

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 9.

Warszawa d. 4 marca 1911 r.

Rok XLVI.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — O ostrem zatruciu tarczowem po zażyciu nader drobnej dawki jodu (*Jodothyreoidismus acutus*), podał D-r med Aleksander Simon (Wiesbaden). Kilka uwag o przebiegu i leczeniu drętwicy karku, podał Antoni Długoszewski. (Dokończenie). — STRESZCZENIE ZBIOROWE. — Obecny stan wiedzy o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną, podał Stanisław Pechkranc. (C. d.). — STRESZCZENIA. — *Medycyna wewnętrzna*. 38. G. Wolfsohn. Objawy tyreotoksyczne podczas leczenia jodem 39. Moro. Gruźlica w świetle badań najnowszych *Medycyna teoretyczna*. 40. Ruppel. (Höchst nad Menem). O uodparnianiu zwierząt względem gruźlicy. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Od Redakcyi. — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

#### O ostrem zatruciu tarczowem po zażyciu nader drobnej dawki jodu (*Jodothyreoidismus acutus*).

Podał

D-r med. Aleksander Simon (Wiesbaden).

Wiadomo powszechnie, że przetwory jodowe, podawane w dużych dawkach lub też przez zbyt długi czas a również u osobni-

ków, które jodu wogóle nie znoszą (idyosynkrazia względem jodu), mogą stać się powodem przypadłości chorobowych, zwanych jodyzmem. Polegają one przeważnie na podrażnieniu dróg oddechowych, najczęściej nosa, ale niekiedy i krtani, oskrzeli, płuc i opłucny, czasem nawet w bardzo wysokim stopniu, bo spostrzegano obrzęk krtani i płuc, krwioplucie i t. d. Do częstszych nadto objawów należą suchość języka, jamy ustnej i gardzieli lub też ślinotok, wymioty i bie-



gunka. Spostrzegano również podniesioną ciepłotę. Z objawów nerwowych występują bóle głowy, nerwobóle, bezsenność, szum w uszach. Czasem notowano wysypkę, w innych razach znaczne powiększenie gruczołu tarczowego (MAROTTE). Na charłactwo jodowe, które może być spowodowane przez długotrwałe podawanie jodu w przypadkach, nie wykazujących zwykłych objawów zatrucia jodowego, niedawno zwracał uwagę EMERICH.

Obecnie jednak zabieram głos nie w sprawie tego, w ogólnych zarysach naszkicowanego zatrucia jodowego, lecz w sprawie swoistego działania przetworów jodowych na gruczoł tarczowy i związanego z nim zatrucia tarczowego (tyreoidyzm po jodzie); zatrucie to miałem sposobność szczegółowo obserwować, a ogółowi lekarskiemu, mojem zdaniem, nie jest ono dostatecznie znane. Pogląd, że przetwory jodowe mogą powodować objawy chorobowe, będące w związku z gruczołem tarczowym, już oddawien dawna błąka się w piśmiennictwie lekarskiem. Już COINDETOWI <sup>1)</sup> w Genewie, który pierwszy zainaugurował w roku 1820 leczenie wola za pomocą przetworów jodowych, było wiadome, że ten sposób leczenia wywołuje niekiedy u chorych na wole nader poważne zaburzenia. Opisał je później szczegółowo RILLIET w r. 1860 pod niesłuszną nazwą „*jodisme constitutionnel*.” — to, co autor ten opisuje, nie odpowiada zgoła jodyzmowi, lecz w zupełności temu, co obecnie nazywamy tyreoidyzmem czyli objawem, spowodowanym spożyciem przetworów gruczołu tarczowego w zbyt wielkich dawkach lub też przez zbyt długi czas. W roku ubiegłym z naciskiem zwracali KOCHER i KREHL, pierwszorzędne na tem polu powagi,

<sup>1)</sup> Coindet, „*Découverte d'un nouveau remède contre le goître*”. Bibl. univ. de Genève 1820.

uwagę na niedająca się wprost obliczyć szkodę, jaką można wyrządzić przez nieostrożne podawanie przetworów jodowych osobnikom, dotkniętym jawnem lub też tylko utajonym schorzeniem gruczołu tarczowego (wole, choroba BASEDOWA i t. d.)

KREHL <sup>2)</sup> historii chorób nie przytacza, ale z jego nader przejrzystego szkicu wynika, że t. zw. tyreoidyzm pojmuje on sze roko: dla tego wytrawnego znawcy patologii i kliniki gruczołu tarczowego nie jest konieczna cała symptomatologia choroby BASEDOWA dla rozpoznania zatrucia tarczowego (*Thyreoidismus* czyli *Thyreotoxia*). To ostatnie, w samej rzeczy dość często, zgoła nie obfituje w objawy. Nadmierna lub jakościowo spaczona czynność gruczołu tarczowego — a na tem polega istota tyreoidyzmu według nowszych pojęć — może np. powodować niczem zresztą nie dające się umotywić, nawet znaczne schudnięcie chorego. Rozpoznawano już błędnie w tych razach złośliwy nowotwór. W innych przypadkach tegoż pochodzenia widziano li tylko objawy nerwicy serca (Fr MÜLLER <sup>3)</sup>, ROMBERG) lub też ogólne objawy nerwowe i psychiczne, niepokój, pobudzenie nerwowe, uczucie nadszy czajnego wyczerpania, nawet przeistoczenia osobowości, dostrzegalne dla chorego i mocno go niepokojące, nadto niczem nie umotywowane podniesienie ciepłoty. W każdym bądź razie przy rozpoznawaniu neurastenii i innych nerwic z zatruciem tarczowem liczyć

<sup>2)</sup> Krehl. „*Rat zur Vorsicht bei Gebrauch des Jods*”. Münchener medizinische Wochenschrift 1910-Nr. 47.

<sup>3)</sup> Fr. Müller radzi dla rozpoznania chorób serca, powstałych na tle zatrucia tarczowego, podawać jod. Już po najmniejszej dawce następuje pogorszenie (Harvey Lecture, New-York 1907).



się nadal trzeba będzie. Zbytne trzymanie się nozologii choroby BASEDOWA (GRAVESA), jak to czyni KOCHER <sup>4)</sup> w swoim ostatnim obszernym odczycie, jest zupełnie jednostronne, nie uwzględnia ono bowiem wyżej wspomnianych, nader częstych przypadków, które w niczem nie przypominają nawet t. zw. *formes frustes* choroby BASEDOWA, a jednak niewątpliwie do kategorii chorób z zatrucia tarczowego należą. Na poparcie twierdzenia, że zażycie przetworów jodowych może wywołać prawdziwą chorobę BASEDOWA u osób, do niej usposobionych wskutek schorzenia gruczołu tarczowego, np. wola, przytacza KOCHER za mało dowodów. Podaje on tylko jedno szczegółowe spostrzeżenie, lecz przypadku tego za typową chorobę BASEDOWA uznać nie można. Przypisuje zresztą i sam KOCHER, że przebieg w przypadkach choroby BASEDOWA, wywołanych przez jod lub też „Basedowoidu”, jest przeważnie znacznie łagodniejszy, niż w typowej chorobie GRAVESA. Nadto powołuje się on na przypadki wola, w których po usilnym leczeniu preparatami jodu obok innych objawów wystąpiło wysadzenie gałek ocznych (JAUNIN), oraz na charakterystyczne jakoby dla choroby BASEDOWA zmiany we krwi, które KOCHER spostrzegał i w „Jodbasedowie”. Dowody te mają względną tylko wartość, bo nie mamy pewności, czy nie były to przypadki, w których i przed podawaniem jodu istniała w zarodku lub też w początkowym okresie klasyczna choroba BASEDOWA, która po jodzie uległa jedynie spotęgowaniu i wyraźnie ją ujawniła. Dla nas zwalczenie poglądu KOCHERA ma duże znaczenie i teoretyczne, bo w tyroidyzmie widzimy poprostu zatrucie wydzieliną gruczołu tarczowego, w chorobie

BASEDOWA natomiast skomplikowaną patogenezę, na którą składają się również czynności i innych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej (jajników, przysadki mózgowej, grasicy) i w pierwszym rzędzie nadnerczy <sup>5)</sup>.

KOCHER natomiast stara się sprowadzić całą patogenezę klasycznej choroby BASEDOWA do zaburzeń czynności li tylko gruczołu tarczowego, i to w zależności od wzmożonego pod wpływem bodźców nerwowych działania minimalnych ilości jodu, który wprowadzamy z pożywieniem do ustroju i przeto do gruczołu tarczowego.

Mój przypadek ostrego zatrucia tarczowego po minimalnej dawce jodu (2 tabletki jodglidydy, z których każda zawierała 0,05 grama z białkiem roślinnym związanego jodu) jest szczególnie ciekawy: obserwowany on był poniekąd jakby w warunkach ścisłego doświadczenia laboratoryjnego, a nadto ważne ma znaczenie ze względu na wynik zastosowanego sposobu leczenia (naświetlanie promieniami ROENTGENA gruczołu tarczowego), które rokuje duże nadzieje w leczeniu tyreoidyizmu.

(D. n.)

Z oddziału III <sup>A</sup> Szpitala Dz. Jezus.

### Kilka uwag o przebiegu i leczeniu drętwy karku.

(meningitis cerebrospinalis epidemica).

Podał

**Antoni Długoszewski.**

(Dokończenie).

19/V. Sztwywności karku niema. Żre nice jednakowe, umiarkowanie szerokie, prawa nieco wydłużona w wymiarze podłużnym.

<sup>4)</sup> Teodor Kocher. „Ueber Jodbasedow“. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Berlin 1910, str. 396—423.

<sup>5)</sup> Patrz pracę Bluma: Beitrag zur Lehre vom Morbus Basedowii, Zeitschrift f. Klin. Medizin, 1909 Nr. 3. — 4; oraz Puławskiego: Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa. Nowiny lekarskie. 1910 Nr. 3.



Obie reagują na światło bardzo słabo, prawa nieco gorzej. Odruchy ścięgnowe żywe. Obustronny słaby odruch drgawkowy stopy. Objawów BABIŃSKIEGO i OPPENHEIMA niema.

Stan chorego od tego czasu stale się poprawiał, i chory wypisany został po dwu tygodniach, jako zupełnie zdrowy. Poza wybitną żywością odruchów ścięgowych przedmiotowo stwierdzić można było wybitne drżenie rąk.

A zatem w przypadku pomienionym, w którym drętewica karku stwierdzona była drogą bakteryologicznego badania płynu mózgowo rdzeniowego, chory wyzdrowiał po 4 przekłuciach lędźwiowych, przy czym ogółem wypuszczono 105 ctm.<sup>3</sup> płynu.

II. A. G., lat 25, przybył do oddziału 1 stycznia 1910 r. W lipcu r. z. chory zaraził się kiłą, miesiąc temu wypisał się ze szpitala św. Łazarza, gdzie przechodził leczenie rtęciowe wskutek wysypki na ciele. Od dwóch tygodni zaczął doznawać bólów głowy oraz wzmagającej się sztywności karku.

Stan obecny. Chory leży z nogami zgiętymi w kolanach; szyjowa część kręgosłupa prawie zupełnie nieruchoma. C. 38° — 36,6°. T. 108. W prawym szczycie nieznaczne stłumienie. W sercu pierwszy ton przy wierzchołku bardzo mocny. Brzuch napięty, zwłaszcza mięśnie proste. Gruczoły na szyi powiększone, szczególnie po stronie prawej (pojedyncze dochodzą do wielkości migdała). Cały kręgosłup wrażliwy na opukiwanie. Źrenice jednakowe, umiarkowanej wielkości, reagują na światło i przystosowanie. Odruchy ścięgnowe żywe, skórne — bardzo żywe; objawu BABIŃSKIEGO niema. Zaburzeń czucia niema. Mocz chory oddaje dobrze. Wybitny objaw KERNIGA.

3/I. C. 37,3°—36,9°. T. 84, miarowe. O. 30. Chory skarży się na dokuczliwe bóle opasujące w piersiach i ogólne niedomaganie.

Sztywność karku, jak poprzednio: zgiąć głowę chory zupełnie nie jest w stanie, inne ruchy ograniczone. Przy nakłuciu lędźwiowym wydobyto około 35 ctm.<sup>3</sup> płynu mętnego, ciężaru gatunkowego 1007, z obfitym osadem ropnym po odwirowaniu, o zawartości białka 0,5%. Wzór cytologiczny osadu jest neutrofilowy, dwoinek na preparacie nie wykryto.

4/I. Bezpośrednio po przekłuciu lędźwiowym wystąpiły silne bóle głowy, które trwały kilkanaście minut, potem nastąpiła znaczna ulga: bóle głowy i bóle w klatce piersiowej ustały zupełnie, tak, że chory wstał i chodził. Koło godziny 9-ej wieczorem bóle w klatce piersiowej wróciły z dawnym natężeniem. Bóle te są tak dotkliwe, iż chory ciągle jęczy i twierdzi, iż utrudniają mu one oddech. C. 37,2° — 36,8°. T. 84, miarowe. O. 36 z poruszaniem się nozdrzy. Bólów głowy, ani innych objawów wzmócenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego niema. Źrenice reagują. Odruchy ścięgnowe po stronie prawej nieco żywsze. Wszystkie przestrzenie międzyżebrowe na ucisk bolesne, lecz tylko z przodu i na linii pachowej; bolesność ta po stronie prawej żywsza. Sztywność karku i objaw KERNIGA bez zmiany. Wybitne drżenie rąk. Mocz bez białka, ciężar gat. 1018, odczynu słabo alkalicznego, z obfitym osadem fosforanów.

5/I. C. 37°—37,4°. Za pomocą przekłucia lędźwiowego wypuszczono 30 ctm.<sup>3</sup> płynu mętnego o cięż. gat. 1008, o zawartości białka  $\frac{3}{4}$  ‰, w osadzie prawie same komórki neutrofilowe, żadnych dwoinek w płynie nie znaleziono. Próba WASSERMANN, dokonana z surowicą krwi i z płynem mózgowo-rdzeniowym, zarówno i hodowle płynu na pożywkach sztucznych wypadły ujemnie. Badanie surowicy krwi na aglutynację dało wynik dodatni w rozcieńczeniu 1:10 aż do 1:40.



# ZYMINA

(Drożdże piwne suche)

pod postacią:

Zyminum **pulv.** (puszka zawiera 100 grm. suchego proszku).

Zyminum **in tablett.** (słoik zawiera 100 sztuk pastylek po 0,5).

Zyminum **in bacill.:** vaginales, uretrales, ad uterum (słoik zawiera 12 pateczek z Zyminy zarobionej środkami łatwo rozpuszczalnymi).

przeciwko **Fluor albus**

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

## NOWE WARUNKI POLISOWE.

a) Termin ulgowy w opłacie premii — trzymiesięczny.  
b) Nieuiszczenie premii w terminie ulgowym skutkuje automatyczną redukcją, czyli czyni polisy T-wa które już trwały 3 lata — nieumarzalnymi.

c) Po roku, polisy T-wa w razie śmierci ubezpieczonego są bezspornymi.

d) W razie śmierci ubez. w pojedynku, kapitał płatny jest o ile umowa trwała rok jeden, w razie samobójstwa o ile trwała 3 lata

e) Ubezpieczeni mają prawo swobodnego podróżowania po całym świecie.

Kapitał  
zakładowy  
oraz rezerwowy  
przeszło 5.500.000 r.

BIURO DYREKCYI:  
WARSZAWA, MAZOWIECA 22  
pałac L. Kronenberga.

Pierwsze Krajowe T-wo Ubezpieczeń  
„PRZEZORNOŚĆ”  
Ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków

Agentury we wszystkich miastach Królestwa i Cesarstwa.  
Taryfy i prospekty na żądanie — bezpłatnie.

## TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

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

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

## GLYCÉRO-DALLOZ GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉE

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

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

### SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

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



# Thiol

Płynny: do pędzlowania.

Suchy proszek: do przesypania.

Doskonały środek w leczeniu chorób skóry. Zwłaszcza zaleca się w Acne, Dermatitis, Eczema, Erysipelas, Erythema, Herpes, Impetigo, Intertrigo, Pemphigus, Pityriasis, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Rosacea, Sy-cosis, Urticaria, Varices i t. p.

W oparzeniach nieporównane działanie lecznicze.

*THIOL nie posiada nieprzyjemnego zapachu, rozpuszcza się łatwo w wodzie i zmywa się łatwo z bielizny.*

# Salipyrin

lek swoisty przeciwko

**Influenzie, przeziębieniu  
i cierpieniom reumatycznym.**

Doskonały przy zbyt obfitem miesiączko-waniu i zaburzeniach w miesiączkowaniu, jak również w bólach mięśniowych i nerwo-bólach.

Najdogodniejsza i najtańsza forma przepi-sywania:

**Oryginalne Tabletki Salipyrinowe  
Riedel'a.**

po 1 g., w rurkach, zawierających 10 sztuk

„ 1/2 „ „ „ „ 10 „

*Dawka dla dorosłych: 3—6 razy dziennie*

*1 g., dla dzieci połowa.*

Próby i literatury na żądanie pp. lekarzy gratis.

**J. D. Riedel, A. G. Berlin Nr. 9.**

# BULGARINE THÉPÉNIER

CZYSTA HODOWLA MLECZNYCH ZACZYŃÓW

Zaleca się do leczenia biegunek; katarów żołądkowo-kiszkowych, chorób skóry pochodzenia kiszkowego (ekze-ma, furunculosis; akne); potężny środek zapobiegawczy przed zarażeniem się cholera.

Wysać dwie tabletki Bułgariny w pół godziny po jedzeniu.

**A. Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.**

Główny agent na Rosyę.  
Gabriel POMMIER w Petersburgu.

## Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżytu żo-  
łądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2—3 łyżki stołowe dzien-  
nie, dla dzieci 2—3 łyżeczki.

## Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotlenku bizmutu z resorcyną.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.



6/I. C. 37,4° — 37,6°. T. 120. O. 32. Chory skarży się na bóle głowy, które wystąpiły bezpośrednio po przekłuciu. Bóle w piersiach bez zmiany. Bolesność wszystkich międzyżebry na ucisk, bolesność grzbietowej części kręgosłupa przy perkusji Sztywność karku i objaw KERNIGA bez zmiany. Chory skarży się na drętwienie w obu nogach, większe po stronie prawej. Ze strony źrenic nieprawidłowego. Odruchy skórne bardzo żywe, odruchy ścięgnowe żywe i po stronie prawej wyraźniejsze. Codziennie rano krwotok nosowy.

10/I. C. 37,6°—38,2°. Chory skarży się na niezbyt silne bóle głowy. Od wczoraj mdłości i wymioty śluzem. Za pomocą przekłucia lędźwiowego wypuszczono 30 ctm.<sup>3</sup> płynu mętnego.

13/I. C. 37,6°—37,8°. T. 126. O. 36. Źrenice umiarkowanie szerokie; prawa nieco szersza; reakcja na światło słaba. Wybitny objaw KERNIGA; głowa zupełnie nieruchoma. Za pomocą przekłucia lędźwiowego wypuszczono około 40 ctm.<sup>3</sup> mętnego płynu, cięż. gat. 1012, o zawartości białka  $\frac{3}{4}\%$  i następnie wstrzyknięto 20 ctm.<sup>3</sup> surowicy przeciwwiarenkowcowej KOLLE i WASSERMANA. Badanie cytologiczne płynu wykazało prócz leukocytów neutrofilowych także i obecność limfocytów. Posiewy płynu na pożywkach dały wynik ujemny.

20/I. C. 36,8° — 37,1°. T. 120. Chory czuje się znacznie lepiej. Skarży się na bóle głowy; apetyt i sen dobre. Sztywność karku znacznie mniejsza: chory może poruszać głowę w tył i wykonywać w słabym stopniu boczne ruchy, wprawdzie znacznie ograniczone. Bóle przy stwierdzaniu objawu KERNIGA występują również dopiero po podniesieniu kończyn dolnych na większą wysokość. Źrenice jednakowe, reagują znacznie lepiej. Na dnie oka żyły dość nalane.

22/I. C. 36,8° — 37,0°. Wypuszczono

z kanału kręgowego 35 ctm.<sup>3</sup> płynu mętnego, cięż. gat. 1008, o zawartości białka 0,6‰. Cytologicznie płyn zawiera znacznie więcej limfocytów, mniej neutrofilów. Znalezione liczne dwoinki pozakomórkowe, odbarwiające się metodą GRAMA. Posiewy wypadły ujemnie. Sztywność karku i objaw KERNIGA słabsze. Nieznaczne bóle głowy.

24/I. Przekłucie lędźwiowe. Wypuszczono około 20 ctm.<sup>3</sup> płynu mózgowordzeniowego; w osadzie zawarte są neutrofile i limfocyty, przeważają te ostatnie.

29/I. C. 36,8° — 37,2°. Chory czuje się lepiej. Ruchy głowy znacznie wolniejsze, tak, iż ograniczone jest tylko zginanie; jest ono możliwe jedynie wówczas, gdy chory siedzi na łóżku ze spuszczone nogami, natomiast przy rozpostartych na łóżku nogach głowy zgiąć niepodobna. Słaby objaw KERNIGA. Wybitne drżenie rąk; bardzo żywe odruchy skórne.

7/II. C. 37,0° — 37,2°. Od kilku dni chory skarży się znowu na silne bóle głowy, szczególnie w okolicy potylicowej.

Objaw KERNIGA nieco wyraźniejszy, ruchy głowy bardziej ograniczone, szczególnie przy pochylaniu głowy naprzód; ruchy boczne i w tył wolne. Po przekłuciu lędźwiowym, przy którym wypuszczono 15 ctm.<sup>3</sup> płynu, bóle głowy ustąpiły.

Chory przeleżał w szpitalu jeszcze cztery tygodnie, stan jego powoli się poprawiał, wreszcie wypisał się chory w stanie zupełnie dobrym.

Pierwszy przypadek pod względem rozpoznawczym był łatwy: choroba rozpoczęła się nagle gorączką, bólem głowy, dreszczami i wymiotami; przy badaniu stwierdzono sztywność karku, nierównomierność źrenic, upośledzone ich oddziaływanie na światło — wszystko to przemawia za sprawą zapalną w oponach mózgu. Po przekłuciu lędźwiowym otrzymaliśmy płyn mętny, prawie ro-



pny, zawierający w osadzie wyłącznie leukocyty wielojądrowe, a badanie bakteriologiczne stwierdziło w nim obecność ziarenkowców, co, rzecz prosta, usuwa wszelkie wątpliwości co do istoty cierpienia.

Co się tyczy przebiegu klinicznego choroby, to widzimy, że po pierwszym przekłuciu łądźwiowym, przy którym wypuszczono 10 ctm.<sup>3</sup> płynu, żadne zmiany w obrazie choroby nie zaszły. Po drugim przekłuciu, przy którym wypuszczono 60 ctm.<sup>3</sup> płynu, chory czuł się znacznie lepiej, wymioty ustały, tętno się zwolniło. Po tej wyraźnej poprawie znowu nastąpiło obostrzenie objawów chorobowych.

Po wypuszczeniu jeszcze 25 ctm.<sup>3</sup> płynu już mniej mętnego od poprzednich nastąpiła poprawa, która utrwaliła się dopiero po ponownym wypuszczeniu 10 ctm.<sup>3</sup> płynu mózgowordzeniowego. Ogółem zrobiono cztery przekłucia i wypuszczono płynu 105 ctm.<sup>3</sup>

Drugi przypadek pod względem rozpoznawczym był bardziej złożony, aniżeli pierwszy. Choroba zaczęła się nie nagle, wymiotów nie było, tętno przyspieszone, źrenice reagują dobrze. Jedyne sztywność karku i bolesność kręgosłupa, a poniekąd i objaw KERNIGA przemawiały za sprawą oponową. Przekłucie łądźwiowe miało tu decydujące znaczenie, gdyż wypuszczono płyn ropny z wyłączną na początku zawartością leukocytów neutrofilowych. Jakkolwiek dwoinek typowych w danym razie nie wykryto w płynie mózgowordzeniowym (raz jeden tylko znaleziono dwoinki, ale nietypowe, bo nie wewnątrz komórek) ani bezpośrednio, ani drogą pożywek, to jednak z uwagi na wynik próby aglutynacyjnej oraz na brak innych czynników etiologicznych przypuścić należy, iż mieliśmy do czynienia z zapaleniem opon mózgowych. Powstają wprawdzie wątpliwości co do syfilisu opon mózgowordzeniowych; z jednej jednak strony obecność płynu

ropnego z obfitym osadem neutrofilowym — zjawisko w kile mózgowordzeniowej niespotykane, z drugiej zaś — ujemny odczyn WASSERMANA zarówno w surowicy krwi, jak i w płynie mózgowordzeniowym — przemawiają przeciw syfilitycznemu cierpieniu opon mózgowordzeniowych. Za nagminnym zapaleniem opon przemawiają także dowody *ex juvantibus*, gdyż chory, którego stan pomimo nakłuc łądźwiowych stale się pogarszał, i któremu zastrzyknęliśmy surowicę w stanie niemal beznadziejnym, wyraźnie zaczął się poprawiać dopiero po zastosowaniu tego leku swoistego. Podczas następnych nasileń, jakie w dalszym przebiegu jeszcze parokrotnie występowały zrobiono trzy przekłucia łądźwiowe, tak, iż przez cały czas choroby ogółem dokonano 6 nakłuc i wypuszczono 180 ctm.<sup>3</sup> płynu mózgowordzeniowego.

Z objawów klinicznych w danym razie na podkreślenie zasługują bóle opasujące w klatce piersiowej, obejmujące wszystkie dolne przestrzenie międzyżebrowe, bóle tak silne, iż utrudniały choremu oddech, tak, że chory na pierwszy rzut oka robił wrażenie cierpiącego na obustronne zapalenie płucny. Bóle te zależne były oczywiście od ucisku na odnośne korzenie tylne. Z innych objawów godne uwagi są zmiany, jakie zachodziły we wzorze cytologicznym płynu mózgowordzeniowego. Ilekroć sprawa chorobowa klinicznie nasilała się, tylekroć w płynie mózgowordzeniowym otrzymywaliśmy przewagę leukocytów neutrofilowych; w okresach poprawy, a zwłaszcza po wstrzyknięciu do kanału kręgowego surowicy w osadzie przeważały limfocyty.

Rzecz prosta, dwa przypadki wyleczonego nagminnego zapalenia opon mózgowych nie upoważniają do żadnych ogólniejszych wniosków. Sądząc jednak z naszych spostrzeżeń, przekłucia łądźwiowe stale przynosiły chorym wyraźną ulgę ze zmianą



na lepsze objawów przedmiotowych (sztywność karku, bóle głowy, objaw KERNIGA), a nawet, jak tego dowodzi przypadek I, same przez się sprowadzić mogą zupełny powrót do zdrowia.

O wartości dokręgowego wstrzykiwania surowicy przeciwdrętwicznej świadczy przypadek II, w którym stanowczy zwrot w przebiegu choroby datuje się właśnie od chwili, kiedy zabieg ten zastosowano.

#### LITERATURA.

R a d m a n n. Die Genickstarre vor 200 Jahren. Deutsche medicin. Wochenschr. 1907.

L e v y. Erfahrungen mit Kolle-Wassermannschem Serum. Deutsche medicin. Wochenschr. 1908.

S c h o t t m ü l l e r. Über meningitis cerebrospinalis epidem. München. medicin. Wochenschr. 1905

L e n h a r t z. Über die epidemische Genickstarre. Deutsche medicin. Wochenschr. 1907.

B i e g a Ń s k i. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych.

K o l l e u n d W a s s e r m a n n. Versuche zur Gewinnung und Wertbestimmung eines Meningokokkenserums. Deutsche medicin. Wochenschr. 1906

G ö p p e r t. Über Genickstarre,

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### Obecny stan wiedzy o gruczolach z wydzieliną wewnętrzną <sup>1)</sup>.

Podał

**Stanisław Pechkranc**

(C. d.)

#### Gruczoly przytarczycowe. (Gl. parathyreoideae).

Do największych zdobyczy fizjologii współczesnej zaliczyć można bliższe poznanie przytarczyc, które w ustroju wszystkich kręgowców odgrywają rolę doniosłą. Z doświadczeń, jakie przeprowadzono dotąd nad najrozmaitszymi zwierzętami, wypływa fakt, że usunięcie wszystkich przytarczyc wywołuje ostrą tężyczkę, której napady kończą się śmiertelnie najpóźniej po upływie kilku dni. Po wycięciu kilku, lecz nie wszystkich gruczolów przytarczycowych,

występuje tężyczka przewlekła z napadami mniej częstymi, przyczem w okresach międzynaпадowych występują utajone objawy tężyczki (nadwrażliwość przy drażnieniu mechanicznym i za pomocą elektryczności). W okresie utajonym przewlekłej tężyczki wybuch napadu może być wywołany przez rozmaite okoliczności, jak ciąża, kamienie, zatrucie i t. d. Tężyczce przewlekłej towarzyszy często szereg zmian odżywczych głównie w narządach, pochodzących z blaszki zarodkowej zewnętrznej: włosy wypadają, zęby tracą emalię, kruszeją i wypadają, występuje zaćma (*cataracta*), zwierzęta chudną, a młode karłowacieją. Z punktu widzenia biologicznego zaznaczyć należy fakt godny uwagi: potomstwo zwierząt, pozbawionych gruczolów przytarczycowych, jak to wynika z badań ISELINA, zdradza usposobienie tężyczkowe przy badaniu elektro-dyagnostycznym i jest b. wrażliwe na paratyreoidektomię. Mamy tu zatem przykład dziedziczenia cech nabytych. Aby uniknąć zabójczej tężyczki ostrej, wystarcza zachować u zwierząt niewielką ilość tkanki przytarczycowej.

Z licznych badań nad zwierzętami wy-

<sup>1)</sup> Podług referatu, wygłoszonego na nadzwyczajnym posiedzeniu sekcji neurologicznej. Warsz. Towarz. Lek. we wrześniu 1910 r.



nika jeszcze jeden ważny fakt dla kliniki, a mianowicie istnienie antagonizmu między tarczycą a przytarczycami. WALBAUM pierwszy ustalił pojęcie tego przeciwieństwa. Liczni badacze z VASSALE na czele podają, że tęczyczka po czystej paratyreoidektomii jest o wiele cięższa, niż po wycięciu tarczycy i przytarczyc razem. Za tem samem przemawiają badania MOUSSU i CHARRINA z podawaniem przytarczyc chorym na śluzoobrzęk, przyczem otrzymano znaczne pogorszenie objawów śluzoobrzęku. Dodamy tu jeszcze, że spostrzegano przerost tarczycy po wyluszczeniu przytarczyc (WALTER EDMUNDS). Potwierdzenie tego przeciwieństwa znajdujemy także w badaniach EPPINGERA, FALTAY i RUDINGERA, które wykazały, że tarczycza wywiera na n. współczulny wpływ podniecający, przytarczycze zaś hamujący. Badań tych dokonano nad zwierzętami, pozbawionymi albo tarczycy, albo przytarczyc albo też obu narządów, równocześnie badano w tych warunkach wpływ zastrzykiwania adrenaliny na n. współczulny, t. j. na występowanie cukromoczu i zachowanie się ciśnienia krwi.

Twórcy fizjologii tych gruczołów, VASSALE i GENERALI, uważają je za narządy działające przeciwjawnie. PINELES uważa za doowiedzione, że ciała nabłonkowe, t. j. przytarczycze, nieszkodliwiają powstające w ustroju ciała trujące, które on dla krótkości nazywa „jadem tęczyczkowym”. Najnowsza teoria powstawania tęczyczki obywa się zupełnie bez przypuszczalnych ciał trujących, mających przy braku przytarczyc wywoływać kurcze tęczyczkowe. Wyżej widzieliśmy, że EPPINGER, FALTA i RUDINGER przysli na mocy swych doświadczeń do wniosku, że z przytarczyc wychodzą wpływy hamujące. Ponieważ w tęczycze na pierwszy plan występuje nadpobudliwość układu nerwowego, to wydawało się prawdopodobnem, że i ona zależna jest od wypadnięcia hamujących wpływów, które w stanie normalnym podtrzymywane są przez wydzielanie przytarczyc. Wyniki innego szeregu doświadczeń tych badaczy przemawiają za tem, że siedliska zmiany tęczyczkowej należy szukać w komórkach zwojowych przednich rogów rdzenia, że nie ma mowy o samozatruciu i przeciwjawnie

czynności przytarczyc. Przez odpadnięcie hamujących wpływów następuje stan utajonej tęczyczki, a gdy wystąpi przeładowanie komórek zwojowych rdzenia podnietami, stale dopływającymi z obwodu, występują skurcze tęczyczkowe (jawna tęczyczka).

Na mechanizm tych wpływów hamujących rzuca nieco światła teoria Mac. CALLUMA i VOEGTLINA. Badania tych autorów wykazały głębokie zaburzenia w przemianie wapnia u zwierząt z tęczyczką. Zawartość wapnia we krwi spada tu prawie do połowy, co zależy od wzmożonego wydzielania Ca. Po wstrzykiwaniu podskórnem 5% roztworu soli wapnia (octanu lub mleczanu) ustępują odrazu objawy tęczyczki przynajmniej na 24 godziny, a powtórny wybuch drgawek można znów natychmiast usunąć za pomocą ponownego wstrzykiwania. Na obfitej zawartości soli wapiennych w mleku opiera się prawdopodobnie szkodliwość karmienia piersią oraz korzystny wpływ diety mleczonej w tęczycze.

Klinika, jak wiadomo, odróżnia 7 postaci tęczyczki: 1) samoistną, 2) wskutek cierpienia żołądka i kiszek, 3) w ostrych chorobach zakaźnych, 4) po zatruciach zewnątrzpochodnych, 5) u ciężarnych, 6) po wycięciu wola (i gr. przytarczycowych), 7) w związku z innymi chorobami nerwowymi. Z jednakowego obrazu chorobowego u zwierząt po paratyreoidektomii i u ludzi w następstwie rozmaitych szkodliwości (usunięcie przytarczyc wraz z wolem, zatrucia, zakażenia i t. d.) wywnioskowano (PINELES i inni), że pochodzenie wszystkich postaci tęczyczki jest jednakowe, t. j. polega na niedostatecznej czynności przytarczyc. Obecnie właściwie spór toczy się tylko o tęczyczkę dziecięcą, o to, czy ma ona toż samo pochodzenie. Podczas gdy ESCHERICH i jego szkoła przyjmują teorię pochodzenia przytarczycowego tęczyczki dziecięcej, inni, jak np. THIEMICH, odrzucają tę teorię. Za tą teorią jednak przemawia częsta obecność zmian anatomicznych (krwawienia) w przytarczycach u dzieci, które cierpiały na tęczyczkę (ERDHEIM, YANASE). YANASE, który wyniki badań pobudliwości elektrycznej nerwów u dzieci w klinice ESCHERICHA zestawiał z wynikami oględzin, znalazł, że normalnej



pobudliwości elektrycznej odpowiadało normalne zachowanie się przytarczyc, podczas gdy wszystkie dzieci poniżej roku ze wzmoczoną pobudliwością elektryczną miały krwawienia w przytarczycach, a powyżej pierwszego roku miały resztki krwawień albo brak zmian w tych gruczołach.

U dorosłych częstą zmianę w przytarczycach stanowi gruźlica. Objaw CHVOSTEKA jest częsty w gruźlicy. FRANKL-HOCHWART pierwszy to zjawisko zanotował, a SCHLESINGER na 133 gruźliczych znalazł w 67 przyp. ten objaw i uważa go za wczesny objaw gruźlicy.

Danych co do zmian anatomicznych w gr. przytarczycowych w ciąży nie posiadamy. W wielu przypadkach notowano po wyluszczeniu wola lekkie kurcze, które podczas ciąży ulegały nawrotom. Musimy zapatrywać się na ciążę, jako na czynnik wywołujący, nie zaś przyczynowy. Potwierdzają fakt niedostateczności przytarczyc, jako przyczynę tężyczki w ciąży, badania doświadczalne na zwierzętach: po usunięciu wszystkich przytarczyc z pozostawieniem tylko połowy jednego gruczołu u szczurów nie otrzymano (THALER) tężyczki, ale w ciąży u nich za każdym razem występowała tężyczka.

Co się tyczy tężyczki przy rozszerzeniu żołądka, to dotychczas badania anatomiczne przytarczyc dają wyniki ujemne. Odnośnie do innych postaci tężyczki nie posiadamy dotąd badań histologicznych. Sądząc jednak z tego, że obraz kliniczny we wszystkich tych postaciach zgadza się co do najdrobniejszych szczegółów z obrazem symptomatologicznym w *tetania parathyreopriva*, przyjąć należy i dla nich pochodzenie przytarczycowe.

Rzucawka (*eclampsya*) szczególnie przez włoskich autorów zaliczona została do tężyczki. VASSALE wywoływał doświadczalne drgawki przedporodowe, wycinając sukongr. przytarczycowe. Przez podawanie gruczołu przytarczycowego udawało się sukę uratować od śmierci. U kobiet ciężarnych, dotkniętych rzucawką, znajdowano w przytarczycach zmiany anatomiczne. Przez podawanie paratyreoidyny osiągnięto pomyślny wynik w eklampsji (PEPERC, STRADIVARI i in.). W epilepsji CLAUDE i SCHMIEGELD, którzy

przeprowadzali systematyczne badanie gruczołów z wydzieliną wewnętrzną w tej chorobie, znajdowali obok zmian w innych gruczołach niekiedy także zmiany w przytarczycach (krwawienia, zgorzel). Dane te jednak są tak skąpe, że na nich opierać się nie można. Pochodzenie przytarczycowe choroby PARKINSONA, myoklonii, myastenii i myotonii jest dotychczas bardzo hipotetyczne.

W symptomatologii tężyczki jednym z najważniejszych pod względem rozpoznawczym objawów jest objaw twarzowy, jak również wzmoczona pobudliwość mechaniczna nerwów ruchowych wogóle. Tam, gdzie uderzenie młotkiem w okolicę pnia nerwu twarzowego wywołuje skurcze wyraźne w całym obrębie jego unerwienia albo tylko w okolicy nosa i kąta ust, napewno mamy do czynienia, podług CHVOSTEKA, z jawną lub ukrytą postacią tężyczki. Podług CHVOSTEKA, przecenia się nieco objaw ERBA, polegający, jak wiadomo, na wzmoczonej pobudliwości nerwów ruchowych na oba rodzaje prądu elektrycznego. Zjawisko to nie zawsze występuje wyraźnie, dość szybko znika, ulega znacznym wahaniom osobniczym, a w utajonej tężyczce może wcale nie występować. Objaw TROUSSEAU (występowanie typowych skurczów przy naciskaniu na pnie nerwowe) jeszcze częściej nie występuje nawet w ostrym napadzie, a po jego przejściu często znika, nie daje się odróżnić od analogicznego zjawiska np. w histeryi. Kurcze toniczne w niektórych przypadkach tężyczki schodzą na drugi plan, a na plan pierwszy wysuwają się parestezye i bóle. Przypadki te stanowią jakby postać poronną tężyczki (*forme fruste*) czyli t. zw. stany tetanoidalne. W późnych okresach tężyczki rozwijają się często objawy charłactwa przewlekłego, przypominające pod pewnymi względami słuwoobrzęk.

Widzieliśmy, że obecnie zgodzono się na to, że pochodzenie różnych postaci tężyczki jest jedno, t. j. niedostateczność przytarczyc, momentów zaś wywołujących jest dużo: uraz fizyczny, wzruszenie psychiczne, zakażenie, zatrucie, choroby rozmaitych narządów, a szczególnie przewodu pokarmowego, ciąża, złe trzymanie głowy (u szewców, krawców:



tężyczka robotników). Zastrzyknięcie tuberkuliny może odrazu przeobrazić utajoną postać choroby w ostry napad, co jest, według CHVOSTEKA, faktem b. ważnym przy rozpoznawaniu form nietypowych tężyczki.

Dawniej uchodziło za pewnik, że rokowanie w tężycze jest dobre, ale przy dalszym badaniu losu chorych okazało się, że pogląd ten jest mylny. W większości przypadków mógł FRANKL-HOCHWART stwierdzić, że tężyczka przyjmuje przewlekły przebieg i prowadzi stopniowo do charłactwa. W ostatnim przez referenta w r. b. spostrzeganym przypadku tężyczki u starszej kobiety, wskutek zaburzeń trawiennych (przewlekła biegunka), po minięciu ostrego napadu wydawało się, jakoby chora zupełnie wyzdrowiała, ale przy badaniu elektrodiagnostycznym, przeprowadzonym po pewnym czasie, okazało się, że objaw ERBA był tak samo silnie wyrażony, jak w czasie ostrego napadu.

Co się tyczy leczenia tężyczki, to liczni autorowie włoscy ogłaszają b. pomyślne wyniki przy stosowaniu preparatów przytarczycowych. Ale wobec kapryśnego przebiegu choroby należy być b. ostrożnym z wnioskami, a przede wszystkim nie należy nigdy mówić o wyleczeniu bez kontroli, wielokrotnie powtarzanej, badania elektrodiagnostycznego. PINELES w dokładnie spostrzeganych przypadkach nie widział żadnego wpływu terapii przytarczycowej na przebieg tężyczki doświadczalnej, jak również tężyczki ludzkiej. To samo podaje RUDINGER. Przeciwnie, udatnie implantowany gruczoł może rozwinąć w pełni swoje działanie. EISELSBERG u 42 letniej kobiety, która po wyluszczeniu wola zachorowała na tężyczkę, przeszczepił jedną przytarczycę do m. *rectus abdominis*: tężyczka zupełnie znikła, pozostały tylko rzadkie kurcze głośni, a pobudliwość elektryczna nerwów wróciła do normy (zjazd chirurgów niem. w Berlinie 1908). Doświadczenie to jest świetnym potwierdzeniem patogenezy tężyczki, jako następstwa niedostateczności gr. przytarczycowych.

### Grasica (G l. th y m u s).

O fizjologii grasicy wiemy dotychczas bardzo mało. Nowsze badania jednak i tu przyniosły nam dość cenne dane. K. BASCH dowiódł za pomocą doświadczeń na młodych psach, że po wycięciu grasicy występuje stopniowo rozwijające się wzmoczenie pobudliwości galwanicznej obwodowego układu nerwowego, które trwa przez wiele tygodni z rzędu i przy pozornie dobrym stanie zwierząt doprowadzić może do drgawek ogólnych. Najczęściej jednak bez tego powikłania następuje powrót do normy. A zatem nadpobudliwość ta zbliża się więcej do tężyczki ssawców, niż nadpobudliwość, wywołana przez wycięcie tarczycy i przytarczyc, gdyż ta rozwija się natychmiast po operacji i szybko prowadzi do śmierci. Grasica, podobnie jak aparat tarczycowo-przytarczycowy, pozostaje w związku ze wzrostem kości i ma wpływ na nerwy ruchowe. Prawdopodobnie w etiologii tężyczki odgrywają rolę nie tylko przytarczycy, lecz i cała grupa pokrewnych narządów, między którymi w wieku dziecięcym grasica stoi zapewne na pierwszym planie. Przekonawszy się o słuszności wyników poszukiwań SABATTANIEGO co do hamującego wpływu soli wapnia na pobudliwość układu nerwowego, BASCH wywołał obniżenie pobudliwości u pozbawionego grasicy zwierzęcia przez podskórne wstrzykiwanie rozpuszczalnych soli wapnia.

KLOSE i VOGT (39-ty Zjazd chir. niem. w Berlinie 1910) przeprowadzili badania doświadczalne nad grasicą i zauważyli, że przy wycięciu tego gruczołu w ciągu 3 pierwszych miesięcy zmiany były b. nieznaczne, waga psów powiększała się nieco w porównaniu z nieoperowanymi, zwiększał się pokład tłuszczu, zwierzęta stawały się jakby nalane (okres otyłości). Wkrótce potem waga zaczynała spadać, co trwało przez 4 — 14 miesięcy; występowało charłactwo, złamania kości, idiotyzm (charłactwo grasicowe), w końcu śpiączka (*coma thymicum*), trwająca przez 5—8 dni i kończąca się śmiercią. Zmiany w kościach polegały na nadmiernej łamliwości i giętkości. Utrata soli wapiennych jest wzmoczona. KLOSE uważa grasicę za narząd



syntezy nukleiny; brak jej wywołuje nadmierną utratę soli wapiennych w postaci fosforanów. Sztucznie zrobione złamania nie goją się za pomocą kostnicy, lecz za pomocą zrostów łącznotkankowych. Zastępczym narządem grasicy ma być śledziona: po zaniku grasicy śledziona ma brać na siebie jej rolę. Zwierzęta, którym usuwano grasicę, nie chorowały, gdy zaś usuwano równocześnie śledzionę, zdychały.

Badania TANDLERA i GROSSA wykazały, że w zaniku gruczołów płciowych u zwierząt niekiedy spostrzega się pozostałość grasicy. To samo spostrzega się niekiedy w cierpieniach przysadki z *adipositas*. Możliwym jest przeto, że grasicca gra pewną rolę w zaburzeniach odżywczych, co zdaje się wynikać z doświadczeń KŁOSEGO i VOGTA. O odradzaniu się grasicy w cierpieniach tarczycy i przytarczyc niejednokrotnie przekonano się, skąd niektórzy (GEBELE) wyprowadzili przedwczesny wniosek, że grasicca może brać na siebie rolę gr. tarczowego i przytarczyc, czemu zaprzeczają GUINARD i inni.

Rola grasicy w powstawaniu choroby BASEDOWA jest zupełnie ciemna. W znacznej liczbie przypadków sekcyjnych choroby BASEDOWA u dorosłych znajdowano pozostałości grasicy (GIERKE). Zwolennikiem leczenia grasicą choroby BASEDOWA był MIKULICZ, który był z wyników tego leczenia zadowolony. OWEN również stosował w chor. BASEDOWA grasicę, a u nas PUŁAWSKI w 2 przypadkach otrzymał dobre wyniki od opothyminy POEHLA. Wogóle zaś wyniki leczenia choroby BASEDOWA grasicą nie należą do najlepszych.

#### Przysadka mózgowa (hypophysis cerebri).

Przysadka jest tym gruczołem, który w ostatnich latach więcej, niż inne narządy gruczołowe, zajmował uwagę badaczy. Jakkolwiek pod wielu względami fizjologia tego narządu pozostaje dotąd ciemna, to jednak przyznać należy, że wiele kwestyi rozstrzygnięto, a inne zbliżyły się znacznie do ostatecznego rozstrzygnięcia. Dzięki swemu ukrytemu położeniu w głębi czaszki, przy-

sadka znacznie mniej, niż inne gruczoły endokrytyczne, nadaje się do doświadczeń. Wyniki, otrzymane przez najrozmaitszych autorów po hypofizektomii u zwierząt, a dotyczące narządów: sercowo-naczyniowego, oddechowego, nerwowego, żołądka, nerek i t. d., są sprzeczne i nie upoważniają do żadnych wniosków co do niedostateczności przysadki. B. liczne i ściśle doświadczenia na zwierzętach PAULESCOA pozwalają na wyprowadzenie następujących wniosków co do następstw wycięcia przysadki: po wycięciu całkowitem następuje śmierć zwierzęcia po 14 do 40 i kilku godzin; gdy życie trwa dłużej, niż 24 godz., stwierdzono mikroskopowo pozostanie resztek przysadki; żaden szczególny i charakterystyczny objaw nie zdradza tej ostrej niedostateczności przysadki. Śmierć następuje w śpiączce albo też nagle. Po wycięciu przysadki prawie zupełną śmierć następuje po kilku dniach lub po kilku miesiącach. I tu żaden objaw szczególny nie zdradza tej względnej niedostateczności czynności przysadki; u zwierząt, które żyły przez czas dłuższy po operacyi, nie zauważono żadnych zmian troficznych. Przy zniszczeniu częściowym zrazą nabłonkowego życie trwa nieokreślenie długo, a względna niedostateczność czynnościowa i tu niczem się nie zdradza. Usunięcie całkowite zrazą przedniego w skutkach równa się hypofizektomii całkowitej lub prawie całkowitej. Usunięcie całkowite zrazą tylnego (*pars infundibularis*) nie daje żadnego jawnego zaburzenia. Oddzielenie przysadki od siodła tureckiego nie daje żadnych zaburzeń, oddzielenie przysadki od podstawy mózgu, t. j. przecięcie szypuły jest równoważne hypofizektomii całkowitej lub prawie całkowitej.

Nie o wiele lepiej rzecz się ma z objawami czynności wzmożonej przysadki, jakie wynikają z doświadczeń na zwierzętach. Dotychczas mamy tylko jeden sposób badania tej kwestyi, a mianowicie wprowadzenie do ustroju zwierząt wyciągów z przysadki i spostrzeganie zmian występujących. Szczepienie przysadki zwierzętom najczęściej nie udaje się, gdyż implantowana przysadka rozpada się i wsysa, śródka, któryby wywołać mógł przerost czynnościowy przysadki, nie po-



siadamy. Z b. licznych doświadczeń nad działaniem wyciągu z przysadki wynika, że wywołuje on ogólne zwężenie naczyń i wzmożenie ciśnienia krwi. Niektórzy (SCHAEFER, VINCENT, CYON) znajdują w przysadce 2 substancje: jedna wywołuje zwiększenie ciśnienia krwi i wzmożenie dyurezy, 2-ga—przeciwnie skutki. Niekiedy spostrzegamy po wstrzykiwaniu wyciągu cukromocz; ciepłota ciała podnosi się, a stan ogólny ulega zaburzeniom: występuje zmęczenie, opieszałość. Nie udało się dotychczas doświadczalnie otrzymać akromegalii. Badania nad wpływem stosowania przysadki na przemianę materii są mało liczne i zarazem sprzeczne.

Związki czynnościowe przysadki z innymi gruczołami, ustalone drogą doświadczeń oraz spostrzeżeń klinicznych, są b. liczne. Już oddawna wiadomo, że po wycięciu gr. tarczowego występuje przerost przysadki. To samo spostrzega się u ludzi w charłactwie tarczycowem. U kretynów często przysadka bywa mała, wiadomo też, że w akromegalii np. tarczyca bywa często przerosła albo też zanikła, a rzadko prawidłowa. O stosunku do nadnerczy można wogóle powiedzieć, że po wycięciu nadnerczy następuje często przerost przysadki. W akromegalii nadnercza są często przerosłe. Ścisły jest związek przysadki z gruczołami zarodkowymi. Po trzebieniu występuje u zwierząt przerost przysadki (FICHERD, CIMORONI, TANDLER i GROSS) z olbrzymiem powiększeniem liczby komórek eozynofilowych. W ciąży znajdujemy stale przerost przysadki (COMTE, ERDHEIM i STOMME) z zupełną zmianą składu komórkowego (patrz wyżej). I odwrotnie: w przebiegu wielu chorób, w których przysadka jest zajęta, znajdujemy liczne zmiany w sferze płciowej (w akromegalii, gigantyzmie i t. d.). Istotę związków między wydzieliną wewnętrzną przysadki a gr. płciowymi, tarczycą, nadnerczami i t. d. wyjaśnić może dopiero głębsza znajomość chemizmu tych spraw, od której obecnie jesteśmy, niestety, b. oddaleni.

Przechodząc do rozpatrzenia poszczególnych objawów, mających związek z cierpieniem przysadki, musimy zacząć od *a k r o m e g a l i i*. Związek jej z przysadką uchwy-

cił, jak wiadomo, pierwszy PIERRE MARIE, który początkowo stał ją w zależności od upośledzonej czynności przysadki. W ostatnich czasach panuje, zdaje się, co do pochodzenia akromegalii zgodność w zapatrywaniach, i b. nieliczni są ci badacze, którzy, jak STRÜMPPELL, uważają powiększenie przysadki za objaw współrzędny z powiększeniem innych narządów. W ostatnich czasach badacze coraz bardziej skłaniają się do upatrywania przyczyny akromegalii nie w osłabionej, lecz, przeciwnie, we wzmożonej czynności przysadki. Dowody przeciw przysadkowemu pochodzeniu akromegalii, często przytaczane dawniej, straciły w ostatnich czasach wiele na sile. Rzekomy brak zmian w przysadce w wielu przypadkach akromegalii ma swe źródło w tem, że po większej części badano przysadkę b. pobieżnie, często tylko makroskopowo, a prawie wszystkie odnośne spostrzeżenia należą do dawnej literatury. Przekonano się, że w miarę dokładniejszego badania histologicznego przysadki spostrzeżenia takie stawały się coraz radsze, a w nowszej literaturze prawie wcale ich nie spotykamy. Drugi dowód, polegający na tem, że widzimy często powiększenie i guzy przysadki bez objawów akromegalii, łatwo obalić. Do wywołania akromegalii najprawdopodobniej konieczny jest nie nowotwór jakiś, wywołujący zniszczenie przysadki, lecz jedynie przerost tego narządu.

Ścisłejsze badania histologiczne (BENDA, LEWIS i in.) całego szeregu guzów przysadki w akromegalii wykazały, jako oznakę ogólną, zwiększenie liczby komórek chromofilowych, t. j. właśnie tych komórek, którym obecnie przypisuje się wytwarzanie wydzieliny. Najczęściej zatem mamy do czynienia z gruczolakami i bujaniem złośliwym. I nawet w guzach złośliwych, które dawniej uważane były za mięsaki, można było stwierdzić obecność tych komórek. W ten sposób coraz więcej torowało sobie drogę zapatrywanie, że przyczynę akromegalii stanowi czynność wzmożona wydzielających pierwiastków przysadki. Okoliczność, że u akromegalików nieraz znajdujemy zmiany destrukcyjne w przysadce, jako następstwo nowotworu, tłumaczy się tem, że na tle bujania na-



rzędu łatwo powstać może nowotwór złośliwy. Za takim zapatrywaniem przemawia i przebieg kliniczny choroby, który przez czas długi ma charakter postępujący, a później okres charłaczy. Za wzmożoną czynnością przysadki w akromegalii przemawia nadto szereg innych danych klinicznych: występowanie wielomoczu i cukromoczu, które, jak wiadomo, wywołać można za pomocą wstrzykiwania wyciągu z przysadki; dalej wpływ przetworów przysadki na wzrost i rozwój kośćca (np. w znanych przypadkach LEVIEGO i ROTTSCHILDA u dzieci, cofniętych w rozwoju). Ostateczne i świetne potwierdzenie słuszności teorii wzmożonej czynności gruczołu tarczowego dały w ostatnich latach wyniki operacji, dokonanych nad przysadką w akromegalii (HOCHENEGG, EXNER i in.), które wykazały, że po usunięciu guza przysadki objawy akromegalii, dotyczące zniekształcenia kośćca, ulegają rozwojowi wstecznemu. Na przyszłość, prócz liczniejszych operacji usunięcia guza przysadki w akromegalii i ścisłego notowania zachodzących w ustroju zmian, dla ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi pochodzenia akromegalii należy przeprowadzać dokładne badania histologiczne przysadki, szczególnie we wczesnych okresach tej choroby, jak to uczynili LEWIS, BALLETT, LAIGNEL-LAVASTINE, którzy mieli sposobność badać przysadkę w pierwszych początkach akromegalii i stwierdzić przytem bujanie tkanki gruczołowej.

Gdy już uda się ostatecznie dowieść tej tezy, to pozostanie jeszcze do rozwiązania kwestya, jaka jest przyczyna tej czynności wzmożonej, tego przerostu przysadki? O tem obecnie nic jeszcze nie wiemy. Istnieją tylko przypuszczenia i domysły, że, być może, jest ona w zależności od jakichś zaburzeń w przemianie materii niewiadomego pochodzenia. W niektórych przypadkach możnaby przyjąć wrodzone pochodzenie akromegalii, jak np. w zanotowanych przez A. LEVIEGO przypadkach z *persistentia canalis cranio-plaryngei* albo z *persistentia pupillaris Waggenдорf* i *ectropion uveae*, co dowodzi wstrzymania rozwoju od pierwszych miesięcy życia wewnątrzmacicznego.

Wreszcie przypomnieć należy, że prócz

zmian w przysadce znajdujemy w akromegalii jednocześnie zmiany w innych gruczołach z wydzieliną wewnętrzną: przerost lub zanik tarczycy, przerost nadnerczy, pozostałość grasicy, zanik gruczołów płciowych it. d., co spowodowało niektórych autorów (PINELES, MENDEL) do postawienia hipotezy, podług której akromegalia ma być zależna od zmian gruczołów z wyd. wewn. wogóle.

Pomijamy tu inne hipotezy, uzależniające akromegalię od zmian w gruczołach płciowych, od zaburzeń w układzie nerwowym i t. d.

Wielka liczba teorii najlepiej dowodzi, jak dalecy jeszcze jesteśmy od należytego rozumienia pochodzenia akromegalii. To tylko powiedzieć możemy, że zmiany w przysadce stanowią przyczynę tej choroby, nie wiemy natomiast, czy same przez się, czy też łączenie ze zmianami w innych narządach gruczołowych. Bardzo prawdopodobnem jest, że zaburzenia czynności przysadki polegają na wzmożeniu czynności, być może, łącznie z pewnem zboczeniem tej czynności. Od czego zależą te zaburzenia w czynności wydzielniczej przysadki, co tu jest *primum movens*, na to odpowiedzi nie mamy. Obecność zmian przerostowych i zanikowych w całym szeregu gruczołów nie jest prawdopodobnie w zależności wyłącznej od zmian w przysadce. Najpewniej przypisać je należy jakiejś sprawie humoralnej. Doświadczenia GUERRINIEGO, który za pomocą przewlekłego zatrucia wywoływał przerost przysadki, zdają się przemawiać za tem, że zarówno przerost przysadki, jak i zmiany w innych gruczołach i trzewiach oraz w kościach i częściach miękkich są następstwem jakiejś pierwotnej wady. Jednem słowem, jeśli wnिकamy głębiej w mechanizm fizyo-patologiczny akromegalii, to przekonywamy się, że wiadomości nasze pod tym względem są jeszcze bardzo skąpe.

Nie zastanawiając się tu nad symptomatologią akromegalii, zaznaczymy tylko rozwój dyagnostyki tego cierpienia dzięki postępom radiografii. Pamiętać jednak należy, że brak powiększenia siodła tureckiego, jak również brak zmian ze strony oczu (połowiczne widzenie, zanik tarczy nerwu wzrokowego) nie przemawiają przeciw akromegalii, gdyż po-



większenie przysadki może być bardzo nieznaczne, a nawet przy znacznem powiększeniu może ona rosnać w kierunku ku dołowi i nie wywierać ucisku na nerwy wzrokowe.

W dziale terapii akromegalii możemy pochwalić się ważną zdobyczą. Otóż za przykładem SCHLOFFERA, który w r. 1907 dotarł do przysadki i usunął z niej guz, wykonano w ostatnich latach (HOCHENEGG, EXNER i inni) kilka razy hypofizektomię i przekonano się, że tą drogą nie tylko że można usunąć miejscowe objawy guza przysadki, ale podziałać także na same zmiany akromegaliczne. I choć obserwacje są jeszcze zbyt świeżej daty, to jednak twierdzić możemy, że zmiany troficzne kości, tą drogą doprowadzone zostają do wstecznego rozwoju. Jak daleko ten ostatni zachodzi, nie wiemy jeszcze.

Mimochodem wspomnę o propozycji BÉCLÉRCÉA stosowania naświetlań w przyp. akromegalii i wogóle w guzach przysadki; w 2 przyp. autor ten widział przytem dobre wyniki (ustanie bólów głowy, poprawę wzroku...). Stosowanie przetworów przysadki z punktu widzenia teorii czynności wzmożonej niema żadnej racji bytu, a nawet jest przeciwwskazane. Dotychczasowe wyniki są albo b. słabe albo też wprost ujemne.

Gigantizm stanowi drugie zaburzenie w rozwoju szkieletu, które powszechnie przypisują zaburzeniom w wydzielaniu przysadki. Faktem jest przynajmniej, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach gigantyzmu znajdujemy powiększenie przysadki. Charakterystycznym dla olbrzymów jest to, że wzrost trwa jeszcze po 25 latach, gdy normalnie w tym czasie zatrzymuje się, i ciągnie się do lat 30 i wyżej. Od akromegalii różni się jeszcze tem, że zaczyna się między 15 a 18 rokiem życia, podczas gdy akromegalia zaczyna się między 25 a 35 r. Zaburzenie we wzroście w gigantyzmie zależne jest od braku kostnienia chrząstek nasadowych. Akromegalia i gigantyzm mają bezwarunkowo jednakowe pochodzenie, jak tego dowodzą badania kliniczne, radiograficzne, przemiany materii (zatrzymanie przeważ-

nie fosforanów i mniej wybitna retencya chlorków), badanie chemiczne i histologiczne krwi (często eozynofilia, niekiedy mononukleozą). Większość badaczy jest obecnie tego zdania, że gigantyzm rozwija się tak samo, jak akromegalia, wskutek nadczynności przysadki, ale w tym okresie, gdy jeszcze nie nastąpiło skostnienie chrząstek nasadowych. Według tej koncepcji, akromegalia jest gigantyzmem dorosłych, a zaburzenia pochodzenia przysadkowego, nie mogąc działać na chrząstkę nasadową już skostniałą, doprowadzają do przerostu kości. Mamy więc w obu razach nadmiar czynności kostnotwórczej.

Podobnie jak w akromegalii, mamy w gigantyzmie prócz powiększenia przysadki szereg zmian przerostowych lub zanikowych w całym szeregu innych gruczołów. Na uwagę tu zasługuje głównie zanik gruczołów płciowych z tego względu, że zdolny on jest, jak wiadomo, wywołać wzmożony wzrost kości długich, przeważnie w dolnych kończynach, a prócz tego wiemy, że usunięcie lub zanik gruczołów płciowych ma w następstwie przerost przysadki. W ten sposób często niewiadomo, czy zmiany w gruczołach płciowych nie są pierwotne, a przerost przysadki i jego następstwa dla kości i miękkich części wtórne.

Często spostrzegamy u olbrzymów objawy infantylizmu (brak brody, wąsów, włosów na wzgórku łonowym i pod pachami), zwłaszcza, gdy cierpienie zaczęło się wcześniej. U niektórych olbrzymów, zwłaszcza u tych, którzy przekroczyli 30 lat, widzimy prócz tego zniekształcenia charakterystyczne dla akromegalii: rozszerzenie zatok czołowych, zgrubienie i wystawanie dolnej szczęki, zgrubienie palców u rąk i nóg i t. d. Na zwłokach znajdujemy prawdziwy gigantyzm wisceralny i zawsze powiększenie przysadki. Badania drobnowidzowe przysadki tak samo, jak w akromegalii, pozostawiają dużo do życzenia. Znajdujemy tu najczęściej, jak w akromegalii, gruczolaki i mięsaki.

(D. c. n.)



## STRESZCZENIA

### Medycyna wewnętrzna.

#### 38. G. Wolfsohn. Objawy tyreotoksyczne podczas leczenia jodem.

Zastosowanie związków jodu w praktyce lekarskiej jest bardzo rozpowszechnione, gruntownie też zbadano działanie tego środka główne i uboczne. Uboczne działanie jodu wywołuje zmiany, oddawna znane, na skórze i błonach śluzowych (jodzica—*jodismus*).

Inne znaczenie posiada zbiór objawów, występujących po użyciu bardzo małych dawek jodu, cechujących się mniej lub więcej gwałtownymi nerwowymi i naczynioruchowymi zaburzeniami, jak np. bezsenność, obfite pocenie się, rozmaite nerwowe przyпадłości, wychudnięcie, przyspieszone bicie serca, biegunka, wymioty i t.d.

Od czasu przekonania się o ważnej roli, jaką odgrywa gruczoł tarczowy w działaniu jodu na organizm człowieka, zwrócono uwagę na chorych z powiększonym gruczołem tarczowym i na ów zbiór objawów, będących z nim w ścisłym związku.

Kocher zaznaczył, że u pewnej liczby chorych na wole (*struma*), po użyciu bardzo małych dawek jodu, występują wyżej wzmiankowane objawy zatrucia, podobne bardzo do choroby Basedowa, a to do tego stopnia, że trudno je klinicznie rozróżnić od rzeczywistej choroby Basedowa.

Nierzadko również wzmiankowane przypadłości spostrzegane bywają u ludzi zdrowych, którym z jakichkolwiek powodów stosowano jod. Short np. opisuje po użyciu jodu występowanie wola, drżączki i przyspieszenie bicia serca. Davis twierdzi, że wole, rozwijające się we wtórnym okresie przymiotu, zależne jest od użycia jodku potasu.

Autor opisuje spostrzeżenie, dotyczące się chorej, mającej owrzodzenia żylakowate na goleni. Przypuszczając, że owrzodzenia te mogą być natury przymiotowej, zalecono chorej roztwór jodku potasu 20: 200, trzy

razy dziennie łyżeczkę od herbaty. Już następnego dnia chora zauważyła powiększenie się obwodu szyi i czuła ogólne niedomaganie. Tegoż dnia autor zauważył u niej powiększenie obu połów gruczołu tarczowego, niebolesne i niewrażliwe na ucisk, drżenie powiek, języka i palców, przyspieszenie pulsu do 128 uderzeń na minutę, przy mocno wzmożonej czynności serca wraz z rozszerzeniem tego narządu. Natychmiast KJ zaprzestano podawać chorej; wszystkie wzmiankowane objawy znikły w ciągu tygodnia. W trzy miesiące później owrzodzenia przysypano vioformem i nałożono opaskę. W pół godziny po dokonany opatrunku chora doznała silnego palenia i świądu skóry goleni, wieczorem zauważyła powiększenie się obwodu szyi i mocne zaczerwienienie skóry całego ciała. Jednocześnie wystąpiło obrzmienie niebolesne obu połów gruczołu tarczowego i wyraźne drżenie rąk. Wystąpienie tych objawów istniało widocznie w związku z działaniem vioformu, który, jak wiadomo, zawiera jod (*jodchloroxychinolin*).

Cały obraz zaburzeń, przytoczony w opisanem spostrzeżeniu, jest bardzo podobny do t. zw. jod-basedowego cierpienia, jakkolwiek chora nie miała wola.

Kocher i inni badacze zaznaczali wielokrotnie, że w typowym jod-basedowym cierpieniu można dowieść drogą doświadczalną tego rodzaju przeczulenia na jod (jodo-białkowa anafilaksja).

Następujące spostrzeżenie potwierdza w zupełności powyższy pogląd.

Chora, lat 37 mająca, cierpiąca od pewnego czasu na wole, miała zalecony jodek potasu i kołaczki z gruczołu tarczowego w dawkach niewiadomych; od tego czasu stan jej zdrowia znacznie pogorszył się: zaczęła doznawać częstych omdleń i mocnego pocenia się, zjawiał się wilczy apetyt, biegunka i wymioty, mocne wychudnięcie i bladeść skóry, wyraz twarzy bojaźliwy, wystąpiło drżenie palców i powiek, wyraźne rozszerzenie serca w obu



kierunkach, skurczowe szmery ponad przed-  
sionkami, puls rytmiczny, przechodzący 130  
uderzeń na minutę. Gruczoł tarczowy był  
wielkości pięści, obie połowy jego były mięk-  
kie i pulsujące, istniał obustronny wytrzeszcz  
(*exophthalmus*). Zemdleniom towarzyszyły  
drgawki epileptyczne.

Z przytoczonej historii prawdziwe-  
go jod-basedowa można wyprowadzić ten  
wniosek, że użycie jodu, zalecanego chorym  
na wole, może spowodować niebezpieczne  
i niemożliwe do poprawy zaburzenia. W przy-  
padku opisanym jedynym ratunkiem dla cho-  
rej było wskazanie do usunięcia wola drogą  
chirurgicznego rękoczynu.

Ażeby doświadczać przekonanie się  
o biologicznym przeczuleniu na jod, istnieją-  
cym w przytoczonym przypadku, autor prze-  
prowadził takie doświadczenia, jakie wyko-  
nał BRUCK nad występowaniem wysypek jo-  
doformowych:

Jednej śwince morskiej zastrzyknięto  
podskórnie 5 ctm. sz. surowicy wspomnianej  
chorej, drugiej śwince taką samą ilość su-  
rowicy zdrowego człowieka, trzecią zachowa-  
no dla kontroli. Po 24 godzinach wszystkie  
trzy zwierzątka otrzymały jednakowe ilości  
jodoformu w postaci 10 proc. oleju, zastrzyk-  
niętego podskórnie w ilości 0,33 na kilogram  
wagi. Podczas gdy druga i trzecia świnka  
nie objawiały żadnych symptomatów i pozos-  
tały zdrowe, u pierwszej wystąpiły objawy  
swoiste: świnka ta nie mogła poruszać się,  
i wkrótce wystąpiły u niej drgawki kloniczno-  
toniczne pyszczka i kończyn przednich, oddy-  
chanie stało się ciężkie i utrudnione; stan taki  
trwał blisko godzinę. Po upływie następnej  
godziny zwierzę już nie reagowało na ukłucia  
i wkrótce zdechło. Oględziny pośmiertne  
żadnych zmian w narządach wewnętrznych  
nie wykryły.

Doświadczenie powyższe dowodzi, że  
w organizmie chorej, względnie surowicy jej  
krwi istniały pewne ciała, które w połączeniu  
z jodowem białkiem (Jod - Eiweiss) działały  
swoiście, tym sposobem został otrzymany  
biologiczny obraz przeczulenia.

Nietylko zatem u chorych na wole, ale  
nawet u ludzi bez wyczuwalnego gruczołu  
tarczowego stosowanie jodu nie powinno

mieć miejsca bez ścisłej kontroli lekarskiej,  
ponieważ uboczne działanie jego nie da się  
przewidzieć, a w pewnych warunkach bardzo  
małe ilości tego środka mogą spowodować bar-  
dzo ciężkie objawy zatrucia tarczowego.

(Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 5.1911)

J. Wojciechowski.

### 39. Moro. Gruźlica w świetle badań naj- nowszych.

Autor, znany z wielu prac cennych  
w dziedzinie gruźlicy i zółzów, w ostatniej  
rozprawie swej wykazuje doniosłość pró-  
by skórnej PIRQUETA. Bez wątplenia zajęła  
ona miejsce wybitne w medycynie, tudzież zo-  
stała w zupełności potwierdzona przez szereg  
badaczy. Obok próby PIRQUETA MORO sta-  
wia metodę własną — naskórną (perkutane  
Tuberkulinsalbenreaktion). Jedynie próba  
przez nakłucie (Stichreaktion) EPSSTEINA —  
ESCHERICHA przewyższa ścisłością obie pró-  
by powyższe. Próba skórna należy bez  
wątplenia do najbardziej niezbędnych i donio-  
słych czynników rozpoznawczych w pedy-  
atrii. Odczyn dodatni, conajmniej w pierw-  
szym i drugim roku życia, w zupełności do-  
wodzi, że mamy do czynienia z gruźlicą  
czynną.

Atoli w gruźlicy ciężkiej odczyn niekie-  
dy wypada ujemnie; należą tu przypadki na-  
stępujące: 1. rozszerzanie się procesu za  
pośrednictwem krwi (gruźlica prosówkowa,  
zapalenie gruźlicze opon mózgowych), 2. po  
leczeniu dłuższem tuberkuliną oraz po zara-  
żeniu dużą ilością tuberkuliny, 3. u osobni-  
ków charłacznych, 4. w przebiegu odry.

Odczyn z nakłuciem wykazał zjawisko  
zdumiewające, że w wieku od lat 11 do 14 ze  
100 dzieci 94 są zarażone gruźlicą (HAMBUR-  
GER - MONTI). Wszakże z tych 94 tylko część  
pewna pada ofiarą zarażenia gruźliczego;  
ząd wniosek, że gruźlica ludzka posiada ten-  
dencję do wyleczenia (HAMBURGER). Zmiany  
pierwotne, wyleczone bez następstw, dają  
nosicielowi swemu tę przewagę trwałą, że  
chronią ustrój w przeciągu życia całego  
(względna odporność gruźlicza — HAMBUR-  
GER — RÖMER). Znaczna większość przy-  
padków gruźlicy, nabytej we wczesnych  
okresach życia, jak wskazuje sekcya oraz wy-



wiady, powstaje z zarażenia typem ludzkim przez powietrze.

Prace, dotyczące stosunku gruźlicy do zołzów, rzuciły ostatnio dużo światła na sprawę zawiłą.

ESCHERICH i MORO, niezależnie jeden od drugiego, dowodzą, że zołzy to nic innego, jedno gruźlica, która się rozwinęła z t. zw. „stanu limfatycznego”. Jedynie na podłożu tej skazy mogą powstawać zołzy, natenczas gdy u dzieci nie „limfatycznych” skutki zarażenia gruźlicą znamionują się w postaci innych zgoła zjawisk.

(Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1910 Z 6)

*Józef Judt.*

### Medycyna teoretyczna.

#### 40. Ruppel (Höchst nad Menem). O uodparnianiu zwierząt względem gruźlicy.

Badania nad gruźlicą są ściśle związane z imieniem ROBERTA KOCHA, który odkryciem swoistego lasecznika i wynalezieniem tuberkuliny zapoczątkował nowy, oparty na ścisłych podstawach okres w rozwoju nauki o gruźlicy i odporności względem tejże. KocH niezbitnie dowiódł, że lasecznik gruźliczy jest jedyną przyczyną wszystkich cierpień gruźliczych u ludzi i zwierząt, i że tuberkulina zawiera pewne ciała, które wywierają swoiste działanie na ludzi, dotkniętych gruźlicą. Tuberkulina zawiera w sobie jad swoisty, różniący się jednakże od innych jądów bakteryjnych, np. od jadu tężca lub błonicy, a mianowicie jest jadem, skierowanym jedynie i wyłącznie przeciw organizmowi, ew. komórce, dotkniętym gruźlicą. W myśl poglądów EHRLICHA wyobrażamy sobie, że każda drobina jadu składa się z dwóch oddzielnych grup: grupy haptoforowej (chwytniej) lub cytofilowej i grupy toksoforowej (jado-nośnej). Komórki, wrażliwe na działanie jadu, posiadają receptory (chwytniki), mające chemiczne powinowactwo do haptoforowych grup jądów.

Dopiero w razie połączenia się tych dwóch składników toksoforowa grupa może wywrzeć swój szkodliwy i niszczący wpływ. Wszystkie organizmy z małymi wyjątkami posiadają komórki, obdarzone swoistymi re-

ceptorami w stosunku do jądów tężca i błonicy, nie posiadają zaś ich w stosunku do tuberkuliny. Dlatego też tuberkulina nie działa jadowniczo na ustroj normalny.

Działanie jądów bakteryjnych polega na tem, że, niszcząc swoiste receptory, pobudzają komórki do tworzenia się nowych w nadmiernej liczbie. Receptory te opuszczają komórkę i krążą w sokach ustroju, jako tak zwane wolne receptory czyli antytoksyny. Mozolne badania wykryły, że powinowactwo stałych receptorów do toksyn co do ich haptoforowych grup jest większe, niż powinowactwo wolnych receptorów. Do tego skłania nas i to spostrzeżenie, że, jeżeli osobnikowi jakiemu do krwi, zawierającej pewną ilość antytoksyn, wprowadzimy znowu toksyny, — to wywołamy zwiększenie się ilości antytoksyn. W ten sposób możemy sobie objaśnić miejscowy odczyn tuberkulinowy. Zachodzi teraz pytanie, czy miejscowy ten odczyn, który niezbitnie dowodzi obecności stałych receptorów tuberkuliny, w dalszym ciągu jest powodem tworzenia się wolnych receptorów — czyli innymi słowy — czy w ustroju pod wpływem działania tuberkuliny powstaje antytuberkulina.

Dawniejsze badania BORDETA, WASSERMANN, CITRONA, COHNA, SCHLOSSMANN i BAUERA i nowsze a u t o r a, dokonane razem z RICKMANEM, dowiodły, że we krwi osób gruźliczych znajdują się pewne ciała, które mogą zobojętnić jad gruźliczy, zawarty w tuberkulinie, i które bez wątpienia zasługują na miano antytuberkuliny. Działanie jednakże antytuberkuliny jest inne, niż dajmy na to, antytoksyn błonicy lub tężca, a mianowicie, podczas gdy ostatnie są wedle teoryi EHRLICHA receptorami pierwszego rzędu, antytuberkulina jest swoistym niwecznikiem (amboceptorem), receptorem III rzędu. Dzięki tym własnościom antytuberkuliny, posilkując się metodą BORDET-GENGOU — odchyłania dopełniacza, jesteśmy w możności za każdym razem ilościowo i jakościowo określać zawartość antytuberkuliny we krwi. Wobec tego autor wprowadza następujące jednostki dla określenia antytuberkuliny i jej antygeny. Za jednostkę tuberkuliny (Tub—E.) autor uważa



taką ilość swoistego antygeny, jaki się mieści w 0,01 sz. ctm. (Standard) — tuberkuliny. Ta zaś ilość surowicy, która z Tub—E. daje zupełne odchylenie dopełniacza, stanowi jednostkę antytuberkuliny (Antitub—E.) Jeżeli Antitub.—E. zawarta jest w 0,1 sz. ctm. surowicy, to surowica taka nazywa się dziesięciokrotnie wiążącą dopełniacz lub 10-krotną surowicą gruźliczą. Co się tyczy tworzenia się antytuberkuliny w surowicy zwierząt, to daje się ona stwierdzić u wszystkich zwierząt, uczulonych względem tuberkuliny. Takimi zaś są po pierwsze osobniki gruźlicze, po drugie — te zwierzęta, które zawierają w swoim ustroju żywe laseczniki gruźlicze obcego gatunku. Koch dowiódł, że lasecznik gruźliczy posiada bardzo wiele odmian, np. lasecznik gruźlicy ludzkiej, wprowadzony do ustroju cielęcia, nie wywołuje w nim typowych zmian gruźliczych. Istnieje cały szereg rozmaitych gatunków lasecznika, jako to: *typus humanus, bovinus, equinus* i t. d.

To odkrycie KOCHA miało niezmiernie doniosłe znaczenie praktyczne. Wprowadzając cielętom do żyły jarzmowej żywe laseczniki gruźlicy ludzkiej, uodparniamy je względem gruźlicy swoistej cieląt. W trzy miesiące po tym zabiegu cielęta zyskują tak silną odporność w stosunku do *bacillus tbc. typus bovinus*, że możemy bezkarnie wprowadzać do ich ustroju znaczne ilości laseczników perlicy bez obawy wywołania jakichkolwiek objawów gruźlicy — jedynie zjawia się odczyn gorączkowy. Ten ostatni musimy uważać za dodatni odczyn tuberkulinowy. Cielęta, którym dokonano powyższego zabiegu, zyskują nie tylko odporność, ale nadto stają się uczulonymi względem tuberkuliny. Ta wrażliwość występuje w czwartym tygodniu po zabiegu i objaśnia się tem, że laseczniki obcego gatunku, jak to wykazały oględziny pośmiertne, znajdują się w stanie żywym w gruczołach przez czas dłuższy. Autor, posiłkując się tą wrażliwością uodpornionych cieląt względem tuberkuliny, otrzymał surowicę, zawierającą duże ilości ciał ochronnych względem gruźlicy.

W całym szeregu doświadczeń autor zastrzykiwał uodpornionym cielętom, znajdującym się w okresie uczulenia na tuber-

kulinę, żywe lub zabite laseczniki i tą drogą osiągał znaczne zwiększenie się ciał wiążących dopełniacz. Udało mu się otrzymać surowicę, która 1400-krotnie wiąże dopełniacz czyli w ilości 0,0007 ctm. sz. z 0.01 ctm. sz. standardtuberkuliny daje zupełne odchylenie dopełniacza. Surowica ta posiada następujące własności. Jeśli zmieszamy ją ze starą tuberkuliną i w ciągu 4-5 dni będziemy trzymali w cieplarni w 37° C, to mieszanina ta, zawierająca 6-krotnie śmiertelną dawkę starej tuberkuliny dla świnki morskiej, zastrzyknięta temu zwierzęciu, nie wywoła najmniejszej zmiany. Ta sama mieszanina u osobników gruźliczych nie daje skórniego odczynu PIRQUETA. Działając surowicą tą na tak zwane rozartate laseczniki, których stopień jadowitości dla gruźliczych świnek morskich jest ściśle oznaczony, możemy w krótkim czasie pozbawić laseczniki własności trujących. Śmiertelna dawka rozartanych laseczników dla świnki wynosi *in maximo* 0,001 gr., natomiast świnki doskonale znoszą nawet 0.5 gr. laseczników, uprzednio poddanych działaniu surowicy. Z doświadczeń tych wynika, że surowica posiada własności zobojętniania jadu gruźliczego, nie wiadomo tylko, czy znajdujący się w surowicy swoisty niwecznik jest właśnie przyczyną antytoksycznego jej działania. Dotąd znane nam były tylko niweczники hemolityczne i bakteryolityczne. Działanie ich, wedle niektórych teorii, polega na tem, że pośredniczą one między komórką a dopełniaczem, dzięki powinowactwu chemicznemu do pewnej części komórki dostają się do jej wnętrza i tworzą tu nienasycone połączenie, które chciwie pochłania dopełniacz. Ten ostatni przedostaje się przez otoczkę komórki i wywołuje takie zwiększenie się ciśnienia osmotycznego, że otoczka pęka, i zawartość komórki wydostaje się na zewnątrz. Rozpad krwinek czerwonych pod wpływem surowicy hemolitycznej jest doskonałą ilustracją tej hipotezy.

Jaka część zarodzi komórki posiada powinowactwo do niwecznika, to nie jest nam wiadome, przypuszczać tylko możemy, że część ta może być utożsamiona z endotoksyną ciała bakteryjnego. Ponieważ jad, znajdujący się w tuberkulinie, jest endotoksyną lasecz-



nika gruźliczego, a surowica, wyżej opisana, posiada w stosunku do tuberkuliny własności, usuwające działanie jadu, której surowica normalnego zwierzęcia nie posiada, a więc jest surowicą antyendotoksyczną. W oświetleniu wyżej podanej teorii możemy utożsamiać antyendotoksynę z rozpuszczającym niwecznikiem.

W dalszym ciągu surowica odznacza się własnościami bakteryobójczymi, co autor stwierdził doświadczalnie. Zastrzyknął on mianowicie całemu szeregowi zdrowych świnek morskich podskórnie po 5 ctm. sz. swoistej surowicy, podczas gdy drugi szereg również zdrowych świnek otrzymał podskórnie zastrzyknięcia normalnej surowicy w tejże ilości. Po upływie 24 godzin wszystkie świnki zostały wewnątrzotrzewnowo zakażone żywymi, zjadliwymi lasecznikami gruźliczymi. Co pewien czas po tym zabiegu za pomocą rurki włosowatej była brana do badania wypocina otrzewnowa i barwiona sposobem ZIEHLA na tbc. Otóż okazało się, że u zwierząt, którym była zastrzyknięta surowica normalna, na 10 dzień po zakażeniu można było stwierdzić zupełnie nienaruszone i dobrze się barwiące laseczniki, mieszczące się w jednojądrowych makrofagach. U zwierząt zaś, które otrzymały surowicę swoistą, laseczniki już na 4 dzień wykazywały znaczne zmiany: nie barwiły się tak wyraźnie i powoli rozpadły się na oddzielne ziarenka, które w ciągu trzech dni znikły zupełnie, tak, iż wypocina miała wygląd zupełnie prawidłowy. To samo doświadczenie autor wykonywał *in vitro*, ale tu przebieg był nie tak szybki, jak w ustroju żywym. Autor objaśnia to tem, iż do działania surowicy niezbędna jest obecność dopełniacza, który wytwarza się w komórkach ustroju, a przeważnie w krwinkach białych. Rozpad laseczników w otrzewnie uodpornionych świnek przebiega tak szybko dzięki obecności wewnątrzkomórkowych dopełniaczy. Z tego wynika, że autor utożsamia swoisty niwecznik z opsoniną a właściwie z ciepłotrwałą bakteryotropiną. Oprócz tych własności endotoksycznych i bakteryobójczych swoista surowica aglutynuje nienaruszone i rozarte laseczniki i daje osady w zupełnie

przezroczystych wyciągach z laseczników gruźliczych.

Co się tyczy leczniczego działania surowicy, to przede wszystkim w całym szeregu doświadczeń autor dowiódł, że przez zastrzyknięcie 5-10 ctm. sz. surowicy można było wywołać u świnek morskich silną bierną odporność względem zakażeniu czynnymi lasecznikami. Świnki, użyte do doświadczeń kontrolnych, nie uodpornione surowicą swoistą, zakażone taką samą ilością laseczników, ginęły na gruźlicę uogólnioną w ciągu 5-6 tygodni. Świnki uodpornione zaś, które w kilka miesięcy po pierwszym zakażeniu, zostały powtórnie zakażone, zachowywały się tak samo, jak zdrowe świnki, do których ustroju po raz pierwszy zostały wprowadzone zjadliwe laseczniki. Sekcyje uodpornionych biernie zwierząt, które zostały zabite po upływie 4-5 miesięcy od czasu zakażenia, nie wykazywały nigdy zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych. Tylko w niektórych przypadkach znaleziono powiększone gruczoły ze zmianami serowatemi w środku. Pewnej jednakże, bardzo nieznacznej liczby zwierząt nie udało się zupełnie uodpornić.

W przeciwieństwie do tych wyników działanie czysto lecznicze surowicy było bardzo zadawalające. Autorowi udało się utrzymać przy życiu w ciągu dziewięciu miesięcy świnki, którym surowica została zastrzyknięta nawet po upływie 17 dni od czasu zakażenia. Zwierzęta, użyte do badań kontrolnych, zakażone w tym samym czasie, szybko ginęły przy objawach uogólnionej gruźlicy. — Jeżeli laseczniki poddać działaniu surowicy, to okaże się, że i laseczniki i surowica ulegają ważnym zmianom.

Surowica traci wszystkie te własności, o których już wyżej wspomniano, a mianowicie, jeżeli laseczniki po pewnym czasie usuniemy za pomocą wirówki lub sączka, to pozostała surowica ciał ochronnych zawierać nie będzie, nie możemy nadto wykryć w niej ani śladu jadu gruźliczego. Przy pomocy tej surowicy już nie udaje się wywołać odczynu tuberkulinowego u zwierząt, zakażonych gruźlicą. Laseczniki zaś zostały obdarzone własnością wiązania do-



pełniacza bez pomocy nowych ilości swojego niwecznika, innymi słowy, wskutek działania surowicy zostały one uczulone, jakby naładowane swoistymi ciałami ochronnymi.

BESREDKA stosował uczulone laseczniki duru w celach zapobiegawczych w durze, SHIGA zaś posilkował się uczulonymi lasecznikami biegunki krwawej jako szczepionką w celu uchronienia się przed tą chorobą. MEYER stosował uczulone laseczniki duru w celach leczniczych, autor zaś, lecząc świnki morskie, zakażone gruźlicą, lasecznikami, uczulonymi przy pomocy swej surowicy, otrzymał doskonale wyniki.

Doświadczenia były wykonane z 20 zdrowymi świnkami, które były zakażone podskórną zjadliwą hodowlą laseczników *typus humanus* w ilości 0,001 gr. (suchej substancji). Następnie autor zaczął pewnej części świnek zastrzykiwać podskórną we wzrastających ilościach zawiesinę uczulonych laseczników gruźliczych w ilości od 2 do 5 ctm. sz. Zastrzy-

kiwania były robione w ciągu trzech miesięcy, początkowo co 2-7 dni, potem co kilka tygodni. Niektóre zwierzęta otrzymały zastrzyknięcia w dniu zakażenia, inne zaś 3, 10 i 17 dnia po zakażeniu. Zwierzęta, użyte do badań kontrolnych, zginęły w 5 i 6 tygodniu od czasu zakażenia przy objawach uogólnionej gruźlicy. Świnki zaś, leczone zawiesiną (z wyjątkiem 4, które padły z powodu chorób ubocznych, przyczem sekcyja stwierdziła u 2 z nich bardzo nieznaczne zmiany gruźlicze) w ciągu 10 miesięcy, tj. do czasu opublikowania przez autora tej pracy, mają się doskonale, i waga ich znacznie się zwiększyła. Na podstawie tych doświadczeń autor twierdzi, że zawiesina uczulonych laseczników (tak zwana przez niego „*Tuberculose-Sero-Vaksin*”) jest najlepszym środkiem leczniczym w gruźlicy świnek morskich.

(Münchener medicin. Wochenschr. Nr.46.)

Edward Bruner.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne z dnia 29 listopada 1910 r.

GLIŃSKI przedstawił chorego na białaczkę chroniczną szpikową. Choroba wystąpiła przed 2 laty, wkrótce po odejściu tasiemca, wydalonego za pomocą wyciągu paproci. We krwi zasługuje na uwagę brak anemii pomimo długotrwałej choroby oraz liczne komórki o podwójnej ziarnistości i eozynofilnej i bazofilnej.

Dalszy ciąg dyskusji nad odczytami kolegów WATRASZEWSKIEGO i Fel. MALINOWSKIEGO w sprawie leczenia przymiotu metodą EHRLICHA.

KOPYTOWSKI podaje swoje spostrzeżenia nad 8 chorymi, leczonymi za pomocą „606”, i dochodzi do wniosku, że arsenobenzol niekiedy działa bardzo szybko symptomatycznie

na lepieże i na gojenie się pierwotnego wrzodu, na wysypki grudkowe działa wolniej, a na sklerozy i gruczoły po dwóch tygodniach nie wywierał w opisanych przypadkach widocznego wpływu. Działania na parazyfityczne cierpienia K. nie widział.

KARWACKI wyraża żal, że żaden z prelegentów nie starał się sięgnąć w swych obserwacjach poza stronę czysto objawową i nie usiłował bądź na mocy biopsyi, bądź na mocy działania na krętki krwi leczonych nowym lekiem, bądź też na mocy jakościowych lub ilościowych zmian leukocytowych wejrzeć trochę głębiej w istotę oddziaływania na ustroj nowego leku.

KARWACKI podkreśla, że związki organiczne arsenu dla wywarcia działania pasorytybójczego wymagają współdziałania pewnych ciał białkowych, znajdujących się w zakażonym ustroju. Jeżeli zapatrywać się na



NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

# HISTOGÉNOL

# Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w Paryżkiej Akademii Nauk,

w Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,

w Paryżkim Towarzystwie Biologicznym

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia:

przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyzmu i zimnicy i w wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafałszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub HISTOGENOL NALINE w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis A. Naline znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Paris-St-Denis (Seine)

Składy HISTOGENOLU we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskim Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i Co w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurat w Kijowie, w Kaukazkim Towarzystwie Handlu Towarzystwie Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreju w Moskwie.

MACZKA  
**NESTLÉ**  
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.



**TERMOGEN**  
Le THERMOGÈNE.



WATA LECZNICZA

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwyczajną watę, olejek krotonowy, plastry, goryczniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania i okłady.

Stosowanie TERMOGENU jest wskazane: w gościecu, dnie, bólach newralgicznych, w kolce wątrobowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmieniający leczenia, przepisanego przez lekarza.

N.B. Próby wysłać się pp. doktorom na żądanie.

Biuro francuskich produktów farmaceutycznych: GABRIEL POMMIER, ulica Pantelejmonowska Nr. 27 w Petersburgu.



# SANATOGEN BAUERA

jest wskazany w wypadkach blednicy, neurastenii i wyczerpania organizmu, wynikającego z chorób płuc, żołądka lub serca.

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo, Fabian Klingsland w Warszawie, chętnie przysyła na żądanie Sz. Panów lekarzy bezpłatne próby Sanatogenu wraz z ściśle naukową literaturą.

Tylko **Bauera** Sanatogen w pudełkach zaopatrzonych w **czerną banderolę** jest oryginalnym.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

**D-ra E. Reichsteina**, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Heissinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęcie od 4-6.

WIELKI WYBÓR

**Narzędzi Chirurgicznych**

najnowszych wynalazków  
we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

**J. JODŁOWSKIEGO**

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są  
odwrotną pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Prywatny zakład  
Leczniczy

## Chirurgiczny i Ginekologiczny

z oddziałem dla położnic dawniej ul. Boduena 5.

D-rów: St. Anteckiego, St. Cykowskiego, St. Gurbkiego, J. Laskowskiego, Leśniowskiego, R. Rama, Z. Sławińskiego, W. Smoniewskiego. A. Wertheima i W. Zurakowskiego  
mieści się obecnie przy ul. Aleje Jerozolimskie Nr. 65.

# 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

**BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.**

## PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,

Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

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

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



lek EHRLICH pod tym kątem widzenia, że do wywarcia wpływu niszczącego na krętki potrzebuje on współdziałania przeciwciał ustrojowych lub że potęguje on wrodzone siły obronne ustroju, to stają się zrozumiałe różnice, zachodzące w oddziaływaniu środka na krętki blade w różnych ustrojach zwierzęcych oraz w ustroju ludzkim w różnych okresach choroby.

TRZCIŃSKI uważa, że arsenobenzol działa skutecznie we wrzodziejących formach przymiotu—we wczesnych zaś albo nie działa zupełnie albo znacznie wolniej od środków dotychczasowych. Mówca podkreśla fakt kliniczny, że wszystkie dermatologiczne objawy przymiotu ulegają zawsze spontanicznej inwolucji bez żadnego leczenia.

ŁAPIŃSKI zaznacza, że wobec etiologii, danych anatomopatologicznych i wreszcie wobec przebiegu choroby nie spodziewa się od „606” dodatnich rezultatów w bezwładzie postępującym.

BIRO podkreśla, że probowanie metody EHRLICH w przypadkach paraluetycznych wymaga oddzielnej statystyki, i nie należy przenosić danych, jakie się tu otrzyma, na ogół spraw luetycznych.

STERLING Władysław referuje 7 przypadków przymiotu układu nerwowego, leczonych preparatem EHRLICH. Wyniki leczenia są bardzo mało pocieszające.

KOZERSKI w dłuższym przemówieniu przytacza literaturę przypadków, w których działanie „606” okazało się albo bezskutecznym albo wręcz szkodliwym.

Stanisław ORŁOWSKI i JAROSZYŃSKI na zasadzie spostrzeganych przypadków cierpień układu nerwowego na tle przymiotowym, leczonych metodą EHRLICH, wypowiadają się za stosowaniem tego środka w tych cierpieniach.

WOJCIECHOWSKI na zasadzie własnych obserwacji i badań dochodzi do wniosku, że 606 w większej liczbie przypadków działa energiczniej, niż rtęć. Częstość występowania ujemnego odczynu WASSERMANN po zastrzyknięciu „606” wskazuje bardzo wyraźnie na dodatnie działanie tego nowego środka.

RYCHLIŃSKI uzupełnia jedno spostrzeże-

nie, na które powoływał się prelegent MALINOWSKI

RACINOWSKI w odpowiedzi KARWACKIEMU zaznacza, że skład krwi pod wpływem działania arsenobenzolu badał u 22 chorych. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdził zwiększenie liczby białych ciałek od 3 do 8 tysięcy; w połowie badanych przypadków znalazł limfocytozę z przewagą małych postaci. Leukocytoza występowała po wstrzyknięciu nawet u chorych nie gorączkujących i znikła stopniowo po upływie kilku dni.

WATRASZEWSKI w odpowiedzi zaznacza, iż w końcu odczytu swojego wyraźnie podkreślił, iż komunikuje zebranych jedynie wrażenia, jakie odniósł przy stosowaniu „606”, wrażenia te są bezwarunkowo na razie b. dodatnie — bez wyciągania z nich jednakże jeszcze dalej idących konsekwencji.

Powolne ustępowanie objawów po zastrzyknięciu „606”, o którym wspomina KOPYROWSKI, mały wpływ lub zupełny brak działania na niektóre z nich, jak np. płaskie, wybujałe łepięże, a wreszcie wyraźny zastój w rozpoczętym już procesie regresyjnym, tłumaczyć należy z jednej strony odpornością owych objawów na środek swoisty — z drugiej, niedostateczną dawką samego preparatu. Mówca nie podziela optymizmu TRZCIŃSKIEGO na przebieg sprawy przymiotowej.

KOZERSKIEMU WATRASZEWSKI odpowiada, że zapewne, gdybyśmy się tylko na zacytowanych smutnych doświadczeniach z „606” opierać mieli, to wypadłoby potępić *a priori* środek, polecony przez ERLICHA. Szczęściem jednak obserwacje te stanowią minimalną mniejszość w ocenie nowego leku.

MALINOWSKI podkreśla że ani on, ani koledzy, którzy obserwowali stale przypadki, leczone „606”, nie zauważyli żadnych poważnych ubocznych zjawisk. Mówca jest bezwarunkowym przeciwnikiem wybierania ze statystyk tylko ujemnych faktów. Wszystkie dotychczasowe sprawozdania są wogóle dodatnie dla „606”. Tymczasem wyciąganie z literatury tylko ujemnych faktów i sumowanie ich może sprawie dać niezgodne z prawdą oświetlenie.



### Posiedzenie kliniczne z dnia 6 grudnia 1910 r.

Franciszek NEUGEBAUER wygłosił odczyt pod tytułem: „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o ciąży pozamacicznej”. Odczyt, oparty na naukowym opracowaniu kwestyi z szerszego punktu widzenia oraz na własnem klinicznym doświadczeniu około 200 spostrzeżeń własnych, pomiędzy nimi 92 leczonych operacyjnie (72razy cięciem brzuszmem, a 20 przez kolpokoeliotomię tylną), ilustrowany był co do fizjologii zapłodnienia i powstania ciąży pozamacicznej przez szereg rysunków z podręczników oraz przez kilkadziesiąt rysunków kolorowych, na ekran rzu-

canych, zrobionych *ad hoc* przez mówcę podług rysunków w schematach szpitalnych, naskikowanych w każdym operacyjnie leczonym przypadku. Odczyt omawiał istotę, frekwencyę ciąży pozamacicznej, etiologię, znaczenie dla życia ciężarnych, przebieg kliniczny w różnych jego odmianach, symptomatologię, różniczkowe rozpoznanie, rokowanie i terapię, kładąc nacisk na operacyjne leczenie zaraz po ustaleniu klinicznego rozpoznania krwotoku wewnątrzbrzuszego, uwydatniając znakomite wyniki operacyjnego leczenia w porównaniu z leczeniem wyczekującym.

Tadeusz Wilczyński.

## Z Towarzystw lekarskich zagranicznych

— Jako treść następnego odczytu służyło: Wywoływanie i usuwanie nadmiernej ruchliwości i nadmiernej kwasoty żołądka. W przypadkach, dających obraz przewlekłego nieżytu żołądka, wydobywanie treści jego w 3 godziny po obiedzie próbnym daje częstokroć bardzo wysokie liczby kwasoty całkowitej (140—180). Przypuszczano, że zależy to od obecności kwasów organicznych, powstałych pod wpływem fermentacji, której nie była w stanie zniweczyć zbyt mała zawartość kw. solnego. Chorych takich leczono skutecznie, zalecając im kw. solny. Musiało więc wywołać zdziwienie odkrycie, że nadmierna kwasota zależy nie od obecności kw. organicznych, lecz od zbyt obfitego wydzielania się kw. solnego, fermentacja zaś w żołądku powstaje tylko wtedy, gdy miazga pokarmowa powstaje w żołądku przez czas bardzo długi, lecz nie przez 3 godziny. W ten sposób musi upaść teoria, głosząca, że upośledzenie zdolności ruchowej w połączeniu z nieżytem przewlekłym prowadzi do nadkwasoty, tembardziej, że doświadczenie długoletnie kliniczne poucza, że u neurasteników często spotyka się powiększenie kwasoty ogólnej ze zbyt szybkim opróżnianiem się

żołądka. Lecz chorzy tacy doskonale znoszą podawany im w nadmiarze kw. solny, co zasługuje na zaznaczenie dla celów rozpoznawania różniczkowego od wrzodu żołądka. Powstaje teraz pytanie, czy wzmożona zdolność ruchowa żołądka nie stanowi przyczyny powstawania nadmiernej kwasoty. Doświadczenia, pomyślane przez autorów bardzo celowo, zdają się dowodzić, że tak jest w istocie, ponieważ wyniki otrzymane dowodzą, że szybsze opróżnianie żołądka stale dawało w wyniku znaczne podniesienie się kwasoty pozostałej treści. Przenosząc wyniki, otrzymane doświadczalnie na psach, do patologii ludzkiej, należy pamiętać, że wobec nieżytu śluzówki żołądka siła wydzielnicza jej gruczołów zazwyczaj ulega upośledzeniu, ogólna zaś kwasota soku żołądkowego bywa zmniejszona wskutek obfitej domieszki śluzu; ztąd sok żołądkowy nie jest w stanie wyrzucić swego działania hamującego, a żołądek opróżnia się zbyt szybko. Jeżeli zaś gruczoły nie straciły swej zdolności wydzielniczej wzmożonej, to w ślad za wzmożeniem pobudliwości ruchowej tego narządu idzie podniesienie kwasoty jego soku. W obudwu przypadkach tę nadmierną pobudliwość ruchową możemy zahamować przez podawanie kw. solnego.

K. Z.



## Wiadomości bieżące.

— Komitet do badania i zwalczania raka ogłasza niniejszem konkurs na oryginalną pracę naukową z dziedziny badania raka, mianowicie na „przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka na zasadzie własnych badań” na warunkach następujących:

1. Za najlepszą pracę z uznanych przez sąd konkursowy za kwalifikującą się do nagrody wyznacza się nagroda w ilości rb. 300.

2. Przedmiotem pracy konkursowej mogą być:

- a) Badania kliniczne.
- b) Badania mikroskopowe.
- c) Badania chemiczne.
- d) Badania biologiczne.

3. Praca powinna być napisana w języku polskim i opatrzona godłem.

4. Nazwisko i adres autora powinny być dołączone w zapieczętowanej kopercie z godłem.

5. Termin ostateczny nadsyłania prac oznacza się na dzień 1 lipca 1912 roku.

6. Praca nagrodzona, pozostając własnością autora, powinna być oddana niezwłocznie do druku w jednym z czasopism lekarskich polskich.

7. Wynik konkursu będzie ogłoszony w przeciągu 3 miesięcy, a po ogłoszeniu wyniku nagroda bezzwłocznie zostanie wypłacona.

8. Sąd konkursowy składać się będzie z następujących lekarzy: J. Jaworski, Fr. Kijewski, M. Rejchman, S. Serkowski, J. Steinhauz i prof. E. Przewoski.

9. Prace konkursowe nadsyłać należy do Komitetu do badania i zwalczania raka, Warszawa Towarzystwo Higieniczne (Kra-kowskie-Przedmieście 66).

— Dnia 26 lutego w Szpitalu Ś-go Jana Bożego licznie zebrani koledzy i współpracownicy składali życzenia kol. Al bertowi Rosentelowi, który przez lat

30 nie tylko z prawdziwym zamiłowaniem pełnił ciężkie obowiązki kierownika oddziału dla umysłowo chorych, lecz cały tak długi okres życia spędził pod jednym dachem z tymi najniešťczęśliwsiymi z chorych. Życzymy Szanownemu Jubilatowi, aby pełen sił i energii obchodzić mógł złote gody swej działalności szpitalnej.

— Z rozporządzenia Zarządu Łódzkiego Tow. Dobroczynności i szpitala „Anny Maryi” jedną z sal nazwano imieniem d-ra J. Brudzińskiego i w tych dniach wmurowano tablicę z napisem „Sala imienia d-ra Józefa Brudzińskiego, pierwszego lekarza naczelnego”.

— Kol. Wacław Jasiński, dotychczasowy ordynator szpitala „Anny Maryi” dla dzieci w Łodzi, z dniem 1 kwietnia przenosi się do Lublina, gdzie został mianowany ordynatorem szpitala dla dzieci z fundacji pp. Vetterów.

— Amerykańskie Towarzystwo protologiczne ogłasza nagrodę w ilości 100 dolarów za najlepszą pracę oryginalną z chorób okrężnicy. Prace pisać należy na maszynie i opatrzeć dewizą lub godłem z dołączeniem zapieczętowanej koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko autora, nazewnątrz zaś tę samą dewizę lub godło. Prace można składać (do 10-go maja 1911) na ręce sekretarza komitetu d-ra Lewis H. Adlera (Philadelphia 1610 Arch street), do którego zwracać się należy po wszelkie szczegółowe informacje (Med. Rec.)

### Notatnik bibliograficzny.

D-r W. Janowski — De la névralgie intercostale. Paris Masson. 1911. Bibliografia drukowanych prac naukowych Władysława Janowskiego (1889 — 1910), wydrukowana w 100 egz. dla przyjaciół. Warszawa 1911 r.



## Od Redakcyi,

Z funduszu, ofiarowanego przez Sz. Kol B. KORYBUT - DASZKIEWICZA, ogłaszamy następujący konkurs na prace z zakresu pediatrii:

1) Konkursem objęte są prace (strzeszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny) z zakresu pediatrii, wydrukowane w r. 1911 w piśmie naszym i nadesłane do Redakcyi przed 1 grudnia r. b.

2) Autor najlepszej pracy otrzyma rb. 100 prócz honorarium zwykłego.

3) Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny.

4) Jeśliby się znalazły dwie prace jednakowej wartości, sądowi konkursowemu przysługuje prawo rozdzielenia nagrody.

5) Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 Marca 1912 r.

## OGŁOSZENIE.

### Wsparcia dla rodzin po lekarzach.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w roku 1911 wakują poniżej wymienione zapomogi z procentów od funduszków specjalnych, zapisanych dla wdów i sierot po lekarzach cywilnych, a w szczególności:

1) wsparcie w kwocie Rb. 200, imienia śp. doktorowej Zenobii Sokołowskiej, mające być wypłacone w dniu 21 kwietnia r. b. ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, ordynatorze w szpitalach cywilnych, mającej dzieci w wieku szkolnym;

2) pięć wsparć, każde po rb. 61 kop. 56, z zapisu śp. d-ra Jana Bęcwicza, mających być wypłacanemi w dniu 24 czerwca r. b. ubogim wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego;

3) wsparcie rb. 123 kop. 12 z zapisu śp. d-ra Władysława Florkiewicza, mające być wypłacane w dniu 14 września r. b. dla ubogiej wdowy po lekarzu wyznania chrześcijańskiego, wychowującej nieletnie dzieci w szkołach.

4) wsparcie rb. 115 kop. 42 z zapisu d-ra Leona Manczewicza, mające być wypłacane w 2-ch ratach: w czerwcu i październi-

ku po rb. 57 kop. 71, dla jednej lub kilku niezamożnych sierot po lekarzach, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego;

5) wsparcie rb. 34 kop. 20 z darowizny d-ra Juliusza Bogusława Wieliczko, mające być wypłacone w d. 28 września r. b. dla syna po zmarłym lekarzu, ubogiego, polaka, chrześcijanina, w wieku od lat 13 do 18, kształcącego się w szkołach w kraju; pierwszeństwo mają młodzieńcy rodem ze wsi Lubomirki w powiecie Czechryńskim na Ukrainie.

Prośby wnoszone lub nadsyłane być mogą na imię Komitetu Kasy Wsparcia lekarzy w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7). Przy prośbie powinno być złożone poświadczenie przez 3-ch lekarzy, członków Kasy Wsparcia, o niezamożności podających, z załączeniem przytem krótkich wypisów z metryk urodzenia i cenzurek szkolnych o dobrych postępach w naukach i wzorowem sprawowaniu się.

Termin podania co do wsparcia imienia śp. Zenobii Sokołowskiej do d. 15 kwietnia r. b., co do wszystkich innych do d. 15 czerwca r. b.

Zarządzający Kasą Wsparcia

*Leon Babiński.*



# MEDYCYNA I KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

## OGŁOSZENIA

### SAGRADA BARBER

wzmacnia żołądek  
i łagodnie przeczyszcza

Królewskie  Źródła Mineralne

**EMS**

**KRAENCHEN**

OD DAWNA WYPRÓBOWANE PRZY KATARACH,  
KASZLU, CHRYPCIE, ZAFLEGMIENIU, KWASACH  
ŻOŁĄDKA INFLUENCYI I JEJ NASTĘPSTWACH.  
DO NABYCIA WSZĘDZIE  
ŻĄDAĆ WYRAŹNIE PRODUKT NATURALNY,  
NIE PRZYJMOWAĆ WSZELKICH NATOMIAST  
OFIAROWYWANYCH SUROGATÓW (SZTUCZNE  
WODY I SOLE EMSKIE).

RECONSTITUANT  
DU  
SYSTÈME NERVEUX

**NEUROSINE  
PRUNIER**

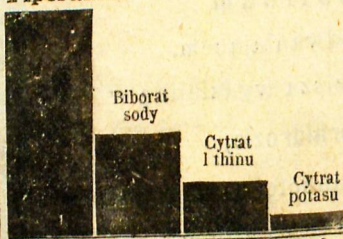
"Phospho-Glycérate de Chaux pur"

6, Avenue Victoria, 6  
PARIS  
ET PHARMACIES.

# PIPÉRAZINE MIDY

Tablica porównawcza  
ilości kwasu moczowego  
rozpuszczonych w :

Pipérazine



## "PIPERAZYNA MIDY"

$AzH \langle \begin{matrix} CH_2 - CH_2 \\ | \\ CH_2 - CH_2 \end{matrix} \rangle AzH$  W MUSUJĄCYCH ZIARNEKACH

Miarka dotychczasowa do flakonu zawiera 20 centygramów.

W ostrych przypadkach : 3 do 6 miarek dziennie.

Jako środek zapobiegawczy : do 3 miarek przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego.

**PODAGRA, KAMIEŃ NERKOWY,  
REUMATYZM, ARTRYTYZM** we wszelkich  
objawach

KAMIEŃ NERKOWE, KAMIEŃ ŻÓŁCIOWE.

PRÓBY NA ŻĄDANIE.

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. - PARIS.  
Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach aptecznych.





Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający.

Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

**Henryk Mattoni**  
Franzensbad, Wiedeń,

ZAKŁAD  
wodolecznicy

**Giesshübel Sauerbrunn**

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia  
*Giesshübler'u*  
**Mattoni'ego.**

Karlsbad, Budapeszt.

ŻELAZO!

*Fersan*

FOSFOR!

**Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina)**  
około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

**Proszek fersanowy.**

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk)  
PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie  
Otrzymać można we wszystkich aptekach.

**Kołaczyki fersanowe.**

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach origin. po 50 i 100 sztuk).

Fersan-Werk, Wien IX

**Fibrolysina**

Związek Thiosinaminy

Łatwo rozpuszczalny w wodzie

Działanie—rozluźniająca blizny

w

**Stenozach, Strikturach  
Kontrakturach.**

i wewnętrznych zrostach.

Wstrzykiwania śródmiąższowe  
niebolesne

**Roztwór Fibrolysiny**

jałowy w ampulkach po 2,3 cm<sup>3</sup>.

Literatura i próby na żądanie

**Tannoform**

Produkt kondensacyjny

**Kwasu garbnikowego i formaldehydu**

Do użytku wewnętrznego i zewnętrznego

Zupełnie nietrujące

**Adstringens  
i Antidiarrhoicum  
Antisepticum**

o działaniu odwanającym.

Znakomicie zmniejsza wydzielinę w

**w Hyperhidrozie,**

szczególnie jako Tannoform — w postaci  
proszku do zasypywania.<sup>®</sup>

**E. MERCK-DARMSTADT**