

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 18.

Warszawa d. 30 kwietnia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Z terapii pogranicza. Uwagi o balneologicznem leczeniu chorób narządów moczowych, podał D-r Wasserthal (Karlsbad). — Ruchy atetotyczno-śluzawicze w przebiegu syfilisu mózgowo-rdzeniowego, podał Zygmunt Messing. — STRESZCZENIA. *Medycyna teoretyczna.* 86. Weinberg. Serodyagnostyka bąblowca. — 87. Dyecke i Much. O bakteryolizie prątków grzniczych. — 88. Fedor Krause. W sprawie fizjologii mózgu na podstawie doświadczeń przy operacjach. — *Choroby dzieci.* 89. Jules Comby (Paryż). Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci. — 90. G. Alsberg (Cassel). Przyczynę do nauki o zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci. — 91. Weissenberg. O ponownie przebytej płonicy. — 92. Gerhartz. Jąd błonicy a promienie Roentgena. — Trzydziesty dziewiąty zjazd chirurgów w Berlinie, podał Aleksander Zawadzki. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIA-
DOMOŚCI BIEŻĄCE. — Odpowiedzi Redakcyi. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z terapii pogranicza.

Uwagi o balneologicznem leczeniu chorób narządów moczowych.

Podał

D-r Wasserthal (Karlsbad).

Wprawdzie większość chorób narządów moczowych w ostatnich czasach coraz bardziej się wysuwa z rąk internistów i staje się dobytkiem chirurgów, jednak i teraz jeszcze leczenie wewnętrzne, w szczególności zaś

leczenie balneologiczne (to ostatnie może po części kosztem leczenia lekarstwami) zachowuje swoją niezaprzeczoną wartość obok zabiegów operacyjnych.

W licznych bardzo przypadkach leczenie wodami, którego istotę stanowi przepłukiwanie organizmu, służy jako dopełnienie re-koczynów operacyjnych.

Wskazania do kuracyi u wód są bardzo rozmaite, bądź tam, gdzie sprawa chorobowa już jest tak zaawansowana, że po zabiegu chirurgicznym niewiele sobie można obiecywać, jak to szczególnie ma miejsce w sprawach

obustronnych, bądź też, że choroba jest dopiero w zaczątkach, a dolegliwości nie zbyt dotkliwe.

W takich razach ani lekarz, ani temniej chory, który zwykle nie łatwo zgadza się na operację, nie chcą się uciec do środków radykalnych.

Ważny czynnik przy pytaniu, czy operacja, czy też leczenie wewnętrzne, stanowi często rodzaj zajęcia i położenie materyalne chorego.

Nierzadko też leczenie u wód wskazane jest przed operacją dla podniesienia ogólnego stanu odżywiania lub też dla usunięcia objawów ze strony innych narządów, szczególnie ze strony narządów trawienia, krążenia lub też dla podziałania na przemianę materyi.

Najczęściej stosujemy picie wód mineralnych nie tylko dla podniesienia ogólnego odżywiania, lecz dla usunięcia przez wypłukanie resztek po dokonaniu kruszeniu kamienia, po zabiegach chirurgicznych na gruczole krokowym, po nefrotomii, pyelotomii, operacji na moczowodach i t. p. Zbytecznym też mi się wydaje kładzenie nacisku na to, że systematyczne picie wód u osób skłonnych do kamicy narządów moczowych służyć może jako najlepszy ze znanych nam środków zapobiegawczych przeciw nawrotom i tworzeniu się nowych złogów.

Nie chcąc wykraczać poza zakresły temat, ograniczymy się przy omawianiu wskazań i przeciwwskazań do zabiegów balneologicznych w chorobach moczowych do kilku punktów wytycznych i postaramy się omówić przeważnie tylko praktycznie ustalone pewniki, nie dotykając rozmaitych zagadnień teoretycznych, z tą sprawą związanymi.

Pod wpływem prac doświadczalnych lat ostatnich, jeżeli wspomnę na tem miejscu tylko o obrzęku, wywołanym doświadczalnie przez P. F. RICHTERA przez zatrucie azota-

nem uranu (*Urannitrathydrops*), pojęcia nasze o celowości dowozu znacznych ilości wody przy chorych nerkach uległy z punktu widzenia teoretycznego pewnej zmianie, i dotychczasowe poglądy nasze zostały mocno zachwiane. Teoretyczne jednak zastrzeżenia nieznacznie jeszcze wpłynęły w praktyce na stosowanie wód mineralnych i zabiegów fizyczno - dyetetycznych, uświęconych przez wieloletnie doświadczenie kliniczne. Obecnie, jak i dawniej, w znacznej liczbie szczególnie podostrych i przewlekłych cierpień nerek pochodzenia zapalnego, toksycznego, lub zapalno-toksycznego często widzimy po takiej kuracji doskonałą poprawę funkcji nerek.

Zdajemy sobie, ma się rozumieć, jasno sprawę z tego, że procesów tych racjonalnie ¹⁾ leczyć nie jesteśmy w stanie, staramy się zatem za pomocą wypłukiwania, uregulowania czynności ekkoprotycznych o wydalenie z organizmu choć części szkodliwości toksycznych, ewentualnie o zmniejszenie pracy nerek przez zastępcze wydzielanie produktów przemiany materyi innymi drogami (pocenie się, wydzielanie z kałem).

W przypadkach ze skłonnością do zbyt skąpego wydzielania moczu, do hydremii tkanek najbardziej mieć musimy na uwadze ilość doprowadzanego płynu i soli kuchennej (NaCl). W tych razach powstrzymamy się zatem od przepisywania wód, zawierających znaczną ilość soli kuchennej (w praktyce jeszcze się często bezkrytycznie ten błąd popełnia), i ograniczymy się do stosunkowo nieznacznego dowozu płynów.

W niektórych postaciach zapaleń nerek ma pewne znaczenie nie tylko dowóz wody, lecz i alkalia, w wodzie zawarte. Niedawno temu

¹⁾ Próby, podjęte w tym kierunku, aby przez wprowadzenie odpowiedniej surowicy podziałać antytoksycznie (Casper i Engel, Teissier), nie wyszły jeszcze z okresu przygotowawczego.

v. HOESSLIN wykazał związek, jaki zachodzi między kwasotą moczu a ilością wydzielanego białka i wałeczków. Dowiódł on, że podawanie alkaliów ma wpływ dodatni na zmniejszenie się ilości białka i wałeczków; jednocześnie też wzmagają się wydzielanie NaCl. W zapaleniach nerek wtórnych, które znamy jako objawy cząstkowe miażdżycy naczyń, ogólnych zaburzeń w odżywianiu i przemianie materii, możemy osiągnąć przez stosowanie wód alkalicznych bardzo dobre wyniki lecznicze. Ma się rozumieć, że w przypadkach miażdżycy zachować musimy pewne ostrożności; zbyt dużym byłoby dodawać, że strzedz się tu trzeba wód zbyt gorących lub też dowozu zbyt wielkiej ilości płynu, by nie obciążać zbyt wielkością krążenia, które utraciły w znacznym stopniu możność przystosowywania się.

U osób starszych w leczeniu dny nerek także kierować się będziemy ogólnym stanem — miarodajny będzie i w tym przypadku stan naczyń. Nerka w dnie sama w sobie doskonale reaguje na obfity dowóz wody, o ile się doń nie stosuje źródeł zbyt skoncentrowanych hipertonicznych i zbyt bogatych w sól kuchenną. Mimo że, jak dotychczas, mało bardzo pozytywnego wiemy o istocie dny, mimo że nawet z punktu widzenia teoretycznego stosowanie wód alkalicznych może być uważane według badań HISA i PAULA ³⁾ za przeciwwskazane, ponieważ autorowie ci dowiedli, że dowóz jonów sodu obniża rozpuszczalność moczanu jodowego (*natr. uraticum*), mimo to jednak praktyka nas uczy, że częste i obfite picie wody, drażnienie skóry, ciepłe kąpiele — są, jak dotychczas, najlepszym środkiem przeciwko skazie moczanowej, środkiem, który niema sobie równego w terapii tego cierpienia.

Przechodząc do cierpienia nerek t. zw. chirurgicznych, zajmijmy się przeważnie tylko jednym z nich, które nas najbardziej i najczęściej zajmuje, mianowicie kamica, bądź to jałową, bądź też zakażoną (KUEMMEL).

Z pośród wielu teorii tworzenia się kamieni najbardziej się wyróżnia teoria EBSTEINA. Znalazła ona potwierdzenie teoretyczne i doświadczalne w nowszych badaniach nad koloidami w moczu (SCHADE).

Z punktu widzenia fizyczno-chemicznego mocz przedstawia mieszanę ciał kryształicznych (sole moczowe) oraz ciał koloidalnych (urochrom, ³⁾ śluz, białko). Przez podawanie wody alkalicznej sole moczowe łatwiej pozostają w rozpuszczeniu pod działaniem rozkładającym płynu, z drugiej zaś strony nie dochodzi do stężenia zawiesiny koloidalnej (Gelbildung) — w ten sposób szkielec koloidalny, który według EBSTEINA, MORITZA, POSNERA stanowi *conditio sine qua non* tworzenia się kamieni moczowych, pozostaje w koloidalnym rozpuszczeniu (LANDOUSI cyt. wedł. SCHADEGO). Jednocześnie też kamień, który już istnieje, nie może się powiększać przez nowe nawarstwianie się kryształów soli moczowych (Krystall - Anlagerung).

Wypada zastanowić się nad pytaniem, jaki jest nasz cel w leczeniu wodami kamicy, już istniejącej. Czy mamy na celu rozpuszczenie kamieni (niestety, chorzy zwykle tego się spodziewają), czy też chcemy przez jakieś cudowne działanie kuracyi przepchnąć kamienie, dajmy na to wielkości włoskiego orzecha, często zaopatrzone w wyrostki, — przez wąskie światło moczowodu.

Otóż leczenie nasze ma na celu, o ile kamienie są zbyt duże lub też siedzą mocno osadzone, zapewnić choremu spokój, przemyć

²⁾ Cyt. wedł. P. Mayer. Zeitsch. f. Balneolog. 09.

³⁾ Według Fr. Minkowskiego i Lichtwitza urochrom uważać należy za ciało nie koloidalne (cyt. według Lichtwitza).

łożysko kamienia (Steinlager), wypłukać produkty drażniące i zapalne i nie dopuścić do dalszego krzepnięcia ciał koloidalnych (włókniaka i fibrinogenu) i ponownych krystalizacji w tej sieci koloidalnej.

Zdarza się, że w warunkach sprzyjających nawet dość duże stosunkowo kamienie, np. wielkości małego migdała, mogą być wydalone pod wpływem moczopędnych własności wód mineralnych. Bardzo niedawno temu obserwowałem taki przypadek wydalenia ostrego, stosunkowo dużego kamienia prawie zupełnie bez bólów i bez krwawienia. Jako jedyne objawy wystąpiły mdłości i lekkie wymioty.

Wziernikowanie pęcherza (cystoskopia) wykazało, że kamień, którego daremnie szukano za pomocą prześwietlania promieniami Röntgena, świeżo właśnie przeszedł przez ujście jednego z moczowodów. Ujście to wykazywało bowiem świeże ślady obrażenia, powtórna cystoskopia, w kilka dni potem wykonana, już nie wykazała żadnych śladów.

Przypadki te należą do rzadkich wyjątków, i, ma się rozumieć, nie mamy żadnego kryterium, czy, o ile wydalenie kamienia ma miejsce podczas kuracji — sama kuracja do tego wydalenia przyczynić się mogła.

Postępy techniki prześwietlania pozwalają nam w niektórych przypadkach tylko z pewną dozą prawdopodobieństwa rokować o tem, czy dany kamień wogóle może odejść drogą naturalną, czy też nie.

O wyborze miejsca, t. zw. źródła, stanowiąc będą w kamicy okoliczności towarzyszące, stan ogólny chorego, a głównie choroba podstawowa oraz objawy ze strony innych narządów. W leczeniu kamicy jako takiej każdy alkaliczny, ziemisty lub alkaliczno-sulfatyczny roztwór soli o stężeniu niższym od stężenia krwi (hypotoniczny) zrobi swoje, najlepiej w postaci wód mineralnych,

jakich mamy mnóstwo rozsianych po całym świecie.

Nie zawadzi na tem miejscu ostrzedz przed bezkrytycznym leczeniem kamicy nawet tak łagodnymi środkami, jak wody mineralne.

Często napad kolki nerkowej, krwawienie, gorączka i nawet stan absolutnej anuryi podczas kuracji nie zostaje wywołany przez to, że działanie kuracji poruszyło ze swych posad duży kamień, i że ten się szykuje do przejścia przez moczowód. Często nie zdajemy sobie sprawy z tego, że, o ile kamień tkwi w nerce, dobrze unieruchomionej przez doskonałe wypełnienie łożyska nerkowego tłuszczem, napady zdarzać się będą w rzadkich odstępach. Jeżeli jednak w ciągu kuracji nastąpi odtłuszczenie, wychudnięcie pacjenta, nerka się staje bardziej ruchomą, ulega łatwiej wstrząśnieniom, a z nią razem i ewentualnie w niej zawarte kamienie, i doprowadzić może do napadów kolki.

O ile pożądana jest kolka skuteczna ⁴⁾, o tyle znów starać się winniśmy zabezpieczyć chorego, o ile to jest w naszej mocy, przed wszelkimi zbytecznymi bólami tam, gdzie niema żadnych widoków skutku.

Sprawy złośliwe, *carcinoma, hypernephroma*, a szczególnie gruźlica nerek, która, niestety często jeszcze w stadium początkowym pozostaje nierozpoznana, wyłączają *a priori* wszelką kurację silnie działającymi wodami, szczególnie wszelkie kąpiele i wszelką redukującą dyetę. Specjalnie strzedz się należy wysyłania do wód chorych z objawami częstego parcia na mocz, krwawieniem i bólami, szczególnie w połączeniu z objawami dyspeptycznymi—bez uprzedniego dokładnego zbadania w kierunku możliwości tuberkulozy układu moczowego. Kuracja u wód w połączeniu z

⁴⁾ Posługuję się tu terminem, zapożyczonym z patologii kamicy żółciowej (Riedel).

kąpielami, okładami, tuszami, kąpielami świetlnymi, elektrycznymi, parowemi i wogóle z całym nowoczesnym arsenałem fizycznej terapii pozabawić może chorego w krótkim czasie resztek i tak już nadwątlonych sił i odporności.

Spodziewać się należy, że w przyszłości wobec dobrze zakreślonej symptomatyki oraz doskonałych dostępnych i łatwo dających się zastosować metod dyagnostycznych gruźlicy liczba tych za późno rozpoznanych przypadków gruźlicy narządów moczowych znacznie się zmniejszy.

Jak dotychczas, niema prawie roku, żeby mi się nie zdarzyło przy stosunkowo nieznanym materiale urologicznym *a limine* odesłać pacyenta z powodu niewątpliwej gruźlicy lub też poradzić komuś z tego powodu zaprzestania rozpoczętej kuracji. Trudność rozpoznania polega na tem, że gruźlica przebiegać może pod postacią i przy objawach najróżnorodniejszych cierpień, a nawet nerwic narządów moczowych.

Jeżeli się teraz zwrócimy ku cierpieniom zakażonym nerek, przyczem jednocześnie objąć winniśmy i miedniczki nerkowe, to, jak dotychczas, leczenie wewnętrzne wodami (*pyonephrosis, pyelitis, cystopyelitis*) w połączeniu z wewnętrznymi środkami odkażającymi (?) bywa jeszcze najczęściej stosowane, zupełnie niezależnie od tego, jak proces powstał, czy zakażenie wystąpiło drogą krwiobiegu, jako częściowy objaw ogólnego zakażenia, czy też wstępująco (*ascendirend*), czy też, jak chcą niektórzy z autorów, przez wędrówkę bakterii z jelit. W sprawach tych w większości przypadków o przebiegu bardzo przewlekłym, wobec niezbyt świetnych widoków leczenia chirurgicznego, jestto prawie jedyny sposób leczenia i jedyny rodzaj pomocy, jaką choremu okazać możemy. W samej rzeczy, w połączeniu z zabiegami dyetetycznymi z usunięciem czynników drażniących: soli, ciał aro-

matycznych, wysokoku, ciał balsamicznych, dotychczas często zupełnie bezkrytycznie stosowanych ⁵⁾ — leczenie takie daje wcale znośne wyniki i niedawno gorąco polecane zostało ze strony czysto chirurgicznej (ROVSIŃG ⁶⁾). Autor ten stosuje w *pyelitis* obfite podawanie wody w połączeniu ze środkami odkażającymi wewnętrznymi oraz kateter *à demeure* i twierdzi, że w ten sposób otrzymał dobre wyniki ⁷⁾.

W kilku słowach chciałbym tu dotknąć sprawy przemywania miedniczek nerkowych za pomocą wstrzykiwań i instylacji (CASPER, ALBARRAN, KAPSAMMER) przez kateter, wprowadzony do moczowodu. Sprawa ta budziła ogólne zainteresowanie na ostatnim zjeździe urologów w Berlinie. Przy odpowiednim wyborze przypadków i dobrem różniczkowaniu objawów metoda ta dać może doskonałe wyniki, szczególnie w t. zw. czystych przypadkach *pyelitis*, gdzie sama nerka nie jest zajęta. W przypadkach wątpliwych można tym zabiegiem chorego narazić na bardzo przykre powikłania, co sam miałem sposobność widzieć, i o czem też mówiono w dyskusyi. (Verhandlg. d. II ten. Congr. f. Urolog. Berl. 1909). To samo, co o cierpieniach ropnych miedniczek, da się powiedzieć

⁵⁾ Na ostatnim zjeździe urologów niemieckich v. Frisch zwrócił uwagę na takie bezcelowe i niewytrzymałe krytyki przepisywanie olejków balsamicznych tam, gdzie powinniśmy unikać wszelkiego podrażnienia.

⁶⁾ Verhandlg. d. II ten. Kongr. f. Urol.

⁷⁾ O ile, ma się rozumieć, sprawa nie nagli. W ostrych przypadkach ropnia nerek, dalej zacopowania przez kamień, skrzep krwi lub włóknikowy lub ostrego zapalenia miedniczek, gdzie wysięk w zupełności wypełnia miedniczkę, i ropa zupełnie nie ma ujścia, w tych razach, o ile się nie uda przez zgłębnikowanie za pomocą kateteru moczowodowego usunąć przyczyny zacopowania i dać ujścia ropie, niemażnijnej rady nad zabieg operacyjny. Lecz i tu po usunięciu przeszkody wstępuje w swoje prawa leczenie wewnętrzne (balneologiczne), które przyspieszyć może sprawę gojenia się.

i o moczowodach, o ile niema zupełnego zamknięcia światła moczowodu, obfite przepłukiwanie będzie z korzyścią dla chorego. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, o ile, zstępując ku dołowi, zastanowimy się nad cierpieniami pęcherza i organów, z nim graniczących (*prostata*).

Tutaj obraz chorobowy może być bardzo zmienny w objawach, leczenie też nie ma być szablonowe, lecz przystosowane do chwilowych warunków i postulatów chorobowych.

Pęcherz moczowy, jako organ próżny (Hohlorgan) i rezerwuar, posiada pewną naturalną, jeżeli mi ją tak nazwać wolno, „swoistą” pojemność („*adäquate Capacität*”), to znaczy pojemność, która da się wyrazić w pewnej liczbie sześciennych centymetrów własnego, chwilowo w pęcherzu zawartego moczu (nie, jak to wogóle mówią, że pojemność jest równa takiej lub owakiej liczbie centymetrów, dajmy na to roztworu kwasu borowego, wprowadzonego do pęcherza).

Powyżej tej pojemności (nie mówiąc o pewnych zmianach w innerwacyi) pęcherz odpowiada uczuciom, które nazywamy parciem na mocz. Otóż przy leczeniu wodami mineralnymi liczyć się wypada z tą pojemnością, która jest wielkością niestałą i zależną od różnorodnych czynników.

Każdorazowa pojemność pęcherza, to znaczy objętość, przy której się zaczyna uczucie parcia na mocz, zależna jest głównie od 2 czynników: od stanu, w jakim się znajduje błona śluzowa pęcherza (szczególnie w części *coll. vesicae*) oraz od jakości zawartości.

(D. n.).

Z kliniki dyagnostyczno-terapeutycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Ruchy atetotycznie-śląsawicze w przebiegu syfilisu mózgowo-rdzeniowego ¹⁾

Podał

Zygmunt Messing.

Syfilis układu mózgordzeniowego może dawać najróżnorodniejsze objawy i ich kombinacje. Zależy to od właściwości syfilisu, który rozwija się w różnych miejscach układu nerwowego, a że objawy zależą przede wszystkim od umiejscowienia sprawy chorobowej, nie zaś od jej charakteru, więc nawet ruchy atetotycznie-śląsawicze w obrazie klinicznym znaleźć się mogą.

Podobny przypadek miałem sposobność obserwować i przytaczam go poniżej.

Józefa R., 42-letnia żona stróża, przybyła do kliniki dyagnostycznej d. 23 marca 1909, r. ze skargami na osłabienie i ruchy mimowolne prawych kończyn. Obecna choroba rozpoczęła się dwa lata temu bólami głowy, przeważnie nocnymi, i wymiotami, które po leczeniu w szpitalu ustąpiły. Przed pół rokiem zjawilo się drżenie rąk, opuszczenie lewej powieki górnej i dwojenie się w oczach. Po wcieraniach szaruchy objawy te ustąpiły. Przed trzema tygodniami chora zaczęła tracić władzę w prawych kończynach, przeważnie górnej, wystąpiło zataczanie się, i zaczęło „wykręcać” obie prawe kończyny. Równocześnie miało miejsce osłabienie pamięci, a mowa stała się niewyraźną, nosową, wystąpiło zachłystywanie się.

Przed 16 laty chora przechodziła dur brzuszny i zapalenie płuc, przed 12 laty miała

¹⁾ Chora była przedstawiona na posiedzeniu sekcji neurologicznej Warsz. Tow. Lek. dnia 15 maja 1909 roku.

Ze świeżego tranu
EMULSIA à la SCOTT c. $\frac{1}{2}$ 0 LECITHIN

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglycerinofosforowego) lekko jako takowy asymilujący się w organizmie i nie wywołujący szkodliwego wpływu na narządy trawienia. W połączeniu z tranem pozbawionym swego nieprzyjemnego smaku w postaci emulsji daje nam typ środka wielce pożytecznego w chorobach: rachityzmie, angielskiej chorobie, cierpieniach płuc, skrofulach, neurastenii, anemii i t. p.

Sposób użycia: 1 — 3 łyżek dziennie dla dorosłych.

Cena flaszki 225 rm. — 1 rb.

POLECA

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

„CASCARINE LEPRINCE”

$C^{12} H^{10} O^5$

Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

Nawykowe zaparcie stolca

Choroby wątroby. Atonia przewodu pokarmowego.

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



Wzmożone ciśnienie

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

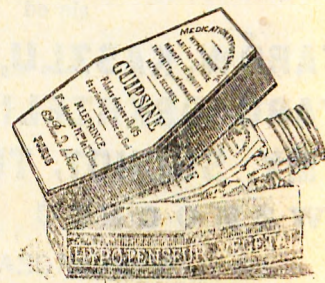
GUIPSINE

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.

owrządzenia na częściach rodnych i krosty po całym ciele, których charakteru bliżej określić nie umie. Za mężem 22 lata, mąż żyje. Jeden raz ronila, raz urodziło się dziecko nieżywe, dwoje dzieci umarło przy piersi. Ojciec chorej umarł na dur brzuszny, a matka na zapalenie płuc.

Stan z dnia 23/III 1909. Chora średniego wzrostu, budowy prawidłowej, wątłej, odżywiania upośledzonego. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych.

W prawych kończynach, głównie w częściach obwodowych, a mianowicie w stawach palców, napiętkowym i skokowym, a w mniejszym stopniu w stawach dużych (łokciowym, barkowym, kolanowym) widzimy powolne, nieskojarzone ruchy mimowolne, bardzo przypominające atetozę. Są one jednak tak obszerne, że określić je można jako ruchy atetotycznie - płasawicze. Ruchy te występują jeszcze wyraźniej przy ruchach czynnych, a mianowicie: przy podnoszeniu kończyn, przy chodzeniu, wzruszenie znacznie je potęguje. W czasie snu zupełnie ustają. Są one silniej zaznaczone w dolnej, niż w górnej kończynie. Oprócz kończyn ruchy są widoczne w mięśniach prawej połowy twarzy i szczególnie w prawej połowie brzucha.

Poza tem w prawych kończynach lekki niedowład i nieznaczny bezład. Odruchy kolanowe i odruchy ze ścięgna Achillesa z obu stron zupełnie zniesione. Odruchów głębokich na prawej kończynie górnej nie można otrzymać. Odruch brzuszny z prawej strony zniesiony, z lewej słaby. Czucie na całym ciele zachowane.

Ze strony nerwów czaszkowych występuje przede wszystkim obustronne porażenie mięśni ocznych, lecz nie wszystkich (ophthalmoplegia incompleta). Ruchy gałek ocznych ograniczone we wszystkich kierunkach, z wyjątkiem ruchu ku zewnątrz. Żrenice nie oddziałują na światło i przystosowanie, lewa

cokolwiek większa od prawej. Powieki nieco opuszczone, lewa więcej. Prawa fałda nosowargowa słabiej zarysowana, niż lewa. Słuch upośledzony z prawej strony. Mowa ma odciętą nosową. Czasami chora zachłystuje się. Lewa połowa podniebienia miękkiego stoi niżej, niż prawa. Lewa struna głosowa przy fonacji nieruchoma. Języczek zbacza na lewo. Odruchy: spojówkowy, gardzielowy i podniebienia miękkiego zupełnie zniesione. Ze strony języka, zmysłu smaku i powonienia żadnych zaburzeń. Badanie wziernikiem dna oka wykazało szaro-białawe zabarwienie całej lewej tarczy nerwu wzrokowego i także zabarwienie wewnętrznej części prawej tarczy. Badanie pola widzenia wykazało nieznaczne zwięźlenie na lewym oku, a badanie szklami kolorowymi wykryło obecność dwojenia się, na które jednak chora nie uskarżała się. Przebieg choroby: po zastosowaniu leczenia rtęciowego (szaruchy 2,0 dziennie), początkowo nastąpiło jakby pogorszenie: niedowład i ruchy mimowolne wzmożyły się. Lecz już po 23 wcieraniach ruchy zaczęły się zmniejszać, a po 26-em zostały zaledwie dostrzegalne ślady: zginanie i rozginanie palców, ruchy w stawie napiętkowym, łokciowym i skokowym. Równocześnie siła prawych kończyn poprawiła się, poprawiły się także ruchy gałek ocznych i ruchy podniebienia miękkiego. Inne objawy zostały bez zmiany.

Po skończonem leczeniu (30 wcierań szaruchy, 12 kąpiele i dłuższe użycie jodku sodu do wewnątrz), ruchy mimowolne i niedowład prawych kończyn i ruchy w prawej połowie twarzy i brzucha ustąpiły zupełnie. Czasami tylko występowało słabe drżenie w palcach prawej dłoni, przeważnie w małym palcu. Ruchy gałek ocznych pozostały ograniczone w kierunku ku górze, ku dołowi i na zewnątrz, objawy ze strony źrenic były bez zmiany. Ruchy podniebienia miękkiego wyrównały się. Fałda nosowargowa z obu stron

jednakowo wyraźna. Bezład prawej dolnej kończyny ustąpił, pozostał w prawej górnej. Odruchów głębokich dolnych kończyn stałe brak. Natomiast wystąpił nowy objaw: pod lewym obojczykiem, około mostka było miejsce wielkości dłoni, które chora określa jako zdrętwiałe i gdzie słabo odczuwa ukłucia szpilki. Zasługuje na zaznaczenie, że w ciągu obserwacji chora kilka razy uskarżała się na silne bóle w prawych kończynach.

Chora wypisała się dnia 18/IV 1909 roku.

Co do charakteru sprawy chorobowej, to nie ulega wątpliwości, że mamy tutaj do czynienia z przymiotem. Za tem przemawiają wywiady, przebieg choroby z nasileniami i zwolnieniami i wynik swoistego leczenia rtęcią. Musimy różniczkować między wiałem rdzenia, rzekomym syfilitycznym wiałem rdzenia i przymiotem mózgowo-rdzeniowym.

Za wiałem przemawiają objawy źreniczne, brak odruchów kolanowych, zaburzenia w oddawaniu kału i moczu, bezład kończyn, lecz oprócz tych objawów mamy inne, niewłaściwe wiałowi, np. niedowład prawostronny. Niedowłady, jeżeli są spostrzegane w przebiegu wiału, to tylko w okresach późniejszych, w t. zw. trzecim okresie wiału. Dalej, brak całego szeregu objawów typowych dla wiału: bezładu, typowych bólów strzelających. Przebieg cierpienia również przemawia przeciwko wiałowi. Chociaż wiał może przebiegać ze znacznymi zwolnieniami, jednak ma stałe postępujący charakter, i nigdy w czystym wiałzie nie widzimy tak znacznych polepszeń po leczeniu rtęciowem, jak w naszym przypadku; podobne poprawy widzimy raczej w rzekomym syfilitycznym wiałzie rdzenia i w syfilisie mózgu i rdzenia. Rzekomym syfilitycznym wiałem rdzenia nazywamy te przypadki, gdzie syfilis rdzenia naśladuje obraz kliniczny wiału. W naszym przypadku typowego obrazu wiału nie mamy, ak, że i o wiałzie rzekomym mówić nie mo-

żemy. Pozostaje więc rozpoznanie syfilisu mózgowo-rdzeniowego.

Co się tyczy umiejscowienia sprawy chorobowej, to przedewszystkiem musimy przypuścić ognisko w odnogach mózgowych. Takie ognisko objaśnia nam niezupełne obustronne pzażenie nerwów okoruchowych, porażenie nerwów bloczkowych, prawostronny lekki niedowład, ruchy atetotyczno-śląsawicze i niewielki bezład prawych kończyn. OPPENHEIM twierdzi, że zapalenie opon mózgowych lub gumat na podstawie mózgu może dać podobne objawy, niekonieczne jest zajęcie samych odnóg. Zdaje się jednak, że niezupełne porażenie nerwów okoruchowych i jednoczesne porażenie nerwów bloczkowych przemawia raczej za sprawą w jądrach lub na przebiegu wewnątrzmożgowym korzeni tych nerwów i przeciwko obwodowemu umiejscowieniu sprawy. Sprawa widocznie z prawej strony rozszerzyła się więcej ku dołowi, bo, uciskając na drogi piramidowe, wywołała niedowład prawych kończyn. Ruchy atetotyczno-śląsawicze prawej połowy ciała możemy uzależnić od zajęcia, a może ucisku prawego jądra czerwonego, jak to obserwowali HALBAN i INFELD w swoim przypadku.

Czy mamy tutaj do czynienia z zapaleniem mózgu, wzgl. substancji szarej, czy z rozmiękczeniem na tle syfilitycznego cierpienia naczyń, czy wreszcie z gumatem, trudno rozstrzygnąć. W każdym razie rozmiękczenie możemy wyłączyć, gdyż nastąpiła za duża poprawa, żeby można przypuścić tego rodzaju zniszczenie tkanki nerwowej.

Oprócz ogniska w odnogach musimy przypuścić jeszcze zajęcie rozlane rdzenia i opuszki. W ten tylko sposób objaśnić można porażenie podniebienia miękkiego, porażenie lewej struny głosowej (XI i IX pary nerwów czaszkowych), brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, zaburzenia czucia.

Słowem, oprócz przypuszczalnego ogniska w odnogach mózgowych, mamy do czynienia z rozlanem syfilitycznym cierpieniem mózgu i rdzenia.

Co się tyczy bólów w prawych kończynach, na które chora uskarżała się kilka razy, to przypuszczać należy, że są one pochodzenia ośrodkowego i zależą od podrażnienia dróg czuciowych, przebiegających w odnogach mózgowych.

Ruchy atetotycznie-ślazawicze w przebiegu syfilisu mózgowo-rdzeniowego były bardzo rzadko obserwowane i, o ile mi wiadomo, nie były jeszcze opisane w takiej kombinacji objawów, jak nasza.

GAJKIEWICZ wspomina o atetozie w przebiegu hemiplegii syfilitycznej z afazją pochodzenia torebkowego. ALTHAUS opisał podobny przypadek. Również i DOMAŃSKI w podręczniku JAWORSKIEGO wspomina o ślazawicy i atetozie, jako o rzadkich objawach kiły mózgowia. Lecz nikt dotąd nie opisał atetotozy

w przebiegu cierpienia syfilitycznego odnóg mózgu. Przypadek, demonstrowany dnia 20 listopada 1909 roku przez KRUKOWSKIEGO na posiedzeniu sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warsz. Tow. Lek., jest cokolwiek podobny do naszego, lecz występowało tam tylko drżenie prawej górnej kończyny, właściwej atetozy lub ślazawicy nie było.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Althaus. Lancet, 1883.
- 2) Domański i Prus. Nauka o chorobach wewnętrznych, 1903.
- 3) Gajkiewicz. Syfilis układu nerwowego 1890.
- 4) Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1902
- 5) Halban und Infeld. Zur Pathologie der Hirnschenkelhaube mit besonderer Berücksichtigung der posthemiplegischen Bewegungserscheinungen. Arb. a. d. Inst. f. Anat. und Phys. des Centralnervensystems in Wien. Bd. IX, 1903.

STRESZCZENIA.

Medycyna teoretyczna.

86. Weinberg. Serodyagnostyka bąblowca.

Już przed WEINBERGEM GUEDINI poszukiwał w surowicy krwi osobników, dotkniętych torbielą bąblowca, ciał swoistych, któreby można wykazać na zasadzie odczynu BORDET-GENGOU, i w kilku przypadkach udało mu się wykazać ich obecność. WEINBERG, opierając się na tych doświadczeniach, brał dla wykonania odczynu następujące płyny: 1-o surowicę osobnika, podejrzanego o torbiel bąblowca, 2-o płyn z torbieli bąblowca (najlepiej nadaje się do tego odczynu płyn z torbieli bąblowca barana, gdyż, jak doświadczenie

autora wykazało, obecność płynu z torbieli bąblowca człowieka może nawet z surowicą zdrowego człowieka dać wynik dodatni), 3-o komplement (surowicę świnki morskiej), 4-o krew barania i 5-o surowicę królika, uodpornionego na czerwone ciała baranie.

Odczyn dodatni polega na tem, że w obecności surowicy swoistej i płynu torbielowego następuje wiązanie komplementu, skutkiem czego nie występuje hemoliza czerwonych ciałek. Opierając się na dość bogatym materiale doświadczalnym, mianowicie na 80 zbadanych surowicach, autor wyciąga następujące wnioski:

1. Że surowica krwi dotkniętych bąb-

lowcem zawiera niweczniki swoiste, które wiążą komplement tylko w obecności płynu torbielowego bąblowca.

2. Że dla wykazania swoistych niweczników należy posługiwać się surowicą inaktywowaną i komplementem zwierzęcym, próba bowiem, wykonana z surowicą ludzką świeżą bez surowicy świnki, daje wyniki niepewne.

3. Jako antygen radzi autor używać płynu z torbieli barana; przytem należy sprawdzić skuteczność jego na pewnej liczbie surowic; zdarza się bowiem, że niektóre płyny, zwłaszcza pochodzące od człowieka, wiążą komplement już w obecności surowic prawidłowych. Antygen należy przechowywać w lodowni; autor robił doświadczenie również z antygenem wysuszonym, który okazał się skutecznym.

4. W większości przypadków u chorych, dotkniętych bąblowcem, znajduje się dostateczna ilość niweczników dla otrzymania dodatniego wyniku odczynu. Ilość tych niweczników wzrasta we krwi po operacji w tych przypadkach, gdy torbiel umiejscowiona była w ten sposób, że całkowite jej wyluszczenie natrafiało na trudności.

5. Ilość niweczników w surowicy nie odpowiada wielkości torbieli, lecz raczej jej umiejscowieniu i własności tkanki, która łatwiej lub trudniej przepuszcza płyn torbieli do obiegu krwi.

6. Odczyn ten ma doniosłe znaczenie w wątpliwych przypadkach dla rozpoznania bąblowca.

7. Tem donioślejsze jest jego znaczenie, że nie we wszystkich przypadkach torbieli bąblowca występuje eozynofilia.

8. Próba precipitacyjna FLEIGA i LISBONNEA nie zawsze jest dokładna przy rozpoznawaniu bąblowca; występuje ona w $\frac{1}{2}$ przypadków i daje wynik dodatni często z surowicami ludzi zdrowych.

9. Niweczniki w surowicy znajdują się i wtedy, kiedy bąblowiec ulega bądź zropieniu, bądź też zamiera wskutek przedostania się żółci; stany gorączkowe nie wpływają na obecność niweczników w surowicy osobników, dotkniętych bąblowcem.

10. Surowice osobników, którzy kiedyś

chorowali na torbiel bąblowca i którzy podlegali już dość dawno operacji, mogą dać wynik odczynu dodatni, o ile nie została torbiel doszczętnie wycięta; w przeciwnym bowiem razie niweczniki znikają z ustroju bardzo prędko.

(Annales de l'inst. Past. T. XXIII, s. 472).

87. Deycke i Much. O bakteryolizie prątków gruźliczych.

W doniesieniu tymczasowem dzieli się autorowie z czytelnikami niezwykle ważnym wynikiem badań swych — mianowicie odnalezieniem sposobu rozpuszczania (bakteryolizy) prątków gruźliczych. Przewodnią myślą ich było spostrzeżenie, że w mózgu znajdują się składniki bakteryolityczne, i dlatego początkowo do hodowli prątków gruźliczych dodawali oni zawiesinę substancji mózgowej. Z niektórymi szczepami udało się wywołać zupełną bakteryolizę, lecz ponieważ nie każda substancja mózgowa dawała również pomyślne wyniki, zwrócili się oni do wyciągu acetonowego z mózgu, który jednak też nie dał żadnych stałych wyników. Odpowiedniejszą o wiele preparatem okazała się lecytyna. Pod jej działaniem prątki gruźlicze traciły swą kwasoodporność; przytem lecytyna rozpuszczała nietylko szczepy ludzkie, lecz także i bydłecy. Rozpuszczonymi prątkami udało się nawet autorom w niektórych przypadkach uodpornić świnki morskie przeciw doświadczalnej gruźlicy. Z dalszych badań okazało się, że nie każdy preparat lecytyny działa w powyższy sposób; niektóre nie dawały żadnej bakteryolizy; szybkość bakteryolitycznego działania zależna była od rodzaju preparatu. Dobre rezultaty dawała lecytyna MERCKA, a najlepsze — preparat francuski (Ovolezithin BILLON).

Idąc drogą tego rozumowania autorowie zwrócili się jeszcze do innych składników substancji mózgowej — neuryny, betainy i choliny.

Okazało się, że 25% neuryna już w przeciągu kilku minut rozpuszcza prątki gruźlicze, podczas gdy lecytyna MERCKA czyniła to w ciągu kilku tygodni, a owolecytyna BILLONA w ciągu kilku dni.

Preparat mikroskopowy z rozpuszczo-

nych prątków gruźliczych, barwionych metodą ZIEHLA, wykazuje amorfna substancja, zabarwiona na niebiesko, i pokrywająca całe pole widzenia; ślady laseczników przedstawia się w postaci drobnych czerwonych kuleczek, które bardzo szybko rozpuszczają się w balsamie lub cedrowym olejku, tak, że po pewnym czasie widzieć można tylko niebieską substancję. Autorowie obiecują ogłosić wkrótce wyniki badań nad uodparnianiem zwierząt prątkami rozpuszczonymi, zaznaczając narazie tylko, że uodpornienie może nastąpić tylko wtedy, o ile użyjemy w tym celu prątków, rozpuszczalnych w całości, t. j. nie tylko ich otoczek, lecz i ciała. Próby z betainą, ciałem pod względem chemicznym pokrewnem z neuryną, nie dały pomyślnych wyników, natomiast cholina wykazała własności bakteryolityczne energiczniejsze, niż neuryna. Wobec tych wyników autorowie sądzą, że uda im się przy pomocy neuryny i choliny otrzymać ciało, uodparniające przeciwko gruźlicy.

Bakteryoliza prątków gruźliczych zachodzić może zdaniem autorów, nie tylko *in vitro*, lecz również i w żywym ustroju, dowodzą tego, wbrew twierdzeniu UHLENHUTHA, z jednej strony badania BEHRINGA, któremu udało się wywołać u świnek morskich zakażonych gruźlicą, rozpad prątków gruźliczych w śledzionie na ziarenka, barwiące się metodą i ulegające wreszcie zupełnemu rozpuszczeniu koloidalnemu, z drugiej strony fakt, że bakterie gruźlicze, wprowadzone do otrzewny świnek morskich, zwłaszcza dotkniętych gruźlicą, ulegają rozpadowi na ziarenka oraz zupełnemu rozpuszczeniu.

(Münch. Med. Woch. Nr. 39 1909).

H. Karasiówna.

88. Fedor Krause. W sprawie fizjologii mózgu na podstawie doświadczeń przy operacjach.

Określając sprawność niektórych odcinków mózgu podczas operacji w sposób, jakim się posilkują fizjologowie w swych doświadczeniach, autor doszedł do wniosku, że w padaczkę można wyciąć części kory mózgowej w celu wyleczenia owego cierpienia. We wzmiankowanej chorobie odróżniamy dwie grupy, mianowicie drgawki JACKSONA,

w których napad zaczyna się na jednej stronie ciała, nawet w jednym członku ciała, w ręce lub nerwie twarzowym, następnie rozszerza się na dalsze okolice w sposób, w jaki rozłożone są ogniska w przednim centralnym zwoju mózgowym, w końcu drgawki obejmują cały ustrój, i następuje utrata przytomności. Wycięcie ogniska, uległego drażnieniu, sprowadzić może wyleczenie padaczki JACKSONA. Rękoczyn ten już 20 lat temu zaproponowany był przez HORSLEYA i po raz pierwszy wykonany przez BERGMANNA. Doświadczenia, wykonane na małpach przez SCHERRINGTONA i GRÜNBAUMA, wykazały, że ogniska z pobudliwością elektryczną u tych zwierząt znajdują się jedynie tylko w przednim centralnym zwoju. Te same wyniki otrzymał autor przy poszukiwaniach na człowieku i dochodzi do wniosku, że u człowieka jest tylko jeden sposób orientowania się w okolicy centralnego zwoju, t. j. pobudliwość elektryczna. Wszystkie zaś inne metody, bądź określenie położenia anatomicznego na ogolonej czaszce, bądź określenie zwojów i brózd, są niepewne; nie jesteśmy bowiem w stanie na żywym człowieku określić brózd tak, jak na trupie, gdyż nie można zdjąć opony miękkiej, przez co dopiero brózdki jasno występują. Przy drażnieniu faradycznym mózgu trzeba zwracać uwagę na niektóre okoliczności: należy za pomocą nakłuć zmniejszyć obrzęk pajęczynówki, aby można było użyć prądu o jaknajmniejszym napięciu. Na ciało chorego trzech lekarzy winno zwrócić uwagę: jeden obserwuje nerw twarzowy, drugi górną część ciała z kończyną górną, trzeci dolną część ciała z kończyną dolną. Skurcze mięśni, jakie występują, zostają zanotowane, a malarz na szkicu oznacza punkty drażnienia. Co się tyczy drażnienia faradycznego, to trzeba u człowieka być bardzo ostrożnym i nie należy go przedłużać zbyt długo.

Że wycięte przez KR. kawałki mózgu w samej rzeczy należały do przedniego centralnego zwoju, dowodziły badania drobnowidzowe, za pomocą których można zauważyć różnicę, jaka zachodzi między utkaniem komórek przedniego i tylnego zwoju.

Co się tyczy drażnienia elektrycznego w nowotworach, to samo przez się rozu-

mie się, że nie otrzymujemy żadnego efektu w przypadkach, w których guz znajduje się w korze, w jednym zaś przypadku, w którym guz znajdował się pod korą, można było za pomocą drażnienia faradycznego określić, w którym mianowicie miejscu pod korą guz obrał sobie swoje siedlisko. Autor spostrzegł chorą z wszelkimi objawami guza mózgu, z zupełnym bezwładem lewej kończyny górnej i nerwu twarzowego, pomimo to przy drażnieniu za pomocą prądu faradycznego niewielkiego lekko żółto zabarwionego miejsca na powierzchni mózgu można było wywołać bardzo wyraźny, zawsze się powtarzający skurcz mięśni dłoni i przedramienia. Stwierdzić też można było dziwny objaw, że na podniecie woli mózg nie był już zdolny reagować, zaś drażnienie faradyczne mogło jeszcze wywołać skurcz mięśni; w wielu zaś innych przypadkach, gdy guz znajdował się w korze, podniecia woli jeszcze była w stanie wywołać skurcz mięśni, a drażnienie faradyczne dało wynik ujemny.

Drażnienie mózgow epileptyków daje różny efekt u różnych osobników. W niektórych razach odpowiedni skurcz mięśni otrzymuje się natychmiast po przyłożeniu elektrody i zawsze taki sam efekt przy powtórzeniu drażnienia. Prąd jednakże w takich razach nie powinien za długo działać, i drażnienie tych samych punktów nie powinno się powtarzać więcej, niż trzy lub cztery razy, nastąpić bowiem może zapaść, która wprawdzie po pewnym czasie przechodzi.

U cierpiących na padaczkę JACKSONA kora mózgowa bardzo jest czuła, i prąd faradyczny o bardzo małym napięciu i bardzo krótkotrwałe może wywołać typowy napad kurczów. Natychmiastowe przerwanie prądu przerywa napad, lecz nie zawsze. Zmiany, pozostałe na korze mózgowej lub oponach miękkich po przewlekłym zapaleniu, wielce utrudniają działanie prądu, a wyniki są niepewne.

Wielkość wyciętych kawałków kory mózgowej nie powinna przenosić 30 mm. długości, 24 mm. szerokości i 5—8 mm. głębokości. Po wycięciu kory mózgowej występują bardzo poważne zjawiska z ubytku, z początku w stopniu ograniczonym, następnie rozszerzają się znacznie na pewien czas i w końcu znów się

zmniejszają. Jeżeli wycięto korę na niedużej przestrzeni, bezwład i zboczenie czucia prawie znikają; natomiast wycięcie kory na dużej przestrzeni pociąga za sobą bezwład bardzo ciężki, długotrwały, jak pouczają doświadczenia na zwierzętach.

Nie tylko w sferze ruchowej, lecz i w czuciowej następują w kilka godzin po operacji różnego rodzaju zboczenia. Wszystkie te objawy powoli znikają po kilku już dniach lub tygodniach.

Jako powikłanie po operacjach na mózgu czasowe lub stałe autor spostrzegł niemotę ruchową, zaburzenia wzrokowe i gorączkę nadmierną. Ciężota dochodziła nieraz do 40,8, tętno do 160 uderzeń na minutę.

Wysoka ciężota i tętno przyspieszone nie niepokojącego dla chorego nie przedstawia, jeżeli tylko operacja aseptycznie wykonana została.

Ludw. Kr.

Choroby dzieci

89. Jules Comby (Paryż). Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.

Autor zapatruje się na zapalenie wyrostka robaczkowego jako na chorobę przeważnie chroniczną, która najczęściej powstaje niespostrzeżenie, tak samo, jak przerost migdałków lub wyrosłe adenoidalne. Ostry napad jest tylko zaostrzeniem się epizodycznym sprawy przewlekłej. Z tego powodu autor uważa sprawę tę za niezmiernie ważną dla pediatrów i chirurgów, zwłaszcza ze względu na rozpoznanie wczesne i na leczenie zapobiegawcze. Przyczyny są rozmaite, nie zawsze wyjaśnione. *Appendicitis* występuje zarówno u dzieci dobrze odżywianych i skądinąd zdrowych, u których przypuszczać można wpływ dziedziczności, usposobienia rodzinnego (artrytyczne lub limfatyczne), jakoteż u dotkniętych przewlekłym zapaleniem migdałków, wyrosłami adenoidalnymi, cierpieniami gruczołów szyjowych i t. p., wogóle skłonnych do chorób nosa i gardzieli. W wywiadach często figurują przebyte choroby przewodu pokarmowego, szczególnie *enteritis follicul.* i *mucomembranosa* pochodzenia infekcyjnego. W ogóle choroby zakaźne, zwłaszcza

cza influenza, wywołując podrażnienie i zapalenie narządów limfoidalnych, pozostawiają ślady w wyrostku robaczkowym. Do czynników uspasabiających można też zaliczyć nieumiarkowane spożywanie pokarmów niestrawnych, prowadzące do podrażnienia, zapalenia kiszek i wytwarzania się nieprawidłowej fermentacji. Poniżej lat 2-cho choroba ta zdarza się wyjątkowo, częściej między 4 — 5-ym rokiem życia, najczęściej u dzieci starszych i w wieku młodzieńczym. Co do zmian anatomicznych, to najczęściej po przebytych napadach znajdują się zrosty wyrostka z narządami sąsiednimi; napotyka się też wyrostek swobodny już to mało zmieniony, już to obrzękły ze zgrubiałą (na przecięciu) błoną śluzową, nieraz owrzodziłą, już to zniekształcony z przewodem, wypełnionym ropą, już to miejscami rozszerzony, wypełniony masami kałowymi i koprolitami, nieraz pasorzytami (*oxyuris, trichocephalus*). Zapalenie gruczołów w fałdkach otrzewny, nieraz wyczuwalnych przez powłoki brzuszne, świadczy o sprawie zakaźnej.

Obraz kliniczny przewlekłego zap. w. r. jest bardzo zmienny. Wygląd zazwyczaj zwodniczy, twarz jednakże częstokroć bywa blada, żółta, zmieniająca się z dnia na dzień, obwódki pod oczami i wychudnięcie, jak w początkach gruźlicy. Łaknienie często upośledzone (*forme anorexique*), wogóle niestrawności i zwłaszcza uporczywe zaparcie stolca. Często powtarzające się zaburzenia żołądkowe, a szczególnie nagłe i gwałtowne wymioty okresowe naprowadzają na myśl o zapaleniu wyr. rob., choć przytrafiają się i u dzieci nerwowych oraz artretycznych. Autor w ciągu kilku lat zbadał 100 dzieci, cierpiących na wymioty, okresowo powtarzające się, i przekonał się, że w większości tychże przyczyną było zapalenie wyrostka. Do symptomatologii tego ostatniego zalicza Comby wzmiankowane zap. kiszek (*enterocolitis mucomembranosa*), towarzyszące uporczywemu zaparciu stolca. Niektóre dzieci są wątłe, przestają rosnać, po wycięciu zaś wyrostka rjająozwi się prawidłowo. U młodych dziewcząt nieraz bolesne miesiączkowanie utrudnia dyagnozę, ale tu dokładne zbadanie okolicy

MAC-BURNEYA zwykle pozwala wykryć utajone zap. wyr. rob.

Przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na uwadze wspomniane zapalenie kiszek grubych (*entérocolite mucomembraneuse*) oraz biegunkę krwawą, wymioty okresowe, kolkę wątrobową, nerkową, nerkę ruchomą (te 3 ostatnie zdarzają się niezmiernie rzadko u dzieci) oraz również b. rzadko występujące u dziewcząt małych zapalenie jajowodów i jajników (baczyć na *vulvovaginitis, exploratio per rectum* a także *coxalgiam* przy ruchach swobodnych i braku przykurczeń). Rokowanie w przewlekłym zap. wyr. rob. u dzieci jest niepewne i trudne. Bezpośrednio nie grozi niebezpieczeństwo, wszelako w okresie ostrym obawiać się zawsze można zapalenia otrzewny skutkiem przedziurawienia, gdyż niepodobna liczyć na samowolne wyleczenie (stwardnienie lub wessanie produktów zapalnych), skoro ostry napad może wystąpić po 7, 10, 19 latach. Leczenie tedy musi być stanowczo energicznie i radykalne. Spokój i odpowiednie warunki higieniczne mogą sprowadzić niejaką poprawę, ale jest to tylko złagodzenie objawów bez żadnej rekojmii usunięcia niebezpieczeństwa. W większości przypadków zapalenia wyrostka rob., niewątpliwie rozpoznanego u dzieci — operacja na zimno jest wskazana, tembardziej, że dzieci stosunkowo częściej podlegają napadom ostrym, niż dorośli.

(Archiv. f. Kinderheilkunde T. 50. 1909).

90. G. Alsberg (Cassel). Przyczynę do nauki o zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci.

Autor podaje historię choroby 17-u przypadków *appendicitidis* u dzieci, z których najmłodsze liczyło 1 rok, najstarsze l. 11, między niemi 10 do lat 5-ciu włącznie. Z opisanych przypadków tylko 2 były leczone konserwatywnie. Jeden z nich o przebiegu łagodnym dotyczył 3-letniego synka lekarza i zakończył się wyzdrowieniem; w drugim (4-letni synek suchotnicy) nie zgadzano się na operację i leczono napad konserwatywnie z dobrym, jak się zdawało, skutkiem; następny atoli napad, leczony środkami przeczyszczającymi (przez

t. z. przyrodolekarza), zakończył się śmiercią.

Wszystkie pozostałe przypadki leczone były operacyjnie ze skutkiem pomyślnym. Większość miała przebieg dość ostry. Nie zawsze groźnym objawom odpowiadały poważne zmiany anatomiczne. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że pewna liczba pacjentów przebyła zapalenie gardzieli (podczas epidemii *anginae*); autor nie upatruje tu jednak związku przyczynowego, dowodząc, że follikuły, w jakie obfituje wyrostek robaczkowy, zwłaszcza u dzieci, zawierają tyle bakteryi, i nie potrzeba szukać ich źródła aż w gardzieli. Autor uważa za przesadę szukanie w każdym przypadku *apendicitidis* przyczyny w zaburzeniach trawienia. ALSBERG nie uznaje też usposobienia rodzinnego w takim stopniu, jak niektórzy lekarze francuscy (jakkolwiek wśród jego pacjentów zachorowało w ciągu 14 dni dwoje z jednej rodziny, i w dodatku starsza siostrzyczka tychże przed paru laty przebyła ostry napad *apendicitidis*), ale skłonny jest raczej przypisać powstanie tych przypadków nadużywaniu środków czyszczących¹⁾. Co do rozpoznania A. twierdzi, że jest trudniejsze, niż u dorosłych, gdyż wbrew zdaniu SPRENGELA symptomatologia i dyagnostyka omawianego cierpienia o tyle tylko zbliża się do symptomatologii i dyagnostyki u dorosłych, o ile dziecko jest starsze.

W rozpoznaniu różniczkowym należy mieć na uwadze choroby wątroby, pęcherza i narządów płciowych. Autor wspomina o 3-ch przypadkach gruźlicy jajników, gdzie rozpoznano mylnie *apendicitis*, oraz o przypadku, dotyczącym dziecka 3-letniego, gdzie omal nie rozpoznano zapalenia wyrostka w napadzie typowym kolki żółciowej (z odejściem kamyka).

Za ważny objaw rozpoznawczy A. uważa zgięcie prawej kończyny dolnej oraz osłabienie odruchów skórnych.

Wogóle, zdaniem autora, za mało zwraca

¹⁾ Co do zjawiania się zapalenia wyrostka robaczkowego u niektórych członków jednej rodziny, jak to opisują niektórzy autorzy, istnieje przypuszczenie, że zależy to od szczególnych własności anatomicznych odziedziczonych (zbytńia długość wyrostka, wąski otwór lub przeginanie się i t. p.). Uwaga sprawozdawcy.

ca się uwagi na wymioty i bóle brzucha; każdy ból brzucha wymaga zbadania, gdyż lekceważenie go może grozić nawet utratą życia, zwłaszcza wobec nadużywania środków czyszczących. Co do tych ostatnich, A. nie godzi się z propozycją SONNENBURGA, aby w niektórych razach uciekać się do oleju rycynowego, natomiast zapalenie wyrostka robaczkowego uważa za chorobę chirurgiczną. Im wcześniej po rozpoznaniu wyrostek chory zostanie usunięty przez wprawego chirurga, tem mniejsze grozi niebezpieczeństwo w przyszłości.

Dodać jeszcze wypada, że w pracy autora napotykaemy opis zmian anatomicznych (w postaci przewlekłej najwięcej uwydatnionych w błonie śluzowej, mniej w mięśniowej), którego szczegóły i ryciny znajdzie czytelnik w oryginale.

(Arch. f. Kinderh. T. 50 1909).

B. Polikier.

91. Weissenberg. O ponownie przebytej płonicy.

Autor obserwował siedem przypadków płonicy u dzieci, które już przedtem raz ją przebyły, i na tej podstawie nie zgadza się z twierdzeniem innych autorów, że po przebyciu płonicy powtórnie na tę chorobę zapaść nie można.

Odporność względem płonicy zmniejsza się znacznie, zdaniem autora, u osobników, którzy już raz ulegli tej infekcyi. We wszystkich bowiem siedmiu przypadkach przebieg płonicy za pierwszym razem był o wiele słabszy, niż za następnym razem. W jednym przypadku nastąpiło fatalne zejście już na czwarty dzień choroby na skutek ciężkiej ogólnej posocznicy płoniczej.

Powyższe wywody posiadają doniosłe znaczenie praktyczne, wskazują bowiem, że w płonicy za każdym razem odosabniać należy również i te dzieci, które już przedtem tę chorobę przebyły.

(Arch. f. Kind. T. 52. Z. III).

92. Gerhartz. Jad błoniczy a promienie Roentgena.

Działanie surowicy BEHRINGA ogranicza się nasycaniem jadu krążącego przez anty-

toksyny. Jad, związany z tkanką (verankert), nie ulega wpływowi surowicy przeciwbłoniczej. Jako postulat pozostaje zatem poszukiwanie środków, któreby zdołały unicestwić również jad specyficznie związany.

Autor dokonał szeregu doświadczeń, pragnąc przekonać się, czy działanie promieni Roentgena wpływa zabójczo na jad błoniczy, wprowadzony do ustroju zwierzęcego. Do tych celów autor zastrzykiwał królikom pod skórę jad błoniczy w ilości „*dosis laetalis minima*” z instytutu terapii doświadczalnej w Frankfurcie. Do naświetlania był stosowany aparat HIRSZMANA z 50 cm. — induktorem, o natężeniu 100 V., z rtęciowym przerywaczem;

dozowanie było przedsiębrane za pomocą miliamperometru RAHMERA.

Części zwierząt zastrzykiwano jad, który pierwotnie podlegał działaniu promieni Roentgena; pozostałe króliki były naświetlane już po zastrzyknięciu pod skórę jadu błoniczego.

Na podstawie tych badań autor doszedł do wniosku, że promienie Roentgena osłabiają siłę jadu błoniczego zarówno „*in vitro*”, jak i w organizmie zwierząt. Działanie promieni rozszerza się zarówno na jad krążący, jak i na związany.

(Berl. kl. Woch. 1909 Nr. 40).

Józef Judt.

Trzydziesty dziewiąty Zjazd chirurgów w Berlinie

podał Aleksander Zawadzki.

Przewodniczący zjazdu prof. BIER zaznacza we wstępnej mowie znaczny przyrost członków (do 2000); obecna sala zgromadzeń, przeznaczona dla 700 członków, jest zbyt szczupła, należy przeto przedsięwziąć budowę odpowiedniego gmachu.

Z powodu setnej rocznicy urodzin LANGENBECKA postanowiono zamiast na pomnik zebrać fundusz na rozszerzenie gmachu jego imienia, gmach obecny jest miejscem zebrań zjazdowych, ku końcowi kongresu lista wskazywała około 60000 marek, zaofiarowanych na ten cel.

Po załatwieniu zwykłych zjazdowych formalności przystąpiono do obrad.

W sprawozdaniu mojem nie będę się trzymał porządku obrad, pominię niektóre mniej doniosłe odczyty, główną natomiast zwrócę uwagę na główne tematy, których wyznaczono trzy: 1) leczenie padaczki (chirurgiczne) oraz chorób mleczaj; 2) leczenie ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego; 3) chirurgiczne leczenie nieruchomego zwężenia i rozszerzenia klatki piersiowej.

Leczenie padaczki.

Referent prof. KRAUSE — leczenie padaczki nieurazowej.

Na zasadzie spostrzeganych 80-ciu operowanych przez siebie przypadków, a niektóre z nich kontrolowane są od lat 16-tu, referent dochodzi do wniosku, iż znaczna część epileptyków na drodze chirurgicznej może być uleczona lub otrzymać znaczną ulgę. Badania HIRZIGA oraz innych były dla referenta drogowskazem przy wykonywaniu operacji z powodu padaczki. Zależnie od przypadku stosował sposób HORSLEYA (wycinięcie odpowiednich ośrodków ruchowych w szarej substancji mózgu) lub KOCHERA t. zw. wentylowy sposób, oparty na zasadzie, że przy napadzie padaczki ciśnienie w czaszce zwiększa się, i że otwór, zrobiony w jej ścianach, ciśnienie to zmniejsza. Referent, stosując sposób HORSLEYA, określał za pomocą bardzo słabego (ledwie odczuwalnego końcem języka) prądu faradycznego ośrodki, odpowiadające drgawkom padaczkowym kończyn, i dopiero po ścisłem ich określeniu wycinał je aż do białej substancji mózgu. Drażnienie silniejszymi prądami jest przeciwwskazane ze względu na to, iż mogą reagować i ośrodki sąsiednie. Według referenta jest to jedyny sposób pewny, — dane topograficzne prowadzą do błędnych wyników — niejednokrotnie, kierując

się temi danemi, trzeba było przy badaniu za pomocą prądu faradycznego otwór w kości rozszerzyć, bo poszukiwany ośrodek położony był znacznie dalej. Przy badaniach KRAUSE stosował jednobiegunową, łatwo wyjaławialną elektrodę. O topografii ośrodków ruchowych pouczają, poza temi badaniami, dane, zdobyte na zasadzie umiejscowienia rozmaitych guzów w szarej istocie mózgu; kora mózgowa w okolicy ośrodków ruchowych posiada tak specjalną budowę, że doświadczeni anatom — histolog zawsze jest w możności określić umiejscowienie guza. Jako przykład swoich badań KRAUSE podaje, że ośrodek mowy artykułowanej znalazł na podstawie 3-go zwoju czołowego (zgodnie z Broca), że nowe badania PIERRE MARIE są mylne; przy usuwaniu okolicy, odpowiadającej ruchom ramienia (u epileptyka), okolicy, która sąsiaduje z 3-im zwojem czołowym, otrzymujemy krótkotrwale porażenie mowy, zależne oczywiście od podrażnienia tej okolicy, nie zaś uszkodzenia jej.

Do operacyjnego leczenia nadają się nie wszystkie przypadki; z pomiędzy nich należy wyłączyć napady wskutek histeryi, ostrych chorób oraz zależne od zatruc. Operacyjne leczenie daje dobre wyniki w padaczce, zależnej od guzów, blizn oraz paraliżu mózgowego dziecięcego; ten ostatni występuje w mózgu równie dobrze, jak i w mleczu (*poliomyelitis acuta anterior*). Dziecko gorączkuje, ulega porażeniom, które ustępują; w 6 — 10 — 12 lat później zjawia się jednak padaczka, w tych przypadkach chirurg znajduje bliznę, zrosty lub torbiele. Częstokroć w przypadkach, które zmian widocznych na korze mózgowej nie przedstawiają, zabieg operacyjny, ewentualnie wycięcie odpowiednich ośrodków daje wyzdrowienie (Vogt w usuniętych operacyjnie częściach kory mózgowej, jakoby niezmięnionej, zmiany pewne znajdował). Jako dowód, KRAUSE przytacza ze swoje praktyki 3 przypadki:

1) Chory po postrzale w głowę, rana po usunięciu kuli zagoiła się bez powikłań. Po dziesięciu latach występują napady padaczki, zaburzenia ze strony kończyny górnej oraz mowy. Podczas operacji znaleziono w

okolicy ruchowej guz, wyrastający z opony twardej.

2) Po ciężkiej zakaźnej chorobie pozostają porażenia, podczas operacji okazała się w odpowiedniej okolicy blizna — po jej usunięciu — wyzdrowienie.

3) Chory nieobarczony, po chorobie zakaźnej, powikłanej objawami ze strony mózgu, pozostało połowiczne porażenie oraz połowiczne niedowidzenie (*hemianopsia*), pierwsze ustąpiło, drugie trwa — po pewnym czasie napady padaczki. Przy operacji — zmian w okolicy, określonej za pomocą faradycznego prądu, nie znaleziono. Po usunięciu tej okolicy — wyzdrowienie.

Porażenia mowy oraz inne, występujące częstokroć w okresie pooperacyjnym, nie powinny chirurga przestraszać, jako przejściowe, względnie szybko ustępujące. Zdaniem KRAUSEGO, do operacyjnego leczenia nadają się nie tylko przypadki JACKSONOWSKIEJ, ale i samoistnej padaczki. Padaczka, na którą lekarze wewnętrzni środka nie posiadają, jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, — w samem państwie pruskiem w 1907 roku naliczono 15000 epileptyków, co odpowiada 1:1000 ludności. Możliwość ratowania tych ludzi za pomocą zabiegu chirurgicznego, podczas gdy medycyna wewnętrzna skazuje ich na niedołęztwo, ma doprawdy doniosłe znaczenie społeczne. W końcu referent podaje swoją statystykę: na 80 operowanych miał 31 przypadków śmierci; 31 operacji wykonał z powodu samoistnej padaczki, 49 z powodu JACKSONOWSKIEJ; z pomiędzy tych ostatnich pięciu pacjentów cieszy się zupełnem zdrowiem, inni miewają napady bardzo rzadko, większa część pracuje. Wentylowy sposób daje wyniki mniej zadawalające.

TILMANN — leczenie chirurgiczne padaczki urazowej.

Wskutek urazu czaszki występuje ogólny wstrząs lub podrażnienie mózgu częstokroć bez widocznych zmian miejscowych, w innych przypadkach wywołują podrażnienie w okolicy korowej odłamki czaszki, torbiele wskutek uszkodzenia i zniszczenia, zgrubienie kości, obrzęk pajęczynówki. Wobec takich danych operacyjne lecze-

nie jest zawsze wskazane; mimo że niezawsze prowadzi ono do wyzdrowienia całkowitego, pozostaje jednak jedynym racjonalnym zabiegiem. Referent operował 20 przypadków, liczy 12 wyzdrowień, jedno polepszenie, jedną śmierć, 4 przypadki pozostały niewyleczone, dwa są w kuracji.

D y s k u s s y a.

FRIEDRICH operował 25 przypadków.

Jedna serya była operowana sposobem KOCHERA, który przedstawia tę niedogodność, że brzegi płata kostnego przyrastają lub zra-
stają się z resztą czaszki, i wówczas powracają dawne stosunki.

Wyniki: jeden przypadek wyleczony, drugi prawie wyleczony (lekkie napady utraty świadomości), trzeci chory był wolny od napadów przez 6 lat, później dopiero wystąpiły znowu, trzech chorych zmarło z innych powodów.

W innej seryi FRIEDRICH wycinał ośrodki, u 4-ech chorych wyzdrowienie zupełne, u dwóch polepszenie, u pięciu napady trwają. Przy określaniu ośrodków za pomocą prądu faradycznego FRIEDRICH spotkał znaczne trudności, bo pole ich jest zawsze obszerniejsze, niż daje nam prąd faradyczny, ztąd nawroty po niecałkowitem wycięciu. Pozatem ośrodki częstokroć są w bardzo bliskim sąsiedztwie, np. ośrodek dla oka jest tuż przy ośrodku dla wielkiego palca u ręki.

KÜMMEL operował samoistną padaczkę, podwiązując tętnicę kręgową lub przecinając zwoje sympatyczne bez wyników; od 1896 roku stosował u 22 chorych sposób KOCHERA z dobrym wynikiem w 3-ech przypadkach, z których dwa pozostają bez napadów już lat jedenaście. Według niego, leczenie padaczki semoistnej winno być chirurgiczne.

GARRÉ operował sposobem HORSLEYA niezawsze z dobrym wynikiem, przestrzega przed operowaniem bezwzględnie wszystkich przypadków, mając na uwadze dyskredytowanie metody. Pokazuje przyrząd do ściskania skóry czaszki, zaproponowany przez swego asystenta MAKASA.

WENDEL operował przypadek urazowej padaczki (torbiel) z dobrym wynikiem.

BRAUN operował chorego przed 21 laty,

wyciął mu ośrodki odpowiednie do napadów — chory ma obecnie bardzo nieznaczne napady.

KOCHER zaznacza, że nigdy nie twierdził, jakoby jego sposób miał uleczać wszystkie przypadki, sprowadza jednak polepszenie u wielu chorych.

Reasumując dane, możemy powiedzieć:

1) Niektóre przypadki, operowane sposobem HORSLEYA lub KOCHERA, są trwale wyleczone.

2) W innych przypadkach występuje pewne polepszenie lub zgoła żadne.

3) Jak do tej pory, różniczkowanie przypadków na uleczalne i nieuleczalne na drodze operacyjnej jest prawie niemożliwe.

4) Należy być oględnym, by młodej jeszcze, lecz mającej wielką przyszłość metody nie zdyskredytować w oczach lekarzy wewnętrznych i publiczności.

HILDEBRANDT. Chirurgia mleczna.

W pierwszej części omawia urazy mleczna (przypis. sprawozd. czytelniczy znajdująca treść tej części przemówienia w mojem sprawozdaniu w Medycynie i Kron. Lek. ze zjazdu chirurgów francuskich w r. 1909).

Referent operował 4 razy kręgi szyjowe, 5 razy piersiowe, 1 raz lędźwiowe, z pierwszych 2 uszkodzenia całkowite, 2 częściowe, jedno wyzdrowienie, z drugich cztery uszkodzenia całkowite, jedno częściowe — 3 polepszenia, jedno wyzdrowienie, jedna śmierć. W drugiej części H. mówi o chorobie POTFA: 1) w przypadkach ropnia leczenie ortopedyczne pozostaje bez wyniku — należy wykonać laminectomię, 2) w przypadkach mas ziarninowych ortopeda często pomaga, ale chirurgiczny zabieg ulecza, to też, gdy ortopeda w ciągu 4-ech tygodni nie sprowadza wyleczenia, należy operować.

W końcu mówi o guzach mleczna i opon (objawy i umiejscowienie — czytaj sprawozdanie moje ze zjazdu chirurgów międzynarodowego w Brukselli — Medycyna i Kron. Lek. 1908 rok). Referent operował 15 takich przypadków, zpośród nich 6 z zejściem śmiertelnym. Laminectomia nie ma żadnego wpływu na warunki statyczne kolumny pacierzowej.

(C d. n.)

Z towarzystw lekarskich zagranicznych

— Na posiedzeniu Tow. Lek. w Hamburgu d-r KAES przedstawił ciekawy przypadek ciała obcego w mózgu, mianowicie w trójkącie węchowym (*trigon. olfactor.*) pomiędzy tętnicą szyjową (*art. carotis*) i wejściem do brzozy Sylwiusza znaleziono przedmiot metalowy, jak się okazało następnie, zgięty pierścieniowato drut mosiężny. Mózg pochodził od mężczyzny 46-letniego, który przed dwoma laty dostał się pod tramwaj. Bezpośrednio po wypadku znaleziono skaleczenie u nasady nosa i na powiece górnej lewej. Obrażenia te zagoiły się zupełnie w ciągu 5-ciu dni. Przed 18 miesiącami chory przebywał pół roku w szpitalu, gdzie rozpoznano przymiot mózgu i rdzenia (zakażenie miało miejsce przed 10-ciu laty), a następnie porażenie postępujące. Ostatnie dwa miesiące chory przebył w szpitalu dla umysłowo chorych, gdzie powstały na poślądkach chorego odleżyny i rozległa ropówka na plecach. Śmierć wskutek zapalenia płuc. Mówca przypuszcza, że ciało obce dostało się do mózgu przez nos i kość sitową albo wypadkowo, albo też chory sam je sobie tam wprowadził. Badanie zwłok wykryło zapalenie ropne opon mózgu i rdzenia, wątpliwe (?) jest jednak, czy ono powstało na skutek obecności ciała obcego. Badanie drobnowidzowe kory mózgowej nie stwierdziło żadnych zmian, któreby przemawiały za porażeniem postępującem.

— Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego d-r KRAUSE podzielił się ze słuchaczami przyczynkami do fizjologii mózgu, zdobytymi w czasie operacji. Chodziło głównie o dokładne stwierdzenie umiejscowienia ośrodków ruchowych w korze mózgowej. Do doświadczeń używano bardzo słabego prądu przerywanego. Dla dokładności spostrzeżeń notowało je stale trzech lekarzy: jeden na mięśniach twarzy, dwaj zaś pozostali na mięśniach kończyn dolnych i górnych. W ten sposób udało się oznaczyć 39 punktów na przednim

zawoju środkowym (*gyr. centralis anter.*), przy podrażnieniu których występowały rozmaite objawy ruchowe. Dzięki tym badaniom udało się usunąć części kory mózgowej w 14 przypadkach padaczki JACKSONA i osiągnięto zupełne wyleczenie chorych. Ciekawy jest zwłaszcza jeden przypadek. Chory w 16-ym roku życia przebył zapalenie nerek i wylew krwi do mózgu, w następstwie czego pozostała hemianopsya i porażenie połowiczne. Po upływie 10 lat wystąpił pierwszy objaw padaczki JACKSONA. Napady zjawiały się coraz częściej, w końcu nastąpiło zniepełnienie. Operację wykonano w 30-ym roku życia. Ośrodek ruchowy ręki, w której występowały drgawki, oznaczono za pomocą drażnienia prądem; kora mózgowa była zupełnie prawidłowa, pomimo to usunięto odpowiednią część mózgu. Chory wyzdrowiał. Badanie drobnowidzowe wyciętego kawałka kory również nie wykryło zmian żadnych w korze. Dodać należy, że wkrótce po operacji wystąpiły objawy zastępcze pod postacią uczucia strachu i ściskania w okolicy serca, zaburzenia te jednak szybko ustąpiły. KRAUSE z naciskiem zaznacza, że płat kostny zrósł się zupełnie (kości przyrosły do siebie), i chory zupełnie nie otrzymywał bromu. Przypadki takie powinnyby stanowić bodziec dla chirurgów do dalszych zabiegów tego rodzaju. Po wycięciu części kory mózgowej, nie więcej jednak nad 25×15 mm. występują zawsze ostre objawy upośledzenia pewnych czynności, lecz wkrótce zaburzenia te znikają same przez się. Mózg jest zupełnie nie wrażliwy, natomiast wrażliwość opony twardej jest znaczna z powodu znacznej liczby przebiegających w niej gałązek n. trójdzielnego. Bez względu na to, że przy operacji tylny zawój środkowy pozostaje nieuszkodzonym, bardzo często spostrzegano zaburzenia czucia, lecz i te szybko znikają. Jeżeli zabieg operacyjny zostaje dokonywany w pobliżu ośrodka mowy Broca, występują częstokroć przemijające zaburzenia ruchowe mowy. Mówca za

NIEDRAŻNIĄCE I BEZ SMAKU BALSAMICUM DLA TERAPII TRYPRA.

Santyl

(Neutralny Salizylester Santalolu)

Przepisuje się: w kapsułkach po 0,4 g. 3—4 razy dziennie 2 kapsułki
w postaci kropeł 3 razy dziennie po 25 kropeł.

Rp: 1 Butelka oryginalna po 15 g. lub pudełko oryginalne po 15 lub 30 kapsulek à 0,4 g.
Próby i Literaturę darmo.

KNOLL & Co., LUDWIGSHAFEN am RHEIN.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE, 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 cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée 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, Ph^{en} de 1^{re} el., Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostac można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

Praktykuje znów w

= BAD NAUHEIM =

i mieszkam obecnie Parkstr. 14, I. (Haus Weiss.),
Telefon 345.

D-r Lilienstein

Specyal. chor. wewnętrznych i nerwowych.

D-r Franciszek CHŁAPOWSKI

ordynuje i w tym sezonie
w Bad Kissingen, Prinzregentenstrasse
1, gdzie ma własny pensjonat dla potrzebu-
jących opieki.

Poleca się Sz. p. p. lekarzom

Chloroform puriss. pro narcosi

M. K. O.

W niczem nie ustępuje znanym markom zagranicznym.

Badany w pracowni chemiczno-bakterjologicznej szpitali Warszawskich i uznany za dobry do usypiania.

Akc. Tow. Zjedn. Fabr. Chem. S. T. Morozow, Krell, Ottman w Grodzisku.

Ceny obowiązujące we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

w butelkach po 50 gr. — 45 kop.

„ „ 100 „ — 70 „

„ „ 250 „ 1. 25 „

ACIDOL-PEPSIN

I:
Mocno kwaśne

II:
Słabo kwaśne

Nadzwyczaj skuteczne, absolutnie stałe
Preparaty — kwasu solnego — pepsyny

Najlepszy środek na apetyt i trawienie — Kartony po 50 pastylek à 0,5 grama.

Próby i Literatura darmo

Actien — Gesellschaft für Anilin — Fabrikation

Oddział farmaceutyczny — Berlin S. O. 36.

znacza, że Pierre MARIE zgoła niesłusznie występował przeciw lokalizacji ośrodka mowy.

— Ciekawy przypadek z a p a l e n i a z n i e k s z t a ł c a j ą c e g o s t a w ó w k r ę g o w y c h (*Spondylitis deformans Bechtereff*) przedstawił d-r PLATE na posiedzeniu Tow. Lek. w Hamburgu. Chory 25-letni przed rokiem uległ ciężkiemu urazowi; od tego czasu miewa bóle w kręgosłupie, które wzmagają się głównie przy obciążeniu kręgosłupa, a więc gdy chodzi lub siedzi. W celu zmniejszenia dokuczliwego bólu chory chodzi bardzo ostrożnie, małymi krokami i jednocześnie mocno napina mięśnie wyprostne grzbietu. Będanie nie wykryło w kręgosłupie żadnych zbroczeń ani zmian chorobowych; dopiero za pomocą prześwietlania przekonano się, że stawy międzykręgowe uległy zapaleniu zniepodobniającemu; zwłaszcza mocno wyrażone były zmiany po stronie prawej, prawdopodobnie na skutek częstych wstrząszeń i małych urazów, jakim wciąż podlega ręka prawa. W celach leczniczych zastosowano gorset ortopedyczny, a prócz tego naświetlano cały kręgosłup za pomocą lampek żarowych; następnie w celu wywołania przekrwienia rozpylano na skórę kręgosłupa nasiona rzepaku lub maku za pomocą skonstruowanego przez autora przyrządu, nazwanego grandinatorem. W następstwie leczenia bóle zupełnie ustały, i powróciły całkowicie podatność i ruchy w kręgosłupie.

— Ze względu na rzadkość zasługuje na uwagę przypadek miejscowego z wyrodnienia skrobiowatego cewki moczowej, okazany przez d-ra TILPA na posiedzeniu Tow. Lek. w Strasburgu. Podczas badania zwłok 58-letniego mężczyzny, zmarłego na skutek marskości wątroby, w ciałach jamistych cewki znaleziono twór guzowaty, białawy, o twardości chrząstki, który pod postacią kilku wyrostków wpukłał się do cewki. Pierwotnie przypuszczano, że guz ten jest pochodzenia rakowatego, lecz badanie bliższe przekonało, że w przestrzeniach ciał jamistych znajdują się obfite złogi skrobiowate, które dawały bardzo wyraźny odczyn z jodem i barwiły się

swoicie metylvioletem. Złogi skrobiowate wywołały znaczne zgrubienie beleczek ciał jamistych i ucisk przestrzeni żylnych. W innych narządach nie udało się znaleźć zwyrodnienia skrobiowatego ani za pomocą metod makroskopowych, ani mikroskopowych. W wywiadach nie było nic szczególnego, prócz nadużycia wysokości. Klinicznie cierpienie to niczem się nie manifestowało; kateteryzacja odbywała się bez przeszkód. Spostrzeżenie tego rodzaju jest dotychczas jedyne, aczkolwiek małe pojedyncze ogniska zwyrodnienia skrobiowatego były opisywane kilkakrotnie.

Zmiany, jakim ulegają nerki w przebiegu gruźlicy, stanowiły treść odczytu, wygłoszonego przez d-ra FISCHERA na posiedzeniu Tow. Lek. we Fryburgu. Badaniu poddano nerki 90 chorych, zmarłych na gruźlicę przewlekłą. Zmiany swoiste znaleziono w połowie przypadków, natomiast zapalenia nerek gruźliczego nie wykryto wcale, a tylko w trzech przypadkach istniało zapalenie, które należy położyć na karb zakażenia mieszanego. Zasługuje na zaznaczenie, że bardzo często znajdowano zmiany, świadczące o rozwijającej się marskości nerek. Przypadki te dotyczyły przeważnie osobników starszych; należy więc przypuszczać, że marskość stanowiła tu wyraz sprawy sklerotycznej lub jej podobnej. Jest to tem prawdopodobniejsze, że ani razu nie udało się stwierdzić marskości u osobników z gruźlicą zaleconą lub po zapaleniu, nie posiadającym cech swoistych dla sprawy gruźliczej. Z badań tych wynikałoby, że obecność białka w moczu, stwierdzona za życia, nie przemawia zgoła za gruźlicą lub sprawą zapalną w nerkach, a to tembardziej, że w kilku przypadkach, bez względu na niewątpliwą sprawę gruźliczą w nerkach, w moczu białka nie wykrywano, natomiast białkomocz stwierdzano u osobników takich, w nerkach których drobnowidz nie wykrywał żadnych zmian zapalnych. We wszystkich prawie przypadkach spostrzegano dosyć rozległe zwyrodnienie tłuszczowe komórek nabłonkowych w pętłach HENLEGO, zarówno jak i zwyrodnienie szkliste w kłębkach MALPIGHEGO, nadto zwyrodnienie to 10 razy zanotowano

w nerkach skądinąd zupełnie zdrowych u osobników młodych. Przemawia to poniekąd za poglądem HERXHEIMERA o zależności bezpośredniej zwyrodnienia szklistego kłębków od gruźlicy, lecz bezwzględnie poglądu tego nie potwierdza. Być bardzo może, iż te zmiany szkliste w nerkach stanowią jedynie wynik drobnych zaburzeń rozwojowych, ponieważ HERXHEIMER w ten sam sposób określał pochodzenie podobnych tworów w nerkach noworodków i małych dzieci.

— Na posiedzeniu paryskiej Académie de Médecine pp. KELSCH, TISSIER, CAMUS i TANNON podnieśli starą kwestyę sporną o stosunku, jaki zachodzi pomiędzy istotą wakcyny a ospy. Sprawa ta zasługuje na uwagę nie tylko ze względów teoretycznych, lecz również dlatego, że poglądy szkoły francuskiej i niemieckiej na tę sprawę są wręcz przeciwne. Uczni niemieccy twierdzą, że szczepionkę (wakcynę) można otrzymać za pomocą przeszczepiania zawartości krost ospowych człowieka na cielę, i dlatego zapatrują się na wakcynę jako na ospę, wyhodowaną na cielęciu. We Francji natomiast do dziś utrzymały się poglądy CHAURONA, któremu w całym szeregu kilkakrotnie powtarzanych prób, nigdy nie udało się skutecznie pomyślnie takiego przeszczepienia. Skutkiem tego francuzi utrzymują, że wakcyna i ospa są to dwie rzeczy różne. W celu wyświeślenia tych sprzeczności mówcy zwiedzili zakłady szczepionkowe niemieckie, a opierając się na odczycie, wygłoszonym przez MEWUSA na kongresie w Hamburgu, przypuszczają, że te udane wyniki przeszczepiania ospy ludzkiej na zwierzęta, dokonywane w Niemczech, dadzą się objaśnić w inny sposób. To też po powrocie do Paryża mówcy zrobili na trzech cielętach 80 nacięć, w które wtarli czystą glicerynę; na ranki położyli starannie przygotowane opatrunki wyjałowione i dokładnie zdezynfekowali miejsca w oborze, gdzie stały zwierzęta, dostarczające wakcynę. Ku wielkiemu swemu zdziwieniu pomiędzy 6-tym a 10-tym dniem po szczepieniu mówcy spostrzegli, że na miejscach nacięć, lub obok nich utworzyło się 16 klasycznych krost ospowych. Zawartość tych krost prze-

szczepiono na inne cielęta, które okazały się odpornymi na wakcynę zwykłą. Słowem, cielętom zaszczipiono glicerynę, a otrzymano wakcynę. Sprawę tę można objaśnić w ten sposób: w oborze jednocześnie znajdowały się cielęta, dające wakcynę, zarazek więc mógł dostać się za pośrednictwem przesyconego nim powietrza na świeże skaryfikacje zwierząt, użytych do doświadczeń. Dlatego też mówcy, powołując się na referat MEWUSA, utrzymują, że pomyślne wyniki, otrzymywane z ospą ludzką u zwierząt w Niemczech, zawdzięczają swoje pochodzenie zakażeniu za pośrednictwem powietrza. W końcu więc swego przemówienia kładą nacisk na to, że podobne doświadczenia na szerszą skalę powinny być dokonane w takich warunkach, które wyłączałyby możliwość podobnych powikłań, ewent. możliwość przeniesienia zarazka za pośrednictwem powietrza. Na posiedzeniu następnem dr GAUDUCHEAU, były dyrektor instytutu szczepienia w Tonkinie, oświadczył, że miał możność spostrzegać przenoszenie zarazka ospowego za pośrednictwem powietrza i szczepienia przez muchy z następczą odpornością i dodał, że młode bawoły, aczkolwiek niezmiernie wrażliwe na wakcynę, nie oddziaływają zgola na ospę ludzką. Mówca również jest zdania, że istota tożsamości wakcyny i ospy nie jest zgola dowiedziona.

K. Z.

— ROGER na jednym z posiedzeń towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu zdawał sprawę ze swych badań nad odczynem białkowym płwociny. Badał on płwocinę 72 chorych. U wszystkich chorych na gruźlicę znalazł on białko w płwocinie. W 2 przypadkach udało się za pomocą badania płwociny wykryć gruźlicę we wczesnym okresie choroby. W niezycie oskrzeli już to ostrym, już przewlekłym płwocina nie zawierała białka; tylko w przypadkach, w których niezyt oskrzeli wikła inne choroby, np: zapalenie nerek lub chorobę serca, można w płwocinie znaleźć białko. W cierpieniach ostrych płuc—przekrwienie, zapalenie płuc, wykrywa się w płwocinie białko, które znika po krytycznym spadku ciepłoty. Autor w końcu wypowiada wniosek, że ujemny wy-

nik badania płwociny na białko pozwala na wyłączenie gruźlicy.

— MENETRIER spostrzegł dziecko 13-omiesięczne, przysłane do szpitala z prawdopodobnym rozpoznaniem błonicy. Na tylnej ścianie gardzieli znaleziono nalot mlecznobiały, pod którym błona śluzowa była owrzodziła.

Przy badaniu bakteryologicznem nie znaleziono lasecznika LÖFFLERA, lecz dwoinki zapalenia płuc, a przy oględzinach pośmiertnych zmiany w płucach, właściwe zapaleniu płuc. Przypadek ten, zdaniem autora, stano-

wi rzadki przykład nieprawidłowej postaci zakażenia pneumokokowego.

— RAMOND spostrzegł mężczyznę 31-letniego ze stałym w olnieniem tętna w połączeniu z zawrotami głowy i napadami omdlewania. Ponieważ najprawdopodobniejsze było cierpienie przymiotowe pęczka HISA, przeto przeprowadzono energiczne leczenie przeciwprzymiotowe (zastrzykiwania dwujodku rtęci), poczem tętno wróciło do stanu normalnego.

(Semaine medicale 1909).

F. Ar.

Wiadomości bieżące.

— Komitet wydawnictwa rozpraw popularnych z dziedziny higieny imienia Alfreda Sokołowskiego ogłasza następujący temat do nagrody konkursowej: *H i g i e n a w a r s z t a t u S z e w c k i e g o*. Rozprawy należy nadsyłać do Kancelaryi Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, Niecała 7, do dnia 1 września 1910 r., z zachowaniem zwykłych formalności, a mianowicie: rozprawa winna być bezimienna, opatrzona godłem; — do niej dołączyć należy zapieczętowaną kopertę, temże godłem opatrzoną, a w niej nazwisko autora. Objętość rozprawy od 1 do 1½ arkusza druku zwykłej ósemki. Autor najlepszej rozprawy otrzyma 75 rubli. Sąd konkursowy stanowią lekarze: Józef Bieliński, Otton Hewelke, Józef Jaworski, Jan Pruszyński, Mikołaj Rejchman i pp. redaktorowie: Nowicki i Tadeusz Prószyński.

— Otrzymałmy 10-te sprawozdanie kasy lekarzy za r. 1909. Kasa liczy 142 członków, bilans zamknęła 54985 rb. 93 kop.

Czysty zysk kasy wyniósł 1759 rb. 34 kop. przy 35215 rb. wkładów obowiązkowych. Mimo takie rezultaty liczba członków kasy, opartej na oszczędnościach zwiększa się bardzo mało. Zebranie ogólne członków odbędzie się 9 b. m.

— Posiedzenie nadzwyczajne referatowe sekcji Neurologiczno-psychiatrycznej odbędzie się dnia 7-go maja na temat histeryi; referentami będą: kol. Jaroszyński, Bychowski i Sterling.

— Na prezesa komitetu gospodarczego XVII zjazdu międzynarodowego w r. 1913 wybrany został sir Richard Douglas Powell.

— Towarzystwo lekarskie w Londynie, liczące 3328 członków, przystąpiło do budowy specjalnego gmachu.

— Waldeyer po ukończeniu 74 lat opuszcza katedrę anatomii.

— 1 maja odbędzie się w Sztutgardzie zebranie wspólne lekarzy i prawników dla rozpatrzenia projektu kodeksu kar.

Odpowiedzi Redakcyi. Koledze J. Wejsowi. Pytania, skierowane do nas co do szpitalnictwa, są tak specjalnej natury, że wyjaśnić je może tylko wydział szpitalny Stowarzyszenia lekarzy, do którego zechce się Sz. kolega zwrócić w tej sprawie.