

MEDYCYNA

74

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 5.

Warszawa d. 29 Stycznia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych. podał Juliusz Mutermilch — O wartości klinicznej odczynu Wassermanna w chorobach nerwowych i umysłowych, podał M. Springer — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna* 22. W. Ebstein (w Getyndze). O bólach w różnych częściach ciała pochodzenia kiszkowego. — 23. Stein. (Nauheim—San Remo). O znaczeniu szmerów rozkurczowych w trzecim międzyżebżu po lewej stronie dla rozpoznania rozszerzeń tętnicy głównej. — 24. Geipel. O zapaleniu mięśnia serca i zmianach w mięśniach prążkowanych w goścu. — 25. Bortz. O wpływie nadnercza na znamiona płci. — *Chirurgia*. 26. Gobiet. Przyczynek do szwu naczyń krwionośnych. — 27. Momburg. Technika ubezkrwienia dolnej połowy ciała. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych. — Nowe leki.—Od Redakcyi.—WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych.

napisał

Juliusz Mutermilch

ordynator oddziału ocznego Szpitala Starozakonných w Warszawie.

Jaglica jest jedną z najstarszych i najbardziej rozpowszechnionych chorób, trapiących udzkość. Anatomiczne i kliniczne badania

cierpienia tego są niezmiernie ułatwione ze względu na bogactwo materiału i na łatwy dostęp do chorej tkanki. Pomimo to dzisiejsze nasze pojęcia o jaglicy nie o wiele różnią się od pojęć lekarzy starożytnych, i najwybitniejsi okuliści szczerze przyznają się, że nie są w stanie dać dokładnego określenia istoty jaglicy.

Tak np. MORAX rozpoczyna wykład o jaglicy następującem wyznaniem: „La conjunctivite granuleuse est une des infections oculaires dont la nature nous est encore com-

plètement inconnue" (Encyclopédie Française d'Ophtalmologie. T. V. p. 730).

Wprawdzie są badacze, którzy nie są pochopni do tak godnej naśladowania otwartości i starają się dać konkretne określenie istoty jaglicy, ale poglądy ich grzeszą brakiem ścisłości naukowej. Jako przykład przytoczę pogląd T. SAEMISCHA, wypowiedziany przez niego w obszernej monografii — *Die Krankheiten der Conjunctiva* (GRAEFE-SAEMISCH). „Als Conjunctivitis granulosa (Körnerkrankheit) wird diejenige Endzündungsform der Bindehaut bezeichnet, bei welcher in der adenoiden Schicht derselben eine entzündliche Infiltration auftritt, die von der Entwicklung von Follikel (Granula, Körner) sowie von einer Wucherung des Papillarkörpers begleitet wird und unter Umwandlung der erkrankten Bindehautabschnitte in Narbengewebe abläuft" Z definicji tej należy wyprowadzić wniosek, że charakterystyczną cechą jaglicy stanowią nie tyle follikuły i rozrost brodawek, ile następcza blizna. Inaczej mówiąc, okulista nie jest w stanie zrobić pewnego rozpoznania jaglicy na początku jej istnienia, ani podczas jej przebiegu, lecz tylko w chwili rozwijania się tkanki bliznowatej, to znaczy, prawie po skończonej sprawie. Takie rozpoznawanie *a posteriori* rościć pretensji do ścisłości naukowej oczywiście nie może.

Opierając się na anatomicznych i klinicznych badaniach interesującego nas cierpienia, przyszedłem do wniosku, że etiologia i istota jaglicy stanowią dla okulistów zagadkę dlatego, że popełnili i popełniają oni do dziś jeden kardynalny błąd w swoich badaniach. Błąd polega na tem, że jaglicę zupełnie niesłusznie wyodrębniają w jakąś nową, samodzielną, stojącą *à part* formę nozologiczną, nie mającą nic wspólnego z żadną inną przewlekłą sprawą chorobową, znaną i opracowaną w patologii.

Już *a priori* z całą stanowczością pogląd taki, raczej przesąd naukowy należy odrzucić. W patologii istnieją pewne niewzruszone prawa, ściślej wyrażając się, aksjomaty, których lekceważyć lub nie uznawać przy badaniach naszych, o ile chcemy pozostawać w stałym kontakcie ze ścisłą nauką, nie wolno.

Otóż jedno z takich praw, a mianowicie to, które w danym przypadku nas bardzo interesuje, można sformułować w sposób następujący:

Tkanki, analogiczne pod względem swej budowy anatomicznej, znajdując się pod wpływem jednakowych czynników szkodliwych, chorują analogicznie, to znaczy, podlegają jednakowym zmianom i w rezultacie dają identyczne pod względem patologicznym obrazy.

Ponieważ niema i być nie może oddzielnych praw, obowiązujących okulistykę, a z drugiej strony, biorąc pod uwagę, że błona śluzowa łącznicy powiekowej w swej budowie anatomicznej, *mutatis mutandis*, podobna jest do budowy błony śluzowej cewki moczowej, macicy, nosa i t. d., musimy dojść do wniosku apriorystycznego, iż przewlekłe zapalenie wszystkich tych błon w swym przebiegu, etiologii i rezultacie ostatecznym jest zupełnie jednakowe.

Do wypowiedzenia poglądu takiego upoważnia jeszcze jedna ważna okoliczność, powszechnie znana i wielokrotnie sprawdzona, a mianowicie, że w patologii znany jest cały szereg postaci chorobowych wspólnych wszystkim tym tkankom, np. ostre i przewlekłe tryprowe zapalenie, ostre i przewlekłe nieżytowe, błonicze, gruźlicze, przymiotowe i t. d.

Okuliści gotowi są jednak przypuścić (i właściwie przypuszczenie takie jest), że istnieje samodzielna, infekcyjna forma przewlekłego zapalenia, która właściwa jest jedynie tylko błonie śluzowej powiek, że istnieją

dotychczas nieznaną nam bakterie, rozwijając swoją szkodliwą działalność li tylko na tej tkance, a oszczędzając wszystkie inne podobne jej tkanki (błonę śluzową cewki, nosa i t. d.), a mianowicie bakterie, wywołujące jaglicę, cierpienie klasyczne pod względem swojego przebiegu i nie powtarzające się nigdzie w ustroju.

Otóż i ten pogląd dla każdego bezstronnego badacza, obeznanego z zasadami bakteriologii, nie wytrzymuje krytyki. Wszystkie bowiem znane nam bakterie żyją i rozmnażają się wszędzie tam, gdzie znajdują dogodny i podatny dla swojego życia grunt, i w warunkach, zbliżonych pod względem budowy anatomicznej tkanki, muszą rozmnażać się jednakowe rodzaje pasorzytów. Biorąc pod uwagę n. p. łatwy dostęp wszelkich drobnoustrojów do błony śluzowej nosa i łącznicy powiekowej, z góry przewidzieć można, że błony śluzowe obu tych narządów są siedliskiem, często nawiedzanym przez jednakowe drobnoustroje.

I rzeczywiście, wszystkie znane nam formy chorobowe błony śluzowej nosa (syfilis, gruźlica, tryper i t. d.) zarejestrowane są i w patologii łącznicy powiekowej. Zresztą nie znamy w patologii przykładu, aby jakikolwiek pasorzyt nawiedzał tylko jedną tkankę pewnego narządu, a oszczędzał wszystkie inne podobne, i dlatego nie mamy prawa, my okuliści, bo nauka nas do tego nie upoważnia, do tworzenia jakichkolwiek wyjątków pomimo całego naszego szacunku dla okulistyki, dla łącznicy powiekowej. Nie mamy prawa,—bo patologia ogólna wyjątków nie uznaje,—a specjalnej patologii, li tylko na potrzebę okulistów istniejącej, niema. Należy więc zrezygnować z istnienia samodzielnej formy chorobowej, znanej pod nazwą „trachoma”, i zaliczyć ją do rzędu pospolicie znanych w patologii zapaleń przewlekłych. W ten sposób rozwiązałibyśmy problemat etiologii i is-

toty jaglicy, rozwiązałibyśmy, gdyby dział zapaleń przewlekłych w patologii był dostatecznie opracowany. Tymczasem nastęrcza się tu inna trudność, polegająca na niedostatecznym naukowym wyjaśnieniu istoty zapaleń przewlekłych wogóle. Rozpatrzenie, ewentualnie rozwiązanie tej ważnej kwestyi daje nam możliwość uporania się z ciemną i zawiłą sprawą etiologii i istoty jaglicy. Ponieważ w artykule „O istocie tak zwanych zapaleń przewlekłych” (Gaz. Lekarska 1900 r.) kwestyę tę już raz poruszyłem obszerniej, ograniczę się w szkicu niniejszym na krótkim streszczeniu tych poglądów, które bezpośrednio dotyczą sprawy jaglicy.

Tak zwanym zapaleniom przewlekłym podlegają tylko te błony śluzowe, które pokryte są nabłonkiem cylindrycznym we wszelkich jego odmianach. Tkanka podnabłonkowa wszystkich tych błon śluzowych jest bardzo soczysta, dobrze unaczyniona i gęsto infiltrowana ciałkami limfatycznymi i znana jest w histologii pod nazwą „adenoidalnej”. Błony śluzowe o nabłonku wielowarstwowym płaskim nigdy nie są siedliskiem zmian chorobowych o charakterze przewlekło-zapalnym. Na poparcie powyższego twierdzenia przytoczyć mogę jako przykład jaskrawy i niezmiernie pouczający przewlekłe zapalenie błony śluzowej szyi i trzonu macicy, cierpienie, należące do powszednich i często spotykanych spraw chorobowych, które jednak nigdy nie udziela się błonie śluzowej pochwy.

Błona śluzowa macicy pokryta jest, jak wiadomo, nabłonkiem cylindrycznym, pochwy —epidermoidalnym. Za drugi przykład służyć może jama ustna. Błona śluzowa jamy ustnej jest ustawicznie narażona na wpływy szkodliwe, bezustannie drażniona mechanicznie przez pokarmy, chemicznie—przez napoje wyskokowe, na powierzchni jej znajduje się niezliczona liczba wszelakich mniej lub wię-

cej złośliwych drobnoustrojów, pomimo to tkanka ta, jak wiemy ze spostrzeżeń klinicznych i badań anatomicznych, nie podlega nigdy przewlekłemu zapaleniu o formie tak skończonej, jak to widzimy na łącznicy powiekowej lub błonie śluzowej, dajmy na to, jamy nosowej. Jama ustna pokryta jest nabłonkiem wielowarstwowym epidermoidalnym, łącznica powiekowa i błona śluzowa nosa—cylindrycznym.

Kiedy zastanowimy się nad ostatecznym, z punktu widzenia anatomicznego, wynikiem jaglicy, który wyraża się tem, że tkanka adenoidalna najzupełniej zanika, przeistaczając się w zbite, łączno-tkankowe podłoże, a nabłonek jej cylindryczny—w epidermoidalny, nasuną się nam dwa pytania: jakie warunki popychają do tej metamorfozy, stanowiącej zawsze i bez wyjątku konieczne rozwiązanie zapalenia przewlekłego (jaglicowego) łącznicy? Dlaczego sprawa zapalna [nie zatrzymuje się na jednym z wcześniejszych etapów?

Pytania te nie dadzą się rozwiązać z punktu widzenia bakterjologii, bo działalność szkodliwa drobnoustrojów ogranicza się li tylko do niszczącego wpływu ich na elementy anatomiczne. Musimy więc odrzucić przynajmniej bezpośredni współdziałanie drobnoustrojów w tem dziwnem, a tak celowem, jak zobaczymy później, przeobrażaniu się budowy anatomicznej chorej łącznicy i szukać odpowiedzi na innej drodze. Znajdziemy ją łatwo, jeżeli rozpatrzemy warunki, w jakich prawidłowo żyją i funkcjonują interesujące nas tkanki, i zestawimy je z warunkami, które się wytworzyły podczas przebiegu sprawy chorobowej.

Każda tkanka, pomimo że jest ustawicznie narażona na różne zewnątrz działające wpływy szkodliwe, żyje i funkcjonuje prawidłowo dlatego, że elementy anatomiczne, z których się ona składa, posiadają w większym lub mniejszym stopniu pewną odpor-

ność względem czynników szkodliwych. Odporność interesującej nas tkanki, nabłonka, bywa dwojakiego rodzaju: albo bierna, polegająca na tem, jak to ma miejsce na skórze, że powierzchowne, zrogowaciałe komórki osłaniają głębiej leżące tkanki, jakby nieprze-partym murem, albo też czynna, co widzimy w nabłonku cylindrycznym, wyrażająca się tem, że komórki jego, pomimo iż ulegają łatwo zniszczeniu, z większą jeszcze łatwością odtwarzają się, dzięki nadzwyczaj dogodnym warunkom odżywiania, dzięki soczystości i unaczynieniu tkanki adenoidalnej.

Należy więc ztąd wywnioskować, że życie nabłonka cylindrycznego znajduje się w ścisłej zależności od jego podłoża, i że każda poważniejsza sprawa chorobowa, zmieniająca budowę anatomiczną tego podłoża, musi niechybnie odbić się na życiu komórek cylindrycznych.

Jeżeli więc w następstwie jakiejś ostrej sprawy zapalnej tkanka adenoidalna utraciła w pewnym stopniu swoją soczystość, jeżeli więc ilość soków odżywczych, tak niezbędnych dla nabłonka, zmniejszyła się, to rozumie się, że i bezpośrednim wynikiem takiej sprawy w podłożu musi być i mniejsza odporność komórek nabłonkowych, gdyż w ten sposób obniża się ich zdolność do szybkiego odtwarzania się. Wszystko to ułatwia powstanie w tkance śluzowej świeżej sprawy zapalnej. Ta ostatnia jeszcze bardziej niekorzystnie dla nabłonka zmienia budowę anatomiczną tkanki adenoidalnej, i w ten właśnie sposób wytwarza się prawie *circulus vitiosus*, który trwałby bez końca, gdyby tkanki nie posiadały zdolności przystosowania się do nowych warunków życia.

Jak więc w tym przypadku radzi sobie nabłonek, wytracony przez pewną sprawę zapalną z tej fizjologicznej a tak niezbędnej dla niego równowagi, jaka istniała między nim a jego podłożem? Otóż zaczyna on

zmieniać swój typ, który okazał się niedogodnym, bo zamało odpornym w tych nowych warunkach, i zaczyna stopniowo przechodzić w formę wielowarstwową, epidermoidalną. Metamorfoza ta odbywa się przez długi nieraz czas, bo łącznica musi wielokrotnie podlegać ostrym sprawom zapalnym, zanim nastąpi ostateczne i bezpowrotne przeistoczenie się jej luźnej tkanki adenoidalnej w zbitą i mało soczystą, na której mógłby się rozwinąć i utrwalić nabłonek wielowarstwowo, który odzyskuje, w innej wprawdzie formie anatomicznej, utraconą odporność i w ten sposób kładzie tamę napadom zapalnym.

Z tego, co się dotychczas powiedziało, z tego, czego uczy dokładne badanie przewlekłej sprawy łącznicy, jej stopniowego rozwoju, wywnioskować należy, że sprawa ta, niesłusznie zapaleniem przewlekłym nazwana, składa się z długiego łańcucha kolejno po sobie następujących i krótko trwających ostrych zapaleń, wywołanych przez zmniejszoną odporność tkanek, tworzących jej całość anatomiczną.

Wspomniałem powyżej, że jaglica nie zajmuje bynajmniej w anatomii patologicznej jakiegoś odrębnego stanowiska. I rzeczywiście, jeżeli zastanowimy się nad istotą przewlekłych zapaleń, przebiegających na innych, pokrewnych łącznicy błonach śluzowych, to przekonamy się, że wszędzie zapalenie przewlekłe jest następstwem zachwianej równowagi między składowymi częściami błon śluzowych, i że wszędzie, jako ostateczny wynik toczącej się sprawy, spostrzegamy przemianę nabłonka cylindrycznego w epidermoidalny, tkanki adenoidalnej w tkankę zbitą.

Do szeregu tego rodzaju dokładnie znanych nam spraw należy przewlekłe cierpienie błony śluzowej jamy nosowej, t. zw. *rhinitis atrophicans*, w której właśnie ostateczna metamorfoza błony śluzowej jest identyczna z tą, która następuje w jaglicy. Nie ulega wąt-

pliwości, że i *urethritis chronica* w swoim przebiegu anatomicznym również przedstawia szereg zmian, właściwych jaglicy, których koniecznym wynikiem jest wytworzenie się nabłonka epidermoidalnego. O przechodzeniu nabłonka cylindrycznego w epidermoidalny w zapaleniu przewlekłym macicy (*endometritis chronica*) doskonale wiedzą ginekologowie, którzy wynaleźli nawet specjalną nazwę dla tego obrazu anatomicznego—*psoriasis uteri*,—nazwę, mającą tę samą wartość naukową, co i *trachoma*. Mimowoli więc nasuwają się aforyzm Goethego: „Den feben wo Begriffe fehlen, da stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein...”

(D. n.).

Z pracowni przy oddziale d-ra, med. Elzenberga dla chorych skórnych i wenerycznych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O wartości klinicznej odczynu Wassermanna w chorobach nerwowych i umysłowych¹⁾

Podał

M. Springer.

asystent oddziału.

Wymieniony w nagłówku, tak głośny w ostatnich czasach odczyn został odkryty przez WASSERMANNĄ i jego współpracowników NEISSERA i BRUCKA (1) zupełnie przypadkowo.

Przypuszczając, że w surowicy chorych na syfilis znajdują się swoiste niweczniki (Antikörper), badacze ci dla ich wykrycia za-

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego na I Zjeździe neurologów psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie 13 października 1909 roku.

stosowali metodę BORDETA i GENGOU (2), polegającą na tem, że swoiste niweczniki w połączeniu z odpowiednimi antygenami wywołują odchylenie dopełniacza.

W braku czystej hodowli krętków białych WASSERMANN jako antygeny użył wyciągu wodnego z wątroby płodu syfilitycznego; zmieszawszy surowicę syfilityczną z tym antygenem, otrzymał on istotnie odchylenie dopełniacza.

Ale dalsze badania dowiodły, że w odczynie WASSERMANN nie może być mowy o swoistych niwecznikach, względnie o odpowiednich antygenach. Okazało się, że nie tylko wyciągi z narządów syfilitycznych, ale i zdrowych: ludzkich [MARIE i LEVADITI (3), FLEISCHMANN (4), MICHAELIS (5)] jakoteż zwierzęcych [LANDSTEINER (6), MICHAELIS (7)] a nawet związki czysto chemiczne, jak lecytyna [PORGES i MEIER (8), LEVADITI i YAMANOUCHI (9)], cholesteryna i wazelina [FLEISCHMANN (10)], glikocholat, taurocholat [LEVADITI i YAMANOUCHI (11)] i oleat sodu [SACHS i ALTMANN (12)] w połączeniu z surowicą syfilityczną wywołują odchylenie dopełniacza.

Odchylenie dopełniacza w odczynie WASSERMANN powstaje prawdopodobnie przez połączenie między lipidami a pewnymi związkami koloidalnymi, zawartymi w surowicy krwi, względnie w płynie mózgowo-rdzeniowym [LEVADITI i YAMANOUCHI (13), KLAUSNER (14), LANDSTEINER i MÜLLER (15), ELIAS, NEUBAUER, PORGES i SALOMON (16)].

Ramki odczytu nie pozwalają mi dłużej zatrzymywać się na stronie teoretycznej omawianego odczynu; muszę również pominąć milczeniem i jego stronę techniczną; zaznaczę tylko, że odczyn WASSERMANN powinien być dokonany bardzo dokładnie, z zachowaniem najrozmaitszych prób kontrolujących, w przeciwnym razie może doprowadzić do wniosków zupełnie fałszywych.

Zanim przejdę do rozpatrzenia wartości klinicznej odczynu WASSERMANN w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych, pozwolę sobie powiedzieć słów kilka o wartości jego praktycznej wogóle.

Pierwszym warunkiem praktyczności danego odczynu musi być jego swoistość. Wymaganiom tym odczyn WASSERMANN nie odpowiada, gdyż występuje on nie tylko w syfilisie, ale i w innych cierpieniach, a mianowicie: w framboezyi podzwrotnikowej [HOFFMANN i BLUMENTHAL (17), BRUCK (18)], w chorobie snu [LANDSTEINER, MÜLLER i POETZL (19), LEVADITI i YAMANOUCHI (20)], w trądzie [EITNER (21), WECHSELMANN i MEIER (22), SLATINEANU i DANILOPOLU (23), GAUCHER i ABRAMI (24), BAUER i MEIER (25), i wielu innych], wreszcie w płonicy.

Ale fakt ten nie zmniejsza dla nas wartości praktycznej omawianego odczynu, gdyż pierwsze dwie choroby w strefach umiarkowanych zdarzają się wyjątkowo, trąd a nawet jego postać guzowatą trudno wziąć za syfilis, w płonicy zaś odczyn WASSERMANN wbrew pogładowi MUCHA i EICHELBERGA (26) występuje niezmiernie rzadko [SELIGMANN i KLOPSTOCK (27), HALBERSTAEDTER, MÜLLER i REICHE (28), HECHT, LATEJNER i WILENKO (29) i wielu innych] i po kilku tygodniach, najdalej zaś w trzy miesiące po chorobie zupełnie znika [HAUCK (30)].

Co prawda, niektórzy badacze znajdowali odczyn WASSERMANN i w innych cierpieniach, ale fakty takie nie zostały potwierdzone: bardzo możliwe, że wyniki te zależały od ukrytego syfilisu lub też od wadliwej techniki, co zresztą niektórym badaczom zostało dowiedzione [BRUCK (31)].

Osobiście zbadałem surowicę w 50 przypadkach rozmaitych chorób niesyfilitycznych, w liczbie tej było i sześć surowic płonicy, i w żadnym z nich nie otrzymałem wyniku dodatniego.

Dragées
BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

Atoxyl — organiczny arsenowy związek, zawierający około 37,7% arsenu mocno związanego w swej budowie, środek względnie mało toksyczny o wybitnym odżywcem i wzmacniającem działaniu na organizm. Połączenie żelaza z atoksylem w postaci pigulek stosowane bywa z powodzeniem przez najwybitniejsze powagi lekarskie, jako środek wytwarzający czerwone ciała krwi (chloroza, anemia) w ogólnem osłabieniu — specjalnie przy osłabieniu systematu nerwowego.

Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po 1—2 pigulek po jedzeniu.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
Jerozolimska 27 róg Kruczej.

Hemogen Magistra Klawe

plyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemii, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżyty żołądka, kiszki 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.

Zawiera wszystkie
alkaloidy i garbni-
ki właściwe korze.

(Extract. fluid. complet. cort. Chinae.)

CHINEXPLET MAGISTRA
KLAWE

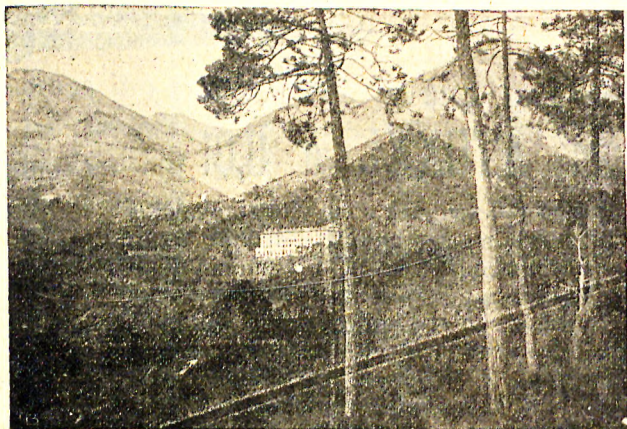
Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształły Nowo-karlsbadzkie kryształły **Dr. Brackebuscha**

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzenia przemiany materji, oczyszczenia soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecce E. TREUTLERA

Nowy-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZ PŁATNIE.



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

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

KARPIŃSKIEGO SOLE do KĄPIEŁI

z KWASEM WĘGLOWYM (CO₂)
zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

KARPIŃSKIEGO Sole do kąpiele z kwasem węglowym Nauheimskie działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli, bronchitis, rozedmie płuc, wadach serca, nerwowej niemocy płciowej i t. p. niemniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

- | | | | |
|----|---|--------------|-----------------------|
| 2) | KARPIŃSKIEGO sole do kąpiele | borowinowych | z kwasem węglowym |
| 3) | " | " | iodowo-bromowych |
| 4) | " | " | balsamiczno-sosnowych |
| 5) | " | " | siarczanych |
| 6) | Wyciąg z igliwia sosnowego w tabletkach; jest to suchy ekstrakt z igliwia sosnowego, prasowany z chlorkiem sodowym, zawierającym jodki i bromki, bardzo dogodny w użyciu i łatwo rozpuszczalny. | | |

Broszury gratis i franco.

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne
Fr. KARPINSKI w Warszawie, Elektoralna 35, telefonu 600.

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

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dyetyetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka 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 Ovomaltynę na pierwszym miejscu wśród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych.

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

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

Extractum Chinae NANNING

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

- 1) Brak apetytu u niedokrwistych.
- 2) Brak apetytu u skrofalicznych i gruźliczych.
- 3) Ostry i przewlekły nieżyt żołądka.
- 4) Choroby gorączkowe i cierpienia spowodowane ranami.
- 5) Zdrowienie.
- 6) Wymioty w czasie ciąży.
- 7) Chroniczny nieżyt 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

Osobiście płynu mózgowo-rdzeniowego w tych przypadkach nie badałem, ale z badań WASSERMANN A i PLAUTA (32) wynika, że we wzmiankowanych cierpieniach płyn mózgowo-rdzeniowy również reaguje ujemnie.

Co się tyczy cierpienia układu nerwowego, to w stosunku do odczynu WASSERMANN A dzielą się one na trzy grupy: 1) cierpienia, nie mające tła syfilitycznego, 2) syfilis mózgu, rdzenia, względnie syfilis mózgowo-rdzeniowy i 3) cierpienia parasyfilityczne.

W cierpieniach układu nerwowego, nie mających tła syfilitycznego, surowica i płyn mózgowo-rdzeniowy, jak tego dowiodły badania PLAUTA (32), JARKOWSKIEGO i RAJCHMANA (33), stale reagują ujemnie. Osobiście zbadałem 21 przypadków tego rodzaju cierpienia, w niektórych z nich zbadałem tylko surowicę, w innych znów płyn mózgowo-rdzeniowy, a w dwu przypadkach stwardnienia rozsianego i w jednym przypadku otępienia przedwczesnego zbadałem surowicę i płyn mózgowo-rdzeniowy i ani w jednym z nich nie otrzymałem wyniku dodatniego.

Wobec tego dziwnymi wydają się wyniki badań MUCHA i EICHEI BERGA (34) z kliniki NONNEGO: wynik dodatni w surowicy jakoteż w płynie mózgowo-rdzeniowym w stwardnieniu rozsianem, wynik dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym w wiądzie rzekomym wyskokowym i na 9 przypadków samoistnej padaczki pięć razy wynik dodatni w surowicy.

Nie ulega wątpliwości, że wyniki te były skutkiem wadliwej techniki, co zresztą zostało dowiedzione tym autorom w stosunku do ich badań nad surowicą płonicy.

Tymczasem NONNE (35), opierając się na badaniach powyższych, z całą pewnością utrzymuje, że odczyn WASSERMANN A może występować w surowicy jakoteż w płynie mózgowo-rdzeniowym u osobników niesyfilitycznych.

Zanim przejdę do syfilisu mózgu, powiem słów kilka o tem, jak zachowuje się odczyn WASSERMANN A w syfilisie bez zajęcia układu nerwowego. Wyniki moich własnych badań zgadzają się z wynikami większości innych autorów.

W 107 przypadkach syfilisu zbadałem tylko surowicę, przyczem: w okresie pierwotnym (11 przypadków) otrzymałem wynik dodatni w 72,7%, w drugorzędym jawnym (39 przypadków) w 92,3%, w tymże okresie utajonym (20 przypadków) w 60%, w trzeciorzędym jawnym (16 przypadków) w 93,7%, w tymże okresie utajonym (15 przypadków) w 40%, wreszcie na 6 przypadków dziecięcego syfilisu 5 razy otrzymałem wynik dodatni.

Z powyższego widzimy, że w syfilisie częstość odczynu WASSERMANN A w surowicy zależy od okresu choroby, od obecności lub braku objawów, wogóle jednak odczyn ten występuje nie zawsze, czyli że brak odczynu WASSERMANN A w surowicy nie wyłącza syfilisu.

Co się tyczy płynu mózgowo-rdzeniowego syfilityków, których układ nerwowy nie jest zajęty, to, jak dowiodły badania PLAUTA (32), LEVADITIEGO, RAVAUT i YAMANOUCHI (35), STERTZA (36) jakoteż moje własne (3 przypadki), płyn ten stale reaguje ujemnie, bez względu na to, czy surowica tych chorych reaguje na odczyn WASSERMANN A dodatnio, czy ujemnie.

Przechodzę do syfilisu mózgu.

W cierpieniu tem, jak wykazały badania STERTZA (35), NONNEGO (34), PLAUTA (32) jakoteż moje własne (9 przypadków), surowica niemal stale reaguje dodatnio, zaś płyn mózgowo-rdzeniowy tylko wyjątkowo daje wynik dodatni: PLAUT na 20 tego rodzaju przypadków otrzymał zaledwie jeden raz wynik ujemny w surowicy i tylko trzy razy wynik dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Osobiście na 7 surowic otrzymałem 5 razy wynik dodatni, a z 4 płynów mózgowo-rdzeniowych tylko jeden reagował dodatnio (*meningo-myelitis luetica*).

Jeżeli teraz porównamy zachowanie się surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego w stosunku do odczynu WASSERMANNĄ w syfilisie bez zajęcia układu nerwowego ośrodkowego z zachowaniem się ich (surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego) w syfilisie mózgu, to zobaczymy, że obydwie omawiane grupy cierpien zachowują się jednakowo; innemi słowy, w stosunku do odczynu WASSERMANNĄ syfilis mózgu nie przedstawia, jeżeli się tak można wyrazić, jednostki samodzielnej.

Inaczej pod tym względem zachowują się cierpienia parasyfilityczne.

W bezwładzie postępującym płyn mózgowo-rdzeniowy daje wynik dodatni w dziewięćdziesięciu kilku odsetkach [MARIE, LEVADITI i YAMANOUCHI (37), RAVIART, BRETON i PETIT (38), MORGENROTH i STERTZ (39), PLAUT (32), NONNE (34)].

Osobiście na 5 płynów mózgowo-rdzeniowych we wszystkich otrzymanych wyniki dodatni. Co się tyczy surowicy, to badacze doszli do niejednakowych wniosków: MICHAELIS i LESSER (40), CITRON (41), KRONER (42) znajdowali wynik dodatni w surowicy niemal w 100%; PLAUT (32), zbadawszy surowicę w 156 przypadkach bezwładu postępującego, otrzymywał zawsze wynik dodatni, to też wnioskuje on, że odczyn ten w omawianym cierpieniu jest zupełnie stały, i brak jego w surowicy pozwala z dużym prawdopodobieństwem wyłączyć bezwład postępujący.

Płyn mózgowo-rdzeniowy według tegoż badacza również prawie stale reaguje dodatnio (na 147 płynów otrzymał on 139 razy wynik dodatni, czyli w 94,5%), ale w każdym razie rzadziej, niż surowica.

NONNE (34) znajdował jednakowo często wynik dodatni w surowicy, jak i w płynie

mózgowo-rdzeniowym, mianowicie w 90%, natomiast MARIE, LEVADITI i YAMANOUCHI (37) znaleźli w surowicy wynik dodatni zaledwie w 59% (27 przypadków), podczas gdy w płynie mózgowo-rdzeniowym w 93% (30 przypadków). Osobiście zbadalem 4 surowice w bezwładzie postępującym i tylko w dwu przypadkach otrzymałem wynik dodatni.

Jeżeli wogóle mała liczba przypadków nie pozwala wyprowadzać żadnych wniosków, to w danym razie nawet mała liczba surowic (cztery), przezemnie badanych, zupełnie wystarczy, aby nie zgodzić się z wyżej przytoczonym zdaniem PLAUTA.

Z tego wszystkiego wynika, że w bezwładzie postępującym płyn mózgowo-rdzeniowy niemal stale reaguje dodatnio, co się zaś tyczy surowicy, to pod tym względem dają się zauważyć duże wahania (59% — 100%).

Zachodzi pytanie, kiedy występuje odczyn WASSERMANNĄ w bezwładzie postępującym?

Według MARIE i LEVADITIEGO (43) odczyn ten w płynie mózgowo-rdzeniowym w okresach początkowych zdarza się bardzo rzadko, zaledwie w 10%, i odsetka ta wzrasta w miarę rozwoju choroby.

Wobec tego ścisłego związku między rozwojem choroby (a częstością występowania odczynu WASSERMANNĄ, LEVADITI i ROCHÉ (45) przypuszczają, że ciała, wywołujące odchylenie dopełniacza, wytwarzają się na powierzchni mózgu wskutek postępującego rozpadu kory mózgowej.

Według PLAUTA (32) odczyn dodatni w surowicy jakoteż w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje niemal stale już w początkowych okresach cierpienia i zachowuje się w ten sposób i później bez względu na przebieg i okres choroby.

Przechodzę do następnego cierpienia parasyfilitycznego—wiadu rdzenia. Pierwszy SCHÜTZE (44) zastosował metodę WASSERMAN-

NA w tem cierpieniu. Na dużą liczbę badanych przypadków (100) otrzymał on wynik dodatni w surowicy w 65%, w płynie mózgowordzeniowym — w 80%. Osobiście zbadałem 15 przypadków wiađu rdzenia i otrzymałem prawie te same wyniki, mianowicie: 80% wyników dodatnich w płynie mózgowordzeniowym i 66,6% — w surowicy.

MARIE i LEVADITI (43), MORGENROTH i STERTZ (39), JARKOWSKI i RAJCHMANN (33) i wielu innych również częściej obserwowali wynik dodatni w płynie mózgowordzeniowym, niż w surowicy. Natomiast CITRON (41), PLAUT (32) i NONNE (34) doszli do innych wniosków: według nich surowica częściej reaguje dodatnio, niż płyn mózgowordzeniowy. Tak, na 15 surowic CITRON w 12 otrzymał wynik dodatni, a na 9 płynów mózgowordzeniowych tylko w dwu; PLAUT znów znalazł wynik dodatni w surowicy w 79%, a w płynie mózgowordzeniowym—w 64%. Wreszcie NONNE otrzymał w wiaździe rdzenia 90% wyników dodatnich w surowicy i 50% — w płynie mózgowordzeniowym.

WNIOSKI.

Wobec tego, że odczyn WASSERMANNĄ w płynie mózgowordzeniowym w cierpieniach parasyfilitycznych występuje niemal stale, zwłaszcza w bezwładzie postępującym, w innych zaś sprawach chorobowych układu nerwowego nigdy lub bardzo rzadko (syfilis mózgu), badanie płynu mózgowordzeniowego pozwala nam bardzo często odróżnić cierpienia parasyfilityczne od innych spraw chorobowych układu nerwowego.

Badanie to ułatwia nieraz rozpoznanie bezwładu postępującego już we wczesnych jego okresach, wówczas gdy obraz kliniczny nastęrcza jeszcze duże trudności.

Wyniki badań na odczyn WASSERMANNĄ surowicy i płynu mózgowordzeniowego w bezwładzie postępującym i wiaździe rdzenia potwierdziły klasyczne odkrycie FOURNIERA,

że między wymienionemi cierpieniami a syfiliem istnieje ścisły związek.

Jednakowe zachowanie się surowicy i płynu mózgowordzeniowego w stosunku do odczynu WASSERMANNĄ w bezwładzie postępującym i wiaździe rdzenia potwierdziło pogład MÖBIUSA, że między temi dwoma cierpieniami istnieje bliskie pokrewieństwo.

Praktyczna wartość odczynu WASSERMANNĄ nie ogranicza się jednak do cierpien układu nerwowego u osób dorosłych.

Bezwład postępujący u dzieci w stosunku do odczynu WASSERMANNĄ zachowuje się tak, jak u dorosłych: fakt ten może nieraz ułatwić rozpoznanie, które u dzieci nastęrcza wielkie trudności.

Wobec tego, że na tle dziedzicznego syfisu powstają najrozmaitsze choroby nerwowe i umysłowe, odczyn WASSERMANNĄ, jako środek przedmiotowy określenia syfisu, może mieć w tych razach dużą wartość kliniczną.

W niektórych wreszcie przypadkach spraw chorobowych układu nerwowego dziecięcego, które do niedawna uchodziły wyłącznie za wewnątrzustrojowe (endogenne), jak: idiotyzm, głuptactwo, diplegie kurczowe, a nawet choroba FRIEDREICHA, badanie na odczyn WASSERMANNĄ zdołało wykryć tło dziedziczno-syfilityczne [badania PLAUTA (32)].

Do pracy mojej materiał nerwowy i umysłowy otrzymałem z oddziałów dr-ów BREGMANA, FLATAUA i WIZLA w szpitalu na Czystem²⁾. Przypadki, które służyły mi do kontroli, a mianowicie: syfilityczne i niesyfilityczne—pochodziły z oddziału d-ra ELZENBERGA. Wreszcie surowice płonicze otrzymałem z oddziału kolegi SZENHAKA. Za łaskawie dostarczony mi materiał pozwalam sobie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie.

²⁾ Dla uniknięcia sugestyi w przypadkach chorób nerwowych i umysłowych przedtem dawałem odpowiedź co do odczynu, a potem dopiero dowiadywałem się o rozpoznanie.

PIŚMIENICTWO.

- I. Wassermann, Neisser i Bruck. Deut. med. Woch., 1906, Nr. 19.
2. Bordet i Gengou. Annales de l'Institut Pasteur, 1901, Nr. 5.
3. Marie i Levaditi. Annales de l'Institut Pasteur, 1907, Nr. 2.
4. Fleischmann. Deut. med. Woch., Nr. 30 i Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 10.
5. Michaelis. Berl. klin. Woch., 1907, Nr. 38.
6. Landsteiner. XIV międzynarodowy zjazd higieniczny. Berlin. 1907.
7. Michaelis. Berl. kl. Woch., 1908, Nr. 13.
8. Porges i Meier. Berl. klin. Woch., 1907, Nr. 50.
9. Levaditi i Yamanouchi. Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. 1907, str. 740.
10. Fleischmann. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 10.
- II. Levaditi i Yamanouchi. Société de Biologie, 1908, str. 349.
12. Sachs i Altmann. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 10.
13. Levaditi i Yamanouchi. Société de Biologie, 1908, str. 27.
14. Klausner. Wien. kl. Woch., Nr. 7 i Nr. 11, 1908.
15. Landsteiner, Müller i Poetzl. Wien. kl. Woch., 1907, Nr. 46.
16. Elias, Naubauer, Porges i Salomon. Wien. kl. Woch., 1908, Nr. 23.
12. Hoffmann i Blumenthal. Dermatologische Zeitschrift, 1908, Zeszyt 1.
18. Bruck. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Tom 91, str. 337.
19. Landsteiner, Müller i Poetzl. Wien. klin. Woch. 1907, Nr. 50.
20. Levaditi i Yamanouchi. Bull. de la Soc. de Pathol. exotique. 1908, Nr. 1, str. 26 i Nr. 3, str. 140.
21. Eitner. Berl. klin. Woch., 1906, Nr. 31 i Wien. klin. Woch., 1908, Nr. 20.
22. Wechselmann i Meier. Deut. med. Woch., 1908, Nr. 31.
23. Slatineanu i Danilopolu. Société de Biologie, 1908, str. 309 i 347.
24. Gaucher i Abrami. Société médicale des hôpitaux de Paris. 1908, str. 497.
25. Bauer i Meier. Wien. kl. Woch. 1908, Nr. 51.
26. Much i Eichelberg. Med. Klinik. 1908, Nr. 18.
27. Seligmann i Klopstock. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 38.
28. Halberstädter, Müller, Reiche. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 43.
29. Hecht, Lateiner i Wilenko. Wien. kl. Woch., 1909, Nr. 15.
30. Hauck. Münch. med. Woch. 1909, Nr. 25.
31. Bruck. Deut. Med. Woch., 1908, Nr. 50.
32. Plaut. Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. 1909.
33. Jarkowski i Rajchman. Société de Biologie. Tom 66, str. 628, 1909.
34. Nonne. Syphilis und Nervensystem, 1909.
35. Levaditi, Ravaut i Yamanouchi. Société de Biologie, 1908, str. 814.
36. Stertz. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1908, tom 65, zeszyt 4.
37. Marie, Levaditi i Yamanouchi. Société de Biologie, 1908, Nr. 8, str. 335.
38. Raviart, Breton i Petit. Société de Biologie. 1908 Nr. 8, str. 335.
39. Morgenroth i Stertz. Virchow's Archiv, 1907, t. 188, str. 166.
40. Michaelis i Lesser. Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 35.
41. Citron. Deut. med. Woch. 1907, Nr. 29.
42. Kroner. Berl. kl. Woch. 1908, Nr. 4.
43. Marie i Levaditi. Annales de l'Institut Pasteur, 1907, tom 21, str. 138.
44. Schütze. Berl. kl. Woch., 1907, Nr. 5.
45. Levaditi i Roché. La syphilis. 1909.

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

Medycyna wewnętrzna

22. W. Ebstein (w Getyndze). O bólach w różnych częściach ciała pochodzenia kiskowego.

Pod bólami pochodzenia kiskowego autor rozumie te wszystkie cierpienia nerwobólowe w różnych częściach ciała, które zależą od cierpień kiszek, szczególnie zaparcia stolca.

Bóle te w odnośnych przypadkach są następstwem dużego nagromadzenia się mas kałowych w grubych kiszkach. Nie zawsze temu nagromadzeniu musi towarzyszyć stale zaparcie stolca; może niejednokrotnie lub czasowo przytem wystąpić biegunka, powstająca pod wpływem mechanicznego lub chemicznego podrażnienia błony śluzowej kiszek przez masy kałowe. Podług jednak doświadczenia autora bóle, towarzyszące pierwszej postaci, zdarzają się częściej i są większego natężenia, aniżeli w drugiej postaci.

Błędne byłoby mniemanie, że bóle te występują we wszystkich przypadkach silnego zaparcia stolca; konieczne obok tego są i pewne warunki sprzyjające, o których poniżej mowa.

Przechodząc do bólów w poszczególnych częściach ciała, autor zaznacza, że zgodnie z danymi z literatury nerwoból piątej pary: nerwoból twarzowy (proso-palgia, tic douloureux) dość rzadko jest w związku z zaparciem stolca, wszelako znane są nieliczne przypadki, w których związek ten nie ulegał wątpliwości.

Do takich należy przypadek BELLA, cytowany u ROMBERGA, w którym chory, od dawna trapiiony nerwobólem twarzowym i bezskutecznie leczony różnymi środkami, wyzdrowiał po zastosowaniu przez pewien czas leków czyszczących. I typowe bóle w zakresie n. c z o ł o w e g o i p o t y l i c o w e g o mogą się zdarzać w stałym zaparciu stolca i być bardzo silnego natężenia.

Analogicznie zachowują się i splot barkowy i jego gałęzie. Wprawdzie prawdziwych nerwobólów w zakresie splotu barkowego skutkiem zaparcia stolca autor nie widział, lecz znajdował charakterystyczne punkty bolesne przy ucisku równie często, jak w gałęziach nerwu trójdzielnego, szczególnie w kilku miejscach wzdłuż nerwu promieniowego.

Do kategorii bólów pochodzenia kiskowego należy pewna część przypadków cierpienia, opisanego przez HAMPELNA¹⁾ z Rygi pod nazwą bólów kostnych klatki piersiowej (thorakale Ostalgien), umiejscowionych w okolicy mostka i żeber rzekomych.

Najsilniejsze są jednak bóle pochodzenia kiskowego w dolnych kończynach. Występują one również w rozmaity sposób. Najczęściej i tu znajdujemy punkty bolesne, jak w rwie kulszowej (*ischias antica et postica*). Punkty te bolesne autor znajdował zwykle po obu stronach, gdy w typowej rwie kulszowej ból zwykle bywa jednostronny, częściej po lewej stronie.

Bardzo wybitnym objawem w symptomatologii bólów w dolnych kończynach pochodzenia kiskowego jest nerwoból kolanowy; rzadziej autor widywał analogiczny nerwoból biodrowy, stawu biodrowego. Zarówno jeden, jak i drugi odznacza się tem, że ból w stawie wzmagą się przy ruchach, szczególnie zginania. Przy tym bólu nie wykrywa się obiektywnie żadnych zmian w okolicy stawowej. Odruchy ścięgnowe są zwykle wzmożone i to tem bardziej, im ogólne objawy nerwowe, towarzyszące przewlekłemu zaparciu stolca, są jaśniej wyrażone.

Nerwoból kolanowy i biodrowy w następstwie przewlekłego zaparcia stolca ustę-

¹⁾ Ueber thorakale Ostalgien. Berl. kl. Woch 1905, Nr. 41.

puje wraz z wyleczeniem zasadniczego cierpienia, t. j. zaparcia.

Autor podaje interesujący przypadek, stwierdzający skuteczność leczenia za pomocą wielkich ławatyw z oliwy; w przypadku tym wszelkie poprzednio podejmowane leczenie pozostało bez skutku.

Liczba przypadków, spostrzeganych przez autora w ciągu wielu lat, jest znaczna.

Co do różniczkowego rozpoznania, autor zwraca uwagę na pomyłki dyagnostyczne, jakie zająć mogą. Najczęściej bóle pochodzenia kiszkowego, szczególnie w dolnych kończynach, były brane za bóle gośćcowe. Często pomyłka rozpoznawcza pochodzi ztąd, że fałszywie podawany jest za przyczynę uraz lub zaziębienie.

Odróżnienie bólów pochodzenia kiszkowego od analogicznych bólów innego pochodzenia nie jest tak łatwe, ponieważ nie posiadają one nic absolutnie charakterystycznego. Wystąpienie przeto tego rodzaju bólów powinno na siebie zwrócić uwagę lekarza, który winien w takim razie pomyśleć i o czynności kiszek i przy leczeniu z tem się liczyć. Jeżeli istnieje związek przyczynowy między cierpieniem, w mowie będącem, a przewlekłym zaparciem stolca, winien on przedewszystkiem przeprowadzić odpowiednie leczenie, a skuteczność jego upewni go o słuszności rozpoznania. Tu najlepiej stwierdzić się daje zdanie: „*cessante causa cessat effectus*”.

Zaparcie stolca, sprowadzające omawiane bóle w członkach, jest do tego stopnia uporczywe, że do usunięcia go nie wystarczają leki, podawane *per os*. Autor w tych razach z najlepszym skutkiem stosował duże ławatywy z oliwy.

(Münch. Med. Woch., 1909, Nr. 47).

23. Stein. (Nauheim—San Remo). O znaczeniu szmerów rozkurczowych w trzecim międzyżebżu po lewej stronie dla rozpoznania rozszerzeń tętnicy głównej.

Autor w ostatnich czasach spostrzegł 3 pewne przypadki rozszerzenia łuku tętnicy głównej, sprawdzonego za pomocą prześwietlania. We wszystkich trzech przy wysłuchiwaniu stwierdzono jedno i to samo, a mianowicie rozkurczowy szmer w trzecim między-

żebżu po lewej stronie: zjawisko, dotąd nigdzie nie opisane i z tego powodu zasługujące na szczególną uwagę.

We wszystkich tych trzech przypadkach, szczegółowo opisanych, znaleziono przy prześwietlaniu rozszerzenie łuku. Przy wysłuchiwaniu zaś obok mniej lub więcej akcentowanego drugiego tonu tętnicy głównej i skurczowego szmeru w drugim międzyżebżu po prawej stronie i na mostku rozkurczowy szmer w trzecim międzyżebżu po stronie lewej.

Autor przeto wnosi, że, jeśli przy wysłuchiwaniu znajdujemy skurczowy szmer w miejscu tętnicy głównej, często wyraźnie akcentowany drugi ton tętnicy głównej, co pozwoli na wyłączenie niedomykalności tętnicy głównej, a obok tego wyraźniejszy przy stanie, aniżeli leżeniu, lekki rozkurczowy szmer w trzecim międzyżebżu po lewej stronie, należy i bez prześwietlania przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem istnienie rozszerzenia łuku, ewentualnie części zstępującej tętnicy głównej.

(Münch. Med. Woch. 1909, Nr. 36).

24. Geipel. O zapaleniu mięśnia serca i zmianach w mięśniach prążkowanych w goścu.

W ostatnich latach Aschoff¹⁾, a następnie²⁾ autor i inni opisali zmiany w mięśniu serca w pewnej liczbie przypadków gośca. Były to guziczkowate twory, które się rozwinęły w interstycjalnej tkance łącznej mięśnia serca. Zmiany te znajdowano przeważnie w wieku między 10 a 20 rokiem życia (12 razy na 24 przypadki), przeważała płeć żeńska (14 na 24 przypadki).

W ostatnich 4 latach autor obok badania mięśnia serca poddał badaniu współcześnie muskulaturę i innych części ciała. Wyniki tych badań były następujące: Zmiany w mięśniu były w pierwszej linii degeneracyjne, zmian odrodnych brakło prawie zawsze albo występowały w bardzo nieznacznym stopniu. Zmiany te dotyczyły prawie wyłącznie włó-

¹⁾ Die heutige Lehre von den anatom. pathol. Grundlagen der Herzschwäche Jena 1906,

²⁾ Münch. Med. Woch. 1907, str. 1057.

kien mięsnych. Nie były one jednakowe w różnych mięśniach; różne mięśnie zachowywały się różnie. Gdy np. w jednym przypadku w mięśniach języka i krtani prawie żadnych zmian nie było, m. mostko-gnykowy był bardzo silnie zmieniony. W innym przypadku kawałki mięśnia uda i piersiowego przedstawiały analogiczne, choć mniej wyraźne zmiany.

Możemy przeto wspólnie nie z zapaleniem mięśnia serca, będącym w pełnym rozwoju, stwierdzić ciężkie sprawy z wyprzedzające w mięśniach.

Powstaje przeto kwestya, czy tego rodzaju zmiany w mięśniach mają być uważane za swoiste, podobnie jak zmiany w mięśniu serca w gościcu. Nie wydaje się to autorowi, gdyż podobne zwyrodniające zanikowe sprawy w mięśniach znajdujemy u ludzi starych i w mięśniach porażonych przy ich bezczynności. Nie zmienia to naturalnie poglądu, że obie sprawy są wywołane przez przypuszczalny bodziec chorobowy właściwy gościcowi, resp. jego toksyny. Czy we wszystkich przypadkach istnieje koincydencja gościcowego zapalenia mięśnia serca i zmian w mięśniach, jest nieprawdopodobne; jedna sprawa może być w pełnym rozwoju, gdy druga już dawno nastąpiła.

Co się tyczy klinicznej strony, na zaznaczenie zasługuje względna łagodność gościca, szczególnie objawów stawowych w przypadkach badanych i to, że gościec w stawach już dawno ustąpił, podczas gdy sprawa w sercu i muskulaturze ciała była w pełnym rozwoju.

Na pytanie, jaki był dotychczas znany związek między gościcem stawowym a mięśniami ciała, autor podaje *polymyositis acuta* i *chronica*, które podług OPPENHEIMA może się rozwinąć w następstwie ostrego gościca stawowego.

Jakkolwiek w 2 przypadkach, badanych przez autora, nie doszło do tego cierpienia, wszelako nie jest wyłączona możliwość jego powstania z opisanych zmian w mięśniach, co zresztą przyszłe badania winny stwierdzić. W większości przypadków prawdopodobnie wszystko kończy się na owych początkowych zmianach w mięśniach; mięśnie odradzają się,

a powrót do normalnego stanu może być zupełny.

(Munch. Med. Woch. 1909, Nr. 48).

F. A.

25. Bortz. O wpływie nadnercza na znamiona płci.

Pomiędzy gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym (gruczoł tarczowy, przysadka mózgowa, nadnercza, jajniki i jądra) istnieje niewątpliwie stosunek pewnej zależności wzajemnej, dzięki której niedostateczna czynność jednego gruczołu wywołuje często zastępcze wzmoczenie czynności lub rozrost drugiego. Świadczy o tem szereg spostrzeżeń i doświadczalnych danych. FIBERA spostrzegł u zwierząt trzebionych znaczny rozrost przysadki mózgowej, a w niej wybitne zwiększenie się komórek eozynofilowych, które w normalnej przysadce są stosunkowo bardzo nieliczne. KON analogiczne zjawisko spostrzegł u ludzi. FIEODOSSIEF znajdował u suk, które pozbawiono jajników, wyraźny przerost nadnercza. NEUGEBAUER w swoim źródłowym dziele o „obojnactwie u ludzi” podaje 13 przypadków przerostu nadnercza u obojnaków rzekomych. Autor opisał następujący przypadek: 17-letnia dobrze zbudowana dziewczyna po rocznym zaledwie miesiączkowaniu prawidłowym zupełnie straciła peryody. Zauważyła natomiast, że zaczyna jej rosnać gęsta broda i wąsy, że ciało na piersi i wzdłuż białej smugi porasta krótkim włosem, że głos staje się coraz podobniejszy do męskiego. Sekcya (śmierć nastąpiła wypadkowo wskutek zakażenia krwi) wykazała prawidłową budowę narządów rodzajnych zewnętrznych tudzież macicy, jajniki zaś były w stanie zaniku, stwierdzonego również badaniem drobnowidzowem. W obu nadnerczach guzy nowotworowe—nadnerczaki. Lewy guz przykrywał $\frac{2}{3}$ górnej części lewej nerki. Oczywiście istniał niewątpliwym związek pomiędzy zanikiem jajników, przerostem nadnerczy i niezwykłym u kobiety uwłosieniem twarzy i ciała.

(Archiv für Gynaec. T. 88, z. III).

L. Lorentowicz.

Chirurgia.

26. Gobiet. Przyczynek do szwu naczyń krwionośnych.

Do nielicznych przypadków okrężnego szwu naczyń krwionośnych, przez różnych autorów spostrzeganych, G. dodaje dwa swoje własne. W pierwszym przypadku zeszył oba końce tętnicy pachowej po wyluszczeniu tętniaka tętniczo-żylnego pochodzenia urazowego z wynikiem pomyślnym. W drugim przypadku miało miejsce rozerwanie tętnicy podkolanowej przy zwichnięciu piszczeli ku tyłowi—zmiażdżoną część tętnicy G. wyciął i oba końca złączył za pomocą szwu okrężnego. Wkrótce wystąpiła zgorzel kończyny z powodu zatkania naczynia skrzepliną, która się utworzyła na miejscu szwu.

Szew naczyń, zwłaszcza okrężny, był w ostatnich czasach przedmiotem licznych doświadczeń na zwierzętach. Ze wszystkich sposobów najpraktyczniejszym i zasługującym na rozpowszechnienie okazał się sposób **PAYRA** i **CARREL-STICHA**.

PAYR używa nadstawki w kształcie cylindra z magnezu o świetle, odpowiadającym grubości odpowiedniego naczynia. Przez taką nadstawkę przeprowadza ośrodkowy koniec naczynia, którego brzeg otwiera i za pomocą podwiązki przymocowuje do nadstawki. Koniec naczynia wraz z nadstawką wyłania w obwodowy koniec naczynia, który również do nadstawki przymocowuje. W ten sposób obie błony wewnętrzne naczynia przylegają do siebie i zrastają się. Sposób **CARREL-STICHA** zasadza się na złączeniu obu końców naczynia za pomocą szwu ciągłego tak, aby błony wewnętrzne stykały się z sobą. Dla ułatwienia nakładania szwu łączy przedewszystkiem oba końce w trzech punktach za pomocą cienkich nitok jedwabnych; przy naciąganiu dwóch takich nitok tworzy się linia prosta, na którą łatwo nakłada się szew. Do szwu używa wyłącznie cienkiego aseptycznego jedwabiu. Trudno orzec, która z tych dwóch metod jest lepsza. I jedna i druga ma swoje dobre i złe strony. Szew **PAYRA** zasługuje na uwagę z tego względu, że unika się krwawienia z ukłuc i że

jest bardzo mocny. Ujemną zaś stroną tej metody jest ta okoliczność, że można ją zastosować tylko do dużych naczyń, podczas gdy sposób **CARREL-STICHA** daje się zastosować do naczyń o świetle nawet 1 mm. Krwawienie z ukłuc nie ma tak wielkiego znaczenia, gdyż za pomocą niedługotrwałego ucisku daje się łatwo opanować. Zarzut, jakoby nitki, znajdujące się w świetle naczyń, dają początek skrzepinom, okazał się nieuzasadnionym, jak pokazały doświadczenia **JAKOBSTHALA**. Ważną jest rzeczą, aby przy nakładaniu szwu pole operacyjne było bezkrwawe. Na kończynach nałożyć można pas **ESMARCHA**, w innych okolicach ciała stosować można ucisk palcem, czasową przewiązkę lub uciskadło. Nakładania czasowej przewiązki zalecić nie można, gdyż błona wewnętrzna naczynia uledek może rozdarciu, ztąd tworzenie się skrzepin z ich groźnemi następstwami.

Najgorętszym zwolennikiem nakładania szwu na naczynia po wyluszczeniu tętniaków jest **LEXER** i uważa postępowanie takie za idealne. W przypadkach, w których odcinki naczyń z powodu dużego braku złączyć się nie dają, zdaniem jego, należy wykonać przeszczepienie naczynia, jak to zresztą wykonał w pewnym przypadku po wyluszczeniu tętniaka tętnicy pachowej. **BRAUN** radzi tymczasowo posiłkować się starą metodą i podwiązać naczynie podobojczykowe przy tętniakach tętnicy pachowej; nie potrzeba obawiać się zgorzeli kończyny. Takiego zdania jest również **HENLE**, opierający się na doświadczeniu, jakie nabył na wojnie rosyjsko-japońskiej. Z powodu takiej różnicy zdań **LEXER** polecił asystentowi swemu **WOLFFOWI** zebrać statystykę zgorzeli kończyn po podwiązaniu naczyń przy tętniakach. Poszukiwania, w tym kierunku zrobione, wykazały, że liczba zgorzeli kończyn jest dość znaczna. Na 2043 podwiązania w 11,4% wystąpiła zgorzel, po podwiązaniu tętnic pachowych wystąpiła zgorzel kończyny w 15%, i trzeba przypuścić, że procent byłby jeszcze większy, gdyby wszystkie przypadki były sprawdzone. Nawet gdy kończyna po podwiązaniu naczyń zostaje zachowana, to w wielu razach nie jest do użytku. Na 13 przypad-

ków, skontrolowanych po pewnym czasie przez FRISCHA, tylko w 3 przypadkach choryzy posiadali kończynę zdolną do użytku, we wszystkich zaś innych przypadkach stwierdzić można było zanik w wysokim stopniu, skurczenie, bóle etc. Wobec wyżej przytoczonych wyników trzeba się zgodzić z LEXEREM, że idealne postępowanie przy wycięciu tętniaka jest szew naczynia, ewentualnie przeszczepienie, zwłaszcza, jeżeli już są widoczne objawy zgorzeli kończyny.

Przeciwnicy szwu naczyniowego głównie zwracają uwagę na dwa momenty, przemawiające przeciwko stosowaniu szwu; może nastąpić krwotok, jeżeli szew nie dobrze trzyma, następnie można wogóle wątpić, czy zeszyte naczynie pozostaje nazawsze drożne. Przeciwno jednak pierwszemu przypuszczeniu przemawia fakt, że na 23 przypadki szwu okrężnego ani razu krwawienia nie było; jeżeli nawet szew nie trzyma, to już przedtem wytworzyła się skrzeplina na miejscu szwu, zatykająca światło naczynia; krwotok nastąpić może jedynie wtedy, jeżeli nastąpiło zakażenie i rozpad skrzepliny. Czy naczynie zostaje drożnem, u ludzi dotychczas nie stwierdzono. Brak zgorzeli i zjawienie się tętna w obwodowych naczyniach nie stanowi dowodu, gdyż zależeć to może od obocznego krwiobiegu. Aby rozstrzygnąć pytanie, czy na miejscu szwu nie następuje zwężenie lub rozszerzenie naczynia, przedsięwzięte były doświadczenia na zwierzętach, które pokazały, że po 211, 368 i 409 dniach naczynia zeszyte pozostawały normalnie drożnymi.

Jeżeli jest duży brak naczynia, i oba końce bez napięcia złączyć się nie dają, należy wykonać przeszczepienie naczynia. Ze wszystkich sposobów, próbowanych na zwierzętach, najlepszym okazał się sposób przeszczepienia żyły, wziętej z tego samego osobnika. Obawa, że wszczepiona żyła z powodu cienkich ścian nie wytrzyma dużego ciśnienia i z tego powodu niepomiernie rozszerzyć się może, okazała się płonną. Przeciwnie, okazało się, że ściana taka grubieje, i nigdy tętniak się nie tworzy.

(Wien. klin. Woch., 1909, Nr. 42).

L. Kr.

27. Momburg. Technika ubezkrwienia dolnej połowy ciała.

MOMBURG używa do powyższego zabiegu niezbyt elastycznej czerwonej rury gumowej Nr. 12 dla dzieci i Nr. 14 dla dorosłych. Upřednio nakłada elastyczną taśmę ESMARCHA na obydwie uda, aby nie gromadzić zbyt dużej ilości krwi w górnej połowie ciała, następnie w pozycji ukośnej TRENDELENBURGA okraża talię mocno czterokrotnie rurą gumową, dopóki nie zniknie tętno na tętnicy udowej. U osób otyłych, u których grubość pokład tłuszczu utrudnia wyczuwanie tętna, radzi liczbę obrotów podnieść do 6-ii, w każdym razie dodać jeszcze jeden obrót już po zniknięciu tętna *art. femoralis*. Wyniki ujemne, zdaniem M., są spowodowane nie zbyt mocnym, lecz za słabym uciskiem aorty brzusznej. Położenie TRENDELENBURGA pozwala kiszkom przesunąć się ponad miejsce uciśnięte i nie tamuje krążenia krwi obu *art. mesentericae*, dzięki czemu ciśnienie krwi nie ulega dużemu wahaniu.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 48. 09).

28. Sigwart. Ubezkrwienie dolnej połowy ciała sposobem Momburga.

SIGWART stosował sposób MOMBURGA w 25 przypadkach krwawień poporodowych, wskutek niedowładu macicy powstałych. W 23 przypadkach otrzymał mocny skurcz macicy i szybkie ustanie krwawienia, w dwóch zaś po zdjęciu rury gumowej krwawienie powróciło, wskutek czego w jednym przypadku zmuszony był zastosować tamponadę, w drugim doszczętne usunięcie macicy. Ucisk aorty brzusznej trwał godzinę i dłużej bez żadnych ujemnych następstw i bez uszkodzenia trzew, co autor miał możność skontrolować na sekcji u kilku położnic, zmarłych z innych przyczyn.

S. zwraca uwagę na tętno *art. radialis*, które bywa słabe po nałożeniu rury gumowej, staje się pełnem i równem po skończonym zabiegu.

(Berliner klinische Wochenschrift Nr. 43 —09).

L. Lorentowicz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kiniczne z dnia 7 września 1909 roku.

HEJMAN A. pokazał 15-letnią chorą z obustronną przetoką uszną wrodzoną. Przetoki tego rodzaju są zjawiskiem nader rzadkim i, o ile nie następuje wstrzymanie wydzielania się ropy, nie sprawiają one chorym żadnych dolegliwości.

GABSZEWICZ przedstawił 10-letniego chłopca po operacji torakoplastyki SCHEDEGO. Przypadek ten o tyle jeszcze zasługuje na uwagę, że otok ropny opłucny istniał u tego chłopca przez szereg lat. Wynik operacji pomyślny.

SZTEYNER pokazał ciało obce, wydobyte z pęcherza moczowego u mężczyzny 49-letniego. Była to kostka długości 7 cent., na około której utworzył się w postaci wrzeciona kamień moczowy. Kostka, wprowadzona po pijanemu przez cewkę, pozostawała w pęcherzu 4 miesiące.

ŚWIĄTECKI Jan pokazał 12 chorych, leczonych pastą bizmutową BECKA. ŚWIĄTECKI sądzi, że pasta bizmutowa nadaje się lepiej do leczenia wszelkich braków kostnych, niż plomba jodoformowa, gdyż jest plastyczniejsza i niewymaga jałowego stanu rany; bizmut właśnie sterylizuje ranę i odrazu usuwa ropienie, poczem pasta zapełnia się tkanką bliznową, wzgl. kostną, jak każda plomba chirurgiczna.

GABSZEWICZ opisał 2 przypadki rzadkich powikłań cierpienia ucha środkowego. Pierwszy opisany przypadek dotyczył żylaka zatoki poprzecznej. GABSZEWICZ poraz pierwszy spostrzegł i nie spotkał się z opisem podobnego przypadku. Drugi przypadek jest ciekawy ze względu na swój przebieg: przy braku prawie obiektywnych zmian w uchu przed operacją, bez poprzedzającego wpływu z ucha, powstał kolosalnych rozmiarów ropień nadoponowy, który był istotną przyczyną tych mocnych bólów głowy, jakich chory doznawał w ciągu 2-ech lat.

Posiedzenie kiniczne z dnia 21 września 1909 roku.

ŚWIĄTECKI Jan pokazał 22-letniego chorego, któremu otworzył ropień wielkości głowy dziecka, umiejscowiony w jamie DOUGLASA, powstały skutkiem cierpienia wzrostka robaczkowego. Po czterech tygodniach, gdy kanał drenowy nie zablizniał się, wypełnił go pastą bizmutową BECKA, zagojenie po dniach sześciu.

GABSZEWICZ pokazał preparaty makroskopowe: 1) zwknięcie w części szyjowej kręgow, 2) ropienie trzustki, 3) skręcenie sznurka nasiennego w przypadku mięsaka jądra, 4) torbiel w przepuchlinie zaciśniętej, 5) żylak sznurka nasiennego, 6) guzy zapalne sieci.

Posiedzenie kiniczne z dnia 28 września 1909 roku.

GĘBARSKI demonstrował chorego, dotkniętego chorobą ADDISONA. Od dwóch tygodni chory otrzymuje suprarenalinę POELA (3 zazy dziennie po 0,1 po jedzeniu) wewnątrznie w pastylkach; subiektywnie chory czuje się znacznie lepiej, przyrost na wadze 1½ kilo, tętno silniejsze.

KARWACKI pokazał preparaty drobnoustrojów, wyhodowanych ze krwi z przypadku ciężkiej płonicy, krew zawierała spirylle, ziarniki o typie *micrococcus catarrhalis* i laseczniki, nie dające się zidentyfikować, które prelegent nazwał *bac. ciliatus fragilis*.

RZĘTKOWSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „O leczeniu gruźlicy płuc”. Rzecz wygłoszona poprzednio na I-ym zjeździe internistów w Krakowie.

Posiedzenie kiniczne z dnia 5 października 1909 roku.

KARWACKI przedstawił preparat cytologiczny, pochodzący z przypadku dwoinkowego zapalenia opłucny w przebiegu duru. Płyn był krwotoczny. Wzór cytologiczny: 75%^o krwinek czerwonych, 25%^o innych pierwiastków komórkowych, w tem więcej niż połowa

śródbłonek, reszta wielojądrowe i nieliczne limfocyty. Posiew płynu na płytce PETRIEGO dał hodowlę dwoinek T. LAMON — FRÄNKELA. Płyn aglutynował laseczniki durowe do rozcieńczenia 1:500, dwoinki do 1:10.

Rzękowski wygłosił rzecz p. t. „O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych stanach zakaźnych” RZĘT. podaje sposób oceniania sprawności emigracyjnej neutrofilów przy pomocy wskaźnika emigracyjnego (T. E.), który oznacza odsetkę neutrofilów, jaka ubyla we krwi naczyń kończyny mocno przewiązanej w porównaniu z krwią kończyny wolnej u tego samego osobnika. Ów I. E. u osób zdrowych wynosi średnio 2,5 (ma-

ximum 6, minimum 5). W stanach ropnych popolitych I. E. wynosi znacznie więcej, bo od 33 do 47, po przejściu ropienia I. E. znowu spada do normy.

W dyskusji MUTERMILCH nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, że wskaźnik emigracyjny świadczy o liczbie zdolnych do emigrowania białych ciałek wielojądrowych. Wszystkie neutrofile obdarzone są zdolnością emigrowania. Wskaźnik emigracyjny RZETKOWSKIEGO wskazuje nam tylko, ile w jednostce czasu emigruje białych ciałek, innem słowy, świadczy o energii, z jaką fagocyty z naczyń wywędrowują.

Tadeusz Wilczyński.

Posiedzenie gastrologiczne z d. 20 października 1909 r.

Porządek dzienny: 1) Demonstracje; 2) S. MINTZ. O recydywach po operacyjnym leczeniu kamieni żółciowych.

1) REJCHMAN przedstawia rentgenogramy żołądka dwu chorych, prześwietlanych w rozmaitych pozycjach i po upływie rozmaitego czasu od chwili połknięcia papki bizmutowej. W pierwszym przypadku zwięźlenie odzwiercni i przyrośnięcie tegoż do tylnej powierzchni wątroby; przednia ściana żołądka od czasu do czasu sztywnieje i wypukła się, a lekkie fale ruchów robaczkowych przebiegają po niej z lewej strony ku prawej; skutkiem tego granice i kształt żołądka mogą być dokładnie ręką wymacane, a kontury są widoczne na ścianie brzusznej. Obmacywaniem więc i oglądaniem dokładnie określić możemy bez uciekania się do innych metod badania, jako w tym razie zupełnie zbytecznych, że żołądek tego chorego jest rozszerzony, szczególnie ku prawej stronie, że w poprzecznym swym wymiarze dochodzi z lewej strony do linii pachowej przedniej, z prawej zaś do linii sutkowej, a w pionowym wymiarze nie przekracza linii pępkowej w pozycji leżącej, znajdując się nad nią na 1 — 2 poprzeczne palce, w pozycji zaś stojącej opuszcza się pod tę linię też na 1—2 poprzeczne palce. Zdaniem REJCHMANA, takie przypadki widocznego żołądka najlepiej się nadają do sprawdzenia wartości

rentgenoskopii, do oznaczenia położenia, wielkości, ewentualnie pojemności i kształtu tego organu. Z otrzymanych czterech roentgenogramów (na posiedzeniu przedstawionych) widać, że w 20 minut po przyjęciu przez chorego zwykłej ilości papki bizmutowej, t. j. 250 grm., w pozycji leżącej pokazał się cień formy podłużnej, u góry szerszy, ku dołowi stopniowo zwążający się, rozpoczynający się u góry w dość znacznej odległości od dołka podsercowego i od łuku żebrowego lewego, a kończący się ku dołowi po lewej stronie tuż nad pępkiem; cały ten cień znajdował się w lewej połowie okolicy nadpępkowej brzucha, nie dochodził na prawo do linii pośrodkowej ciała, a na lewo nieco tylko przekraczał linię sutkową lewą. Przy użyciu tej samej ilości papki bizmutowej, po upływie 25 minut, w pozycji stojącej ukazał się w okolicy pępkowej cień poprzeczny, którego górna granica znajdowała się na jeden poprzeczny palec ponad linią pępkową, dolna na 2—3 poprzeczne palce pod tą linią, lewy koniec dochodził do linii sutkowej lewej, a prawy przekraczał nieco pępek na prawo.

Przy zapełnieniu żołądka tą maksymalną ilością papki bizmutowej, którą chory mógł połknąć, mianowicie 500 gramami w pozycji leżącej, po upływie 45 minut i po upływie 100 minut od chwili połknięcia papki, ukazał się cień, większy od poprzedniego, też podłużny,

siegający bardziej na prawo, lecz nie dochodzący do linii białej, z wyjątkiem tylko dolnej, wygiętej na prawo części, która przekracza nieco na prawo linię pośrodkową ciała; cały zatem prawie cień znajduje się w lewej połowie okolicy nadpępkowej; górna jego granica rozpoczyna się niżej dolka i łuku żebrowego lewego, dolna nie dochodzi do pępka na 2 poprzeczne palce, lewa zaś dochodzi prawie do linii pachowej przedniej. W pozycji stojącej, przy tem samym zapełnieniu żołądka papką bizmutową, otrzymano cień, tak samo, jak poprzedni, położony, węższy u góry, szerszy u dołu, niż w pozycji leżącej, zaczynający się u góry niżej, sięgający ku dołowi do dolnego obwodu pępka i przekraczający na prawo u dołu środkową linię ciała w tym samym nieznacznym stopniu, jak cień, otrzymany w pozycji leżącej. U drugiej chorej, dotkniętej też nowotworem żołądka, po rozcięciu tegoż kwasem węglowym, okazało się w pozycji leżącej, że cały żołądek jest opuszczony, że podłużny guz zajmuje małą krzywiznę i górną część przedniej ściany żołądka, lewa granica dochodzi do linii pachowej przedniej, dolna przekracza ku dołowi na dwa poprzeczne palce linię pępkową, a prawa sięga aż do linii sutkowej na wysokości 2—3 poprzecznych palców ponad linię pępkową.

W 1/2 godziny po napełnieniu żołądka 300 grm. papki bizmutowej otrzymano za pomocą rentgenoskopii u tej chorej w pozycji stojącej cień podłużny, bardzo wąski, znajdujący się na lewo od linii pośrodkowej w dość znacznej odległości, wygięty u dołu ku prawej stronie i dochodzący w tem miejscu do pępka, a ku dołowi sięgający na 1 poprzeczny palec popod linię pępkową. W okolicy pępka po prawej stronie widać cienkie, ciemne poprzerywane paski, świadczące, że w tem miejscu przechodzi papka bizmutowa do kiszki, że więc w tej okolicy, w pozycji stojącej, znajduje się odzwiernik.

Na zasadzie tych dwóch przypadków, a zwłaszcza pierwszego, R. twierdzi, że przy obecnie praktykowanej metodzie badania rentgenoskopia nie daje nam dokładnego pojęcia o rzeczywistym kształcie, położeniu i wielkości żołądka, że jedynie wskazać nam może miejsce, w którym się znajduje najniż-

sza linia dolnej granicy żołądka, i że o położeniu odzwiernika daje nam pojęcie prawdopodobnie tylko wówczas, gdy ten odzwiernik uległ opuszczeniu. W końcu R. zaznacza, że nie odmawia rentgenoskopii znaczenia wogóle w dyagnostyce chorób żołądka i że spodziewa się, iż zostaną w przyszłości udoskonalone w rentgenoskopii metody, za pomocą których będzie można poznać kształt, położenie i wielkość żołądka.

W dyskusyi SIERPIŃSKI sądzi, że, ponieważ przypadki, użyte przez R. do badań rentgen., nie należą do normalnych (w jednym odzwiernik był zrosnięty z wątroba), przeto wnioski nie mogą być ostateczne; HOLZKNECHT pracował może z materiałem, bardziej do normy zbliżonym.

MERTZ podnosi ważność podjętej po raz pierwszy przez prelegenta próby kontrolowania danych rentgenoskopii za pomocą innych metod badania, gdy dotąd postępowano przeciwnie.

GRUNDZACH sądzi, że papka bizmutowa przedewszystkiem wypełnia lewą stronę żołądka, potem dopiero, o ile starczy bizmutu, to i prawą.

JURT wyjaśnia, że w rentgenoskopii żołądka jest jeszcze kilka niewyjaśnionych punktów, które wymagają dalszych obserwacji. Do takich należy teoria HOLZKNECHTA o najniższym punkcie, zajmowanym przez odzwiernik; przypadek, przedstawiony przez R., dowodzi niesłuszności tego twierdzenia. W sprawie ilości bizmutu, używanej do prześwietlania, obecnie dowiedziono, że duża ilość tego leku działa znieczulająco i zmniejsza ruchy żołądka, jest więc dążenie do zmniejszenia ilości podawanego bizmutu, natomiast dodają więcej gumy arabskiej. Przy ocenie danych rentgenoskopii żołądka ważne jest położenie chorego i długość badania.

LEŚNIEWSKI przy operacjach najczęściej napotykał zupełnie normalne położenie odzwiernika i ten sam stosunek do sąsiednich organów.

REJCHMAN odpowiada SIERPIŃSKIEMU, że odzwiernik b. często zrasta się z wątroba, LEŚNIEWSKIEMU, że odzwiernik często zmienia położenie i znajduje się dość nisko, i że przy prześwietlaniu promieniami Roentgena idzie

nam zresztą nietylko o odźwiernik, lecz także o cały kształt żołądka.

2) MINTZ odczytał rzecz: „Operacyjnym leczeniu kamicy żółciowej”. (patrz Nr. 1 i 2 Med. i Kron. lek. z r. b.).

W dyskusji LEŚNIEWSKI nazywa prawdziwymi nawrotami tylko te przypadki, w których wszystkie kamienie zostały z pewnością podczas operacji usunięte; w innych razach mamy tylko nawroty rzekome. Gdyby chirurdzy mieli możność operowania w takich warunkach, aby mogli spokojnie szukać kamieni w przewodach żółciowych i wszystkie usunąć, t. j. gdyby operowali dość wcześnie, kiedy nie wystąpiły jeszcze objawy groźne, to i rzekomych nawrotów byłoby znacznie mniej. Za wskazanie do operacji uważa L. choćby jeden napad zakaźno-ropny, przebyty przez chorego. Co się tyczy sprawy wycięcia pęcherzyka żółciowego, to większość chirurgów warszawskich jest zdania, żeby pęcherzyka żółciowego naogół nie wycinać, jeśli niema w nim wyraźnych zmian, gdyż pozostawiony pęcherzyk może nadal wypełniać swe funkcyje fizyologiczne i w razie ewentualnym późniejszej operacji może oddać ważne usługi chirurgowi.

REJCHMAN zaznacza, że spostrzegł ogółem 3 przypadki nawrotów prawdziwych, t. j. takich, które wystąpiły po upływie roku co najmniej od operacji. Samo powstawanie nawrotów nie powinno nas dziwić, boć tworzenie się kamieni żółciowych zależy od pewnego rodzaju dyskrazji, której operacja usunąć nie może, po jakimś czasie tedy mogą się utworzyć zupełnie nowe złoży w drogach żółciowych.

SIERPIŃSKI podnosi ważność tematu i proponuje jedno z posiedzeń poświęcić sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

LEŚNIEWSKI dodaje jeszcze, że wogóle chirurdzy rzadko spostrzegają nawroty po operacyjnym leczeniu kamicy żółciowej.

MINTZ odpowiada LEŚNIEWSKIEMU, że np. KEHR nie spostrzegł wprawdzie prawdziwych nawrotów, ale widział dużo przypadków rzekomych nawrotów z powodu pozostawienia przez niego samego kamieni w drogach żółciowych. Co się tyczy budowy kamyków, pochodzących z przewodu żółciowego, to, według KEHRA, składają się one z węglanu wapnia i fosforanu wapnia.

W. Róbin.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych

— Ciekawy odczyt o zgorzeli kieszek na skutek zakrzepu żył kreskowych wygłosił d-r KOERTE na posiedzeniu stowarzyszenia chirurgów berlińskich. Przypadek odnośny dotyczył 38-letniego lekarza, który zachorował nagle wśród dreszczów i gorączki, co początkowo wzięte było za grypę. Po upływie 3-ch tygodni wystąpiły silne bóle, które powtarzały się napadowo kilkakrotnie; wypróżnienia bywały prawidłowe. Mówca po raz pierwszy widział chorego w 6 tygodni od początku choroby; badanie dało wyniki bardzo skąpe: brzuch miękki, nie wrażliwy na ucisk, jedynie tylko w lewym dole biodrowym dała się stwierdzić niezbyt wyraźna odporność. Nagle następnej nocy zjawił się silny napad bólów w brzuchu,

połączony z zaparciem; następnych dni chory skarżył się na częste odbijania; brzuch nieco napięty. Rozpoznania choroby nie można było uczynić, przypuszczano jedynie uwięźnięcie wewnętrzne i dlatego przystąpiono do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w niej sporo płynu surowiczokrwawego; w lewym dole biodrowym spostrzeżono kiszki cienką, która uległa zgorzeli na przestrzeni 12 cent. i była przykryta siecią niezmienną. W przyległej kresce wyczuwały się liczne stwardnienia guzowate, które z początku wzięto za gruczoly, lecz przy wycinaniu uległej zgorzeli kieszki znaleziono liczne zakrzepy w żyłach. Chory zmarł w 12 godzin po operacji. Badanie zwłok dało wynik bardzo ciekawy. Mianowicie w żyłach

kreskowych wykryto rozległe zakrzepy, które sięgały aż do żyły bramnej i jej rozgałęzień w wątrobie; w kiszce cienkiej jeszcze jedna pętla uległa zgorzeli; obydwie zmarwiały części kiszki przedstawiały obraz zawału krwotocznego; tętnice były wolne, a błona śluzowa bardzo mało lub wcale nie zmieniona. Nie można było wykryć, czy zakrzepy w żyłach zaczęły się od obwołu, czy też od strony żyły bramnej.

— Na tem samem posiedzeniu d-r NEUMANN przedstawił przypadek *Lymphogranulomatosis cutis*. Cierpienie to jest bardzo rzadkie. Jedyne tego rodzaju spostrzeżenie ogłosił GROSS. W danym przypadku chodziło o kobietę 37-letnią, która przed 7-miu miesiącami spostrzegła zgrubienie lewej połowy szyi, wkrótce potworzyły się podobne zgrubienia w lewej pasze, na prawej stronie szyi, a w końcu i pod prawą pachą. Jednocześnie ze zjawieniem się obrzmienia w lewej pasze zaczęło chorą trapić dokuczliwe swędzenie na lewej połowie piersi, która w ciągu dnia obrzmiewała, przez noc zaś obrzmienie znikało. Pierwsze badanie chorej prócz bladeści powłok zewnętrznych nie wykryło w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Obrzmienia na szyi i pod pachami składały się ze zbitych, po części pozrastanych ze sobą gruczołów, zlewających się ze skórą i z tkankami otaczającymi. W gruczołach nigdzie nie znaleziono chełbotania, ani bolesności; sutka lewa o połowę większa, niż prawa, lecz powiększenie to zależało nie od obecności guza w gruczole sutkowym, lecz od jednostajnego ciastowatego zgrubienia tkanki tłuszczowej podskórnej. Najbardziej jednak charakterystyczne były dwójakiego rodzaju zgrubienia w skórze: jedne koliste, zbite *plaques* w *cutis*, drugie nieco większe, kuliste guzki w *subcutis*. W obrębie pierwszych skóra była zabarwiona na żółto-brunatno, nieco wzniesiona, o powierzchni miejscami błyszczącej. Cały obraz chorobowy sprawiał wrażenie początkowego okresu *cancère en cuirasse*, brakowało tylko wyraźnego guza w sutce. Badanie drobnowidzowe guzów nie dawało żadnej podstawy do uważania ich za wybujałości nowotworowe, przypominały one raczej zarniniaki (*granuloma*), złożone z małych limfocytów, wśród

których znajdowało się dużo komórek eozynochłonnych; pomiędzy tymi drobnymi limfocytami na niektórych polach widzenia spotykano komórki z olbrzymimi jądrami i komórki olbrzymie wielojądrowe. Pod tym względem zbiorowiska komórek w naszym przypadku przypominają bardzo obrazy, opisane przez GROSSA. W dalszym przebiegu choroby wystąpiło pomnożenie się i gwałtowne powiększanie się guzów. Skład krwi nie przedstawiał zmian wybitnych prócz leukocytozy, którą stwierdzono w miesiącach ostatnich. Aczkolwiek w ostatnich tygodniach chora trochę gorączkowała, nie spostrzeżono upadku sił. Cierpienie obejmowało tylko górną połowę tułowia do pasa; w ostatnich 6-ciu tygodniach stwierdzono powiększenie śledziony, W celach leczniczych stosowano arsen, jodek potasu, rtęć, naświetlanie promieniami Rentgena, lecz bez żadnego zgoła wyniku. Zdaje się, że cierpienie rzeczzone nie poddaje się żadnemu leczeniu, lecz, jak i w przypadku GROSSA, prowadzi do zejścia śmiertelnego.

— O t. zw. „Ostrodze kości piętowej” miał odczyt d-r SARRAZIN na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Bonn. „Ostroga” jest to narośl kostna na powierzchni podeszwowej kości piętowej (na *processus medialis tuberis calcanei*), spotykana zarówno często u obydwoch płci po 20-tym roku życia. Długość i forma jej bywa zmienna, zdarza się na jednej lub na obydwoch kończynach. Nad tą wyrosłą kostną bywa zawsze torebka maziowa; narośl powstaje albo nagle po urazie lub przeziębieniu, albo rozwija się stopniowo, jak to np. bywa po wiewiórze, i staje się przyczyną dotkliwych bólów, o ile chory stoi lub chodzi. Bóle te często promieniują w kierunku ścięgna Achillesa lub w łydkę i kolano i przez to mogą stać się przyczyną błędnego rozpoznania, a bywają one tak silne, że chorzy często chodzą tylko na palcach. Zdarza się też, iż taka ostroga zostaje nierozpoznana przez całe życie bez względu na skargi chorego. Badanie przedmiotowe wykrywa zwykle obecność ograniczonej bolesności przy uciskaniu o rozmaitem nateżeniu w linii środkowej podeszwy w odległości 3—4 cent. od tylnego brzegu pięty. Inne objawy, jak wzniesienie

na miejscu bolesnem, mniejsza modzelowatość skóry na pięcie, lekki zanik mięśni łydkowych, nie zawsze bywają wyrażone jednakowo, na skutek czego dopiero prześwietlenie pozwala często uczynić rozpoznanie należyte. Dla rozpoznania różniczkowego trzeba mieć na względzie: zapalenie głębokiej torebki maziowej ścięgna Achillesa, achyllo-dynia, złamanie kości piętowej, gruźlicę i zapalenie szpiku kości piętowej, stopę płaską, cierpienia powięzi podeszwojowej. Istotną przyczynę choroby stanowi zбочenie w rozwoju kości, aczkolwiek były podawane i inne czynniki, jak miażdżycy naczyń, gościec, zakażenie tryprowe i grypa. W przypadkach miażdżycy naczyń bywa prawdopodobnie zwapnienie przyczepu powięzi podeszwojowej. Co się tyczy innych zakażeń, to wywołują one naprzód zapalenie torebki maziowej, które wtórnie przechodzi na okostną istniejącego już poprzednio zgrubienia kości. O ważności torebki maziowej w rozwoju cierpienia świadczy spostrzeżenie **JANOWSKIEGO**, który twierdzi, że nawet po usunięciu wyrosła kostnej cierpienie zwykle powraca, jeżeli jednocześnie nie została usunięta torebka maziowa. Dolegliwości, które sprawia „ostroga”, objaśniają w przypadkach urazu stłuczeniem lub złamaniem jej, a w przypadkach pochodzenia zakaźnego — zapaleniem torebki maziowej, względnie okostny. Jeżeli przy obecności ostrogi rozwinię się stopa płaska, to przy zwiększeniu nachylenia pięty ku ziemi następuje jednocześnie zmiana kierunku ostrogi względem powierzchni ziemi: gdy poprzednio posiadała ona kierunek równoległy, to obecnie długa jej oś tworzy z powierzchnią ziemi kąt ostry, na skutek czego przy każdym kroku ostry koniec ostrogi wraża się w powięź podeszwową, i chorzy mają wrażenie, jak gdyby nadepnęli na gwóźdź. Leczenie, o ile można, powinno być konserwatywne; często odpowiednia podkładka ze żłobkowatym zagłębieniem, usuwa dolegliwości; w pewnych przypadkach trzeba uciekać się do gumowych t. zw. poduszek piętowych, napełnionych powietrzem próbowano również z dobrym skutkiem wstrzykiwać parafiny po obu stronach ostrogi. Kiedy jednak wszystkie środki konserwatywne zawiodą, pozostaje

tylko operacyjne usunięcie ostrogi wraz z torebką maziową.

— Bardzo ożywione rozprawy wywołał odczyt d-ra **HOLZKNECHTA** w sprawie leczenia choroby **GRAVESA** (BASEDOWA) promieniami Röntgena, połączony z przedstawieniem odpowiednich chorych. W dyskusji zabierało głos tak wielu mówców, że niepodobna przytoczyć wszystkich przemówień, wypada przeto ograniczyć się na podaniu poglądów wybitniejszych mówców.

Prof. v. **NOORDEN** zaznacza, że widział tylko siedmiu chorych, poddanych rzeczonyj metodzie leczenia, lecz wybitną poprawę można było stwierdzić zaledwie w dwóch przypadkach; nawet i co do tych nie wie, jak długo trwała poprawa. W każdym bądź razie zarówno naświetlanie, jak i leczenie chirurgiczne w pewnych przypadkach okazać się może skutecznem. Obecnie jednak jedna, jak i druga metoda posiadają względnie małe zastosowanie, ponieważ w większości przypadków inne metody lecznicze prowadzą, jeżeli nie do zupełnego wyleczenia, to przynajmniej do zatrzymania się dalszego rozwoju cierpienia. Co się tyczy trafnego rozpoznania choroby, to nie jest ono zbyt trudne, ponieważ w każdym poszczególnym przypadku spostrzegamy objawy hipertyreoidyzmu, którego wyraz stanowi wzmoczona przemiana energii, a następstwo — znaczne wychudnięcie chorego; obok tego mogą istnieć zaburzenia czynności nerwu współczulnego. Może się jednak zdarzyć, że upadek odżywiania jest pokrywany przez obfite żywienie, lecz wtedy łatwo przekonać się, że u chorego istnieje: 1) wzmoczone zużycie tlenu o 30 do 100% wyżej normy; 2) zachwianie stosunku pomiędzy liczbą zużywanych ciepłostek a stanem odżywiania. Chorób, którym towarzyszy stała utrata ciężaru ciała, jest bardzo mało. Należą do nich: cukrzyca, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, przewlekłe choroby gorączkowe, wreszcie zatrucie jodem, powodujące szybką rezorbcyę gruczołu tarczowego, w następstwie czego spostrzegamy objawy hipertyreoidyzmu i obaz choroby, zwany chorobą **GRAVESA** rzekomą. Wszelkie inne przypadłości, spostrzegane w przebiegu choroby **GRAVESA**, należą do drugorzędnych; mogą one występo-

wać lub nie, co zależy od ogólnej konstytucji nerwowej chorego. Jeżeli więc w przypadkach odnośnych nie stwierdzimy zmian w wymianie tlenu, to bez względu na obecność wola, wysadzenia gałek ocznych i rozmaitych objawów nerwowych będziemy mieli do czynienia albo ze zwykłą nerwicą, albo z wyleczoną chorobą GRAVESA. W końcu parę słów o leczeniu chirurgicznym. Nie ulega wątpliwości, że najmocniej odbija się ono na uregulowaniu czynności serca, gdyż wysadzenie gałek ocznych często zmniejsza się bardzo nieznacznie. Z chwilą, gdy czynność serca staje się prawidłową, upada jeden z najgroźniejszych objawów, ponieważ nacisk wola na tchawicę rzadko bywa tak groźny, jak grożące choremu wyczerpanie mięśnia sercowego. Wobec tego należy zgodzić się z chirurgami, którzy zawsze przestrzegają przed odkładaniem operacji do ostatniej chwili. Naturalnie, trudno jest stanowczo orzec, kiedy należy wykonać operację; zależy to od okoliczności, sprzyjających oszczędzaniu serca. Jedną z dodatkich stron zabiegu operacyjnego stanowi znikanie objawów nerwowych, zwłaszcza nadmiernego pocenia się i poprzedzających go biegunek, pomimo to nie należy takiego chorego zawsze uważać za wyleczonego, zwłaszcza, jeżeli pozostają objawy wzmózonej przemiany energii, co się nie rzadko zdarza.

Prof. BENEDIKT zaznacza, że spośród metod leczniczych zasłużonem uznaniem cieszy się elektryzacja, zwłaszcza przy jednoczesnem zastosowaniu wodolecznictwa i podawania przetworów żelazisto-arszenikowych. Klimat górski wywiera również wpływ dobroczynny na przebieg cierpienia. Leczenie choroby GRAVESA za pomocą tyreoidyny słusznie zostało zaniechane, jako wręcz szkodliwe. Pożyteczniejszą okazała się surowica MOEBIUSA, zwłaszcza w postaci proszku. Być może, iż naświetlenie okaże się również skutecznem, lecz nie należy zapominać, że sprzyja ono powstawaniu zrostów, co znacznie utrudnia wykonanie zabiegu chirurgicznego, o ile taki okaże się niezbędnym. Metoda ostatnia daje chyba najlepsze wyniki. Niestety, nie jesteśmy jeszcze w stanie orzec, jakie przypadki nadają się najlepiej do operacyjne-

go leczenia, ponieważ dziś stosujemy je wtedy, kiedy inne sposoby lecznicze zawiodły. Uogólniając swoje wowody, mówca dodaje, że każda metoda posiada swe dobre strony, wobec czego trudno dać pierwszeństwo jednej przed drugą.

Prof. WINTERNITZ przemówienie swe opiera na dosyć dużym materiale, ponieważ miał możność spostrzegania 600 — 700 odnośnych chorych. Patogeneza cierpienia jest ściśle związana z nieprawidłową czynnością gruczołu tarczowego. Możliwy więc mówić o „*status thyroideus*”, jak mówi się o „*status thymicus*”. Cechę złośliwą choroby GRAVESA stanowi to, że może ona wybuchnąć nagle w swej postaci najcięższej u zupełnie zdrowego człowieka, co sprawia wrażenie zatrucia. Dzieje się to pod wpływem nagłego przestraszenia lub nadużycia płciowych. W sprawie wyboru metody leczniczej mówca jest zdania, że względnie najlepsze wyniki daje leczenie ogólne przy jednoczesnem stosowaniu hydroterapii i leków krzepiących. Wprawdzie nawet częściowe usunięcie wola daje czasowo wybitną poprawę, jednak wobec występujących często bardzo groźnych nawrotów choroby zabieg operacyjny powinien być stosowany tylko w tych razach, kiedy występują objawy wyraźne ucisku tchawicy.

P r y w. d o c. FREUND leczył za pomocą naświetlania 23 przypadki wola, a w tem zaledwie 6 prawdziwej choroby BASEDOWA. Na mocy tak małej liczby spostrzeżeń trudno wydać sąd o wartości rentgenizacji w leczeniu omawianego cierpienia; jednak nie posiada ona chyba wielkiej wartości, skoro ani razu nie udało się zanotować wybitnej poprawy zarówno miejscowej, jak ogólnej. Nawet w tych przypadkach, gdzie pewne polepszenie nie ulegało wątpliwości, było ono zbyt krótkotrwałe, powtórne zaś stosowanie promieni Röntgena okazało się jeszcze mniej skutecznem.

Pryw. doc. LORENZ nie zgadza się z podanymi wyżej wywodami internistów, przyśwajającymi jakoby sobie wyłącznie leczenie choroby GRAVESA. Wyniki, otrzymane w klinice prof. HOCHENEGGA, przemawiają raczej za tem, że leczenie chirurgiczne jest bezwzględnie skuteczniejsze, niż jak chcą inter-

niści. Nie można zaprzeczyć, że i po operacji zdarzają się nawroty, lecz bywa to tylko wtedy, kiedy pozostawiono zbyt dużą część gruczołu, lub gdy zabieg był wykonany zbyt późno. Wychodząc z założenia, że choroba omawiana stanowi ciężkie przewlekłe zatrucie wytworami gruczołu tarczowego, zgodzić się trzeba, że po zabiegu nie można oczekiwać wyniku pomyślnego, jeżeli jad poczynił spustoszenia stałe. Na potrzebę wczesnego dokonywania zabiegu zwracał uwagę już przed 13 laty KOCHER, który nie radzi wogóle operować chorych z poczynającymi się obrzękami. Przemówienie swoje L. popiera przedstawionymi kilkoma operowanymi chorymi.

D-r TÜRK wygłasza zupełnie oryginalny pogląd na patogenezę choroby GRAVESA. Zgadza się na to, że nadmierna czynność gruczołu tarczowego stanowi czynnik wybitny w rozwoju cierpienia, mówca utrzymuje, że czynnik ten staje się przyczyną nadmiernego rozpadu białka. Czynnik ten może odbijać się w sposób nader rozmaity na oddzielnych układach ustroju i w ten tylko sposób można wyjaśnić sobie wielką różnorodność objawów chorobowych, jak wzrastające wychudnięcie, zaburzenia czynności serca i układu nerwowego zarówno ośrodkowego, jak i współczulnego. Sposób przejawiania się tych zaburzeń zależy od odporności organizmu, a w miarę, jak ten lub ów układ okaże się bardziej wrażliwym, występują rozmaite objawy. Do dziś nieznaną są nam dokładnie drogi rozwoju sprawy chorobowej. Klucz do rozwiązania tej zagadki dają nam wyniki badań najnowszych nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym, o wzajemnym ich stosunku, o wpływie ich na układ współczulny, a głównie naczyniowy. Dlatego nie powinno nas dziwić, jeżeli objawy hipertyreoidyzmu wystąpią na skutek podziałania jakiegoś bodźca, skierowanego bezpośrednio, a zwłaszcza nie bezpośrednio na czynność gruczołu tarczowego. Leczyć chorobę BASEDOWA, właściwie zaś objawy hipertyreoidyzmu możemy w sposób trojaki: 1) starać się o usunięcie bodźca chorobowego, leżącego poza gruczołem, który wywołuje i podtrzymuje objawy hipertyreoidyzmu; 2) zwalczać hipertyreoidyzm jako taki; wreszcie 3) połączyć usiłowania w

obudwu wymienionych kierunkach. Zpośród środków, skierowanych ku działaniu na hipertyreoidyzm, jako taki, organoterapia okazała się bezsilną. Usuwanie za pomocą rękoczynu operacyjnego większej lub mniejszej części gruczołu bez wątpienia daje często bardzo dobre wyniki, lecz jest to zabieg w wysokim stopniu nie fizyologiczny, należy go więc stosować tam, gdzie wszelkie inne metody lecznicze zawodzą. Przechodząc do naświetlania, należy zaznaczyć, że leczenie białaczki za pomocą tej metody dowiodło, że działa ono w sposób hamujący na rozmnażanie się i czynność komórek, nie uszkadzając ich jednak. Ponieważ zaś gruczoł tarczowy jest nader dostępny dla promieni Röntgena, należy wnosić, że będą one mogły skutecznie przeciwdziałać nadmiernemu powiększaniu się gruczołu, jak i wzmożonej czynności jego komórek bez uszkodzenia narządu. Leczenie tedy choroby GRAVESA za pomocą naświetlania jest uzasadnione i ze względów teoretycznych i fizyologicznych; gdy jednak metoda rzeczona zyskała do dziś zbyt małe rozpowszechnienie, przeto obowiązkiem naszym jest zważyć dokładnie jej strony tak dodatnie, jak ujemne i na podstawie uzyskanego materiału wydać o niej sąd sprawiedliwy. Mówca przynajmniej, wnioskuje ze swych własnych spostrzeżeń, oświadczając się za stosowaniem naświetlania.

Przemówień krótszych, które nadto nie zawierały żadnych szczegółów, przyczyniających się do należytego oświetlenia przedmiotu rozpraw, nie przytaczamy. Wrażenie ogólne, otrzymane z bardzo żywo i długo ciągnącej się dysputy, jest takie, że, o ile internści (z wyjątkiem może WINTERNITZA) zachowywali wielką rezerwę w ocenianiu wartości stosowanych dotychczas metod leczniczych, o tyle chirurdzy z naciskiem zaznaczali, że wyleczenie choroby GRAVESA jest możliwe tylko przy możliwie wczesnym zastosowaniu zabiegu operacyjnego. EISELBERG np. przytoczył obszerną statystykę własną i innych chirurgów, która powinnaby przekonać niechętnych, że metoda chirurgiczna daje wyniki najlepsze. Zejście niepomyślne po zabiegu chirurgicznym wypływa głównie ztąd, że chorzy zbyt późno dostają się do rąk

chirurgów, kiedy ogólny stan chorego, a co najważniejsze, stan jego serca staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Co do naświetlania, to metoda ta nie zdołała jeszcze wywalczyć sobie szerokiego zastosowania i dla-

tego jakoteż ze względu na otrzymaną w wielu przypadkach wybitną poprawę zasługuje na wszechstronną ocenę i dalsze stosowanie.

K. Z.

N o w e l e k i.

× „Automors” zyskał w prasie lekarskiej znaczne poparcie, jako nowy, nie trujący środek odkażający. Według rozbiórów, dokonanych przez FLEMINGA i RICHTERA, jest to roztwór wodny kwasów fenolosiarczanych (około 16%) i kwasu siarczanego (około 15%), z niewielkim dodatkiem fenolów i tlenku węgla (około 3%). Środek ten posiada więc taki sam skład chemiczny, jak zalecany przed 10-laty Sanatol, otrzymywany przez podziałanie nieoczyszczonego kwasu siarczanego na smołę i rozcieńczenie otrzymanego płynu wodą. Czy jest to przetwór „nie trujący”, łatwo osądzić z wyników podanego wyżej rozbioru.

× „E p o c o l e m” nazywa fabr. chemiczna v. ADLERA w Wiedniu, „nowy zupełnie nie trujący preparat kreozotowy o nadzwyczajnych własnościach odkażających, nie posiadający żadnego działania ubocznego”. Dawka dzienna wynosi 1—10 gram, zależnie od wieku chorego. Po wykonaniu analizy okazało się, że Epcol stanowi mieszaninę następującą: *Natr. benzoic.* 45%, *Ammon sulfogujacol.* 30% i *Kali sulfogujacol.* 25%. „Nowe” więc jest tylko *ammon. sulfogujacol.*

× Pod nazwą „Eulabin” zakład chemiczny d-ra OESTREICHERA wypuścił biały proszek o słabokwaśnym smaku. Ma to być dimetylphenylpyraronol kwasu amidobrombenzoesowego. D-r FRIEDMANN w swym artykule, umieszczonym w *Medicin. Klinik.*, zaleca go w dawkach od 0,1 do 0,5 co 3—4 godziny w

przypadkach kokluszki. Analiza wykryła, że jest to poprostu mieszanina dwóch części kwasu p—brombenzoesowego i antypiryny w stosunku drobinowym i jednej części kwasu o—amidobenzoesowego i antypiryny również w stosunku drobinowym. Wiadomo, że antypiryna jest oddawna używana przeciw kokluszce.

× „Irrigal” w postaci tabletek ma zawierać, według zapewnień firmy (fabr. Barkowskiego w Berlinie), wszystkie części lecznicze octu drzewnego w postaci stałej. Analiza wykryła, że „ocet” posiadał odczyn alkaliczny i zawierał bezwodny octan sodu z dodatkiem dziegciu drzewnego.

× „Limosan” ma stanowić lek bardzo skuteczny przeciw podagrze, reumatyzmowi i w przypadkach kamieni nerkowych. Składa się on z dwóch rodzajów pastylek: białych, zawierających właściwie limosan, i szarozielonkawych—czyszczących. Pastylki limosanowe mają zawierać: *aethylenimin.* 1,0, *glykokolparaphenetidin. bas.* 4,5; *lithii carbon.* 0,1; soli kwasu salicylowego 1,0 i octowego 0,4. Jest to nowe uśiłowanie ukrycia składu zalecanego leku za pomocą zastąpienia nazw środków, powszechnie znanych, przez mało znane synonimy. Mianowicie: pod nazwą aethyleniminy ukrywa się piperazyna; glykokolparaphenetidin stanowi synonim phenokolu. Pastylki czyszczące składają się z wyciągów liści senesu, *rhamn. frangul., liquir.* i t. p.

K. Z.

Od Redakcyi.

Z daru jubilatą Szanownego Kolegi Juliana MAJKOWSKIEGO ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę oryginalną oraz na najlepsze streszczenie zbiorowe lub wy-

kład kliniczny, w y d r u k o w a n e w c i ą g u 1910 roku w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w r. 1910 w naszym piśmie i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada r. b.

2. Objętość prac nie może przekraczać 1½ arkusza druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej otrzyma nagrody rb. 100.

4. Autorzy 2 najlepszych streszczeń zbiorowych lub odczytów klinicznych otrzymają prócz honorarium zwykłego po rb. 50.

5. Sąd konkursowy ma prawo w razie, gdy prace będą jednowartościowe, dzielić nagrody.

6. Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny, wynik zaś konkursu będzie ogłoszony w Nr. 1 naszego pisma z roku 1911.

* * *

Z daru Sz. Kol. Kazimierza Rzętkowskiego¹⁾ ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny z dziedziny t. zw. pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, wydrukowane w roku 1910 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace wydrukowane w piśmie naszym w ciągu r. b. i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada r. b.

2. Objętość prac nie może przewyższać 2 arkuszy druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej lub wykładu klinicznego otrzyma rb. 100.

4. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo podziału tej sumy.

5. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny naszego pisma.

6. Wynik konkursu ogłoszony będzie w Nr. 1 pisma naszego z r. 1911.

* * *

Z daru Sz. Kol. Władysława Kopytowskiego ogłaszamy niniejszem konkurs na najlepszą pracę z zakresu chorób wenerycznych i skórnych, wydrukowaną w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” w r. 1910 i 1911.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w piśmie naszym w ciągu roku 1910 i 1911 i nadesłane do redakcyi przed 1 listopada 1911 roku.

2. Objętość prac nie może przewyższać 2 arkuszy druku pisma naszego.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej z działu chorób wenerycznych i skórnych otrzyma rb. 100.

4. Zgodnie z życzeniem ofiarodawcy o nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze w pierwszym dziesięcioleciu swej działalności lekarskiej.

5. Sąd konkursowy ma prawo dzielić w razie potrzeby nagrodę.

6. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny pisma naszego.

7. Wynik konkursu będzie ogłoszony w Nr. 1 pisma naszego z r. 1912.

Wiadomości bieżące.

— Termin otwarcia wystawy higienicznej p. n. „Czystość to zdrowie” ustalono na dzień 15 kwietnia r. b. Wystawa mieścić się będzie w Galeryi Luxenburga przy ulicy Senatorskiej, gdzie zajmie całe drugie piętro prawego skrzydła. Wystawa otrzyma do swego rozporządzenia ulicę oraz ogród.

— Pisma codzienne podają zatwierdzone budżety szpitali warszawskich. Wszystkie przewidują znaczne deficyty.

¹⁾ Patrz list w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” Nr. 2.

— Odczyty o ratownictwie w Pogotowiu ratunkowym ściągają coraz więcej słuchaczy. Dotąd odbyły się 3 serye odczytów po 8 wykładów w każdej.

— Kasa chorych lekarzy przy Stowarzyszeniu lekarzy, do której zapisało się około 200 członków, rozpoczęła swoje czynności d. 1 stycznia. Od 1-go lutego zaczną wypłacać odszkodowania za chorobę. Życzymy, aby nowa instytucja samopomocy rozwijała się coraz lepiej.

— W sekcji gastrologicznej na r. b. powołano dotychczasowe prezydium.

MUIRACITHIN

Wybitnie skuteczny środek przeciwko Impotencyi i wszystkim cierpieniom neurastenicznym, następuje w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku, libido, dyspareunii, amenorrhoe w hypoplasii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW**

Literatura: Tajn. Rada Lek. Prof. Ealenburg—Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman—St. Petersburg, Hirsch —St. Petersburg, Holländer— Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż, Goll—Zurich, Popper— Igls bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzensbad, Waitz—Paryż, Wright—Londyn, Piliver—Odessa, Fürth—Derwent, Kraus Wiedeń, Quastler—Wiedeń, Kitaj—Wiedeń.

NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach absolutnie pewne czopki przy wszelkich **CIERPIENIACH HEMOROIDALNYCH** do racjonalnego i pewnego usuwania wewnętrznych i zewnętrznych hemoroidów, **DO TAMOWANIA KRWOTOKÓW** (nawet w przypadkach zadawnionych) wybornie działające **ADSTRINGENS KISZKOWE i ANTISEPTICUM** Czopki Noridallew odpowiedają nowoczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki: Całci chlorat. 0,05. Całci jodat. 0,01, Paranophrin 0,0001, Balsam peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas—Berlin, Kehr—Halberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—München, Wright—Londyn, Silvestri—Rzym, Dawson—Londyn.

Literatura i próby gratis i franko.

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant: S. Rościszewski—Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46

Prawdziwy „MUIRACITHIN“ i „NORIDAL“ tylko w rosyjskiem opakowaniu zatwierdzonem przez Ministerium Przemysłu i Handlu.

TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

w postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.

Wyborne

Analepticum i Tonicum

zwiększa

Napięcie mięśni i systemu nerwowego
działa jako

Środek odżywczy

Wskazania:

**Migrena, newralgie, neurastenia, stany nerwowe,
osłabienie serea.**

Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

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

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.