

90585

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

N^o 1.

Warszawa d. 1 Stycznia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

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.

TREĆ. PRACĘ ORYGINALNE. W sprawie chromania przestankowego, podał S. Goldflam. — O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej, przez d-ra S. Mintza. — Anafilaksya, podał K. Szokalski. — STRESZCZENIA. *Medycyna teoretyczna* 1. O homoseksualizmie i pseudohomoseksualizmie. — 2. Schur. Nowy odczyn w moczu ludzkim. — *Choroby dzieci*. 3. J. Neuman. O leczeniu zwężenia krtani natury błoniczej. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO. — Bibliografia. Feliks Malinowski. Choroby weneryczne T. J. Przymiot (Syfiliś). — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie chromania przestankowego.

Podał
S. Goldflam.

Wedle odczytu na I-m Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie 12. X. 09.

W pracy mojej z r. 1895 ¹⁾ — pierwszej większej po CHARCOT'owskiej — podałem istotne cechy tego cierpienia. Wielka praca ERBA, moje własne, HIGIERA i innych autorów

¹⁾ Medycyna.

przyczyniły się do pogłębienia naszej znajomości chromania przestankowego, które mimo to nie wnikło dostatecznie do świadomości ogółu lekarzy i dziś jeszcze przedstawia niekiedy trudności dyagnostyczne.

Do rzędu chorób, które po za przyjętymi już pod uwagę (*Ischias*, nerwobóle, reumatyzm mięśniowy, zapalenie nerwów, histerya, ośrodkowe cierpienia i t. d.) powód dać mogą do pomyłek rozpoznawczych, należy, jakem się wielokrotnie przekonał, bolesna stopa płaska. Niedawno spostrzegalem 2 przypadki, leczone — jeden przez po-



wagę — w ciągu lat chirurgicznie-ortopedycznie w kierunku płaskiej stopy, a jednak nie o ostatnią tu chodziło, lecz o chromanie przestankowe²⁾. Istotnie, dolegliwości, bóle, parestezye i t. d. są tu podobne, zwłaszcza, że w obu cierpieniach głównie podczas chodzenia dają się one we znaki. Są jednakże różnice, które powinnyby łatwo strzedz przed omyłką: a więc trwanie dolegliwości przy płaskiej stopie i podczas stania, gdy przy chromaniu zdarza się to bardzo rzadko, w tem ostatniem cierpieniu sensacye ustępują prawie natychmiast po daniu kończynie wypoczynku, przy płaskiej stopie po dłuższym dopiero czasie, zazwyczaj po nocnym wypoczynku w łóżku; zaburzenia naczynioruchowe nie odgrywają zgoła żadnej roli przy stopie płaskiej lub tylko bardzo podrzędną, gdy w chromaniu prz. nierzadko panują nad całym obrazem; tam brak zupełnie bólów samistnych, które tu niekiedy dochodzą do dużego nateżenia; *last not least* w stopie płaskiej obie tętnice stopy pulsują prawidłowo, gdy w chromaniu prz. tętno zwykle znika, że nie wspomnę o charakterystycznych zmianach w sklepieniu stopy, ścięgnach, mięśniach i t. p. właściwych stopie płaskiej³⁾.

Mniej powodów do omyłek dają skargi, towarzyszące zapaleniu żył i *Thrombophlebitis*, odnoszę nawet wrażenie, że te sprawy chorobowe są zwłaszcza przy głębokiem umiejscowieniu za mało uwzględniane przy przyczynowej ocenie niektórych obrazów klini-

cznych; wspomnę jeszcze, że *Phlebitis*, *Lymphangoitis* niekiedy występują jako powikłanie lub następstwo chromania przestankowego.

W przypadkach wyraźnych rozpoznanie chromania prz. jest łatwe; w wątpliwych badanie apokamnozy, idąc za pomysłem kol. LUXENBURGA, może mieć pewną wartość. Termin ten wprowadzony został przeze mnie dla oznaczenia nienormalnego wyczerpywania się w myastenii, w której stanowi ono główny objaw i występuje w sposób klasyczny¹⁾. Jeśli polecić choremu z chromaniem prz. w pozycji poziomej podnosić raz po raz wyprostowaną w kolanie nogę, to wkrótce występuje u niego uczucie zmęczenia, zdrętwienia, bólu i napięcia, zazwyczaj właśnie w tych odcinkach kończyny, w których te sensacye zjawiają się przy zwykłym chodzeniu; po spoczynku ustępują one szybko. U zdrowego osobnika przy wykonywaniu tego doświadczenia występuje również uczucie zmęczenia, niekiedy ból, przeważnie w udzie, okolicy kolana, wszakże w stopniu słabszym i później, niż w chromaniu prz. Często zdrowi potrafią podnosić kończynę dowolną liczbę razy bez przerwy. O wiele wydatniejsze są różnice w porównaniu z apokamnozą w myastenii, w której ubywanie rozległości ruchu dokonywa się stopniowo aż do zupełnego, czasowego porażenia wiotkiego, gdy tutaj ruch słabnie z powodu bólu i uczucia zmęczenia, mięśnie zachowują jednak swą kurczliwość pod wpływem woli, nie wiotczeją, i chorzy z chromaniem zdolni są w każdym momencie doświadczenia, zdobywszy się na wysiłek woli i przewyciężenie bólu, podnosić kończynę do maksymalnej wysokości. Prócz tego, zmęczenie przejawia się tu nierzadko w przyspieszeniu pulsu i oddychania, wystę-

²⁾ W ostatniem V wydaniu swego podręcznika wspomina Oppenheim o podobnym przypadku. Erb również takie przypadki widział. (Munch. 1904).

³⁾ Nie mogłem przekonać się o usposabiającym wpływie płaskiej stopy na chromanie prz. Niekiedy, ale niezbyt często spotyka się oba te cierpienia razem, co wobec częstości stopy płaskiej dziwić nie powinno. Zwykle jednak dotknięci stopą płaską nie przedstawiają objawów chromania prz.

¹⁾ Medycyna 1893 i 1902.

powaniu obfitem potu (naturalnie wyłączysz inne przyczyny szybko zjawiającego się zmęczenia, jak cierpienia serca, płuc i t. d.), gdy tymczasem w myastenii wyczerpanie ogranicza się do badanego członka; a brak subiektywnego uczucia zmęczenia.

Za pomocą badania na apokamnozę udało się niekiedy wykryć utajone przypadki chromania przestankowego, takie np., w których brak jeszcze owego typowego ustawiania nóg przy chodzeniu, objawy są całkiem nieokreślone; parestezye w spokoju i podczas chodzenia nic typowego nie okazują, gdzie istnieją jedynie objawy naczynioruchowe, jak błądliwość, czerwonosć, sinica i t. d. Wprawdzie badanie wykrywa i w tych przypadkach brak tętna, najczęściej tylko w *art. dorsalis pedis*, ale nie stanowi to prawidła; niekiedy znajduje się jedynie słabsze i mniejsze tętno w porównaniu z drugą stroną, niekiedy zaś niema żadnego zboczenia. Zwłaszcza tam może zjawisko to wystąpić wybitnie, gdzie obie stopy niejednakowo się zachowują; w tych, zresztą rzadkich przypadkach badanie na apokamnozę wywołuje w stopie szybko i w znacznym stopniu zmęczenie i ból, gdy inne objawy chromania prz. są jeszcze słabo zaznaczone; tętno wprawdzie istnieje, ale jest słabsze, gdy tymczasem badanie na apokamnozę zdrowej dolnej kończyny pozostaje bez rezultatu.

Przy dokonywaniu tego doświadczenia występuje, tak u chorych, jak i u zdrowych, zblednięcie stopy, niekiedy i dolnej części goleni; objaw ten zjawia się i na ręce po wielokrotnem podnoszeniu i opuszczaniu ramienia, i możnaby na pierwszy rzut oka kłaść go na karb przejawów prawa ciężenia. Jednakże tak nie jest, jak o tem przekonywa zmodyfikowanie tego doświadczenia, polegające na tem, że osoba wykonywa raz po raz (30 do 40 razy) fleksję i ekstensję stopy w położeniu poziomem. Kontrast w zabarwieniu

występuje jeszcze wybitniej, o ile doświadczenie wykonywa się siedząc ze zwieszonymi nogami. Zblednięcie można wywołać i na rękach przez wielokrotne zgięcie i wyprostowanie palców albo dłoni przy swobodnie zwieszających się ramionach (występuje też przy ruchach palców i ręki potrzebnych do gry fortepianowej). Najwybitniej występuje zblednięcie na nodze przy chodzeniu lub przestępywaniu z nogi na nogę; kontrast w zabarwieniu jest zwłaszcza znaczny wtedy, jeśli polecono osobie przedtem postać przez chwilę i w ten sposób wywołano w pewnej mierze zastój krwi i zaczerwienienie stóp (u chorych z jednostronnem chromaniem prz. występuje zazwyczaj zaczerwienienie po stronie dotkniętej w stopniu wyższym). Bledną one już nieco, jeśli kazać osobie wtedy usiąść, ale dopiero przy chodzeniu lub przestępywaniu występuje wyraźnie zblednięcie, przy czem małe żyły znikają, większe zaś zapadają się (zblednięcie obwodowych części kończyn występuje i na skutek mimowolnych skurczów klonicznych w *epilepsia spinalis* i t. p.) a także, choć w słabszej mierze, przy naprzemiennem drażnieniu faradycznym np. nerwu promieniowego, strzałkowego). Wogóle, im większe odcinki kończyn zostały w ruch wprowadzone, tem obszerniejsze jest zblednięcie, które jednak najwydatniej się ujawnia na częściach obwodowych. Okoliczność, że ruchy bierne objawu tego wywołać nie mogą lub tylko w b. nieznacznym stopniu, dowodzi, że mamy do czynienia ze Zjawiskiem czynnem. Skurcz tetaniczny mięśni np. ręki nie daje wyraźnego rezultatu. Natomiast drażnienie naprzemiennie strumieniem faradycznym np. nerwu promieniowego, strzałkowego wywołuje zblednienie ręki, stopy, choć w słabszej, aniżeli przy skurczach pod wpływem woli mierze; efekt zaś od drażnienia galwanicznego jest jeszcze słabszy lub żaden, widocznie z tego powodu,

że działanie naprzemiennych skurczów tetanicznych przy drażnieniu faradycznym jest b. skuteczne w sensie krwiobieg w mięśniach.

W następstwie zblednięcia daje się zauważyć względnie do natężenia tegoż mniej lub więcej wydatne zaczerwienienie stopy lub ręki.

To zjawisko zblednięcia przy czynnym ruchu występuje to szybciej, to wolniej, wogóle dość szybko, to znika ono prawie natychmiast po ustaniu ruchu, to trwa dłużej. Trudno na razie powiedzieć, czy objawy te, o których nigdzie wzmianki nie znajduję, jako też natężenie zblednięcia dadzą się spożytkować dla rozpoznania i rokowania pewnych chorób, mianowicie krążenia. Należałoby w tym celu, sądzę, użyć innych jeszcze metod, jak sphygmo- i pletysmografii, wynaleźć sposób obiektywnego mierzenia stopnia zblednięcia. Obserwuję kolegę, chorego na serce, którego główną skargę stanowi uczucie zdrętwienia w nogach; zjawia się ono głównie przy chodzeniu, trwa, choć słabiej, i podczas stania, a jeszcze mniej podczas siedzenia, znika zaś zupełnie podczas leżenia — znajduje się więc w zależności od warunków statycznych, od stopnia napełnienia krwi (nb. wszystkie tętna na stopach są zachowane). U tego anemicznego pacjenta szybko zjawia się podczas chodzenia wydatna bledność, która trwa długi czas. W chromaniu występuje zblednięcie stóp przy rzeczonym doświadczeniu w większości przypadków stanowczo szybciej i wydatniej, a co zdaje się najważniejsze, trwa bledność dłużej, niż u zdrowych osobników ¹⁾. We wszystkich przynajmniej 5 prz. chromania, które w tym kierunku ostatnio

miałem sposobność badać, mogłem to trwanie zblednięcia w ciągu paru minut stwierdzić; u tychże chorych jest następcze przekrwienie wydatniejsze, niż u zdrowych, rozpościera się powoli i wysepkami od podstawy stopy ku palcom i trwa dłużej, niż normalnie. Pomienione objawy spostrzegać można w słabszej mierze u osobników bez pulsów na stopach, a i bez objawów chromania.

Jak to zjawisko objaśnić? Chyba nie zostaje ono spowodowane uciskiem i rozciągnięciem skóry, jak tego dowieść można przy pomocy następującej odmiany doświadczenia. Jeżeli w wiszącej obok tułowia kończynie górnej wykonywać ruchy tylko w stawach barkowym i łokciowym, gdy ręka i palce zostają w spokoju, to mimo to zblednięcie ostatnich odcinków kończyny występuje. Objaw ten stoi widocznie w związku z czynnością mięśniową. W danych w doświadczeniu naprzemiennych mocnych skurczach mięśniowych mamy prawdopodobnie, jak przy ka-

mocno rozgiąć stopę (fleksja grzbietowa), wtedy nie czuje on nic lub, co najwyżej, lekkie napięcie pod kolanem, które niekiedy jeszcze się wzmaga, jeśli kazać mu usiąść (wielu chorych musi przytem zgiąć nieco kończynę w kolanie—pewnego rodzaju fizjologiczny objaw Kerniga). U chorych na ischias resp. nunitis ischiadica pierwszy ruch sam lub skombinowany z drugim otrzymywałem bardzo często silny ból, zazwyczaj w tej gałęzi nerwowej, w której występuje on i samoistnie albo podczas chodzenia. Jest to pewna modyfikacja objawu Lasègue'a, jednego z najstarszych w ischias. Otrzymywałem ten objaw i w takich przypadkach rwy kulszowej, w których objawu Lasègue'a wywołać się nie udało, a także w starych przypadkach, jako ostatni ślad cierpienia; niekiedy nie otrzymywałem go tam, gdzie i objawu Lasègue'a wywołać się nie udało. Zjawisko to nie polega jedynie na wydłużeniu, szarpaniu nerwu, jak się to utrzymuje co do objawu Lasègue'a, albowiem do wywołania go nie wystarcza bierne rozgięcie stopy, lecz potrzebny jest silny, czynny skurcz mięśni, a więc ucisk. Istnieją wogóle liczne modyfikacje sposobów wywołania objawu Lasègue'a, jako to: przechylenie się naprzód przy wyprostowanych dolnych kończynach; krótkie, szybkie, bierne ruchy wyprostne w kolanie przy lekko zgiętym udzie.

¹⁾ Przy dokonywaniu powyższych badań trafiłem na zjawisko, które wydaje mi się godnym zaznaczenia. Jeśli kazać zdrowemu osobnikowi, w pozycji poziomej, z wyprostowaną kończyną dolną,

zdejmowania, z jednej strony rozszerzenie doprowadzających naczyń, a więc przekrwienie tętnicze, z drugiej strony musi odpływ z żył być ułatwiony i z powodu wyciskania krwi przy skurczach mięśniowych. Ostatnia okoliczność nie może być bez wpływu na krwioobieg w komunikujących z głębokimi żyłami skórnych żyłach, w których odpływ musi być również ułatwiony; czego następstwem jest regulujące zwężenie małych tętnic i naczyń włosowatych—jako ostateczny wynik otrzymujemy niedokrwistość skóry.

Drugie prostrze i prawdopodobniejsze objaśnienie polega na tem, że na skutek czynnościowego przekrwienia w tętnicach mięśniowych następuje uboczna niedokrwistość w łączących się z tamtymi tętniczkach skórnych, czego rezultatem jest anemiczna bladeść skóry. Znana jest autonomia, zdolność do samoregulowania różnych tak ośrodkowych, jak i obwodowych obszarów naczyniowych pod wpływem nerwów naczynioruchowych, występowanie zwężenia naczyń w miejscu symetrycznym jednocześnie z wyłączeniem przekrwienia w danym odcinku, rozszerzenie zaś głębszych naczyń po wywołaniu zwężenia naczyń skórnych pod wpływem zimna. W danym wypadku zmniejszenie napięcia ścian naczyniowych, rozszerzenie tętnic mięśniowych czynnościowe pod wpływem nerwów naczynioruchowych pociąga za sobą czynne na skutek działania nerwowego zwężenie tętniczek skórnych i kapilarów. Znajdywanie się zjawiska w formie będącego pod regulującym wpływem nerwów naczynioruchowych okazuje fakt, że w ciepłej kąpieli (zwyczajnej lub z CO₂ i ClNa) po wywołaniu porażenia ostatnich (mocne zaczerwienienie skóry) zblednienie pod wpływem ruchu nie następuje lub w bardzo słabej mierze; wpływ ten porażający wazomotory kąpieli pozostaje jeszcze przez pewien czas po wyjściu z kąpieli.

Kol. JANOWSKI zainteresował się tym objawem i polecił kol. SASKIEMU przedsięwziąć na swoim oddziale szereg pomiarów ciśnienia krwi. Badania nie są ukończone, a ich wyniku kol. SASKI nie omieszka zapewne opublikować. Tymczasowo stwierdził kol. SASKI przy pomocy tonometru obniżenie ciśnienia w palcu po wywołaniu zblednięcia, dowodzące obniżenia oporu na obwodzie.

Ów szczególny objaw chromania, ustawianie nóg przy chodzeniu, jest wprawdzie najwybitniejszym przejawem zwężenia *resp.* zamknięcia światłatętnic stopowych, jednakże wiemy, że syndrom ten, względnie do natężenia sprawy, okresu rozwoju, rasy, indywidualności, współdziałających zewnętrznych okoliczności, większego lub mniejszego udziału naczynioruchowych zaburzeń, przedstawiać może całą gamę objawów, które, na początku zgoła nieokreślone, przy umiarkowanym rozwoju, tworzą właściwy syndrom chromania, na najwyższym zaś stopniu prowadzą do martwicy. Jedni chorzy przebywają całkowity rozwój choroby, u innych zatrzymuje się ona na pewnym okresie, nawet na pierwszym na czas całego życia, u innych znów występuje syndrom na jaw w pełnym rozwoju od jednego zamachu, bez objawów zwiastunowych. Na początku mogą subiektywne dolegliwości: uczucie ciągnięcia, drętwienia, zimna, kurcze i t. d. występować, rzecz szczególna, w spokoju, w łóżku a także w pierwszym momencie chodzenia i, przeciwnie, słabnąć przy dłuższym ruchu, po „rozejściu się” — analogiczne zjawisko spostrzegamy niekiedy w pokrewnej *angina pectoris* — już wtedy najczęściej stwierdzić można pewne obiektywne zmiany ze strony tętnic stopy i szybko występujące zmęczenie oraz ból przy badaniu na apokamnozę.

Jak w większości chorób, tak i w chromaniu prz. zdarzają się łagodne przypadki ze słabo wyrażonymi objawami, stopniowym roz-

wojem, trwające dziesiątki lat, zdolne do polepszenia, a nawet z wyjątkowo przytrafiającym się powrotem tętna, i przypadki złośliwe, które często rozwijają się ostro, a bóle, kurcze i dokuczliwe parestezye zjawiają się nie tylko już po kilku krokach, ale i w spokoju, w łóżku, niekiedy dochodzą do szalonego natężenia. I tu może nastąpić poprawa, a wiele zależy od stanowiska społecznego pacjenta, ile że u osobników, lepiej sytuowanych, mogących się oszczędzać, cierpienie zazwyczaj przyjmuje przebieg pomyślniejszy, niż u proletaryuszów, zmuszonych nadwyręzać swe nogi przy wszelkiej pogodzie; lecz, jak wiadomo, i u dobrze uposażonych sprawa dochodzi do martwicy, amputacji i t. d.

Ale i w łagodnych przypadkach choroba ma tendencję do postępowania naprzód, i po dziesiątkach lat cierpienie może przerzucić się na drugą nogę i tutaj wystąpić nawet z silniejszymi objawami, niż na pierwotnym swym siedlisku, gdzie poprawa już się ustaliła. Najczęściej jednak w przypadkach łagodnych następuje zatrzymanie się sprawy; w jakiej mierze składa się na to naturalna tendencja, w jakiej wpływ leczenia, trudno określić, niewątpliwie jednak ma ostatecznie duże znaczenie.

Co innego zdaje się rozumieć pod tem mianem OPPENHEIM (Deuts. Z. f. Nervenk. XVII. S. 318), mianowicie naczynioruchową nerwicę. Sądzi on, że „istnieją stałe, choć w natężeniu zmienne, spastyczne stany w muskulaturze ściany tętniczej, które wywołują dolegliwości chromania przestankowego”, „przy czem nie jest koniecznem, aby doszło do materialnych zmian w odpowiednich naczyniach”. Jeszcze wyraźniej wypowiedział się w tym kierunku OPPENHEIM później (podręcznik, wyd. IV, V), czy słusznie, wydaje mi się kwestyą.

Przedewszystkiem wątpliwem jest, aby skurcz tętnic o kalibrze *art. dorsalis pedis*, *ti-*

bialis post., które prawie że odpowiadają tętnicom promieniowym, mógł doprowadzić do znaczniejszego zwężenia strumienia krwi; o zamknięciu światła mowy niema, nie jest ono zresztą dla wywołania chromania niezbędne.

COHNHEIM (Odczyty, T. I, str. 147) w swych doświadczeniach na żabach, u których przez nakładanie kawałków lodu spowodował skurcz tętnic języka, widział płynącą tylko wolniej jeszcze znaczną ilość krwi w tętnicach i żyłach. Przy tak silnie działającej adrenalinie widać mimo to na uchu królika tętniczkę jako cienką czerwoną tętniącą nitkę z białymi szerokimi konturami.¹⁾ Ale można sobie wyobrazić, że uprzednio przez sprawy chorobowe zmieniona tętnica może być doprowadzona pod wpływem zwężających naczyń nerwów do znacznego zaciśnięcia światła, gdyż nawet lekko sklerotyczne naczynia odpowiadają na drobne podniety kurczem (Wiesch.²⁾ Tak dałyby się tłumaczyć przypadki chromania prz. z tętnem jeszcze słabo wyczuwalnem, w których sprawa dojść może nawet do powierzchownej martwicy, oraz te, w każdym razie rzadkie przypadki z powracającym tętnem, — rzecz nie do pomyślenia w razie obliteracji naczynia, chyba przypuścić, że wtórne unaczynienie *intimae* mogło je uskutecznić.

Wreszcie stały, lata trwający, choćby i zmienny w natężeniu skurcz naczyń sprzeciwia się klinicznemu doświadczeniu i zasadniczej własności wszelkiej żywej materji, zwłaszcza zaś układu nerwowego, wedle której stan podrażnienia nie może trwać długo, albowiem następuje wyczerpanie, i czynność i wypoczynek muszą kolejno po sobie następować. Napadowość, peryodyczność, wa-

¹⁾ Bukofzer Arch. f. Laryng. u. Rhinol. T. XIII Str. 242.

²⁾ Lehre von der Arteriosklerose. Wien, 1909.

Chcąc uprzestępnić niską ceną stosowanie w medycynie jednego z najracjonalniejszych nowych związków organicznych fosforu

LECYTYNY

której zagraniczne preparaty ze względu na swą wysoką cenę dotąd nie mogły mieć szerszego zastosowania, poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Dragées LECITHINI-ovo flakon 40 szt. à 0,05 cena Rb. 1.

Doza dla dorosłych: od 1—4 pigulek dziennie.

Inject ster. LECITINI-ovo à 0,05—0,10—0,50

c. ol- amygdalar. alcohole preparatum.

EMULS ol. JECORIS ASELLI (à la Scott) c. $\frac{1}{2}\%$ LECITIN.

Doza dla dorosłych: łyżka stołowa 2—3 razy dziennie.

Flakon 225,0 cena Rb. 1.

Próby na żądanie gratis i franco.

„CASCARINE LEPRINCE”

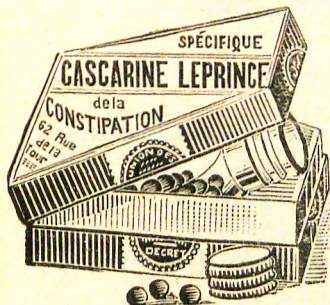
C¹² H¹⁰ O⁵

Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

Nawykowe zaparcie stolca

Choroby wątroby. Atonia prz wodu pokarmowego.

Działa prawidłowo, nie wywołuje przy użyciu następczego podrażnienia i chorzy się do niej nie przyzwyczajają.



Wzmożone ciśnienie

Miażdżycę tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie

przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

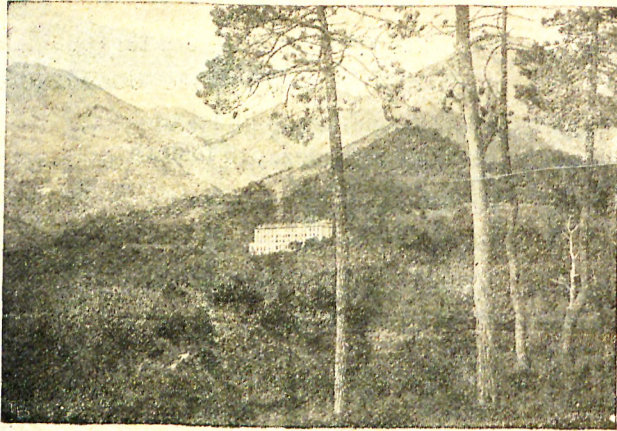
Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie
Dr M. LEPRINCE
62 Rue de la Tour
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Tour Paris, France.



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetytyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemii, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, niezytu żołądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.
LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

PIPERAZYNA MUSUJĄCA

Zawiera w załączanej do każdego słoika miarce 0,20 czystej Piperazyny.

MAGISTRA KLAWE.

Extractum NANNING Chinae

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

- 1) Brak apetytu u niedokrwistych.
- 2) Brak apetytu u skrofulicznych i gruźliczych.
- 3) Ostry i przewlekły niezyt żołądka.
- 4) Choroby gorączkowe i cierpienia spowodowane ranami.
- 5) Zdrowienie.
- 6) Wymioty w czasie ciąży.
- 7) Chroniczny niezyt żołądka, skutkiem nadużywania alkoholu.
- 8) Dyspepsja spowodowana Hg i JK.

Oryginalne opakowanie w NIEBIESKIM pudełku, z podpisem „Ryszard Fürst & Co.“

Generalni reprezentanci na Królestwo i Cesarstwo: Ryszard Fürst & Co. Warszawa, Aleje Jerozolimskie 37.

Dr. H. NANNING - CHINA WERKE - HAAG - HOLLAND.

Oryginalne flakony
po Rb. 1,50 kop.
do nabycia w aptekach
i składach aptecznych

hadłowość, przyływ i odpływ ciągną się jak czerwona nić przez wszystkie objawy życiowe. Również u COHNHEIMA (l. c. S. 112) znajdujemy w omawianej właśnie kwestyi następujące twierdzenie: „tężcowy skurcz mięśni okrężnych (tętnic) nigdy bodaj patologicznego znaczenia mieć nie może, albowiem niewątpliwie mięśnie i nerwy bardzo szybko się znużą, i tem samem drogi znów staną otworem“.

(D. n.).

O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej.

Rzecz czytana na posiedzeniu gastrologicznem dnia 20 października 1909 roku

przez

D-ra S Mintza.

„Jestem przeświadczony, że, postępując wskazaną drogą, chirurgowie nasi nie będą wypuszczali chorych z przetokami, ani też żaden terapeuta nie opisze recydywy po ich operacyi“. Tak brzmi końcowy ustęp pracy: „O przewlekłym zatkaniu kamieniem przewodu żółciowego wspólnego“ (Medycyna 1906 r.), tej labędziej pieśni niedawno zmarłego chirurga, który najwięcej przyczynił się do popularyzowania u nas, wśród lekarzy i publiczności, operacyi na drogach żółciowych. Świetne wyniki pooperacyjne, jakimi mógł się niewątpliwie szczycić, natchnęły go ślepą wiarą w skuteczność zabiegu chirurgicznego w kamicy żółciowej i skłoniły do odrzucania możliwości nawrotu po operacyi. Jest to, bądź co bądź, zbyt daleko posunięty opty-

mizm, którego obecnie ani terapeuci, ani też chirurgowie, mający duże doświadczenie w tej dziedzinie, nie podzielają.

Dziwnym zbiegiem okoliczności, poruszając kwestyę recydyw po interwencyi chirurgicznej w kamicy żółciowej, mogę się przedewszystkiem powołać na przypadek doszczętej operacyi na pęcherzyku i przewodach żółciowych, dokonanej przez samego autora powyższej cytaty. W tym przypadku, tyczącym się małżonki jednego z naszych kolegów, doktorowej A., w rok po cystektomii i choledochotomii wystąpiły objawy prawdziwego nawrotu wskutek ponownego tworzenia się złożeń w pozostałych drogach żółciowych.

Nie będę mówił obszernie o chorobie z okresu przedoperacyjnego, opisanej już szczegółowo przez ś. p. d-ra KRAJEWSKIEGO. Chciałbym tylko przypomnieć najważniejsze szczegóły anamnestyczne oraz sprostować niektóre drobne niedokładności w opisie choroby, umieszczonym w powyżej przytoczonej pracy.

Pacjentka ma obecnie 55 lat. Matka chorej cierpiała na ciężką kamicę żółciową. Sama pacjentka zachorowała po raz pierwszy na powikłany żółtaczką „kurcz żołądka“ w 18 roku życia, na 4 lata przed zamążpójściem. Późniejsze napady kolki przebiegały bez gorączki i bez żółtaczki i powtarzały się w nieprawidłowych, krótszych lub dłuższych odstępach czasu. Dopiero w ostatnich 5-ciu latach przed operacją napadom kolki wątrobowej często towarzyszyła krótkotrwała żółtaczką, nieraz w połączeniu z niewysoką gorączką. W tym okresie często odwiedzałem d-rówką A. Po każdym napadzie żółtaczką szybko przemijała, w wypróżnieniach obficie znajdowano kamyki żółciowe. Zdawało się, że pęcherzyk u naszej pacjentki zawiera tylko drobne kamyki żółciowe, które wywołują u niej napady t. zw. skuteczne (w myśl RIE-

DELA), t. j. przechodzą przez drogi żółciowe do dwunastnicy i wydalają się *per vias naturales*, nie wywołując większych zaburzeń. W ostatnich jednak miesiącach napady coraz bardziej nabierały charakteru septycznego, tak, że zacząłem przebąkiwać o potrzebie interwencji chirurgicznej, ale ani chora, ani jej otoczenie nie chciały o tem słyszeć. Dopiero objawy nagle powstałego w końcu maja 1906 roku ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego zniewoliły do zawezwania chirurga, który wobec silnej gorączki, powtarzających się dreszczów i znacznego osłabienia uważał operację za nieuniknioną i zalecił możliwy pośpiech. Przy operacji, dokonanej w dniu 8 czerwca, byłem obecny. Pęcherzyk zawierał około 200 c. sz. zielonej gęstej ropy i przeszło 100 fasetkowatych rozmaitej wielkości kamieni, przewód pęcherzykowy był obliterowany, w przewodzie wspólnym tkwił czarny cylindryczny kamień. Operacja polegała na wycięciu pęcherzyka, na wykonaniu choledochotomii i na wprowadzeniu sączka do przewodu wątrobowego przez zrobioną w przewodzie wspólnym szparę. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyslny. Na 16-ty dzień po operacji stolce były już zabarwione. Po upływie 4 tygodni operowana wypisała się z domu zdrowia z ziarninującą raną. Rana zagoiła się w zupełności na początku września. Chora znacznie się poprawiła i czuła się dobrze aż do października następnego roku. Od owego czasu datują ponowne napady kolki wątrobowej. Napady zdarzały się w odstępach czasu 2 lub 3-tygodniowych, trwały krótko, przebiegały bez gorączki i bez żółtaczk i przechodziły bez pomocy środków narkotycznych. Na początku czerwca 1908 r., a więc w dwa lata po operacji, podczas napadu silnego bólu w dolku i pod prawym łukiem żebrowym zjawiała się po raz pierwszy żółtaczka. Napad ten z większemi lub mniejszemi nasileniami trwał około tygodnia.

W drugiej połowie sierpnia chora wyjechała na 5-cio tygodniową kurację do Karlsbadu. W pierwszych dniach listopada pacjentka znowu dostała gwałtownego ataku typowej kolki wątrobowej, który trwał z rzędu 4 dni. Bóle były o tyle silne, że w ciągu 2 dni trzeba było zrobić 5 iniekcji morfiny. Napadowi towarzyszyła od pierwszej chwili wyraźna żółtaczka, ciepłota nie przewyższała 37°C., raz tylko, mianowicie w 3-cim dniu choroby, doszła do 39°C. Po tygodniu względnego spokoju powtórzył się silny atak bólu. Towarzysząca napadowi gorączka o typie stałym (temp. dochodziła do 38,5°C.) trwała 5 dni. Nadto przyłączyła się ciężka żółtaczka, stolce były zupełnie odbarwione, chora narzekała na silne swędzenie, które trapiło ją nieustannie we dnie i w nocy. Od owego czasu w ciągu następnych 5 miesięcy żółtaczka nie znikala już całkowicie, przedstawiając tylko mniejsze lub większe wahania w zabarwieniu skóry, moczu i wypróżnień. Ataki kolki powtarzały się często w drugiej połowie listopada, natomiast później chora narzekała raczej na stały ból w dolku i ponad pępkiem, zaś prawdziwe napady zdarzały się rzadko, ale zawsze z dreszczami i podwyższeniem ciepłoty. D-rówą A. po dłuższej przerwie widziałem znowu 23 maja b. r. Dowiedziałem się, że od dwóch miesięcy czuje się zupełnie dobrze, że nie miewa ani wahań gorączkowych, ani swędzenia. Powinszowałem pacjentce zupełnego wyzdrowienia, a nazajutrz kolega A. zawiadomił mię, że bezpośrednio po mojej wizycie żona dostała silnego napadu kolki. Na szczęście tym razem napad trwał krótko i dotąd się nie powtórzył.

Pozwolę sobie na zwięzłe streszczenie przebiegu choroby z okresu pooperacyjnego. U chorej w rok po doszczętnem wycięciu pęcherzyka żółciowego i po choledochotomii z następczem sączkowaniem przewodu wątrobowego występują powtórnie bóle napado.

we zupełnie identyczne co do charakteru i co do umiejscowienia z bólami przed operacją. W ciągu 3 lat, które upłynęły od czasu wykonania zabiegu chirurgicznego, mniej lub więcej gwałtowne ataki powtarzają się w różnych odstępach czasu, trwają krócej lub dłużej, nieraz kilka dni bez przerwy, często napadom towarzyszy gorączka o typie stałym lub przepuszczającym, występuje mniejszego lub większego nasilenia żółtaczka, nieraz bardzo ciężka i uporczywa. Gdzie jest właściwie źródło tych bólów? Z jaką to recydywą mamy do czynienia w naszym przypadku?

Niechaj mi będzie wolno pierwej, niż odpowiem na powyższe pytania, dotknąć wogóle kwestyi recydyw po operacjach na drogach żółciowych. Właściwie należałoby mówić nie o recydywach, lecz o bólach napadowych po operacyjnym leczeniu kamicy żółciowej, albowiem nie każda recydywa bólu jest zarazem recydywą kamicy i nie każda znów recydywa kamicy może uchodzić za prawdziwą recydywę. Pod względem etiologicznym powtarzające się po operacji napady można podzielić na 2 kategorie. Do pierwszej zaliczymy napady zależne od obecności kamieni, pozostałych po operacji w drogach żółciowych — są to recydywy w prawdziwym tego wyrazu znaczeniu; do drugiej należą napady, powstające wskutek innych przyczyn, od kamieni niezależnych — KÖRTE określa je jako „Nachbeschwerden”. Dalej odróżniamy recydywy prawdziwe od pseudorecydyw. W nawrotach prawdziwych bóle zależą od kamieni, ponownie wytworzonych po operacji w pęcherzyku żółciowym (po operacjach z zachowaniem pęcherzyka jak np. po cholecystostomii) i w wewnątrzwątrobowych kanalikach (*cholelithiasis intrahepatica*); natomiast w nawrotach rzekomych napady pochodzą od kamieni, nie dostrzeżonych przez chirurga albo też nieusu-

niętych podczas operacji wskutek technicznych trudności. Do kategorii prawdziwych recydyw należy również zaliczyć opisane przez KEHRA, FLÖRKENA (Deut. Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 93) i innych t. zw. Fadenrecidive, w których kamienie tworzą się naokoło nitki, pozostałych po pierwszej operacji.

Prawdziwe nawroty, na ogół biorąc, zdarzają się bardzo rzadko. Niektórzy chirurgowie, jak RIEDEL i KEHR, nie widzieli ani jednego stwierdzonego przypadku prawdziwej recydywy po operacyjnym leczeniu kamicy żółciowej, natomiast KÖRTE na 361 przypadków naliczył 7 prawdziwych recydyw, z tych 6 po cholecystostomii i tylko jeden po rezekcji pęcherzyka.

O wiele częstszą formą, niż prawdziwe, są nawroty rzekome, t. zw. pseudorecydywy kamicy, powodowane przez kamyki, pozostałe w drogach żółciowych podczas operacji. Pozostawianie kamieni w pierwszej linii zależy od zręczności i wprawy operującego. Im większe chirurg ma doświadczenie, im więcej nabiera wprawy w operacjach na drogach żółciowych, tem rzadziej przeoczy obecność kamyków w pęcherzyku lub w przewodach. KEHR na 400 operacji, wykonanych na drogach żółciowych do r. 1900, pozostawiał kamienie w 4%, natomiast na 500 późniejszych tylko 9 razy (2,5%).

Niemniej ważną rolę odgrywa wybór metody operacyjnej. Tu już wkraczamy w dziedzinę chirurgii. Muszę jednak zastrzedzić się z góry, że nie mam bynajmniej zamiaru rozprawiać o zaletach i wadach różnych metod operacyjnych, gdyż to przekracza kompetencyę terapeuty. Chcę tylko mówić o profilaktycznym znaczeniu niektórych sposobów operacyjnych, o wartości tej lub innej metody z punktu widzenia leczenia zapobiegawczego, o większem lub mniejszem zabezpieczeniu od recydyw. Wspomniałem już wyżej o tem, że z 7 przypadków prawdziwych recy-

dyw u KÖRTEGO tylko jeden miał miejsce po wycięciu pęcherzyka. Wynika ztąd, iż usuwanie pęcherzyka o wiele lepiej zabezpiecza od prawdziwych nawrotów, niż inne metody operacyjne, polegające na zachowaniu pęcherzyka, jak cholecystostomia etc.

Wynik ten jest zrozumiały, skoro bowiem kamienie tworzą się przeważnie w pęcherzyku, to usuwanie tego narządu *eo ipso* redukuje liczbę recydyw. Wycięcie pęcherzyka żółciowego ma również ważne znaczenie dla zabezpieczenia od rzekomych nawrotów. Kto obserwował przebieg pooperacyjny po cholecystostomii, ten wie, jak często jeszcze przez czas dłuższy nieusunięte podczas operacji kamyki wydzielają się przez utworzoną przetokę. W jednym z moich przypadków już w kilka miesięcy po dokonanej operacji trzeba było wskutek silnej kolki rozszerzyć kanał za pomocą laminarii, aby wydobyć tkwiący w nim kamyk. Jeszcze bardziej mogą ujść uchwagi chirurga przy cholecystostomii drobne kamyki w przewodzie pęcherzowym. Bardzo ważne spostrzeżenie anatomiczne, rzucające światło na omawianą sprawę, ogłosił EHRHARD przed 2 laty (Deut. med. Woch. Nr. 14, 1907). Otóż w błonie śluzowej pęcherzyka żółciowego znajdują się zatoczki, dochodzące do warstwy mięśniowej. Zatoczki te, zwane woreczkami LUSCHKI (Luschka'sche Gänge), odgrywają wybitną rolę w etiologii recydyw po cholecystostomii, albowiem bywają często siedliskiem zapalenia, w nich się zbiera śluz, zakażona żółć, jak również drobne kamyki, które już makroskopowo jako czarne punkciki można widzieć pod błoną surowiczą pęcherzyka. Podczas operacji taki pęcherzyk może uchodzić za zdrowy. Tymczasem te drobne, przez operującego niespostrzeżone kamyki, z czasem się powiększają, przedziurawiają błonę śluzową i, dostawszy się do wnętrza pęcherzyka, wywołują nawroty kamicy żółciowej.

Powyżej przytoczone dane, świadczące o częstości nawrotów po cholecystostomii, tłomaczą nam stanowisko tych chirurgów, którzy, jak KEHR i KÖRTE, są zwolennikami usuwania pęcherzyka, pomimo iż śmiertelność po cholecystektomii jest o 1 lub 2 procent większa, niż po cholecystostomii.

O ile cholecystektomia w pewnym stopniu zabezpiecza od pozostawiania kamieni w pęcherzyku, o tyle choledochotomia z następczem sączkowaniem przewodu żółciowego (Hepaticusdrainage) ma na celu możliwe zapobieganie nie tylko zakażeniu, lecz nadto nawrotom kamicy w przewodzie wspólnym. Wynajdywanie podczas operacji wszystkich kamieni żółciowych jest wogóle zadaniem nie łatwym, w szczególności zaś kamieni, tkwiących w przewodach. Oglądanie, obmacywanie, a nawet sondowanie nie zawsze prowadzi do celu, a gdy kamienie siedzą w pozadwunastniczej *resp.* wewnątrztrzustkowej części przewodu wspólnego albo też w drobnych kanalikach wewnątrzwątrobowych, to najdokładniejsze badanie nie daje pewności, że drogi żółciowe nie zawierają niewykrytych za pomocą naszych metod badania kamyków. Jest to niewątpliwie zasługa KEHRA, iż, będąc sam gorliwym zwolennikiem tej operacji, niestrudzenie w licznych pracach dowodził wielkiego znaczenia tego zabiegu i do wykonania tej operacji innych zachęcał. Zaznaczyć jednak wypada, iż nie w każdym operacyjnym przypadku kamicy żółciowej należy wykonać choledochotomię i „Hepaticusdrainage”. Jeżeli w wywiadach niema danych na zajęcie przewodu wspólnego, jeżeli pęcherzyk zawiera jeden lub kilka większych kamieni, i jeżeli spływająca z choledochus żółć jest przezroczysta, a sumienne skontrolowanie przewodów nie wykrywa obecności kamienia, to operacja ta jest zbyteczna. Jeżeli natomiast przed operacją były u chorego objawy zakażenia dróg

żółciowych, to bez względu na to, czy w pęcherzyku znajdziemy liczne drobne kamyki, czy też wcale ich nie wykryjemy, należy w każdym przypadku otworzyć przewód wspólny celem szukania mogących tkwić w fałdach błony śluzowej kamyków i przez następcze sączkowanie przewodu umożliwić dalsze wydzielania złożeń, pozostałych w przewodzie wspólnym i w rozgałęzieniach przewodu wątrobowego. Operacja ta nie jest ani technicznie trudna, ani też niebezpieczna. „Lieber einmal den Choledochus unnütz aufschneiden, als dort einen Stein zurücklassen”. (KEHR: Arch. f. Klin. Chirurgie. Bd. 59).

Z powyższego wynika, że wycięcie pęcherzyka z następczym sączkowaniem i przepłukiwaniem przewodów wspólnego i wątrobowego najbardziej chroni od prawdziwych i rzekomych nawrotów.

Bóle, zjawiające się powtórnie po operacyjnym leczeniu kamicy żółciowej, nie zawsze zależą od kamieni. Przyczyną późniejszych dolegliwości mogą być zrosty pooperacyjne, zapalenie dróg żółciowych, przewlekłe zapalenie trzustki, wreszcie histerya. Zrosty i cholangity powstają o wiele częściej po cystostomii, niż po cystektomii. Zrosty pasemkowate, zwłaszcza te, które ciągną się od szyi pęcherzyka do dwunastnicy lub do odźwiernika, mogą wywołać takie same bóle napadowe, jak kamienie, przebiegają jednak przeważnie bez gorączki i bez żółtaczki i nieraz powodują rozszerzenie żołądka. W cholangicie, zależnym przeważnie od zatkania światła przewodu wspólnego przez zakażony śluz, wydobywający się ze ślepych woreczków LUSCHKI, bóle nie są tak gwałtowne i nie

trwają tak długo, jak przy zatkaniu przewodów przez kamień. Oprócz tego bólem zależnym od cholangitu stale towarzyszy gorączka.

Bóle napadowe po zabiegu operacyjnym mogą również zależeć od przewlekłego zapalenia trzustki. Nowsze badania ustaliły częstą obecność zmian zapalnych w trzustce w kamicy żółciowej. KEHR na 500 ostatnich operacji na drogach żółciowych 5 razy znajdował ostre, a 102 razy przewlekłe zapalenie trzustki, zaś przy przewlekłym zatkaniu kamieniem przewodu wspólnego w połowie wszystkich przypadków stwierdzał obecność pancreat. chr. Quenu i Duval (cyt. u CORIE: Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications r. 1908, str. 293) na zasadzie przeszło setki zebranych przez siebie przypadków także twierdzą, iż zmiany w trzustce częściej znajdują się przy kamieniach w przewodzie wspólnym, niż przy kamieniach w pęcherzyku. Częsty udział trzustki w przewlekłym zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego tłumaczy się stosunkiem anatomicznym tego przewodu do trzustki. W roku 1902 na zjeździe przyrodników i lekarzy w Karlsbadzie podał v. BÜNGNER wyniki swych badań na trupach, które dowiodły, że prawie zawsze, bo na 58 aż 55 razy, przewód żółciowy wspólny na przestrzeni 2 ctm. przebiega w główce trzustki, nim się otwiera do dwunastnicy.

Przewlekłe zapalenie trzustki w większości przypadków przechodzi po usunięciu kamienia z przewodu, w niektórych jednak przypadkach bywa powodem kolki pooperacyjnej.

(D. n.)

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Anafilakсыя.

Podał

Kazimierz Szokalski.

Objaw, ochrzczony przez Ch. RICHETA mianem anafilakсыi, opisany był jeszcze w 1839 r. przez MAGENDIE. Badacz ten zauważył, że króliki, poddane dwukrotnemu wstrzyknięciu do żyły białka, zdychały nadzwyczaj szybko po drugim zastrzyknięciu. Od tej chwili spostrzegano wiele podobnych faktów, nie budziły one jednak należytej uwagi. Dopiero prace Ch. RICHETA zapoczątkowały sumienne badania w tym kierunku. RICHET dowiódł, że psy po jednorazowym wstrzyknięciu im nie śmiertelnych dawek toksalbuminy (mytilokongestyny i aktynokongestyny) szybko giną po powtórnej wprowadzeniu im do żyły dawek jeszcze mniejszych, niż poprzednia. A zatem przygotowane w ten sposób psy zostają obdarzone wybitnie wyrażoną nadczułością, którą RICHET nazwał anafilakсыą w przeciwstawieniu do profilakсыi. W rok później, w 1903 r., zjawily się badania ARTHUSA, który dowiódł, że u królików wielokrotne wstrzykiwania podskórne surowicy końskiej powodują coraz wybitniejszy odczyn miejscowy (nacieczenie, obrzęk, martwica) — (t. zw. objawy ARTHUSA), i że u przygotowanych w ten sposób zwierząt dożylnie wstrzyknięcie małych dawek surowicy końskiej może momentalnie wywołać bardzo ciężkie objawy i nawet śmierć. Prawie jednocześnie z ARTHUSEM PIRQUET i SCHICK ogłosili swe badania nad chorobą posurowiczą (Serumkrankheit) człowieka i przytoczyli doświadczenia z powtórnej wstrzykiwaniem królikom surowicy końskiej. Badacze ci dowiedli, że na powtórnej iniekcję surowicy ustrój reaguje inaczej, niż na pierwszą. Wskutek wprowadzenia

pewnych ciał chorobotwórczych, do których należy obca surowica, organizm na czas długi przechodzi w stan innoczynności (allergii), szybciej i wybitniej reagując na powtórne wprowadzenie do ustroju tegoż ciała. Surowica obca, nawet pierwszy raz wstrzyknięta, często po jakimś czasie wywołuje powstanie wysypki, obrzęku stawów, podniesienie ciepłoty i t. d.; po powtórnej wstrzyknięciu objawy te mogą znacznie zaostrzyć się. Jeszcze więcej światła dorzuciły badania T. SMITHA i R. OTTO. Badacze ci używali do swych doświadczeń świnek, którym były wstrzyknięte minimalne ilości surowicy przeciwbłonniczej, dla wypróbowania siły tej surowicy. Wstrzykując takim świnkom po określonym czasie do otrzewny po 5 - 6 cent. sz. surowicy końskiej, nieszkodliwej dla świeżych zwierząt, wywoływali w ten sposób śmierć większości świnek. Wreszcie na podstawie badań OTTO, ROSENAU, ANDERSONA, BESREDKI i innych zostało dowiedzionem, że nadczułość swoistą można wywołać nie tylko przez surowicę obcą, lecz i bakterye oraz obce białko. Wkrótce została stwierdzona możliwość biernego przekazywania anafilakсыi za pomocą wstrzykiwania świeżym zwierzętom surowicy, otrzymanej od zwierząt anafilaktyzowanych (NIKOLLE, OTTO). Z drugiej znowu strony powstały prace BESREDKI i STEINHARDTÓWNY o t. zw. antyanafilakсыi, polegającej na tem, że zwierzęta przygotowane do anafilakсыi, o ile nie zginą wskutek powtórnej wstrzyknięcia surowicy, stają się na pewien czas nieczułymi na następne wstrzykiwania tegoż ciała.

Najpodatniejszymi zwierzętami do wywołania objawów anafilakсыi są świnki morskie, zwłaszcza, gdy zastrzykuje się im surowicę pod twardą oponę. Dawka surowicy, wstrzykniętej po raz pierwszy, wynosić winna zaledwie $\frac{1}{25}$ - $\frac{1}{100}$ cent. sz. zarówno pod skór-

re, jak do otrzewny, krwiobieg i mózgu. **BESREDKA** drugą dawkę wstrzykuje po upływie 15 dni w ilości $\frac{1}{4}$ cent. sz. również pod oponę twardą; ten sposób dał najlepsze wyniki. Po drugim wstrzyknięciu zwierzę w ciągu $\frac{1}{2}$ —1 minuty zupełnie nie reaguje, następnie zaczyna gładzić mordkę, kaszle, włosy podnoszą się „na jeża”, następnie zaczyna zwierzę podskakiwać, biega lub staje dęba, pada na bok, zaczynają się drgawki, zwierzę robi wrażenie, że chce wymiotować, że polyka powietrze, po drgawkach następuje paraliż, oddech zatrzymuje się, serce jeszcze nie przestaje bić. Cały ten szereg objawów trwa do pięciu minut i kończy się śmiercią. W innych przypadkach pomimo objawów bardzo groźnych zwierzę stopniowo przychodzi do siebie i po upływie kilku godzin jest zupełnie zdrowe.

Badania przeprowadzone zostały również na psach i królikach. Zatrzymam się tylko na doświadczeniach na psach, króliki bowiem dają objawy bardzo podobne. Wstrzykujemy psu nasamprzód 3—5 cent. ³ surowicy końskiej lub bydłowej, następnie po upływie trzech tygodni (królikom po upływie tygodnia) i więcej powtarzamy ten zabieg. Jeżeli temuż psu po raz drugi wprowadzimy do krwi 10 cent. ³ takiej samej surowicy, pies ów po 30, najpóźniej 60 sekundach zdradza objawy coraz silniej potęgującego się podrażnienia. Mamy więc energiczne ruchy obronne, ruchy, zdradzające chęć wymiotowania, co też często następuje, jednocześnie często pies wydalą mocz i kał. Następnie jednak zwierzę staje się niezwykle spokojnym i leży na stole operacyjnym z głową spuszczoną, oczami otwartymi i miarowym oddechem. Jeżeli rozwiązać takiego psa i puścić go swobodnie, zaczyna on chwiać się, pada i pozostaje w miejscu z nogami wyciągniętymi. W takim stanie, nacechowanym ogólną niemocą, osłabieniem mięśniowym i bezmoczem (anuria), zwierzę może pozostawać kilka godzin, poczem zdycha lub zupełnie powraca do zdrowia.

Postaramy się teraz rozpatrzyć poszczególne objawy anafilaksyi i przytoczyć poglądy badaczy, dotyczące istoty tego zjawiska. O bezpośrednim zaburzeniu funkcji mózgo-

wych nie może tu być mowy; również bezpodstawne jest przypuszczenie działania jadu na krew w kierunku uszkodzenia czynności oddechowej krwinek czerwonych. Przeciwnie pierwszymu świadczy zachowanie odruchów źrenicznych, przeciwko drugiemu — brak wybitnie wyrażonych zaburzeń oddechowych. Natomiast uderza jeden ważny objaw, dotyczący krwiobiegu — wybitny spadek ciśnienia krwi, dający się obserwować już po upływie 15—30 sekund od czasu wstrzyknięcia surowicy. Jeżeli np. przed wstrzyknięciem ciśnienie krwi w żyłę biodrowej wynosiło 120—150 mm. rtęci, to po wstrzyknięciu 10 cent. ³ surowicy końskiej, ilości, nie wywołującej u normalnego królika żadnych zmian w ciśnieniu, może ono spaść do 80 i nawet 40 mm., czasem jeszcze niżej. Towarzyszące spadkowi ciśnienia ogólne podniecenie można słusznie tłumaczyć następstwem nagłej małokrwistości mózgu. Spadek ciśnienia może również powodować podrażnienie ośrodków oddechowego i wymiotnego, ośrodków skurczów żołądka, kiszek i pęcherza moczowego. Następnie występuje na jaw osłabienie mięśniowe z cechami niedowładu; objaw ten ustępuje w miarę wyrównania ciśnienia.

Wyżej przytoczony pogląd na istotę anafilaksyi, popierany gorliwie przez wiedeńskiego badacza **KRAUSA** i **BUDLA**, zwalczany jest przez **BESREDKĘ**, podług którego terenem całego szeregu objawów anafilaktycznych jest mózg. Pod wpływem powtórnego działania surowicy następuje podług **BESREDKI** gwałtowne odczulanie (*desensibilisation*) komórek nerwowych dzięki szybkiemu połączeniu t. zw. *sensibilisines* (nazwijmy je uczulnikami (Red), utrwalonych na komórkach nerwowych, z przeciwciałkami (*antisensibilisine*) nowo wprowadzonej do ustroju surowicy. Jeżeli wstrzykniemy do mózgu zwierząt uczulonych surowicę nagrzaną, a zatem pozbawioną w znacznym stopniu przeciwciałkami (*antisensibilisine*), nie otrzymamy anafilaksyi wskutek słabego powinowactwa z uczulnikiem. Wystarczy po 24 — 48 godzinach wstrzyknąć do mózgu surowicę nieogrzaną, by powstało szybkie połączenie uczulników (*sensibilisine*) z nieosłabionym przeciwciałkami (*antisen-*

sibilisine), powodujące objawy anafilaksyi. Uczulenie małemi dawkami surowicy daje pomyslniejsze wyniki dzięki temu, że uczulnik, tworząc się stopniowo z antygeny, wywołującego nadwrażliwość *sensibilisinogen* nie spotyka dostatecznej ilości przeciwcuczulnika i dlatego utrwała się na komórkach nerwowych. Brak objawów anafilaksyi po wstrzyknięciu pierwotnem dużych dawek surowicy zależy od tego, że uczulnik w miarę tworzenia się wiąże się z krążącym w dużej ilości w ustroju przeciwcuczulnikiem i w ten sposób nie dostaje się do ośrodkowego układu nerwowego. Doświadczenie **BESREDKI**, za radą **ROUX**, polegające na niemożności wywołania anafilaksyi u uczulonych świnek, poddanych narkozie eterowej, tłumaczy **BESREDKA** w ten sposób, że komórki nerwowe pod wpływem eteryzacji stają się nieczułem na szybkie odczulenie (*desensibilisation*). Dostarczono jednak dowodów, świadczących przeciw spostrzeżeniom **BESREDKI**. **ROSENAU** i **ANDERSON** zauważyli, że narkoza eterowa jeno zacierza objawy, lecz zupełnie nie chroni świnki morskiej od śmierci. **KRAUS** i **BIEDL** przekonali się, że, jeżeli powtórne wstrzyknięcie poddanego narkozie zwierzęcia wykonać w okresie zupełnego osłabienia siły mięśniowej, wówczas istotnie główne objawy anafilaksyi, jako to: ogólne podniecenie, wymioty, odruchowe wydalanie moczu i kału oraz następcza depresja nie występują, niema natomiast wybitnego spadku ciśnienia krwi. Słowem, kwestya ta jeszcze nie jest dostatecznie wyświełtłona.

Co się tyczy obniżenia ciśnienia krwi, większość autorów tłumaczy to rozszerzeniem naczyń obwodowych. To ostatnie może być uzależnione od paraliżu ośrodku naczynioruchowego lub też od mechanizmów naczynioruchowych obwodowych. Na korzyść ostatniego przypuszczenia mówi fakt, że obniżonemu ciśnieniu krwi nie można zapobiedz nawet takimi czynnikami, które wywołują podrażnienie narządu naczynioruchowego, niezależnie od ośrodku mózgowego, jedynie dzięki działaniu na nerwy obwodowe. Nie tylko podrażnienie zakończeń nerwu trzewnego (*n. splanchnicus*) nie powoduje podniesienia ciśnienia krwi, lecz nawet dożyłne

wstrzyknięcie adrenaliny, tak wybitnie podnoszące ciśnienie u normalnych zwierząt, nie wywiera żadnego działania na zwierzęta uczulone z bardzo obniżonem ciśnieniem. Przekonano się następnie, że chlorek barytu, wywołujący na dość długi przeciąg czasu podniesienie ciśnienia krwi nawet po odosobnieniu ośrodkowego układu nerwowego, dzięki swemu działaniu na nerwy naczynioruchowe obwodowe, podnosi ciśnienie krwi u zwierząt uczulonych i stopniowo niweczy i inne objawy anafilaksyi. Pozostaje nam jeszcze wspomnieć o jednym charakterystycznym objawie, towarzyszącym anafilaksyi — o znacznem osłabieniu, a nawet często zupełnem niewystępowaniu krzepnięcia krwi po za organizmem. Zarazem zmienia się i skład morfologiczny krwi, znikają bowiem z niej prawie zupełnie leukocyty wielojądrowe; miejsce zaś ich zastępują limfocyty i płytki **Bizzozero**.

Podobne do anafilaktycznych objawy spotykamy u psów, którym wstrzyknięty został pepton **WITTE**. Profesor uniwersytetu lwowskiego **POPIELSKI** przedsięwziął cały szereg badań w tym kierunku; udało mu się wydzielić z peptonu ciała, nazwane przezeń wazodylatyną, obniżające wybitnie ciśnienie krwi; obecnością tego ciała zarówno w peptonie, jak i w surowicy tłumaczy autor obniżenie ciśnienia podczas anafilaksyi. Następnie na podstawie faktu, że przez wstrzyknięcie peptonu **WITTE** można wywołać stan antyanafilaksyi w stosunku do surowicy, i z drugiej strony ze względu na to, że zwierzęta uczulone stają się w pewnym stopniu odpornymi na działanie peptonu **WITTE**, na podstawie tych danych możemy przypuścić, że pomiędzy anafilaktyą i działaniem peptonu jest ścisły związek.

Istnieje dotąd cały szereg teoryi, starających się wyjaśnić istotę anafilaksyi. Główne założenie większości z nich polega na tem, że wstrzykiwanie białka obcego powoduje powstanie po pewnym czasie w ustroju ciała, zwanego przez **RICHETA** toksogeniną, a przez **RESREDKĘ** — „*sensibilisine*”, która ze swej strony tworzy się z *sensibilisinogenu* surowicy. Jeżeli uczulnik (*sensibilisine*) spotka się w ustroju zwierzęcym z przeciwcuczul-

nikiem (antisensibilisine), tworzy się wówczas jad—apotoksyna RICHETA; ta ostatnia wywołuje anafilaksję. Uczulnik należy do ciał ciepłostalnych (termostabil), przeciwuczulnik—ciepłochwiejnych (termolabil). Dlatego też morskie świnki, którym wstrzyknięto po raz pierwszy surowicę nagrzaną (a więc zawierającą tylko uczulnik), mogą dać objawy anafilaksji po ponownym wstrzyknięciu surowicy nienagrzonej (nie pozbawionej przeciwuczulnika), podczas gdy wstrzyknięcie początkowo surowicy nienagrzonej, a następnie nagrzonej pozostaje bez skutku. Objawy anafilaksji biernej, polegającej na wstrzyknięciu surowicy wziętej od zwierzęcia podczas napadu anafilaktycznego, również mogą wystąpić tylko wówczas, gdy wstrzykniemy zwierzęciu surowicę nieogrzaną, ogrzana bowiem surowica zawiera jedynie uczulnik, podczas gdy zawarty w surowicy zwierzęcia anafilaktyzowanego przeciwuczulnik ginie pod wpływem wysokiej ciepłoty. NICOLLE stara się objaśnić istotę anafilaksji za pomocą ogłoszonej przezeń wspólnie z Edwardem POŻERSKIM nowej teorii odporności ¹⁾. Według tej teorii na wszelki wprowadzony antygen organizm reaguje tworzeniem przeciwciał dwóch rodzajów: koaguliny i lizyny. Ciała te zwykle powstają jednocześnie, lecz ilościowo mogą się różnić. Autorowie ci rozróżniają, stosownie do wprowadzonego antygeny, cyto-koaguliny (agglutyniny) i cytolizyny, albumino-koaguliny (precypityny), albuminolizyny (*substances sensibilisatrices*), toksynokoaguliny (antytoksyny) i toksynolizyny (pojęcie nowe). Różnorodny stosunek ilościowy koagulin i lizyn warunkuje stan odporności lub nadczułości (anafilaksji). Działanie koagulin (bez komplementu) sprowadza się do złączenia (strącenia, koncentracji) antygenów, a zatem

do obrony organizmu. Lizyny przy pomocy komplementu rozkładają strącone antygeny i uwalniają z nich ciała jadowite, trujące organizm. Przypuśćmy, że mamy ustroj uodporniony, t. j. taki, w którym ilość koagulin jest większa, niż lizyn. Koaguliny spowodują szybkie złączenie wprowadzonego antygeny, stosunkowo zaś niewielka ilość lizyny wywoła powolne rozpuszczenie antygeny i stopniowe zobojętnienie go przez organizm. Wprowadzenie antygeny w danym przypadku nie będzie niebezpieczne dla ustroju i nie wywoła wybitnych objawów chorobowych. W ustroju uczulonym będziemy mieli stosunek odwrotny. Organizm ten będzie zawierał lubo wyłącznie lizyny lub w znacznie większej ilości, niż koaguliny. Wskutek tego wprowadzenie doń nowej porcy antygeny wywoła szybkie rozpuszczenie antygeny, wylugowanie ciał toksycznych z niego i piorunujące objawy.

Oto jest krótki zarys prac, dotyczących anafilaksji. Dodać jeszcze winienem, że już dzisiaj znane są poza surowicą inne ciała, wywołujące anafilaksję: ciała białkowe (VAUGHAN), mleko (ARTHUS, ROSENAU i ANDERSEN, BESREDKA) actino i mytilocengestina (RICHET), papaina (POŻERSKI), endotoksyny bakteryjne (ROSENAU i ANDERSON, KRAUS i t. d.); wyciągi organów (WOLFF, KRAUS), wyciągi groszku zielonego (ROSENAU i ANDERSON) i t. d.

LITERATURA.

A. BESREDKA. De l'anaphylaxie sérique expérimentale. Bulletin de l'Institut Pasteur Nr. 19, 20, 21—1908.

A. K. CZARNOCKI. Anafilaksja. Moskwa, 1909.

KRAUS und BIEDL. Experimentelle Studien ueber Anaphylaxie. Wien. Klin. Woch. Nr. 11, 1909.

¹⁾ Nowa teoria pochodzenia niweczników w ustroju zwierzęcym. Medycyna Nr. 31, 1909 (refer. Szokalskiego).

S T R E S Z C Z E N I A.

Medycyna teoretyczna.

1. O homoseksualizmie i pseudohomoseksualizmie.

Homoseksualizm istnieje od najdawniejszych czasów, pomimo tego, że zawsze istnieli jego wrogowie; do homoseksualistów należeli najwybitniejsi mężowie, i nie stanął on bynajmniej na przeszkodzie rozwojowi i enotom narodowym takich narodów, jak Grecy i Japończycy.

Pojęcie homoseksualizmu ma oznaczać podniecenie zmysłowe, wywołane przez osobniki jednakowej płci, które prowadzi do pewnych płciowych czynności, polegających jednak zaledwie w 10% przypadków na pederastyi. W przeważnej liczbie przypadków prawdziwego zwyrodnienia dany osobnik odczuwa podniecenie płciowe w stosunku z osobami tej samej płci. Widok zaś lub dotknięcie osób płci odmiennej jest dla niego wstrętny i odpychający.

Homoseksualne odczuwania mogą się odezwać dopiero w wieku późniejszym, po przeżytych już wrażeniach heteroseksualnych. Zaliczamy takie przypadki do homoseksualizmu spóźnionego. Siła pociągu może być rozmaita. Może on istnieć jednocześnie nawet albo naprzemian z pociągiem heteroseksualnym, znajdujemy to u t. zw. biseksualistów. Tacy ludzie mogą się żenić i płodzić dzieci.

Wymienione powyżej działy obejmują prawdziwych, wrodzonych, zwyrodniałych. Przeciwstawić im możemy t. zw. pseudohomoseksualistów, którzy przy spełnianiu czynności homoseksualnych a także we śnie czują heteroseksualnie. Znajdujemy ich najwięcej w zgromadzeniach ludzi jednakowej płci, w zamkniętych zakładach, klasztorach i koczach. Pseudohomoseksualiści mogą latami znajdować przyjemność w obcowaniu z osobnikami jednakowej płci, ale z chwilą możliwości współżycia z płcią odmienną porzu-

cają swoje dawne upodobania. Są to homoseksualiści „faute de mieux”.

Oba te działy zwyrodniałych są podobne do siebie tylko zewnętrznie, głębiej biorąc, zachodzi tu wielka różnica: homoseksualizm jest wrodzoną zmianą pociągu płciowego, wtenczas kiedy pseudohomoseksualizm jest występkiem. Śród homoseksualistów znajdują się, tak samo jak i śród heteroseksualistów, natury chłodne i namiętne, dobre i złe, i nie można twierdzić, żeby wszyscy byli wśród nich dziedzicznie obarczeni i zwyrodniali. Słowem, że powstać mogłoby pytanie, czy można wogóle uważać homoseksualistów za zwyrodniałych. Patrząc na ten stan, jako na anomalię, a nie jako na chorobę, uważać go możemy za zatrzymanie rozwoju. Jedynym bowiem prawdopodobnym przypuszczeniem w sprawie jego powstawania jest biseksualny zarodek człowieka także i pod względem uczuć płciowych. U homoseksualistów bierze górę składnik rozwojowo starszy, składnik homoseksualny. Homoseksualiści odbijają bardzo nieznacznie od reszty społeczeństwa, wśród którego mogą być nawet pożytecznymi obywatelami. Najbliższe ich otoczenie nie wie często o ich upodobaniach, dopóki sami o nich nie opowiedzą. Prawdziwy homoseksualizm nie jest zatem ani występkiem, ani grzechem, jest to wybryk natury, odmiana naturalnego *libido sexualis*, która jest nawet do pewnego stopnia fizjologiczna. Wobec tego niemożliwe jest tu leczenie za pomocą hipnotyzmu i psychoanalizy. Chyba tylko tam, gdzie składnik homoseksualny jest słaby, w przypadkach biseksualizmu, możnaby mieć nadzieję na znośne wyniki leczenia hipnotycznego.

(Deut. med. Woch. 26. VIII. 1909).

Felicya Pożaryska.

— **Schur.** **Nowy odczyn w moczu ludzkim** (z instytutu seroterapeutycznego prof. Paltauf'a w Wiedniu).

Autor, zajmując się wspólnie z WIESELEM badaniami nad znaczeniem adrenaliny dla fizjologii i patologii przemiany materii, zwrócił uwagę na to, czy analogicznie do niektórych surowic krwi uda się również stwierdzić obecność adrenaliny w moczach prawidłowych i patologicznych. Metoda biologiczna, polegająca, jak wiadomo, na wykazywaniu obecności adrenaliny za pomocą działania rozszerzającego źrenicę oka żabiego zawiodła. Autor zwrócił się przeto do swoistych odczynów chemicznych. Zarówno próba z trójchlorkiem żelaza, jak i próba sublimatowa okazały się za mało czułe. Niezmierną natomiast czułość wykazała próba jodowa, polecona jeszcze przez VULPIANA: daje ona wynik dodatni (czerwone zabarwienie) po dodaniu adrenaliny do moczu w stosunku do 1 : 200000; nadto wypada ona dodatnio bardzo często również z czystymi moczami; w fizjologicznym zaś roztworze soli kuchennej otrzymujemy wynik dodatni nawet w rozcieńczeniu 1 : 1.500.000 (różowe zabarwienie w grubszej warstwie płynu). Autor do wspomnianej próby używa nie wodnego roztworu jodu w jodku potasu, lecz nalewki jodowej. Zabawienie występuje już po krótkim czasie nawet na zimno. Jod musi być dodany w nadmiarze, ponieważ odczyn występuje najlepiej wówczas, jeżeli dodać maksymalną niezbędną do wywołania odczynu ilość jodu. Nadmiar jodu wolnego winien być usunięty przez wytrząsanie z eterem. Próbę wykonujemy w ten sposób, że do kilku probówek, zawierających po 5 cent. sz. moczu, dodajemy wzrastające ilości nalewki jodowej np. 5; 10; 15; 20; 30 kropeł i po kilku minutach wstrząsamy z eterem.

Najlepiej próba wypada w tej probówce, w której eter wykazuje zaledwo żółtawe zabarwienie. Możemy zauważyć przytem, jak stopniowo zjawia się piękne różowe zabarwienie w cieczy; odnosimy przytem wrażenie, że zabarwienie to nie jest zamaskowane przez samą barwę jodu, lecz że występuje ono dopiero wówczas, gdy w płynie okażą się tylko ślady wolnego jodu. Należy unikać

zbytniego nadmiaru jodu, ponieważ mała ilość adrenaliny może uleść rozkładowi. Czerwone zabarwienie, jakie otrzymujemy w omawianej próbie, jest trwałe jedynie w wodnym roztworze, w moczu zaś znika ono wkrótce, co stanowi znaczną przeszkodę dla oceny ilości adrenaliny na drodze kolorymetrycznej. Sama barwa moczu często również zaciemnia jasność wyniku odczynu; próby z odbarwianiem moczu zawodzą, ponieważ w ten sposób traktowane mocze nie dają odczynu z jodem. Omawiany odczyn, zupełnie nowy, zależy najprawdopodobniej od obecności w moczu adrenaliny. Jedynie wyosobnienie adrenaliny na drodze chemicznej mogłoby, rzecz prosta, słuszności przypuszczenia tego dowieść. Następujące fakty przemawiają jednakże zatem, że adrenalina odczyn omawiany wywołuje: 1) próba jodowa wypada, jak się autor przekonał, ujemnie z całym szeregiem składników moczu, któreby tu w grę wchodzić mogły, jak z mocznikiem, kwasem moczowym, szczawiowym, kwasem salicylowym, kreatyną, kreatyniną, peptonem WITTE, cukrem gronowym, urobiliną, urobilinogenem, barwnikami moczu, 2) dla próby jodowej niezmiernie charakterystyczne jest to, że zabarwienie występuje powoli podczas wytrząsania z eterem i że jest ono ściśle zależne od ilości dodanego jodu, wreszcie 3) omawiany odczyn dają mocze nawet po wytrząsaniu z eterem, co ma duże znaczenie ze względu na to, że również brenzkatechina, dodana do moczu, daje podobne zabarwienie, przechodzi ona jednakże do eteru.

Jeżeli, powiada autor, omawiany odczyn istotnie polega na obecności w moczu adrenaliny, to na zasadzie danych kolorymetrycznych w niektórych moczach należałoby przyjąć, że ilość wydalanej z moczem adrenaliny może wynosić na dobę 5—10 mg, co niewątpliwie stanowi ilość olbrzymią, zważywszy, że w całym narządzie chromochłonnym ilość adrenaliny nie przekracza 30—40 mg. Dowodziłoby to niezmiernie żywej czynności oraz wielkiego znaczenia życiowego układu chromochłonnego i byłoby w zgodzie ze znanym faktem łatwego wyczerpywania się, jakiemu ulegać może ten układ po zmęczeniu, a także w chorobach wycieńczających.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie gastrologiczne z d. 16 czerwca 1909 r.

a) 1) MINTZ przedstawił chorego z dużym uchyłkiem w dolnej części przelyku. U 34 letniego J. St. objawy dysfagii trwają od 18 lat. Stałe pokarmy wywołują gnieceenie w dolnej części przelyku. Nieraz naczco chory doznaje gnieceenia od pokarmu, spożytego poprzedniego dnia. Płyiny nie sprawiają choremu dolegliwości, o ile nie przyjmuje ich naraz w większej ilości i pije powoli. Zgłębnik napotyka przeszkodę w okolicy wpustu. Przeszkodę można łatwo obejść i wejść do żołądka nawet sondą dużego kalibru. Z przelyku, jak pokazał M., wydostaje się około 100—150 cm. sz. zawartości pokarmowej ze znaczną domieszką śluzu, odczynu kwaśnego, bez śladu w o l n e g o HCl, natomiast z wyraźnym odczynem na kwas mleczny. Po przesunięciu zgłębnika do żołądka otrzymuje się zawartość odmiennej barwy z dużą domieszką żółci i z wyraźnym odczynem na wolny HCl. Żołądek obniżony i rozszerzony. Czy obecna w żołądku naczco zawartość pokarmowa spływa z uchyłka, czy też zależy od zwężenia odźwiernika, trudno rozstrzygnąć.

Prześwietlenie za pomocą prom. Roentgena, wykonane przez kol. JUDTA, potwierdziło rozpoznanie uchyłka. Demonstrowany roentgenogram wykazuje uchyłek prawostronny.

W dyskusyi EIGER zapytuje, co wywołało w tym przypadku zwężenie wpustu żołądka?

MINTZ odpowiada, że najprawdopodobniej skurcz spastyczny.

REJCHMAN uważa wogóle te sprawy za b. ciekawe ze względów rozpoznawczych i wdzięczne pod względem leczniczym, gdyż dość często spostrzegać się daje poprawa; sądzi także, że przypadki te zasługują ze wszech miar na szersze spopularyzowanie.

JUDT sądzi, że nader ważny czynnik pomocniczo-rozpoznawczy stanowi tu badanie promieniami Roentgena, które dokładnie określa kierunek i umiejscowienie uchyłka.

TUCHENDLER podnosi znaczenie w tych razach wziernikowania przelyku.

2) MINTZ pokazał roentgenogram przypadku wrzecionowatego rozszerzenia przelyku. Przypadek dotyczy 52-letniego J. G. u którego cierpienie przewodu pokarmowego datuje od lat 3-eh. Pacjent nie zdaje sobie dokładnie sprawy z siedliska choroby. Wskutek silnego ściskania w dołku bezpośrednio po jedzeniu chory w ostatnich czasach unika stałych pokarmów. Od ½ r po jedzeniu występują wymioty. W tym przypadku nie udało się ani razu przeprowadzić do żołądka ani twardej, ani miękkiej sondy. Po wprowadzeniu zgłębnika na 30 cm. otrzymuje się około 100 cm. sz. płynu z wyraźnym odczynem na kwas mleczny. Przeszkody w okolicy wpustu nie udaje się pokonać, nawet po opróżnieniu przelyku.

3) MINTZ demonstrował jeszcze 2 chorych po gastroenterostomii. U chorego B. N., w wieku lat 50, M. stwierdził przed 8 miesiącami znaczną gastroptozę i niewielkie upośledzenie sprawności mechanicznej żołądka (naczco 150 cm. sz. płynu żółciowego, odczynu obojętnego; pod drobnowidzem krople tłuszczu i pojedyncze grzybki drożdżowe). Po 8 miesiącach u tego samego chorego można było naczco wydostać z żołądka około 2 litrów zawartości pokarmowej z wyraźnym odczynem na wolny HCl. Podczas operacji, wykonanej 5 Maja r. b. przez kol. SOŁOWIEJCZYKA, żołądek okazał się 3 razy większym od normalnego, poprzecznicą leżała nieruchomo na kręgosłupie, przymocowana za pomocą mocnych zróstów. *Pars pyrolica* i część malej krzywizny zajęte były przez guz twardy, bliźnowaty, wielkości mandarynki. Wykonano gastroenterostomię antecol. post. Przy badaniu żołądka w 2 tyg. po operacji otrzymano naczco 100 cm. sz. żółciowego płynu, L = 0, A = 15. Przypadek ten zasługuje na uwagę przez wzgląd na szybkie powstanie znacznie-rozszerzenia żołądka.

U drugiego chorego A. F., który od lat 13 cierpiał na dolegliwości żołądkowe pocho-

dzenia, jak mniemano, nerwowego, M. rozpoznał zwięźenie spastyczne odźwiernika wskutek wrzodu peptycznego. Operacja, dokonana 17. XII. 1908 przez kol. СІЕХОМСКІЕГО, wykazała mocno skurczony twarde odźwiernik, pokryty bliznowato zmienioną otrzewną. W tym przypadku badanie żołądka w kilka miesięcy po operacji za pomocą promieni Roentgena dało wyniki niezgodne ze znanymi wynikami, otrzymywanymi przez JONASA w pracowni HOLZKNECHTA u chorych po gastroenterostomii.

W d y s k u s y i GRUNDZACH zaznacza, że według jego spostrzeżeń najczęściej płynna zawartość szybko zostaje wydalona u chorych po gastroenterostomii, stała — wolno.

SIERPIŃSKI spostrzegał przypadek, w którym płynna zawartość zatrzymywała się dość długo w żołądku.

JUDT zwraca uwagę na badania JONASA, dokonane na dużym materiale, które dowodzą, że nie gęsta zawartość n a t y c h m i a s t przechodzi do kiszek u osobników operowanych; przypadek MINTZA wyróżnia się tedy tem, że zawartość przedostawała się do kiszek dopiero po upływie 15 minut.

REJCHMAN sądzi, że duże znaczenie dla wyjaśnienia szybkości przechodzenia pokarmów z żołądka do kiszek posiada miejsce, w którym dokonana została operacja; im niżej zrobiony został otwór, tem łatwiej pokarmy przechodzą do przewodu kiszkiowego. Czasem spostrzegać się daje worek, w którym pokarmy zalegają. Zadaniem chirurgów powinno być wykonywanie zabiegu operacyjnego o ile możności w najniższym punkcie żołądka.

ODERFELD zwraca uwagę na przeszkodę techniczną w wykonywaniu gastroenterostomii w najniższym punkcie żołądka, tu bowiem obficie przebiegają naczynia krwionośne.

4) Ryszard HERTZ przedstawił chorego 21-letniego, który przed 10 laty napił się ługu i wskutek niedrożności przełyku zmuszony był poddać się gastrostomii; chory odżywił się początkowo przez rurkę, wlewając płynne pokarmy wprost do żołądka, w ostatnich czasach wpadł na pomysł przeżuwania pokarmów i wpluwania ich przez rurkę do żołądka. Ponieważ chory ten doskonale się

nadał do doświadczeń według metody PAWŁOWA, H wykonał szereg takowych doświadczeń i o ich wynikach poda oddzielnie.

5) RÓBIN przedstawił chorego, lat 43, cierpiącego od kilkunastu lat na napady nudności i wymiotów z bólami w dolku; wymioty są początkowo pokarmowo śluzowe, potem stają się czysto krwawymi, przyczem wydzielają się od 6 — 8 szklanek czystej krwi, napady te trwają od 2 — 3 dni. Po napadzie chory pozostaje 1—2 dni na dyecie płynno-kleistej, a już po upływie kilku dni jada mięso i wogóle powraca do dawnego trybu życia. Napady takie powtarzają się co 2 — 3 miesiące. W okresie międzynapadowym w poprzednich latach czuł się zupełnie dobrze, nie odczuwał żadnych dolegliwości żołądkowych, w ostatnich jednak czasach nie powracał już po napadzie tak szybko do zdrowia, a obecnie uskarża się na stale zmiejszone łaknienie, nudności, ściskanie bezpośrednio po jedzeniu, zaparcie stolca i chudnięcie. Był 3 razy w Karlsbadzie, poczem na jakiś czas — ulga.

N a c z z o żołądek okazał się pustym. P o ś n i a d a n i u p r ó b n e m zawartość dość dobrze strawiona, ciekła, zawiera mało śluzu, L = 82, A = 130! Badanie narządów wewnętrznych wykazuje rozemę płuc, stwardnienie tętnic obwodowych w dość dużym stopniu. Serce zmian nie wykazuje, mocz również nie zawiera składników patologicznych. Badanie okolicy żołądka w okresie międzynapadowym wykazuje tylko nieznaczny bolesność w okolicy dolka, wątroba nie wyczuwa się, szyszek hemoroidalnych niema. Odruchy kolanowe są zachowane, źrenice reagują prawidłowo. Przymiot stanowczo neguje.

Podczas ostatniego napadu, obserwowanego przez R., chory miał bardzo silne wymioty krwawe, przyczem za każdym razem zwracał ze 2 — 3 szklanki ciemno-krwawego płynu; chory wyraźnie zaznacza, że bóle w dolku są wtórne wskutek ciągłych wymiotów, i że napad rozpoczyna się od nudności i wymiotów, a nie od bólów. Na naradzie, odbytej po ostatnim napadzie z d-r'em REJCHMANEM, sprawa chorobowa została postawiona w związku przyczynowym z wybitnie wyrażoną u chorego miażdżycą tętnic, wskutek czego

zalecono choremu jodek potasu i ewentualnie dla wyłączenia przymiotu próbę WASSERMANNĄ.

R. przedstawia ten przypadek, jako rzadki i trudny pod względem rozpoznawczym. Wrzód bowiem okrągły żołądka daje się wyłączyć wobec okresowości cierpienia i bardzo szybkiego powrotu do zdrowia (po 2 — 3 dniach chory jadał mięso), wiadomości rdzenia daje się wyłączyć wobec długotrwałości cierpienia (kilkanaście lat) i zupełnego braku objawów tego cierpienia, pozostaje zatem tylko krwawienie sklerotyczne lub przymiotowe.

W dyskusji RZĘTKOWSKI sądzi, że rozpoznanie nie może być zrobione w tym przypadku, ponieważ brak jeszcze dostatecznych danych, które możnaby osiągnąć dalszym spostrzeganiem i dalszemi badaniami.

REJCHMAN odpowiada RZĘTKOWSKIEMU, że owszem przypadek przedstawiony zasługuje już obecnie ze wszelkich miar na uwagę ze względu na występujące okresowo silne krwotoki żołądkowe w połączeniu z wysoką nadkwaśnością. Choroba datuje od kilkunastu lat. Musimy tu różniczkować pomiędzy miażdżycą tętnic żołądka, histeryą, wiadomości rdzenia.

RZĘTKOWSKI sądzi, że próba SALOMONA oddałaby w tym przypadku usługę.

ZAWADZKI zwraca uwagę na możliwość zastępczych krwotoków hemoroidalnych i zapytuje, czy chory był badany w tym kierunku.

SADKOWSKI sądzi, że można wyłączyć w danym przypadku marskość wątroby wobec długotrwałości cierpienia, że pozostaje zatem bądź skleroza naczyń żołądka, bądź histerya.

RÓBIN odpowiada, że chory nie cierpiał nigdy na hemoroidy i nigdy krwawień hemoroidalnych nie miał, skłania się bardzo do rozpoznania w przedstawionym przypadku arteriosklerozy żołądka.

PACANOWSKI oblicza, że wobec kilkunastoletniego trwania choroby miażdżycę tętnic żołądka u tego chorego musiałaby już być wybitna w 30 roku życia, t. j. bardzo wcześnie.

GRUNDZACH sądzi, że nadkwaśność także odgrywa pewną rolę w danym przypadku, i powodem krwotoków może tu być arterioskleroza w połączeniu z nadkwaśnością.

REJCHMAN przypomina, że arterioskleroza zdarza się w młodym wieku.

LANDAU rzuca myśl, czy nie mamy tu do czynienia z nerwicą naczynioruchową, umiejscowioną w naczyniach żołądka?

SIERPIŃSKI zastanawia się, czy nie są to nawykowe krwawienia ulcusowe?

6) TUCHENDLER przedstawia chorą, kobietę młodą, u której rozpoznał wysoko usadowionego w odbytnicy raka, i u której dokonana została operacja resekcji kiszki (*Anus sacralis*). Ponieważ historia choroby i rozpoznanie (pomijając wiek młody chorej) w przypadku danym przedstawiają wiele interesującego, T. przytacza niektóre szczegóły: chora ma lat 27; kilka miesięcy temu wyszła za mąż; 2 miesiące temu zgłosiła się do T. i opowiedziała, co następuje: od lat kilku jest bardzo nerwowa, dolegliwości żadnych jednak nie miała; w ostatnich czasach wypr. stały się częstsze, ale są twarde, i wogóle chorej trudno oddawać stolec. Od czasu do czasu widzi chora w stolecu ślady krwi; naprzemian z twadem wypróżnieniami zjawiają się u niej i stolce papkowate bez widocznej przyczyny, często miewa bóle w miednicy. W ostatnich czasach krew pokazywała się w ilości większej; te ciągłe utraty krwi chorą bardzo zenerwowały, ale nie chudła przytem wcale. Pomimo leczenia dolegliwości ze strony kiszki nie ustawały, i dlatego przybyła do Warszawy. — Chora dodaje, że lekarze, którzy ją badali, uważali jej chorobę za nerwową.

Przy badaniu T. znalazł, co następuje: Kobieta mocno zbudowana i dobrze odżywiana. W brzuchu nigdzie ani bolesności, ani wrażliwości z lewej i prawej strony. Przy badaniu odbytnicy palcem: błona śluzowa nieco rozpułchniona, zwieracze z trudem przepuszczają palec; po pewnym oporze wchodzi się swobodnie palcem wskazującym dosyć wysoko w kierunku do ściany tylnej; w górnej części odbytnicy wyczuwa się słaby opór. T. próbuje badania skombinowanego od strony brzucha i przez odbytnicę, ale nic więcej nie wyczuwa (chora ma dużo tłuszczu w powłokach i brzuch silnie napina). Mając wrażenie, że opór leży w ścianie kiszki, nie będąc jednak pewnym tego rozpoznania, T. poddaje chorą badaniu rektoskopowemu i znajduje, co następuje. Wprowadziwszy rurkę rekto-

skopową do odbytnicy do 11 cm. nie natrafia na żadną przeszkodę — wszystko normalne; dalej wejść nie może, próbując pod kontrolą wzroku to uczynić, widzi z lewej strony wał, pokryty bardzo przekrwioną błoną śluzową. Ponieważ światło кишки w tem miejscu jest otwarte, próbuje, czy nie uda się przejść dalej; przy tych manipulacjach chora szczególnie doznaje bólów z lewej strony; jednocześnie także w świetle ukazywać się poczęła i krew. Rozpoznanie tedy było dla T. pewne.

Niemожność przesunięcia rurki dalej do S. Romanum przy otwartem świetle кишки dowodzi już przeszkody, a przeszkodą tą był wał, o którym była mowa, który zupełnie się

nie poddawał, był bolesny i krwawił. Z tego względu T. radził chorej operację, po dokonaniu której chora dziś powróciła.

7) TUCHENDLER przedstawia chorego młodzieńca, u którego rozpoznał — *Proctitis ulcrosa* i którego już przedtem demonstrował w Towarzystwie; dziś chce pokazać rezultaty stosowanego tu leczenia miejscowego.

W dyskusyi ODERFELD zwraca uwagę na wzgl. częstość raków odbytnicy w młodym wieku i na to, że w tem cierpieniu charakterystycznych bólów niema.

REJCHMAN zaznacza, że spostrzegł przypadki raka odbytnicy u 12-letniego dziecka.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Feliks Malinowski. Choroby weneryczne T. I. Przymiot (Syphilis). Warszawa 1908.

Ostatnie lata zaznaczyły się w syfilidologii wielu cennymi odkryciami, które stwierdziły istnienie swoistego zarazka przymiotu i dowiodły, że tenże z dodatnim wynikiem może być szczepiony małpom.

Badania powyższe, do których należy dodać i odczyn WASSERMANNA, powszechnie dziś stosowany w celu wykrycia syfilisu w przypadkach podejrzanych, przyczyniły się niemało do wyjaśnienia klinicznego obrazu tego różnopostaciowego i długotrwałego cierpienia, jak również dały pewną liczbę cennych wskazówek terapeutycznych.

Podręczników z dziedziny syfilidologii posiadamy bardzo mało; ostatnim była syfilidologia D-ra Z. KRÓWCZYŃSKIEGO, wydana w Krakowie w 1883 r.

Wspomniany podręcznik, jak również „Wykład chorób wenerycznych podług dzieł ZEISSLA i REDERA”, spolszczony przez studentów medycyny w 1875 r., jakkolwiek posiadają niemałą wartość naukową, to jednak dzisiejszych potrzeb lekarzy praktyków nie są w możności zaspokoić.

Do najnowszych prac w syfilidologii, napisanych w języku polskim, mających na celu wypełnienie przytoczonych braków, zaliczyć należy podręcznik, opracowany i wydany przez d-ra F. MALINOWSKIEGO.

W części wstępnej podręcznika tego znajdujemy dane historyczne syfilisu, morfologię i biologię krętka bladego, uważanego dziś powszechnie za swoisty zarazek przymiotu.

Opisując w dziale tym sposoby badania krętka bladego, autor nie wspomniał o sposobach poszukiwania krętka tego za pomocą ultra-mikroskopu, zastosowanego w celu powyższym przez LANDSTEINERA i MUCHA, w 1906 r., pozwalającego badać krętki bez barwienia, w stanie zupełnie świeżym.

W opisie okresów rozwoju przymiotu autor załączył rysunki, bardzo starannie wykonane i dobrze uwydatniające zmiany anatomo-patologiczne tkanek. Pomiędzy rysunkami tymi znajdujemy zdjęcia z badań drobnowidzowych autora, d-ra DMOCHOWSKIEGO i BELKOWSKIEGO. Zmiany kilakowate okostny uwydatnione są przy pomocy zdjęć roentgenowskich, wykonanych przez d-ra JUDTA.

Omawiając rozpoznanie przymiotu w okresie trzeciorzędnym, autor wspomniał i o odczynie WASSERMANNA, a przytoczywszy na odczyn ten istniejące poglądy i wyniki własnych doświadczeń, przychodzi do wniosku, że odczyn ten posiada znaczenie niewielkie, że należy nawet dodatnie wyniki przyjmować z ostrożnością, opierając się głównie na objawach klinicznych, badaniu bakteryologicznem, wywiadach i działaniu środków swoistych.

Przyznając, że odczyn W., zarówno jak i wiele innych, stosowanych w celach rozpoznawczych, nie jest bez zarzutu, pozwalam sobie jednak zwrócić uwagę, że właśnie odczyn ten daje nam nieocenione usługi w przypadkach takich, kiedy objawy kliniczne, badania bakteryologiczne, wywiady i t. d. zupełnie nas zawodzą.

Nie powołując się w tym względzie na własne doświadczenia, pozwolę sobie przytoczyć najnowszą pracę BERINGA, który na podstawie wykonanych przez siebie 2718 odczynów WASSERMANNĄ i BAUEROWSKIEJ jego modyfikacji twierdzi, że odczyn ten jest dla syfilisu swoisty (spezifisch), że badania kliniczne i serodyagnostyczne, prowadzone jednocześnie, powinny być podstawą wskazań w leczeniu syfilisu.

W rozdziale o swoim leczeniu rtęcią przede wszystkim zastrzykiwaniami oleju szarego zaznaczyć należy, że olej ten, nawet po zastosowaniu umiarkowanych dawek, wywołuje niekiedy zgorzelinową rtęcią dziąseł, bardzo głęboką, mogącą spowodować śmierć. Tego rodzaju przypadki były kilkakrotnie spsstrzegane i opisane niedawno przez GAUCHEREGO i innych autorów francuskich.

Co się dotyczy siły działania tlenku złotego rtęci, to na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń własnych i kolegów śmiem sądzić, że związek ten, aczkolwiek sprowadza większą bolesność miejscową, niż salicylan rtęci, działa jednak silniej i szybciej na miejscowe i ogólne objawy przymiotu.

Powstawanie zatorów może mieć miejsce i po salicylanie rtęci; występują one, aczkolwiek wogóle rzadko, i po zastrzykiwaniach wszystkich innych związków rtęci nierozpuszczalnych.

W złośliwych postaciach przymiotu, występujących najczęściej u osób z upośledzonym

odżywianiem, leczenie rtęcią częstokroć nie tylko nie usuwa objawów, ale naodwrot, sprzyja dalszemu ich rozwojowi.

Chorzy, którym wprowadzono już do organizmu dostateczną, a, być może, nawet zbyt dużą ilość rtęci, poprawiają się szybko pod wpływem leczenia wzmacniającego.

W przypadkach tego rodzaju prawdopodobnie nie małą rolę odgrywa siła fagocytyczna leukocytów, zmniejszająca się pod wpływem walki z rozwijającym się zarazkiem przymiotu, zwiększająca się pod wpływem leczenia i znów ulegająca upośledzeniu, gdy do ustroju zostanie wprowadzony nadmiar rtęci, która sama przez się głęboko zmienia krwinki.

Co się dotyczy syfilisu dziedzicznego, to spostrzeżenia FOURNIERA i TARNOWSKIEGO przekonywają nas, że może on przechodzić i na późniejsze pokolenia. Chorzy, obarczeni tą postacią syfilisu, zarażali się powtórnie, a sam przebieg objawów syfilisu nabytego miał być u nich o wiele cięższy od zwykłego.

Do uwag wypowiedzianych, nie zmniejszających wartości podręcznika, dodać winienem, że wszystkie jego części są bardzo sumiennie opracowane i ułożone według ustalonych na rozmaite postaci syfilisu poglądów.

Wydaniem syfilidologii, zawierającej wszystkie najnowsze wyniki badań, jakie w dziedzinie tej w ostatnich latach zostały zdobyte, autor niewątpliwie wzbogacił naszą literaturę medyczną.

Książkę tę uważać można za bardzo dobrego podręcznika dla lekarzy praktyków i studentów medycyny. Wydanie dzieła, do którego autor dołączył 30 tablic trójkolorowych, przedstawiających rozmaite postaci syfilidy, jest wprost wytworne i musiało być połączone z niemałym nakładem pracy i środków materialnych.

J. Wojciechowski.

Wiadomości bieżące.

— Sąd konkursowy, wybrany przez komitet redakcyjny dla oceny prac, kwalifikujących się do konkursu im. Juljana Majkowskiego, na 2-ich posiedzeniach, odbytych d. 6 i 20 grudnia r. 1909 r., przyznał nagrody:

1) z działu prac oryginalnych
Kol. Władysławowi Kopytowskiemu za prace p. t. a) Przyczynek do zmian w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią pyrogallolu; b) Przyczynek do zmian anatomo-

patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią eugallolu;

2) z działu wykładów klinicznych i streszczeń zbiorowych.

Kol. Kazimierzowi Rzętkowskiemu za wykład kliniczny p. t. O leczeniu gruźlicy płuc;

oraz koledze Mieczysławowi Gantzowi za streszczenie zbiorowe p. t. Obecny stan sprawy „bezpośredniego” leczenia suchot płucnych.

M. Sadowski, J. Zawadzki, Z. Srebrny, F. Arnstein, S. Mutermilch, K. Zalewski, H. Kucharzewski, E. Kurella, J. Wojciechowski.

— Z numerem bieżącym rozpoczynamy rok 1910 a 45 naszego wydawnictwa. Pozostawiając na później skreślenie dziejów Medycyny i Kroniki Lekarskiej, które są zarazem dziejami naszego dorobku naukowego w ostatniem czterdziestoleciu, ograniczymy się dziś do rzucenia okiem na rok ubiegły.

Nie obfitował on w wybitne w medycynie chwile, prace, w ciągu roku dokonane, były raczej rozwinięciem dawniej już rozpoczętych. Z wybitniejszych prac na terenie nauki wszechświatowej zanotować należy prace nad metodą rozpoznawczą *Wassermann*, których liczba pokaźna dowodzi wielkiego zainteresowania się tą sprawą, dalej zanotować należy sygnalizowane świeżo badania Miecznikowa nad nieżytem ostrym kiszek u dzieci i odkryciem specyficznego jakoby dla nich drobnoustroju. Badania te jako świeże nie zostały jeszcze potwierdzone przez innych. W dziedzinie medycyny praktycznej nie mamy nic godnego zaznaczenia, prace 1909 roku nic wybitnego w tym dziale nie dały, rozwinęły jednak wiele kwestyi, dawniej zaczętych, zaznaczyć należy również badania nad rakiem przez specjalny komitet międzynarodowy z oddziałem i w Warszawie. Skupione tu badania niewątpliwie dadzą nam w końcu odpowiedź odnośnie do etiologii raka.

Chirurgia, nie porzucając dziedzin dotychczasowych, śmiało dąży do opanowania jamy czaszkowej. Prace angielskie, dokonane na małpach i psach, rokuja dobre w tej dziedzinie wyniki, mnożą się również wyniki dodatnie i u ludzi.

Do Dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „*Antisclerosin Natterer*”.

U nas w ciężkich warunkach bytu pracy nie ustaje bynajmniej, dowodem 2 zjazdy specjalne, odbyte w Krakowie i Warszawie. Jeden i drugi stanęły na wysokim poziomie naukowym i utorowały drogę zjazdom następnym. Zjazd internistów dał obraz leczenia gruźlicy, Zjazd neuropatologów poruszył wiele zagadnień pierwszorzędного znaczenia. Poza tem mamy szereg prac, drukowanych w czasopismach polskich, których liczba zwiększyła się przez rozpoczęcie wydawnictwa Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego oraz Przeglądu pediatrycznego. Na polu higieny u nas cisza skutkiem oczekiwania samorządu miejskiego, mimo to odbyty w Częstochowie zjazd między innymi podjął ważną sprawę kąpieli ludowych i ma nadzieję przeprowadzić ją wkrótce.

W sprawach bytu zaznaczyć musimy opracowanie opłat lekarskich dla Warszawy przez Stowarzyszenie lekarzy polskich oraz założenie przy temże Stowarzyszeniu kasy chorych lekarzy.

Rok ubiegły wreszcie usunął z areny życia wybitne w świecie naszym jednostki. Zmarli: Teodor Dunin, Kornilowicz, Żlobikowski, Bucelski, Karczewski, Warszawski i wielu innych.

Jak widzimy z przytoczonego bardzo pobieżnego przeglądu nie mamy w kronice 1909 roku do zanotowania wybitniejszych faktów z postępów nauki. Ale bo nauka na odkrycia wiekopomne czekać musi długo, lata t. z. szare przygotowują materiał dla umysłów syntetycznych przyszłości, które krystalizują w jednej teorii usiłowania lat dziesiątków, praca więc zeszlóroczna, oczywiście z tego punktu widzenia oceniana stanowi postęp w naszej nauce.

— D. 26 z. m. zmarł w Warszawie po dłuższej chorobie ś. p. Adam Karczewski w 49 roku życia. Zmarły od lat kilkunastu był ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie początkowo pracował jako asystent ś. p. Krajewskiego. Razem z tym ostatnim przez lat kilka redagował „Przegląd chirurgiczny”. Wytrawny lekarz, dobry chirurg, zostawia po sobie wspomnienie dobre, tembardziej, że był zawsze dobrym kolegą i zacnym człowiekiem. Obszerniejsze wspomnienie pozgonne wydrukujemy w jednym z następnych numerów.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający w neura-
stenii, niedokrwistości,
przemęczeniu i wyni-
szczeniu po chorobach.

Owolecytyna Billon

jest do nabycia we wszystkich aptekach w pigułkach po 0,5; daw-
ka dla dorosłych 4—6 pigulek na dzień, dla dzieci po 2—3 pigul.
Literaturę wysyłamy bezpłatnie.

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Jeneralny przedstawiciel Adolf Weinstein
w Warszawie. Nowo-Jasna 6.

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcarja). Fabryka założona w 1865 roku.

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dietetyczno-odżywczego pożywienia le-
cytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żo-
łądka i kiszek, Carcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa,
Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovo-
maltynę na pierwszym miejscu pośród pierwszorzędnych środków leczniczo-odżywczych.

Ovomaltyna niezbędna przy mleczej kuracji. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sa-
natoryach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PRÓBK I LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne