

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 16.

Warszawa d. 16 kwietnia 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 drobnym 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.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych, podał d-r med Henryk Higier. — O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy wczesnym ośpieniem a maniakalno-depresyjną psychozą, podał Adam Wizel. (Dok.) — STRESZCZENIA. *Chirurgia*. 74. Reifferscheid. Samoistne krwawienie nerkowe. — 75. C. Weinbrenner. Pooperacyjna niedrożność dwunastnicy (ileus duodenalis). — 76. Lucas Championnière. O leczeniu złamania dolnego końca kości promieniowej. — 77. Frischmuth. O zatorze tłuszczowym. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — BIBLIOGRAFIA. O nowszych podręcznikach historii medycyny, podał Henryk Higier. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych¹⁾

Podał

D-r med. Henryk Higier.

Szanowni Panowie!

Rozdział o „diplegii mózgowej postępu-

jacej” bywa bardzo po macoszemu traktowany w podręcznikach i monografiach chorób dziecięcych i nerwowych.

Ja rozumiem pod tą nazwą przewlekłe rozwijające się, rodzinne i dziedziczne porażenie mózgowe wieku dziecięcego z jego różnolitymi odmianami, w których przeważają częstokroć niedowłady kurczowe, a wyjątkowo zamiast porażenia w postaci paraplegii spastycznej, tetraplegii lub porażenia wrzekomo opuszkowego dominują objawy podrażnienia w dziedzinie rucho-

¹⁾ Według odczytu, mianego w sekcji neurologicznej Zjazdu Międzynarodowego w Budapeszcie. Artykuł ten stanowi rozdział z większej pracy: „Patologia chorób dziedzicznych“, w której się znajdują bliższe dane bibliograficzne.

wej lub wybitne zaburzenia umysłowe. Jako przykłady wystarcza wspomnieć o postępującej atetozie obustronnej, płasawicy dziedzicznej i degeneracyjnym idyotyzmie padaczkowym.

Przystępując do omawiania interesującej nas sprawy, zaczynam od pewnej, teoretycznie nader ważnej postaci diplegii mózgowej, w Europie zachodniej względnie mało, u nas dosyć dobrze znanej, której pierwsze dokładne opisy kliniczne zawdzięczamy amerykańskim lekarzom, zwłaszcza SACHSOWI, a pierwsze badania anatomo-patologiczne europejskim histologom, zwłaszcza SCHAFFEROWI.

Obraz histologiczny, przezeń w tej diplegii stwierdzony i w wielu przypadkach dokładnie sprawdzony, powtarza się ze ścisłością fotograficzną i zdaje się być dla diplegii mózgowej swoistym. Dla uniknięcia nieporozumień dodać muszę, że mam tu na myśli wyłącznie tę postać diplegii, którą przed kilku laty²⁾ ochrzciłem mianem, powszechnie obecnie przyjętem, choroby TAY-SACHSA lub idyotyzmu rodzinnego paralityczno-amaurotycznego (*idiotismus familiaris amaurotico-paralyticus*), „aby z jednej strony w równym stopniu zaznaczyć zasługi obu badaczy, a z drugiej, aby odróżnić od innych częstych idyotyzmów amaurotycznych (po zapaleniu mózgu lub opon, po diplegii mózgowej przewlekłej, po urazie, po ciężkich porodach), które rzadko cechują się charakterem rodzinnym, wyjątkowo porażeniami zupełnymi, nigdy zaś zwyrodnieniem żółtej plamki siatkówki”.

Mam na myśli te przypadki rodzinne, spotykane prawie wyłącznie wśród rasy żydowskiej, najczęściej w Królest-

wie i na Litwie, które się rozpoczynają po kilkomiesięcznym okresie utajenia w pierwszym roku życia od apatii, ośłupienia umysłowego i postępującego niedowładu kończyn i w ciągu 2—3 roku życia się kończą nieodwołalnie śmiercią wśród objawów charłactwa, porażenia zupełnego, idyotyzmu, ślepoty, zaniku nerwów wzrokowych i zwyrodnienia swobodnego plamki żółtej.

Na pierwszym miejscu świadomie stawiam właśnie tę postać, gdyż w poważnym gronie chorób dziedziczno-rodzinnych idyotyzm amaurotyczny TAY-SACHSA zarówno klinicznie, jak anatomicznie przedstawia według wyrażenia SCHAFFERA, paradygmat: nie znamy bowiem drugiej postaci o tak jasnym podłożu patologicznym, o tak wybitnie zaokrąglonym i stałym obrazie klinicznym i o tak swoistych cechach etiologicznych.

Przy układzie nerwowym, na pierwszy rzut oka absolutnie normalnym, przy braku objawów zapalnych i zmian naczyniowych, przy niezmienionych ilościowo komórkach zwojowych uderzają liczne samoistne zniekształcenia i zwyrodnienia swoiste (*degeneratio cystica*) wszystkich komórek zwojowych — nie wyłączając jednej — od szarej substancji kory do najdolniejszego odcinka rdzenia, komórek szarej istoty korowej, zwojów podkorowych, rogów przednich rdzenia, zwojów międzykręgowych, komórek zwojowych układu współczulnego oraz siatkówki: wzdęcia w postaci ampul i baniek, obrzmienia dendrytów, względnie ciała komórek, grudy większych, ziarnistych, zaokrąglonych komórek, pozbawionych wyrostków protoplazmatycznych (przerostowe komórki gliowe?). SCHAFFER zalicza to cierpienie, w którym dotknięta

²⁾ H. Higier. Choroba Tay Sachsa. Gaz. Lek. 1901.

H. Higier. Weiteres zur Klinik der familiären Idiotie. Neur. Ctb. 1901.

zostaje specyficznie nerwowa bezpostaciowa hyaloplazma, a oszczędzone zostaje rusztowanie włókienkowo-siatkowate, do chorób, wskutek zużycia tkanki powstałych, do t. zw. *A u f b r a u c h s k r a n k h e i t e n* w myśl teorii EDINGERA³⁾.

Nie bez słuszności twierdzi VOGT, że wzmiankowane dane anatomo - patologiczne są tak wyczerpujące i podstawowe dla nakreślenia swoistego obrazu chorobowego, że przypadki o identycznych cechach anatomicznych bez względu na inne swoiste ich właściwości do tego wspólnego typu zaliczane być winny.

Cierpienie to pierwszych 2 lat życia, wyodrębnione z wielopostaciowej grupy idiotyzmu dziecięcego, dziwnym zbiegiem bardzo wyjątkowo kojarzy się z innymi lub przechodzi w inne, liczne, oddawna znane postaci otępienia dziecięcego.

VOGT, rozbiegając szczegółowo stosunek danego typu do analogicznych chorób, kończy rozumowanie swoje następującą uwagą: „przypadki, podobne w przebiegu swoim do idiotyzmu rodzinnego TAY-SACHSA, spotykają się nie tylko w pierwszym roku życia, ale i w późniejszym wieku dziecięcym. Przypadki takie pod nazwą „rodzinną diplegię mózgową” zostały opisane przez HIGIERA, a następnie przez FREUDA i PELIZABUSA”. Różnice między idiotyzmem amaurotycznym TAY-SACHSA wczesnego dzieciństwa a diplegią mózgową HIGIER-FREUD. późniejszego dzieciństwa⁴⁾ mają być, zdaniem VOG-

TA, do którego się przyłączają częściowo lub całkowicie SCHAFFER i SPIELMEYER, odmianami tego rodzinnego typu chorobowego, który zasadniczo cechuje się stopniowem upośledzeniem układu ruchowego i wzrokowego.

Nie mając zamiaru bliżej krytykować teoryę VOGTA, chcę tylko zaznaczyć, że nie wydaje mi się rzeczą tak prostą połączenie obu grup w jeden typ kliniczny, pomimo że każde uogólnienie w klasyfikacji patologicznej witam *a priori* z sympatją i pomimo że osobiście w kilku pracach⁵⁾ na bliskie ich pokrewieństwo pierwszy wskazywałem. A twierdzą to z następujących powodów:

1) Postać młodzieńczą spotyka się często w kilku pokoleniach (przypadek PELIZABUSA), w postaci zaś dziecięcej, kateksochen rodzinnej, nigdy nie widziałem tego.

2) Postać dziecięca stanowi pod pewnym względem ścisłą grupę etnologiczną, gdyż spotyka się ją wyłącznie u osobników „pochodzących z ziem polsko-litewskich;

3) W chorobie TAY-SACHSA uderza u sposobie *par excellence* rasowe, obdarzające cierpieniem prawie wyłącznie oseski pochodzenia semickiego, czego nie notowano w zwykłej diplegii mózgowej.

4) Postać, w późniejszym wieku rozwijająca się, t. j. między 7 a 15 rokiem życia, jest

³⁾ Że włókienka nerwowe (*Neurofibrille*) nie stanowią zasadniczej substancji komórek, jak powszechnie mniemają, lecz jedynie rusztowanie, wewnątrz neuroplazmy rozłożone, osie, na których się opiera zaródź, przewodnictwem bodźców kierująca, dowiedli ostatnio między innymi W o l f f B i e l s c h o w s k y.

⁴⁾ Według autorów, którzy pierwsze dokładne badania histologiczne podali, pierwsza postać zwie się także *S a e h s - S c h a f f e r a*, druga *S p i e l m e y e r V o g t a*.

⁵⁾ Higier. O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia. *Medycyna*. 1896 i *Deut. Zeit. f. Nerven*. 1896.

Higier. Choroba Tay-Sachsa. *Gaz. Lek.* 1901. *Neur. Ctb.* 1901.

Higier. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. *Kron. Lek.* 1899. *Deut. Zeit. f. Nerv.* 1899.

Higier. Przyczynek do kliniki samoistnych i współbieżnych zapaleń nerwu wzrokowego. *Kron. Lek.* 1898. *Neur. Ctb.* 1898.

Higier. Rodzinny bezład mózdkowy i choroba Tay-Sachsa. *Medycyna*. 1906. *Deut. Zeitsch. f. Nerven*. 1907.

chorobą bardzo rzadką, podczas gdy TAY-SACHSA choroba, kończąca się zazwyczaj w 2—3 roku życia śmiercią, jest cierpieniem wcale nie tak wyjątkowym, u nas nawet nie rzadszem, a bodaj czy nie częstszym od wielu innych postaci wewnątrzustrojowych, w rodzaju banalnej dystrofii ERBA, bezładu dziedzicznego FRIEDREICHA lub rodzinnego porażenia spastycznego bocznego STRUMPELLA.

5) W 16 przypadkach TAY-SACHSA, jakimi rozporządzam, i z których część została opisana, część w Warsz. Tow. Lek. przeze mnie przedstawiona, nie spotkałem ani jednego bez nader charakterystycznej, towarzyszącej zanikowi nerwu wzrokowego i jedynie tu spotykanej zmiąny degeneracyjnej plamki żółtej siatkówki; natomiast ani razu nie widziałem tego swoistego zabarwienia czerwonego plamki w 3 rodzi-
nach z 9 przypadkami „późniejszej” diplegii mózgowej, pomimo że zaniku nerwu wzrokowego z częściową lub całkowitą ślepotą nie brakło w nich ani razu ⁶⁾.

6) Nie obserwowałem ja, ani też nikt inny obu postaci jednocześnie w jednej rodzinie.

7) Obraz kliniczny powtarza się we wszystkich przypadkach TAY-SACHSA prawie stereotypowo, podczas gdy w postaci drugiej (*spätinfantile Form*) obraz jest bardziej pstry i różnolity (np. u moich chorych raz obserwowałem bezład, raz zaniki mięśniowe, raz oftalmoplegię wewnętrzną).

8) Przebieg w postaci młodzieńczej jest na wskroś przewlekły, lata i dziesiątki lat ciągnący się, podczas gdy w postaci dziecięcej,

której okres utajenia trwa kilka miesięcy, przebieg jest znacznie szybszy, prawie podostry, niezwykle dla wszelkich innych postaci idyotyzmu wieku dziecięcego.

9) Postać przewlekła zdradza czasem typ dziedziczenia, który bliżej określiłem w innym miejscu ⁷⁾ pod nazwą „*hereditas matriarchalis masculina*”, a polegający na tem, że chorobę przenoszą wyłącznie kobiety, (pozostające same przy zdrowiu), na dzieci swoje wyłącznie płci męskiej; w postaci dziecięcej cierpią dzieci jednego tylko pokolenia i bez wyróżnienia tej lub owej płci.

10) Wreszcie istnieją między nimi poważne różnice anatomo-patologiczne, o których niżej będzie mowa.

APERT, który w roku ubiegłym pierwszy odnośny przypadek we Francji spostrzegł i opisał, jeszcze kategorycznie protestuje przeciw połączeniu obu powyższych postaci w jedną. Pour ce—píše — qui est des cas „tardifs”, dont certains ont été suivis d'autopsie, on peut affirmer dès maintenant, qu'ils doivent être classés à part, qu'il faut leur laisser le nom de diplégie spasmodique familiale avec amaurose HIGER et qu'ils n'ont rien à voir avec la maladie de TAY-SACHS.

SPIELMEYER usiłuje dowieść, że istnieją poważne różnice i histologicznej natury między postacią TAY-SACHSA a jego przypadkami „*diplegiae tardae*”, klinicznie przebiegającymi z zanikiem siatkówki i z prawie zupełnym brakiem porażenia. Tam u TAY-SACHSA spotyka się ciężkie zniszczenie komórek i spustoszenie kory, tutaj prawidłowy układ komórek korowych rzędami bez wybitnych braków i przepuszczeń; tam częsty brak otoczek nerwowych w drogach piramidalnych i zanik włókien nerwowych w korze, tutaj zachowanie tychże; tam liczne ziarna rozpa-

⁶⁾ Co się tyczy przyczyny ślepoty w obu postaciach, mam to przekonanie, że nie zawsze zależną jest od zaniku nerwu wzrokowego, że tu i owdzie, jakem w swojej pierwszej pracy powiedział, „ślepotę a może i zwyrodnienie plamki żółtej należy uważać za skutek rozlanej sprawy degeneracyjnej mózgowia“.

⁷⁾ Higer. Patologia chorób dziedzicznych (część ogólna) Medycyna 1909. Neurol. Ctb. 1909.

dowe w komórkach, tutaj braki ich; tam pierwotne zniszczenie warstwy komórek zwojowych i włókien nerwowych siatkówki oraz nerwu wzrokowego, tutaj zwyrodnienie nabłonka nerwowego (warstwy czopków i wałeczków) przy zachowaniu pozostałych elementów nerwowych siatkówki i nerwu wzrokowego; tam wewnątrz-i zewnątrzkomórkowe zwyrodnienie, tutaj wewnątrz komórki rozpoczynające się i wewnątrz komórki pozostające cierpienie.

Pozorne jest podobieństwo między idyotyzmem amaurotycznym komórkowo-patologicznym **TAY-SACHSA** a teratologiczną postacią **SCHAFFERA**. Tę ostatnią cechują wybitne wady rozwojowe, w rodzaju braku wieńca promienistego **GRATIOLETA** i niedorozwoju kory mózgowej, tłumaczących dostatecznie ślepotę i idyotyzm.

Przechodzę do innej postaci postępującej diplegii mózgowej, histologicznie jeszcze bardziej od typów wyżej opisanych uchylającej się.

MERZBACHER niedawno dokonał oględzin pośmiertnych na jednym członku tej słynnej rodziny, diplegią dziedziczną mózgowia dotkniętej, którą **PELIZAEUS** przed laty pod niezbyt uzasadnioną nazwą dziecięcego stwardnienia wieloogniskowego opisał. Choroba rozpoczynała się u wszystkich członków rodziny w pierwszym półroczu życia—w 3—4 miesiącu—i kończyła się śmiercią w wieku męskim, wykazując prawie wszędzie typ dziedziczenia matryarchalno-męski, przy którym kobiety, pozostające nietknięte przez chorobę, przenoszą ją wyłącznie na potomków rodzaju męskiego. Obraz kliniczny stale u wszystkich się powtarzał pod postacią porażenia poprzecznego kurczowego, zaburzeń mowy, znacznego otępienia i zaniku nerwów wzrokowych.

Wielce ciekawy był wynik autopsji tego „stwardnienia wieloogniskowego”, zaliczane-go przezemnie przed laty do grupy rodzin-

nych diplegii mózgowych, a zajmującego niewątpliwie miejsce pośrednie między wspomnianym komórkowo-patologicznym a teratologicznym idyotyzmem amaurotycznym.

Badanie drobnowidzowe wykazało, co następuje: 1) znaczny zanik mózgu, cechujący się utratą otoczek nerwowych i cylindrów osiowych oraz pozornym bujaniem glei, obejmujący substancję białą obu półkul mózgowych, mózdzek i rozgałęzienie spoidła wielkiego, w nieznacznym stopniu włókna projekcyjne torebki wewnętrznej; 2) prawidłowe zachowanie się pod względem liczb, wyglądu i rozkładu komórek i włókien nerwowych kory; 3) nieobecność jakichkolwiek odosobnionych lub zlewających się ognisk stwardnienia lub rozmiękczenia; 4) brak wszelkich objawów zapalnych ze strony tkanki nerwowej lub naczyniowej.

Mamy więc tu do czynienia ze swoistą potwornością, z wrodzonym niedorozwojem włókien osiowych, najwybitniej wyrażonym i umiejscowionym poza obrębem kory w długich torach kojarzeniowych (*aplusia axialis extracorticalis congenita*). Sama nazwa wskazuje, że nie chodzi o pospolitą postać zaniku, ani też o jedną ze znanych form pierwotnego lub wtórnego układowego lub nieukładowego zwyrodnienia włókien. Wyłączone też musi być pokrewieństwo anatomiczne z rozpoznaniem za życia stwardnieniem wieloogniskowym lub z rozsianą, płatową i przerostową sklerozą mózgowia.

Porównywając w mowie będącą diplegię dziedziczną **PELIZAEUS** — **MERZBACHERA** z rodzinną diplegią amaurotyczną, dostrzegamy pewne ciekawe szczegóły natury klinicznej i anatomo-patologicznej. Obraz kliniczny odpowiada u **PELIZAEUSA** w głównych zarysach temu, co się w przypadkach „młodzieńczej” diplegii (**FREUDA**, **HIGIERA** i **VOGTA**) obserwowało, jedynie początek

przypada na okres niemowlęstwa, jak u TAY-SACHSA a przebieg jest bardziej przewlekły.

Obraz anatomo - patologiczny również świadczy przeciw połączeniu obu postaci. W chorobie TAY-SACHSA, jak widzieliśmy, góruje nadewszystko zupełne zwyrodnienie komórki obok zachowania włókna osiowego, w przypadku PELIZAEUS — MERZBACHERA, stanowiącym czysty typ przewlekłej diplegii mózgowej późnego dzieciństwa, przeważa natomiast aplazja, zniekształcenie i zwyrodnienie włókien osiowych obok nietkniętej komórki nerwowej. Tu więc mamy do czynienia z zewnątrz korową aplazją włókien osiowych, tam z korową aplazją samych komórek; tu podłoże patologiczne znajduje swój wyraz w upośledzonej organizacyi t. zw. aksonów, tam w niezdolnej do czynności życiowych zarodki międzywłókienkowej komórki; tu oszczędzanie neurocytu, tam neurytu, przedstawiających autonomiczne części składowe neuronu; tu pierwotne cierpienie włókien neuronowych, tam zmiany patologiczne w hyaloplazmatycznej międzywłókienkowej części neuronu.

Streszczając wszystko powiedziane, dochodzę do wniosku, łączenie w jedno diplegii mózgowej młodzieńczej choroby TAY-SACHSA, jak to czynią VOGT i SCHAFFER, zarówno z stanowiska klinicznego jak anatomo - patologicznego jest co najmniej przedwczesne. Pewne pokrewieństwo rodzinne między obu postaciami istnieje niewątpliwie. Dla obu charakterystyczne są te główne kryteria, które już przed laty podkreślałem, a o których ostatnio BINY wyraża się, jako o zasadniczych mianowicie: *endogenitus, familiavitas, infantilitas, electivitas* oraz brak anatomicznych zmian zapalnych i najeżonych w nich.

(D. In.).

O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy otępieniem wczesnym a psychozą maniakalno-depressyjną.

Referat wygłoszony przez

Adama Wizła,

starszego ordynatora oddziału psychiatrycznego szpitala starozakonnych w Warszawie, na Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów Polskich w październiku 1909 r.

(Dokończenie—Zob. Nr. 15).

Praca URSTEINA, klócająca się z poglądami WILMANNISA, dała impuls do powstrzymania tej pożytecznej reakcyi, wierzymy jednak, iż wnioski URSTEINA nikogo nie przekonają, a materiał, przezeń zebrany, przyczyni się raczej do utrwalenia zasady wręcz przeciwnej.

Zachodzi pytanie, jak należy zapatrywać się na te przypadki, w których istnieje połączenie dwóch zespołów: maniak.-depressyjnego i katatonicznego. WILMANNIS mówi: to jest maniak.-depressyjna psychoza, URSTEIN mówi: to jest otępienie wczesne. Mojem zdaniem, raz to jest maniak.-depressyjna psychoza, drugi raz otępienie wczesne, i tu pozwoliłbym sobie, na mocy własnych, licznych spostrzeżeń, wypowiedzieć zdanie następujące: tam, gdzie objawy katatoniczne występują bardzo wczesnie, gdzie są one nader silnie wyrażone i gdzie dominują niejako nad całym obrazem klinicznym choroby, tam mamy do czynienia z otępieniem wczesnym. W tych zaś przypadkach, w których objawy katatoniczne występują później, w których są one niezbyt silnie wyrażone i w których zjawiają się epizodycznie, tam istnieje psychoza maniak.-depressyjna.

Aby skończyć ze sprawą rozpoznania różniczkowego pomiędzy dwiema omawianymi chorobami, pozwolę sobie w tem miejscu uczynić jeszcze uwagę następującą.

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

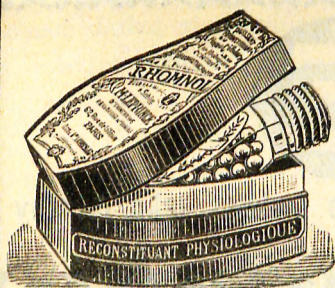
c. ol- amygdalar. alcohole preparatum.

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.



Kwas nukleinowy
i
Nukleofosfaty
naturalne.

RHOMNOL

$C_{40} H_{54} A_{14} O_{27} P_4$

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.
Racjonalne leczenie fosforem.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigulki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, łyżeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.

Wzmoczone ciśnienie

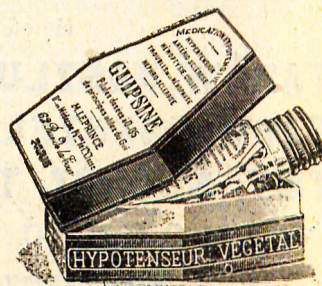
Miażdżycy tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



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

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

Zdaniem mojem, dotychczasowe metody kliniczne badania nie są zgoła wystarczające do przeprowadzenia w każdym przypadku rozpoznania różniczkowego pomiędzy otępieniem wczesnym a psychozą maniak-depresyjną. W wielu przypadkach dają one wyniki dodatnie, w dużej jednak liczbie przypadków, a mianowicie w tych, które, dla wyłuszczonej wyżej przyczyn, przedstawiają znaczne trudności rozpoznawcze, zawodzą one i pozostawiają problemat nierozstrzygniętym. By sprawa dyagnostyki postąpiła naprzód, należałoby stworzyć inne jeszcze metody kliniczne badania. Mam tu na myśli przede wszystkim badania nad krwią i nad przemianą materii. Sprawą tą zajmowało się już wielu uczonych, że tu wspomnę dla przykładu nazwiska kilku autorów, jak J. H. SZULTZ, LUNDRALI, PIGHINI i PAOLI, którzy w ostatnich czasach kwestyi tej prace poświęcili, ale przyznać trzeba, iż, jak dotąd, wyniki dociekań w tym kierunku są jeszcze bardzo nikłe. Mimo to jednak można się spodziewać, iż w przyszłości dadzą się osiągnąć większe rezultaty, i że przyszłe odkrycia chemiczne i hematologiczne staną się punktem wyjścia dla nowych metod klinicznych. Zwłaszcza spodziewać się tego należy w stosunku do otępienia wczesnego, które to cierpienie jest zaliczane przez licznych psychiatrów do grupy chorób zewnątrz-pochodnych (egzogennych), t. j. mających podłoże anatomiczne lub będących pochodzenia toksycznego.

W roku bieżącym pewną sensacyę w świecie naukowym wywołała praca MUCHA i HOLZMANN. Uczonym tym zdawało się, iż w działaniu pewnego jadu (jad kobry) na ciążka krwi ludzkiej znaleźli oni podstawę dla pewnej nowej metody klinicznej, — reakcja ta ma się zmieniać pod wpływem surowicy krwi, wziętej od chorych z psychozą maniak-depresyjną i otępieniem wczesnym. Odkrycie jednak Mucha i Holzmann bardzo szyb-

ko znalazło zaprzeczenie ze strony innych badaczy, którzy doświadczenia ich przerobili, — i dziś do odkrycia tego nikt nie przywiązuje żadnej wagi. Sądzymy jednak, że droga na którą weszli MUCH i HOLZMANN, jest właściwa, i że przyszłość przyniesie nam szczęśliwsze pod tym względem odkrycia.

Mówiąc dotąd o rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy otępieniem wczesnym a psychozą maniakalno-depresyjną, mieliśmy na względzie głównie dwie pierwsze odmiany kliniczne otępienia wczesnego, a mianowicie hebefrenię i katatonię. Obecnie przechodzimy do rozpoznania różniczkowego trzeciej odmiany, a mianowicie otępienia paranoidnego (*dementia paranoides*).

Jeżeli o postaci tej uważamy za właściwe mówić oddzielnie, to wynika to ztąd, iż postać ta pod względem objawów dość znacznie odbiega od hebefrenii i katatonii, i że stanowisko jej kliniczne nie jest jeszcze zupełnie jasne.

Otępienie paranoidne KRAEPELIN określa w sposób następujący: w chorobie tej, obok objawów szybko rozwijającego się osłabienia psychicznego, przy doskonale zachowanej orientacyi, spostrzegamy liczne urojeń (a nieraz także halucynacje), które przez szereg lat stanowią najwybitniejszy objaw choroby. Postać tę KRAEPELIN zalicza do grupy wczesnego otępienia dla trzech przyczyn: 1) z przyczyny szybko zjawiającego się otępienia, 2) z powodu ostrego częstokroć początku sprawy, 3) z powodu przyłączania się do obrazu choroby objawów katatonicznych, jak stany osłupieniowe, zmanierowanie, gra słów, neologizmy, mowa bezładna.

O ile opisy hebefrenii i katatonii, podane przez KRAEPELINA, zyskały ogólne uznanie, i nikt stanowiska klinicznego tych dwóch postaci nie kwestyonuje, o tyle poglądy KRAEPELINA na *dementia paranoides* spotkały się tu i owdzie z krytyką, i nawet wielu skądinąd

zwolenników KRAEPELINA przeciwko tym poglądom występuje, że zacytuje między innymi nazwiska ASCHAFFENBURGA, KLIPSTEINA, STRANSKYEGO i HOCHEA.

KRAEPELIN, jak wiadomo, przyjmuje dwie odmiany kliniczne otępienia paranoidnego.

Pierwsza z nich charakteryzuje się: „trwałą obecnością tłumnych, pozbawionych związku wewnętrznego i nader zmiennych urojeń wielkości i prześladowczych przy jednoczesnym nieznacznym podnieceniu; zejściem tej choroby jest pomieszanie otępieniowe”. Druga odmiana charakteryzuje się tem, iż w niej potworne urojenia, którym zazwyczaj towarzyszą liczne halucynacje, rozwijają się w sposób bardziej spójny, i przez szereg lat utrzymują się one nietknięte, przyczem urojenia te w końcu albo znikają zupełnie albo ulegają całkowitemu pomieszananiu.

Zejściem choroby i tutaj jest osłabienie psychiczne.

Co do tej drugiej odmiany, to zauważyć należy, iż sam KRAEPELIN nie ma pewności, czy słusznie czyni, zaliczając ją do grupy otępienia wczesnego.

Kwestya, którąśmy tu poruszyli, jest niezmiernie doniosła, dotyczy ona wogóle przewlekłych stanów paranoi cznych.

Do czasów KRAEPELINA wszystkie te stany, które się charakteryzują przewlekłym bredzeniem, psychiatrzy niemieccy zaliczali, bez względu na przebieg sprawy, do jednej wielkiej grupy, do t. zw. paranoi.

KRAEPELIN rozbił tę wielką grupę paranoiczną na dwa odłamy kliniczne, nic zgoła ze sobą wspólnego nie mające.

Do jednego zaliczył te względnie rzadkie przypadki, w których widzimy niezmiernie wolno rozwijającą się i długie lata trwającą sprawę, charakteryzującą się „obecnością trwałego, niezmiennego systemu urojeń przy zupełnie zachowanej jasności i ładzie w myśle-

niu, chceniu i postępowaniu”. Przypadki te niezmiernie chronicznie przebiegają bez żadnych defektów psychicznych, i dopiero po wielu dziesiątkach lat zaczynają występować pewne znamiona osłabienia psychicznego. Dla tego rodzaju przypadków KRAEPELIN rezerwuje nazwę paranoi.

Od tych przypadków, zdaniem KRAEPELINA, różnią się zasadniczo te wszystkie, w których „urojenia stają się prędko potwornymi, są sprzeczne ze sobą, są niezmiernie wybujałe lub, przeciwnie, bardzo ubogie, są nadzwyczaj zmiennie, i w których urojenia te po krótszem albo dłuższem trwaniu ustępują na drugi plan i zacierają się”. Tego rodzaju przypadki kończą się prędzej lub później, niekiedy bardzo prędko, wyraźnem, niekiedy bardzo wybitnem otępieniem. Przypadki te KRAEPELIN zalicza do wspomnianej powyżej grupy: *dementia paranoides*.

Rzekliśmy wyżej, iż nauka KRAEPELINA o *dementia paranoides* nie zyskała w pełni uznania. Prócz wspomnianych wyżej autorów świeżo przeciwko KRAEPELINOWI wystąpił KÖLPIN ¹⁾, który dowodzi, iż obok postaci klinicznych, zasługujących w zupełności na miano postaci paranoidnej otępienia wczesnego, istnieją inne, które zajmują miejsce pośrednie pomiędzy *dementia paranoides* i właściwą paranoją (jest to owa druga odmiana Kraepelinowska otępienia paranoidnego), i że postaci tej żadną miarą nie należy za odmianę kliniczną otępienia wczesnego uważać. Według KÖLPINA postać ta winna być uważana za zupełnie samoistną jednostkę chorobową. I dlatego autor ten proponuje, aby przyjmować dwie grupy: 1) postać paranoidną otępienia wczesnego i 2) otępienie paranoidne, jako chorobę samodzielną.

Co do mnie, to na mocy materiału kli-

¹⁾ Kölpin. Ueber Dementia praecox insbesondere die paranoide Form derselben. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1908.

nicznego, z którym mam od wielu lat do czynienia, ja osobiście już dawno przyszedłem do przekonania, iż *dementia paranoides*, różniąc się zasadniczo od paranoi, niemniej zasadniczo różni się od otępienia wczesnego.

Ci wszyscy chorzy z *dementia paranoides*, których ja miałem sposobność obserwować, nader wyraźnie odbiegają od typu hebefreniczno-katatonicznego. Chorzy tej kategorii są zazwyczaj bardzo naturalni, bardzo dostępni, żadnego nie wykazują zmanierowania, nie są wcale lub bardzo niewiele negatywistyczni, w zachowaniu się swem nader prości, uprzejmi i nawet serdeczni, wszystkim, co się wokoło nich dzieje, interesują się, czytują gazety, obchodzą ich wypadki polityczne, posiadają duży zapas afektu i nie są pozbawieni instynktu społecznego. Jakżeż znacznie różnią się oni od hebefreników i katatoników, owych chorych dziwacznych, zmanierowanych, niedostępnych, karykaturalnych, negatywistycznych, uczuciowo otępiiałych, na wszystko obojętnych, od życia odciętych, w najwyższym stopniu aspołecznych. A dalej zwrócić muszę uwagę na to, iż proces otępieniowy w przypadkach *dementia paranoides* jest o wiele powolniejszy i o wiele mniej głęboki, aniżeli w hebefrenii lub katatonii. Chorzy z *dementia paranoides* jeszcze po wielu latach trwania choroby zachowują dość duży zapas inteligencji i nigdy wogóle nie dochodzą do takich znacznych stopni otępienia, do jakich dochodzą hebefrenicy i katatonicy.

Na zasadzie tych wszystkich faktów śmiem utrzymywać, iż *dementia paranoides* nie jest zgoła odmianą kliniczną otępienia wczesnego i, jakkolwiek stanowi ona również sprawę złośliwą, o charakterze destrukcyjnym, winna jednak zajmować w szeregu chorób umysłowych stanowisko samodzielne. Ja idę jeszcze dalej, aniżeli KÖLPIN, i utrzymuję, że nie tylko druga postać Kraepelinowska *dementiae*

paranoides, ale i pierwsza nie ma nic wspólnego z otępieniem wczesnym, nie może bowiem być momentem rozpoznawczym większa lub mniejsza zmienność, większa lub mniejsza trwałość i większa lub mniejsza spójność urojeń.

Dla mnie istnieją tylko dwie odmiany kliniczne otępienia wczesnego, a mianowicie hebefrenia i katatonia, których granice zresztą tak się częstokroć zacierają, iż niepodobna powiedzieć, z którą z tych odmian ma się do czynienia,—co zaś do *dementia paranoides*, to postać ta stoi zupełnie oddzielnie i nic wspólnego z otępieniem wczesnym nie posiada.

Paranoia i *dementia paranoides* wyczerpują, według KRAEPELINA, całkowity zakres przewlekłych stanów paranoicznych. W ostatnich jednak latach zjawily się prace, dowodzące, iż w ramach kraepelinizmu nie mieści się to wszystko, co pod postacią bredzenia przewlekłego przebiega. A mianowicie, dwa lata temu prof. BONHOEFFER z Wrocławia ogłosił w 1907 r. pracę p. t. „Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen”, w której dowodzi istnienia stanów paranoicznych u zwyrodniałych, przyczem zaznacza, iż stany te pod wpływem nauki KRAEPELINA zostały zapoznane, częstokroć bowiem są one niesłusznie wciągane do nadmiernie rozszerzonych granic otępienia wczesnego lub psychozy maniakalno-depresyjnej.

Mysł BONHOEFFERA nie jest, co prawda, nowa,—o wiele lat przed nim znakomity psychiatra francuski, MAGNAN, pisał obszernie o stanach paranoicznych u degenerantów, nazywając je: „syndromes episodiques des dégénérés”.

MAGNAN podał doskonałą charakterystykę tych stanów, opisał dokładnie ich symptomatologię, przebieg i zejście. Według MAGNANA stany paranoiczne u degenerantów występują zwykle dość ostro, nie wykazują ścisłego porządku chronologicznego w ewolucyi

urojeń (jak to bywa w t. zw. *délire chronique*), kończą się zazwyczaj wyzdrowieniem i nie pozostawiają po sobie żadnych defektów psychicznych.

Psychozy degeneracyjne **BONHOEFFER** dzieli na 3 różne postaci kliniczne, których wspólną cechą charakterystyczną jest to, iż wszystkie one mają pomysłne zejście.

Wślad za **BONHOEFFEREM** poszedł inny psychiatra niemiecki, **BIRNBAUM**, który w pracy swej p. t. „o przejściowych stanach urojeniowych na gruncie degeneracyjnym” ⁸⁾, dowodzi tego samego, co **BONHOEFFER**. W pracy swej charakteryzuje on dokładnie urojenia degenerantów i wykazuje głębokie różnice, zachodzące pomiędzy urojeniami paranoików. Urojenia degenerantów odznaczają się, według **BIRNBAUMA**, powierzchownością, niestałością, zmiennością, podatnością na wpływy zewnętrzne, wielopostaciowością, brakiem wszelkiej systematyzacji. Co się tyczy przebiegu sprawy, to początek bywa ostry, niekiedy nagły, — w dalszym rozwoju choroby nie widzimy stopniowej ewolucyi urojeń, lecz zjawianie się (w postaci skoków) nowych urojeń bez żadnego związku z poprzednimi, — zejście choroby bywa albo nagłe albo stopniowe z licznymi wahaniami. Zazwyczaj sprawa kończy się bardzo pomysłnie, niekiedy tylko przebieg jej bywa bardzo przewlekły.

Szanowni Panowie! To wszystko, cośmy wyżej rzekli o przewlekłych stanach paranoicznych, musimy mieć na uwadze, gdy chodzi o rozpoznawanie maniak.-depressyjnej psychozy.

Jak wiadomo, w psychozie maniak.-depressyjnej urojenia bynajmniej nie są rzadkie, w dodatku bywają one w tej chorobie niekiedy bardzo silnie wyrażone, a nawet cza-

⁸⁾ Birnbaum. Ueber vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

sami wysuwają się niejako na pierwszy plan obrazu klinicznego choroby. Jeżeli nadto dany napad maniakalno-depressyjny będzie miał bardziej chroniczny przebieg, to przy silnem zabarwieniu paranoicznym przypadku można łatwo odnieść wrażenie, iż ma się do czynienia z jakąś paranoiczną sprawą. Postać taką, którą pozwoliłbym sobie nazwać *postacią paranoiczną psychozy maniakalno-depressyjnej*, znana jest w literaturze, że dla przykładu przytoczę dwa przypadki, opisane przez Hansa **LAEHRRA** ⁹⁾ p. t. „Ueber zwei atypische Fälle von cirkulärem Irresein”. Podobne przypadki każdy z psychiatrów oczywiście spostrzeżał. Otóż przypadki takie należy mieć zawsze w pamięci i umieć je odróżnić od różnych stanów paranoicznych. Tu nawiasowo dodam, iż kliniczne podobieństwo podobnych przypadków do grupy paranoicznej jest tak wielkie, iż niektórzy autorowie wzięli ztąd nawet asumpt do nader ryzykownego twierdzenia, iż typowa paranoia nie jest bynajmniej chorobą samoistną, lecz że stanowi ona tylko specjalną odmianę psychozy maniakalno-depressyjnej. Z takim poglądem wystąpił właśnie w roku zeszłym prof. **SPECHT** ¹⁰⁾ z Erlangen, ale oczywiście pogląd ten jest całkowicie mylny.

Postacie paranoiczne maniakalno-depressyjnej psychozy należy umieć odróżnić od: 1) *dementia paranoides*, 2) stanów paranoicznych u zwyrodniałych, 3) typowej paranoi.

Co się tyczy *dementia paranoides*, to postać ta ma bardzo dużo wspólnego z paranoiczną postacią psychozy maniakalno-depressyjnej. *Primo*, i tu i tam początek bywa ostry lub podostry, *secundo*, i tu i tam widzi-

⁹⁾ w księdze jubileuszowej zakładu „Schweizerhof“.

¹⁰⁾ Prof. Specht. Ueber die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Central. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

my szybką ewolucję urojeń, *tertio*, i tu i tam może być pomyślnie zejście, wiemy bowiem, iż *dementia paranoides* daje niekiedy bardzo dobrą remisję. Za momenty różniczkowe należy, zdaniem mojem, uważać dane następujące: 1) w psychozie maniakalno-depressyjnej widzimy na początku choroby lub w jej przebiegu czysto maniakalne lub czysto depressyjne objawy, 2) urojenia są mniej bezsensowe i mniej potworne, niż w *dementia paranoides*, 3) chory zwykle nie zdradza pomieszanej mowy (Wortsalat), i pismo jego jest mniej lub więcej składne, 4) chory nie wykazuje żadnych defektów psychicznych, 5) jednym z najważniejszych momentów rozpoznawczych jest anamneza: jeżeli chory w przeszłości miał napady psychozy cyrkularnej, to z wielkiem prawdopodobieństwem należy przypuścić psychozę maniakalno-depressyjną.

Od czystej paranoi psychoza maniakalno-depressyjna różni się bardzo wyraźnie. Nader wolny początek, powolna ewolucja urojeń, bardzo wyraźna ich systematyzacja, niezmiernie chroniczny przebieg, — wszystko to za czystą paranoją przemawia.

O wiele trudniej przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy postacią paranoidną psychozy maniakalno-depressyjnej a stanami paranoicznymi u zwyrodniałych.

Początek, przebieg i zejście w obu tych sprawach mogą być zupełnie jednakowe. Jednakże urojenia tu i tam różnią się od siebie, — musimy pamiętać to, co mówi BIRNBAUM o urojeniach u zwyrodniałych. Prócz tego różniczkować obie te sprawy można, zdaniem mojem, na zasadzie anamnezy, wykazującej brak lub obecność w przeszłości napadów maniakalnych lub depressyjnych, oraz na mocy ścisłej obserwacji klinicznej, wykazującej brak lub obecność czysto maniakalnych lub czysto depressyjnych objawów obok sprawy urojeniowej. Oczywiście, waż-

ne jest także stwierdzenie, czy chory w przeszłości nie wykazywał tych lub innych objawów zwyrodnienia psychicznego.

Po tem wszystkiem, com rzekł, pozwolę sobie w kilku punktach streścić wnioski, jakie wypływają z niniejszego referatu:

1) Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy psychozą maniakalno-depressyjną a otępieniem wczesnem jest pewne tylko w przypadkach czystych, typowych zarówno jednego, jak i drugiego cierpienia, w przypadkach zaś atypowych nastęrcza ono wiele trudności, a częstokroć bywa zgoła niemożliwe.

2) Trudność rozpoznania zależy od tego, iż ani w obrazie klinicznym obu chorób, ani w ich przebiegu nie znajdujemy znamion, które byłyby ściśle swoiste wyłącznie dla jednej tylko z dwóch psychoz.

3) Przy współistnieniu zespołów: katonicznego i maniakalno-depressyjnego rozpoznanie winniśmy czynić zależnem od przewagi jednego lub drugiego zespołu.

4) Teza KRAEPELINA o bezwzględnej uleczalności stanów maniakalno-depressyjnych wymaga jeszcze sprawdzenia. Osobiste doświadczenie moje zdaje się przeciwko tezie tej przemawiać. Pod tym względem nauka KRAEPELINA wymaga jeszcze rewizyi, — i każdy z psychiatrów winienby poddać ponownej analizie cały swój materiał kliniczny.

5) Współczesne metody kliniczne badania nie są zgoła wystarczające, i odczuwać się daje potrzeba nowych, dopełniających metod (chemicznych, hematologicznych).

6) *Dementia paranoides* jest jednostką kliniczną samodzielną i z grupy otępienia wczesnego winna być wyłączona.

7) Przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy psychozą maniakalno-depressyjną a *dementia paranoides* należy pamiętać o paranoidnej postaci psychozy maniakalno-depressyjnej oraz o stanach urojeniowych u degenerantów.

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

Chirurgia.

74. Reifferscheid. Samoistne krwawienie nerkowe.

Możliwość samoistnego krwawienia nerkowego, t. j. krwawienia z nerki bez anatomicznych zmian w jej tkankach, jest dotychczas nierozstrzygnięta. KLEMPERER utrzymuje, iż krwawienie to powodowane bywa zwiotczeniem naczyń na tle porażenia nerkowego, skutkiem czego naczynia stają się przesiąkliwymi dla czerwonych ciałek krwi, i stan ten oznacza mianem krwawego moczenia pochodzenia naczynioruchowego (*Hæmaturia angioneurotica*). SCHEDE i SENATOR uważają krwawienie nerkowe za czysto miejscową skłonność krwotoczną, ograniczoną do nerki—za krwawiącą nerkową (*heamophilia renalis*); że w niektórych przypadkach ogólna krwawiąca odgrywa powodującą rolę, dowodem przypadek GROSGLIKA. GUYON, ALBARRAN, POUSSON i inni uważają za przyczynę krwawienia nerkowego nawał (*congestio*) do nerki, który powodowany być może uciskiem na moczowód, zagięciem tego ostatniego a także wskutek zagięcia naczyń nerkowych. Tem objaśnić można krwawienie, spostrzegane przy nerce wędrującej i podczas ciąży, w której i sprawy zakaźne mają pewne znaczenie.

W licznych przypadkach krwawień nerkowych, których przyczyna nie była rozjaśniona, a wyłączone kamice, nowotwory i gruźlicę nerkową, stwierdzić można było sprawę zapalną w nerkach; napewno wiadomo obecnie, że zapalenie nerki (*nephritis*) jest jedną z najczęstszych przyczyn krwawienia nerkowego i że, jako takie, może być tylko jednostronne. Opierając się na tem, zaczęto objaśniać wszystkie przypadki krwawień nerkowych, w których przy drobnowidzowym badaniu znaleziono w nerce najmniejsze ogniska zapalne, nieznaczne blizny lub nieznaczne zwyrodnienie nabłonka a także niewielkie zrosty torebki i istoty korowej, jako

powodowane sprawami zapalnymi, wbrew twierdzeniu KLEMPERERA i SENATORA, którzy utrzymują, iż tak nieznaczne zmiany oddawna już przebytego zapalenia nie są w możności wywołać krwawienia nerkowego. Gdyby wątpliwe, bądź co bądź, objaśnienie powyższe uważać za słuszne, to jednakże jest wiele przypadków, w których nie można było wykryć jakichkolwiek zmian chorobowych w nerce. Do sześciu takich przypadków, znalezionych w piśmiennictwie przez BLEEKA, autor zalicza jeszcze jeden, przez siebie spostrzegany i leczony. Dotyczy on 24-letniej kobiety, u której w rok po pierwszym porodzie, a w 12 dni po skończonym ostatnim prawidłowym miesiączkowaniu, bez żadnej przyczyny wystąpiły bóle w okolicy prawej nerki, promieniujące do brzucha, przyczem było parcie na mocz i wydzielanie się w znacznej ilości płynnej krwi, szczególnie przy wstawaniu zrana i podczas dnia po dłuższem leżeniu.

Badanie cystoskopem wykazało, iż pęcherz jest zdrowy; z ujścia prawego moczowodu wyciekała strumieniem płynna krew. Mocz z lewej nerki, otrzymany za pomocą cewnikowania lewego moczowodu, okazał się zupełnie czystym, bez białka i pierwocin nerkowych. Nerka prawa nie powiększona, lecz bolesna na ucisk. Pacjentka w wysokim stopniu małokrwista, czuje się bardzo wyczerpaną i osłabioną, ani u niej, ani u kogokolwiek w rodzinie skłonności do krwawień niema. Ponieważ zastosowane środki, krew tamujące, przy spokojnem zachowywaniu się i dyecie mlecznej, okazały się nieskutecznymi, dokonano wycięcia nerki, i obecnie pacjentka cieszy się zupełnem zdrowiem. Wycięta nerka makroskopowo okazała się zupełnie prawidłową, tylko na przekrojach u nasady kielichów a także w miedniczce znajdują się powierzchowne wynaczynienia, a nawet wybroczyny. Badanie drobnowidzowe nie wykazało żadnych zmian w tkance nerkowej.

Przypadek ten, zdaniem autora, jest rze-

czywistem samoistnem krwawieniem nerkowem pochodzenia naczynioruchowego według teorii KLEMPERERA; przy obfitem bowiem krwawieniu nerkowem, powodującym znaczną małopokrwistość pacjentki, badanie tak gołym okiem, jak drobnowidzowe wyciętej nerki nie wykazało żadnych zmian chorobowych, na podstawie których możnaby było krwawienie to objaśnić. Zdanie KÜSTERA, że w razie cierpienia jednej nerki, druga, zdrowa, może krwawić, w przypadku tym nie ma zastosowania, albowiem badanie wykazało iż lewa nerka, która nie krwawiła, była zupełnie zdrowa.

W przypadku powyższym autor dokonał wycięcia nerki (*nephrectomia*), a nie zadowolił się nacięciem jej (*nephrotomia*), które w tych razach uważane jest za dostateczne; kierował on się tem, iż małopokrwistość pacjentki była bardzo wielka, i nie chciał jej wystawić, robiąc tylko nacięcie, na ponowne krwawienie nerkowe, które niekiedy po zabiegu tym znowu występuje i jest ostatecznie wskaniem do dokonania wycięcia nerki.

(Zeitschrift für gynäk. Urologie Bd. I. H. 6).

75. C. Weinbrenner. Pooperacyjna niedrożność dwunastnicy (*ileus duodenalis*).

Pomiędzy pooperacyjnymi zaburzeniami w przewodzie żołądkowo-kiszkowym zdarza się postać niedrożności, na którą w ostatnich dopiero czasach zwrócono uwagę; jest nią, pod względem rozpoznawczym i leczniczym szczególnie rodzaj porażenia górnego odcinka kiszek, mianowicie ostre porażenie żołądka, połączone z niedrożnością dwunastnicy. Znamionuje się ona znacznym rozszerzeniem żołądka, wypełniającem niekiedy całą jamę brzuszną do spojenia łonowego. Dwunastnica bierze udział w tem rozszerzeniu aż do miejsca, na którem na poziomo przebiegającej jej części przechodzi trzon kreskowy (*radix mesenterii*) i tętnica kreskowa górna. W tem miejscu dwunastnica jest zamknięta skutkiem napięcia trzonu kreskowego i ucisku przezeń кишки ku kręgosłupowi, co powoduje jej niedrożność; pętle jelit zaś znajdują się opadłe w małej miednicy.

W jaki sposób niedrożność (zamknięcie) dwunastnicy powstaje, nie jest w zupełności rozjaśnione. Obecnie przeważa mniemanie, iż powikłanie to występuje jako objaw wtórny, następczy przy ostrem porażeniu żołądka i przychodzi do skutku wtedy, gdy rozszerzony żołądek wypiera jelita z jamy brzusznej do małej miednicy, i przy szczególnych anatomicznych warunkach jednocześnie ma miejsce naprężenie trzonu kreski i ucisk dwunastnicy. Na zasadzie czynionych przez się doświadczeń na trupie autor uważa wraz z LANDAUEM za możliwe, iż ciężar próżnych kiszek, przy położeniu na grzbiecie i przy pewnej długości, a raczej krótkości kreski, może pociągać kreskę w kierunku osi miednicy, skutkiem czego trzon kreski napręży się i uciska dwunastnicę; nie sądzi jednak, aby w warunkach prawidłowych pociąganie to było dostateczne do wywołania trwałego, nieustępującego zamknięcia. Do tego potrzeba, zdaniem autora, albo jednoczesnego uszkodzenia żołądka, albo ruchowej niedomogi tegoż, nie pozwalającej na usunięcie najmniejszej przeszkody, albo też działają inne przyczyny, powodujące mechaniczny ucisk dwunastnicy, pobudzające lub zwiększające pociąganie kreski lub utwierdzające stale w danem położeniu opadnięte do małej miednicy jelita. Przyczynami temi są głównie zrosty albo tamponada.

Autor poddaje szczegółowemu rozbirowi przypadek, spostrzegany przezeń po laparotomii z tamponadą w zagłębieniu DOUGLASA. Po oddzieleniu zrostów przydatków i macicy i przytwierdzeniu tej ostatniej do ściany brzusznej metodą OLSHAUSENA, tamponada zagłębienia DOUGLASA okazała się konieczną skutkiem powierzchownego krwawienia po zrostach w małej miednicy. W kilkanaście godzin po operacji gwałtowne wymioty żółciowe, wzdęcie i naprężenie brzucha. Ciężkość ciała 38,3°C; tętno 128. Tampon usunięto; brak wiatrów, wymioty zwiększyły się, niepokój, silne pragnienie, oddech przyspieszony, zapasć. Przez wprowadzoną sondę żołądkową wydobyło się wiele gazów i wypompowano znaczną ilość cieczy, żółciowo-zabarwionej, woni bezkałowej; potem brzuch opadł i stał się płaskim. W 1/2 godziny później ponowne

wzdęcie brzucha i gwałtowne wymioty. Ciężota ciała 38,2°C, tętno małe 143; obraz posocznico-porażeniowej niedrożności, lecz wyłączny udział w niej żołądka pozwalał przypuszczać jako przyczynę ucisk dwunastnicy i jej zamknięcie. Z tego powodu próba z ułożeniem w położeniu kolanowołokciowym (w raczka); skutek był nadspodziewany: wymioty natychmiast wstrzymały się, i chora zażądała pozostawienia jej w tem położeniu. Po pewnym czasie wiatry samowolnie zaczęły odchodzić, a przez wlewania do kiszek pobudzono dalszą ich działalność, po trzech kwadransach zaś chorą z powrotem ułożono na grzbiecie. Brzuch zapadły, wygląd dobry, nie ma więcej ani nudności, ani wymiotów. Dalszy przebieg prawidłowy; wyzdrowienie.

Zaznaczenia godny w powyższym przypadku, jak uważa autor, jest gwałtowny przebieg z podwyższeniem ciepłoty ciała; dowodem zaś niedrożności dwunastnicy są: rozszerzenie żołądka, wymioty żółciowe, a nie kołowe i natychmiastowe zniknięcie niedrożności w położeniu kolanowo-łokciowym.

Objawy przemawiają w powyższym przypadku za postacią pierwotnej, a nie następczej niedrożności. Ciężar opróżnionych kiszek, zdaniem autora, nie mógł tu spowodować pociągania i naprężenia trzonu kreskowego i ucisku przezeń poziomo przebiegającej części dwunastnicy, miednica bowiem mała była wytamponowana, i кишки spoczywały na tamponie. Możliwym jednak jest, że przy tamponowaniu przeoczono w małej miednicy jakąś pętlę jelita, przylegającą do wzgórką krzyżowego, i ta była tamponem utwierdzona w niewłaściwym swem położeniu; ona to, unieruchomiona, wywołała pociąganie kreski, które, jak to przekonały doświadczenia, robione na trupie, jest dostateczne, dla powstania rozszerzenia żołądka i ucisku przez trzon kreski dwunastnicy, którego następstwem jest jej niedrożność.

Na zasadzie przypadków z piśmiennictwa i powyższego własnego autor wyciąga następujące wnioski:

1-o Przyczyna (etiologia) pooperacyjnej niedrożności dwunastnicy nie jest dostatecznie wyjaśniona. Mniemanie, że jest postacią wtórną, następczą, spowodowaną

ostrem rozszerzeniem żołądka, nie jest zupełnie pewne, gdyż może ona również powstawać pierwotnie. W tym ostatnim razie przyczyny mechaniczne, szczególniej tamponada i zrosty, są bodźcami, powodującymi pociąganie kreski.

2-o Objawy, mające cechę gwałtownie przebiegającego zapalenia otrzewny, utrudniają mogą rozpoznanie. Dla uniknięcia wrzekomego rozpoznania, mogącego wywołać smutne następstwa, należy przy obecności pooperacyjnych bezustannych wymiotów żółciowych więcej zwrócić uwagi przy różniczkowym rozpoznaniu na możliwość niedrożności dwunastnicy.

3-o Leczenie polega przedewszystkiem na ułożeniu pacjenta w położeniu na brzuchu lub kolanowo-łokciowym. Przy położeniu tem zmienia się kierunek pociągań jakoteż ciężenia kiszek i żołądka, i w ten sposób następuje zwolnienie naprężenia kreski i zniesienie ucisku, wywieranego przez trzon kreski na dwunastnicę. Lekkie zlepy kreski mogą przytem uleść zwolnieniu lub nawet rozerwaniu; możliwość tę trzeba mieć na uwadze i w innych postaciach pooperacyjnej niedrożności i przed przystąpieniem do powtórnej laparotomii wypróbować różne położenia pacjenta.

(Münch. Med. Woch. Nr. 43. 1909).

Jakób Rosenthal.

76. Lucas Championnière. O leczeniu złamania dolnego końca kości promieniowej.

Autor rozróżnia trzy rodzaje typowego złamania kości promieniowej, mianowicie: 1) bez przesunięcia się odłamków, 2) z nieznacznym przesunięciem się odłamków, 3) z bardzo znacznym przesunięciem się odłamków. We wszystkich tych rodzajach złamań kości promieniowej należy zwracać uwagę nie tylko na zniekształcenie, ale też i na uraz stawu. Autor jest tego zdania, że tylko zmiany w stawie, a nie źle poprawione zniekształcenie wywołują następcze utrudnienie w działaniu kończyny. Z tego powodu autor nie radzi usuwać wklinowania, chyba tylko wtedy, gdy zniekształcenie jest wielkie. Złamanie zatem bez przesunięcia się odłamków należy leczyć za pomocą lekkiego unieruchamiającego opatrunku, który nie dopuszcza do

zginania grzbietowego, i za pomocą natychmiastowego mięsienia, połączonego z biernymi, a potem czynnymi ruchami; unikać przy tem należy wszelkich tych ruchów, które mogłyby wywołać typowe zniekształcenie. Chory może ręki używać tylko o tyle, o ile nie wykrzywia przy tem zbyt często grzbietowego zgięcia. Gdy mamy do czynienia z nieznanym zniekształceniem, wtedy leczenie przedstawia się zupełnie, jak wyżej opisane: nie należy zniekształcenia poprawiać, nakłada się opatrunek unieruchamiający i zaraz przystępuje się do mięsienia. Chory nie powinien używać ręki wcześniej, niż po upływie dni 14.

Gdy zniekształcenie jest znaczne, należy je wyrównać i to jak najprędzej po wypadku. Nakłada się opatrunek szynowy, u chorych nierozsądnych z gipsu. Opatrunek gipsowy leży 14 dni, potem się go zdejmuje. W ciągu następnych 8 dni chory nosi szynę, rękę należy już wtedy poddać mięsieniu. Gdy się nałożyło opatrunek szynowy, wtedy przystępuje się do mięsienia na 3 dzień po wypadku, chory po upływie trzech tygodni może używać już ręki. Autor radzi jako najlepsze doleczanie natychmiastowy powrót do pracy.

(La medecine des accidents du travail tom VI Nr. 11).
W. Biechler.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z dnia 22 stycznia 1910 r. (Dokończenie).

7) WURCELMAN przedstawił:

a) przypadek choroby Parkinsona.

Chora, lat 23, od 2-ch lat doznaje ogólnego osłabienia, drżenia w prawej górnej kończynie, od pół roku sztywność kończyn, trudność w chodzeniu. Przedmiotowo: typowe objawy choroby Parkinsona; sztywność mięśni, *retro ilateropulsio*, znamienne postawa i wyraz twarzy, typowe drżenie. W. zaznacza, że do tej pory notowano dopiero 5 przypadków choroby Parkinsona w tak młodym wieku.

b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu.

Chora, lat 29, nagle 4 miesiące temu doznała dreszczy ogólnych, mrowienia i palenia w kończynach, bólów w krzyżu, zaburzeń w urynowaniu; po 4-ch tygodniach zaburzenia łykania i mowy. Przedmiotowo: porażenie kurczowe kończyn dolnych, drżenie kloniczne rzepki i stopy, objaw BABIŃSKIEGO obustronnie, brak odruchów brzusznych, zaburzenia czucia mięśniowego, śmiech mimowolny.

8) TUMPOWSKI przedstawił przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powiklanej przymiotem.

Chora, lat 50, od 12 lat cierpiąca na moczówkę cukrową, 8 miesięcy temu zauważyła

owrzodzenie na lewym paluchu, które zakończyło się martwicą; to samo potem i na prawej stopie. Od 3-ch miesięcy przemijające opuszczenie lewej powieki górnej. Od kilku miesięcy osłabienie, wreszcie zniesienie władzy w kończynach dolnych, klucie i drętwienie w stopach. Przedmiotowo: wychudzenie, 4 litry moczu dziennie, 5% cukru. W dolnych kończynach: niedowład oraz zaniki, zwł. po stronie lewej, brak odruchów kolanowych i stopowych. Zmian czucia brak. Badanie elektryczne wykazuje odczyn zwyrodnienia w mięśniach doprowadzających uda. Próba WASSERMANNa dała wynik dodatni. T. rozpoznaje rozsiane zapalenie nerwów. Porażenie mięśni ocznych, zgorzel uzależniona od przymiotu, ew. wiądu rdzenia.

B:RO zaznacza, iż w moczówce cukrowej często spotykamy postaci poronne rozsianego zapalenia nerwów.

LANDAU wobec drożności tętnic objawy zgrzelińowe uzależniona od zmian rdzeniowych

9) FLATAU przedstawił preparat mózgu, pochodzący z przypadku nowotworu mózgu o szybkim przebiegu.

26-cio letnia panna, przedtem zupełnie zdrowa, nagle na 3 miesiące przed śmiercią

zaczęła doznawać objawów ogólnomózgowych, bólów głowy, wymiotów. Przedmiotowo na miesiąc przed śmiercią żadnych objawów ogniskowych, z wyjątkiem wzmocnienia lewego odruchu kolanowego. Na dnie oka z prawej strony przekrwienie brodawki, z lewej początek zastoiny. Bolesność czaszki w okolicy potylicowej. Siła widzenia z prawej $\frac{1}{2}$, z lewej $\frac{1}{6}$. Przez miesiąc pobytu w szpitalu bóle głowy coraz silniejsze, żrenica lewa stała się szerszą, niż prawa, objaw

BABIŃSKIEGO wystąpił obustronnie. Na sekcji znaleziono w lewej półkuli mózgowej w okolicy zakrętu wrzecionowatego (*Gyrus fusiformis*) nowotwór (nadnerczak). F. zaznacza, iż w praktyce swej spotykał kilka podobnych przypadków nowotworów mózgu o bardzo szybkim przebiegu przy bardzo silnych objawach ogólnomózgowych i przy braku objawów ogniskowych.

St. Koczyński.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z dnia 19 lutego 1910 r.

TREŚĆ: 1) Sterling i Handelsman. Dwa przypadki niemoty ruchowej. 2) Wurcelman. Przypadek tęcza głowy. 3) Pechkranc. Przypadek dystrofii gruczołowej. 4) Skłodowski. Przypadek nerwicy odżywczej. 5) Jakubowicz. Przypadek guza w kącie mózdko-mostowym (?). 6) Higier. Przypadek drgawek klonicznych w mięśniach grzbietowych. 7) Koczyński St. Przypadek aleksyi (pokaz preparatu).

STERLING i HANDELSMAN przedstawili 2 przypadki niemoty ruchowej.

a) Chora, lat 65, przed rokiem nagle straciła mowę, odzyskała ją jednak po paru godzinach. Przed dwoma miesiącami znowu straciła mowę i do tej pory w zupełności jej nie odzyskała. Przedmiotowo żadnych zmian w dziedzinie czuciowej lub ruchowej niema. Chora rozumie wszystko, co się do niej mówi, samodzielnie mówi niezłe, przedstawiając zrzadka sylaby i zgłoski. Powtarza wyrazy z trudnością. Zrzadka nie może sobie przypomnieć nazwy przedmiotu. Brak zaburzeń inteligencji.

b) Chory, lat 60, przed 8 miesiącami dostał nagle porażenia połowicznego prawostronnego, połączonego z zaburzeniami mowy. Chory rozumie mowę dokładnie; przy mówieniu samodzielnym zahacza się, zaburzeń jednak w członkowaniu (artykulacji) nie zdradza. Powtarza słyszane wyrazy dobrze. Prawą ręką pisać nie może (porażenie), lewą pisze z trudnością, kopiuje bez zarzutu. Inteligencya zachowana.

W obu przypadkach, zdaniem mówców, mamy do czynienia z niemotą ruchową bez

śladów niemoty zmysłowej. W pierwszym przypadku zajęty jest zakręt BROCA (zniesienie powtarzania), w drugim głównie drogi, prowadzące do niego (niemota pozakorowa). Mówcy podkreślają brak w obu przypadkach objawów niemoty słuchowej, co, zdaniem ich, ma przeczyć poglądom MARIEGO.

W dyskusji KOCZYŃSKI St. zaznaczał, że dla rozstrzygnięcia sporu co do umiejscowienia i charakteru niemoty, znaczenie posiadają przypadki jedynie sekcyjne, powołuje się na własny przypadek niemoty zmysłowej bez jakichkolwiek zaburzeń w inteligencji i uważa podobnych chorych pod względem prawnym za poczytalnych.

ŁAPIŃSKI widzi u przedstawionych chorych osłabienie władz umysłowych, stan pewnego podniecenia i nie uważa ich za psychicznie normalnych.

FLATAU, WIZEL, STERLING podnosili, że przedstawionych chorych żadną miarą za normalnych psychicznie uważać nie można.

2) WURCELMAN przedstawił przypadek tęcza głowy.

U 30 letniej chorej przed 3 tygodniami nagle zjawily się dreszcze, pocenie się, obrzęk prawej połowy twarzy, ból zębów, potem zaburzenia w łykaniu i szczękoscisk. Przedmiotowo: Tętno 126. Silny kurcz mięśni twarzy i żwaczy, dna jamy ustnej i mięśni gardła. Za punkt wyjścia zakażenia mówca uważa zapalenie okostny. Kurcz odruchowy wobec stanu ogólnego mówca odrzuca.

3) PECHKRANC przedstawił przypadek dystrofii gruczołowej.

Chory, lat 50, od 4-letniego wykazuje zmiany odżywcze w skórze i w tkance podskórnej. Choroba rozpoczęła się od objawów apatii, obrzęków na twarzy, wypadania włosów. Przedmiotowo: Brak uwłosienia na kończynach, skąpe w okolicy części rodnych, na brodzie i na brwiach. Skóra gładka, lśniąca, zgrubiała. We krwi stwierdzono anizocytotę, leukopenię. Mówca stwierdza w danym przypadku t. zw. niedomogę wielogruzołową („insuffisance glandulaire”). Prawdopodobnie chodzi tu o zmiany zanikowe w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym.

W dyskusji BYCHOWSKI powołuje się na własne przypadki cierpienia kilku gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

KOPCZYŃSKI przypomina własny przypadek, przedstawiony w sekcji jako *infantilismus myxoedematosus*, w którym zajęty był gruczoł tarczowy (poprawa po zażywaniu tyreooidyny) i przysadka mózgu (rentgenogram).

HIGIER zwraca uwagę na korelacje histochemiczne, uniemożliwiające często stwierdzenie, który gruczoł cierpi pierwotnie, a który wtórnie.

STERLING wspomina o własnym przypadku tężyczki z objawami ze strony skóry i włosów, w którym przypuszczał zajęcie przysadki, gruczołów tarczowego i przytarczowego.

BREGMAN radzi w każdym podobnym przypadku dokonywać zdjęć rentgenograficznych.

4) SKŁODOWSKI przedstawił przypadek nerwicy odżywczej (*erythromelia*).

Chora, lat 40, od lat 8 zauważała na nogach rozwijające się symetrycznie zaczerwienienie skóry, rozszerzenie żył. Przedmiotowo: skóra okazuje się ścięnczałą, tkanka podskórna tylko na górnej kończynie lewej jest zgrubiała, co stanowi pewną nietypowość danego przypadku, który mówca zalicza do rzadkich przypadków zaniku skóry samoistnego (*atrophia cutis diffusa idiopathica*) o typie, zbliżonym do *erythromelii*, opisanym przez PICKA.

W dyskusji FLATAU mówił o bliskim pokrewieństwie cierpien skórnych i nerwowych (*naevi*, *herpes zoster*).

HIGIER mówił o różnicy pomiędzy erytromelią PICKA a erytromelalgia Weir-Mitchella (bóle silne).

5) JAKUBOWICZ przedstawił przypadek guza w kącie mózdko-mostowym.

Chora, lat 52, od kilku tygodni cierpi na prawostronną głuchotę, zawroty i bóle głowy, chwiejny chód; zatacza się w prawą stronę. Przed dwoma laty była operowana z powodu nowotworu w gruczołach pachowych lewych, przed 8 miesiącami nawrót, operacja powtórna. Przedmiotowo: bezład kończyn górnych, prawostronna głuchota niemal zupełna, lewostronna częściowa. Porażenie nerwu twarzowego prawego o typie obwodowym. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego w prawej połowie twarzy. Brak brodawki zastoinowej. Mówca rozpoznaje nowotwór w kącie mózdko-mostowym prawym i zaleca operację.

W dyskusji FLATAU i MECZKOWSKI wypowiedzieli się przeciwko zabiegowi operacyjnemu wobec przypuszczalnego złośliwego charakteru nowotworu i nie dość ścisłego umiejscowienia.

6) KOPCZYŃSKI St. przedstawił preparat anatomiczny mózgu, pochodzący z przypadku izolowanej aleksyi.

Chory, lat 52, na 8 miesięcy przed śmiercią dostał lekkiego udaru apoplektycznego z zaburzeniami mowy i lekkim prawostronnym niedowładem. Badanie na 3 miesiące przed śmiercią wykazało: objawy niedowładów prawostronnego bardzo nieznaczne. Lekkie zaburzenia czucia, zwł. stereognostycznego po stronie prawej. Hemianopsja obustronna prawostronna jednoimienna. Bardzo nieznaczna niemota z przewagą niemoty zmysłowej z lekką parafazją. Pisanie dowolne i pod dyktando mocno upośledzone. Najbardziej upośledzona zdolność czytania: chory nie może złożyć prostych wyrazów (*alexia verbalis*). W ciągu trzech miesięcy obserwacji zaburzenia ruchu, czucia, mowy, hemianopsja ustąpiły niemal zupełnie. Aleksya pozostała bez zmiany. Chory zmarł wśród objawów ostrej zapalenia serca. Sekcja w zupełności potwierdziła rozpoznanie kliniczne: znaleziono *ramollitio gyri angularis sinistri*; zakręt ten uważany jest za podścielisko aleksyi. Sekcyjne przypadki izolowanej aleksyi należą do wielkiej rzadkości.

St. Kopczyński.

BIBLIOGRAFIA

O nowszych podręcznikach historii medycyny.

Podał
Henryk Higier.

Kolega W. BIEGAŃSKI poruszył w jednym z ostatnich numerów *Medycyny i Kron. Lek.* bardzo aktualną, zdaniem moim, sprawę podręcznika polskiego historii medycyny. Biorąc w samej rzeczy pod uwagę, że słynny *Lehrbuch der Geschichte der Medizin HAESERA*, tłumaczony na polski, zaczął wychodzić w oryginale przed 35 laty, że dzieło to w tłumaczeniu, nb. wadliwie korygowanem i w handlu prawie zupełnie wyczerpanem, zajmuje około 2,000 stronic, i że wreszcie nie posiadamy wśród siebie lekarza medyko-historyka, któryby wziął na barki swe ciężar napisania oryginalnej historii medycyny, to zrozumiemy łatwo, dlaczego kol. BIEGAŃSKI właśnie w obecnej chwili nawołuje do zapalenia poważnej luki w naszym ubogim piśmiennictwie lekarskim i dlaczego bez namysłu i wahania skłania się ku przekładowi, wskazując na 2 dzieła, jakie uważa za najodpowiedniejsze w tej dziedzinie.

Zgadzam się najzupełniej z autorem artykułu, że tłumaczenie zbiorowej historii 3-tomowej PUSCHMANNA z Wiednia, zajmującej około 3,000 stronic (753,960,1128), byłoby zbyt kosztowne dla nas. Nie sądzę wszakże, aby się opłacał i rozszedł u nas proponowany nowy podręcznik 2-tomowy NEUBURGERA, którego drugi tom według zapowiedzi wydawcy ukaże się najwcześniej w końcu r. b., gdyż rozmiary tego, niewątpliwie bardziej jasno, jednolicie i systematycznie napisanego podręcznika przekroczą 1,200 str. dość ścisłego druku.

Rodzi się wobec tego słusznie zasadnicze pytanie, co nam w naszych niezwykłych warunkach jest na razie potrzebniejsze: podręcznik ogólny historii medycyny, czy też dzieło, wprowadzające do dziedziny historii

medycyny, wstęp, z szerszego punktu widzenia obejmujący całokształt rozwoju medycyny, jako nauki i sztuki. Jeżeli to ostatnie jest przy ubóstwie naszego ogólno-historycznego wykształcenia konieczniejsze, to nie zbytędną jest dyskusya, czy nie byłoby stosowniej-szym ograniczyć się do wydawnictwa mniejszych rozmiarami broszur, obejmujących całokształt p o s z c z e g ó l n y c h epok, dla rozwoju medycyny najważniejszych. Wtedy znalazłoby się choćby w P u s c h m a n n i e z r. 1904 kilka bardzo ciekawych rozdziałów, kwalifikujących się do dosłownego przekładu lub też do umiejętnego streszczenia, o ile rozmiarami przekraczają objętość przeciętnego odczytu klinicznego „*Gazety Lekarskiej*”.

Poleciłbym z tego zbiorowego wydawnictwa np. pracę OEFELGO „o medycynie przedhipokratesowskiej”, R. FUCHSA „o medycynie greckiej”, J. PAGELA „o medycynie średnich wieków”, SCHMITZA „o medycynie arabskiej”. Z tegoż dzieła gorącoby poparł przekład krótkiego a bardzo treściwego „wstępu do medycyny średniowiecznej” współwydawcy PAGELA oraz znakomitego i znacznie obszerniejszego „wstępu do medycyny nowoczesnej” NEUBURGERA. Zyskalibyśmy, nie wiążąc się z tłumaczeniem całości, tyle, że działy mniej ciekawe, słabiej opracowane, dla historii medycyny mniej podstawowe (lecznictwo u chińczyków, hindusów, medycyna byzantyjska, wschodnio-rzymska, starogermańska) lub o treści bardziej szczegółowej i specjalnej (historia fizjologii, farmakologii, psychiatrii, szpitalnictwa, wyższych szkół lekarskich) nie zostałyby wcale tłumaczone.

O ilebym się nie trzymał poleconego przez kol. B. wspomnianego dzieła zbiorowego, to proponowałbym jeszcze od siebie tłumaczenie znacznie mniejszej objętością, a bardzo przystępnie, wyczerpująco i pięknym stylem napisanej przez J. PAGELA (Berlin) „Einführung in die Geschichte der Medizin” lub

Renetol Karpińskiego.

Tablettaa Salis Physiologiae effervescentes

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

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci buziacej.

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,
PODŃOSI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMACNIA DIUREZĘ

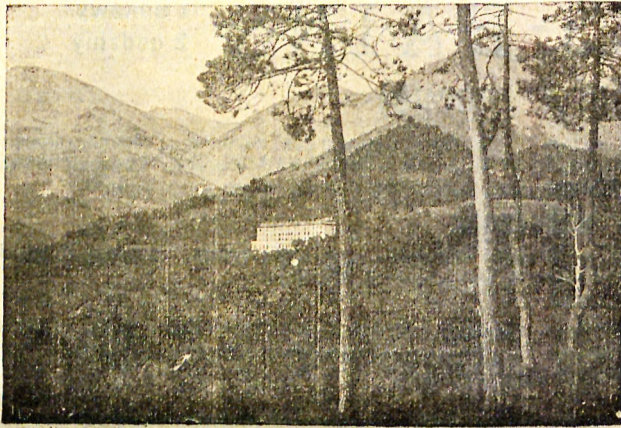
2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletkie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Zakład Lecznicy Gorbio pod Mentoną (Riviera) 250 m. n. p. morza położony.

Prospekty dostarcza Administracja Gorbio pod Mentoną



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

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

Maladies du Cerveau
EPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. 2° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium). 3° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées. 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillère à potage et 50 centig. par cuillère à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés. — FLACON : 3 rb. 90 cop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, Grand Hôtel, Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosji.

Pracownia analityczno-lekarska
O-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, 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 44-83.

Rteć — Resorbin

Do kuracji wtieraniami
najmniej brudzi!

W rurkach szklanych z podziałką

po 15 i 30 gr. — 25 i 50 gr.

33 1/3 %

50 %

Próby i literatura darmo

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Oddział farmaceutyczny BERLIN S. O. 36.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

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

Wylączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

z Paryża
8 godzin

AIX-LES-BAINS

z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-o C. najobfitsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne zapomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reines, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracje dopełniające: Physioterapija — Kuracje powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières. Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach. Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazyleę, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget, Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty. Sporty. Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Rytki, Thiemego, Tyrehowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs. dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacya. Elektryczne oświetlenie.

ISTNIEJĄCY OD R. 1892

Dom Zdrowia dla chorych chirurgicznych, ginekologicznych i ortopedycznych.

D-ra E. REICHSTEINA, w Warszawie,
Leszno 38 Tel. 2208.

D-r M. Springer

dokonywa próby Wassermann'a,
Marszałkowska 142 telef. 179.53.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

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

ul. Muranowska 29

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

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

SCHWALBEGO (Rostock) „Geschichte der Medizin”. Oba te podręczniki doczekały się 2-ch wydań. Czy nie znalazłoby się coś odpowiedniejszego w piśmiennictwie francuskim lub

angielskim, nie podejmuję się powiedzieć, nie znając bliżej prac historycznych w tych językach.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych

— Rzadki przypadek przenikliwości czaszki dla promieni świetlnych okazał d-r STRASBURGER na posiedzeniu dolnoreńskiego związku lekarzy w Bonn. Chodziło o dziecko 3-miesięczne, dotknięte wodogłowiem, które na pozór nie wydawało się zbyt znacznym, ponieważ obwód głowy wynosił tylko 42,5 cent. Gdy w ciemnym pokoju postawiono zapaloną lampę tuż za głową dziecka, to okazało się, że znaczna przestrzeń zawartosci czaszki przeświecała. Przy oświetleniu zwykłym i padającym światłem zjawisko to nie występowało. Kości czaszki nie były zbyt cienkie i w warunkach zwykłych nie przepuszczały światła. Okoliczność, że czaszka osobnika, dotkniętego wodogłowiem, może przepuszczać promienie światła, jest mało znana, a w dodatku, jak o tem przekonywają bardzo nieliczne dane z literatury, objaw ten spostrzegano tylko wtedy, kiedy wodogłowie było bardzo znaczne, a czaszka mocno powiększona. W przypadku danym zjawisko to zostało odkryte jedynie za pomocą systematycznego prześwietlania przy małej czaszce. Należałoby stosować częściej tę metodę w przypadkach wodogłowia w celu określenia jego rozmiarów. Próby prześwietlania świeżych kości głowy i mózgu, podjęte przez autora, przekonały, że kości tylko wtedy dają się prześwietlać, kiedy pokrywa je warstwa mózgu nie grubsza nad 1 cent. Natomiast kości czaszkowe, nawet budzi dorosłych, dają się względnie łatwo prześwietlić. W danym więc przypadku należało przypuszczać, że grubość warstw mózgu obydwóch półkul razem wynosiła mniej, niż 1 cent., a więc że wodogłowie jest bardzo duże bez względu na niezbyt wielkie wymiary głowy. Po paru tygodniach dziecko zmarło. Badanie zwłok wykryło, że wodogłowie dosięgło ogromnych rozmiarów: ścia-

ny półkul mózgowych posiadały w niektórych miejscach zaledwo po parę milimetrów grubości. Kości czaszki nie były zbyt cienkie.

— Na tem samym posiedzeniu d-r CRAMER mówił o przeszczepieniu jajników. Zpóźród 18 chorych, na których był dokonany zabieg rzeczony, wycięto lub wszczepiono ponownie tylko jeden jajnik, drugi zaś pozostał na miejscu. Rzecz prosta, że u wszystkich tych kobiet menstruacja nie uległa przerwie. W pięciu przypadkach usunięto obydwaj jajniki, lecz tylko raz udało się je przeszczepić w całości lub częściowo. U 4-ch chorych tej kategorii menstruacja trwała dalej, piąta zaś zmarła wkrótce na gruźlicę płuc. Na szczególną uwagę zasługują te przypadki, w których jajniki przeszczepiono z jednego osobnika na drugiego. Takich zabiegów dokonano trzy. Pierwszy przypadek dotyczył młodej mężatki, u której po pierwszym porodzie nastąpił zanik macicy i jajników z kilkoletnią przerwą menstruacji. Tu po przeszczepieniu jajników peryody wróciły szybko i trwają już przeszło trzy lata od operacji. Macica powiększyła się z 4¹/₂ do 7 cent. zgłębnika. Drugą operację wykonano na 36-letniej kobiecie, która ani razu nie rodziła i po usunięciu jajników miała bardzo ciężkie przypadłości nerwowe. U tej przeszczepione jajniki po krótkim przeciągu czasu uległy wessaniu. Trzeci przypadek był bardzo ciekawy. Chodziło o 21-letnią pannę z wybitnym niedorozwojem narządów płciowych i zupełnym brakiem menstruacji. Po operacji miesiączkowała 8 razy w przeciągu 14 miesięcy, a macica rozwinęła się znacznie. W tych trzech przypadkach jajniki były wzięte od chorych, dotkniętych rozmiękczeniem kości. Co do techniki operacyjnej, to jajniki należy zawsze przecinać, usunąć część

tkanki śródmiąższowej, a narząd wszczepiać w stanie rozszczepionym, ponieważ w ten sposób jego odżywianie będzie zabezpieczone. Naturalnie, że przy przeszczepianiu gruczołu z jednego osobnika na drugiego obydwie operacje powinny być robione jednocześnie. Najlepiej jest wszczepiać jajniki w przestrzeń nadotrzewnową, pomiędzy obydwoma mięśniami prostymi brzucha, lub pod otrzewną, na przednią powierzchnię macicy, pomiędzy nią a pęcherzem. Dobre również warunki przedstawiają miejsca, gdzie zwykle znajdują się jajniki.

— Na posiedzeniu internistów i pedyatrów berlińskich d-r **LIEPMANN** wygłosił odczyt o zaburzeniach ruchowych po porażeniu prawostronnem. Mówca zauważył w bardzo wielu przypadkach porażenia prawostronnego upośledzenie sprawności ruchowej w ręce lewej. Zaburzenia te polegają nie na osłabieniu lub bezładzie ruchowym, lecz na dyspraksji, mianowicie ruchy kończyny nie odpowiadają ściśle wyobrażeniom ruchowym. Chorzy np. nie mogą dokładnie wykonać ruchu, naśladującego chwytanie muchy lub kręcenie korbą i t. p.; popełniają wiele błędów przy wykonywaniu ruchów grożenia, kiwania, pozdrawiania i t. p. Co najważniejsze jednak, chorzy ci nie są w stanie dokładnie naśladować tych ruchów, ponieważ zmieniają płaszczyznę, w której ruch był wykonany, wybierają nieodpowiednie palce, powracają do poprzednio wykonywanych ruchów i t. d. Dyspraksja kończyny lewej nie zawsze wiąże się z porażeniem prawej połowy ciała, aczkolwiek bywa tak najczęściej, niewątpliwie jednak w półkuli lewej mózgu zdarzają się takie ogniska, które mogą spowodować wystąpienie dyspraksji w ręce zarówno lewej, jak i prawej. Dla poparcia słów swoich **LIEPMANN** przedstawia pięciu chorych. Jeden z chorych zdradza objawy nie tylko dyspraksji, lecz i agnozyi: nie może on rozpoznać pewnych przedmiotów ani za pomocą wzroku, ani przez dotykanie, aczkolwiek pewne ruchy zdają się

przemawiać za tem, że chory poznaje ten lub ów przedmiot, lecz na skutek zaburzeń ruchowych nie może go należycie ująć. Spostrzeżenia powyższe zdają się dowodzić, że: 1) wykonanie ruchu zgodnie z jego wyobrażeniem odbywa się niedokładnie przy udziale półkuli prawej, lecz ku temu niezbędna jest pomoc półkuli lewej; 2) ta niedostateczność dotyczy wielu czynników, których współdziałanie jest konieczne dla wykonania ruchu zgodnie z zamiarem, a więc pojęcia czasu i przestrzeni, własnych wspomnień kinetycznych i t. p.; 3) dyrektywy ruchu, idące od półkuli lewej ku prawej, przechodzą przez spoidło wielkie; ztąd odpowiednio umiejscowione i rozległe ogniska w spoidle stają się przyczyną dyspraksji ręki lewej; 4) ogniska, które w dostatecznej mierze przerywają w półkuli lewej włókna, idące od spoidła, albo niszczą ich punkty wyjścia w korze mózgowej, również stają się przyczyną dyspraksji kończyny lewej i porażenia kończyny prawej na skutek uszkodzenia włókien projekcyjnych. Ztąd wypływa, że tylko ogniska, leżące powyżej torebki wewnętrznej, powodują dyspraksję ręki lewej, czego dowód stanowi niemota, jako zjawisko, towarzyszące tym zaburzeniom. Ogniska, umiejscowione wewnątrz torebki wewnętrznej, w pniu mózgowym, w moście **VAROLA** i w rdzeniu przedłużonym, nie mogą stać się przyczyną dyspraksji lewostronnej, ponieważ nie dotyczą one włókien spoidła. Ze względów powyższych dyspraksja lewostronna, jako objaw spoidłowy, pod względem różniczkowym przemawia za ogniskiem, położonym powyżej torebki wewnętrznej; 5) u mańkutów ogniska w półkuli prawej dają dyspraksję kończyny prawej; 6) jeżeli w przypadkach ognisk, położonych w półkuli lewej, dyspraksja nie stanowi najsilniejszego wyrazu apraksji pod względem ilościowym, to powinna ona dawać pochoch do dokładnego badania objawów apraksji, zwłaszcza, jeśli jednocześnie nie spostrzegamy ani parezy, ani bezładu.

K. Z.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 lutego do 14 marca 1910 r.

Miesiąc sprawozdawczy epidemii ospy naturalnej cechuje 1) przeważająca liczba chorych na ospę męczyzn, 2) zanotowanie ognisk ospy naturalnej w więzieniach przy ul. Długiej i przy ul. Petersburskiej na Pradze. Ogółem wśród 119 (66 m. 53 k.) chorych, przybyłych w miesiącu sprawozdawczym, na ospę naturalną było 60 wyznania Mojżeszowego, 55 katolików, 6 prawosławnych, 1 ewangelik reformowany, 1 mahometanin.

Stosownie do rodzaju zajęć, największe cyfry wśród chorych wykazują: 1) dzieci drobnych handlarzy i handlarek, 2) służące domowe, 3) dzieci wyrobników i wyrobnic, 4) terminatorzy u szewców; następnie notowano: blacharzy, dzieci dorożkarzy, monterów, kotlarzy, krawców i krawcowych, żony lokajów, żony oficerów, kamaszników, handlarzy w halach targowych, dzieci stróży domów, stróże domów, stróże cegielni, sklepiarze, żony i dzieci stolarzy, stolarze, ślusarze, żony szewców, malarze pokojowi, subjekci felczerów, dzieci praczek, uczniowie tapicerów, wyrobnicy, żony wyrobników, dzieci na wychowaniu, zwrotnicy przy kolei żelaznej i 1 chłopczyk rodziców, wywłaszczonych w Niemczech.

Na 17 (6 m. 11 k.) zejść śmiertelnych u chorych na ospę naturalną, nieszczepionych od urodzenia lub szczepionych jednorazowo bez skutku, było: I-o Trzy przypadki krwotocznej (czarnej) ospy: 1) u 5-letniej dziewczynki wyznania Mojżeszowego, córki furmana, 2) u 5-letniego chłopca katolika, syna wywłaszczonych w państwie Niemieckiem. Rodzice zmarłego przywiezieni zostali etapem z Berlina do więzienia przy ul. Petersburskiej na Pradze, i tam dziecko zachorowało na ospę; 3) 20-letni ślusarz wyznania Mojżeszowego z niewyraźnymi śladami po zaszczepionej ospie w 19-ym roku życia; następnie II-o 5 przypadków zejść śmiertelnych ciężkiej formy ospy płaskiej, zapadającej się, mianowicie: 1) u 5-miesięcznego

chłopca katolika przy rodzicach wyrobnikach, 2) u 3-letniej dziewczynki wyznania Mojżeszowego (ojciec drobny handlarz), 3) u 5-letniego katolika przy rodzicach (ojciec wyrobnik), 4) u 5-letniego katolika przy matce służącej, 5) u 33-let. katolika stróża; dalej, III-o 2 przypadki zejść śmiertelnych formy ospy zlewającej się: 1) u 2-letniej katoliczki przy matce służącej, 2) u 28-letniej katoliczki, żony stolarza; następnie 1 przypadek zejścia śmiertelnego formy ospy nekrotycznej: 3-letnia dziewczynka wyznania Mojżeszowego przy matce wyrobnicy (w 2-im tygodniu choroby płyty nekrotyzujące się suche na skórze, sięgające w głąb tkanek, szczególnie na szyi, na podbródki), dalej 1 przypadek zejścia śmiertelnego skutkiem komplikacji ospy naturalnej zapaleniem stawów i obustronnem zapaleniu ucha środkowego u 7-miesięcznego katolika przy rodzicach (ojciec wyrobnik), następnie 2 przypadki zejść śmiertelnych formy ospy kępkowatej w postaci grup, składających się z pęcherzyków: 1) u 9-miesięcznej dziewczynki wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (drobni handlarze), 2) u 7-miesięcznej dziewczynki wyznania Mojżeszowego przy rodzicach (drobni handlarze); następnie 1 przypadek zejścia śmiertelnego u chorego na ospę naturalną chłopca 2-letniego katolika, syna stróża w cegielni w 1-ej dobie po przybyciu do szpitala; następnie przypadek zejścia śmiertelnego u 2-letniego chłopca wyznania Mojżeszowego. Chory miał zaszczepioną ospę na 4 dni przed wysypaniem się ospy, czyli z opóźnieniem, ponieważ okres inkubacyjny ospy trwa 10—13 dni; na koniec, jeden przypadek zejścia śmiertelnego formy ospy, nie dającej się zaliczyć do żadnej kategorii, u 34-letniej żony oficera, prawosławnej.

Z liczby pozostałych z poprzedniego miesiąca 100 (47 m. 53 k.) chorych na ospę naturalną i przybyłych wyżej wzmiankowanych 119 chorych wypisano zdrowymi 74 (42 m.

32 k.), przeprowadzono po przebyciu ospy naturalnej z powodu chorób konstytucjonalnych 3 (1 m. 2 k.) do szpitala Dzieciątka Jezus, zmarło wyżej opisanych 17 (6 m. 11 k.), na miesiąc następny pozostało 125 (64 m. 61 k.). Nieszczepionych m. 21, k. 18. Chorzy na ospę naturalną przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Aleja Belwederska 26 (2 przypadki), Brukowa 29, Brudnowska 3 (2 przypadki), Chłodna 3, 62, 68, Dzielna 5, Dzika 47, Gęsia 63, Gnojna 3, Grzybowska (7 domów) Nr. 11 (2 przypadki), 16, 22, 53 (3 przypadki), Górna 21, Hoża 27, Kawczyńska 17, Konopacka 14, Kowelska 8, 10, Krochmalna (7 mieszkań), pod Nr. 8, 11 (2 przypadki), 14, 17, 23, 33, Lubelska 10, Leszno 9, 102, Łucka 14, 18, 29, Maryańska, Miedziana 20, Miła 15, 29, Muranowska 16, 34 (2 przypadki), 38, Nowoaleksandryjska 19, Nalewki 9 (2 przypadki), 32, Nowojasna 6, Niska 19, (2 przypadki), Nowy-Świat 8, 64 (2 przypadki), Nowo-Smocza 5, 55, Nowo-Karmelicka 11, 14, Nowolipie 54, Nowiniarska 13, Ogrodowa 30, 50, Okopowa 4, Pańska (7 mieszkań) pod Nr. 4, 11 (2 prz.) 58, 80, 88, Pokorna 3, Powązkowska 10, Plac Witkowskiego 6a,

Plac Grzybowski 3, 5, Ptasia 4, Przyokopowa 9, Rymarska 5, Sandomierska 2, Smocza 37 (2 prz.), Śliska 28, 38, Sienna 15, Solna 18, Siedlecka 24, Strzelecka 4, Stawki 15, 16, 55, Twarda 22, 43, 35, 58, Towarowa 10, Widok 1, Wronia 7, Wspólna 63a, Złota 24, Żelazna 47, Żórawia 15.

Dni szpitalnych 219 chorych na ospę naturalną przebyło 3158 (113 m.—1691; 106 k.—1467).

Prócz tego w miesiącu sprawozdawczym przebywali chorzy: 1 m. po odrze pozostał na miesiąc następny, 1 m. z kurem (*rubeola*) wypisany zdrowym i 8 matek przy dzieciach chorych na ospę naturalną, z których 3 po skutecznej rewakcynacji opuściły szpital zdrowi, 5 pozostało na miesiąc następny.

Ogółem 229 chorych przebyło 3282 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 14 (8 m. 6 k.).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się w miesiącu omawianym do szpitala Św. Stanisława, wydano 14 (7 m. 7 k.).

Śmiertelność miesięczna 7,42%.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 7 b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III-go Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którym ogłoszone zostały następujące komunikaty:

1. P. Z. Weyberg: „Z badań nad krystalogenezą”. 2. P. T. Banachiewicz: „O pewnym kryterium w teorii błędów”. 3. Tenże: „O możliwym zakryciu gwiazdy przez Urana d. 17 b. m.” 4. P. Wł. Gorczyński: „O przebiegu rocznym usłonecznienia w Krakowie”. 5. P. Sł. Miklaszewski: „W sprawie klimatu, jako podstawowego czynnika glebotwórczego”. 6. P. Wł. Gosiewski: „O sposobie poprawiania w rachunku średniej arytmetycznej wartości niewiadomej podejrzanych”. 7. P. St. Ster-

ling (przedstawił p. J. Tur): „Badania nad budową i funkcją kończyn przednich u wielorybów”.

— Zdrojowisko „Kissingen” rozesłało kolegom warszawskim broszury w języku rosyjskim. Jest to innowacja, dotąd bowiem wszystkie zdrojowiska nadsyłały nam broszury polskie. Warto zanotować sobie uprzejmość i takt zarządu tego zdrojowiska.

— Otwarcie wystawy „Czystość to zdrowie” nastąpi 16 b. m. Na wystawę zgłoszono wiele przedmiotów z kraju i zagranicy. 60 lekarzy warszawskich zgłosiło odczyty z dziedziny higieny.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych — z gwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przy gotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

— Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju!) dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych — 2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

Керфалдол

Stosowany z dobrym skutkiem jako środek szybko działający i pewny w klinikach prof.

K. v. NOORDEN. ¹⁾

N. ORTNER. ²⁾

H. SCHLESINGER. ³⁾

E. v. STOFFELLA. ⁴⁾

„KAPHALDOL“ przepisuje się w opłatkach po 0, — 1 grm. do 3,0—5 grm., dzieciom odpowiednio mniej.

Rp. Tabl. Kaphaldol à 0,5 gr. Nr. 20. Oryginalne opakowanie.

Próby i literaturę wysyła się BEZPŁATNIE p.p. lekarzom na każde żądanie.

¹⁾ Manin, Wiener med. Wochen., 57 Jahr. Nr. 33, 34. ²⁾ Fritsch, Wien, Klin. Woch. 1906, Nr. 33. ³⁾ Einhorn, Zentrbl. für die gesamte Ther., XXV Jahrg H 2. ⁴⁾ Rosenthal, Wien. Klin. Rudschau, 1906, Nr. 47.

Компания Керфалдол Сторъ
С.Петербургъ., улица Николаевская № 16.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA WŁASNOŚĆ RZĄDOWA FRANCUSKA



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęchersa, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwozy ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną, gazową do łatwiejszego trawienia.

SOLEC

Medal złoty wystawa Ciechocińska 1908 r
dyplom uznania wystawy higienicznej w Lublinie 1908 roku.

Zakład wód mineralnych siarczano-słonych
SEZON OD 7 (20) MAJA DO 7 (20) WRZESNIA.

Znane ze swej skuteczności w reumatyzmie, artretyzmie, żółkach, nerwobólach, przymiocie; kąpiele mineralne siarczano-słone, mułowe ogólne i częściowe, ługowe i gazowe. Przez lekarza prowadzony dział mechano-elektroterapii, gimnastyki leczniczej.

Szpital na 25 łóżek, w którym miesięczny pobyt wraz z utrzymaniem i kąpielami kosztuje około 30 rb. Hotel z restauracją, salą balową i teatralną. Nowowzniesiony, wszelkim wymaganiom komfortu odpowiadający hotel-pensjonat. Mieszkania familijne w willach. Nowe efektowne oświetlenie. Stała orkiestra, reunjony, czytelnia dobrze zaopatrzona. Tennis.

CENY NISKIE. Wygodne mieszkanie, całkowite utrzymanie i kuracja od 60 rb. miesięcznie. Ceny mieszkań zakładowych od 20-go maja do 20-go czerwca i od 20-go sierpnia do 20-go września o 25% tańsze.

W czasie sezonu telegraf na miejscu. Wszelkie przekazy pieniężne na Solec uskutecznia Dom Bankowy B. Popławski w Warszawie, Mazowiecka № 16

Dojazd przez st. kolejową KIELCE, z kąd szosą samochodem w 3—4, powozami w 8—9 godzin do Zakładu. Wyjazd samochodu z Kielc codziennie o godzinie 4-iej po południu. Informacji udziela Zarząd Solca: poczta Stopnica, g. Kieleckiej.



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.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-biau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotroping, Salol. Stosują się 3—4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

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