

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 21.

Warszawa d. 8 (21) Maja 1904 r.

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek i zawartość substancji suchej krwi i o stałości odsetki wody we krwi ludzkiej. Podał B. Żebrowski. — O porażeniu astenicznem (Myasthenia gravis pseudoparalytica). Podał W. Sterling (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 kwietnia 1904 r. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) B. ŻEBROWSKI — Sur l'influence qu'exerce la thyroïdine sur le nombre des globules rouges et sur la quantité de la substance sèche du sang — et sur la stabilité de pourcent de l'eau dans le sang humain. 2) D-r W. STERLING — Sur la myasthenie grave pseudoparalytique.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) B. ŻEBROWSKI — Ueber den Einfluss des Thyreoidins auf die Zahl der rothen Blutkörperchen und die Quantität der Trockensubstanz des Blutes und über die Constanz des Wassergehaltes im menschlichen Blute. 2) D-r W. STERLING — Ueber asthenische Paralyse.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra Edmunda BIERNACKIEGO w szpitalu Wolskim w Warszawie.

O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek  
i zawartość substancji suchej krwi  
i o stałości odsetki wody we krwi ludzkiej.

Podał

BOLESŁAW ŻEBROWSKI.

Nieliczne badania krwi, przeprowadzone na ludziach, którym podawano wewnątrz preparaty gruczołu tarczowego, doprowadziły różnych

autorów do wyników zgoła odmiennych. Tak, DOBROWSKY<sup>1)</sup>, stosując gruczoł tarczowy u trzyletniego dziecka zdrowego i chorego, nie zauważył zmian w liczbie białych i czerwonych ciałek. Tak samo PERRY<sup>2)</sup> — u dziesięciu osobników dorosłych z chorobami umysłowymi.

LEBRETON<sup>3)</sup> notuje zwiększenie liczby białych i czerwonych ciałek we krwi chorych na

<sup>1)</sup> DOBROWSKY — Według referatu w Schmid's Jahrbücher Band. 254.

<sup>2)</sup> PERRY. Ibidem Band 255.

<sup>3)</sup> LEBRETON. Według Donath'a.

myksedemę po zadaniu gruczołu tarczowego *per os*. Według CALABRESE<sup>4)</sup>, gruczoł tarczowy, stosowany wewnątrznie, działa krwiotwórczo, zwiększa bowiem liczbę czerwonych ciałek krwi i zawartość hemoglobiny.

Wyniki badań krwi chorych umysłowych, otrzymane przez MACPHAIL'a i BRUCE'a<sup>5)</sup>, wprost przeczą wnioskowi, postawionemu przez CALABRESE'a. BRUNS<sup>6)</sup> w jednym przypadku akromegalii, leczonej tyreoidyną, obserwował nawet rozwój blednicy.

DONATH<sup>7)</sup> widział u królików zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi po iniekcjach podskórnych wyciągu glicerynowo - wodnego gruczołu tarczowego; hiperglobulia występowała po zastosowaniu dawek, nie przewyższających 0,05 g. substancji suchej gruczołu tarczowego na kilo wagi zwierzęcia. Przy większych dawkach, wynoszących 0,1—0,15 g. na kilo, liczba czerwonych ciałek obniżała się — nieraz znacznie.

Kwestya wpływu tyreoidyny na krew jest niewątpliwie ciekawa; zważmy tylko, że niektóre sprawy nerwowe (*morbus Basedowii, myxoedema*) obecnie stawiamy w tym lub innym związku z zaburzeniami funkcyj gruczołu tarczowego, dalej, że, według CYON'a<sup>8)</sup>, jodotyryna znaczny wywiera wpływ na nerwy naczynioruchowe; że, z drugiej strony w takich stanach nerwowych, jak neurastenia i histerya, znajdowano często wybitną hiperglobulię (LUXENBURG<sup>9)</sup>), zależną, być może, od wpływów naczynioruchowych.

Wobec tego zachęcony zostałem przez d-ra BIERNACKIEGO do szczegółowego zbadania wpływu tyreoidyny na skład krwi pod względem liczby białych i czerwonych ciałek i zawartości sub-

stancji suchej. Badania swoje przeprowadziłem na sześciu osobnikach, w tem 5 kobiet z oddziału d-ra BIERNACKIEGO i jeden mężczyzna z oddziału d-ra SADOWSKIEGO. Wszyscy chorzy pozostawali w jednakowych warunkach i leżeli w łóżku. Tyreoidyna stosowana była u nich nie tylko *experimenti gratia*, ale kilkakrotnie i w celach leczniczych; przedewszystkiem w przypadku pierwszym (wole) a także w przypadkach drugim i trzecim, w których obok objawów neuropatycznych istniał pewien stopień otyłości. Strona kliniczna przypadków da się zawrzeć w kilku słowach.

Przypadek I. Dziewczyna ze wsi, lat 20, cierpi na wole, średnio rozwinięte. Czterotygodniowe stosowanie tyreoidyny wywarło nieznaczny wpływ na objętość wola. Pierwsze badanie krwi na trzeci dzień stosowania tyreoidyny, drugie badanie na drugi dzień po ukończeniu miesiączki.

Przypadek II. Dziewczyna, lat 28. Dużo skarg neuropatycznych, po za tem zmian w naczyniach niema. Przed tyreoidyną brała *saturatio natrii bicarbonici*. Pewien stopień otyłości.

Przypadek III. Histeroneurastenia u 24-letniej dziewczyny. Jednocześnie lekka otyłość. Przed tyreoidyną brała bromek sodu.

Przypadek IV. Chora lat 43 z przewlekłym gośćcem stawowym. Dostawała przed tyreoidyną *saturatio natrii bicarbonici*.

Przypadek V. Chora lat 24, ze skargami neuropatycznymi. Po zażywaniu tyreoidyny skarży się na uderzenia do głowy i bezsenność.

Przypadek VI. Chory lat 32, z histeroneurastenią na tle trypra przewlekłego.

Chorzy przyjmowali tyreoidynę z początku, t. j. w pierwszym tygodniu, zwykle po pół, później dwa razy dziennie po pół czyli po jednej tabletki na dzień. W pięciu przypadkach używałem tabletek angielskich, w przypadku VI tabletek tyreoidynowych PÖHL'a (przy których spostrzegano takie same zmiany we krwi, jak

4) CALABRESE. Według referatu w Schmidt's Jahrbücher, Band 271.

5) MACPHAIL i BRUCE. Według Donath'a.

6) BRUNS. Ibidem.

7) DONATH. Zur Wirkung der Schilddrüse. Virchow's Archiv. Band 144. p. 253.

8) Według OSWALD'a; Die Schilddrüse und ihr wirksames Prinzip. Biochem. Centr. I p. 249.

9) Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego. 1898. Centralbl. f. innere Medicin. 1899.

w pięciu innych przypadkach przy tabletkach angielskich).

Przedewszystkiem badałem krew przed rozpoczęciem podawania tyreoidyny; następnie jedno lub parę badań robiłem podczas stosowania leku — zwykle w tygodniowych odstępach. Data ostatniego badania w rubryce II zbiega się z datą odstawienia tabletek; poczem jedno badanie robiłem w tydzień po zawieszeniu leczenia. Badanie polegało na określeniu liczby białych i czerwonych ciałek i zawartości wody we krwi metodą wagową<sup>10)</sup>.

Co do liczby białych ciałek, wahała się ona po stosowaniu tyreoidyny, jak i przed niem, pomiędzy 3000 a 6000 w 1 mm. sz. Fakt ten stoi w zgodzie z wynikami doświadczeń GOLDSCHIEDER'a i JACOB'a<sup>11)</sup>, którzy nie znaleźli wpływu wyciągów gruczołu tarczowego (na równi z wyciągami wątroby, nerki i trzustki) na liczbę białych ciałek krwi.

Inaczej rzecz się ma z czerwonymi ciałkami. Jak widać z załączonej tablicy, w przypadkach 2, 3 i 6 po naszych małych dawkach tyreoidyny wystąpiła znaczna hiperglobulia (7,190,000, 7,590,000 i 7,060,000 czerwonych ciałek w 1 mm. sz.); w zestawieniu z badaniami kontrolującymi różnice wynosiły + 2,150,000, + 1,270,000 i + 1,510,000 czerwonych ciałek. Fakt ten zwracał na się uwagę szczególnie w przypadku 3, w którym już przed stosowaniem tyreoidyny istniała nadmierna liczba krążków czerwonych (6,320,000 w 1 mm. sz.).

(Patrz str. 426).

Zachodziło pytanie, czy ta hiperglobulia nie była przypadkowa: 1) wobec faktu, iż występowała ona nie we wszystkich przypadkach, 2) jeszcze bardziej wobec okoliczności, iż w przypadku II i III spostrzegałem hiperglobulię tylko przy pierwszym badaniu, przy następnem zaś

już jej nie było. Możliwość znacznych wahań indywidualnych w liczbie czerwonych ciałek była tem prawdopodobniejsza, iż, jak zaznaczyłem, badania swe przerobiłem na osobnikach neuropatycznych, czyli nienormalnych, ulegających łatwo wahaniom naczynioruchowym.

W celu rozstrzygnięcia powyższego pytania, robiłem w okresach kilkodniowych do tygodniowego wstępne badania — przed rozpoczęciem stosowania tyreoidyny; w przypadku IV i V zrobiłem po dwa takie badania, w przypadku VI — trzy. To samo miało na celu badanie przypadków: VII (moczówka cukrowa) i VIII (zdrowy kolega J. J.), w których nie podawano żadnych zgoła leków. Z tych jedenastu określeń (przypadki 4—8 w rubryce I) wynikło, że wahania liczby krążków czerwonych samoistne bywały niejednokrotnie znaczne, nie dosięgały jednak takich wysokich cyfr, jak po stosowaniu tyreoidyny. Tak, najwyższe wahanie samoistne wynosiło + 1,170,000 w przypadku V. W czterech innych przypadkach notowałem różnice: 160,000 (przypadek VII), 380,000 (przypadek VI), 830,000 (przypadek IV) i 940,000 (przypadek VIII).

Wobec tego hiperglobulię w przypadkach drugim, trzecim i szóstym należy postawić w związku z działaniem tyreoidyny. Działanie to, jak tylko co zaznaczyłem, nie występuje stale — nie widzimy go w przypadku IV i V. Po dłuższym zażywaniu leku liczba krążków czerwonych spada do normy (przypadek II) lub nawet poniżej normy (przypadek III). Sądząc z przypadku pierwszego oraz drugiego, w których po odstawieniu tyreoidyny liczba ciałek czerwonych podniosła się dość znacznie, możnaby nawet przypuścić, iż dłuższe stosowanie leku może u pewnych osobników spowodować zmniejszenie liczby krążków, to jest wyniszczenie krwi. Przypuszczenie to, jak zaraz zobaczymy, posiada pewne punkty oparcia w danych co do zawartości wody we krwi przy używaniu tyreoidyny.

Konstatując fakt występowania w niektórych razach hiperglobulii we krwi ludzkiej pod

<sup>10)</sup> E. BIERNACKI. O badaniu krwi we względnie praktycznym. Warszawa. 1901.

<sup>11)</sup> Zeitschr. f. klin. Med. Band 25.

| №<br>przypadku | I<br>Przed stosowaniem<br>tyreoidyny   | II<br>Podczas stosowania<br>tyreoidyny  | III<br>Po odstawieniu<br>tyreoidyny   |
|----------------|--|---|---------------------------------------|
| 1              | M. Ł. lat 20. <i>Struma</i> .<br>Od 18. XII. bierze po $\frac{1}{2}$ tabletki.   | 20. XII. Cz. c. 5,050,000 S. s. 22%,3<br>Bierze po 1 tabletkę od 26. XII.<br>29. XII. Cz. c. 3,970,000 S. s. 22%,1<br>3. I. " 5,620,000 " 21%,9<br>Tabletki odstawiono<br>10. I. Cz. c. 6,170,000 S. s. 22%,1<br>Bierze po 2 pastylki od 14. I.<br>17. I. Cz. c. 5,400,000 S. s. 21%,15 |                                       |
| 2              | L. O. lat 28. <i>Nervositas</i> .<br><i>Adipositas</i> .<br>4. I. Cz. c. 5,040,000 S. s. 21%,8   | Od 4. I. bierze po 1 tabletkę<br>11. I. Cz. c. 7,190,000 S. s. 22%,0<br>18. I. " 5,290,000 " 21%,34   | 25. I. Cz. c. 6,280,000 S. s. 22%,29  |
| 3              | Z. Kw. lat 24. <i>Hysteroneurasthenia</i> .<br><i>Adipositas</i> .<br>14. I. Cz. c. 6,320,000 S. s. 23%,01   | Od 14. I. bierze po $\frac{1}{2}$ tabletki<br>21. I. Cz. c. 7,590,000 S. s. 23%,45<br>Od 21. I. bierze po 1 tabletkę<br>28. I. Cz. c. 5,500,000 S. s. 23%,01  | 4. II. Cz. c. 5,430,000 S. s. 23%,2   |
| 4              | K. B. lat 43. <i>Rheumatismus</i><br><i>artic. chronic.</i><br>27. I. Cz. c. 5,480,000 S. s. 22%,06<br>2. II. " 4,650,000 " 23%,01                     | Od 2. II. bierze po $\frac{1}{2}$ tabletki<br>7. II. Cz. c. 5,480,000 S. s. 22%,23  | 14. II. Cz. c. 5,840,000 S. s. 21%,58 |
| 5              | A. Z. lat 24. <i>Nervositas</i> .<br>15. II. Cz. c. 6,580,000 S. s. 22%,6<br>20. II. " 5,410,000 " 22%,6   | Od 20. II. bierze po $\frac{1}{2}$ tabletki<br>25. II. Cz. c. 4,970,000 S. s. 21%,65  | 3. III. Cz. c. 4,900,000 S. s. 21%,6  |
| 6              | M. Ch. lat 32. <i>Hysteroneurasthenia</i> .<br>16. III. Cz. c. 5,510,000 S. s. 22%,83<br>20. III. " 5,890,000 " 23%,1<br>23. III. " 5,550,000 " 22%,82 | Od 23. III. bierze po 1 tabletkę<br>28. III. Cz. c. 7,060,000 S. s. 22%,66  |                                       |
| 7              | H. L. lat 26. <i>Diabetes mellit.</i><br>8. III. Cz. c. 5,940,000 S. s. 23%,14<br>10. III. " 5,780,000 " 23%,67  |   |                                       |
| 8              | J. J. lat 31. Osobnik zdrowy.<br>20. III. Cz. c. 5,350,000 S. s. 21%,8<br>26. III. " 4,410,000 " 22%,1   |   |                                       |

wpływem leczniczych dawek tyreoidyny, pozostawiamy otwartem pytanie, o ile zależna jest ona od istotnego zwiększenia liczby krążków czerwonych, o ile zaś od wpływów naczyńioruchowych. Zauważymy jeszcze, że temi indywidualnymi różnicami w odczynie wytłumaczyć można niezgodność w wynikach badań u różnych autorów, o której była mowa wyżej.

W przypadkach, w których pod wpływem tyreoidyny wystąpiła znaczna hiperglobulia, nie znajdowałem, wbrew wszelkim oczekiwaniom, wybitniejszych zmian w zawartości substancji suchej. Rozbieżność w tym względzie jest wprost zastanawiająca chociażby w przypadku II: określenia z 4. I. przed podawaniem tyreoidyny i 11. I. w tydzień po rozpoczęciu leczenia. Znajdujemy tu zwiększenie liczby czerwonych ciałek o 2,150,000, t. j. 43% obok zwiększenia zawartości substancji suchej o 1% (21,8—22,0). Albo w przypadku VI różnice wynoszą 1,510,000 czerwonych krążków obok 0%,16 substancji suchej, to jest 27% i 0%,7. Największe wahania w zawartości substancji suchej pod wpływem tyreoidyny znalazłem w przypadku IV: określenia z 2. II. i z 14. II. dają 23%,01 i 21%,58; różnica wynosi 1%,43. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę, że liczby czerwonych ciałek, równoległe określone, wynoszą 4,650,000 i 5,840,000, to musimy przyznać, że i w tym przypadku wahania w odsetce wody są stosunkowo mniejsze, niż w liczbie czerwonych ciałek, pierwsze bowiem wynoszą tylko 7%, podczas gdy drugie — 28%.

Wobec tak nieznacznych wahań substancji suchej w porównaniu z ciałkami czerwonymi podczas stosowania tyreoidyny, tembardziej zachodzić mogło pytanie, czy nawet i najwyższe różnice w zawartości substancji suchej można było położyć na karb leku. Jeżeli przejrzymy cyfry rubryki I, oznaczające zawartość substancji suchej krwi przed podawaniem tyreoidyny, dojdziemy do wniosku, że wahania wynoszą 0%,5

(przyp. VII), 0%,3 (przypadki VI i VIII) lub schodzą do zera w przypadku V (określenia z 15. II. i 20. II.) i w szóstym (określenia z 16. III i 23. III). Tylko w przypadku czwartym znalazłem znaczniejszą różnicę, a mianowicie 27. I. — suchej substancji 22%,06, zaś 2. II. — aż 23%,01. (Mimoходом zaznaczę, że i tu równoległe wahania w liczbie krążków czerwonych są stosunkowo większe: 5,480,000 i 4,650,000; w odsetkach wypadnie niecałe 5% różnicy w substancji suchej obok 18% różnicy w czerwonych krążkach). Wobec tego, że w większości przypadków wahania w zawartości substancji suchej były w kontrolujących określeniach niewielkie, można przypuścić, że spadki o 0%,7—1% w przypadkach I, II i V znamionują pewne zubożenie krwi pod wpływem leku.

Bądź co bądź, wyniszczenie to jest nieznaczne i przytem nie trafia się stale. Tym sposobem musimy przyjąć, że po za wybitną w niektórych razach hiperglobulią tyreoidyna innych zmian we krwi ludzkiej nie powoduje — przynajmniej w tym zakresie, w jakim krew tę badaliśmy. Nie w tym kierunku jednak spostrzeżenia nasze mają pewną wartość: z punktu widzenia ogólnobologicznego najważniejszą jest wspomniana rozbieżność pomiędzy wybitnymi nieraz wahaniami w liczbie czerwonych krążków krwi a znaczną stałością odsetki wody we krwi, jaka uderzała w niektórych momentach stosowania tyreoidyny.

Podkreślić należy, że rozbieżność ta istniała również w określeniach kontrolujących, choćby w przypadku V, gdzie w pięciodniowym okresie liczba krążków czerwonych spadła o 1170000, podczas gdy zawartość substancji suchej pozostała niezmienną (22%,6). Znaczenie omawianej rozbieżności uświadomimy sobie należycie, jeżeli przypomnimy, że substancja krążków czerwonych zawiera znacznie mniej wody, niż krew całkowita. Oczywiście tedy przy spadku liczby czerwonych ciałek należy oczekiwać zwiększenia zawartości wody we krwi, czyli spadku cyfr,

wyrażających zawartość substancji suchej, i odwrotnie: przy zwiększeniu liczby czerwonych ciałek — zwiększenia zawartości składników stałych. Taki związek faktów istniećby powinien szczególnie przy podawaniu tyreoidyny, tu bowiem zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi zależy może od wpływów naczynioruchowych, *resp.* od wysunięcia większej ilości osocza na zewnątrz naczyń.

Tymczasem tej apriorycznie wywnioskowanej równoległości nie widzimy ani przy tyreoidynie, ani bez tyreoidyny: odsetka wody we krwi pozostaje niezmienną mimo znacznych wahań w liczbie czerwonych krążków. Innemi słowy, ustrój dąży do zachowania we krwi całkowitej niezminionej odsetki wody. Fakt ten stwierdziliśmy nietylko w krótkich, ale i w dłuższych odstępach czasu — 2—3 tygodniowych (przypadki II i III).

Dotychczas w wielu miejscach utrzymuje się przekonanie o szerokich granicach, w jakich waha się zawartość wody we krwi różnych osobników, zarówno i jednego osobnika w różnych odstępach czasu. Niewątpliwie przekonanie to jest słuszne, o ile chodzi o różnice pomiędzy oddzielnymi jednostkami; jednak i tu różnice nie są zbyt wybitne (21%—22,5), w każdym razie stosunkowo mniejsze, niż różnice w liczbie czerwonych ciałek krwi. Stwierdzenie nadzwyczajnej stałości odsetki wody we krwi u jednego i tego samego osobnika jeszcze bardziej czyni odsetkę tę ważnym i cennym miernikiem przy badaniu zmian krwi w stanach normalnych i patologicznych.

Niech mi będzie wolno serdecznie podziękować d-rowsi E. BIERNACKIEMU za rady i wskazówki, jakich mi nie szczędził podczas wykonania niniejszej pracy.

Z polikliniki prof. OPPENHEIM'a w Berlinie.

## O porażeniu astenicznem

(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*)

Podał

WŁADYSŁAW STERLING.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 20).

Przypadek niniejszy jest jedyny z pomiędzy omawianych tutaj przezemnie, gdzie obserwacja kliniczna obejmuje całokształt obrazu chorobowego, począwszy od pierwszych objawów aż do zejścia śmiertelnego. Z przypadków, ogłoszonych dotychczas, najszybszy pod względem przebiegu był przypadek WIDALE-MARINESCO, który trwał 2—3 tygodnie, po nim następuje przypadek WILKS'a o trwaniu 4—6 tygodni; kilka miesięcy do roku trwało cierpienie u chorych CHARCOT'a, MARINESCO, HALL'a, REMAK'a, SHAW'a, GIESE'go i SCHULTZE'go, 1—3 lat w przypadkach OPPENHEIM'a, EISENLOHR'a, HOPPE'go, STRÜMPPEL'a, JOLLY'ego, BRUNS'a, PINELLES'a, KOŻEWNIKOW'a, około 5 lat w przypadku BERNHARDT'a, około 9 lat w przypadkach GOLDFLAMA, przeszło 10 lat w przypadku MURRI'ego, do 15 lat w przypadku DRESCHFELD'a, około 17 lat w przypadku AUERBACH'a, około 35 lat (?) w przypadku CAMUSET'a. Jak widzimy, w tej wielkiej gradacyi przypadek niniejszy należy do najkrótszych (choroba trwała mniej więcej 23 tygodnie), uderza więc tutaj szybki, niemal piorunujący przebieg choroby, której kres położyło porażenie mięśni oddechowych.

Przebieg przypadku tego wyróżnia go w pewnym stopniu z szeregu przypadków porażenia astenicznego. Brak w nim mianowicie wahań, remisji i intermisji, brak w nim napadowego występowania objawów, tak charakterystycznych dla tego cierpienia (KOLLARITS). Istotnie, jeżeli pominąć nieznaczne fluktuacje w nasileniu sprawy chorobowej, zachodzące w obrębie krótkich okresów czasu, mamy tutaj do czynienia

nia ze sprawą, stale postępującą, nieubłaganie dążącą do zniszczenia wszystkich funkeyi ruchowych do tego stopnia, że sam przebieg choroby upoważniałby raczej do rozpoznania w przypadku niniejszym postaci DUCHENNE'a, aniżeli t. zw. nerwicy opuszkowej. Rzecz prosta, że dane sekcyjne wyłączają tu przypuszczenia porażenia opuszkowego, zresztą niewłaściwe są dla niego takie objawy, jak reakcyja myasteniczna, zajęcie mięśni ocznych zewnętrznych (w porażeniu opuszkowem bardzo rzadkie), zajęcie górnej gałązki nerwu twarzowego, brak istotnych zaników oraz reakcyi zwyrodnienia. Jeżeli zwracam uwagę na tę analogię, to tylko dlatego, ażeby wykazać, że i w tem cierpieniu, jakkolwiek rzadko, możliwy jest przebieg stale postępujący, i że brak remisji i intermisji, zresztą bardzo dla niego typowych, nie wyłącza, jak tego żąda KOLLARITS, rozpoznania porażenia astenicznego.

Ciekawy jest w przypadku niniejszym fakt, że, podczas gdy w pierwszym okresie choroby muskulatura języka nie wykazywała drgań włóknikowych, wystąpiły one wyraźnie podczas ostatniego tygodnia życia, przy braku zmian jakościowych w oddziaływaniu elektrycznem. Podobne spostrzeżenie spotykano w 2 przypadkach GOLDFLAMA, który twierdzi, że drgania włóknikowe w przebiegu porażenia astenicznego zjawiają się „na wysokości choroby“. Wspominam o objawie tym, gdyż na równi z przebiegiem przypadku niniejszego mógłby on nasunąć wypowiedaną już niejednokrotnie myśl o pokrewieństwie porażenia astenicznego z postacią DUCHENNE'a. I tak LAQUER twierdzi, że objawy myasteniczne są tylko zwiastunami zaników i porażen, które niewątpliwie powstałyby, gdyby przebieg choroby nie był skrócony przez zejście śmiertelne. Według KOŻEWNIKOW'a porażenie asteniczne bardziej, aniżeli jakakolwiek postać chorobowa, skłonne jest do przejść od zmian molekularnych do istotnie anatomicznych. SCHULTZE jest zdania, że jedna i ta sama przyczyna wywoływać może w jednych przypadkach tylko

powierzehowne zmiany układu nerwowego, w innych głębokie i trwałe. Zapatrywaniu się jednak na porażenie asteniczne jako na okres początkowy porażenia opuszkowego przeczy fakt, że nawet przy najdłuższym przebiegu porażenia astenicznego do zaników dochodzi w przypadkach niesłychanie rzadkich (i to w niektórych tylko mięśniach). A zresztą, gdyby zapatrywanie to było słuszne, to przecież i odwrotnie w przebiegu typowej postaci DUCHENNE'a powinniśmy stale napotykać początkowy okres myasteniczny, co przecież nigdy się nie zdarza.

Co do wyników badania elektrycznego, to prócz zaznaczonej już w historii choroby reakcyi myastenicznej, zasługuje na uwagę trudna pobudliwość muskulatury, unerwianej przez nerw twarzowy, dla doprowadzenia której do skurezu potrzeba było prądu o sile 6—8 MA. W obrębie tych samych mięśni absolutna wielkość skurezu była wyraźnie mniejsza, jeżeli bezpośrednio przed drażnieniem za pomocą prądu kazano te same mięśnie kurezyć dowolnie. Natomiast po doprowadzeniu skurezu za pomocą prądu do *minimum* ruchy dowolne były jeszcze zachowane (wbrew spostrzeżeniu AUERBACH'a). Co się tyczy samej MyaR, to doprowadzenie skurezu do zupełnego zniknięcia nie udawało się nigdy. Przy prądach faradycznych średniej miary spotykaliśmy się z dwojakim zjawiskiem: albo intensywność skurezu słabła stopniowo, dochodząc do *minimum* po 20—25 drażnieniach, i wtedy dopiero przechodziła w migotanie i falowanie włókien mięśniowych, (jak w obrębie nerwu twarzowego), albo skurez szybko przechodził w falowanie i migotanie (jak w *m. deltoideus*). Przy stałych prądach tetanizujących właściwy skurez tetaniczny ustawał wprawdzie bardzo szybko, lecz falowanie włókien mięśniowych trwało jeszcze po 1½ minutach działania prądu.

Wyraźna jest w przypadku niniejszym różnica w przyjmowaniu udziału w zjawiskach apokamnozy pomiędzy peryferycznymi częściami kończyn górnych a centralnymi brak objawów

wyczerpywania w stawie łokciowym oraz w dłoni) — oraz nieznaczny udział kończyn dolnych w obrazie chorobowym. Wyczerpywanie się odruchów kolanowych, którego nie było w pierwszym okresie, wystąpiło wyraźnie w ostatnim tygodniu choroby. Natomiast wyraźnego wpływu zmęczenia jednych grup mięśniowych na wyczerpywanie się innych w ciągu całego trwania choroby nie udało mi się stwierdzić ani razu.

Co do etiologii danego przypadku, zaznaczę tylko influencę, która bezpośrednio poprzedziła rozwój choroby, natomiast brak wszelkich danych dziedzicznych oraz jakichkolwiek cech zwyrodnienia lub upośledzenia układu nerwowego. Choroby infekcyjne, jako moment poprzedzający porażenie asteniczne, spostrzegane były w 23% przypadków: pomiędzy nimi influenza zajmuje miejsce naczelne. Zaznaczyć także należy młody wiek chorego (15 lat), (najmłodszy opisany dotychczas myastenik przez GOLDFLAMA liczył lat  $4\frac{1}{2}$ ).

Dokonana sekcja potwierdziła tylko rozpoznanie kliniczne, lecz do rozjaśnienia patogeny cierpienia przyczyniła się nie wiele, wynik bowiem makro- i mikroskopowego badania układu nerwowego oraz wyciętych mięśni był zupełnie ujemny. Dzieli on los większości opisanych dotychczas przypadków porażenia astenicznego, w których dokonane było pośmiertne badanie mikroskopowe, istnieją dotychczas bowiem tylko 3 przypadki z pozytywnym wynikiem badania mięśni (GOLDFLAM, WEIGERT-LAQUER, LINK), w którym stwierdzono w mięśniach za życia lub *post mortem* mikroskopowe skupienia drobnokomórkowe. Niestety właśnie te pojedyncze przypadki dały popohop do zbudowania mniej lub więcej śmiałych hipotez, nie uwzględniających zupełnie kolosalnej większości pozostałych przypadków. Do przedmiotu tego będę miał sposobność powrócić jeszcze w dalszym ciągu pracy niniejszej.

Przypadek III. Alvina Neumann, lat 25. Szwaczka. Przesłana również z polikliniki o-

cznej prof. SILEX'a z następującą notatką: od pół roku prawostronna ptoza, czasami widzenie podwójne. Porażenie z prawej strony *m-i levatoris palpebrae superioris* oraz *m. recti externi*. Zresztą stosunki normalne.

Opowiada, że w październiku roku ubiegłego nagle opadła jej prawa powieka, jednocześnie wystąpiło utrudnienie w ruchach gałki ocznej, a przy ruchach gałki nazewnątrz występowały obrazy podwójne. Porażeniu temu nie towarzyszyły ani silne bóle głowy, ani zwiększenie pragnienia, ani *polyuria*. Podobno i lewą powiekę mogła wtedy podnosić z trudnością, jakkolwiek opadnięta nie była. Leczyła się wtenczas — i cierpienie jej oczywiście brano wówczas za specyficzne, gdyż przeszła gruntowną kurację przeciwprzymiotową. Poprawa wprawdzie nastąpiła, lecz bezpośredniego wpływu kuracji specyficznej na przebieg choroby stwierdzić nie można, gdyż polepszenie nastąpiło dopiero po kilku tygodniach.

Przed dwoma laty także opadła jej raz prawa powieka, po elektryzacji nastąpiło znaczne polepszenie (w kwietniu 1900 r.). Od tego czasu kilkakrotnie opadały jej powieki, czasem w stopniu silniejszym, czasem w słabszym, lecz nigdy ptoza nie była tak znaczna, jak przed 4 miesiącami. Nad ranem zawsze czuje się lepiej, wieczorem powieka opada znacznie silniej. Zaprzecza wszelkim objawom zmęczenia w ramionach, dłoniach i kończynach dolnych. Żucie, połykanie pokarmów stałych i płynnych zawsze było doskonałe. W mowie nie zauważyła najmniejszej zmiany, może mówić, czytać na głos przez czas dłuższy, nie męcząc się, pokarmy płynne nie powracają przez nos. Do ostatniej chwili zajmuje się szyciem, i nigdy choroba nie przeszkadzała jej w zajęciach. Zawrotów głowy, wymiotów, bólów w kończynach nie miewała nigdy. Chodzenie po schodach wprawdzie ją męczy, lecz objawów duszności nie doświadcza. W dzieciństwie była krótkowzroczna, lecz szkieł nie używała nigdy.



Zamężna od 4 lat, ma jedno zdrowe dziecko, nie roniła. Mąż zdrowy. Pochodzi z rodziny zdrowej, ojciec tylko cierpi na astmę oskrzelową. Chorób gorączkowych ani dawniej, ani bezpośrednio przed obecną chorobą nie przechodziła. *Lues negatur*. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie ma.

*St. praesens*. Wątła, niska kobieta o cierpiącym wyrazie twarzy, słabej budowie i wybitnie złem odżywianiu. Budowa czaszki nie wykazuje nic szczególnego, przy opukiwaniu lekka bolesność. W stanie spokoju: umiarkowany stopień ptozy prawostronnej, w mniejszym stopniu na lewym oku. Przy patrzeniu do góry: początkowo wyraźna ptoza wraz z wtórnym napięciem *m. frontalis dextri*, w dalszym przebiegu przy dłuższym trzymaniu oczu otwartymi ptoza prawostronna staje się silniejsza, lewa także wyraźniejsza, po pewnym czasie dochodzi do zupełnego opadnięcia powieki, które po dłuższym odpoczynku zupełnie przechodzi.

Przy patrzeniu na prawo prawa gałka wykazuje wyraźną niedostateczność ruchową, nie dochodzi ona na 4—5 mm. do brzegu łącznicy. Pozycji krańcowych w innych kierunkach dosięga prawa gałka przy drżeniach, przypominających oczopląs (nie jest to jednak istotny *nystagmus*). Ruchy gałki lewej dobre we wszystkich kierunkach. Reakcyja źrenic na światło i akomodacyę normalna.

W obrębie nerwu twarzowego mięśnie nie wykazują ani porażenia, ani cech apokamnozy. Język wysuwa w linii prostej — brak zaników, drgań włókienkowych oraz objawów wyczerpania. Obiektywnie: żucie i polykanie bez zmian. Czucie dotykowe, bólowe i cieplikowe zachowane. Siła mięśniowa rąk i nóg normalna: brak objawów wyczerpania. Odruchy kolanowe zwykłej siły, nie wyczerpują się. Odruchy *ACHILLE'S*a normalne, brzuszne bardzo żywe.

Mowa dość leniwa, lecz nie nosowa, głos nie słabnie przy liczeniu do 50. Odruch z pod-

niebienia miękkiego żywy, przy fonacyi *palatum molle* porusza się dobrze.

W lewym *m. deltoideus* wyraźna MyaR, lecz występuje ona w każdym razie dość późno. W tem samym miejscu wyraźna apokamnoza.

20. III. Od wczoraj wraz z wystąpieniem *menses* pewne pogorszenie. Oddychanie obecnie niewątpliwie przyspieszone—około 56 na minutę, zachodzi ono przy pomocy napięcia pomocniczych mięśni oddechowych. Zdaje się także, jakoby zaburzeniu ulegało oddychanie przeponowe: przy głębokiej inspiracyi następuje wciąganie *epigastrii*, natomiast ekspiracya jest zupełnie dobra. Kasłanie możliwe w granicach normalnych. Z chwilą, gdy liezba wdechów spadła na 7 w ćwierci minuty, kazano chorej kilka razy przejść szybko przez pokój: forsowna ta czynność nie wywołuje wyraźnego wpływu na zaburzenia oddechowe.

Ptoza bez zmian. Ruchy gałek ocznych, jak przedtem. Żadnych zaburzeń żucia, mowy, polykania, chodzenia, nie ma.

W prawym *m. rectus superior* udaje się dzisiaj stwierdzić wyraźną apokamnozę, toż samo w obu *m- i orbiculares oculi*. I dzisiaj wyraźna MyaR w *m. deltoideus sinister*. W lewym *m. orbicularis oculi*, być może, także MyaR, jakkolwiek niewyraźna.

Na *sternum* u góry nieznaczne stępienie, lecz trudno powiedzieć, czy patologiczne. Tętno czyste. Wyraźnie wyczuwa się *glandula thyreoidea*, która jednak nie jest powiększona. Tętno 84.

11. VI. 02. Czuje się nieco lepiej. Ptoza na prawem oku mniejsza. Przez ubiegły okres czasu miała dni lepsze i gorsze, kiedy zupełnie nie mogła otwierać powieki, i kiedy ruchy były prawie dobre. Innych objawów subiektywnych nie ma. Elektryzowała się, po galwanizacyi czuje się lepiej. Zaburzeń oddechowych obecnie nie ma, mowa, żucie, polykanie dobre.

MyaR w lewym *m. deltoideus* i w lewym *m. orbicularis oculi*. Żadnych objawów apokamnozy w mięśniach kończyn.

8. IX. 02. Po dłuższym czasie znowu zjawiała się w poliklinice. Nie ma wyraźnych zmian w obrazie chorobowym. Skarży się, że podczas *menses* stan jej pogarsza się. MyaR, jak dawniej.

12. XII. 02. Po dłuższej przerwie dokonano dokładnego badania chorej. Wygląda bardzo mizernie, znacznie gorzej, aniżeli przy poprzednich oględzinach. Nieznaczna ptoza na prawem oku, lecz funkcyja *m- i levatoris palpebrae superioris* wyczerpuje się bardzo szybko, zwłaszcza przy patrzeniu do góry; po odpoczynku sprawność powraca bardzo szybko. Istnieje obustronne porażenie *m- i recti superioris*, które potęguje się w trakcie czynności. Istnieje także lekkie porażenie *m- i abducentis dextri*, lecz wyraźnej apokamnozy w mięśniu tym stwierdzić nie można. *Rectus internus dexter et sinister* także są paretyczne, jakkolwiek w stopniu mniejszym, męczą się one wyraźnie przy funkcyi. Można tu także stwierdzić wpływ zmęczenia jednych mięśni ocznych na wyczerpywanie się innych.

Po odpoczynku może chora otworzyć oczy, lecz ruchy czynne i wtedy są niedostateczne. Przy dłuższem patrzeniu do góry powieka zupełnie opada. Zamknięcie powiek jest możliwe, lecz wykonywa je chora bez żadnej siły.

*M. deltoideus* na prąd faradyczny początkowo reaguje bardzo dobrze, lecz przy powtarzaniu drażnienia do 25 razy i więcej skurcze słabną, lecz nie nikną. Podnoszenie prawego ramienia po 8—10 razach zupełnie słabnie. Wyczerpywanie się abdukcji prawego ramienia (działanie *m- i deltoidei + m. serratus anticus major*) jest wyraźne, lecz do zupełnego zniesienia czynności nie dochodzi.

Żucie, polykanie, mowa bez zmian. Zaburzeń oddechowych dzisiaj nie ma. Ból głowy.

2. II. 03. Ogólny stan nieco lepszy. Ptoza prawostronna nieco mniejsza. Ruchy gałek ocznych, jak przedtem. Skarży się na bóle, zwłaszcza podczas miesiączki. Dwojenia się w oczach nie doświadcza. Nigdzie w mięśniach twarzy, języka, pasa barkowego zaników nie widać. Podniebienie miękkie przy fonacji porusza się dość leniwie, lecz nie można stwierdzić wyczerpywania się ruchów. Mowa wyraźna.

5. III. 03. Ptoza, jak przedtem. Bardzo wybitna diplopia przy patrzeniu do góry i na prawo. MyaR w lewym *deltoideus* oraz w *m. frontalis*. Przy marszczeniu czoła występuje wyraźna apokamnoza. Zaników mięśni twarzy, języka nie ma.

Przy tem wszystkim samopoczucie znacznie lepsze. Sypia dobrze, apetyt niezły. Przybyło jej na wadze. Chodzi bez męczenia się. Od czasu do czasu bóle głowy.

Przypadek ten dotyczy 26-letniej kobiety, która od 2 lat cierpi na opadanie powiek w stopniu mniejszym lub większym, do którego dołączają się zaburzenia w ruchach gałek ocznych, a czasem widzenie podwójne. Objawy te w przeciągu długiego okresu obserwacji podlegają znacznym wahaniom, wahania istnieją także w obrębie dnia, gdyż wieczorem zazwyczaj następuje nasilenie objawów chorobowych. Czasem dołącza się do nich osłabienie w ramionach. Badanie elektryczne wykrywa prócz tego wyczerpywanie się skurczów w niektórych mięśniach (*deltoideus, frontalis*). Jakkolwiek rozpoznanie w przypadku tym nie ulega wątpliwości, wymaga ono jednak bliższego uzasadnienia. Wysuwają się w nim na pierwszy plan objawy oczne, a mianowicie: cechujące się znacznymi wahaniami porażenie zewnętrznych i wewnętrznych mięśni oka.

(C. d. n.)

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 kwietnia 1904 r.

TREŚĆ: 1) Feliks MALINOWSKI — przedstawienie przypadku *hydroa vacciniiformis*. 2) BREGMAN — przedstawienie 3 przypadków: a) ostrego porażenia opuszkowego, b) *tabes dorsalis*, c) *spondylose rhizomelique*. 3) KOZERSKI — przedstawienie przypadku *sarcoma cutis pigmentosum multiplex* typu KAPOSÍEGO. 4) SOKOŁOWSKI — „Obawa przed suchotami — ftizofobia“.

MALINOWSKI Feliks pokazał 5-cioletniego chłopca, u którego już po raz drugi w ciągu 2 lat z nastaniem cieplejszej pory roku występuje na czole, nosie, policzkach, uszach i grzbietach rąk wysypka pęcherzykowa. Pęcherzyki napełniają się mętnym płynem. Do środka pęcherza następuje wylew krwi, pęcherz potem pokrywa się brunatnym strupem. Strup odpada i pozostawia dość głęboką bliznę, jak po ospie. Największa wielkość pęcherzy nie przenosi 20 kopiejek srebrnych. Wysypka, która roku ubiegłego zjawiała się w marcu, przetrwała do jesieni. Zjawienie się jej ma zależeć od działania promieni ultrafioletowych. Cierpienie to nosi nazwę *hydroa vacciniiformis*, opisane było przez BAZIN'a po raz pierwszy w 1861 r. Spozstrzegano je także w Szkocji, Anglii i Włoszech. Cierpienie to występuje zwykle do 20—30 lat życia. Rokowanie dobre.

BREGMAN przedstawił 3 przypadki: a) chorego 62 lat, u którego po kilkudniowych bólach i zawrotach głowy wystąpiły nagle bez utraty przytomności niedowład lewej połowy ciała, utrudnione łykanie, bezgłos i unieruchomienie gałek ocznych w pozycji zwróconej w lewo. B. rozpoznaje przypuszczalnie dwa ogniska rozmiękczenia wskutek zakrzepu (*thrombosis*): jedno kapsularne w prawej półkuli i drugie w lewej połowie mostu VAROL'a w pobliżu *n. abducentis*, które spowodowało porażenie torów lub ośrodka ruchów skojarzonych gałek ocznych i objawy opuszkowe.

b) Chorą 32-letnią z więdrem rdzenia. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów: 1) z powodu wczesnego zajęcia w silnym stopniu pnia mózgowego (*n. n. oculomotorii*,

*abducentis, trigemini*) przy stosunkowo małych objawach ze strony rdzenia, jak bardzo nieznaczny bezład, małe bóle, mało rozprzestrzenione zaburzenia czucia, nieznaczne zaburzenia pęcherza, 2) z powodu braku odruchów ze ścięgien ACHILLES'a przy zachowaniu kolanowych równoległe z umiejscowieniem zaburzeń czucia w okolicach, odpowiadających korzeniom krzyżowym, z pominięciem lędźwiowych. Prócz tego, rozumie się, są objawy: ARGYLL-ROBERTSON'a, VESTPHAL-PILTZ'a, ROMBERG'a.

c) Chorą 47-letnią, dotkniętą *spondylose rhizomelique*, u której istnieje zeszytywnienie kręgosłupa zwłaszcza w części szyjowej i górnej grzbietowej, ograniczenie znaczne ruchów w stawie barkowym prawym, obrzmienie i bolesność stawu mostko-obojęzykowego lewego i stawów biodrowych. Zaburzeń czuciowych i zaników mięśniowych niema. Cierpienie rozwija się stopniowo od pół roku.

KOZERSKI przedstawił 50-cio kilkoletniego mężczyznę, cierpiącego od lat 10 na wieloliczne pierwotne barwnikowe mięsaki skóry. Chory dotychczas nie leczył się. Ojciec chorego zmarł, mając liczne nowotwory, porozrzucane po ciele. Osobliwość przypadku stanowią: 1) niektóre guzy stopy rozmiękle, po uciśnięciu ich palcem zostaje zagłębienie, 2) w jamie ustnej na języczku daje się zauważyć owalny guzik prawdopodobnie tej samej natury.

SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Obawa przed suchotami — *phthisophobia*“. Prelegent przytoczył istnienie trzech kategorii chorych — jednych, którzy, najzupełniej będąc zdrowymi, obawiają się zarażenia suchotami lub dopatrują w sobie jakichś podejrzanych objawów; drugich, którzy kiedyś przebyli swoiste cierpienie płuc w nieznacznym stopniu i przy lada przejściowym ostrem cierpieniu dróg oddechowych nabierają przekonania, że odnawia się im dawna choroba, i nakoniec trzecich, dotkniętych różnemi cierpieniami dróg oddechowych lub innymi, którzy

szczególnej obawiają się pobytu w uzdrowiskach, gdzie przebywają chorzy piersiowi, ze względu na zarażenie się suchotami. Prelegent, poruszywszy, zdaniem jego, niedostatecznie stwierdzoną teorię zarażania się suchotami przez drogi oddechowe, określił, jakie stanowisko powinien, zdaniem jego, zająć lekarz wobec wspomnianych 3 rodzajów chorych. Lekarz powinien, zdaniem prelegenta, jaknajkategoryczniej rozwiewać nieuzasadnione obawy takich chorych, a zwłaszcza zwalczać szkodliwe obawy przed uzdrowiskami, gdzie możność zarażenia się sprowadzona jest do *minimum*. Walkę z gruźlicą uważa prelegent za walkę społeczną, polegającą na stosowaniu jaknajlepszych ogólnych warunków zdrowotnych, na podniesieniu osobniczej sprawności ustroju — nie zaś na goniwieniu za lasecznikiem.

W dyskusji CIĄGLIŃSKI Adam zalicza ftizofobię do rzędu chorób nerwowych, znanych wogóle pod nazwą fobii. Chorych takich należy zdaniem mówcy traktować, jak neurasteników. W kwestyi zaraźliwości suchot przytacza mówca przykład 5 posługaczów w instytucie anatomicznym, którzy za jego pamięci pomarli na suchoty.

DUNIN zwraca uwagę głównie na poruszoną przez prelegenta kwestyę zaraźliwości suchot. Mówca twierdzi, że zarażanie się przez drogi oddechowe istnieje niewątpliwie. Sam spostrzegł przypadki zarażania się jednego z małżonków od drugiego i to u ludzi zamożnych, żyjących w dobrych warunkach higienicznych. Zarażenie się przez skórę uważa mówca za zjawisko wyjątkowe. Że do rozwoju ftizofobii mogą przyczyniać się lekarze, mówca z tem się zgadza, z drugiej jednak strony podnosi nadzwyczaj trudne w tych wypadkach położenie lekarza.

DOBRYECKI podkreśla wpływ lekarzy na rozwój obaw chorych przed uzdrowiskami dla chorych piersiowych. Mówca widziałby sposób zaradzenia złemu w tem, aby właśnie chorym wyjaśniono, że w uzdrowiskach takich przez odpowiednie zarządzenia zdrowotne zarażenie się jaknajmniej ludziom grozi.

PULAWSKI zalicza ftizofobię do stanów neurastenicznych, ale nie uważa tej fobii za najczęstszą. Częściej, zdaniem mówcy, spotyka się obawy chorób serca, żołądka lub syfilofobię. Pre-

-dziej lekarze są dotknięci ftizofobią w stosunku do chorych, ale i to jest zrozumiałe, gdyż niejednokrotnie chorzy, uważani z początku za neurasteników, kończyli na gruźlicę płuc. Dla przeciwdziałania przesadnym obawom zarażenia się suchotami w zakładach leczniczych trzeba by, zdaniem P., wyjaśniać, że przepisy co do plucia w naczynia, a nie na podłogi i inne t. p. dotyczą nie tylko specjalnie suchotników, ale że są to ogólne przepisy higieniczne dla wszystkich ludzi.

RYCHLIŃSKI uważa chorych, zaliczonych przez prelegenta do pierwszej kategorii ftizofobów, za chorych psychicznie. Są to ludzie, którzy mają zupełnie odrębną psychikę i przez całe życie przechodzą z różnymi fobiami. Takiej więc ftizofobii nie stwarzają lekarze, mogą oni tylko sprzyjać jej wybuchowi lub też stosownem zachowaniem się przyciszyć ją na jakiś czas. Chorych zaś, obawiających się, że odnawia się im rzeczywiście przebyte cierpienie, do kategorii fobów zaliczyć nie można.

RUPPERT uważa, że szerzenie pojęć o uleczalności gruźlicy wogóle, a suchot płucnych w szczególności, mogłoby skutecznie wpływać na zmniejszenie ftizofobii.

RZĘTKOWSKI wobec braku kategorycznych wskazówek, któreby pozwalały z całą pewnością wyłączyć rozpoczynającą się gruźlicę, zwłaszcza u osobników dziedzicznie obciążonych, doradza traktowanie ich poważnie, zalecając wyjaśnienie, że wyznaczone leczenie ma dla nich więcej znaczenie zapobiegawcze, a w ten sposób, wielkiej szkody ftizofobowi nie wyrządziwszy, istotnie choremu wielki pożytek przyniesiemy.

PULAWSKI zwraca jeszcze uwagę na to, że osobniki gruźlicze lub dotknięte dziedziczną skłonnością do gruźlicy są często jednocześnie neurastenikami lub przedstawiają inne zбочenia w sferze nerwowej. Na fakt ten zwrócił uwagę i pisał o tem w swoim czasie CHEŁMOŃSKI.

CHEŁMOŃSKI zwraca główną uwagę na uchronienie od zarażenia się dzieci. Dorośli, zdaniem mówcy, którzy po latach 20 suchot nie dośtali, mogą nie obawiać się tak dalece zarażenia.

KOZERSKI w kwestyi zarażenia się gruźlicą przez skórę, przytacza parę obserwowanych przez siebie przypadków. Podnosi również częstotność gruźlicy skóry w postaci *lupus*.

SOKOŁOWSKI odpowiada, że nie mógł w swoim odczycie kwestyi wyczerpywać. S. stoi na stanowisku zaraźliwości gruźlicy, twierdzi tylko, że drogi, kędy zarazek gruźliczy przenika do ustroju, nie są jeszcze zdecydowane. Walka z gruźlicą polega nie na gonitwie za lasecznikiem, ale na stworzeniu dobrych warunków higienicznych, na urządzeniach społecznych, dążących do podniesienia ogólnej zdrowotności i odporności. Jako skutek takich zarządzeń wszędzie ujawnia się zmniejszenie śmiertelności wskutek suchot. CIĄGLIŃSKIEMU odpowiada, że znakomity LAENNEC zaraził się, a właściwie zaszczerpił sobie przy seceyi gruźlicę i zmarł na nią w 20 lat później. RZĘTKOWSKIEMU przyznaje słusność, że położenie lekarza jest nieraz trudne — jak traktować chorego — ale pamiętać należy o przysłowiu: „c'est le ton, qui fait le chanson“. Pracą swoją S. chciał przede wszystkim przeciwdziałać szkodliwym obawom przed uzdrowiskami, które stanowią urządzenia pierwszorzędnej społecznej wartości.

BRUDZIŃSKI przytacza fakt, że w szpitalach francuskich urządzone są specjalne oddziały dla suchotników, aby izolować ich od innych chorych.

DUNIN uważa zarządzenia szpitali francuskich za zupełnie uzasadnione. Raz jeszcze podnosi, że wszelka walka społeczna z gruźlicą, wszelkie polepszanie warunków higienicznych, urządzenie sanatoryjów i t. p. w osnowie swej ma na celu właściwie usunięcie, o ile to możliwe, sposobności rozszerzania się zarazka gruźliczego i zarażania się nim. Jest to więc właściwie walka z lasecznikiem.

SOKOŁOWSKI zaznacza jeszcze, że urządzenie oddzielnych pawilonów dla suchotników w szpitalach francuskich ma na celu stworzenie dla nich możliwie najlepszych warunków higienicznych, a nie tylko izolowanie ich od innych chorych.

*T. Korzon.*

## Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

W sprawie znaczenia dziedziczności dla patologii zabrał głos d-r. ORTH w towarzystwie lekarskiem berlińskim. Wykład nie zawierał żadnych nowych przyczynków naukowych w sprawie omawianej, miał raczej na celu wyjaśnić, co w obec nowoczesnych zdobyczy biologicznych należy zaliczyć do zjawisk dziedzicznych, zwłaszcza, że język lekarski pozostawia pod tym względem dużo do życzenia. Pojęcia „odziedziczony” i „wrodzony” bywają częstokroć używane, jako równoznaczne. Tymczasem to, co jest odziedziczone, bywa jednocześnie i wrodzone, lecz nigdy nie bywa naodwrot. Cechy dziedziczne przechodzą od przodków do potomków wraz z komórkami zarodkowymi: nasieniem i jajkiem. Z chwilą zlania się ich osobnik zostaje obarczony dziedzictwem; to zaś, co później przybywa, nie jest już odziedziczone, lecz nabyte, czy zaś

nabytek ma miejsce w życiu wewnątrz-, czy też zewnątrz-macicznym, jest zupełnie obojętne. Do nabytków wewnątrz-macicznych należą wszystkie choroby płodu, np. zniekształcenia wszelkie, zwężenia światła kiszek i t. p. Można więc mówić o przymocie nabytym nie tylko wtedy, gdy dziecko ulega zakażeniu podczas przechodzenia przez narządy rodne, lecz nawet i wtedy, kiedy zarażenie nastąpiło jeszcze w macicy za pośrednictwem krążenia łożyskowego. Jeżeli następnie zarażenie staje się przyczyną choroby, to można ją uznawać za zakażenie łożyskowe. Wnikanie głębsze w zagadnienia ogólnobiologiczne doprowadziły do takiego odróżnienia pomiędzy pojęciami o nabywaniu i dziedziczeniu, ponieważ wobec poczęcia dwupłciowego należało uznać jednakową wartość obydwóch składników rozrodczych przynajmniej pod względem

potencjalnym, ponieważ przyznawanie pewnego wpływu własnościom matki na płód już po zlanii się obydwóch komórek rozrodczych wskazywałoby na pewne faworyzowanie ustroju matczynego. Idąc dalej, nie należałoby uważać za odziedziczone wszystkiego tego, co zostało zapoczątkowane podczas kopulacji. Bo jeżeli, np. nitka nasienna, zdrowa sama przez się, przywlecze wypadkiem z sobą laseczniki gruźlicze, na skutek czego płód ulegnie zarażeniu gruźlicą (doświadczenia podobne robił FRIEDMAN z królikami), to takiej gruźlicy nie można nazwać dziedziczną, lecz nabytą, co, używając wyrażenia technicznego, można nazwać *infectio germinalis*. Nazwa ta będzie słuszną nawet i wtedy, jeżeli lasecznik będzie pochodził od ojca, lecz dostał się do nasienia przypadkowo. Za odziedziczone będziemy poczytywali tylko to, co jest oparte na własnościach wewnętrznych, morfologicznych, fizycznych lub chemicznych komórek zarodkowych. Wychodząc z takiego założenia, przekonamy się, że większość chorób wrodzonych, a zwłaszcza wszystkie choroby zakaźne, rzekomo wrodzone, wypadnie zaliczyć do nabytych. Wogóle jest bardzo wątpliwe, czy istnieją jakie choroby odziedziczone, i zachodzi pytanie, czy z takich wewnętrznie nieprawidłowych komórek zarodkowych mogą rozwijać się płody. Być może, iż z rodziców starych rodzą się dlatego dzieci upośledzone pod względem rozwoju i zdolności do życia, że komórki zarodkowe nie są zdolne do zupełnego zlania się; ta sama przyczyna prawdopodobnie wpływa na lichy stan dzieci, pochodzących od rodziców, dotkniętych przymiotem. Należy jednak pamiętać, że ani w jednym, ani w drugim z przypadków przytoczonych choroba nie bywa dziedziczna, jako taka, lecz na potomstwo przechodzą pewne osobliwości budowy lub czynności chemicznych całego płodu albo pewnych jego części. Te właściwości mogą wytworzyć w ustroju młodym skłonność do chorób; otóż według wszelkiego prawdopodobieństwa dziedziczone bywa wyłącznie tylko usposobienie lub skłonność do chorób. Plazma zarodkowa gra rolę wybitną nie tylko w sprawie podtrzymywania ciągłości gatunku, lecz jednocześnie zawiera w sobie zaczątki, które wpływają na zmienność form pokoleń następnych i dalszych rozwój filogenetyczny. Właściwości więc plazmy stanowią podstawę własno-

ści patologicznych, dziedziczonych przez danego osobnika. Jądro więc sprawy tkwi w pytaniu: w jaki sposób powstają modyfikacje plazmy zarodkowej? Według wszelkiego prawdopodobieństwa działają tu wpływy zewnętrzne. Ostatnie mogą oddziaływać albo bezpośrednio na samą plazmę, albo pośrednio przez wpływ swój na ustrój. Jako przykład działania bezpośredniego mogą nam służyć fakty, spostrzegane przy sztucznym wylęganiu ryb; fakty te pouczają, że zależnie od działania rozmaitych czynników na ikrę zapłodnioną z jajek wylęgają się pewne potworności i to częściej w tych przypadkach, kiedy jajka były poddawane doświadczeniom odnośnym w najpierwszych okresach rozwoju. Wpływ pośredni może wyrażać się, jako dziedziczenie własności somatycznych nabytych; nie wiadomo tylko, czy fakty odnośne istnieją. Przykłady rzekomego dziedziczenia kalectw nabytych (dzieci z bardzo krótkim napletkiem, rzekomo obrzezane, koty z krótkimi ogonami) nie wytrzymują krytyki, podobnie jak i przypuszczenie, że dlatego rodzą się dziewczynki, pozbawione błony dziewiczej, iż błona ta stale podlega przerwaniam. Wszelkie próby doświadczenia, czynione w celu poparcia omawianej hipotezy, nie powiodły się. Najbardziej możliwymi wydają się jakieś zmiany chemiczne, które działają na ustrój, a więc pośrednio działanie to może odbić się i na plazmie zarodkowej. Przyszłość pokłada największe nadzieje na tych stosunkach chemicznych, a chociaż są one dziś jeszcze nie znane, lecz zapewne z czasem nie oprą się usiłowaniom badaczy.

O krwotokach trzustkowych mówił dr FRIEDLER na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Dreźnie. W przeciągu ostatnich lat dziesięciu mówca spostrzegł pięć odnośnych przypadków. Cierpienie to nie należy do częstych, lecz do najcięższych, jakie zdarzają się w praktyce lekarskiej; ulegają mu ludzie przeważnie w wieku średnim nagle, wśród najlepszego zdrowia, a zejście w większości przypadków bywa śmiertelne wśród ciężkich cierpień. Rozpoznanie cierpienia jest tak trudne, że do dziś nie udało się ono napewno ani w jednym przypadku; etiologia jest nam dotychczas nieznana, a leczenie najzupełniej bezsilne (być może, iż z czasem okaże się możliwą interwencja chirurgiczna). Obraz cierpienia we wszystkich pięciu przypadkach był zupełnie jednakowy na-

wet w szczegółach. Chorzy, częściej kobiety, niż mężczyźni, przeważnie osobniki otyłe, z początku skarżą się na występujące nagle bóle gwałtowne w nadbrzuszu, które następnie rozszerzają się na cały brzuch. Stopniowo przyłącza się wzdęcie wysokiego stopnia, nudności, wymioty i zaparcie tak uparte, że czasem nie udaje się wywołać wypróżnienia nawet za pomocą silnych środków czyszczących i wlewań wysokich. Jeżeli nawet uda się wywołać wypróżnienie, to i wtedy jeszcze bóle i wzdęcie nie ustępują nawet po zastosowaniu makowca; tylko morfina sprowadza ulgę chwilową. Stan chorych pogarsza się wciąż: zjawia się strach, niepokój i bóle nieustanne; *sensorium* pozostaje wolne do ostatniej chwili; gorączki zwykle nie bywa; czasem tylko spostrzegano wzniesienia do 38, 5° C. Tętno, w początkach nieco przyspieszone, lecz prawidłowe, szybko staje się małym, nierównym, nieprawidłowym, bardzo często z wyraźnymi objawami osłabienia czynności serca. Następuje zapaść i sinica, chory pokrywa się zimnym potem, a choroba po 3—5 dniach kończy się śmiercią. Znane są jednak przypadki, gdzie zejście śmiertelne miało miejsce już w parę godzin po wystąpieniu wyżej wymienionych objawów. Podczas badania zwłok we wszystkich pięciu przypadkach znaleziono mniej lub więcej obfity wylew krwawy do tkanki śródmiąższowej trzustki lub do otaczających tkanek, często bez żadnych zmian w oddzielnych częściach gruczołu. W jamie brzusznej spotykano nieco surowiczo-krwawego płynu i poczynające się zapalenie otrzewny. W dwóch przypadkach ostatnich istniała zgorzel tkanki tłuszczowej otrzewnowej i trzustki; dawniej nie robiono poszukiwań w tym kierunku. Ponieważ wylew krwi i zgorzel tkanki tłuszczowej istnieją prawdopodobnie we wszystkich przypadkach cierpienia odnośnego, przeto następcza się pytanie, który z tych czynników stanowi źródło tak ciężkich objawów chorobowych, t. j. wylew krwi, czy zgorzel tkanki tłuszczowej. Obydwa przypuszczenia mają swoich zwolenników; FRIEDLER jednak stanowczo twierdzi, że główną i jedyną rolę gra wylew krwi. Gdyby nawet przypuścić, że zgorzel rozległa tkanki tłuszczowej może doprowadzić do zgorzeli części gruczołu, to nie wy-

starczyłoby to do objaśnienia tak gwałtownie występujących ciężkich objawów ogólnych. Od czego też mogą zależeć te wylewy? Z wielkiej liczby hipotez i teorii można uwzględnić tylko dwie: pasorzytniczą i zaczynową (*Fermenttheorie*). Pierwsza z nich posiada zbyt wiele stron słabych, dlatego też posiada mniej zwolenników, druga natomiast, zwłaszcza dzięki pracom HILDEBRAND'a, wydaje się trafniejszą. Sądzą, że w tym względzie znaczenie niepoślednie posiadają dwa zaczyny: trawiąca białko trypsyna i rozszerzająca tłuszczę steapsyna. Obydwa te zaczyny, na skutek zatrzymania odpływu soku trzustkowego przez przewód właściwy, dostają się do tkanki śródmiąższowej gruczołu i okołotrzustkowej i energicznie działają na tkanki w sposób sobie właściwy. Do chwili obecnej nie wiemy jeszcze, czy sama trypsyna jest w stanie spowodować nadżerkę naczynia z krwotokiem następczym, czy też, jak sądzi wielu autorów, do tego potrzebny jest współdziałanie żółci i soku kiszczkowego, w obecności których zaczyn ten jest w stanie przejawiać swe działanie żrące. Możliwe jest, że i stan naczyń krwionośnych nie jest bez znaczenia. Bezpośrednia przyczyna śmierci nie jest nam również dokładnie znana, ponieważ sama tylko utrata krwi nie wystarcza; zresztą objawy chorobowe u ludzi po obfitych krwotokach są zgoła inne. Prelegent sądzi, że możliwe są tu dwie alternatywy: albo winne są toksyny, wydzielone z sokiem trzustkowym, które dostają się do jamy brzusznej i do krwi, lub też sama trypsyna, zmieniona jakościowo pod wpływem domieszki innych soków, działa trująco; albo powstają jakieś czynniki drażniące mechaniczne lub trujące, które działają na zwoje nerwowe i żyły brzuszne, a dalej na drodze odruchowej działanie ich przechodzi na serce i wywołuje coś w rodzaju wstrząsu. Zdaje się, że i teoria, podana kiedyś przez ZENKER'a, posiada wiele cech prawdopodobieństwa. ZENKER utrzymywał, że główną rolę gra ucisk, wywierany przez znacznie powiększoną skutkiem wylewu krwi trzustkę na splot słoneczny. Byłoby to coś podobnego do doświadczeń GOLTZ'a (szybkie i mocne uderzenie po ścianie brzusznej), zwłaszcza, że wszystkim jest znany zbiór ciężkich objawów, spostrzeganych po urazie nadbrzusza. Zdaje się, że splot

słoneczny jest bardzo wrażliwy na wszelkie urazy mechaniczne w przeciwieństwie do bodźców chemicznych. W końcu prelegent wyraża nadzieję, że chemia fizyologiczna rzuci z czasem

nieco więcej światła na patologię cierpień trzustki, do dziś jeszcze tak ciemną i mało zbadaną.

K. Z.

## Drobn ejsze wiadomości różnej treści.

= BAUM opisuje przypadek zranienia tętnicy biodrowej przy przekłuciu brzucha. Po raz pierwszy dokonano operacji na linii środkowej, po raz drugi (w tydzień później) na 1 cm. na lewo od tejże linii i 8,5 cm. powyżej spojenia łonowego. Po wyjęciu trójgrana ukazało się kilka kropel krwi. W 3 godziny później silne bóle brzucha. Dokoła ułucia ściśle ograniczony guz, bolesny, nie chęłbocący, sięgający linii środkowej, a ku górze łuku żeberowego. Skóra niezmieniona. Po rozcięciu guza buchnęła krew. Tętnicę podwiązano i usunięto skrzepy. Płyn, otrzymany z przekłucia był przezroczysty, a zatem wylew nastąpił nie do jamy otrzewnej, lecz pod skórę. Autor radzi trzymać się przy przekłuciu linii środkowej, gdyż stosunek tętnicy biodrowej do mięśni brzucha bywa niestały. (D. Zetschr. f. Chir. T. 69).

= Dźwięk, otrzymywany przy opukiwaniu kręgosłupa, zmienia się odpowiednio do narządów, znajdujących się na poziomie kręgów. Opukując zatem część, leżącą między 7 szyjowym a 11 piersiowym kręgiem, otrzymuje się odgłos jasny, odpowiadający płucem. Poniżej 11 kręgu odgłos staje się tępy. SIGNORELLI w klinice BACELLI'ego przekonał się, że przy istnieniu wolnego, nie otorbionego zrostami wysięku opłucny opukiwanie kręgów piersiowych daje odgłos tępy, odpowiadający ściśle górnej i dolnej granicy wysięku i dający się dość dokładnie odróżnić od normalnej tępości odgłosu nad częścią lędźwiową kręgosłupa. Natomiast przy zwałobieniu płuca część piersiowa kręgosłupa zachowuje swój dźwięk normalny—jasny. (Polielino. 22. 8. 1903).

= KRAUS opisuje 4 rodzeństwa z wrodzoną łysiną, z których dwoje (3½ i 1½ roku) zbadano dokładnie. Wszystkie dzieci przysły na świat z uwłosieniem normalnym, lecz u jednego dziecka włosy wypadły zaraz po urodzeniu, u drugiego między 4 a 7 tygodniem życia. Brwi i rzęsy ukazały się dopiero [w kilka tygodni po urodzeniu. U obojga dzieci głowa była zupełnie łysa, skóra tamże ścięnczona, dziwnie gładka i łatwo fałdująca się. Na twarzy obfite włosy, pozbawione barwnika (lanugo). Paznogie i zęby normalne. Badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków skóry głowy wykazało zupełny brak właściwej tkanki włosowej, pochewek korzeni lub brodawek włosowych. Natomiast było dużo zaczątków włosów w postaci szczątkowych torebek włosowych. Zapewne po wypadnięciu normalnie rozwiniętych włosów zarodkowych (lanugo) nie utworzyły się włosy stałe. (Arch. f. Derm. T. 66).

= POSPIELOW i GAUTIER-DUFOYER? opisał przypadek choroby ADDISON'a u kobiety 40-letniej, u której z różnych innych oznak rozpoznawano gruźlicę nadnerczy. Obok bromku potasu przepisano tabletki z tkanki nadnercza po 0,3 jedną do 5 sztuk dziennie, w ciągu wielu miesięcy. Waga ciała i siły podniosły się znacznie; zabarwienie skóry zmniejszyło się; bóle brzucha, biegunka, zawroty znikły zupełnie, a napady padaczki stały się o wiele rzadsze i słabsze. (Arch. f. Derm. T. 66).

P.



## Wiadomości bieżące.

— XV Zjazd międzynarodowy lekarski odbędzie się pomiędzy 19—26 kwietnia 1906 roku w Lizbonie. Cena biletu dla uczestników zjazdu 25 franków. Prace zjazdu podzielono na 17 sekcji: 1) Anatomia, 2) Fiziologia, 3) Patologia ogólna, bakteryologia i anatomia patologiczna; 4) Terapia i farmakologia; 5) Medycyna wewnętrzna; 6) Pedyatria; 7) Neurologia, psychiatrya i antropologia w kryminalistyce, 8) Dermatologia i syfilidologia, 9) Chirurgia; 10) Terapia i chirurgia dróg moczowych; 11) Oftalmologia; 12) Laryngologia, rynologia, otologia i stomatologia, 13) Akuszerya i ginekologia, 14) Higiena i epidemiologia; 15) Medycyna wojenna; 16) Medycyna sądowa i 17) Medycyna kolonialna. Przewodniczącym w Komitecie organizacyjnym jest d-r M. da Costa ALEMAO, sekretarzem d-r Miguel BONIKARDA. Z korespondencją należy się zwracać do tego ostatniego. Lizbona szpital de Ril-hafilles.

— Właściciel szpitala i lecznicy dla zwierząt przy ul. Śliskiej Nr. 47 p. J. Koziolkiewicz z d. 1 czerwca otwiera 2 nowe lecznice przy ul. Mokotowskiej N. 57 i Leszno N. 98. Rzecz to nie małej wagi dla zdrowotności miasta Warszawy, tembardziej, że we wszystkich lecznicach p. Koziolkiewicza biedni właściciele zwierząt z porad korzystać będą bezpłatnie.

— Podobno w Szwecyi i Portugalii znaleziono rudę, zawierającą rad.

— II międzynarodowy Zjazd Higieny Szkolnej ma się odbyć w Londynie, a trzeci — w Paryżu.

— Otrzymaliśmy I zeszyt nowego czasopisma p. t. „Physikalisch-medicinische Monatshefte”. Czasopismo poświęcone jest wyłącznie fizycznemu kierunkowi w medycynie ze szczególnem uwzględnieniem radiologii. Pismo to jest wydawane w Berlinie przez prywat-docenta d-ra KRAFF'a i d-ra WIESNER'a.

— W Berlinie na początku roku przyszłego ma zacząć wychodzić nowy dwutygodnik p. t. „Zeitschrift für aertzliche Fortbildung”. Redaktorem został prof. KUTNER.

— D-r med. Henryk HIGIER, objawszy dział referencyjny z prac polskich w „Physikalisch-medicinische Monatshefte” (Berlin), miesięczniku, poświęconym metodom naukowym badania i leczenia fizycznego — ze szczególnem uwzględnieniem rentgenologii, — uprasza autorów o łaskawe nadsyłanie odnośnych prac.

— ZMARLI. Dnia 4 kwietnia r. b. zmarł nagle w Kaliszu lekarz Fryderyk Wilhelm RÜDIGER w wieku lat 49. Ukończywszy w r. 1878 uniwersytet Warszawski, odbył jako lekarz kampanię turecką, poczem osiadł w Uniejowie, gub. Kaliskiej i zyskał sobie prędko wielką i rozległą praktykę. W r. 1894 przeniósł się do Kalisza i tu, dzięki wyjątkowym zaletom swoim, dobił się prędko uznania i sympatii wśród kolegów i publiczności, a co za tem idzie — rozległej praktyki lekarskiej, której oddawał się z całym poświęceniem sił swoich i zdrowia, uprawiając z jednakowem zamiłowaniem i powodzeniem wszystkie gałęzie medycyny praktycznej i w ten sposób spełniając wzorowo szczytne zadanie lekarza na prowincyi! W uznaniu tej nad wyraz dodatniej działalności RÜDIGERA wybrano go na prezesa Tow. Lek. Kaliskiego i na członka Zarządu kaliskiego oddziału Warsz. Tow. Hig. My pamiętamy RÜDIGERA jeszcze i z ławy uniwersyteckiej i zaświadczyć możemy, że już wówczas wśród rówieśników wyróżniał się dobrocią serca i rozwągią umysłu. Cześć Jego pamięci! *Zweigbarum.*

— W Zakopanem zmarła d-r med. Stanisława WŁODKOWA.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO: 1) Wpływy mózgu i mózdzku na odruchy. 2) Miazdzyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie. 3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywoływanej marskości wątroby (przez szczepienia gruźlicy). 4) Wpływ surowie (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt. 5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej wobec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej. 6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych. 7) O biochemicznych własnościach paciorkowców. Termin nadesłania prac oznacza się do 31 marca 1905 roku. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po rb. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” (ul. Niecała Nr. 7.), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t.j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały  
*D-r Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHALUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien,

że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczają. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały  
*D-r Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chirurgii Leona KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna w kwocie rb. 256 kop. 50 za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 15 kwietnia 1902 roku do dnia 31 marca 1905 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie” (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały  
*D-r Hoyer.*

Bardzo pożyteczny produkt z  
**Cascara Sagrada.**

**CASCARINE**  
 $C^{12}H^{10}O^5$  **LEPRINCE**  
 (Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku  
 Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892  
 roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby  
 wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla  
 organów trawienia; przy atonii organów tra-  
 wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży  
 i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.  
 Zążywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po  
 jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek  
 Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16).  
 Składy we wszystkich aptekach i składach ma-  
 teryałów aptecznych

## Racyonalne leczenie fosforem

**R H O M N O L**

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,  
 przygotowanego przez D-ra Leprince



**Wskazania:** Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—  
 Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.



# Fabryki Farb

DAWNIEJ

## Friedr. Bayer & C-o., Elberfeld.

### Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Juljusz WARSZAWSKI Warszawa, Złota 32.

#### Aspiryn

Antirheumaticum i Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3—5 dziennie

#### Mezotan

nowy ester salicylowy do miejscowego leczenia reumatycznych chorób.—Zastępuje olejek gaultheriowy; prawie bez zapachu i łatwo się wsysa. Stos.: zmieszany z oliwą 3 razy dziennie wcierać.

#### Veronal

nowe hypnoticum. Wyróżnia się silnem i pewnem działaniem, wolne od szkodliwego ubocznego działania. Bezwonne, prawie bez smaku. Sre-dnia dawka 0,5 - 0,75 - 1 gr. w gorącym płynie rozpuszcz. przyjm.

#### Heroin hydrochl.

Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003—0,005 gr. 3—4 razy dziennie, dla dzieci 0,005 — 0,0025 gr. 3—4 razy dziennie.

#### Helmitol

nowy ulepszony antyseptyk pęcherza wsk.: Cystitis, Pyelitis, Phosphaturia, —Urethritis gonorrhoeic; posterior, ropnie cewki. Daw.: 1 gr. 3—4 razy dziennie.

#### Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influ-enzy, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2—3 godziny.

#### Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakterjocydyce własności przy najmniejszym podrażnieniu.

#### Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorostym 6—12 gr. dziennie, dzieciom 3—6 gr. dziennie.

#### Europfen

Specj. wskaz.: mała chirurgia Ulcus molle, Papul mad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z capor. pulv aa p. mieszany lub jak maść 5—10%

#### Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwojnieniu i katarach żołądkowokiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25 — 0,5 gr. 6 razy dziennie.

#### Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznem i w postaci łatwo wssysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

#### Citarin

Pochodna formaldehydu rozpuszczająca kwas moczowy, nowy środek przeciw typowej podagrze Dawka: 2 g. trzy do czterech razy dziennie (w pierwszym dniu częściej).

#### Theocin-Natr. acetic.

działa pewno, łatwo rozpuszczalne. Dawka 3,0—0,5 g 3—4 razy dziennie, rozpuszczone po obiedzie

#### Agurin

Theobromino natrium aceticum. Dawka: 1 gr. 3—4 razy w opłtaku lub w wodzie mętowej.

#### Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis Tyfus.

Silne środki moczopędne przy najczęstszych objawach wodnej puchliny. Zaleca się silnie pobudzać z początku diurezę zapomocą theocin-natr. aceticum i następ. możliwie długo ją podtrzymywać zapom. agurinu.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

**Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „MOTOR“**

Warszawa, Marszałkowska 23.

poleca

## KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

otrzymywanego z soli rozpuszczonych w wannie. — Mogą być z łatwością przyrządzane tak dobrze w mieszkaniach prywatnych, jak również w Zakładach kąpielowych. Sposób użycia dołącza się do każdej kąpieli.

Dostać można w aptekach i składach aptecznych. Cena kop. 80. Gotowe kąpiele wydają się w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.