

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 11.

Warszawa d. 12 Marca 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. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Elektrokardiografia, podał Władysław Janowski — Padaczka i stany pokrewne, napisał L. B. Bregman (c. d.) — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna* 46. T. Sato. W sprawie rozpoznawania gruźlicy przez podawanie wewnętrzne tuberkuliny. — *Choroby dzieci* 47. A. Uffenheimer. Dlaczego surowica Behringa zawodzi w niektórych przypadkach? — 48. Kliment W. N. O pochodzenie kokluszu. Koklusz doświadczalny. — 49. Georg Arnheim. O badaniach nad kokluszem. — 50. A. Patini. Patogeneza zmian na zębach w przymiocie dziedzicznym. — 51. Wechselmann. O przymiocie i reakcyi Wassermanna. — 52. V. Guttman. O leczeniu tonsillitis lacunaris za pomocą pyocyjanazy. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — POLEMIKA. Kilka słów o niezycie dróg rodnych kobiety i o t. zw. luszczycy macicy, podał Leonard Lorentowicz. — Odpowiedź kol. Lorentowiczowi napisał Juljusz Muttermilch. — Ruch chorych w szpitalu miejskim Sw. Stanisława za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1910 roku. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Elektrokardiografia.

Podał

Władysław Janowski.

Metoda ta, chociaż już w r. 1903 przez EINTHOVENA w ostatecznej swej formie wprowadzona została do fizjologii (7), dopiero jednak w r. 1907-ym znalazła zastosowanie przez KRAUSA i NICOLAIEGO do celów klinicznych. Ze stanowiska klinicznego uważana więc być może za najnowszą metodę dyagnostyki czynnościowej serca. Opiera się ona na tej pod-

stawie ¹⁾, że przy każdym skurczu mięśniowym nietylko dokonana zostaje pewna praca, wytwarza się przy tem ciepło, i zachodzą przemiany chemiczne, ale nadto powstaje pewne zjawisko elektryczne, które DUBOIS-REYMOND nazwał wahaniem ujemnem (negative Schwankung), a HERMAN prądem czynnym (Aktionsstrom). Prof. CYBULSKI, który jest gorącym zwolennikiem elektrokardiografii, nie zgadza

¹⁾ Techniki badania nie przytaczam. Będący w szczęśliwych warunkach posiadania przyrządu i tak musi się z licznymi szczegółami z oryginału prac Einthovena zapoznać.

się jednak z tym zasadniczym punktem wyjścia tłumaczenia zjawisk, spostrzeganych przy tej metodzie, twierdząc, że, gdyby krzywa elektrokardiograficzna zależała od prądów czynnościowych, musiałyby mieć wygląd zupełnie inny. Nie zmienia to jednak jego poglądu na olbrzymią wartość całej metody. Metoda polega na zapisywaniu za pomocą galwanometru strunowego EINTHOVENA prądów czynnościowych mięśnia sercowego, co osiągamy przez połączenie przyrządu z człowiekiem, znajdującym się w stanie zupełnego bezruchu. Otrzymana krzywa elektrokardiograficzna jest wyrazem spraw, zachodzących przy podrażnieniu mięśnia sercowego (Erregungsvorgang), o czym żadna inna metoda badania klinicznego nic nam powiedzieć nie może. Elektrokardiografia nabiera znaczenia dla kliniki dzięki tej okoliczności, że dotychczas dowiedzionem nie zostało, ażeby po powstaniu prądu czynnościowego w mięśniu nie nastąpiło wyzwolenie skurczu (HERING), wskutek czego krzywą elektrokardiograficzną uważać można za pośredni wyraz skurczów sercowych. Na zasadzie powyższego zdobywamy podstawy teoretyczne do przypuszczenia, że dzięki elektrokardiografii otrzymujemy możliwość kontrolowania na nowej drodze wyników, otrzymywanych za pomocą dawniejszych metod badania serca, głównie sfigmograficznych, a nadto możliwość odkrycia zjawisk nowych, których nie można było dopatrzeć się przy stosowaniu dawnych metod badania.

Badania dotychczasowe zdają się potwierdzać, że elektrokardiografia obydwóm tym zadaniom sprostać potrafi.

Normalna krzywa elektrokardiograficzna zdrowego ludzkiego serca składa się z 3-ich wzniesień, z których środkowe jest najwyższe.



Fig. 1.

Wzniesienie pierwsze, czyli ząb P według EINTHOVENA (A według KRAUSA), odpowiada skurczowi przedsionków, wzniesienie drugie, czyli ząb R według EINTHOVENA (I według KRAUSA), odpowiada skurczowi komór. Co do znaczenia wzniesienia trzeciego, czyli zęba T według EINTHOVENA (F według KRAUSA), to zdania są jeszcze podzielone. KRAUS, NICOLAI, KAHN i STRUBELL sądzą, że ząb F jest wyrazem czynnościowym działalności komór, dzięki której krew zostaje wpędzona do naczyń (Austreibungstätigkeit). Natomiast według HOFFMANNA ząb F jest tylko wyrazem podrażnienia serca, nie mówiącym jeszcze nic o samej jego pracy.

Niema też zgodności zapatrywań i co do bliższego znaczenia wzniesienia komorowego (ząb R, lub I). Według KRAUSA i NICOLAIEGO kierunek tego zęba (i następującego po nim F) jest dla każdej komory specjalny. Mianowicie, przy podrażnieniu komory prawej ząb I naprzód się wznosi, a potem opada, ząb zaś F naprzód opada, a potem się wznosi, podczas gdy przy podrażnieniu komory lewej wszystko odbywa się wprost odwrotnie.

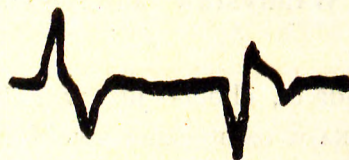


Fig. 2.

Z kierunku więc tych zębów możnaby wnosić, od której komory dane zaburzenie zależy i ewentualnie rozpoznać prawdziwą

hemisystolię. Jednakże HERING, HOFFMANN i inni danych tych nie potwierdzają; nadto z badań doświadczalnych EPPINGERA i ROTHBERGERA zdaje się wynikać, że przyczyny wznoszenia się i opadania zębów na krzywej elektrokardiograficznej szukać należy gdzieś indziej. Według autorów tych, ząb I wznosi się wtedy, gdy kurczą się włókna podłużne komór, które stanowią o powstawaniu uderzenia wierzchołkowego serca, podczas gdy skurcz włókien poprzecznych, który wpędza krew do naczyń, wywołuje opadanie tegoż zęba. Według HEUBNERA ząb komorowy na krzywej elektrokardiograficznej, otrzymanej od osesków, składa się z dwóch części, z których pierwsza idzie w górę, a druga na dół. Ta ostatnia znika po pierwszym roku życia w warunkach normalnych; jeżeli pozostaje i nadal, to oznacza to, że serce nie jest zdrowe.

Chociaż więc tymczasem nie umiemy z całą pewnością tłumaczyć szczegółów krzywej elektrokardiograficznej, naogół jednak krzywa elektrokardiograficzna zdrowego serca jest o tyle typowa, że spostrzegane ewentualnie zboczenia od tego typu pozwalają na wnioskowanie o zaburzeniach w działalności serca.

Wychodząc z tego stanowiska, zbadano dotychczas wszystkie postaci niemiarowości serca pod względem elektrokardiograficznym.

Co się tyczy przedewszystkiem zaburzeń w kurczliwości serca, to naprzemienność jego czynności (*Alternatio cordis*) według HERINGA odbijać się może zarówno na zębie R lub T, jak i na obu z nich. Bliższe badanie pokazuje jednak, że wprawdzie w pewnej części przypadków mniejsze zęby na krzywej elektrokardiograficznej odpowiadają mniejszym falom na krzywej tętnopisowej tętna, że jednak może być i odwrotnie.

Skurcze dodatkowe (Extrasystole) odbijają się również na krzywej elektrokardiograficznej. Według HOFFMANN, krzywa elektrokardiograficzna nie daje zgoła żadnej wskazówki co do miejsca powstawania skurczu dodatkowego, stoi więc pod tym względem niżej od krzywej tętnopisowej żyłnej, pozwalającej w każdym przypadku skurczów dodatkowych na zorientowanie się co do ich punktu wyjścia. Przeciwnie, HERING twierdzi, że właśnie dopiero zdjęcia elektrokardiograficzne pozwoliły na zdobycie dowodów, że każda bliźniaczość tętna (*P. bigeminus*) zawdzięcza swoje powstawanie skurczom dodatkowym, powstającym w komorze.

Z badań LEWISA okazało się, że skurcze dodatkowe, powstające w przedsionkach, wywołują mogą co najmniej 3 rodzaje skurczów komór. Twierdzi on również na ich zasadzie, że niesłusznie zaprzeczano dotąd możliwości istnienia zahamowanych skurczów dodatkowych przedsionkowych (blocked auricular extrasystoles) oraz skurczów dodatkowych przedsionkowych interpolowanych. Skurcze dodatkowe zwrotne, to jest powstające w komorach i przechodzące następnie na przedsionki (retrograde Extrasystolen) dają wysoce nietypową krzywą elektrokardiograficzną (LEWIS). Nie można jednak rozstrzygnąć na zasadzie krzywej elektrokardiograficznej wątpliwości, czy obok skurczów zwrotnych oraz skurczów, powstających w węźle TAWARY, nie występują też skurcze, mające za punkt wyjścia normalne miejsce w przedsionku.

Krzywa elektrokardiograficzna pozwala również na rozpoznawanie zaburzeń bathmotropicznych, t. j. zależnych od nienormalnego wytwarzania pobudek do skurczów serca (Reizerzeugung), oraz dromotropicznych, to jest zależnych od zaburzeń w przewodnictwie powstałych w przedsionku skurczów serca na

jego komory (NICOLAI, HOFFMANN, PIOK i in.). W tym kierunku metoda ta jednak nic nowego do nauki nie wniosła.

Co się tyczy niemiarywości, powstających wskutek jednoczesnego zaburzenia różnych czynności automatycznych mięśnia sercowego (a więc w jego ino—, bathmo—, chrono—i dromotropizmie), to badania elektrokardiograficzne okazały się już dotąd w odnośnych przypadkach bardzo pożyteczne. Co się tyczy mianowicie badań nad *pulsus irregularis perpetuus*, to, według samego HÉRINGA, zdjęcia elektrokardiograficzne przyczyniły się do wyjaśnienia, że przy *pulsus irregularis perpetuus* źródłem pobudek do skurczów sercowych jest węzeł ASCHOFF-TAWARY, że niemiarywość ta powikłana jest przez skurcze dodatkowe, i że przedsionki są przy niej w stanie bezruchu, względnie w stanie trzepotania się (Flimmern). Badania doświadczalne ROTHBERGERA i WINTERBERGA dowiodły również, że przynajmniej w części przypadków *pulsus irregularis perpetuus* mamy do czynienia z trzepotaniem się przedsionków. To ostatnie daje zupełnie charakterystyczną krzywą elektrokardiograficzną (ROTHBERGER i WINTERBERG, LEWIS i in.), która ma pewne podobieństwo do tachogramu.

Co się tyczy drugiej postaci niemiarywości tętna, zależnej od skojarzenia różnych postaci zaburzeń w czynności automatycznej mięśnia sercowego, mianowicie t. zw. *tachycardia paroxysmalis*, to badał ją również za pomocą elektrokardiografu LEWIS, a mianowicie doświadczalnie i klinicznie. Wykazał on mianowicie przy tych badaniach, że każdy napad zaczyna się szeregiem skurczów dodatkowych interpolowanych; że w samym napadzie występuje szereg skurczów dodatkowych; że miewają przy tem miejsce liczne skurcze naprzemiennie serca oraz skurcze rytmu węzłowego (nodal rhythmus); stwierdził nadto przytem występowanie rozkojarze-

nia w czynności przedsionków i komór oraz trzepotanie przedsionka i wykazał, że napad *tachycardiae paroxysmalis* zależy może od wytwarzania się bodźców do powstawania skurczów serca zarówno w miejscach normalnych, jak i nienormalnych (węzeł TAWARY, pęczek HISA). Przy tych właśnie badaniach stwierdził LEWIS występowanie znalezionej poprzednio przez KAHNA charakterystycznej postaci krzywej elektrokardiograficznej dla trzepotania się przedsionków, zaznaczył nadzwyczajną nietypowość krzywej elektrokardiograficznej dla skurczów dodatkowych zwrotnych i niemożność wyłączenia współzależnego występowania normalnych skurczów przedsionkowych obok takich, które powstają w węźle TAWARY. Twierdzi on w końcu, że krzywa elektrokardiograficzna daje cenną wskazówkę co do punktów wyjścia nienormalnych skurczów serca.

Wobec olbrzymich zdobyczy sfigmograficznych, dotyczących różnych szczegółów niemiarywości tętna, elektrokardiografia, z natury rzeczy, wiele do nauki o niemiarywości tętna wnieść już nie mogła, przyczyniła się ona jednak, jak widać z powyższego, do sprawdzenia wielu faktów i do pogłębienia niektórych. Ma ona jednak tę samoistną zasługę, że umożliwia rozpoznawanie chorób samego mięśnia sercowego na zasadzie danych dotąd niedostępnych, mianowicie wynikających ze zmian w częściach składowych samej krzywej elektrokardiograficznej.

Według KRAUSA i NICOLAIEGO, obecność zębów I i F (czyli R i T) jest cechą charakterystyczną dla zdrowego serca. Jeżeli zęby te są mniejsze, dowodzi to osłabienia mięśnia sercowego bez względu na to, czy osłabienie to zależy od chwilowego jego zmęczenia, czy od trwałych zmian w nim, czy wreszcie od przebiegającego zapalenia osierdzia i t. p. Według STRUBELLA ząb T powiększa się podczas pracy mięśniowej przemijająco; przy u

zywaniu sportów powiększenie to jest stałe. Ząb ten staje się jednak mniejszym przy zmęczeniu i stanach chorobowych. HERING twierdzi również, że elektrokardjografia jest jedyną dzisiaj metodą, pozwalającą na rzeczowe rozpoznawanie niedomogi serca. Bardzo ciekawy pod tym względem przypadek ogłosił STRUBELL: młody człowiek, uważany za neurastenika, skarżył się na różne dolegliwości ze strony serca, żadne jednak ze zwykłych badań nie mogło wykryć w sercu nic nienormalnego; dopiero zdjęcie elektrokardjograficzne pokazało, że krzywa tego pacjenta miała wygląd zupełnie nietypowy.

Co się tyczy wreszcie wad sercowych, to SAMOJŁOW i STESZYŃSKAJA stwierdzili, że przy zwężeniu lewego ujścia żylnego, w okresie zupełnego wyrównania tej wady, ząb dla przedsionka (P) jest większy, niż w stanie normalnym. Przy pogorszeniu stanu chorego jednak ząb ten staje się mniejszym, aż wreszcie znika zupełnie, co dowodzi porażenia przedsionków. Naogół wielu autorów twierdzi, że dla rozpoznawania wad serca elektrokardjografia jest dotąd bez większego pożytku. Nowa jednak praca STERIOPUŁO zdaje się temu twierdzeniu zaprzeczać, głównie na zasadzie materiału, zebranego dla niedostateczności zastawek aorty oraz dla zwężenia lewego ujścia żylnego. To samo zdaje się wynikać z przemówienia prof. CYBULSKIEGO w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim w d. 1 marca r. b.

Przy rozpoznawaniu tętniaków aorty elektrokardjografia usług nie daje, gdyż, jak stwierdził PŘIBRAM, wszystkie znajduwane przytem zboczenia od normy zależą od stanu samego serca.

Wszystkie zdjęcia elektrokardjograficzne robić należy stale w pewnej określonej pozycji, gdy chodzi o cele porównawcze, ponieważ, jak twierdzi GRAU, zmiana położenia badanego osobnika odbija się na postaci krzywej.

Już z powyższego widać, że elektrokardjografia oddaje pewne dosyć ważne usługi w rozpoznawaniu czynności serca. Wolno się jednak spodziewać, że w przyszłości odnośne znaczenie krzywej elektrokardjograficznej jeszcze wzrośnie. Potrzebne jest jednak do tego głębsze ustalenie podstaw fizyologicznych krzywej elektrokardjograficznej za pomocą poszukiwań doświadczalnych (HOFFMANN, GOTEK i in.).

Pragnę tu nadto dodać, że elektrokardjografia, jako metoda kontrolująca, oddać może wielkie przysługi esofagografii oraz metodom obiektywnego zapisywania tonów serca. Ze wzajemnego dopełniania się tych metod badania rokować można znaczne postępy w dziedzinie badań nad funkcjonalną dyagnostyką serca.

LITERATURA.

1. Einthoven. Pflüg. Arch. f. d. gesamt. Phys. 1894. T. 56. Z. 10, 11, 12. Str. 528.
2. Einthoven u. Geluk. ibidem. 1894. T. 57. Str. 617.
3. Einthoven. ibidem. 1895. T. 60. Z. 3, 4. Str. 101.
4. Einthoven. ibidem. 1900. T. 79. Z. 1, 2. Str. 1.
5. Einthoven. ibidem. 1900. T. 79. Z. 1, 2. Str. 26.
6. Einthoven u. de Lint. ibidem. 1900. T. 80. Z. 3, 4, 5. Str. 139.
7. Einthoven. Annalen der Physik. 1903. T. 12. Ser. 4. Str. 1059.
8. Einthoven. Pflüg. Arch. 1903. T. 99. Z. 9, 10.
9. Einthoven, Flohil u. Battär. ibidem. 1907. T. 117. Str. 461.
10. Einthoven, Wieringa u. Snyders. ibidem. 1907. T. 120. str. 31.
11. Einthoven. Versamml. deut. Naturforsch. u. Aerzte zu Köln. 1908. Cyt. podług Münch. med. Woch. 1908. Str. 2354.
12. Einthoven. Pflüg. Arch. 1909. T. 130. Z. 5, 6. Str. 287.
13. Eppinger H. u. Rothberger C. J. Wien. klin. Woch., 1909. Nr. 31.

14. G o t e k F. The Heart, 1910, Vol. 1, Nr. 3, p. 235.
15. G r a u. Zeit. f. klin. Med., 1909, B. 69. H. 3—4.
16. H e r i n g H. E. Deut. Arch. f. klin. Med. 1908, B. 94. H. 1—2, p. 205.
17. H e r i n g H. E. Deut. med. Woch., 1909, Nr. 1.
18. H e r i n g H. E. Verh. des 26 Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden, 1909, p. 612.
19. H e r i n g H. E. Münch. med. Woch. 1909, Nr. 48, p. 2483.
20. H e r i n g H. E. Zeit. f. exper. Path. u. Ther., 1910, B. 7, p. 363.
21. H e u b n e r O. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1908, B. 7. Nr. 1.
22. H o f f m a n n A. Vers. deut. Naturf. u. Aerzte zu Köln, 1908. Cyt. według Münch. med. Woch., 1908, p. 2355.
23. H o f f m a n n A. Verhandl. des 26 Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden, 1909, p. 614.
24. H o f f m a n n A. Münch. med. Woch., 1909, Nr. 44, p. 2259.
25. K a h n R. H. Arch. f. die ges. Physiol., 1909, B. 126, p. 197.
26. K a h n R. H. Arch. f. die ges. Physiol., 1909, B. 129, p. 291.
27. K a h n R. H. Arch. f. die ges. Physiol., 1909, B. 129, p. 379.
28. K r a u s Fr. Versam. deut. Naturf. u. Aerzte zu Köln, 1908. Cytow. według Münch. med. Woch. 1908, p. 2355.
29. K r a u s Fr. u. Nicolai. Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 25 i 26.
30. L e w i s Th. The Heart, 1909, Vol. 1, Nr. 2, p. 98.
31. L e w i s Th. The Heart, 1910, Vol. 1, Nr. 3, p. 262.
32. N i c o l a i. Vers. deut. Naturf. u. Aerzte zu Köln, 1908. Cytow. według Münch. med. Woch., 1908, p. 2356.
33. N i c o l a i i P l e s c h. Deut. med. Woch., 1909, Nr. 51.
34. P ř i b r a m. Ver. deut. Aerzte in Prag, 1909. Cytow. według Münch. med. Woch., 1909, p. 786.
35. R o t h b e r g e r. Wien. klin. Woch., 1909, Nr. 13.
36. R o t h b e r g e r i W i n t e r b e r g. Wien. klin. Woch., 1909, Nr. 24.

37. R o t h b e r g e r i W i n t e r b e r g. Wien. klin. Woch., 1909, Nr. 51.
38. S a m o j ł o w i S t e s z y n s k a j a. Münch. med. Woch., 1909, Nr. 38.
39. S t e r i o p u l o S. Zeit. f. exp. Path. und Ther., 1910, B. 7, p. 467.
40. S t r u b e l l A. Deut. med. Woch., 1908, Nr. 42 i 43.
41. S t r u b e l l A. Zur Klinik des Elektrokardiogramms. 26 Kongr. f. inn. Med. 1909, p. 623.
42. V a q u e z, C l e r c e t E s m e i n. Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 17/XII. 1909.
43. W a n d e l. Vers. deut. Naturf. u. Aerzte zu Köln, 1908. Cytow. według Münch. med. Woch. 1908, p. 2356.

Padaczka i stany pokrewne.

Napisał

L. E. Bregman.

Ordynator szpitala na Czystem.

Referat wygłoszony na Zjeździe neurologów w Warszawie dnia 12/X 1909 roku.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 10).

Gdy dodam jeszcze, że **BESTA** znalazł w surowicy zmniejszenie fibryny, co ma powodować obniżenie ciepłoty (i następnie drgawki), że **TODDE** stwierdził hemolizę krążków czerwonych (nie tylko w padaczce, ale i w histeryi), że **MORSELLI** i **PASTOE** stwierdzili, zmniejszenie liczby komórek eozynofilowych przed napadem, a zwiększenie w okresie międzynaпадowym i przypisują to działaniu chemotaktycznemu toksyn epileptycznych, że **J. H. SCHULTZ** znalazł zmniejszenie liczby białych ciałek krwi po każdym napadzie, i że wreszcie **BRA** odkrył specyficzny *neurococcus*, wywołujący epilepsyę — to przekonamy się z tego wszystkiego, jak rozmaite, mgliste i sprzeczne są wyniki badaczy i jak małą korzyść przyniosły dotąd w wyświetleniu istotnych przyczyn padaczki.

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

LECYTYNY

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

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

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

Doza dla dorosłych: od 1—4 pigulek dziennie.

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

c. ol- amygdalar. alcohole preparatum.

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

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

Flakon 225,0 cena Rb. 1.

Próby na żądanie gratis i franco.

$C^{15} H^{26} O$ — Santalol
 $C^6 H^{12} Az^4$ — Hexasametylène — Tétramine
 (Syn.: Urotropine — Formine)
 $C^{13} H^{10} O^3$ — Salol

Eumictine

WSKAZANIA:

BLENORAGIA, ZAPALENIE PĘCHERZA, NEREK, PYELITIS
 PYELO-NEPHRITIS, PYURIA, BAKTERIURIA, FOSFATURIA
 AMMONIURIA, KAMIENIE NERKOWE, etc. etc.

Środek przeciwrzeżączkowy pierwszorzędny, dzięki Santalolowi (pierwiastek działający essencyi Santalowej), środek moczopędny, bói kojący, rozpuszczający kwas moczowy etc. dzięki Hexametylen — tetraminie, posiadającej swoiste działanie.

Środek antyseptyczny etc., dzięki Salolowi, którego działanie na drogi moczowe zostało dowiedzione.

Teza doktorska (Paryż 1907): „*Traitement de la Blennorrhagie, l'Eumictine*”

D-r Jean Cremier, ancien interne de Saint Lazare.

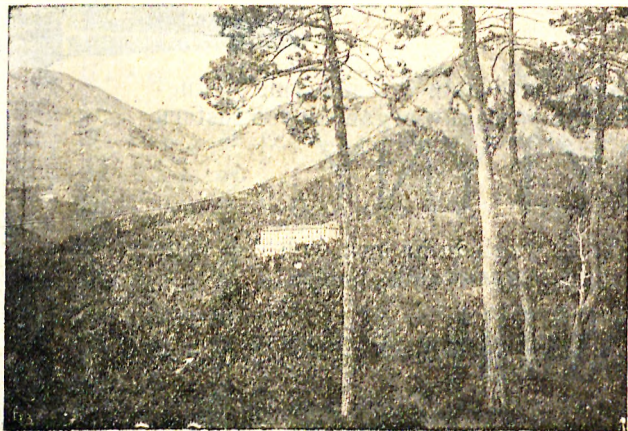
Leczenie radykalne, które dzięki specjalnemu przygotowaniu odbywa się bezpośrednio w kiszkaach.

Dawka: 8 do 12 kapsulek podczas jedzenia.

Próby i Literaturę: **PHARMACIE LANCOSME, 71, Avenue d'Antin, Paris (8e)**

DETALICZNIE WE WSZYSTKICH APTEKACH.





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

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

Hemogen Magistra Klawe

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

Hemorin Magistra Klawe

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

MACZKA
NESTLÉ
MLECZNA

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

Extractum **NANNING**
Chinae

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.“

Jeneralni 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

W ostatnich czasach zwrócono także uwagę na gruczoły o wydzielinie wewnętrznej. Tu znowu punktem wyjścia była eklampsja ciężarnych. VESSALE wywoływał doświadczalnie eklampsję przedporodową, wycinając sukcom gruczoł przytarczyczny. Przez podawanie gruczołu udawało się sukę od śmierci uratować. Wyniki te potwierdzone zostały przez zmiany anatomiczne, znajduwane w gruczołach przytarczycznych u kobiet ciężarnych, oraz przez pomyślne skutki, osiągnięte w eklampsji przez podawanie paratyreoidy (PEPERA, STRADIVARI, ZANTRAGINI).

W padaczce samoistnej zwrócono uwagę na gruczoły tarczowy i płciowe (PARIS). W tym względzie podkreślono częste występowanie padaczki w okresie dojrzewania płciowego i ujemny wpływ, jaki ma ciąża na przebieg padaczki. CURSCHMANN i REDLICH spostrzegali przypadki, w których napady powracały stale w czasie ciąży. BORSOS spostrzegł powiększenie gruczołów tarczowych po każdym napadzie. FROEHNE i HOPPE podają pomyślne wyniki, otrzymane w padaczce przy stosowaniu tyreoidyny, przypisując je zresztą powiększeniu azotowej przemiany materii i wydzielania azotu. Napady padaczkowe spostrzegano w pojedynczych przypadkach akromegalii (ROUBINOWITSCH, SHANAHAN), a w tężyczce nie są one objawem rzadkim.

Systematyczne badanie gruczołów o wydzielinie wewnętrznej przeprowadzili CLAUDE i SCHMÖRGELD. Prawie we wszystkich przypadkach znalazły się zmiany w gruczole tarczowym—powiększenie gruczołu, powiększenie ilości substancji koloidalnej, stan podrażnienia nabłonka, przerost tkanki łącznej, zmieniony odczyn histochemiczny. W gruczołach przytarczycznych niektóre części były zanikłe, nekrotyczne, stłuszczone. W przysadce, nadnerczach, jajnikach zmiany były nie stale.

Wreszcie OEHLMACHER kładzie główny nacisk na zachowanie — nieznikanie — grasicy (*Status thymicus*). W wielu przypadkach w związku z tem stwierdzić można, zwł. u osób młodszych, przerost gruczołów limfatycznych i migdałków, zwięźnienie naczyń krwionośnych. Jak widzimy, dane te są jeszcze tak skąpe i tak mało umotywowane, że dla patogenetyki padaczki zużytkowane być nie mogą.

Ważniejsze wyniki zawdzięczamy badaniom anatomicznym (ALZHERMER, CHASLIN, BLEULER, BLOC i MARINESCO, BUCHHOLTZ, TEDeschi, CLAUS i Van der STRICHT, TURNER, STARR, v. GIESON, de BUCK, WEBER, RONCORONI, JOLLY, ROSENSTEIN i LJUBIMOFF, MARCHAND, ESPOSITO, WORCESTER, KÜHLMAN, BRATZ i inni). BINSWANGER, zwolennik czynnościowego pochodzenia padaczki, zmuszony jest przyznać, że choroba ta ma już teraz swą anatomję patologiczną. CLAUS i Van der STRICHT, REDLICH twierdzą, że, badając mózg epileptyków, otrzymują zawsze wyniki dodatnie. Zmiany anatomiczne znajduje się bynajmniej nie tylko w przypadkach bardziej posuniętych z ostepieniem umysłowem, ale i w przypadkach świeższych przy zachowanej inteligencji (TURNER). Według opisu autorów, przedstawiają się zmiany w korze, jak następuje:

Zanik komórek korowych, zwłaszcza w warstwie powierzchniowej (komórek małych), ale i w głębszych. Komórki są zmniejszone, wypustki mają niekiedy wygląd korkociągowej (REDLICH), liczba komórek ograniczona, komórki olbrzymie BEITZA niezmiennione. Niektóre komórki wykazują zmiany świeże i są nabrzmięte; ciała NISSLA rozpadają się lub spływają się w jedną obłoczkową masę, wyrostki giną, jądra pęcznieją, ciała jądrowe zmniejszają się, nabierają kształtu nieprawidłowego, później następuje zanik substancji chromatynowej, wakuolizacja komórek i wreszcie zanik (de BUCK). Włókna nerwowe

ulegają zanikowi, zwłaszcza w warstwie zewnętrznej poziomej (Tangentialfasern).

W następstwie tych zmian pierwotnych pierwiastków nerwowych zachodzą zmiany wtórne przerostowe w gleju. Warstwa powierzchniowa grubieje (0,2 mm. zamiast 0,003—0,03 Randgliose), włókna gleju grubsze, niż normalnie, tworzą gęsty filc i idą dalej w głąb. Jądra gleju, zgromadzone w kupkach, przedstawiają zmiany wsteczne — sfluszczenie, zanik jądra — karyokinezę lub przerost. W substancji rdzeniowej zmiany są mniejsze, siatka gleju nieco gęstsza, tu i owdzie komórki pajęczynowe. ALZHEIMER uważa za znamienne dla padaczki, że nowy glej nie bywa nigdy nieprawidłowy, lecz układa się stosownie do normalnej architektoniki kory. Tego rodzaju przerost znajduje się tylko w padaczce, we wszystkich innych postaciach — paraliżu postępującym, otępieniu starczym, sklerozie okołonaczyniowej, przewlekłym alkoholizmie, katatonii, sklerozie mózgu guzowatej (*tuberosa*) — przerost jest nieprawidłowy, włókna i komórki tworzą gęsty splatany filc, budowa kory jest całkiem zamazana. Według WILBERA jednak stosuje się to tylko do padaczki wczesnej, gdy natomiast w padaczce wieku późniejszego przerost gleju nie jest bynajmniej prawidłowy i zasłania architektonikę kory.

Makroskopowo powierzchnia kory może być niezmieniona, ale często bywa nierówna, guzowata. MARCHAND znajdował we wszystkich swych przypadkach zrośnięcie opony miękkiej z mózgiem, bądź widoczne gołem okiem, bądź tylko drobnowidzowo.

Zmiany te znajdują się w większości przypadków. W przypadkach cięższych dawniejszych — zawsze w lżejszych i świeższych są one często mniej wyraźne. Jeśli chory przed śmiercią miał liczne napady lub zmarł w stanie epileptycznym, to nie brak nigdy objawów świeżego zachorowania komórek

nerwowych, rozpadu drobnych osi cylindrowych, figur karyokinetycznych w komórkach glejowych, naładowanych produktami rozkładu. W wielu razach znajduje się t. zw. Trabanzellen, które przenikają do komórek nerwowych (*Phagocytose*), a pochodzą najczęściej z komórek glejowych, rzadziej z limfocytów. WADA i MORINGASU stwierdzili także zanik włókienek nerwowych (Neurofibrillen).

Naczynia często są rozszerzone, ściany ich lekko zgrubiałe, w otoczkach limfatycznych znajdują się komórki tuczne (Mastzellen), nagromadzenie jąder, gleju i limfocyty.

Sprawa ma charakter postępujący (de Buck), zanik komórek i włókien nerwowych oraz przerost gleju posuwa się od powierzchni ku głąbi. Co się tyczy rozprzestrzenienia się jej na powierzchni kory, to w niektórych przypadkach jest ona bardzo rozległa, w innych bardziej ograniczona. W niektórych przypadkach zmiany znajdują się tylko na jednej półkuli, wtedy i objawy kliniczne mają zwykle charakter jednostronny (WEBER).

Pod względem tłumaczenia tych zmian autorzy wypowiadają poglądy bardzo sprzeczne. CHASLIN, który je pierwszy opisał (1889—1891) p. n. *sclérose névroglique* uważa przerost gleju za pierwotny, zanik pierwiastków nerwowych za wtórny. Sprawa jest zbliżona do gliomatozy, należy do zбочeń rozwojowych. BUCHHOLZ zalicza je również do zaburzeń rozwojowych, datujących się b. m. od okresu zarodkowego. Natomiast ALZHEIMER, badacz bardzo kompetentny w tej sprawie, nazywa pierwotnym zanik elementów nerwowych, wtórnym przerost gleju. Większość autorów oświadcza się przeciw sprawie zapalnej. Jedynie AUERBACH sprowadza padaczkę do seryi drobnych ognisk zapalnych mózgowia (*Encephalitis*). MARCHAND także obwinia zapalenie opon we wczesnym dzieciństwie, które powodować ma zrośnięcie opon z powierzchnią mózgu.

CHASLIN i ALZHEIMER widzą w zmianach tych istotną przyczynę padaczki. FREUD sądzi, że są one podstawą „zmiany epileptycznej” (*epileptische Veränderung*), i że dzięki im padaczka staje się stałą, niezależną od przyczyn, wywołujących pojedyncze napady (*Stabilwerden der Epilepsie*). BLEULER przypisuje zmianom w korze ośpienie epileptyczne, temu przeczą jednak badania innych autorów, które dowodzą istnienia ich w przypadkach z zachowaniem władz umysłowych (JOLLY, BINSWANGER, BLOCQ i MARINESCO), przypuszczają, że zmiany histologiczne rozwijają się wtórnie w następstwie napadów. REDLICH również sądzi, że każdy napad prowadzi za sobą zwyrodnienie i zanik pojedynczych komórek, a dopiero w następstwie powtarzających się napadów wytwarzają się rozległe zmiany w korze, które powyżej opisałem. Zmiany ostre, świeże, o których wspomniałem, dotyczą głównie przypadków, które zakończyły się śmiercią w stanie epileptycznym. Jednakże zmiany te znalazły się także w przypadku, w którym śmierć nastąpiła już w samym początku stanu epileptycznego (wskutek uduszenia się), co dowodzi, że nie są one następne, lecz raczej są tłem anatomicznym, na którym rozwija się stan epileptyczny.

Oprócz zmian histologicznych w korze, przy których powierzchnia mózgu może być niezmienną lub nierówną, znajduje się w padaczkę samoistnej dosyć często różne zmiany makroskopowe. Pomijam torbiele, wodogłowie, porencefalie, mikrogyrie, sklerozę mózgu zrazową (*lobaris*) lub guzowatą (*tuberosa*), zboczenia, które wskazują na przebyta we wczesnym dzieciństwie lub w życiu zarodkowym sprawę zapalną lub naczyniową. Zboczenia te znajdujemy najczęściej w przypadkach padaczki, powikłanej idiotyzmem i porażeniem dziecięcym, a względnie rzadko w przypadkach napozór samoistnych. W kilku przypadkach padaczki samoistnej ALZHEI-

MER znalazł zmiany, które opisuje, jako sklerozę atroficzną. Wszystkie warstwy uległy mniej lub więcej zanikowi, najbardziej warstwa 3-cia. Neuroglia w stanie przerostu. W substancji rdzeniowej komórki tłuszczonośne (*Fettkörnchenzellen*), powstałe z komórek glejowych. Makroskopowo oddzielne zawoje lub cała półkula zanikła i twarda. Sprawa nie ma stosunku do unaczynienia mózgu.

Bardzo częste są zmiany w rogu Ammona (opisane poraz pierwszy już w r. 1825 przez BOUCHETA i CAZANVIEHLA). ALZHEIMER znajduje je w 50—60% przypadków padaczki samoistnej i uważa za znamienne dla tej postaci (to samo WORCESTER, BRATZ, TURNER). Skleroza rogu Ammona bywa zwykle jednostronna, rzadko obustronna. Lewa strona ma być częściej dotknięta (TURNER, FISCHER).

W przypadkach z objawami jednostronnymi BRATZ i LEUBUSCHER znajdowali sklerozę po stronie przeciwległej. Makroskopowo — róg jest zmniejszony, twardy. Sąsiednie części zwoju Hipokampa są często również zmienione, pod drobnowidzem znajdujemy zanik komórek i włókien, niekiedy „Trabantzellen” wokół komórek nerwowych i neuronofagie, wreszcie przerost gleju. Rzadkie jest rozmiękczenie rogu Ammona (SOMMER, HAJOS, HÜLLMANN).

Zmiany w rogu Ammona w niektórych przypadkach są częścią sprawy rozlanej, rozprzestrzeniającej się na inne części mózgowia — korę półkul, zwłaszcza zrazu potylicznego, mózdzek, pień mózgowy — (MEYNERT, WERNICKE, FÉRÉ, FISCHER, ROBERTSON, ROSENSTEIN i LJUBIMOFF, ALZHEIMER, ORLOW, TURNER). W niektórych razach jest ona zboczeniem odosobnionem (WORCESTER, HEBOLD). Poglądy na tę sprawę są tak samo rozbieżne, jak na zanik i gliozę kory. TURNER przyjmuje pierwotną sprawę naczyniową, BRATZ, NERANDER zaburzenia rozwojowe,

WEBER zбочenie wrodzone, HAJOS sprawę zapalną, HEBOLD sprawę pokrewną z porażeniem dziecięcym mózgu, ALZHEIMER objawy zwyrodnienia epileptycznego. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, jest to sprawa podobna do opisaney powyżej sprawy korowej. Umiejscowienie jej jest ciemne, zagadkowe niemal, tembardziej, że i znaczenie fizyologiczne tej okolicy jest jeszcze niezbadane. Tem niemniej jednak jest niewątpliwem, że w padaczce samoistnej jest ona najczęstszem siedliskiem zmian anatomicznych.

W końcu wspomnę jeszcze o teorii TURNERA, która wykazuje dowodnie, jakie trudności się napotyka, chcąc wytłomaczyć patogenezę padaczki. Zmiany w korze powstają według niej wskutek niedostatecznego dowozu krwi i odżywiania, spowodowanych zatkaniem naczyń przez zakrzepy szkliste (hialinowe) jednorodne (homogen) lub złożone z płytek krwi. Znajduje się je w 90 — 100% przypadków w następstwie nienormalnej krzepliwości krwi. Napady padaczkowe powstają przez nagłe zatrzymanie się prądu krwi w pewnej części kory. Postać napadu jest zależna od siedliska zakrzepu. Oprócz tego jednak T. przyjmuje jeszcze w 70% przypadków drugą przyczynę — zбочenia rozwojowe mózgu, które się wyrażają niezwykłą postacią (axonalcharakter) komórek, pozostawianiem komórek w substancji białej.

Szanowni Panowie! Z tego, co powiedziałem widać, że dla wytłomaczenia powstawania padaczki podano szereg faktów chemicznych i anatomicznych. Zaburzenia przemiany materii, znajduwane w tej chorobie, są bardzo rozmaite. Aczkolwiek odgrywają one niewątpliwie ważną rolę w patologii padaczki, trudno z nich wyciągnąć jakąkolwiek jednolitą teorię patogenetyczną. Przytem większość autorów, przyznając istnienie zaburzeń przemiany materii, zarazem nie uważa ich za wystarczające i przyjmuje jeszcze

coś nad to, wrodzone lub nabyte usposobienie ośrodków nerwowych. Badania anatomiczne dowiodły, że w większości przypadków mózg przedstawia zmiany wybitne i znamienne dla naszej choroby. Aczkolwiek stosunek tych zmian do napadów nie jest jeszcze całkowicie ustalony, możemy jednak twierdzić z pewnością, że są one podłożem (substrat) anatomicznem sprawy, która klinicznie przedstawia się jako samoistna padaczka, wyrazem anatomicznym powtarzających się napadów padaczkowych i innych, towarzyszących im zaburzeń, ewentualnie następczego otępienia umysłowego.

Fakty kliniczne dowodzą również, że padaczka samoistna w wielu razach polega na zmianach organicznych w mózgu. Pomijam przypadki porażenia dziecięcego, w których porażenie ustąpiło tak dalece, że nie pozostawiło prawie żadnych śladów, a towarzysząca mu pierwotnie padaczka ma wszystkie pozory samoistnej, tu bowiem wywiady wskazują istotny stan rzeczy. Są jednak, jak wykazał REDLICH, przypadki, które klinicznie rozwijają się zupełnie, jak padaczka samoistna, a w których dokładne badanie wykazuje objawy upośledzenia jednej półkuli mózgowej — lekki niedowład, nieznaczną różnicę odruchów, powiększenie ścięgowych i zmniejszenie skórnych na stronie dotkniętej, asymetrię twarzy i t. d. Objawy te występują niekiedy tylko jako objawy wyczerpania po napadach, często jednak jako objawy stałe międzynapadowe. BRATZ i LEUBUSCHER (na olbrzymim materyale zakładu Wuhlgarten), NEGRO, BASTA, po części i BINSWANGER potwierdzili spostrzeżenia REDLICHA. Objawy hemiparetyczne, jak zaznaczają BRATZ i LEUBUSCHER są bardzo nieznaczne, niestałe i często dają się wykryć dopiero przy dłuższej obserwacji. NEGRO i BASTA notują objawy oczne — zbiór objawów BERNARDA - HÖRNERA (zmniejszenie źrenicy i szpary ocznej, *enophthalmus*) lub zmniejsze-

nie źrenicy wraz ze zwiększeniem szpary. HEILBRONNER zwraca uwagę na zaburzenia mowy po napadach. Zaburzenia te, najczęściej w postaci afazy amnestycznej, tłumaczą się tem, że napad rozgrywa się głównie w okolicy ośrodków mowy. Początkowy krzyk spostrzega się najczęściej w tych przypadkach, gdzie objawy wskazują upośledzenie lewej półkuli.

Oprócz tych objawów ponapadowych i międzynaapadowych napad może być, o czym już wspomniałem, podobny do padaczki JACKSONA, pochodzenia organicznego. Drgawki rozprzestrzeniają się w porządku, wskazanym przez położenie ośrodków na korze, napad przebiega bez utraty przytomności, przytem występuje seryami lub jako stan epileptyczny (*status hemiepilepticus idiopathicus* L. MÜLLERA). Przed paru laty spostrzegłem coś podobnego

u młodego człowieka: napad zaczynał się od obrotu głowy na prawą stronę, potem drgawki w prawej połowie twarzy, szyi i prawej kończynie górnej; napady te powtarzały się bezustannie z przerwami, wynoszącymi zaledwie parę minut, stan taki trwał prawie całą dobę. Często aura już ma charakter wybitnie hemiplegiczny (drgawki połowiczne, zaburzenia przedmiotowe czucia, objawy ze strony zmysłów). BRATZ notuje w jednym przypadku w początku napadu obrócenie się gałek ocznych na lewo, po napadzie gałki zbaczały na prawo (objaw wyczerpania). Wreszcie, jako dowód pośredni, REDLICH podaje częstość mańkuctwa u epileptyków ($17\frac{1}{2}\%$, zamiast 1—4%, normalnie) i sądzi, że przynajmniej w części tych przypadków jest ono następstwem upośledzenia lewej półkuli (prawej połowy ciała). (D n.).

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

Medycyna wewnętrzna

46. T. Sato. W sprawie rozpoznawania gruźlicy przez podawanie wewnętrzne tuberkuliny.

Autor rozpoczął swe próby podawania wewnętrznego tuberkuliny w celach rozpoznawczych niezależnie od FREYMUTHA, który w r. 1905 polecał podobny sposób postępowania.

Chorym mierzy się ciepłotę w ciągu dni kilku cztery razy dziennie. Między godziną 4 i 5-ą po południu chorzy na pusty względnie żołądek dostawali 1 mg. starej tuberkuliny w żelatynowej kapsułce. Po upływie 15 — 20 godzin zwykły zjawiać się odczyn w postaci podniesienia ciepłoty, przenoszącego $\frac{1}{2}$ stopnia. O ile odczyn po pierwszej dawce nie występuje, daje się choremu po 3 dniach 3 mg., następnie 5 mg. i dochodzi się do 10 mg. (z tablic widać, że autor dawał co trzeci dzień

Ref.). Brak odczynu po tej ostatniej dawce autor uważa za wynik ujemny. U ludzi zdrowych ciepłota podnosiła się niekiedy o 0,3', chorzy zaś nie doznawali nic szczególnego. Na 11 chorych gruźliczych 9 razy otrzymano wynik dodatni. Zestawienie wyników tej metody z wynikami zastrzykiwania tuberkuliny u jednego chorego wykazywało zupełną równoległość oddziaływania. Chorzy reagujący mieli wrażenie, jak gdyby się przeziębili. Działania ubocznego autor nie zauważył.

(Brauers Beitr. zur Klin. der Tub. t. 14 z. 1).

M. Gantz.

Choroby dzieci.

47. A. Uffenheimer. Dlaczego surowica Behringa zawodzi w niektórych przypadkach?

Autor jest gorącym zwolennikiem surowicy BEHRINGA, nie waha się jednak przyznać,

że i dziś nasuwają się pewne skrupuły, nie pozwalające sprawę skuteczności tego środka uważać za ostatecznie rozstrzygniętą.

Najobszerniejsze i najdokładniejsze statystyki, jakie zjawily się już w stuleciu bieżącym, wykazują znaczne różnice.

WIELAND na mocy statystyki szpitali szwajcarskich przypisuje surowicy działanie nie lecznicze, lecz ochronne i zaleca ją „w przypadkach słabo toksycznych o lekkim przebiegu, które dawniej prowadziły do dławca zstępującego i kończyły się śmiercią”. FABER, zbadawszy materiał szpitalny w Danii, dochodzi do wniosku wręcz przeciwnego, że surowica działa właśnie antytoksycznie, i że wczesne wstrzyknięcie jej nie zmniejsza niebezpieczeństwa ze strony dławca. ERÖSS, opierając się na materiale, zebranym z 35-ciu miast na Węgrzech, utrzymuje, że *genius epidemicus* jest w okresie łagodnienia (jeszcze z czasów przedsurowicznych), i że wartość omawianego środka nie daje się dowieść cyframi. Do tego samego poglądu skłania się W. FEILCHENFELD na mocy materiału, zebranego w Niemczech. Sam autor, rozporządzając materiałem odnośnym z całego miasta i kliniki dziecięcej w Monachium, przekonał się, że liczba przypadków błonicy stale zmniejsza się, i że stosunek ilościowy śmiertelności do zachorowań nie uległ znacznej zmianie.

Większą wartość mogłoby mieć porównanie (na większym materiale) przebiegu choroby u osobników leczonych i nieleczonych surowicą. Tego rodzaju spostrzeżenia robiono tylko w Blegdamshospital w Kopenhadze, gdzie w ciągu całego roku jednego dnia wszystkim świeżo przyjętym dzieciom z błonicą zastrzykiwano surowicę i leczono je przez cały czas tym środkiem, drugiego zaś dnia wszystkich nowoprzybyłych leczono bez surowicy. Wyniki, otrzymane tą drogą, ogłoszone przez FIBIGERA, wykazują znacznie mniejszą odsetkę śmiertelności u dzieci, leczonych (w porównaniu z nieleczonymi) surowicą w przypadkach błonicy bez dławca i jeszcze mniejszą w przypadkach dławca. Zastanawiając się nad pytaniem, dlaczego surowica nie we wszystkich przypadkach daje wyniki pożądanego, autor wspomina o przypadkach TRUMPPA, SCHÖN-LADNIEWSKIEGO i PFAUNDL-

RA. Dwaj pierwsi przypisywali nieskuteczność surowicy zmniejszeniu się z czasem zawartości antytoksyn w preparacie nieświeżym, wszelako tego rodzaju strata, zdaniem KRAUSA, nie wynosi nigdy więcej, niż 100 jednostek antytoksycznych w 1 cent. sz.

PFAUNDLER przekonał się (w klinice uniwersyteckiej w Monachium), że surowica może okazać się nieskuteczną we wszelkich postaciach błonicy, najczęściej atoli u dzieci, dotkniętych płonicą lub odrą (jużto przed wystąpieniem błonicy, jużto jednocześnie, jużto w przebiegu tejże), a nawet wśród przypadków tej kategorii zdarzało się, że błonica gardzieli, z początku umiejscowiona i zawczasu leczona surowicą, rozprzestrzeniała się na krtań i oskrzela. Podobne wyniki podał ostatnio von SZONTAGH.

Autor postanowił sprawdzić doświadczalnie przyczynę tych wszystkich ujemnych wyników, tembardziej, że zarówno on, jak i MORO wykazali, iż w chorobach infekcyjnych zawartość dopełniacza w organizmie ludzkim podlega wahaniom, po iniekcji zaś surowicy MORO spostrzegł nieraz umiarkowane zwiększenie się dopełniacza. Chcąc zatem przekonać się, czy na skuteczność surowicy nie ma wpływu stosunek antytoksyny do zawartości dopełniacza (Komplementbestand) w ustroju, autor wykonał szereg odnośnych doświadczeń, których opis zajmuje większą część omawianego artykułu i nie nadaje się do streszczenia. Zaznaczymy tedy ostateczny wynik: „zawartość dopełniacza w organizmie nie pozostaje w żadnym związku z działaniem leczniczym surowicy antytoksycznej, wprowadzonej dla przeciwdziałania zatruciu ustroju jadem błoniczym”.

Nie mogąc tą drogą wytłumaczyć sobie nieskuteczność surowicy, UFFENHEIMER zadaje sobie pytanie, czy z biegiem lat skład toksyn, wytwarzanych przez t. zw. „Park Williams Baullus Nr. 8” (laseczn. wyodrębniony w r. 1894 w Ameryce i niemal wszędzie używany do otrzymania najsilniejszych toksyn dyfterytycznych) nie uległ zmianie? Należałoby więc hodować i badać laseczniki błonice z tych pacjentów, u których surowica zawiodła, wypróbować działanie będących w obiegu surowic na toksyny tych szczepów i porów-

nać z odpowiednimi wytworami rzeczonoego lasecznika. W końcu autor uznaje potrzebę dalszych prób dla rozstrzygnięcia kwestyi spornej, czy wartość lecznicza surowicy jest proporcjonalna do ilości zawartych w niej antytoksyn (EHRlich i jego szkoła), czy też zależy od złośliwości (Avidität) i siły tychże (ROUX, KRAUS i t. p.).

(Münch. Med. Woch. 1909 Nr. 12).

B. Polikier.

48. Klimenko W. N. O pochodzeniu koklusz. Koklusz doświadczalny.

Autorowi udało się na 76 przypadków koklusz w 5 świeżych wyodrębnić pałeczki BORDET i GENGOU; u 31 dzieci z ostrym katarzem gardła, influenżą i zapaleniem oskrzeli, jak również u 50 dzieci, znajdujących się przy piersi, pałeczek autor nie znalazł. Co się tyczy budowy i biologii wspomnianych pałeczek, przychodzi on do tych samych wniosków, do jakich przyszli i ich odkrywcy. Autor zaraził kokluszem 7 małych i 48 młodych psów; u połowy tych zwierząt wystąpił koklusz dzięki zainfekowaniu dróg oddechowych, u drugiej połowy dzięki obcowaniu i ciągłemu współżyciu z pierwszą połową. Bakteryologiczne badanie wydzieliny oskrzelowej wykazało obecność wspomnianych pałeczek; w innych przypadkach z wydzieliny oskrzelowej i z płuc po sekcji udało się wyhodować powyższe pałeczki. Surowica krwi dwu psów w piątym tygodniu okresu kataralnego, jak również dzieci, które przebyły koklusz, dała odczyn BORDET-GENGOU z wynikiem dodatnim. Autor wyciąga wniosek, że pałeczki BORDET-GENGOU są bez wątpienia specyficznym zarazkiem koklusz.

(Centralbl. f. Bakt. Bd. 48. S. 64).

49. Georg Arnheim. O badaniach nad kokluszem.

Dawniej autor uważał pałeczki, wykryte przez CZAPLEWSKIEGO, za zarazek, wywołujący koklusz. Obecnie zaś przyszedł do wniosku, że koklusz wywołują pałeczki BORDET i GENGOU. Znajdują się one w wczesnym okresie chorobowym we krwi i podlegają zjawiskom agglutynacji wobec surowicy chorych na koklusz w rozcieńczeniu 1 : 50, 1 : 100.

Następnie badał autor mózgi dzieci chorych na koklusz, jak również mózgi zwierząt, które zostały poddane zakażeniu pałeczkami BORDET-GENGOU. We wszystkich tych przypadkach znajdował on silny obrzęk opon mózgowych, jak również wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne; przytem obserwował równomierne przekrwienie opon. Pod drobnowidzem komórki opon okazały się nacieczonymi i zgrubiałymi przy obecności komórek o charakterze limfocytów. W komórkach zwojowych nie dało się zauważyć żadnych znaczących zmian. Autor przypuszcza, że objawy nerwowe w koklusz tylko bardzo rzadko występują na skutek większych wylewów krwi, częściej natomiast wskutek wpływów toksycznych.

(Arch. f. Kinderheilk. Bd. 50, S. 296).

50. A. Patini. Patogeneza zmian na zębach w przymiocie dziedzicznym.

W miejscach, gdzie miały powstać zęby, udało się autorowi u oseska z przymiotem dziedzicznym wykazać obecność *spirochaete pallida*. Przytem u podstawy brodawki zębowej spirochety znajdowały się w bardzo skąpej liczbie; najobficiej natomiast występowały one w bliskości odontoblastów u wierzchołka brodawki; następstwem tego jest niedorozwój zębiny, co znowu pociąga za sobą niedorozwój zębów, zmiany w budowie i podziale elementów komórkowych, a wreszcie zmiany w wierzchołku brodawki wskutek obecności *spirochaeta pallida*. A że *spirochaete pallida* rzeczywiście powoduje przymiot, o tem świadczy obecność ich w zarodki zębowej, gdyż zmian w zębach w przymiocie dziedzicznym nie należy uważać jako rezultat zmian odżywczych w następstwie zakażenia, lecz jako rezultat bezpośredniego działania za rzaka chorobowego.

(La stomatologia, Vol. 7. Novembre 1908).

51. Wechselmann. O przymiocie i reakcyi Wassermanna.

U pięciorga dzieci, matek, które po zapłodnieniu dostały przymiotu, reakcyja WASSERMANNA wypadła dodatnio. W tych przypadkach autor radzi uważać dzieci takie za

obarczone przymiotem, nawet gdyby objawów klinicznych i zmian anatomicznych w chwili badania nie posiadały, gdyż, jeśli reakcja WASSERMANNA wypada dodatnio, prędzej, czy później należy oczekiwać wystąpienia objawów przymiotu.

(Deut. med. Woch. Nr. 15. S. 665 1909).

52. **V. Guttman. O leczeniu tonsillitis lacunaris za pomocą pyocyjanazy.**

Autor stosował pyocyjanazę w 23 przypadkach w wieku od 5-go do 30-go roku ży-

cia. Naloty w 17-tu przypadkach zginęły na drugi dzień. W jednym tylko przypadku wyniku dodatniego nie było zapewne wskutek tego, że sprawa chorobowa była zbyt daleko posunięta. Pyocyjanaza była stosowana tylko raz dziennie. Stosowanie środka tego nie pociągało za sobą skutków nieprzyjemnych. Autor zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

(Wien. med. Woch. 1909, Nr. 25).

Tadeusz Kon.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 stycznia 1910 roku.

Anastazy LANDAU demonstrował przypadek rozsianego zapalenia nerwów, ograniczonego do prawej kończyny dolnej, dotyczący 48 letniego mężczyzny, który zachorował na parę tygodni przed zapisaniem się do szpitala. Chory skarżył się na bóle w prawej nodze, rozprzestrzeniające się typowo wzdłuż nerwu kulszowego, oraz niemożność chodzenia. W narządach wewnętrznych nic nie wykryto. Siła mięśniowa jest słabsza w prawej nodze, niż w lewej, i dotyczy to wszystkich grup mięśniowych. Prawy odruch kolanowy jest słabszy od lewego, prawy odruch ze ścięgna Achillesa jest zniesony. Mięśnie uda i goleni w stanie nieznacznego zaniku. Mięśnie na ucisk nie bolesne, natomiast bolesne są *nervus cruralis*, *obturatorius*, *ischiadicus* na całym przebiegu wespół z *n. tibialis post. i peroneus*. Zaburzenia czucia wykryto na stopie i goleni, podobne są one do zmian, spostrzeganych w syringomyelii: przy zupełnie zachowanym czuciu dotykowym analgezja na stopie oraz hypalgezja na goleni; na stopie i goleni zupełnie zniesione czucie gorąca przy osłabieniu tego czucia na udzie. Prócz zaburzeń czucia na uwagę zasługują w danym przypadku: ograniczenie się sprawy chorobowej do jednej kończyny oraz brak wyraźnych danych etiologicznych. Brak odczynu WASSERMANNA oraz poprawianie się chorego przy leczeniu niespecyficznem (kąpiele elek-

tryczno - świetlne i fenacytyna) przemawiają przeciwko kile, zaś badanie rektoskopowe wyłącza guz miednicy.

HEJMAN Andrzej Alfred demonstrował przypadek martwaka ucha, usuniętego przez przewód słuchowy zewnętrzny u 5-letniej dziewczynki. Chora dostała silnych bólów głowy i ucha przy temperaturze 39°; od trzech lat chora po szkarlatynie ma nieustające ropienie z ucha. Rok temu dokonano trepanacyi wyrostka sutkowego, lecz wyciek ropy nie ustał. Stan taki trwał do ostatniej chwili, kiedy zjawiły się bóle przy jednoczesnem zatrzymaniu się ropy.

Przy badaniu chorego ucha z przewodu słuchowego zewnętrznego dał się zauważyć wystający martwak, który zamykał szczelnie całe światło przewodu. Po kilku usiłowaniach został on usunięty w całości. Ma on, jak widać z pokazu, formę piramidy, jest wielkości bobu i przedstawia tylną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego z częścią przylegającego do niej spróchniałego wyrostka sutkowego. Po usunięciu martwaka w kilka godzin pojawiło się obfite ropienie i wszystkie objawy groźne minęły. Od tego czasu przeszło 6 tygodni, i dziecko ma się zupełnie dobrze.

RZĘTKOWSKI i KARASIÓWNA wygłosili odczyt pod tytułem „O odczynie CAMMIDGEA”. Rzecz ta będzie drukowana w jednym z najbliższych numerów „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”.

W dyskusyi LANDAU Anastazy zaznacza, że z całą pewnością nie można twierdzić, by ciało, dające reakcyę CAMMIDGEA, było pentozą. W takim razie niejednokrotnie możnaby w moczu odnośnym otrzymać reakcyę z orcyną i floroglucyną, z drugiej zaś strony rozmaite punkty topliwości ozazonów dowodzą, iż nie mamy w danym razie do czynienia z ciałem zawsze jednakowem.

MALINIAK przytacza wyniki własnych spostrzeżeń nad próbą CAMMIDGEA, dokonanych w oddziale doc. JANOWSKIEGO. Liczba badań wynosiła 40 u 31 osobników. Co do wartości próby, zgadza się naogół z wnioskami prelegentów. Przeciw swoistości próby

przemawia przypadek *diabetes mellitus* z ujemnym wynikiem próby, gdzie autopsya wykazała zanik trzustki. W przypadkach podejrzanych należy, w razie ujemnego wyniku, powtórzyć badanie kilkakrotnie, gdyż np. w przypadku torbieli trzustki za pierwszym razem próba wypadła ujemnie, a później 3 razy dodatnio. HALPERN podkreśla, iż jest to wielki szkopał, że mocze, zawierające pentozę, nie zawsze dają odczyn CAMMIDGEA.

RZĘTKOWSKI w odpowiedzi zaznacza, że w moczu może nie być pentozy, lecz pentozan, który na skutek rozszczepienia hydrolytycznego HCl daje pentozę.

Tadeusz Wilczyński.

POLEMIKA

Kilka słów o niezycie dróg rodnych kobiety i o t. zw. łuszczyce macicy.

(Z powodu artykułu D-ra J. Mutermilcha: „Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych”. 1)

Podał

Leonard Lorentowicz

Dr. M. w artykule, wyżej zatytułowanym, wykreślając jaglicę z tablic nozologicznych, jako odrębną samoistną postać chorobową, i przenosząc ją na ogólny anatomopatologiczny grunt, wkroczył kilkakrotnie w dziedzinę ginekologii i ztamtąd pewną ręką zaczerpnął garść faktów, które przez analogię świadczyć miały o prawdziwości bronionej przez niego tezy. Lękam się, aby apodyktyczne twierdzenia Dr. M. nie wprowadziły w błąd nieobeznanych bliżej z anatomią patologiczną narządów rodzajnych kobiecych, i dlatego postanowiłem rzucić nieco światła krytycznego na odnośne wywody sz. autora.

Dr. M. pisze: „Błony śluzowe o nabłonku wielowarstwowym płaskim n i g d y nie są siedliskiem zmian chorobowych o charakterze przewlekło-zapalnym. Na poparcie po-

wyższego twierdzenia przytoczyć mogę, jako przykład jaskrawy i niezmiernie pouczający, przewlekłe zapalenie błony śluzowej szyi i trzonu macicy, cierpienie, należące do p o w s z e d n i c h i często spotykanych spraw chorobowych, które jednak n i g d y nie udziela się błonie śluzowej pochwy. Błona śluzowa macicy pokryta jest, jak wiadomo; nabłonkiem cylindrycznym, pochwy—epidermoidalnym”.

Twierdzenie powyższe, zdaniem mojem, jest potrójnie nieprawdziwe. Przedewszystkiem, co się tyczy pochwy, to w ginekologii dobrze są znane sprawy zapalne tego narządu o charakterze przewlekłym; wystarczy przejrzeć dowolny podręcznik chorób kobiecych. Do spraw takich należą *vulvo-vaginitis* małych dziewcząt, cierpienie przeważnie na tle rzeźączkowym powstałe i trwające częstokroć lata i miesiące całe, dalej *colpitis adhaesiva*, prowadzące do zrostów sznurowatych, ciągnących się od jednej ściany pochwy do drugiej, wreszcie *colpitis catarrhalis granulalis*. To ostatnie zapalenie występuje przeważnie w pełni życia płciowego kobiety, i oprócz wydzieliny białawej, płynnej, niekiedy ropnej, cechuje się przekrwieniem i nacieczeniem drobno-komórkowem pojedynczych grup brodawek łącznotkankowych, które dzięki

obrzemieniu i ścięczeniu lub zupełnemu odpadnięciu nabłonka wystają ponad powierzchnię śluzówki w postaci czerwono zabarwionych ziarenek. Ziarenka te szczególnie wybitnie występują w ciąży wskutek ogólnego przekrwienia narządów rodzajnych. Niekiedy w brodawkach obrzmiących rozwijają się sprawy przewlekłe przerostowe, prowadzące do tworzenia lepieży stożkowatych pochwy.

Dalej zaznaczyć muszę że mniemanie ogólne, na którym oparł się d-r M., co do powszedniości przewlekłego zapalenia śluzówki szyi i trzonu macicy w ostatnich latach uległo zasadniczej zmianie. Za jedyne niemal kryterium istnienia *endometritidis chronicae* uważano dawniej istnienie mniej lub więcej obfitych upławów, obecnie już wiemy, że zdrowa śluzówka macicy wydziela normalnie pewną ilość śluzu. Prace HOENEGO i MANDLA wykazały, że w śluzówce trzonu i szyi macicy pomiędzy walcowatymi komórkami rzęskowymi znajdują się bądź pojedynczo, bądź ogniskowo zgrupowane komórki, pozbawione rzęsek, które wytwarzają w zarodki i wydają nazewnątrz kropelki śluzu. W niektórych stanach fizyologicznych, np. w czasie peryodu i przez kilka dni po peryodzie, w czasie ciąży ilość wytwarzanego śluzu wzrasta wybitnie.

Również pod wpływem niektórych bodźców i spraw chorobowych, umiejscowionych poza obrębem macicy, a prowadzących do jej przekrwienia, powstać może wzmoczona wydzielina śluzowa. Tu wymienić należy podrażnienia płciowe bądź bezpośrednie (*coitus, masturbatio, coitus interruptus*), bądź drogą wyobraźni powstałe (opowiadania lub czytanie książek o treści erotycznej), dalej bliżej nieznanne zaburzenia czynnościowe jajników, wreszcie niektóre cierpienia, prowadzące do zaburzeń w krwiobiegu ogólnym (*anaemia, chlorosis, neurasthenia, hysteria*) i zastoju krwi żyłnej w jamie brzucha (*plethora abdominalis*).

Ztąd wniosek, że decydować o istnieniu sprawy zapalnej w śluzówce macicy może nie ilość wydzieliny, lecz jej charakter: obfita domieszka ropy lub obecność swoistych zarazków.

Dodać trzeba, że nietylko pod względem klinicznym, ale również i pod względem anatomiczno-patologicznym nastąpiło znaczne ograniczenie częstości stwierdzania *endometritidis chronicae*. Badanie śluzówek normalnych w różnych okresach życia kobiety i w różnych okresach międzymiesiączkowych wykazało istnienie jeszcze w granicach fizyologicznych takich zmian w kształcie i liczbie gruczołów macicznych tudzież budowy tkanki międzygruczołowej, jakie dotąd uważane były stale za oznaki dwóch najczęstszych postaci nieżyty przewlekłego śluzówki macicy, mianowicie — *endometritidis glandularis hypertrophicae* i *endometritidis glandularis hyperplasticae*. Tym sposobem przekonano się, że większość wyżej wymienionych postaci chorobowych właściwie nie ma nic wspólnego z zapaleniem, że mając do czynienia ze zgrubieniem śluzówki, można mówić raczej o jej przeroście — *hyperplasia mucosae*, a nie o zapaleniu. Istnieje natomiast jedna nie ulegająca wątpliwości postać nieżyty, analogicznie do innych śluzówek *endometritis interstitialis*, uwarunkowana zarazkami: *streptococcus pyogenes, staphylococcus pyogenes aureus, bacterium coli commune, diplococcus pneumoniae, bacillus tuberculosis, gonococcus Neisseri* i i. d. Najczęstszą pod względem klinicznym postacią nieżyty jest *endometritis gonorrhoeica*.

Czy zapalenie to, powodujące mniej lub więcej obfity wyciek z macicy, może się udzielić śluzówce pochwy? Z góry zaznaczyć trzeba, że u kobiety dojrzałej nabłonek wielowarstwowy pochwy pokryty jest na powierzchni warstwą zrogowaciałych komórek, która znakomitą stawia przeszkodę przenikaniu w głąb zarazków. I dlatego BUMM istotnie twierdzi, że nieżyt macicy, na tle rzeżączkowym powstały, nie udziela się pochwie. Lecz BUMM twierdził do niedawna jeszcze, jakoby pochwa wogóle nie mogła uleść zakażeniu trypropowemu. Dopiero poszukiwania MANDLA, który znalazł w jednym przypadku przewlekłego zapalenia pochwy w skrawku barwionym dwuziarniaki nietylko pomiędzy komórkami nabłonka, lecz i w głębi tkanki podśluzowej, dalej DOEDERLEINA, który również widział gonokoki niemal w czystej hodowli w przypadku ostrego zakażenia pochwy u kobiety, pozbawionej uprzednio

w drodze operacyjnej macicy i przydatków, w końcu kilkanaście przypadków tryprowego zakażenia pochwy, osobiście spostrzeganych, zniewoliły BUMMA do zmiany stanowiska. Notując mimochodem, że poglądy BUMMA tyczą się wyłącznie spraw rzeżączkowych, zaznaczyć muszę, że większość autorów uznaje najzupełniej możliwość przenoszenia się sprawy zapalnej z kanału szyi lub trzonu macicy na pochwę i tym faktem tłumaczy niepomysłne częstokroć wyniki leczenia zapalenia pochwy bez uwzględniania jednocześnie istniejącej sprawy chorobowej w śluzówce macicy. Aby nie być gołosłownym, wymienię kilka nazwisk wybitnych ginekologów, których poglądy są wymowną odpowiedzią na słowo „nigdy” dra M. Do takich należy C. RUGE,¹⁾ A. MARTIN,²⁾ E. FRAENKEL,³⁾ H. FRITSCH,⁴⁾ J. VEIT,⁵⁾ DUDLEY,⁶⁾ POZZI,⁷⁾ i inni.

Dr M. w innej części artykułu wygłasza takie zdanie: „Jeżeli zastanowimy się nad istotą przewlekłych zapaleń, przebiegających na innych pokrewnych łącznicy błonach śluzowych, to przekonamy się, że w s z ę d z i e zapalenie przewlekłe jest następstwem za-

1) C. R u g e. W dyagnostyce ginekol. G e - w i n t e r a 1907 str. 494: Nur bei den secundären Kolpituden welche an infektiöse Cervixkatarrhe anschliessen“... i t. d.

2) A. M a r t i n. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 1907 str. 182. „Die chronischen Entzündungen der Vagina schliessen sich ebenso wie die der Vulva häufig an entzündliche Zustände des Uterus an“.

3) E. F r a e n k e l. Encyclopädie der Geburtsh. u. Gynaek. str. 509. Ebenso werden reizende v o n o b e n k o m m e n d e A u s f l ü s s e (Endometritis corporis, Carcinom und Sarcom, Blasen-scheidenfisteln mit gleichzeitiger Cystitis) durch Maceration des Epithels und Alkalisierung der Scheidensecrete zur Kolpitis führen.

4) H. F r i t s c h. Die Krankheiten der Frauen (rosyjskie tłum.) 1903 str. 78.

5) J. V e i t. Handbuch der Gynaekol. 1908, t. III, str. 187. „Weiter aber ist zu berücksichtigen, dass auch ohne frische Aunsteckung ans den Depots der Infection im Uterus oder der Tube allerhand Material die Scheide wieder zur Erkrankung bringen kann und auch aus diesem Grunde soll man sich bei der Prognose der Vaginitis stets sehr vorsichtig aussprechen“.

6) E. D u d l e y. The Principiles and practice of Gynecology. 1905, str. 165. Infection by con-

chwianej równowagi między składowymi częściami błon śluzowych, i że w s z ę d z i e, jako ostateczny wynik toczącej się sprawy, spostrzegamy przemianę nabłonka cylindrycznego w epidermoidalny, tkanki adenoidalnej w zbitą”. „O przechodzeniu nabłonka cylindrycznego w epidermoidalny w zapaleniu przewlekłym macicy (*endometritis chronica*) dokładnie wiedzą ginekologowie, którzy wynaleźli nawet specjalną nazwę dla tego obrazu anatomicznego—*psoriasis uteri*, nazwę, mającą tę samą wartość naukową, co i *trachoma*”.

Jedno i drugie zdanie sz. autora jest nie do przyjęcia ze stanowiska ginekologicznego i polega na jakimś dużym nieporozumieniu. Przewlekły niezbyt macicy uwarunkowany jest nie zachwianą równowagą między składowymi częściami śluzówki, lecz długotrwałym działaniem szkodliwym (jak wiemy np. jednorazowe zakażenie rzeżączkowe macicy trwać może lata całe) swoistego czy swoistych zarazków, czego następstwem dopiero (nie zaś przyczyną) są poważne zmiany w budowie i we wzajemnym ustosunkowaniu pojedynczych elementów, wchodzących w skład schorzałej tkanki. Pod wpływem wyżej wspomnianego zarazka tryprowego w tkance międzygruczołowej występuje zrazu obfite nacieczenie drobnokomórkowe z przenikaniem ciałek ropnych przez pokrywą nabłonkową do kanału trzonu i szyi, warunkującym ropienie z macicy; powstaje nadto przekrwienie całej śluzówki i tworzenie się licznych drobnych ropni w podłożu.

Z czasem, kiedy natężenie zakażenia straci nieco na sile, na miejscu dawnych ropni i nacieczenia drobnokomórkowego tkanka

tinuity of mucosa, however, although usually from below, does not always come from that direction; it may reach the ovaries and pelvic peritonæum from above and descend through the tubes, uterus, and vagina to the vulva.“

7) S. P o z z i. Traité de Gynécologie. r. 1897, str. 976. „Mais une cause assez frequente et souvent méconnue, est l'infection s e c e o d a i r e du vagin par des sécrétions pathologiques v e n u e s d e l'uterus; la leucorrhée vaginale qui complique la métrite ne reconnaît pas d'autre origine, et on la voit se tarir, dès que l'inflammation de la muqueuse utérine a été guérie.“

międzygruczołowa nabiera charakteru mniej lub więcej bliznowatego, liczba gruczołów zmniejsza się wyraźnie, nabłonek rzęskowy powierzchniowy może się spłaszczyć, liczba naczyń zubożeć. Taki jest zazwyczaj obraz anatomopatologiczny śluzówki macicy, kiedy ognisko zapalne już w niej wygaśnie.

Dalej posunięte sprawy zanikowe w śluzówce w okresie życia płciowego kobiety są bardzo rzadkie; tłumaczy się to niewyczerpaną, zdaje się, zdolnością regeneracyjną *endometrii*, czemu w potężny sposób sprzyja przekrwienie miesięczkowe, budzące do życia osłabione tkanki.

BUMM, SCHAUTA, WERTHEIM, MENGE spostrzegali w *endometritis gonorrhoeica* wielowarstwowy nabłonek cylindryczny z formami przejściowymi aż do wielowarstwowego płaskiego, atoli bez śladów zrogowacenia. FRANQUÉ, ALTERTHUM, KUNDRAT opisują przypadki wielowarstwowego nabłonka gruczołów macicy w *endometritis tuberculosa*. Dla ścisłości dodać należy, że wielowarstwowy nabłonek powierzchniowy spotykany był i normalnie. R. MEYER spotykał 4 — 6-cio warstwowy nabłonek u 9-ciomiesięcznego płodu, FRIEDLAENDER u 5-cioletniej dziewczynki, zmarłej na płonicę, E. HOEHL u 3 dziewczynki, z których jedna zmarła na *gastroenteritis*, 2 pozostałe na płonicę. WERTH spostrzegał wielowarstwowość nabłonka śluzówki macicy, wyciętej 10 dnia po jej wyskrobaniu.

A psoriasis uteri? W 1884 roku ZELLER na podstawie trzech przypadków sekcyjnych i 63 spostrzeganych klinicznie wygłosił takie zdanie: „W każdej postaci przewlekłego niezytu śluzówki macicy w nabłonku walcowatym kanału szyi i trzonu może dojść do tworzenia się wielowarstwowego nabłonka płaskiego. W nabłonku tym, podobnie jak w pochwie i naskórku, u podstawy znajdują się komórki cylindryczne, powyżej postaci przejściowe, na powierzchni komórki bezjądrowe, które mogą również uleść zrogowaceniu. Spostrzeżenia ZELLERA pozostały jednak w literaturze ginekologicznej zupełnie o d o s o b n i o n e. Niektórzy autorowie, jak DOEBERLEIN (1), podobne *epidermoidisatio* nabłonka walcowatego macicy uważają teoretycznie za możliwe, skoro z przewodu MÜLLERA roz-

wija się równocześnie macica i pochwa mimo tak różnorodną budowę pokrywającego je nabłonka, osobiście jednak w setkach wyskrobanych śluzówek nie spostrzegł tego zjawiska ani razu i zalicza je do rzadkich i zagadkowych osobliwości patologii macicy.

Zdaniem GEBHARDA (2) podobna metaplasza nabłonka cylindrycznego w wielowarstwowy płaski, zrogowaciały, z wyjątkiem kanału szyi macicy i polipów, należy do nadzwyczajnych rzadkości, przeciwne zaś wyniki ZELLERA zalicza do omyłek mikroskopowych. Ciekawy bardzo jest przypadek PINKUSSA, który w wyskrobanych częściach śluzówki znalazł obraz drobnowidzowy identyczny z opisywanymi przez ZELLERA; po zbadaniu jednak seryi dalszych skrawków przekonał się, że to tylko cząsteczka śluzówki pochwy przylepiła się do strzępka, wyskrobanego z jamy macicy, i dała obraz, mogący łatwo dać powód do fałszywego wniosku. C. RUGE (3) na podstawie niezwykle bogatego materiału anatomopatologicznego na kongresie w Wiedniu wygłosił zdanie: „Niejednokrotnie notowane znajdowanie wielowarstwowego nabłonka płaskiego (t. zw. *psoriasis uteri*) w tronie macicy, z wyjątkiem zwyrodnienia złośliwego, polega na złudzeniu (beruht auf Täuschung)”, zaś w innym miejscu pisze; „Występują w macicy ograniczone nawarstwienia nabłonka, które ROSTHORN nazwał *psoriasis uteri*, przypadki te są stale podejrzane” (4).

HERFF (5), pisząc o *psoriasis vel ichthyosis uteri*, jako o bardzo rzadkiem cierpieniu, które może być punktem wyjścia zwyrodnienia rakowatego, radzi wczesnie usuwać podobne macice.

HITSCHMANN (6) twierdzi, że istotna *epidermoidisatio* śluzówki, że tak zwana *psoriasis vel ichthyosis uterina* poza obrębem nowotworów *inclusive* polipów, jeżeli rozumieć przez nie typowy wielowarstwowy nabłonek płaski, powstały wskutek metaplaszy z walcowatego, w macicy nie zdarza się. HITSCHMANN postaci te zalicza do raków płasko-komórkowych. Podręczniki francuskie AUVARDA i POZZIEGO nie wzmiankują zupełnie o cierpieniu omawianem.

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, neuralgie, neurastenia, stany nerwowe,
osłabienie serca**

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.

MUIRACITHIN

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

Literatura. Tajn. Radea Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman—St. Petersburg, Hirsch—St. Petersburg, Holländer—Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż, Goll—Zurich, Popper—Iglis bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzensbad, Waitz—Paryż, Wright—Londyn, Piliver—Odessa, Fürth—Dervent, Kraus—Wiedeń, Quastler—Wiedeń, Klitz—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) wyborne działające **ADSTRINGENS KISZKOWE i ANTISEPTICUM** Czopki Noridalowe odpowiadają no wczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki: Calcei chlorat 0,05. Calcei jodat 0,01, Paranephrin 0,0001, Balsam. peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas—Berlin, Kehr—Halberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—Monachium, 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.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazanej w surowicy krwi ludzkiej. S te te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji.

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci buzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczanów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego
POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletkie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Zawiera wszystkie
alkaloidy i garbni-
ki właściwe korze.

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

CHINEXPLET

MAGISTRA
KLAWE



Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Ryłki, Thieme, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne oświetlenie.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuschendlera

Oesophagoskopia, Rekto, i Romano-skopia
przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

Laboratorium D-ra St. Serkowskiego

w Warszawie, ul. Ś-to Krzyska 16 (Włodzim.), telef. 113-38

przygotowuje i dostarcza do celów dyagnostycznych:
Surowiec wysoko aglutynujący (tyfusowa, paratyfusowa, meningokokowa, dyzenteryjna) w stanie płynnym i suchym.

Surowiec hemolityczny w stanie płynnym i suchym.
Antigen luetyczny do reakcji Wasserm. w stanie płynnym i suchym.

Kultury bakterji, Odczynniki (emulsje) do badań serodyagnostycznych, Podłoża wszelkie do hodowania drobnoustrojów; naczynia, próbówki, waciki do zbierania materiału,
Płyny mlanowane.

Pracownia analityczno-lekarska

D-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 41 83.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-7.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Heissinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęcie od 4—6, w Domu zdrowia, Leszno 33 od 11—1.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgji
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

Oto jest możliwe dokładnie podany obecny stan nauki o t. zw. łuszczycy macicy.

Czy mógł on upoważnić d-ra M. do upatrywania w *psoriasis uteri* celowej i pożytecznej dla ustroju sprawy, przez którą nabłonek cylindryczny macicy „odzyskuje, w innej wprawdzie formie anatomicznej, utraconą odporność i w ten sposób kładzie tamę napadom zapalnym”?

Mniemam, że odpowiedź jest zbyt techniczna.

PIŚMIENNICTWO.

1) D o e d e r l e i n. Die Entzündungen der Gebärmutter w podręczniku Veita. 1907, str. 158, 161.

2) G e b h a r d. Pathol. Anat. der weibl. Sexualorgane, str. 71.

3) C. R u g e. Cytowany w podręczniku Veita, str. 160.

4) C. R u g e. Mikrosk Diagnose der malign. Erkrankungen des Uterus, der Vagina und Vulva. w Dyagnostyce ginekologicznej Wintera. 1907, str. 403.

5) H e r f f. Encyklop. der Geburt. u. Gynaec. str. 456.

6) H i t s c h m a n n u. A d l e r. Die Lehre von der Endometritis. Zeitsch. f. G. u. G. T. 60, z. I, 1907.

Odpowiedź kol. Lorentowiczowi.

Szanowny kol. L. „postanowił rzucić nieco światła krytycznego na odnośne wywody”, zawarte w artykule moim, przeczytawszy go zbyt pobieżnie i nie przeczytawszy wcale pracy mojej „O istocie tak zwanych zapaleń przewlekłych” (Gaz. Lek. 1900), na którą się powołuję. Ztąd powstał szereg nieporozumień, który dał pochop Sz. Koledze do napisania artykułu, krytykującego poglądy moje na istotę niezbytów dróg rodnych kobiety, — poglądy, których nigdy i nigdzie nie wypowiadałem w tej formie, jaką mi imputuje kol. L.

Kol. L. rozpoczyna swoją krytykę od cytaty, zaczerpniętej z mojego artykułu w M e d y c y n i e: „Błony śluzowe o nabłonku wielowarstwowym płaskim nigdy nie są siedliskiem zmian chorobowych o charakterze przewlekło-zapalnym i t. d.” Z punktu widzenia nauki urzędowej (końcówka *itis* równoznaczna jest z pojęciem z a p a l e n i e) twier-

dzenie moje wydać się może niesłusznym. Ale Sz. kol. przeoczył lub nie zrozumiał ustępu, poprzedzającego inkryminowaną cytate, który brzmi, jak następuje: „T a k z w a n y m z a p a l e n i o m p r z e w l e k ł y m p o d l e g a j ą t y l k o t e b ł o n y ś l u z o w e, k t ó r e p o k r y t e s ą n a b ł o n k i e m c y l i n d r y c z n y m w e w s z e l k i c h j e g o o d m i a n a c h”. Określenie: „tak zwane zapalenia przewlekłe” powinno było zatrzymać uwagę kol. L., bo nauka patologiczna segreguje zapalenia tylko na ostre i przewlekłe, a „tak zwanych przewlekłych”, czyli spraw, mojem zdaniem, niesłusznie tem mianem ochrzczonych, nie zna.

Niezwrócenie uwagi należytej na ów termin dało powód do kardynalnego nieporozumienia. Z uważnego czytania mojego artykułu i pracy, drukowanej w Gaz. Lek., kol. L. z łatwościąby się dowiedział, że ja wogóle nie uznaję istnienia zapaleń przewlekłych i że, opierając się na sporym materiale anatomicznym (osobistym) z dziedziny patologii łącznicy i innych pokrewnych jej pod względem budowy anatomicznej błon, jak również na spostrzeżeniach klinicznych, ilustrujących kolejne zmiany anatomiczne, przychodzę do wniosku, że na t. zw. zapalenia przewlekłe składa się szereg spraw ostrych. Szereg ten zapaleń ostrych stopniowo i konsekwentnie prowadzi do przeistoczenia nabłonka cylindrycznego w wielowarstwową płaski, a tkanki adenoidalnej (podnabłonkowej) w zbitą. Metamorfoza anatomiczna błon śluzowych o nabłonku cylindrycznym jest faktem stwierdzonym, realnym i nie podlegającym krytyce. Błony śluzowe o nabłonku wielowarstwowym pod wpływem czynników szkodliwych, wywołujących wiadomą nam metamorfozę błon adenoidalnych, nie podlegają przeistoczeniu anatomicznemu (metapłazyi). Charakter zmian, odbywających się w nich, różni się zasadniczo od zmian na błonach adenoidalnych, i dlatego, zdaje się, słusznie dwóch różnych postaci chorobowych nie włączyłem w jedną wspólną grupę i wydzieliłem z szeregu t. zw. zapaleń przewlekłych sprawy, przebiegające na błonach śluzowych o nabłonku wielowarstwowym. Wobec tego, że w danym przypadku na pierwszy plan występuje bujanie tkanek (silny rozwój brodawek), zaliczyłem proce

sy te do spraw przerostowych, nie obcych kol. L., skoro do tego samego szeregu Sz. kolega zalicza i pewne zmiany patologiczne, zachodzące na błonie śluzowej macicy (*hyperplasia mucosae*).

Czy wolno więc, chcąc być ścisłym badaczem, przy układaniu systematyki postaci chorobowych dróg rodnych kobiety, zaliczać do jednej grupy np. *colpitis adhaesiva* i *endometritis chronica*? Obie te sprawy chorobowe niewątpliwie są przewlekłe pod względem klinicznym, ale anatomicznie różnią się one kardynalnie. W pierwszej górują prawie wyłącznie objawy przerostowe z następczem sklejeniem się pozbawionych miejscami nabłonka brodawek, w drugiej (cytuje z artykułu kol. L.) występują „poważne zmiany w budowie i we wzajemnem ustosunkowaniu pojedynczych elementów, wchodzących w skład schorzałej tkanki.... tworzenie się licznych drobnych ropni w podłożu.... tkanka międzygruczołowa nabiera charakteru mniej lub więcej bliznowatego, liczba gruczołów zmniejsza się wyraźnie, nabłonek rzęskowy powierzchniowy może się spłaszczyć, liczba naczyń zubożeć”. Jasnym więc jest, że mamy w *endometritis* do czynienia ze sprawą metaplastyczną, prowadzącą nieraz do zaniku błony śluzowej.

Inna kwestya, czy metamorfoza błony śluzowej macicy, jako wynik *endometritidis* zdarza się rzadko, czy często. SCHMAUS twierdzi, że często: „als schliesslicher Ausgang stellt sich in vielen Fällen eine Atrophie der Schleimhaut ein”, kol. L. tej częstości nie uznaje i tłumaczy to wyjątkową żywotnością śluzówki macicy i, być może, ma rację. Nie będąc kompetentnym w tej sprawie, nie rozstrzygam jej, ale fakt jednak pozostaje faktem. I dlatego miałem prawo, kierując się analogią zjawisk, zaliczyć do jednego typu przewlekłe sprawy chorobowe łącznicy powiekowej, śluzówki jamy nosowej, cewki i macicy, bo we wszystkich tych tkankach, jako ostateczny wynik metaplastyki, rozwija się mniej lub więcej często nabłonek wielowarstwowy płaski, a ginie tkanka adenoidalna.

Zaznaczyć muszę, że, pisząc o tem zjawisku, bynajmniej nie miałem na myśli możli-

wości zrogowacenia nabłonka macicy, chociażby dlatego, że nigdy nie spostrzegalem tego objawu w jaglicy. Używałem więc wyrazu „epidermoidalny” zamiast „wielowarstwowy płaski”, a o *psoriasis uteri* wspomniałem tylko jako o *curiosum* terminologicznem.

Kol. L. „ze stanowiska ginekologicznego” nie uznaje poglądu mojego, że t. zw. zapalenie przewlekłe, przebiegając na błonach adenoidalnych, jest następstwem zachwianej równowagi między składowemi częściami tych tkanek. Przyznać się muszę, że dla mnie rozpatrywanie zmian chorobowych pod kątem widzenia ginekologicznym jest obce, posiłkuję się bowiem w takich razach tylko faktami naukowymi, znanymi w patologii ogólnej. Otóż patologia uczy nas, wbrew poglądom kol. L., że w sprawach infekcyjnych rozstrzygającą rolę mają nie tylko drobnoustroje, ale i odporność tkanek. I dlatego, naprzykład, jak dowiódł JUNGANO, cały przebieg długotrwałego niezytu śluzówki cewki odbywa się pod wpływem drobnoustrojów, które stale i bezkarnie gnieźdzą się w normalnej tkance. Gonokoki zaś NEISSERA dają tylko pierwszy impuls tej sprawie. To samo zjawisko spostrzegalem i w łącznicy, a wytłumaczyłem je w sposób następujący: „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”. Wytłumaczyłem więc powstawanie szeregu objawów zapalnych słabą odpornością nabłonka, ściślej mówiąc, jego form przejściowych, stanowiących niezbędny łącznik anatomiczny między normalnemi komórkami cylin-

drycznemi a ostateczną metaplazją ich — nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. Nie przeczę, rozumie się, że „poważne zmiany w budowie i we wzajemnem ustosunkowaniu pojedynczych elementów, wchodzących w skład schorzałej tkanki”, jak pisze kol. L., są na-

stępstwem szkodliwej działalności drobno-ustrojów, twierdzą tylko, że te poważne zmiany, wywołane jakimś jednorazowem zakażeniem, ułatwiają powstawanie dalszych ataków zapalnych.

Juljusz Mutermilch.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1910 r.

Napływ chorych na ospę naturalną dosięgnął w miesiącu sprawozdawczym cyfry 123, t. j. szpital zmuszony został zaprzestać przyjmowania chorych na inne choroby zakaźne, prócz ospy naturalnej, jak to miało miejsce u nas podczas cięższych epidemii ospy lub innej postaci ostrych chorób zakaźnych.

Zanotowano 54 nowe ogniska zarazki ospowego — domów przy ulicach miasta Warszawy — i 7 w gminach pobliskich, nie licząc poszczególnych mieszkań w domach, skąd przybywali chorzy często z 2-ch, 3-ch, 4-ch i 7-iu mieszkań z jednego domu. Według zawodów chorzy, przybywający w miesiącu omawianym wykazują 35 rodzajów zajęć. Stosownie do liczby zachorowań w poszczególnym zawodzie, pierwsze miejsce zajmują służące przy rodzinach zamożniejszych (21 osobników), dalej idą rozmaici drobni i więksi handlarze i handlarki (19 osobników), dalej wyrobnice i wyrobnicy, później robotnicy fabryczni, a następnie: bieliźniarki, cieśle, druciarze, fryzyerzy, guwernantki cudzoziemki (francuski), introligatorzy, kwiaciarki, krawcy i krawcowe, malarze pokojowi, oficjaliści tramwajowi, ludzie z zajęciem nieokreślonem, przemysłowcy drobni, piekarze, praczki, posługacze szpitali ogólnych i szpitala Ś-go Stanisława, rolnicy, stolarze, stróże domów (6 osobników), szmuklerze, szewcy i ich terminatorzy, tapicerzy, tragarze, urzędnicy biurowi, woźni, woźnice (dorożkaże) i zecerzy.

Ogółem z poprzedniego miesiąca pozostało 115 (51 m. 64 k.) chorych na ospę naturalną, przybyło nowych chorych,

jak wyżej zaznaczono, 123 (61 m. 62 k.), wśród nich wcale nieszczepionych od urodzenia 48 (22 m. 26 k.), pozostali raz szczepieni we wczesnem dzieciństwie; wyzdrowiało 106 (51 m. 55 k.), bez polepszenia na skutek własnego życzenia wypisana 1 k., zmarło 31 (14 k. 17 k.), na miesiąc następny pozostało 100 (47 m. 53 k.). Wśród 31 zmarłych na ospę naturalną dwa osobniki były raz zaszczepione we wczesnem dzieciństwie: 1 k. 24 l. żona dorożkarza w 9-ym miesiącu ciąży po urodzeniu dziecka żywego płci męskiej, które odesłano do Domu Wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus, i 1 m. 35 lat, dorożkarz skutkiem komplikacji zapaleniem stawów, odleżynami i różą.

U osobników, wcale nieszczepionych od urodzenia, zejścia śmiertelne dają się podzielić na następujące kategorie:

I-a. Dwa przypadki krwotocznej formy ospy u osobników wcale nieszczepionych lub szczepionych jednorazowo bez skutku: 1) 9 letni katolik przy rodzicach; 2) 13-letni katolik przy matce handlarce, II-a. Dwa przypadki skutkiem komplikacji: 1) 7-letni chłopiec wyznania Mojżeszowego przy rodzicach handlarzach drobnymi skutkiem komplikacji rakiem wodnym (*noma*) w 3-im tygodniu po przebyciu ospy, 2) 35-letnia katoliczka, żona dorożkarza, skutkiem komplikacji zapaleniem stawów i różą dolnej prawej kończyny. III-ia 6 przypadków u dzieci w ciągu 1-go lub 2-go roku życia wcale nieszczepionych: 1) 6-iego tygodniowy syn szewca wyznania Mojżeszowego skutkiem formy ospy zlewającej się, 2) 2 - miesięczna dziewczynka katoliczka

przy rodzicach (ojciec wyrobnik), 3) 4 - miesięczny syn cieśli wyznania Mojżeszowego, 4) 9-miesięczny katolik na wychowaniu, 5) 16 miesięczny katolik na wychowaniu, 6) 18-miesięczna dziewczynka katoliczka przy rodzicach (ojciec wyrobnik). IV-a. 3 przypadki ciężkiej formy ospy płaskiej, zapadającej się: 1) 16-letnia katoliczka złująca, 2) 17-letnia katoliczka służąca, 3) 21-letni mahometanin piekarz. V-a. 7 przypadków ospy częściowo zlewającej się: 1) 1-rocza dziewczynka przy matce handlarce drobnej, 2) 3-letnia katoliczka córka szewca, 3) 3-letni chłopiec wyznania Mojżeszowego, 4) 4-letnia dziewczynka katoliczka przy rodzicach (ojciec piekarz) 5) 9-letni katolik przy rodzicach (ojciec wyrobnik), 6) 16-letni katolik terminator u szewca, 7) 24-letni katolik wyrobnik. VI-a. 9 przypadków ciężkiej formy ospy naturalnej, nie odpowiadającej żadnej z powyższych kategorii: 1) 3-letni katolik przy rodzicach (ojciec robotnik fabryczny), 2) 3-letnia dziewczynka katoliczka przy rodzicach (ojciec robotnik fabryczny), 3) 3-letnia dziewczynka wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (ojciec handlarz), 4) 14-letnia dziewczynka prawosławna (przy rodzicach), 5) 19-letnia katoliczka służąca, 6) 19-letnia katoliczka przy rodzicach, 7) 20-letni katolik stolarz, 8) 31-letni katolik tapicer, 9) 36-letni katolik wyrobnik.

Dni szpitalnych 239 chorych na ospę naturalną przeżyło 3562, tak, iż na jednego chorego przeciętnie wypada 15 dni.

Chorzy na ospę naturalną przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Aleje Jerozolimskie 76, Aleksandryjska 18, Białostocka 31, Brukowa 22, Burakowska 8, Chłodna 64, Chmielna 98, Daleka 6, Dobra 8 (2 przypadki), 53, Dzielna 54, Dzika 1, 38, 41, 63, Franciszkańska 23, Fabryczna 24, Koszykowa 34, Kolejowa 56, Krochmalna 5, 10, 11, (3 przypadki), 19, 34 (2 przypadki), 89, Królewska 20, Kapucyńska 5, Gęsia 8, 29, 63, 89 (2 przypadki), Grzybowska 53, 57, Leszno 44, Łazienkowska 11, Miła 34, Maryańska 2, Młynarska 1, 5, Muranowska 34, Nowolipie 30, Nowy-Świat 8, 42, 64, Nowolipki 12, Niska 28 (2 przyp.), 38 (2 przypadki), Okopowa 4 (2 przypadki), 13, Ogrodowa 55, Pawia 59, 72, 73, Pańska 61, 105, Sienna 76, 78, 80, Sosnowa 13,

Sapieżyńska 7, Skórzana 4, Strzelecza 18, Szopena 10, Śliska 6, 37, Skierniewicka 5, Solec 62, Stalowa 31 (2 przypadki), Stawki 34 (2 przypadki), Solna 11, Smocza 55, Tamka 12, Towarowa 50, Wilcza 60 (3 przypadki), Wronia 51, Wspólna 2, 16, Twarda 15, 16, 58, Równa 19, Wiejska 7, 15, 16, Zajęcza 13 (3 przypadki), Zakroczymska 19, Zakątna 1, Żelazna 28, 51, 97, Zielna 26, 33, Żórawia 38, Żłota 49 i ze wsi Cypriony, Nowe-Brudno (2 przypadki), Mokotów (2 przypadki), Długa, Kościelna, Potok, Wola, Wyszaków i z miasta Pułtуска.

Prócz powyższych obserwacji klinicznych nad ospą w miesiącu sprawozdawczym zapoczątkowano badania nad odchyleniem i wiązaniem komplementu metodą BORDET i GENGOU w zastosowaniu do ospy przez prof. T. SUGAI z Osaka w Japonii.

Zahamowania hemolizy następowały wyraźnie i nierównie szybciej, niż w szkarlatynie.

Oprócz chorych na ospę naturalną w miesiącu omawianym pozostawali chorzy z poprzedniego miesiąca, a mianowicie: 6 (1 m. 5 k.) chorych na tyfus wysypkowy, z których 5 (1 m. 4 k.) wypisano zdrowymi, 1 m. przewieziono do szpitala na Czystem, 4 (2. m. 2 k.) na tyfus brzuszny, 1 m. wypisano zdrowym, 3 przewieziono do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 k. na zapalenie płuc wyzdrowiała, 1 k. na grypę wyzdrowiała, 1 chłopiec po odrze został na miesiąc następny i 3 matki przy dzieciach chorych na ospę wypisane zdrowymi.

Nakoniec prócz chorych na ospę naturalną w miesiącu omawianym przyjęto 12 matek przy dzieciach chorych na ospę, z którymi 5 pozostało na miesiąc następny, 7 opuściło szpital zdrowymi po skutecznej rewakcytacji, następnie 1 dziewczyna 4 l. z rakiem wodnym wypisana bez polepszenia i 2 ze służby miejscowej szpitalnej: 1 m. na grypę wyzdrowiał, 1 k. z *panaritium* wyzdrowiała.

Zamiejscowych chorych przybyło 14 (10 m. 4 k.). Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Ś-go Stanisława, w miesiącu sprawozdawczym wydano 15 (7 m. 8 k.).

Śmiertelność miesięczna 11,5%.

Wiadomości bieżące.

— Jak już donosiliśmy, 16 kwietnia otwarta będzie przy ulicy Senatorskiej Nr. 29 wystawa p. n. „Czystość to zdrowie”. Obejmuje ona działy następujące: 1) Czystość w życiu dziecka. 2) Czystość w szkole. 3) Czystość osobista. 4) Czystość pokarmów. 5) Czystość w mieszkaniu. 6) Czystość w biurach, urzędach i t. p. 7) Czystość w warsztatach i fabrykach. 8) Czystość ulicy. 9) Czystość na kolejach. 10) Brak czystości a choroby. Jednocześnie ogłoszono konkursy na najtańsze, najtrwalsze i odpowiadające najlepiej warunkom utrzymania czystości: 1) Sprzęty domowe dla mieszkań jednopokojowych. 2) Piec kuchnię dla mieszkań jednopokojowych. 3) Spluwaczki. 4) Przewietrzanie mieszkań. 5) Przynrządy do czyszczenia i polewania ulic. 6) Sprzęty szkolne. 7) Kąpiele ludowe. 8) Ubrania dla dorosłych, dla dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym.

Wystawa potrwa miesiąc. Urządza ją Towarzystwo higieny praktycznej.

— Kasa chorych lekarzy, otwarta od 1 lutego r. b., zebrała fundusz zapomogowy 600 rb. i wypłaciła dotąd 2 odszkodowania rb. 35 za 7 dni choroby i rb. 50 za 10 dni choroby, w kasie pozostało 515 rb. W chwili, gdy fundusz zmniejszy się do 480 rb., uczestnicy wpłacą po rublu na dalszy fundusz.

— Na posiedzeniu administracyjnym sekcji neurologiczno-psychiatrycznej przy Tow. Lek. Warsz. w d. 11 lutego r. b. postanowiono oprócz zwykłych posiedzeń, poświęcanych demonstracji przypadków oraz odczytom, urządzać jeszcze posiedzenia specjalne, poświęcone poszczególnym ważnym zagadnieniom z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych.

W r. 1910 odbędą się następujące posiedzenia specjalne:

W kwietniu ma być rozpatrzona sprawa histeryi. Referentami będą koledzy: Bychowski, Jaroszyński i Wł. Sterling.

W czerwcu będzie rozpatrzona sprawa postaci chorobowych, symulujących nowo-

twory mózgu i ich leczenia chirurgicznego. Referować będą koledzy: Higier i Koelichen.

We wrześniu koledzy Handelsman i Pechkranc zreferują sprawę gruczołów o wydzielinie wewnętrznej.

W październiku rozpatrzona będzie sprawa psychoz degeneracyjnych. Referatu tego podjął się kol. Bornstein.

W listopadzie odbędzie się posiedzenie, poświęcone wyłącznie anatomii patologicznej układu nerwowego z uwzględnieniem materiału kazuistycznego szpitali Warszawskich. Referentem będzie kol. Rotstadt.

Bliższy termin posiedzeń tych podany będzie we właściwym czasie do ogólnej wiadomości, ażeby dać możność wzięcia w nich udziału szerszemu gronu kolegów.

— Do międzynarodowego związku prasy lekarskiej należy 3 przedstawicieli angielskich, 3 francuskich, 4 niemieckich, 2 belgijskich, 3 hiszpańskich, 3 włoskich, po jednym z Holandyi, Danii, Norwegii, Węgier, Czech Polski i Meksyku. Przedstawicielem polskim jest prof. Ciechanowski z Krakowa.

— VII międzynarodowy zjazd fizyologów, jak donosiliśmy, odbędzie się 27 września w Wiedniu pod przewodnictwem prof. Exnera.

— XI zjazd Pirogowa odbędzie się 5 maja w Petersburgu.

— Między innymi tematami na zjeździe w Paryżu, poświęconym higienie szkolnej, będą rozpatrywane następujące: „Ujednostajnienie metod badań fizycznych w szkole”, „Wychowanie płciowe” i „Przygotowanie i wybór lekarza szkolnego”.

— Mianowanie w Prusiech lekarzy praktyków profesorami in partibus infidelium wywołało słuszny protest ze strony izby berlińskiej. Doszło do tego, że tytuł ten otrzymują różni przyrodolekarze w rodzaju np. niejakiego Kleina, asystenta Schweningera. Izba słusznie wyraża z tego powodu oburzenie, tego bowiem rodzaju nominacje obniżają wartość bardzo cenionego tytułu.

STOVAÏNE

Najskuteczniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo. Dawkowanie takie same jak kokainy.

ATOXYL

Najskuteczniejszy, najmniej trujący z organicznych przetworów arsenowych.

TUBERCULIN TEST

W celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej prof. Calmette'a.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Reconstituens, neurastenia, anemia, ózgu, zmęczenie, rekonwalescencya

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS

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

ŻELAZO!

Fersan

FOSFOR!

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

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk)

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kołaczyki fersanowe.

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

Fersan-Werk, Wien IX

**SANTÉINE**

Działanie pewne przy

ZAPARCIU STOLCA

zaburzeniach w trawieniu, migrenie i hemoroidach i t. d.

Dawka : dorosłym 2-4 pastylki, dzieciom 1/2-2 stosownie do pożądanego działania.

MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS

Blizsze szczegóły we wszystkich aptekach.

STOVAÏNE

Najsilniejszy, najmniej trujący i najtańszy z wszystkich środków znieczulających miejscowo. Dawkowanie takie same jak kokainy.

ATOXYL

Najsilniejszy, najmniej trujący z organicznych przetworów arsenowych.

TUBERCULIN TEST

W celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej prof. Calmette'a.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Reconstituens, neurastenia anemii, ózgu, zmęczenie, rekonwalescencya

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS

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

ŻELAZO!**Fersan****FOSFOR!**

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

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk)

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kołaczyki fersanowe.

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

Fersan-Werk, Wien IX

**SANTÉINE**

Działanie pewne przy

ZAPARCIU STOLCA

zaburzeniach w trawieniu, migrenie i hemoroidach i t. d.

Dawka : dorosłym 2-4 pastylki, dzieciom 1/2-2 stosownie do pożądanego działania.

MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS

Blizsze szczegóły we wszystkich aptekach.