem niewielkiej ilości kwasu karbolowego wstrzykiwano, jako środek leczniczy, tym samym chorym.

Z 11-u przytoczonych pokrótce historii chorób, wypływają wnioski: 1) że powyższe leczenie surowicowe jest nieszkodliwe; 2) że najczęściej nie okazuje wpływu na wydzielanie białka i walczków nerkowych; 3) że natomiast wpływa niewątpliwie pomyślnie na ogólny stan chorych i na zmniejszenie obrzeków pochodzenia nerkowego.

(Berlin. klin. Wochensch. 1808, Nr. 41).

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 20-go czerwca 1908 r.

- T R E Ś Ć: 1) HANDELSMAN. Przypadek obustronnego porażenia nerwu twarzowego.
2) BREGMAN i WURZELMAN. Przypadek afazy i apraksyi.
3) KOPCZYŃSKI St. Przypadek „*spasmi saltatorii*“.
4) HIGIER. Przypadek *encephalitis acutae circumscriptae, encephalitis subacutae diffusae* i *polioencephalomyelitis subacutae diffusae*.
5) BREGMAN. a) Przypadek „*sclerosis multiplex*“.
b) Przedstawienie preparatu nowotworu rdzenia.
6) FLATAU. Przedstawienie preparatu nowotworu rdzenia.
7) STERLING. Przypadek *haematomyeliae cervicalis*.
8) FLATAU i STERLING. Przypadek ogniskowego cierpienia opuszkiowego.
9) BYCHOWSKI. Przypadek agrafii i apraksyi.

1) HANDELSMAN przedstawił przypadek obustronnego porażenia nerwu twarzowego.

U chorego, lat 33, dotychczas zupełnie zdrowego, nie nadużywającego napojów wysokokowych, nagle przed 2-ą tygodniami przy objawach influencyjnych wystąpiło porażenie obustronne nerwu twarzowego. Obiektywnie oprócz tego porażenia stwierdzić można brak obu odruchów kolanowych i z obu ścięgien Achillesa i bolesność wielu pni nerwowych. W ostatnich dniach ze strony nerwów twarzowych nastąpiła wybitna poprawa, natomiast badanie wykazało

porażenie lewego nerwu odwodzącego. Mówca jako tło przyjmuje *polyneuritis*.

W dyskusji KOPCZYŃSKI powoływał się na własny przypadek obustronnego porażenia nerwu twarzowego wskutek urazu, HIGIER podkreślał częstotliwość w wywiadach *polyneuritidis* objawów kiszkiowych.

2) BREGMAN i WURZELMAN przedstawili przypadek afazji i apraksji.

U młodego mężczyzny wystąpiły nagle bez wiadomej przyczyny, bez utraty świadomości zaburzenia mowy i apraksja. Chory mówi mało, źle powtarza, nie czyta i nie pisze. Rozumienie mowy jest prawie zupełnie zachowane (*aphasia motorica, alexia, agraphia*). Apraksja, w początku bardzo wyraźna, występuje zwłaszcza przy ruchach wyrazowych i przy ruchach, naśladujących sposób użycia rozmaitych przedmiotów. Rozpatrując różne postaci apraksji, mówcy zaliczają dany przypadek do apraksji czysto ruchowej z domieszką t. zw. apraksji ideatoryjnej.

3) KOPCZYŃSKI ST przedstawił przypadek skoku kurczowego (*spasmus saltatorius*).

Chory, lat 24, włościanin, od 2-u lat, jak podaje, po przestachu dostał nagle trzęsienia w całym ciele. Przedmiotowo stwierdzić można silne ruchy rytmiczne, przypominające bardzo zamiarowe w daleko posuniętym wieloogniskowym stwardnieniu. W absolutnym spokoju ruchy znikają. Związczą ruchy te uwiadcniają się, gdy chory chce wstać, gdy piętami dotyka podłogi. Wtedy wprost skacze. Pozatem brak objawów spastycznych, brak odruchu BABIŃSKIEGO, odruchy brzuszne zachowane, tarcze nerwów wzrokowych normalne. Mówca wobec tego odrzuca przypuszczenie *sclerosis multiplex*, a wobec nagłego początku przyjmuje raczej historię—i specjalnie t. zw. od głównego objawu: *spasmus saltatorius*.

W dyskusji FLATAU podkreślał rzadkość przypadku i podnosił, iż chód chorego przemawia więcej za historią.

BYCHOWSKI przypomniał o przedstawionym przez siebie chorym również z podobnym wątpliwym rozpoznaniem. Sekeya po śmierci żadnych zmian makroskopowych w układzie nerwowym nie wykazała.

HIGIER zaznaczał, iż również u żołnierza po długich marszach wskutek zmęczenia widział podobny *spasmus saltatorius*, który potem znikł, a wystąpiło rozsiane zapalenie nerwów.

4) HIGIER przedstawił przypadek *encephalitidis acutae circumscriptae*, pomysłnie zakończony.

Chora, lat 30, panna, obciążona dziedzicznie gruźlicą, zachorowała przed 9-u tygodniami nagle wśród objawów wysokiej gorączki, napadów padaczkowych utraty przytomności, zatrzymania moczu. Po paru dniach przytomność wróciła, natomiast wystąpiło zupełne porażenie prawostronne, niemota ruchowa częściowa. Nakłucie łądźwiowe w 5-ym dniu choroby wykazało $\frac{1}{2}\%$ białka, nieobecność laseczek gruźliczych, mało limfocytów. Obecnie znaczna poprawa: objawy spastyczne lekkie po stronie prawej, mowa powolna, utrudniona; braków w inteligencji nie widać. Mówca przeprowadził rozpoznanie różniczkowe, wykluczył ropnie, wodogłowie, zapalenie opon i przyjął w danym przypadku ostre ograniczone zapalenie mózgu, dające wogóle rokowanie pomyślne.

W dyskusji GOLDFLAM rozpoznanie potwierdzał.

b) H. przedstawił przypadek *encephalitidis subacutae diffusae*.

Choroba rozpoczęła się u 18-letniej panny przed $1\frac{3}{4}$ roku stopniowo drętwieniem lewej ręki, osłabieniem prawej nogi, następnie wystąpiło porażenie połowicznie lewostronne, bezład obu rąk i nóg, napady padaczkowe, dwojenie się w oczach. Obecnie przedmiotowo stwierdzić można chód nieco spastyczny,

osłabienie czucia i zgrabności w lewej ręce, siły w prawej nodze, objaw BABIŃSKIEGO prawostronny. Mówca z wywiadów i *ex juvantibus* wykluczył syfilis mózgowia, wodogłowie wewnętrzne, nowotwór i rozpoznaje 2 ogniska zapalne w moście Warola, obejmujące częściowo obie pętle i tory piramidowe. Przebieg potwierdza to rozpoznanie łagodniej *encephalitis*.

c) H. przedstawił przypadek *polioencephalitis diffusa subacutae* z zajęciem pewnych mięśni brzucha, z zejściem pomyślnem.

Przypadek dotyczy młodego człowieka, który zachorował w 24 godziny po borykaniu się z kolegą. Dostał gorączki, bólów głowy, wymiotów, następnie rozpoczęło się porażenie obu nóg, pęcherza i odbytnicy. Porażenie pęcherza i odbytnicy zniknęło po tygodniu, porażenie obu nóg trwało kilka miesięcy. Obecnie po 1³/₄ roku od początku choroby widać znaczne osłabienie lewej stopy, bardzo silną lordozę, niemożność podnoszenia się z pozycji leżącej i zupełny brak odruchów ze ścięgna Achillesa, brzusznych i *m. cremaster*, brak odczynu elektrycznego z obu mięśni prostych brzucha i zmieniony odczyn z mięśni skośnych. Mówca rozpoznaje *polioencephalomyelitis*, uszkodzenie głównie odosobnionych mięśni brzucha, co należy, zwłaszcza u osób starszych, do rzadkości. Zdaniem H ośrołki rdzeniowe dla *m. rectus* leżą pod ośrodkami dla *m. transversus* i *rectus abdominis*.

5) BRIGMAN przedstawił a) przypadek stwardnienia wielogniskowego (*sclerosis multiplex*).

Chora ma lat 40. W obrazie klinicznym przeważają objawy opuszkowe. Mowa opuszkowa. Łykanie utrudnione. Zanik języka. Ozopąs. W kończynach górnych drżenie i poczynający się zanik mięśni. Otruchy ścięgnowe kończyn dolnych wzmożone. Wybitne przytępienie władz umysłowych. W rozpoznaniu należy wziąć pod uwagę *sclerosis lateralis amyotrophica*, jednakowoż ze względu na oczopąs, na znaczne stopienie władz umysłowych i mimowolny śmiech stwardnienie wielogniskowe jest prawdopodobniejsze.

W dyskusji HIGIER podkreślał symetryczność zaników rąk i języka, co przemawiałoby raczej przeciw stwardnieniu wielogniskowemu. GOLDFLAM i STERLING podkreślali zbyt szybki rozwój choroby, co jest niewłaściwe wielogniskowemu stwardnieniu, a nawet i płacz mimowolny należy wogóle do objawów opuszkowych.

b) B. przedstawił preparat nowotworu rdzenia.

Preparat dotyczył chorej, która dotknięta została najpierw niedowładem lewej, potem prawej kończyny dolnej. W ciągu paru miesięcy niedowład zamienił się w bezwład zupełny, spastyczny. Z czasem wystąpiły bolesne „ściągnięcia w bokach” i brzuchu. Znieczulenie zupełne dochodziło do 5-go międzyżebra. Lekka wrażliwość na ucisk górnych kręgów grzbietowych. Rozpoznano nowotwór rdzenia. *Laminectomia* na wysokości 1—3 kręgu grzbietowego [ODERFELD], wykazała brak tęnienia i napięcia opon rdzeniowych. Jak okazała sekcya, nowotwór był położony tuż nad otworem operacyjnym, był łatwo wyluszczalny. Badanie drobnowidzowe wykazało *fibrosarcoma*.

6) FLATAU przedstawił preparat nowotworu rdzenia.

Preparat pochodzi od 44-letniej kobiety, u której pierwsze objawy cierpienia [darcie w lewym kolanie] zjawily się na 3¹/₂ lat przed operacją, następnie zjawilo się osłabienie władzy w lewej kończynie dolnej, po kilku miesiącach jakoby nagle zupełna utrata władzy w obu kończynach dolnych. Stwierdzono wówczas porażenie spastyczne w obu kończynach dolnych, zaburzenia czucia sięgające do pępka, bolesność 9-go kręgu grzbietowego, bardzo silne bole w okolicach podżebrowych, palenie w nogach. Kiedy wszelkie zabiegi terapeutyczne okazały się bezskutecznymi, chorą poddano laminiektomii. Wycięto od V—VIII łuku kręgowego, przecięto oponę twardą; guza nie zna-

leżono. Chora zmarła w miesiąc po operacji. Sekcja stwierdziła guz (*fibrosarcoma lymphangiectodes*) tuż poniżej miejsca operowanego. Guz ten miał długości $3\frac{1}{2}$ ctm., przylegał ściśle do rdzenia i do opony miękkiej, z wewnętrzną powierzchnią opony twardej nie był zrośnięty, uciskał rdzeń i spłaszczał go stopniowo do grubości taśmy. Górny odcinek guza odpowiadał miejscu wejścia do rdzenia 9-ej pary korzonków grzbietowych, dolny—1-ej parze korzonków lędźwiowych.

7) STERLING przedstawił przypadek *haematomyeliae cervicalis*.

Chory przed 5-u tygodniami upadł z wysokiego wozu na ziemię i przez czas jakiś nie mógł poruszać ani górnymi ani dolnymi kończynami. Po 4-ch dniach władza w dolnych kończynach wróciła, natomiast wystąpiło miękkie i niebolesne obrzmienie obu stóp i obu dłoni, wróciła też w pewnym stopniu władza w rękach i w przedramionach. Przedmiotowo stwierdzono zanik i osłabienie mięśni w obu pasach barkowych, w prawym zaś wyraźne osłabienie czucia bolowego i ciepłikowego z prawej strony w obrębie 4—7 korzeni szyjnych. Mówca podkreśla w danym przypadku wybitne objawy naczynioruchowe.

8) FLATAU i STERLING przedstawili przypadek ogniskowego cierpienia opuszkowego (zakrzep *art. cerebelli inf. post. dextr.*).

Chory od pół roku zaczął doznawać bólów głowy, w ostatnich tygodniach kilkakrotnie miał ataki zawrotów głowy, podczas ostatniego ataku wymioty, trudność polykania, chrypka, czkawka, powstrzymanie moczu. Badanie przedmiotowe wykazało zwężenie prawej szpary ocznej i prawej źrenicy, minimalne jej oddziaływanie, niedowład prawego nerwu odwodzącego, porażenie zupełne prawego łuku podniebленно-językowego i prawej struny głosowej, zupełna niemożność polykania, osłabienie siły w prawej dłoni. Wyraźne rozszerzenie odruchów ścięgniowych po stronie lewej. Wybitne zaburzenia czucia bólu i ciepłoty na całej lewej połowie ciała, w mniejszym stopniu na twarzy. Chód chwiejny. Mowca rozpoznaje zakrzep w *art. cerebelli inf. post. dextra*.

FLATAU uzupełnił obraz kliniczny danymi, dotyczącymi zaburzeń czucia na twarzy.

W dyskusji HIGIER wspomniał o opisanych przez siebie analogicznych przypadkach i podnosił ważność ich dla określenia przebiegu rozmaitych pęczków w nerwie trójdzielnym, ich krzyżowanie się na rozmaitej wysokości.

9) BYCHOWSKI przedstawił a) przypadek agrafii.

Chory, lat 55, został nderzony siekierą w lewą okolicę czołowo-ciemieniową. Utracił przytomność na kilka dni, potem zauważono, że stracił zdolność dowolnego mówienia, choć rozumiał wszystko. Obecnie po paru miesiącach żadnych porażań nie widać, chory włada kończynami dobrze, mówi powoli prawidłowo, powtarza, czyta również dobrze, utracił tylko zdolność pisanja dłuższych wyrazów, choć kopiuje dobrze. Nie może też złożyć wyrazów z oddzielnych liter. B. rozpoznaje rzadki obraz kliniczny t. zw. *agraphia verbalis*, w przeciwstawieniu do *agraphia litteralis*, kiedy chory nawet pojedynczych liter napisać nie jest w stanie. Jest to pewna odmiana apraksji.

W dyskusji BORNSTEIN podkreśla rzadkość izolowanych postaci agrafii.

HIGIER podnosi, że *agraphia litteralis*, jako czynność prosta, bywa rzadko upośledzona, natomiast *agraphia verbalis*, jako czynność złożona—daleko częściej.

BREGMAN utrzymywał, że chodzi tu jedynie o stopniowanie tej samej czynności.

b) B. przedstawił przypadek apraksji.

Chory, 40-kilkoletni kupiec, miał przed kilku laty lekki napad apoplektyczny. Od dwóch lat chory zachowuje się coraz nedorzeczniej, źle wykonywa bardzo proste czynności. Badanie przedmiotowe wykazuje brak wszelkich objawów somatycznych. Niema braków w psychice. Pamięć zachowana. Mowa bez zaburzeń. Zdolność czytania i pisanie zniesiona zupełnie. Apraksya występuje zwłaszcza wtedy, kiedy chory ma posługiwać się obu rękami, np. nalepia marki w powietrzu, zamiast na kopercie, wodę wylewa z karafki na podłogę zamiast do szklanki, nie umie posługiwać się widelcem, choć wie, o co chodzi. Bezwładu w kończynach niema. Według mówcy mamy tu do czynienia z apraksją, z jej odmianą, występującą przy czynności obydwu kończyn. B. przypuszcza uszkodzenie modzelówki (*corpus callosum*).

St. Kopczyński.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XIX posiedzenie naukowe z dnia 9. X. 1908.

Dr KLARFELD. O histeryi w pojęciu BABIŃSKIEGO. Prelegent podaje historię badań BABIŃSKIEGO, których celem było ustalenie cech różniczkowych między cierpieniami organicznymi a naśladowącymi je przypadłościami historycznymi. Aby wyjaśnić metodę BABIŃSKIEGO, podaje prelegent rozpoznanie różniczkowe między porażeniem połowiczem organicznym a historycznym. Z badań swych wyniósł B. przekonanie, że histerya może wywołać tylko takie zaburzenia, jakie można odtworzyć aktem woli, dalej, twierdził, że t. zw. stygmata są sztucznym wytworem suggestyi lekarza badającego lub otoczenia. To są dwa zasadnicze spostrzeżenia BABIŃSKIEGO, na których też oparł swą definicyę histeryi. Za kryterium charakteru historycznego jakiegoś cierpienia uważa definicya możliwość odtworzenia zaburzenia przez suggestyę i usunięcia pod wyłącznym wpływem perswazyi. Znamiona histeryi ustanowił B. nie samowolnie, ale doszedł do nich przez ścisłą analizę przypadków jasnych z pominięciem spornych. Następnie analizuje K. samą definicyę i mówi o różnicy między suggestyą a perswazyą, wyjaśnia pojęcie zaburzeń pierwotnych i wtórnych. Sądzi, że definicya BABIŃSKIEGO ma głównie znaczenie praktyczne, bo daje nam możność ścisłego rozpoznania zaburzeń historycznych jako takich, że sprowadza kwestyę na teren kliniczny, na teren ścisłych obserwacyi przedmiotowych.

Dyskusya: Dr FEUERSTEIN podnosi, że B. oryginalnym tu nie jest. Zasługą jego, że wystąpił z krytyką w Paryżu, gdzie powstała nauka o stygmatach. Poglądy jego na histeryę mają znaczenie praktyczne w przypadkach analgezyi na tle urazu lub wypadku, gdzie chodzi o odszkodowanie. Nieda się jednak zaprzeczyć, że dyschromatopsia, zwięźenie pola widzenia istnieje w histeryi i nie da się sztucznie usunąć. Dr KLARFELD twierdzi, że zwięźenie pola widzenia istnieje rzeczywiście w niektórych przypadkach histeryi, ale może ono być na tle zmian w samych nerwach. Dziś wielu, jak np. RAYMOND nie, znajdują już tego zwięźenia w histeryi. Źłe i nieumiejętne badanie często dużo tu wprowadza fałszywych danych. Dr FEUERSTEIN uważa, że należy zdać sobie sprawę, czy artefakty, które lekarz wytwarza

u chorego przez suggestyę, pobudzają do objawów histerycznych. Tak np. nie można u chorego znieść przez suggestyę przykurczenia, które trwało lat kilka. Co do zmian organicznych w nerwe wzrokowym przy zwężeniach pola widzenia w histeryi, o których wspomina dr KL., to uważa to za zbyt śmiało przypuszczenie. Prof. GLUZIŃSKI jest zdania, że należy z pewną rozważą przyjmować skrajne zapatrywania BABIŃSKIEGO; istnieje szereg objawów chorobnych, których nie można wolać wywołać. Na dowód przytacza prz-z siebie obserwowane przypadki. Dotąd właściwie nie mamy ścisłej definicyi histeryi. Następstwem wystąpienia BABIŃSKIEGO winno być obalenie starej i złej symptomatologii, a stworzenie nowej.

Witold Nowicki.

Przegląd bibliograficzny.

DR TOMASZ JANISZEWSKI. **Opieka nad chorymi gruźliczymi i walka z gruźlicą w Galicyi.** Kraków. 1908. str. 57.

Walka z gruźlicą u nas zaczyna wchodzić na praktyczne tory; w Galicyi i Królestwie zawiązują się Towarzystwa Przeciwgruźlicze i przystępują do działania, zupełnie więc na czasie zjawia się rzecz JANISZEWSKIEGO o „Opiece nad chorymi gruźliczymi“.

J., znany działacz na polu walki z gruźlicą w Galicyi i autor wielu prac z tej dziedziny, w pracy niniejszej zastanawia się naprzód nad przyczynami, które wywołały ruch przeciwgruźliczy w całym świecie cywilizowanym. Pierwszym faktem, który zwrócił uwagę na gruźlicę i przeraził świat cały, było zebranie dokładnych danych statystycznych, wykazujących olbrzymią śmiertelność z gruźlicy. We Francyi np. umiera na gruźlicę przeciętnie 150000 rocznie. Drugim był fakt zdobyty przez naukę, iż gruźlica jest uleczalną we wczesnych okresach, z czego wynika, że walka z tą chorobą nie pozostanie bezowocną, wreszcie 3-cim czynnikiem, który potężnie wpłynął na rozpoczęcie walki z gruźlicą, było odkrycie przez Kocha swoistego prątka gruźlicy, odkrycie, które ostatecznie przekonało wszystkich o zaraźliwości, a więc i niebezpieczeństwie gruźlicy.

Z kolei autor rozpatruje drogi, któremi kroczyła walka z gruźlicą. Były one różne w rozmaitych krajach. W Anglii największy nacisk kładą na przeprowadzenie ogólnych reform higienicznych. jak oto: organizacya służby zdrowia, zakładanie wodociągów i kanalizacyi, ustawy o fałszowaniu produktów spożywczych i t. d.

W Niemczech za główną broń przeciwko gruźlicy uważają sanatoria ludowe, głównie w celu leczenia wczesnych okresów gruźlicy. We Francyi na czele środków, mających za zadanie zwalczanie gruźlicy, stoi „opieka“ (*dispensaire*) CALMETTE'a, mająca za cel nie leczenie, lecz zapobieganie gruźlicy.

Autor zapytuje się, która z dróg, wybranych przez rozmaite kraje, jest najlepszą i sądzi, że najracjonalniejsze stanowisko zajęła Anglia, zwalczająca gruźlicę reformami ogólnohygienicznymi. Mnie się wydaje, że każda z tych dróg jest dobrą, każda z nich jednak ma swoje wskazania. Reformy

hygieniczne, podnoszące ogólną zdrowotność, muszą z konieczności wpłynąć na zmniejszenie gruźlicy. Reformy te jednak w wielu krajach są to jeszcze *via desiderata*. Co się tyczy sanatoryjów, to te mają ściśle wskazanie leczenia początkowych okresów gruźlicy. Wreszcie „opieki“ przeciwgruźlicze mają za zadanie kształcenie higieniczne biednej ludności, specjalnie w celu zabezpieczenia jej przed gruźlicą, oraz zaopiekowanie się moralne i materialne chorymi w początkowych okresach gruźlicy.

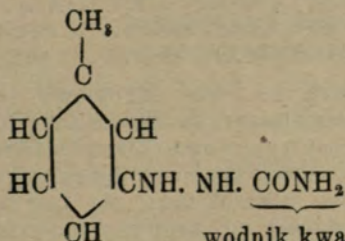
Na zakończenie autor przedstawia sprawę gruźlicy w Galicyi. Sprawa ta, jak widać z cyfr, dotyczących śmiertelności w miastach galicyjskich, jest przerażająca. Gdy w Warszawie i w Poznaniu śmiertelność z gruźlicy wynosi 23,1, we Lwowie wynosi ona 71,7, a w Krakowie 84,8 na 10000 mieszkańców. Co się tyczy walki z gruźlicą w Galicyi, to chociaż rozmiary jej są jeszcze skromne, powstał jednak już cały szereg instytucji, powołanych do zwalczania tej choroby, a mianowicie: ambulatoryum chorych gruźliczych przy klinice chorób wewnętrznych w Krakowie, sanatoryjum dla młodzieży, założone przez Towarzystwo Bratniej Pomocy w Zakopanem, „Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie“, które założyło „opiekę“ nad chorymi gruźliczymi, wreszcie sanatoryjum pod kierunkiem DEUSKIEGO w Zakopanem.

Praca J., napisana przystępnie, według jasnego planu, opierająca się nie na frazesach, lecz na faktach i cyfrach, nadaje się ze wszech miar do rozpowszechnienia nie tylko wśród lekarzy, lecz i w szerszych kołach, sprzyjających ruchowi przeciwgruźliczemu. Sądzę, że potrafi ona wpoić w te koła przekonanie, że walka z gruźlicą jest najważniejszym zadaniem społeczno-hygienicznym.

Bolesław Dębiński.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

2. Maretyna, karbaminian tolilhydrazyny.



wodnik kwasu
karbaminowego

należy oczywiście do pochodnych aniliny $\text{C}_6\text{H}_5\text{NH}_2$, jest więc w dość blizkiem powinowactwie z antyfebryną. W rzeczywistości niema zasadniczych różnic w działaniu dwu tych preparatów; dawki maretyny są również takie same, jak dawki antyfebryny [0.25—0.5]. Jest to środek przeciwgorączkowy, przeciwnerwobolowy i szczególnie przeciwgoścowy,

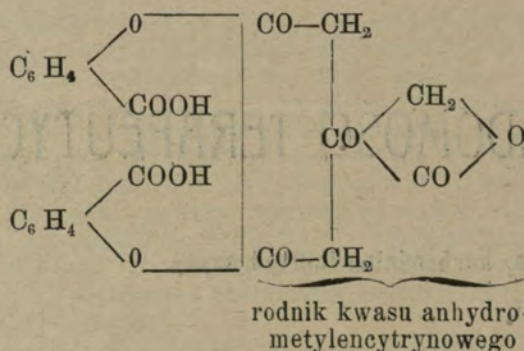
z mocnemi zresztą indywidualnemi wahaniami co do skuteczności i objawów ubocznych. O bezwzględnej wyższości nad antyfebryną mowy niema, a przy dłuższem stosowaniu ostrożność jest stanowczo wskazana.

J. Rzepko.

3. Mergol, cholan rtęciowy $[C_{24}H_{30}O_6]_2Hg$, preparat przeznaczony do wewnętrznego leczenia syfilisu; w handlu znajduje się w kapsułkach żelatynowych [J. D. RIEDEL], zawierających po 0,05 mergolu i 0,1 tanalbiny. Dwuletnie dotychczasowe spostrzeżenia świadczą o niewątpliwej wyższości mergolu nad legionem innych preparatów rtęciowych *ad usum internum*, zwłaszcza pod względem nieszkodliwości dla żołądka i kiszek. Mergol nie tylko trzeba ale i można zażywać bezkarnie tygodniami, naturalnie przy zwykłych zastrzeżeniach co do diety; rozpoczynając od 3×1 kapsulek dziennie, dochodzi się stopniowo do $4-5 \times 2$ kapsulek dziennie, a przeciętna liczba, przypadająca na jedną kurację wynosi 300—350 kapsulek. Wykwity skórne i śluzówkowe znikają pod wpływem mergolu zapewne niemniej szybko niż przy wcieraniach, wzgl. iniekcjach; doświadczeni fachowcy uważają jednak za niezupełnie jeszcze dowiedzioną gruntowność działania mergolu, i dlatego przy pierwszej, najważniejszej kuracji radzą trzymać się dawnych metod. Z czystym sumieniem mergol może być polecany natomiast do kuracji wstępnych [w myśl FOURNIER'a i NEISSER'a]; na leczenie „środkami wewnętrznymi“ zgodzą się zapewne i takie osoby, które nie chciały słuchać za nic w świecie o ponownych frykcyach lub wstrzyknięciach.

J. Rzepko.

4. Nowaspiryna, kwas anhydrometylencytrylo-dwusalicylowy.



różni się od aspiryny pod tym względem, że kwas salicylowy jest z niej zesteryfikowany nie zapomocą kwasu octowego [aspiryna = kwas acetylo-salicylowy], lecz zapomocą kwasu anhydrometylencytrynowego. Dzięki bardzo miernej rozpuszczalności jest dla żołądka jeszcze bezpieczniejszą niż aspiryna; wolniej rezorbuje się i wydziela, i zapewne wskutek tego nie tak łatwo wywołuje poty. Działa wogóle, być może słabiej od aspiryny [posiadając zresztą wszelkie inne jej przymioty], i dlatego stosuje się w większych nieco dawkach [1,0]; różnice takie nie są, rzecz prosta, bezwzględne i w pewnych razach mogą zawodzić tak samo, jak zawodzi niekiedy wyższość aspiryny nad salicylanem sodowym.

J. Rzepko.

Wiadomości bieżące.

— Nowe czasopismo lekarskie. W listopadzie r. b. ukaże się pierwszy numer „Przeglądu Pedyatrycznego“, wydawnictwa, poświęconego wyłącznie chorobom dzieci. Pismo to wychodzić będzie raz na kwartał przy stałym rocznym poparciu wszystkich niemal pedyatrów polskich z Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania, Warszawy, Wilna, Petersburga, Kijowa i t. d.

Zeszyt I „Przeglądu Pedyatrycznego“ składać się będzie głównie z prac oryginalnych, a obejmie artykuły: J. Brudzińskiego, Jasińskiego, Korybut-Daszkiewicz, Kopcia, S. Kramsztyka, prof. Lewkowicza, T. Mogilnickiego, prof. Razyńskiego i Wł. Schoenaicha.

Komitet redakcyjny stanowią: Anders—Warszawa, Brudziński—Łódź, Krysiewicz—Poznań, prof. Lewkowicz—Kraków, prof. Raczyński—Lwów. Redakcja techniczna połączona będzie ze względów praktycznych z redakcją „Przeglądu Lekarskiego“, w r. b. w osobie St. Ciechanowskiego [Kraków, Wielopole Nr. 4]

Ofiarność nestora pedyatrów polskich, prof. M. L. Jakubowskiego, położyła podwaliny pod fundusz wydawnictwa „Przeglądu Pedyatrycznego“, który wspólnie z funduszem imienia ś. p. dra Karola Jonschera, zebranych przez lekarzy łódzkich, pozwoli redakcji „Przeglądu Pedyatrycznego“ rozpocząć w roku przyszłym wydawnictwo dzieł pedyatrycznych, oryginalnych i tłomaczonych.

W sprawach redakcyjnych należy się zwracać do jednego z wymienionych redaktorów lub do redaktora technicznego [Kraków, Wielopole 4, Redakcja „Przeglądu Lekarskiego“].

Każdy zeszyt „Przeglądu Pedyatrycznego“ zawierać będzie około 5-u arkuszy druku. Przedpłata roczna wynosić będzie 4 ruble, 10 koron, 9 marek. Cena pojedynczego zeszytu wynosić będzie 1 rub., 2.50 kor., 2.25 mar.

Przedpłatę przyjmuje Administracja „Przeglądu Pedyatrycznego“ [Kraków, ul. Strzelecka, Szpital Św. Ludwika].

Zeszyt I otrzymać można na okaz na żądanie bezpłatnie.

— Dnia 29-go listopada r. b. w niedzielę odbędzie się akt poświęcenia nowego otworzonego Sanatorium dla chorych piersiowych Rudka. Wyjazd z Dworca Brzeskiego do stacji Mrozy nastąpi o godz. 9-ej m. 55 zrana, powrót około 7-ej wieczorem.

— Zarząd Stow. Lek. Polskich zawiadamia ogół lekarzy, zamieszkałych w Królestwie Polskiem, że na zebraniu ogólnem członków Stowarzyszenia, odbytem w Warszawie dnia 4-go kwietnia r. b., ustanowioną została składka dla członków Stowarzyszenia, mieszkających poza Warszawą, na rub. 6 rocznie.

— Od Komitetu Zjazdu internistów w polskich otrzymaliśmy następującą odezwę:

Szanowna Redakcyo!

Upraszam o łaskawe zamieszczenie w łamach szanownego pisma następującego komunikatu:

W czasie X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie odbyte za inicjatywą prof. A. GLUZIŃSKIEGO zebranie ściślejszego grona internistów podniosło myśl urządzenia Zjazdów internistów w polskich i poleciło prowadzenie dalszych kroków prof. GLUZIŃSKIEMU.

Dziś stajemy z gotową uchwałą szerszych gron, które po wzajemnem porozumieniu się, postanowiły następujące punkta:

1. Zjazd internistów polskich odbędzie się w roku 1909 w Krakowie w drugiej połowie lipca [dni będą ogłoszone później].

2. Zjazd trwać będzie dni dwa.

3. W Krakowie zawiązał się komitet miejscowy Zjazdu, do którego należą: dr M. Buzdygan, prof. S. Ciechanowski, prof. W. Jaworski, dr S. Jurowicz, prof. K. Klecki, dr B. Korolewicz, dr A. Kwaśnicki, prof. K. Lewkowicz, prof. J. Łazarski, prof. L. Marchlewski, doc. E. Mięśowicz, prof. J. Piltz, prof. S. Ponikło, dr J. Różecki, dr S. Schoengut, dr E. Stahr, dr J. Surzycki.

4. Bliższe szczegóły i cały program ogłosi Komitet miejscowy gospodarczy później. Do niego też można się zgłaszać po informację [Klinika medyczna w Krakowie ul. Kopernika Nr. 15].

Prof. dr W. Jaworski

za komitet miejscowy w Krakowie.

Prof. dr A. Gluziński.

we Lwowie.

W dniu 3-im listopada ukonstytuował się w Krakowie Komitet miejscowy dla zorganizowania Zjazdu internistów polskich. Przewodniczącym komitetu jest prof. W. JAWORSKI, zastępcą dr A. KWAŚNICKI, sekretarzem dr B. KOROLEWICZ, skarbnikiem doc. E. MIĘSOWICZ. Biuro komitetu Zjazdu internistów polskich Kraków, Klinika medyczna, Kopernika 15.

Kraków 15. XI. 1908.

Łączę wyrazy szacunku,

Dr B. Korolewicz.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez dra Walentego Koczorowskiego.

1) Badania chemiczne płynu mózgodzeniowego w stanie normalnym i chorobowym.

2) O znaczeniu rozpoznawczem niweczników (Antikörper) w cieczy mózgodzeniowej dla diagnozy metasyfilitycznych chorób nerwowych.

3) O wpływie alkoholu na funkcje nerek.

4) Doświadczenia psychofizjologiczne nad znużeniem uczniów w szkołach.

5) Pomiar antropometryczny na uczniach szkół.

6) Grzybek liszaja strzyżącego (*Trichophyton tonsurans* i *Microsporon Audouin'a*), jego stanowisko biologiczne i patologiczne.

7) Związek anatomiczny i fizjologiczny pomiędzy przysadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą (część literacka). Zbadać, o ile stan chorobowy jednego z tych narządów wywołuje zmiany anatomiczne i fizjologiczne w narządach pozostałych.

8) Włókna Dürck'a w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają w miażdżycy naczyń.

9) Sprawdzić, o ile surowica krwi zwierząt, u których sztucznie został wywołany zastępczy przerost nerki, wpływa na powstawanie przerostu nerek u innych zwierząt.

10) Sprawdzić doświadczalnie jakie ma znaczenie dla wątroby i dróg żółciowych łączenie jelita z przewodem wspólnym (cholechoenterostomia) i z miąższem samej wątroby (hepatocholangoenterostomia).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1909 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczona jest nagroda 300 rub.

Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Tow. Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (al. Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Sekretarz Stały, dr. med. *A. Sokółowski.*

Novargan

Novargan umożliwia bakterycydzące energiczne leczenie rzeżączki; ze względu na działanie niedrażniące może być stosowany nawet w ostrym okresie i w stosunkowo znacznym stopniu.

Duotal

Duotal „Heyden”, przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Jest to doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

Xeroform

Xeroform okazuje szybkie działanie lecznicze w owrzodzeniach gołeni, nawet w przypadkach zastarzałych, prowadzi do wytwarzania naskórki, wywołuje zmniejszenie wydzielin, koi bóle, swędzenie. W pryszczycy mokrej działa Xeroform jako środek wysuszający i odwaniający.

Blenal

Ester kwaso-węglowy santalolu, wewnętrzny środek przeciwrzeżączkowy, nie okazujący działania drażniącego. Nie posiada ani smaku ani zapachu właściwego santalolowi; skąd też łatwo daje się stosować.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzone na Wystawie Lwowskiej medalem złotym
wszelkie



1) Iniekcje Subcutaneae Sterelizatae

w opatentowanych ampułkach

2) Opatrunki wyjałowione

przy temperaturze 125° i 2 ch atmosferach ciśnienia pary przepływowej

APTEKA

JANA ZAWADZKIEGO

Warszawa, MOKOTOWSKA 43. Tel. 2700

próby gratis i franco



JECOROL

od wielu lat znany przetwór w zupełności zastępujący tran leczniczy.

Próbne flakony na żądanie p. p. lekarzy.

Apteka magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

Bordighera (Włoska Riviera)

15 Września—Maj

Hotel i Kurhaus Cap Ampeglio



Właściciel
J. Künzler.

dla chorych dotkniętych cierpieniami żołądka, kiszki, nerek, serca, nerwowymi i zaburzeniami w przemianie materii.

Postępowanie indywidualne, leczenie dyetetyczne, elektroterapia, hydroterapia we wszelkich postaciach w nowowybudowanym zakładzie wodoleczniczym. Prospekty.

Kierownicy zakładu:

Radca dworu Dr. Schwoerer-Bedenweiler

Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr

b. wieloletni asystent prof. von Noorden'a w Wiedniu.

Gruźlica i inne choroby zakaźne są wykluczone.



Polecana przez Paryską Radę Lekarską, stosowana w Paryskich szpitalach i żłobkach

MACZKA SAVOYE

jako najlepszy pokarm ze wszystkich istniejących, jest najbardziej zalecana przez lekarzy całego świata.

TUSSOL

Syrop o bardzo przyjemnym smaku, w zupełności zastępujący przykrą w użyciu SIROLINĘ.

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rb. jeden.

poleca Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

Dr. Wacław Mayzel, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu głównie oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopia. Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ul. Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56