

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 26.

Warszawa d. 25 czerwca 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 5^o pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Przypadek grzybiczy łagodnej języka (glossomycosis benigna) podał Mieczysław Gantz. — Padaczka i stany pokrewne, podał d-r Władysław Sterling. (Dok.). — WYKŁAD KLINICZNY. O tak zwanym artrytyzmie, podał d-r Maksymilian Blassberg (Kraków), (dok.). — STRESZCZENIA. *Choroby dzieci*. 114. G. Vitten. O przepuklinach pepkowych u dzieci. — 115. H. Helmholtz. Przyczynek do anatomii patologicznej zaniku dziecięcego (paedatrophi). — 116 I. Baedeker. Postęp w leczeniu koklusu. — Trzydziesty dziewiąty Zjazd chirurgów w Berlinie (c d.). — ODCINEK. Leczenie gruźlicy w „zakładach“ zamiejskich. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Przypadek grzybiczy łagodnej języka (glossomycosis benigna).

podał

Mieczysław Gantz.

Przypadek, który poniżej do wiadomości ogólnej podaję, przedstawia, jak poszukiwania moje w literaturze i zapytania, skierowane do kolegów, przekonywują, jak dotąd, unikat, — z tego więc względu pozwalam go sobie ogłosić, mimo że nie udało mi się zupełnie dokładnie określić natury tego cierpienia.

Dnia 24 maja 1909 r. zjawiała się u mnie przysłana przez jednego z kolegów chora E. F. lat 30. Przed 6-ciu tygodniami poczuła, że coś jej się tworzy na języku, i zauważyła wtedy jakoby niewielkie owrzodzenie, które z biegiem czasu mimo leczenia (rozmaitemi płukaniami) ciągle się powiększało. Obecnie od dni kilku czuje się bardzo źle, straciła apetyt, nie sypia, ma ciągły ślinotok, nieprzyjemne sensacje i uczucie ciała obcego w ustach, nie może mówić wyraźnie, a nawet, jak twierdzi, schudła w ostatnich czasach. Chora średniego wzrostu, nędznie odżywiana, robi wrażenie istotnie ciężko chorej,

przypominając do pewnego stopnia chorych z ropniem okołomigdałkowym. Mowa niewyraźna, trochę nawet skandowana. Co chwila chora spluwa masę gęstej śliny. Ból przy łykaniu umiejscawia w bocznych częściach szyi i w prawym uchu. Wodę łyka dobrze. **G r u c z o ł y** podszczękowe powiększone, zwł. z lewej (!) strony, twarde, niebolesne. **T w a r d e p o d n i e b i e n i e** nie przedstawia żadnych zmian szczególnych. **J ę z y c z e k** rozdwojony, lewa jego połowa u wierzchołka na przestrzeni kilku milimetrów pokryta białym nalotem. **J ę z y k** jak gdyby nieco zcieńczały, pokryty — na całej prawie przestrzeni swej prawej połowy z wyjątkiem koniuszczka, a u nasady i w części lewej — grubym śmietankowobiałym nalotem, który po części wolno przylega do powierzchni języka, po części zaś mocno do niej przywiera. Nigdzie jednak nie leży zupełnie wolno. Przy próbach zdjęcia okazuje się, że nalot ten w postaci grubej kilkomilimetrowej warstwy daje podnieść się, jak wieko od pudełka, — będąc atoli na szerokiej podstawie zrosniętym z językiem. Przy odrywaniu krwawi, odrywanie jest bolesne i nie udaje się. Po odcięciu nożyczkami nalotu u przytwierdzenia widać nieco obnażoną, zlekka przekrwioną powierzchnię języka. **U n a s a d y j ę z y k a**, do której zlekka dotyka lewa połowa rozdwojonego języczka, widać zagłębienie na przestrzeni trochę mniejszej od miedzianej trzykopiówki, pokryte całe nalotem, wyżej opisanym, który tu jednak ściślej przywiera do języka, gdyż nie daje się zdjąć. W gardzieli żadnych zmian szczególnych nie zauważono, podobnie w krtani, nosie i w uszach. Chora nie gorączkuje.

W dzieciństwie miewała drgawki. Mając lat 16, wyszła za mąż. Rodziła 2 razy: jedno dziecko umarło skutkiem *laryngitis diphtheritica*, jedno wskutek wodogłowia. Roniła raz. Mąż umarł przed kilku laty (na co?). Trzy lata

temu chora miała objawy cierpienia płuc (tbc?). Obecnie ma objawy blizny w szczycie prawym. Przed kilku laty miała podobne cierpienie języka, które jednak mniej wtedy dokuczało i w ciągu krótkiego czasu przeszło.

Leczenie polegało na usuwaniu błon za pomocą nożyczek, jodynowaniu języka, pendzlowaniu i płukaniu wodą utlenioną. Już na drugi dzień chora czuła się o wiele lepiej, zaś po tygodniu został zaledwie niewielki nalot u nasady języka. Po 2 tygodniach język miejscami na powierzchni swej był szarawy, lecz i to wkrótce znikło. 1/VII, a więc przeszło miesiąc później, chora przyszła ze skargami na pogorszenie. Istotnie, w przedniej części prawej połowy języka widać lekki, łatwo dający się zetrzeć nalot, bliżej zaś nasady nalot grubszy, wielkości srebrnej monety pięciokopiejkowej. W ciągu dni kilku znikły i te pozostałości. Od tego czasu, o ile wiem, pacjentka jest zdrowa. Mimo przyrzeczenia nie pokazała się więcej.

Zrobienie rozpoznania jedynie na zasadzie obrazu klinicznego napotkało o tyle na trudności, że w żadnym z podręczników nie znalazłem nawet w przybliżeniu podobnego opisu cierpienia. Jasne było, że nie mam tu do czynienia ani z *glossitis papulosa*, ani z *glossitis superficialis* MOELLERI, nie mówiąc już o t. zw. *nigrities s. hyperkeratosis linguae* i innych cierpieniach języka. Zastanawiała mnie przy tem nadzwyczajna grubość nalotu.

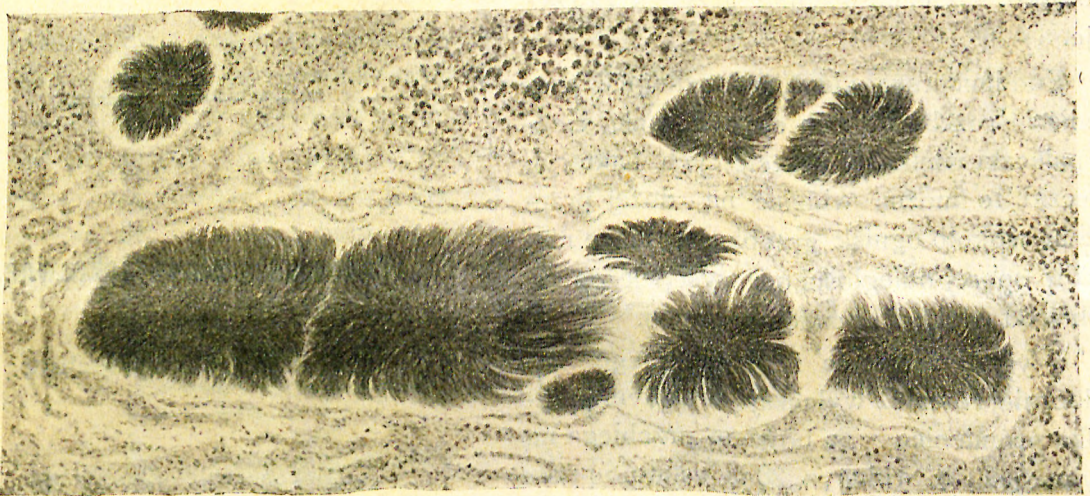
Nie mając więc możliwości określenia natury cierpienia na zasadzie wyglądu jedynie, postanowiłem odrazu uciec się do innych badań pomocniczych. W tym też celu roztarłem część nalotu z powierzchni na szkiełkach pokrywkowych, sporą część odciętego nalotu utrwaliłem w alkoholu do badań dobrowidzowych, wreszcie próbowałem szczepień na agarze glicerynowym a następnie za radą kol. BRUNERA, któremu na tem miejscu uprzejmie dziękuję, na agarze słodowym. Prób szczepienia do-

konywałem kilkakrotnie, przetrzymując nawet u pacjentki resztki cierpienia przez dni kilka, lecz wynik ich na ogół był żaden. Być może, że odpowiedniejsza technika dałaby inne rezultaty. Na agarze glicerynowym wyrosła czysta hodowla białego gronkowca, na słodowym jakieś niewinne drożdże.

Na preparacie rozartym po zabarwieniu widać było jedynie długie pałeczki *leptothrix*.

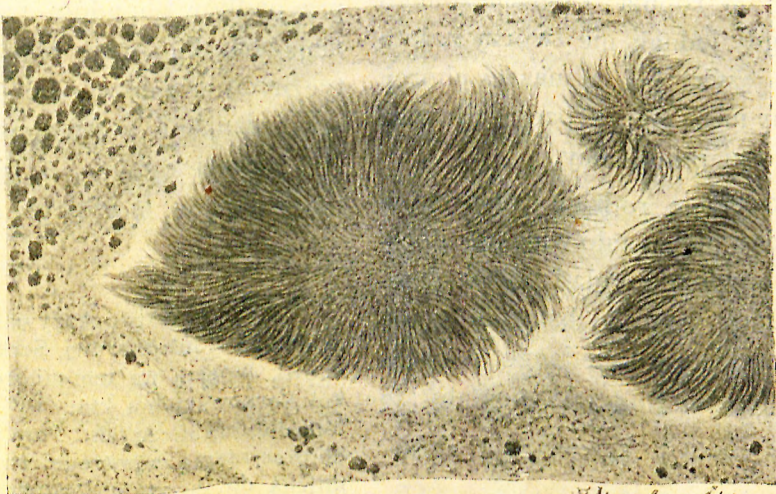
Tak więc można było jeszcze liczyć jedynie na badanie nalotu w skrawkach, i nadzieja ta nie zawiodła.

Po przeprowadzeniu przez parafinę i przygotowaniu skrawków (5—7 μ .) zabarwiłem preparat hematoksyliną i eozyną. I oto wśród naogół bezkształtnej masy, gdzieś tam zawierającej włóknik i masy ciałek ropnych, widać rozmaitej wielkości wysepki, przypominające niezmiernie swym wyglądem grzybki promienicy. Drobnoustroje te bowiem składają się z promieniście rozchodzących się nitek cienkich, bez zgrubień na nich, biegnących odśrodkowo pojedynczo lub przeplatających się (p. rys. 1 i 2).



J. Nowakowski

Nr 1 (Zeiss. ok. 3, obj. AA.).



J. Nowakowski

Nr. 2 (Zeiss. ok. 3, obj. DD).

Rysunek 1 przedstawia preparat pod małym powiększeniem. Rysunek 2—część poprzedniego pod mocniejszym powiększeniem.

Że jednak nie mamy tu do czynienia z promienicą, dowodzi tego przedewszystkiem brak w danym przypadku kolbkowatych zgrubień, zwykle znajdujących się na niciach promienicy, a następnie ujemny wynik barwienia. Gdy bowiem promienica barwi się według GRAMA, nasz grzybek nie zatrzymuje *gentiana-violette* i zabarwiony jest skutkiem tego karminem. Przy barwieniu według ZIEHL-NELSENA i błękitem metylowym grzybek barwi się na niebiesko. Hematoksylinę grzybek zatrzymuje.

Pod immersją widać, prócz długich, promieniście rozchodzących się nici, małe, cienkie pałeczki wielkości przeciętnych bakterii. Pałeczki te można widzieć na dużej przestrzeni wokoło ognisk grzybka a także nieraz i w sporej odległości od wysepek opisanych wśród włókniaka i ciałek ropnych.

Wygląd cierpienia i przebieg jego najwidoczniej również wyłączają w danym przypadku promienicę. Ta bowiem przebiega na języku, jak to widać z 28-ia ostatnio przez KRYMOWA ¹⁾ zebranych przypadków promienicy języka, pod postacią 1) ograniczonego stwardnienia lub 2) ropnia — ograniczonego i rozlanego,—nigdy jednak nie tworzy nalotu na powierzchni języka, jak u naszej chorej. Przebieg łagodny naszego przypadku również przeczy możliwości promienicy.

Bliższe określenie rodzaju pasorzyta w naszym przypadku nie zostało więc uskutecznione, dziwny bowiem wygląd pod drobnowidzem i stosunek jego do barwników nie pozwala na zaliczenie go do jednego ze znanych obecnie. Jedynie hodowla mogłaby tę

sprawę rozstrzygnąć, lecz ta w naszym przypadku nie dała wyników dodatnich ²⁾.

Można jedynie powiedzieć, że u chorej naszej mieliśmy do czynienia z grzybkiem, może z rodziny streptotricheae (według MARXA ³⁾ wprawdzie wszystkie grzybki nitkowate barwią się według GRAMA).

Nigdzie w literaturze mi dostępnej nie znalazłem podobnego przypadku, to też pozwałam go sobie nazwać *glossomycosis benigna*, sądząc, że cierpienie to bardziej może służy na tę nazwę, niż *hyperkeratosis linguae*, nieraz też zwane *mycosis leptotricia*.

Padaczka i stany pokrewne.

podał

Dr. Władysław Sterling

(Dokończenie—Zob. Nr. 25).

Wspominaliśmy powyżej, że pewną część przypadków napadów w wieku dziecięcym, mających klinicznie wszystkie cechy epileptycznych — należy odnieść do *h i s t e r y i*, stwierdziliśmy w ten sposób fakt uznany dzisiaj niemal ogólnie, że histerya produkować może napady, morfologią swą zupełnie zbliżo-

¹⁾ A. P. Krymow. Aktinomikoz języka. Chirurgia (ross.), t. 26, N. 156, 1900.

²⁾ Preparaty pokazywałem d-rowsi Dmochowskiemu, kol. Brunerowi, Serkowskiemu, Mutermilchowi, którym na tem miejscu dziękuję, zwłaszcza kol. Serkowskiemu, który był łaskaw dokonać zdjęć mikro-fotograficznych. Poza tem posłałem preparat do przejrzenia za pośrednictwem kol. Stefana Mutermilcha do instytutu Pasteura, skąd otrzymałem go również bez rozpoznania.

ne do epileptycznych. I tutaj wkraczamy w jedną z najbardziej zawyłych kwestyi w neurologii—a mianowicie w dziedzinę s t o s u n k u h i s t e r y i d o e p i l e p s y i. Pod względem praktycznym kwestya ta jest tak ważna, że prawie w każdym przypadku epilepsji należy sobie zadać pytanie, czy napad nie da wytłomaczyć się, jako histeryczny, lecz daleko większe i ważniejsze trudności rozpoznawcze nastroczają przypadki, w których napady mają fizyonomię kliniczną pośrednią pomiędzy histeryą i epilepsyą. To też dzisiaj jeszcze na porządku dziennym dociekań różniczkowo - rozpoznawczych stoi kwestya, jak dalece możliwe jest z całą pewnością kliniczno - symptomatyczne odróżnienie komponentów drgawkowych przy napadach histerycznych i epileptycznych. Nie ulega bowiem dzisiaj żadnej wątpliwości, że do padaczki samoistnej dołączać się mogą z biegiem czasu typowo histeryczne elementy zazwyczaj intraparoksyzmalnie lub też odwrotnie do typowej histeryi dołączać się mogą napady epileptyczne, co niewątpliwie zachodzi rzadziej.

W przypadkach, gdzie długotrwała obserwacja zdołała prześledzić rozwój objawów i ich kolejne narastanie, odróżnienie i określenie tego rodzaju kombinacji nie jest trudne, jak to wykazują klasyczne przypadki BRATZA i FALKENBERGA. Daleko trudniejsza jest jednak właściwa ocena przypadków, w których już od samego początku choroby istnieje bliski splot objawów histerycznych i epileptycznych, jak w przypadku BINSWANGERA, NONNEGO i wielu innych. Trudności rozpoznawcze są tem większe, że według dzisiejszego stanu nauki nie ma ani jednego patognomonicznego objawu, o którym możnaby było powiedzieć z absolutną pewnością, że może on mieć miejsce tylko przy epileptycznym lub tylko przy histerycznym napadzie: napad histeryczny dawać mo-

że pianę na ustach, przygryzanie języka, następczą zupełną amnezję, przy napadzie epileptycznym zaburzenia świadomości mogą mieć najrozmaitsze stopnie, istnieją nawet napady padaczki samoistnej przy zupełnie zachowanej przytomności, a nawet nieruchomość źrenic opisywano już przy niewątpliwie histerycznych napadach (KARPLUS, WESTPHAL, ostatnio WILLMANS w przypadku psychozy histerycznej). Nie wynika z tego, ażeby w jakimkolwiek wątpliwym lub złożonym przypadku rozpoznanie było niemożliwe, lecz nie należy go budować na charakterze samego napadu, który jest tylko objawem, ale na całym szeregu objawów pomiędzynapadowych, na przebiegu choroby, głównie zaś na objawach psychicznych, które zarówno dla rozpoznania histeryi, jak i padaczki są niezmiernie ważne i charakterystyczne. Kwestya sporna toczy się mianowicie oddawna dookoła punktu, czy przy tego rodzaju złożonych i trudnych do zakwalifikowania napadach, w których występują na scenę objawy histeryczne w połączeniu z epileptycznymi, komponent epileptyczny należy odnieść na karb istotnej padaczki, czy też mamy do czynienia tylko z szczególnymi przejawami histeryi — innemi słowy—czy istnieje postać przejściowa albo mieszana, której koncepcya kołacze się w neurologii oddawna pod niefortunną nazwą *hystero-epilepsii*. Określenie to pochodzi od CHARCOTA, który odróżniał t. zw. „*hystero-epilepsie à crises mixtes*”, w której wogóle nie było epilepsji, tylko ciężka histerya ze swoistymi napadami i „*hystero-epilepsie à crises distinctes*”, w której przyjmował współrzędne i niezależne jedno od drugiego występowanie obu cierpień. Autorytet CHARCOTA sprawił, że nazwa ta przyjęła się w neurologii bez dokładnego jednakże uwzględnienia tego, co sam CHARCOT pod nią pojmował. Z faktu, że istnieją napady o charakterze mieszanym i przejściowym pomiędzy histeryą a padaczką, wysnuto zgoła

bezpodstawny wniosek, jakoby istniały postaci kliniczne przejściowe pomiędzy histeryą a epilepsyą. Stanowisko to, sformułowane po raz pierwszy w sposób jaskrawy przez STEFENSA, — znalazło obrońców nawet w takich znawcach zajmującej nas dziedziny, jak GILLE de la TOURETTE, GOWERS, ZIEHEN, jak BINSWANGER wreszcie, który do niedawna uznawał istnienie przejściowych postaci *hystero-epilepsii* i dopiero w ostatniej swej pracy, ogłoszonej w I zeszycie międzynarodowego kwartalnika p. t. „*Epilepsia*”, zrobił zupełny odwrót z zajmowanego dotychczas stanowiska. Dzięki zasadniczym pracom LÖWENFELDA, HOCHEGO, JOLLYEGO, a zwłaszcza BRATZA i FALKENBERGA ustalona została konieczność dualistycznego pojmowania tego rodzaju stanów złożonych, patogenetyczna niemożliwość istnienia stanów przejściowych pomiędzy tak zasadniczo odmiennymi postaciami, jak histerya i epilepsya. Zwłaszcza bogata i pouczająca jest kazuistyka BRATZA i FALKENBERGA, gdzie w niektórych przypadkach dualizm ten nawet w przebiegu jednego napadu występuje niezmiernie plastycznie (przypadki napadów epileptycznych podczas zamroczenia histerycznego).

Jeżeli tedy histerya i epilepsya w pojęciu współczesnem są cierpieniami tak zasadniczo odmiennymi, to zachodzi pytanie, dlaczego histerya dołącza się tak często do epilepsyi, dlaczego, innemi słowy, mamy do czynienia tak często z zsumowaniem się objawów klinicznych tych dwu cierpień? Poruszam punkt ten dlatego, że wydaje mi się on szczególnie ważny przy wyjaśnieniu kombinacji objawów histerycznych i epileptycznych. Składanie całej winy na autointoksykacye, jak to między innymi czyni HERMANN, jest pozbawione wszelkiej podstawy faktycznej, gdyż w stosunku do patogenetyki padaczki rola autointoksykacyi jest najprawdopodobniej mało znacząca, zaś dla histeryi jest zu-

pełnie nieprawdopodobna. Niepodobna również jakichkolwiek objawów organicznych mózgowych obwiniać o dołączanie się objawów histerycznych do padaczki. Dla wyjaśnienia tej kwestyi ważne bardzo jest stwierdzenie faktu, że w ogromnej większości przypadków objawy epileptyczne na długi czas poprzedzają histeryczne. BRATZ i FALKENBERG na 30 przypadków kombinacji histeryi z epilepsyą w 29 stwierdzili tego rodzaju kolejność. Jednakże zdarzać się może niewątpliwie i stosunek odwrotny, a mianowicie dołączanie się padaczki do poprzednio przez długi czas trwającej histeryi, jakkolwiek zdarza się to niezmiernie rzadko. SOMMER uważa przypadki takie za zupełnie przypadkową zbieżność, jak np. złamanie nogi u osobnika, cierpiącego na przewlekłe zapalenie nerek. Kto wie jednak, czy wobec pewnej kategorii przypadków tego rodzaju nie jest bardziej słuszne stanowisko JOLLYEGO i HOCHEGO, według których histerya w pewnych warunkach zdolna jest wydobywać z ukrycia proces centralny, stanowiący tło napadu w padaczkę samoistnej — tak samo jak napad taki po padaczkę samoistną może być wywołany przez inne okoliczności (np. u dzieci przez podrażnienie przewodu kiszkiowego). W olbrzymiej jednak większości przypadków, w których padaczka o lata całe wyprzedza objawy histeryczne, ostatnie powstają najprawdopodobniej przy pewnej wrodzonej już ku nim predyspozycyi na drodze czysto psychogennej pod wpływem tych licznych wstrząsów psychicznych, jakie dla umysłu stanowią napady padaczkowe, ich równoważniki lub pokrewne im napady MÈNIEROWSKIE.

Tego rodzaju mechanizm powstawania objawów histerycznych występował plastycznie w kilku spostrzeganych przeze mnie przypadkach. W anamnezie jednego z tych przypadków mieliśmy do czynienia z napadami u 76-letniego starca (dotkniętego poza-

KEFIR z ŻELAZEM

W celu podniesienia leczniczej wartości kefiru dla osób nerwowych, niedokrwistych i dotkniętych długotrwałą blednicą zalecany bywa kefir z żelazem i peptonem przygotowany domowym sposobem z

pastylek kefirowych z żelazem

Pudełko pastylek kefirowych z żelazem zawiera 40 sztuk (cena 1 rs. 20 kop.) pastylek na tyleż flaszek kefiru z preparatem żelaznym nieobciążającym żołądka, niepsującym zębów i bardzo przyjemnego smaku

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27, róg Kruczej.

„CASCARINE LEPRINCE”

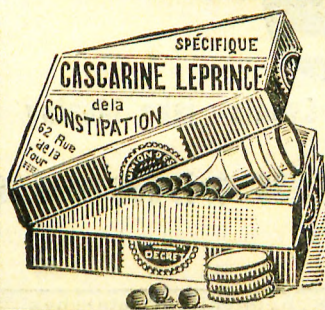
C¹² H¹⁰ O⁵

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.



Wzmoczone ciśnienie

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

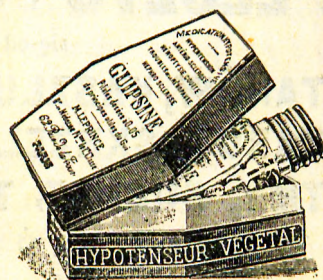
GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie

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

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigulek dziennie przed jeżeniem.



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

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

tem syringonyelią), podczas których padał nagle, jak podcięty, na ziemię, poczem występowały ogólne drgawki, co wzbudzało podejrzenie *epilepsiae tardaе*, tymczasem obserwacja szpitalna wykazała, że mieliśmy do czynienia z syndromem MENIERA, który bezpośrednio po napadzie drogą psychogenną ulegał transformacji w typowe „grand mal” historyczne. W innym znowu przypadku miałem do czynienia z typową narkolepsyą historyczną, która wystąpiła u 14-letniej dziewczynki po jedynym napadzie epileptycznym, siostra pacjentki tej od dzieciństwa cierpiała na napady epileptyczne, do których w 16-ym roku dołączyły się historyczne. Tak więc, jakkolwiek specjalna predyspozycja wrodzona stanowi grunt przygotowawczy dla późniejszego rozwoju objawów historycznych, jednakże w ogromnej większości przypadków bezpośrednią przyczyną, hezpośrednim momentem wywołującym jest sama padaczka.

Stanowisko tedy nasze wobec t. zw. „histero-epilepsyi” musi być takie, że zjawiska historyczne i epileptyczne są czemś zasadniczo odmiennem i odrębnem, że mogą one wprawdzie dawać napady mieszane, ale nigdy przechodzić jedne w drugie. Istotnie—histerya jest w ścisłym znaczeniu tego wyrazu nerwicą funkcyjną, której przejawy o tyle tylko odpowiadają przypuszczalnym zmianom materyalnym, o ile wogóle procesom psychicznym odpowiadają jakiegokolwiek procesy materyalne w tkance mózgowej—i dla tego też patologiczna anatomia histeryi nie tylko dotychczas nie istnieje, ale wogóle zdaniem mojem zasadniczo istnieje już nie może—i jeżeli BINSWANGER w cytowanej wyżej najnowszej swej pracy o padaczce — dochodzi do przekonania, że zasadniczo pomiędzy funkcyjnymi a organicznymi zaburzeniami układu nerwowego zachodzą tylko różnice ilościowe, to pogląd ten polega na nieporozumieniu i na błędnym utożsamianiu

pojęcia funkcyjnego z pojęciem wyrównywalnego („ausgleichbar”); dotyczyć on może tego rodzaju spraw, które tymczasowo uważamy za czynnościowe, jak płasawica lub z chorób umysłowych choćby *amentia*, gdzie badanie anatomiczne w pewnych okresach zmian nie znajduje, gdyż albo jeszcze nie wystąpiły, albo się już wyrównały albo wreszcie są zbyt subtelne, ażeby mogły je wykryć dotychczasowe metody badania, ale nie histeryi, w której wogóle zmian anatomicznych niema i zasadniczo pierwotnie być nie może. Dlatego też padaczkę samoistną wolno było traktować, jako nerwicę tylko dopóty, dopóki nie znaleźliśmy odpowiadających jej zmian anatomicznych, ale nie wolno tego czynić dzisiaj, gdy mamy liczne i pewne dowody, że w każdym przypadku zmiany takie istnieją.

Zmiany te—z góry to powiedzieć trzeba—są pomimo licznych badań jeszcze nieustalone i w rozmaitych przypadkach różnorodne. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w wielu przypadkach pozornie samoistnej padaczki badanie pośmiertne wykryło zmiany charakterystyczne dla rozmaitych swoistych etiologii. O klinicznej stronie przypadków tych mówiłem już na początku niniejszego referatu. ALZHEIMER dzieli zmiany te na 4 grupy: 1) przypadki, w których badanie pośmiertne wykrywa zmiany charakterystyczne dla zatrucia jadami zewnętrznymi, wśród których najważniejszą rolę odgrywają alkohol i ołów, 2) przypadki ze zmianami charakterystycznymi dla ogólnych cierpień ustrojowych, z których najważniejsze są przymiot i arterioskleroza, 3) przypadki ze zmianami ogniskowymi przeważnie o charakterze zapalnym i 4) grupa przypadków, powstających na tle stanów zahamowania rozwoju mózgowego, w której prócz omawianej już powyżej *sclerosis tuberosae* wymienić należy opisane przez RANKEGO *stadium*

verrucosum cerebri. Dopiero poza temi 4 grupami przypadków padaczki o określonej etiologii leży właściwy i gorliwie dzisiaj uprawiany teren badań anatomo-patologicznych nad pozostałymi przypadkami padaczki, których główna i zasadnicza charakterystyka polega na tem, że etiologia ich jest zupełnie ciemna. W przypadkach tych badania pośmiertne wykryły zmiany o rozmaitym typie i charakterze histologicznym. Najczęstszą zmianą anatomiczną jest skleroza rogu Amna, którą spotykamy w 50 — 60% wszystkich przypadków; zmiany te opisane najdokładniej przez BRATZA, a prócz tego przez cały szereg innych badaczy (HEBOLDA, FISCHERA, NERANDERA, HAJOSA, SOMMERA, WEBERA, POHLMANNA i in.), polegają na zmianach degeneracyjnych, kurczeniu się i zaniku komórek i na silnem bujaniu glei—głównie jej elementów włóknistych z nieznaczną proliferacją komórek. Większość badaczy jednak upatruje w zmianach tych nie przyczynę padaczki, lecz zjawisko uboczne, jako wyraz degeneracji epileptycznej.

Pozostałe spostrzegane w padaczce samoistnej zmiany dadzą podzielić się na przewlekłe i ostre. Z pierwszych największe znaczenie posiada opisana poraz pierwszy przez CHASSLINA pod nazwą *sclerose nevroglique* gliozą obrzeżną kory mózgowej, polegająca na wrastaniu nowowytworzonych w normalną gleję obrzeżną. Jednakże i ten proces nie jest pierwotny, iecz jest skutkiem zwyrodnienia tkanki nerwowej, które wyraża się w zaniku włókien myelinowych i komórek nerwowych oraz nieznacznem bujaniu ścian naczyń, jakto wykazały nowsze badania (ALZHEIMERA, WEBERA, MARINESCO, WARDY, CLAUSA, Van der STRICHTA, JOLLYEGO, ORŁOWA). Co najważniejsza zaś, że zmiany te, zawsze znajduwane w starych i ciężkich przypadkach padaczki, w przypadkach świeżych i lekkich ledwie są zaznaczone. Do zmian przewlekłych należy

także dość rzadko spotykana skleroza atroficzna, która histologicznie przedstawia się jako niezależny od zmian naczyniowych wybitny zanik substancji nerwowej, głównie III-ej warstwy komórek — z obfitym rozwojem komórek ziarnisto-tłuszczowych w świeżych okresach.

Znajomość zmian ostrych w padaczce zawdzięczamy głównie badaniom ALZHEIMERA, który u osobników zmarłych w *status epilepticus* stwierdzał oznaki ciężkiego procesu ostrego: regresywne zmiany w komórkach nerwowych, rozpad najdrobniejszych wyrostków osiowych, podział jądra w licznych komórkach nerwowych, liczne wielkie komórki ameboidalne z obfitymi produktami rozpadu. Zmiany analogiczne znajdowano u chorych na cierpienia interkurentne, którzy jednak przed śmiercią przechodzili liczne ataki epileptyczne. Tego rodzaju zmiany chemiczno-odżywcze, polegające na zaburzeniach w asymilacyjnych i dyssymilacyjnych procesach komórkowych — w zasadzie zupełnie wyrówny w Alne — czynią zrozumiałemi te przypadki padaczki, w których napady ustępowały zupełnie bez uposiedzenia władz umysłowych i pozwalają nam uważać padaczkę za chorobę uleczalną i nie stawiać tak beznadziejnej prognozy, jak to się zwykle czyni. Patogeneza jednak i etiologia tych zmian ostrych jest dla nas dotychczas równie ciemna i zagadkowa, jak poprzednio wzmiankowanych przewlekłych.

Padaczka samoistna jest tedy postacią, a raczej grupą chorobową, którą scharakteryzować należy w sposób negatywny — jako nie posiadającą określonej etiologii — należałoby przytem dodać: do tychczas, gdyż wielce prawdopodobne jest, że dziedzina ta kurczyć się będzie z czasem coraz bardziej na korzyść innych spraw o określonej fizjonomii anatomiczno-etiologicznej. Wszystkie dotychczasowe teorie padaczki grzeszyły

tym błędem, że jedną z wielu możliwości, wywołujących napad epileptyczny, uogólniały i podnosiły do godności istoty choroby.

Czy po odpadnięciu nowych jednostek anatomiczno-etiologicznych po za czterema grupami ALZHEIMERA—to, co pozostanie, będzie dostatecznie charakteryzowało padaczkę pod względem anatomiczno - patologicznym i klinicznym, jak w to wierzy np. BINSWANGER—to jest dopiero kwestya dalekiej przyszłości. Dotychczasowe badania bynajmniej nie zdo-

łały tego uczynić. I dla tego prawdopodobniejsze jest, że tak jak współczesna analiza kliniczna coraz bardziej zaciera różnicę pomiędzy padaczką samoistną a organiczno-objawową — tak i przyszłe badania anatomiczno - patologiczne zniwelują pojęcie padaczki samoistnej z szeregu samodzielnych jednostek chorobowych, i że rozplynie się ona w ogólnej grupie epilepsji organicznych o rozmaitej patogenezie i podłożu anatomicznem.

WYKŁAD KLINICZNY.

O tak zwanym artrytyzmie .

Podał

D-r Maksymilian Blassberg (Kraków).

(Dokończenie — patrz Nr. 25).

Co do innych cierpień, to muszę tu wspomnieć o cierpieniach kobiecych. Oprócz bezpłodności u kobiet, powyżej wspomnianej, podnoszą niektórzy autorowie, np. RICHELOT, częste występowanie w łókniało - mięśniaków u kobiet artrytycznych. I to zdanie ma swoich przeciwników np. w CRUVEILLERZE.

Inaczej ma się rzecz ze sprawą stosunku artrytyzmu do gruźlicy. Między artrytyzmem a gruźlicą istnieje pewien rodzaj antagonizmu, na który pierwszy zwrócił uwagę francuz PIBOUX. Zdanie to rozpowszechniło się we Francji. Gruźlica może wprawdzie wystąpić i u artrytyków, ale przebieg jej bywa w takich przypadkach łagodniejszy i znacznie powolniejszy. Gruźlica okazuje u artrytyków wybitną tendencję do stwardnień i zwapnień. TRIBOULET dopatruje się w artrytyzmie jednej z przyczyn, mogących prowadzić do stanu stwardnień płucnych (Scléroses du poumon). Tak samo i u otyłych gruźlica zwykle przebiega łagodniej, co stwierdza LEMOINE i inni uczeni. To wyłączenie

się artrytyzmu i gruźlicy spostrzegamy u ludności żydowskiej. U żydów bowiem z jednej strony bardzo rozpowszechniony jest artrytyzm w swych rozmaitych przejawach, a z drugiej, strony, jak to podnoszą REIBMAYER, BIEGAŃSKI, STERLING, CENNER, a zwłaszcza SOKOŁOWSKI, gruźlica i śmiertelność z gruźlicy jest u żydów znacznie mniejsza mimo fatalnego, niehigienicznego trybu ich życia, wprost sprzyjającego rozwojowi gruźlicy.

Najsilniejszy i najwybitniejszy związek zachodzi między artrytyzmem a cierpieniem układu nerwowego. Pierwszy wskazał na to MAUREL, a później szerzej rozwinął tę myśl CHARCOT, który stworzył nawet pojęcie neuro-artrytyzmu. Artrytyzm bowiem w swoich przemianach może uleść pewnej modyfikacji. Rodzic artrytyczny może wydać na świat potomka nerwowego, który w dalszem pokoleniu ma znów artrytyków. W ten sposób może artrytyzm niejako przeskoczyć jedno pokolenie. W descendencji artrytyków napotyka się często takie cierpienia, jak padaczkę, histeryę, płasawicę, drżączkę porażenną i psychozy. Według LEPICARDA istnieje powiązanie neurozy z artrytyzmem nie tylko w różnych pokoleniach, lecz nawet u jednego osobnika. Spostrzega się często np. u różnych członków rodziny albo nawet u jednego osobnika kojarzenie

się cukrzycy z różnymi stanami nerwowymi, jak wianu rdzenia, psychozami, padaczką, histeryą i chorobą BASEDOWA. Bardzo obrazowo przedstawił stosunek artrytyzmu do cierpień układu nerwowego CHARCOT w następujący sposób: „Należy pojmować artrytyzm jako drzewo, którego główne gałęzie stanowią skaza moczanowa, gościec stawowy, pewne postacie migreny, pewne cierpienia skóry i t. p. Z drugiej strony drzewo nerwowe obejmuje neurastenię, histeryę, padaczkę, choroby umysłowe wrodzone i nabyte, jak porażenie postępujące, wianu rdzenia i t. p. Oba drzewa sąsiadują ze sobą, a komunikacja i związek między gałęziami są tak ściśle, że nieraz możemy sobie zadawać pytanie, czy to nie jest jedno i to samo drzewo”. Jeszcze dalej idzie w tym względzie RAYMOND, który sądzi, że to jest jedno i to samo drzewo, wydające gałęzie artrytyczne i nerwowe, gdyż niema artrytyka, któryby nie mógł mieć objawów, wchodzących w zakres neuropatologii, i nie mógł być synem lub ojcem nerwowca. Bardzo dobitnie zaznacza BIERNACKI związek nerwic czynnościowych (histeryi i neurastenii) ze stanami utlenienia w ustroju. BIERNACKI przyjmuje, że w nerwicach czynnościowych zawsze zachodzą w ustroju zaburzenia w przemianie materii, i że te zaburzenia są objawem pierwotnym, a nerwowe następczym. Działanie bezpośrednie lub pośrednie (np. drogą naczyń) nieprawidłowych wytworów przemiany materii na ośrodki nerwowe wywołuje, zdaniem B., zjawiska zarówno somatyczne, jak psychiczne, zachodzące w nerwicach czynnościowych. Silny związek zaburzeń przemiany materii ze zбочeniami w układzie nerwowym, a zwłaszcza z chorobami umysłowymi podkreśla też KRAFFT - EBING, który nie tylko stwierdza, że chorobom umysłowym towarzyszą zwykle wybitne zaburzenia przemiany materii, ale twierdzi ponadto, że większość psychoz nie jest niczem innym, jak tylko wyrazem ciężkich zaburzeń w odżywianiu ustroju, w których mózg bierze udział, i że tylko górujące osłabienie tego narządu, jako *loci minoris resistentiae*, wysuwa zaburzenia psychiczne na czoło całego obrazu chorobowego. W ostatnich czasach również i wybitny francuski neurolog prof. BERNHEIM

(Nancy) przyszedł do przekonania, że stany neurasteniczne, psychoneurasteniczne i psychasteniczne są tylko wyrazem wrodzonej skazy konstytucjonalnej, mającej swe źródło w samozatruciu ustroju. Także SURZYCKI podnosi z naciskiem związek zaburzeń w skazie moczanowej ze zбочeniami w układzie nerwowym, atoli uważa on zaburzenia nerwowe za pierwotne. „Skaza moczanowa”, powiada on, „polega przede wszystkim na zбочeniach w układzie nerwowym, które czasami dają się nawet ściśle określić, czasami zaś występują w postaci mniej typowych nerwic lub zaburzeń odżywiania. U osób takich nieraz na lata jeszcze wcześniej, nim wystąpią pierwsze objawy dny, spotykamy z jednej strony objawy neurasteniczne, bóle głowy, ból głowy połowiczny (migrenę), zaburzenia w zakresie krążenia krwi, najczęściej napady sercowe, u kobiet zaburzenia w sferze płciowej, u mężczyzn zmyzy nocne, niezdolność płciową lub też nieprawidłowe podrażnienie płciowe. Jako dalszy okres, rzadziej w początkach, spotykamy zбочenia w narządzie trawienia etc.”.

W końcu uważam za rzecz konieczną zając się samym wyrazem „artrytyzm”. Wyraz ten był pierwotnie w użyciu dla określenia zmian zapalnych w stawach, bądź ostrych, bądź przewlekłych. Z czasem jednak wyraz ten zrosł się z pojęciem ogólnem skazy czyli diatezy i dyskrazji. Nazwa „artrytyzm” utrzymała się jednak, ponieważ górującym objawem, który się wysunął na czoło, były bóle i zmiany w stawach. Twórca pojęcia skazy, BAZIN, wyróżniał 4 skazy: zółzową, kiłową, artrytyczną i opryszczkową (*herpetismus*). Pojęcie to przekształcało się w miarę, jak zeń odpadły kiła i zółzy. Inni znowu tworzyli skazy częściowe według poszczególnych objawów lub narządów, jak: skazę wysiękową skóry, skazę krwotoczną naczyń, skazę moczanową, i włączali przeważnie w to pojęcie takie jednostki chorobowe, jak gościec stawowy ostry, gruźlicze zapalenie stawów i tym podobne cierpienia. Z czasem poczęły te naleciałości odpadać i zaczęto oczyszczać z nich pojęcie artrytyzmu. Szkoła paryska z LANDOUZYM na czele rozumiała pod artrytyzmem tylko wrodzone usposobie-

nie, wrażliwość osobniczą i sposób oddziaływania na warunki otoczenia. Najczęściej napotykaemy zarówno u laików jakoteż u lekarzy błędne pojmowanie artrytyzmu, jako jednostki klinicznej chorobowej i utożsamianie go ze skazą moczową. Tymczasem pod „skazą moczową” rozumiemy tylko jedną wadliwość w przemianie materii, a mianowicie zaburzenia przemiany purynowej, połączone z wahaniami w ilości kwasu moczowego, a nie obejmuje ona rozmaitych innych zaburzeń chemizmu, przemiany materii i zmian troficznych ustroju, podczas gdy pojęcie „artrytyzmu”, które za szkołą w Montpellier obecnie się najbardziej przyjęło we Francji, obejmuje znacznie szerszy zakres, niż skaza moczowa. Jest to, jak z powyższego zestawienia wynika, obszerna grupa chorobowa, oparta o 3 odnoża, które są: 1) pojawianie się rodzinne i stan wrodzony, 2) cierpienie układu nerwowego, 3) wadliwość przemiany materii i zmiany odżywcze.

Historia pojęć lekarskich mieści w sobie liczne przemiany zakresu pojęć pierwotnych klinicznych. Jedno, jak np. pojęcie pierwotnej małokrwistości złośliwej, stało się z szerszego coraz bardziej szczegółowem, jak w miarę nowszych badań wyłączano zeń poszczególne rodzaje małokrwistości, jak małokrwistość rakowa, na tle tęgoryjca (*anchylostomum*) i motylicy (*distoma*). Pojęcie dyskrazji syfilitycznej przemieniło się w jednostkę choroby zakaźnej, zółzowa dyskrazja przemieniła się w gruźlicę. Ale bywa także i odwrotnie. Klinika np. złączyła takie stany, jak popęd do alkoholu, padaczkę, kretynizm i psychozy, w jedną neurologiczną rodzinę.

W takie ogólne pojęcie przetworzył się artrytyzm, wiążący w węzeł pokrewieństwa cały szereg cierpień, uważanych za samodzielne jednostki chorobowe, i to cierpienie, występujących u jednego osobnika w różnych okresach czasu, u jego rodziny oraz przodków i potomków.

Medycyna wewnętrzna podążyła w ostatnich latach nowymi drogami. O ile dawniej głównie przyświecał klinicytom obraz anatomiczny chorych narządów, to obecnie klinika coraz bardziej przejęta jest ważnością oceny czynności narządów chorych

i przebiegu czynnościowego spraw w ustroju chorym. Liczne cierpienia narządów, pozornie miejscowe, zostały, dzięki rozwojowi bakterjologii i udoskonaleniu techniki dyagnostycznej, oraz dzięki nowym zdobyczom w dziedzinie t. zw. wewnętrznych wydzielin gruczołów, połączone w szersze pojęcia patologiczne. To samo spostrzegamy w dziedzinie chorób przemiany materii. Typowy obraz miejscowej podagry, który w podręcznikach wysunął się na czoło, coraz bardziej ustępuje miejsca licznym zaburzeniom nerwowym i troficznym, które napotykaemy u osób z wadliwą przemianą istot purynowych. Coraz częściej podnoszą klinicyści, że wadliwościom przemiany węglowodanów w cukrzycy oraz tłuszczów w otyłości towarzyszy równoczesna nieprawidłowość przemiany substancji purynowych. Zdaje się być nawet rzeczą wątpliwą, czy w ogólności istnieją odrębne zaburzenia poszczególne przemiany materii np. w wyłącznym zakresie substancji purynowych, a coraz nowsze wyłaniają się badania, dowodzące, że zaburzenia takie są tylko następstwami lub częściowymi przejawami zaburzeń ogólnej przemiany materii. Coraz więcej zjawia się zdań, że nerwice czynnościowe i liczne choroby umysłowe są tylko przejawem wadliwej przemiany materii w ustroju.

Pojęcie kliniczne artrytyzmu, uwolnione od dawnych naleciałości, jest właśnie wyrazem takich, powyżej przytoczonych poglądów, jednoczących różne zjawiska chorobowe w jedną całość i sprowadzających je do wspólnego mianownika. Musi ono pozostać jeszcze tak długo nieustalonym, dopóki jego składniki nie oprą się o zupełnie ustalone wyniki badań naukowych w dziedzinie przemiany materii.

LITERATURA

- 1) Barbier H. Tuberculose pulmonaire (Gilbert et Thoinot: Traité de médecine et Thérapeutique, R. 1910, T. XXIX).
- 2) Bernheim: Conception pathogénique de états dits neurasthéniques, psychasténiques, psychoneurasthéniques (Revue de médecine 1909 N. 4).
- 3) Biedert Ph. Das Kind, Stuttgart 1906.
- 4) Biernacki E. Beobachtungen über die Glykolyse in pathologischen Zuständen insbe-

sondere bei Diabetes u. functionellen Neurosen (Zeitsch. f. klin. Medicin 41 Bd. Heft. 4 u. 5).

5) **Biernacki E.** Przekarmienie a mineralna przemiana meteryi (Lwowski Tygodnik lekarski 1909).

6) **Biernacki E.** Spostrzeżenia nad glikolizą (Pamiętnik Tow. lekarskiego Warszawy. 1898).

7) **Biernacki E.** Über den Einfluss der überfetteten Nahrung auf den Magendarmkanal u. den Stoffwechsel (Zentralblatt f. d. gesamt. Physiologie u. Pathol. des Stoffwechsels. 1907).

8) **Biernacki E.** Über die Beziehungen zwischen dem Gesamtstickstoffwechsel u. der Harnsäureausscheidung (Zeitschrift für experimentelle Pathologie u. Ther. 1909).

9) **Biernacki E.** Überernährng u. Mineralstoffwechsel (Zentralblatt f. d. gesammte hysiology 1909).

10) **Biernacki E.** W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych. (Medycyna 1902).

11) **Biernacki E.** W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej (Gazeta lekarska 1909 Nr. 1).

12) **Biernacki E.** Zur Aetiologie der funktionellen Neurosen. (Neurologisches Centralblatt. 1908).

13) **Biernacki E.** Zur Ernährungsweise der wohlhabenden Klassen. Berlin u. Wien. 1906.

14) **Biernacki E.** Zur Symptomatologie u. Diagnostik der harrsauen Diathese (Wiener med. Wochenschrift 1909)

15) **Blum P.** L'hystericisme — diathèse (La Quinzaine thérapeutique 1909 N. 18).

16) **Bonnefoy E.** L'arthritisme et son traitement. Paris 1907.

17) **Bouchar d. C. h.** Toubles préalables de la nutrition (eh. Bouchar: Traité de patologie générale, Tom III. cz. I. 1900).

18) **Charcot.** Ciinique des maladies du système nerveux Paris 1892

19) **Charrin.** Apercu général sur l'etiologie (La semaine medicale 1903).

20) **Comby J.** La prétendne hérédité du rachitisme. (Soc. méd. des. hop. 1893. Séance du 16. juin).

21) **Comby J.** Traité des maladies des enfants. Paris.

22) **Czerny Ad.** Exsudative Diatese, Skrofulose u. Tuberkulose (Verhandlungen d. Versamml. d. Aerzte zu Salzburg 1909).

23) **Duckworth.** Les diathèses (La presse médicale 1908 N. 15).

24) **Ebstein.** Über die Stellung der Fettleibigkeit, der Gicht u. der Zuckerkrankheit im nosologischen System (Deutsche med. Woch 1908 Nr. 44).

25) **Feer E.** Zur Klinik u. Therapie des konstitutionellen Säuglingseczems. (Müncn. med. Wochens. 1909. Nr. 3).

26) **Feer F.** Zur Pathologie u. Therapie des konstitutionellen Säuglingseczems (Versamml. d. Vereins d. süddeutschen Kinderärzte. Heidelberg 3. Mai 1908).

27) **Filipkiewicz S.** O guzach podskórnych spostrzeganych na tle gościca przewlekłego u dorosłych. Przegląd lek. 1889 Nr. 14).

28) **Filipkiewicz S.** O niektórych zaburzeniach czucia skóry spostrzeganych również na tle skazy dnawej lub gościcowej. Przegląd lekarski 1909.

29) **Gaucher E.** Maladies de la peau (Gilbert et Thoinot: Traité de médecine et de thérapeutique. Tom XIV. Paris 1909).

30) **Giedroyé Fr.** Objawy skórne w chorobach wewnętrznych. Kronika lekarska 1896.

31) **Gluziński A.** Anaemia pernicioza distomica. (Wiener klinische Wochenschrift 1909 N. 1).

32) **Hallopeau.** Traité élémentaire de pathologie générale, Paris 1898.

33) **Heller.** Bericht über den 5. internationalen Dermatologen-Congress in Berlin (Berliner klin. Wochenschr. 1904. Nr 41).

34) **Janowski Th.** Les nouvelles voies dans le diagnostic des maladies internes. (Revue de médecine 1907 Nr. 9).

35) **Klein S.** Kilka słów o badaniu klinicznym krwi Medycyna 1893.

36) **Korczyński E.** Zapalenie stawów ze stanowiska ajtjiologicznego Przegląd lek. 1875

37) **v. Krafft—Ebing.** Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1903.

38) **Krmsztyk S.** W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u dzieci (Przegląd pedyatryczny T. I, zes. 6).

39) **Laache S.** Wechselbeziehungen in der menschlichen Pathologie und Therapie. Stuttgart 1905

40) **Le Gendre.** Zaburzenia i choroby odżywiania Przekład polski z Traité de médecine wydawanego przez Charcota, Boucharda i Brisusada

41) **Lemoine.** Les phthisiques gras. (Semaine médicale 1900).

42) **Lereboullet P.** L'obesité (Consultations médicales françaises Nr. 5)

43) **Lewkowiez K.** Gruźlica u dzieci. (Przegląd lekarski 1910 Nr. 4)

44) **Martius Fr.** Pathogenese innerer Krankheiten. Leipzig Wien. 1899—1909

45) **Mendelsson O.** Die Behandlung des Kindereczems nach Finkelstein. (Deusche med. Wochenschr. 1909 Nr. 42).

46) **Menetrier.** Le cancer (Gilbert i Thoinot: Traité de médecine et thérapeutique. Tom. XIII 1908).

47) **Opolski W.** Mykerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej. Lwowski Tygodnik lek. 1909).

48) **Raymond.** L'heredité morbide. Paris 1905.

49) Richardière et Sicard. Maladies de la nutrition (Brouardel et Gilbert: Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. T. XII. Paris 1907).

50) A. Sokołowski. Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne. (Lwowski Tygodnik Lekarski 1907)

51) A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Warszawa 1906.

52) Surzyccki J. O skazie moczanowej i jej leczeniu. (Przegląd lekarski 1907).

53) Triboulet H. Scléroses du poumon. (Gilbert et Thoinot Traité de médecine et de thérapeutique, Tom XXIX 1910).

STRESZCZENIA.

Choroby dzieci.

114. G. Vitten. O przepuklinach pępkowych u dzieci.

Do rzędu często spotykanych zjawisk patologicznych u dzieci zaliczyć bez wątpienia należy i przepukliny pępkowe. Rozróżniamy przepukliny wrodzone i nabyte. W pierwszym przypadku wnętrności jamy brzusznej tkwią w początkowym odcinku sznurka pępkowego i nazywają się też przepuklinami sznurka pępkowego (*herniae funiculi umbilicalis*). Rozpoznajemy je zwykle w kilka dni po urodzeniu, gdy po odpadnięciu reszty sznurka zamiast wgłębienia konstatujemy pewną wyniosłość. Tego rodzaju przepukliny powstają skutkiem niedorozwoju powłoki brzusznej i w zależności od stopnia defektu są wielkości orzecha laskowego lub znacznie większe, przyczem powłoka brzuszna pozostaje otwartą na znacznej przestrzeni, i wnętrności jamy brzusznej pokryte są jedynie otrzewną i owodną. Tak znacznie posunięty defekt oznaczamy nazwą eventeratio albo ectopia viscerum. Dzieci z tą anomalią rozwoju przychodzą na świat przeważnie martwe, u pozostałych zaś przy życiu worek przepuklinowy podlega gangrenie wkrótce po urodzeniu. Bywają również i takie przypadki, gdy dzieci przychodzą już na świat z gotową wrodzoną przepukliną sznurka pępkowego. Jeżeli pozostają one nierozpoznane, to przy podwiązaniu sznurka pępkowego możemy się przyczynić do powstania fistuły pępkowej. Co się tyczy patogenetyki przepu-

klin nabytych, umiejscowionych zwykle między górną częścią pierścienia pępkowego i żyłą pępkową, to wiadomą jest rzeczą, że po urodzeniu otwór pępkowy zamyka się za pomocą tkanki granulacyjnej, która swym dolnym brzegiem zrasta się od strony jamy brzusznej z przebiegającymi spadniętymi naczyniami pępkowymi. Otóż, podczas gdy dolny brzeg pierścienia pępkowego za pomocą ziarniny i naczyń zamyka się zupełnie, górną część pierścienia stanowi jedynie tkanka wiotka, t. zw. *fascia umbilicalis*. Między tę ostatnią a bliźnię pępkową może się przedostać odcinek kiszeki albo inny jakiś narząd wewnętrzny i wywierać pewien ucisk. W późniejszym nieco wieku spotykamy przepukliny przeważnie u dzieci słabych. Powstają one skutkiem ciągłego naprężenia powłoki brzusznej (krzyk, silny kaszel, zaparcie, utrudnione moczenie). *Prognosis quoad valetudinem* tem lepsza, im wcześniej rozpoczynamy leczenie, i im mniejsze są wrota przepuklinowe. Zabiegi lecznicze są nader proste. Przede wszystkim należy unikać pasów przepuklinowych. Zastosowane u dzieci przeważnie szkodzą. Mają bowiem dwie poważne wady: są nietrwałe i zbyt ruchome. Pod wpływem gwałtownych ruchów pelota przesuwają się w rozmaitych kierunkach i uciskiem wywołuje macerację naskórka. Skutkiem ciągłego bólu dzieci krzyczą, co znowu ujemnie wpływa na przebieg sprawy. Zamiast szkodliwych pasów najlepiej stosować t. z. plaster BEIERSDORFA. Robimy to w następujący sposób: oczyszczamy skórę eterem, wprowadza-

my z powrotem zawartość worka przepuklinowego, zakładamy na pierścień pępkowy kawałek owiniętego w gazę ołowiu stosownej wielkości, który przymocowujemy plasterem w postaci szerokiej wstęgi, plaster nie powinien się marszczyć. Co 4 tygodnie opatrunek wznawiamy. Podczas kąpieli pozostaje nietknięty.

(Zeitschr. f. ärzt. Fortb. Nr. 17. 1909).

115. H. Helmholtz. Przyczynę do anatomii patologicznej zaniku dziecięcego (paedatrophii).

Obserwacja kliniczna i badania nad przemianą materii rzuciły nieco światła na sprawę zaniku, który obecnie według nomenklatury FINKELSTEINA nazywamy dekompozycją. Badania autora mają na celu wyjaśnienie jedynie strony anatomo-patologicznej.

Z m i a n y w k i s z k a c h. W nabłonku kiszki żadnych defektów. Komórki PANETA niczem się nie różnią od takichże komórek w kiszce normalnej. Wzdęcie kiszki zalicza autor do rzędu zjawisk pośmiertnych, które w zaniku występują wcześniej i wybitnie. Już w godzinę po śmierci cały nabłonek odrywa się od swego podłoża. Te postagonalne zmiany błony śluzowej dadzą się wytłumaczyć jedynie tem, że nabłonek skutkiem spraw chorobowych traci pewne substancje, które go normalnie chronią od samotrąwienia.

Z m i a n y w i n n y c h n a r z ą d a c h. W mięśniu sercowym nic szczególnego. W gruczołach tarczowych zmiany zanikowe nabłonka *Gl. parathyroidea* nieco mniejszych rozmiarów. W nadnerczach — zwężenie substancji korowej i lekki nadmiar tkanki łącznej. W wątrobie i śledzionie znalazł autor zawierający żelazo barwnik koloru ciemnobrunatnego lub żółtawego, co świadczyć ma o szybkim rozpadzie jakiejś tkanki, zawierającej Fe. Badania krwi jednak wykazały: Hg. waha się między 60 a 80%. Ogólna liczba erytrocytów rzadko bywa poniżej 3 milionów.

(Jahrb. für Kinderh.)

116. I. Baedeker. Postęp w leczeniu koklusu.

W poglądach na istotę koklusu do dzisiaj panują trzy kierunki, a każdy z tych panujących prądów wytworzył swą odrębną terapię. A więc przypuszczenia, że przyczyną koklusu jest jakiś specyficzny zarazek, wysunęły na pierwszy plan terapię antyinfekcyjną. Zwolennicy tej teorii proponują chininę i antypirynę ze względu na ich własności bakterycyobójcze. Inni znowu, uwzględniając jedynie objawy kataralne koklusu, zalecają rozmaitego rodzaju *solventia*. Trzecia wreszcie kategoria widzi w koklusu przedewszystkiem neurozę i w celach terapeutycznych stosuje wszelakiego rodzaju *narcotica* i *antispasmodica* (Bromoform, Morphium, Chloralhydrat, Brom, Belladonna). Bez wątpienia każdy z tych poglądów ma swą rację bytu, ale nie w każdym przypadku. W niektórych bowiem przypadkach koklusu pomaga chinina, w innych bromoform i t. d. Niestety, z góry nigdy to się nie daje powiedzieć, stosowanie zaś jednocześnie trzech preparatów rozmaitych grup wygląda teoretycznie bardzo ładnie, ale praktycznie nie da się zastosować, chociażby już ze względu na nadczułość żołądka dziecięcego. Praktyczną wartość może mieć jedynie środek, który, nie obarczając zbytmiernie żołądka, posiadałby własności działania w trzech wyłuszczonej wyżej kierunkach. Takim środkiem według autora jest eulatyna — związek kwasów amidowego i brombenzoesowego z antypiryną (Anal. Inst. Farm. Uniw. Berl.), białawy proszek o smaku kwaskowatym. Środek ten stosował autor podczas epidemii koklusu w 25 przypadkach, przy czem okazało się (co też stwierdzili i inni), że eulatyna bardzo skutecznie działa w trzech wspomnianych wyżej kierunkach; szczególnie szybko pod jej wpływem ustają wymioty. Zapisuje autor eulatynę w tabletkach à 0,25 g. (od 6 do 12 tabletek *pro die* w zależności od wieku). (Therap. Monatsh. Nr. 9. 1909).

Michał Rappel.

Trzydziesty dziewiąty Zjazd chirurgów w Berlinie

podał Aleksander Zawadzki. (Ciąg dalszy).

REHN (syn). Przyczynę do wolnego przeszczepiania tkanek. Na zasadzie doświadczeń dochodzi do wniosku, że wolne przeszczepianie ścięgien i tłuszczu daje bardzo dobre wyniki.

KIRSCHNER używa powięzi szerokiej uda do zapelnienia rozmaitych braków, np. przy przepuklinie pępkowej; w przypadku *ptosis* przeszczepił między mięśniem czołowym i powięcią częścią powięzi.

BIER stosuje przy plastycznych operacjach na twarzy wolne przeszczepianie tłuszczu.

LÖWEN przy powtórnym nawrocie przepukliny smugi białej przeszczepił kostną blaszkę wraz z okostną z dobrym wynikiem.

SAAR rozpatruje na zasadzie doświadczeń allo-, hetero- i autoplastyczne sposoby przeszczepiania; teoretyczne wywody i kliniczne doświadczenie przemawia za auto- i heteroplastycznymi sposobami (otrzewna, okostna, powięź). Plastyka opony twardej winna być zawsze wykonywana przy utracach jej (usuwanie jej przy zrostach, padacze JACKSONA, urazach).

BAUER z kliniki KÜTTNERA mówi o próbach przechowywania kości dla celów przeszczepiania, w tym celu kości wraz z okostną przechowywał w płynie RINGERA przy t° 1° w ciągu 4-ch tygodni, poczem przeszczepiał je zwierzętom; szczepienia udawały się doskonale.

KRAUSS zaszczytał do jamy otrzewny skórę w celu przekonania się, czy ona może przeistoczyć się w otrzewnę: nabłonek wkrótce pokrywa się warstwą fibryny, komórki nabłonkowe ulegają wodnistemu zwyrodnieniu i nacieczeniu przez okrągłe małe komórki, gruczoły potowe i tłuszczowe ulegają rozdzieleniu i zanikają, przeistaczają się jednak skóry w otrzewnę referent nigdy nie widział.

GALBEL przy nietrzymaniu moczu wykonał plastykę z *mm. pyramidales* z bardzo dobrym wynikiem.

RITTER stosował Kirschnerowskie prze-

szczepianie powięzi w celu zakrycia defektu operacyjnego wątroby, dla kikuta po odjęciu przedramienia oraz w celu połączenia dwóch końców ścięgna.

HACKER (Graz) w przypadku zupełnego braku u jednego z palców ręki ścięgna zginaacza przeszczepił ścięgno rozginacza z bardzo dobrym wynikiem; radzi brać dla przeszczepienia ścięgno Achillesa.

KÜTTNER usunął choremu z mięsakiem uda górną połowę uda wraz z główką i zastąpił brak kostny odpowiednią kością, wziętą na 36 godzin przedtem od trupa i przechowywaną przez 24 godziny w sztucznej surowicy. Przy operacji trudne było wstawienie główki przeszczepionej kości do panewki; w 6 tygodni po operacji rana zagojona bez żadnych powikłań, fotografia Roentgena dowodzi doskonale koaptacji.

REHN (Królewiec) wykonywał bardzo często wolną plastykę ścięgien z bardzo dobrym wynikiem, przeszczepiał również w celach plastyki tłuszcz według sposobu CZERNYEGO, który przed wieloma laty w ten sposób zapelniał operacyjny brak sutki.

NEUBER przeszczepiał tłuszcz w celach kosmetycznych.

M. UNGER u kobiety, która zapadła na śpiączkę moczniczą, wszczepił w wielkie naczynia biodrowe nerki dużej małpy — w tym celu wyciął nerki wraz z odcinkiem aorty i żyły głównej (*vena cava*), wszyl aortę do tętnicy biodrowej, żyłę zaś do żyły (w trójkącie Skarpy), zespolenie trwało 24 godziny, w pęcherzu moczowym małpy zebralo się nieco moczu, kobieta umarła po 36 godzinach. Nerki wszczepione badane były pod mikroskopem, i większa część ich nie wykazywała zmian nekrotycznych, ani zwyrodnienia.

ENDERLEN trzykrotnie przeszczepiał gruczoł tarczowy z człowieka na człowieka (zszewając naczynia), mimo to gruczoł ulegał zawsze wessaniu—zanikowi.

O przeszczepianiu kości, a nawet całych stawów mówił LEXER z Królewca. Za wzglę-

du na doniosłość sprawy pozwolę sobie przytoczyć parę demonstrowanych przezeń przypadków.

1. 20-letnia dziewczyna, której referent przeszczepił po wycięciu kolana cały staw kolanowy z nieboszczyka temu 2 lata i 5 miesięcy, po licznych przeszczepianach mięśni wyprostnych, pacjentka obecnie chodzi zupełnie dobrze, zgina kolano prawidłowo.

2. 20-letni mężczyzna ma przeszczepione obydwie kolana wraz z więzami krzyżowymi 4 miesiące temu, od 8-iu tygodni wykonywa czynne ruchy, staw pokryty jest obecnie tylko skórą, bo rzepkę i ścięgno mięśnia prostego trzeba było usunąć, następcza plastyka da choremu możliwość zupełnej sprawności nóg. W niektórych przypadkach udaje się zachować aparat mięśniowy i ścięgnisty — wówczas wyniki co do sprawności kończyny są znacznie wcześniejsze. Doświadczenie pokazało, że chorzy po przeszczepieniu stawu muszą leżeć przez $\frac{1}{2}$ roku, wcześniejsze wstanie szkodzi chrząstce (doświadczenia na zwierzętach).

3. 50-letni robotnik po wycięciu dolnej połowy kości łokciowej wskutek mięsaka miał w 4 tygodnie potem wszczepioną część dolnej połowy goleni wraz z częścią stawu, kość łokciowa nowoutworzona jest zupełnie sprawna.

4. 20-letnia dziewczyna z mięsakiem górnej części goleni, 8 miesięcy temu wycięcie górnej połowy tej goleni wraz z chrząstką stawową, natychmiastowe przeszczepienie takiejże części goleni z amputowanej obcej kończyny; zamiast dawnej plomby użyto czo-pa ze strzałki, którą wbito w kanał kostny. Chora chodzi tak, jak zupełnie zdrowy człowiek, staw kolanowy zupełnie ruchomy.

Następnie referent pokazuje preparaty, wzięte od dwóch chorych, z których jeden zmarł wskutek mięsaka już po przeszczepieniu i zagojeniu; drugi wskutek nerwicy żądał odjęcia kończyny wraz z nowoprzeszczepionym stawem, w obydwóch przypadkach stan stawu i kości zupełnie dobry.

Tyle o przeszczepianach.

ANSCHÜTZ. Operacyjne wydłużanie skróconej kończyny za pomocą przepiłowywań kości schodowym sposobem i wyciągu bez-

pośredniego (Nagelextension). W ten sposób referentowi udało się otrzymać wydłużenie 8 cm.

STEINMANN pokazuje swój ulepszony sposób gwoździowego wyciągu (Nagelextension).

LUDLOFF mówi o szwie kostnym za pomocą płytek (sposób stosowany przez ALBUTHNOT-LANEA w Londynie od lat 15-u).

BERGEL mówi o znaczeniu fibryny przy zrastaniu się kości; w przypadkach rzekomego stawu wskutek złego zrostu otrzymuje szybko dobrą kostninę za pomocą wstrzyknięć fibryny, preparowanej w surowicy (można otrzymać ten preparat w Inowrocławiu w zatopionych ampulkach).

KÖNIG zwraca uwagę na znaczenie okostny przy szwie kostnym.

WILMS zamiast szwu kostnego stosuje czop z kości słoniowej, przewiązany pośredku mocną jedwabną nitką (w naciętym rowku), czop ten obsadza w jedną kość, poczem kości ustawia i, ciągnąc za nitkę, wprowadza połowę czopa do drugiej kości.

KLAPP podaje swój sposób uruchomienia zrosniętego stawu kolanowego; sposób ten polega na korzystaniu z tylnej części powierzchni stawowej biodra; za pomocą wycinania klina z przedniej powierzchni uda tuż nad kłykcami oraz zbliżenia obu tych powierzchni tylna powierzchnia stawowa staje się dolną — dalsza gimnastyka pozwala otrzymać zupełnie sprawne ruchy w kolanie. Jeden z pokazywanych pacjentów doskonale zgina kolano, tańczy.

NEUBERG w początkach sprawy zapalnej stawu biodrowego stosuje cięcie przednie, równoległe do mięśnia krawieckiego, odsuwa nerwy i naczynia — dochodzi do torebki stawowej, przecina ją równoległe do osi szyi, wyprowadza główkę z panewki, wycina torebkę maziową, a gdy trzeba i główkę, oczyszcza powierzchnię stawową 5% formaliną, zastrzykuje mieszanekę jodoformową, odprowadza główkę lub pozostałość na dawne miejsce, pozostawia pasek gazy, wychodzący nazewnątrz, ranę zaszywa. Kończyna zostaje ustawiona w położeniu przywodzenia, zagipsowana. W 4 tygodnie po zabiegu usuwa się pasek gazy z rany, gips zostaje zdjęty po 4-ch miesiącach. Czynnościowo wyniki są bardzo

dobre, bo mięśnie krętarzowe pozostają nieuszkodzone.

SPITRY sądzi, że o ruchach w stawie biodrowym w *coxitis* można myśleć tylko wówczas, gdy sprawą zapalną zajęta jest tylko torebka maziowa, w przypadkach sprawy kostnej — jedyny idealny wynik jest zrost — *ankylosis*.

DOLLINGER przedstawia swój sposób krwawego nastawiania zastarzałych zwichnięć ramienia; całą trudność w wykonaniu nastawienia upatruje w przykurczeniu i tęgości mięśnia podłopatkowego. Po przecięciu ścięgna tego mięśnia odprowadzenie daje się wykonać z łatwością — w tym celu przednie cięcie, mięsień naramienny należy odsunąć na zewnątrz, kruczobarkowy na wewnątrz. Przy operacji należy brać pod uwagę, że stosunki nerwów, naczyń, mięśni i stawu są przez zrosty zmienione.

SCHLANGE wykonał operację DOLLINGERA 2 razy z bardzo dobrym wynikiem.

PERTHES przy wykonywaniu wewnątrzżylnego znieczulania BIERA doprowadza ucisk pod opaskę na ramieniu tylko do 18 cent. rtęci, powyżej zaczynają się bóle. Referent sporządził opaskę w kształcie kołnierza o podwójnych ścianach (gumowego), po nałożeniu go za pomocą odchodzącej odeń rurki gumowej, zakończonej balonikiem, nadmuchiemy kołnierz, ew. opaskę; włączony przyrząd wskazuje ciśnienie. Podobny przyrząd, napełniony wodą z irygatora, ustawionego na pewnej wysokości, proponuje PERTHES dla leczenia zastoinowego sposobem BIERA.

MOMBURG cytuje przypadek wylewów krwawych w kiszkiach po zastosowaniu opaski na brzuch (zniekrwiającej), poduszka, położona na brzuch pod opaskę, zapobiega temu.

HOCHMEIER. Lędźwiowe znieczulanie w obecnej chwili.

W celu ustalenia obecnej opinii chirurgów o tem znieczulaniu wspólnie z KÖNIGEM rozpisali ankietę i otrzymali odpowiedzi o 2,400 przypadkach.

Przed wykonywaniem znieczulenia rzadko stosowane bywa skopolaminowo-morfino-we odurzanie, chyba u bardzo nerwowych chorych. Przed 14-tym rokiem życia pacyenci nie powinni być znieczulani tym sposobem.

Większość chirurgów stosuje lędźwiowe znieczulanie tylko wówczas, gdy ogólne znieczulenie jest przeciwwskazane. Stosowane są: stowaina, nowokaina, tropakokaina z domieszką adrenaliny lub bez niej. Najczęściej używany preparat tropakokainy POHLA okazał się zawodny; z pomiędzy objawów następczych najczęstsze są: bóle głowy (w jednym przypadku w ciągu 6 miesięcy), bóle krzyża, dalej 5 przypadków porażenia nerwu odwodzącego, z nich trzy trwale, następnie padaczkowate skurcze, zboczenia czucia w nogach, drżenie rąk.

Powikłania ze strony nerek notowano rzadko, częściej wymioty i podniesienie ciepłoty bezpośrednio po zastrzyknięciu; 4 razy wystąpiła zapaść i przerwa w oddychaniu, udało się jednak zwalczyć to za pomocą sztucznego oddechu. Płucnych powikłań notowano 1,7%; śmiertelność wynosi na 2,400 przypadków 12, t. j. 1/2%. Czterech pacjentów zmarło bezpośrednio lub też wkrótce po zabiegu z powodu porażenia oddychania, w 3 przypadkach śmierć nastąpiła w ciągu paru godzin wskutek osłabienia serca, jeden zmarł wskutek bezmoczności, jeden wskutek udaru mózgowego w 10 minut po zabiegu, w 3 przypadkach przyczyną śmierci było ropne zapalenie opon mózgowych. Wielką odsetkę śmiertelności należy przypisać częściowo złemu stanowi poprzedniej choroby i wiekowi chorych, mimo to należy być bardzo oględny i stosować lędźwiowe znieczulanie tylko tam, gdzie odurzanie eterowe i miejscowe znieczulanie są przeciwwskazane, a ogólne usypianie wprost niedozwolone.

KÖNIG zgadza się w zupełności z poprzednim mówcą, radzi unikać lędźwiowego znieczulania zupełnie, stosować wzamian odurzanie eterowe lub Braunowskie albo Bierowskie miejscowe znieczulanie.

DÖNITZ mówi o technicznych sposobach unikania niektórych powikłań przy lędźwiowym znieczulaniu.

STRAUSS uważa statystykę HOCHMEIERA za zbyt surową, jego statystyka, obejmująca 30,000 przypadków, wykazuje śmiertelność 1:1800.

MÜLLER wykonał powyżej 2,000 znieczuleń lędźwiowych z bardzo dobrym wynikiem,

bóle głowy usmierza za pomocą usuwania nadmiaru płynu za pomocą powtórnego przekłucia lub wstrzykiwań pod skórę soli w razie zbyt niskiego ciśnienia (najczęstsza przyczyna bólów głowy).

KLAPP w celu zmniejszenia ilości usypiającego środka, potrzebnego do uspienia chorego, zmniejsza koryto krwiobieg przez bandażowanie kończyn lub nałożenie opaski MOMBURGA.

CZERNY. Rozmaite sposoby, stosowane w leczeniu raka w Heidelberskim przytułku dla rakowatych. Doszczętne operacje w większości przypadków są niewykonalne

z powodu rozległości sprawy chorobowej, wykonano więc 280 paliatywnych zabiegów, opromieniań (*radium*, Roentgen), zastrzykiwań surowicy (SCHMIDT), fulguracyi, termakaustyk i elektrokaustyk. 3 przypadki raka płucny pod wpływem radium poprawiły się, znaczna poprawa występowała od radium w złośliwych lymphomatach. Leczenie surowicą SCHMIDTA nie dało dobrych wyników (gorączka), rzekome zmniejszanie się guzów należy przypisać zakażeniu analogicznemu zakażeniu w róży, a więc działaniu toksyn.

(D. n.).

O D C I N E K.

Leczenie gruźlicy w „zakładach” zamiejskich.

Już wkrótce zabraknie nam chyba liter dla określenia różnych tuberkulin i surowic przeciwgruźliczych, a środka pewnego przeciw tej strasznej chorobie nie posiadamy jeszcze, niestety; pozostaje nam jeszcze ciągle zadawać się starem leczeniem dyetetyczno-higienicznym w zagranicznych lub swojskich sanatoryach.

Przed 34 laty był to ogromny krok naprzód, kiedy dowiedzieliśmy się, że gruźlica może być leczona z dobrym skutkiem w każdym klimacie, jeżeli, rozumie się, zakład leczniczy zaopatrzone jest we wszelkie stosowne urządzenia i znajduje się pod opieką zdolnego i sumiennego lekarza. Wywody te teoretyczne potwierdził wtedy czynnem DETTWELLER, zakładając sanatorium dla chorych płucnych nie we Włoszech, nie w Algierze, nie w wysokich górach, lecz w Falkenstein, którego klimat nie różni się prawie niczem od klimatu Prus środkowych, i w którym liczba wyzdrowień była i jest dość pokaźna. Po DETTWELLERZE prawda ta potwierdzona została przez cały szereg lekarzy teoretyków i praktyków, i idea, że leczenie gruźlicy nie jest

monopolem sanatoryów wysokogórskich, podgórskich lub morskich, stała się, jak wiadomo, kamieniem węgielnym sanatoryów swojskich w bliskości dużych centrów wielkomiejskich.

Udowodnienie więc obecnie, że zakłady lecznicze dla chorych płucnych w miejscowościach leśnych, wolnych od dymu i kurzu, mogą odgrywać ogromną rolę w walce z gruźlicą, równałoby się włamaniu się w otwarte drzwi.

Wprawdzie przed kilkoma laty ogromną wrzawę narobiła znana statystyka ENGELMANNA, która wykazała, że z 60273 chorych na gruźlicę płuc, którzy leczyli się w 31 sanatoryach ludowych niemieckich, po trzech lub czterech latach 50% wymarło lub wcale niezdolnych było do pracy, w sanatoryach zaś wysokogórskich wyniki leczenia mają być trwalsze. Statystyka owa — zdaniem przeciwników sanatoryów ludowych zamiejskich — miała zadać cios śmiertelny idei leczenia gruźlicy w zakładach leczniczych swojskich; po pewnej jednak krytyce i wszechstronnej analizie tej statystyki historycznej przekonano się, że dyabeł nie jest tak czarny, jak go ENGELMANN namalował. Obok innych dowodów zwróciłem w swoim czasie uwagę na ten szczegół, że wogóle porównanie sanatoryów ludowych z wysokogórskimi nie wytrzymuje żadnej krytyki już choćby dlatego, że leczą się w

Ichthalbina



Tannalbina

Do stosowania wewnętrznego ichtyolu.
Pobudza apetyt, a przy enteritach usuwa
rozkład w kiszkaach.

Dawka: 0.5—1.0 g. 3—4 razy dziennie w postaci
proszków lub w tabletkach.

Oryginalne pudełka z 30 tabl. Rbl. —.50

Środek ściągający, nie drażniący kiszki

Dawka: dla dorosłych 1 g. 3—5 razy dziennie
w proszkach lub w tabletkach.

Oryginalne pudełka z 20 tabl. Rbl. —.25
" dawki z 40 " " —.50

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 permet-
tent 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^m} de 1^{re} cl., Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Dostac można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

Nowe katalogi ilustrowane franco

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

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae 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 nie prawidłowej wymiany materji.

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

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

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

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletki, 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.

Lecithin „Agfa”

Najlepsze tonicum dla nerwów

Wskazania: tabes, skrofulosa, neurastenia
rachitis etc.

Bromlecithin

Zastępuje preparaty żelaza
w niedokrwistości

3 razy dziennie po 2 pigułki.

próby i literatura darmo

Aktion Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
 NIESTRAWNOŚĆ
 NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
 ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
 ZAPALENIE OKRĘŻNICY
 LECZENIE GRUŻLICY
 LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
 I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
 każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
 w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGULKACH.
 KRZYWICA,
 PRÓCHNIENIE KOŚCI
 PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY
 GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
 NIEDOMOGA NERWOWA
 OKRES ZDROWIENIA
 I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
 kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
 przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się
 w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Z. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerne i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie}, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS
 PRÓBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

Gometol Magistra Klawe

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

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



Łagodnie działający środek czyszczący
 w postaci karmelków owocowych

Wskazany: w zaparciu stołca i towarzyszącym mu dolegliwościom.

Nieszkodliwy nawet przy długotrwałym stosowaniu.

Dawka: 1 — 2 karmelków — dzieciom połowa.

Literatura i próby dla p. lekarzy gratis i franco.

Dom Handlowy Preparatów farmaceutycznych Mayer - Alapin
 Frankfurt n. Menem

Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Nissenon, Warszawa, Orla 5

nich sfery, stojące na dwóch przeciwnych biegunach pod względem społeczno-ekonomicznym. Gdy w sanatoriach wysoko-górskich prywatnych leczą się przeważnie ludzie bogaci, którzy pozostają w nich przez czas dłuższy, *usque ad effectum*—w sanatorium TURBANA przeciętna liczba dni kuracyjnych = 222 — i po wyjściu urządzają się jaknajwygodniej, unikając wszelkich szkodliwych czynników, do sanatoriów ludowych przybywają robotnicy, którzy leczą się tylko 90 dni, a następnie wracają do starych złych warunków higienicznych i ekonomicznych, do zajęć ciężkich i trosk domowych.

Dlatego też statystyka hiobowa ENGELMANNA przeszła, jak meteor, bez żadnej szkody dla sanatoriów ludowych, których liczba ciągle wzrasta we wszystkich krajach cywilizowanych.

Co się tyczy naszych zamiejskich sanatoriów, to, jakkolwiek statystyki ściślej co do ich działalności przeciwgruźliczej dotychczas nie posiadamy, możemy jednak twierdzić z własnego doświadczenia, że wyniki leczenia w nich gruźlicy są zadawalające, a jeżeli nawet prawdą jest, że wyniki leczenia w sanatoriach wysoko-górskich są trwalsze, niż na równinie, to sanatoria zamiejskie krajowe nie tracą jednak swojego znaczenia w walce z gruźlicą, nie wszyscy bowiem chorzy mogą sobie pozwolić na dość kosztowny pobyt w Alpach lub Tatrach.

Zbytecznym jest chyba dodać, że nikt z lekarzy nie widzi w sanatorium jakiegoś środka *specyficznego* przeciw gruźlicy, sanatorium może tylko pomagać choremu organizmowi do przezwyciężenia choroby i w dodatku być niejako szkołą, w której chory nauczyłby się, jak się ma prowadzić w domu, aby powtórnie nie zachorować. W ten sposób sanatoria zamiejskie krajowe mają cel podwójny: po pierwsze, leczyć chorego na płuca, po drugie, pełnić funkcję wysoce kulturalną, a mianowicie, zapoznać chorego z najnowszymi zdobyczami higieny, nauczyć go wystrzegać się reinfekcji i zarażenia innych. Jeżeli zaś zakłady lecznicze tych obowiązków nie spełniają, to tracą bezwarunkowo rację bytu i zamiast ognisk dla walki z gruźlicą stają się poniekąd rozsądnikami jej, ponieważ

skupiają w sobie dużo chorych gruźliczych w różnych stadiach i dają możność powtórnego zarażenia się.

Jeżeli rzucimy okiem na nasze zamiejskie zakłady lecznicze dla chorych płucnych, to się przekonamy, że oprócz 3 — 4 sanatoriów, prowadzonych przez lekarzy, wszystkie inne — a jest ich kilkanaście, a może nawet i więcej w samym Otwocku — pozostają pod opieką laików: byłych kupców, kucharzy, kelnerów i t. p. Lekarz zagląda tam tylko podczas krwotoków.

Wprawdzie we wszystkich centrach leczniczych za granicą również egzystuje obok sanatoriów lekarskich mnóstwo zakładów prywatnych z tą tylko różnicą, że tam są pewne przepisy sanitarno-higieniczne, których każdy właściciel zakładu musi się ściśle trzymać, i że każdy zakład ma jednak stałego lekarza, który się opiekuje chorymi.

Publiczność nasza, nawet bardziej uświadomiona, wykazuje pod tym względem sporą dozę niekonsekwencji. Ci sami bowiem, którzy doskonale rozumieją, że zakład leczniczy dla chorych chirurgicznych, nerwowych, skórnych i t. p. niemożliwy jest bez lekarza specjalisty, udają się w razie potrzeby do zakładów leczniczych płucnych, które nie mają żadnej kontroli lekarskiej. Ten brak konsekwencji pochodzi ze źle pojmowanej przez ogół ftizoterapii. Pod tą ostatnią publiczność nasza pojmuje tylko „nadodżywianie”, to znaczy, że do leczenia gruźlicy potrzebny jest tylko dobry kucharz. Ale tak przecież nie jest. Czy w zakładach, prowadzonych bez opieki lekarskiej—stosownie byłoby nazwać je restauracjami—może być mowa o jakimś leczeniu indywidualnym tej zmiennej, stubarwnej gruźlicy? Czy możliwa jest czystość, w znaczeniu oczywiście medycznym, dezynfekcyja pokoi, plwocin etc.

Dla ilustracyi naszej restauracyjnej ftizoterapii wezmę typ chorego, który przyjeżdża do nas na poradę po kilkumiesięcznym pobycie w takim zakładzie. Sądzę, że prawie każdy z lekarzy warszawskich miał sposobność takiego obserwowania.

Dzień gorący, ciepłomierz pokazuje 18°R, na niebie nie widać ani chmurki.

Chory wchodzi do gabinetu z chustką na

szy; w przedpokoju zostawił kalosze i odzież wierzchnią. Przy rozbieraniu się widzimy kamizelkę watowaną, koszulkę ciepłą barchanową lub wełnianą, a pod nią dwie koszule płócienne. Chory jest okropnie spocony, prawie mokry, zadyszany. Powłoki ciała są bardzo wrażliwe i rozdrapane we wszystkich kierunkach. „Dla czego się pan tak ciepło ubiera letnią porą?” pytam się chorego.

Chory odpowiada naiwnie, że właściciel zakładu, który sam był kiedyś chory, każe ubierać się ciepło, aby się nie zaziębić. W Otwocku nie nosi wprawdzie kaloszy, kiedy sucho, do Warszawy zaś zabiera je w obawie przed deszczem.

Kąpieli chorego nie używa, okien w mieszkaniu nie otwiera, chyba lufcik na parę godzin dziennie, gdyż może się zaziębić i boi się złodziei, płwocinę wyrzuca do chustki i t. d.

Tak wygląda „higiena” i aëro-terapia w tych zakładach.

Oprócz zwykłych skarg na kaszel lub krwioplucie chorego taki często się skarży na odbijanie, zgagę i zawroty głowy. Przy badaniu obok innych zmian natrafiam na duży brzuch wzdęty.

— „Czem się Pan odżywia?” pytam chorego.

Z odpowiedzi widać, iż żywi się mlekiem przeważnie, wypija 3 — 4 kwart dziennie z masłem, nie ma skutkiem tego łaknienia, ale tak mu polecił właściciel zakładu, który w ten sposób się wyleczył.

Tak wygląda owo słynne „nadodżywianie”. Chorzy wypijają dziennie do czterech kwart mleka, zmieszanego z kawałkami masła, tracą apetyt do jedzenia i po kilku miesiącach

dostają wszelkich objawów nieżytu i rozszerzenia żołądka. Wynikiem takiej ftizoterapii jest, że brzuch chorego wprawdzie rośnie, wzdęty gazami, jak mitologiczny Aeolus — reklama dla zakładu — stan zaś ogólny chorego pogarsza się, aż nareszcie właściciel przekonywa chorego, że powietrze Otwockie jest dla niego za „ostre” i wyprawia go do domu z wyżej wymienionymi wiadomościami.

Nie ulega wątpliwości, że nie wszystkie zakłady są pod tym względem jednakowe, są chyba i wyjątki, ale faktem jest, że pod względem sanitarno-higienicznym większość ich jest niżej wszelkiej krytyki, i bardzo łatwo jest powtórnie zarazić się w nich gruźlicą, „nadodżywianie” zaś redukuje się do wprowadzania do ustroju chorego dużych ilości płynu.

Jak temu zaradzić?

Wiem doskonale, że nie posiadamy, niestety, żadnej siły wykonawczej, musimy jednak użyć wszelkich możliwych sposobów dla zwalczania tego anachronizmu, inaczej bowiem idea zamiejskich sanatoryjów dla chorych płucnych dużo na tem ucierpi, i miejscowości kuracyjne staną się chorobotwórczymi.

Apeluję do Towarzystwa przeciwgruźliczego i proponuję: *primo*, aby zobowiązało moralnie właścicieli zakładów do zaproszenia stałego lekarza, któryby się opiekował zakładem i chorymi; właścicielom zakładów zależy przecież jednak na opinii lekarzy i dlatego pod pewną presją zadość uczynią naszym słusznym wymaganiom; *secundo*, aby ogłosiło konkurs na broszurę popularną dla zaznajomienia szerszego ogółu z elementarnymi pojęciami walki przeciw gruźlicy. *Dr. G. Lewin.*

Wiadomości bieżące.

— Dnia 15 czerwca odbyło się zebranie ogólne Tow. opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, zamykające IX-letnią działalność tego towarzystwa. Towarzystwo to utrzymuje lecznicę w Drewnicy, świeżo przebudowaną, oraz przystąpiło w r. z. do budowy zakładu dla nerwowo-chorych w Karolinie. Pierwszy z tych zakładów może pomieścić 200 chorych.

Bilans Towarzystwa zamyka się sumą 159,161 rb. 69 kop.

Skład zarządu pozostał bez zmiany.

Uchwalono jedną salę nazwać imieniem s. p. d-ra Kornilowicza i jedno łóżko imieniem s. p. d-ra Bucelskiego w uczczeniu ich zasług dla Towarzystwa.

— Na odbytem dnia 16 posiedzeniu komisji redakcyjnej słownika lekarzy polskich

uchwalono zaprosić do współpracownictwa wszystkie towarzystwa lekarskie w kraju. Komisya zajęta jest w danej chwili kompletowaniem życiorysów zmarłych od r. 1884 lekarzy. Życiorysy kolegów żyjących napływają do naszej redakcyi, przypominamy, iż termin nadsyłania mija wkrótce. W życiorysach umieszczać należy imię i nazwisko, datę urodzenia, datę ukończenia studyów, spis prac, stanowisko lekarskie i społeczne. Konieczną jest rzeczą, aby życiorysy nadsyłali w s z y s c y l e k a r z e bez względu na to, czy biorą, czy nie udział w piśmiennictwie.

— Zjazd terapeutów, który ma się odbyć w Petersburgu w grudniu r. b., wybrał jako tematy: 1) Patogeneza i leczenie choroby Basedowa (razem z chirurgami), 2) rozpoznanie chorób trzustki, 3) rozpoznanie różniczkowe duru brzuszego i paratyfusów, 4) nerwice kiszki i 5) neurastenia. Adres prezesa: Petersburg, Nadieżdinskaja 10 prof. W. N. Sirotinin.

— T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e W a r s z a w s k i e podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1910/11 wakować będzie stypendyum w kwocie rub. 250 rocznie z legatu s. p. d-ra Ignacego Gołębiowskiego, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, Powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzezczone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów:

1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się;

2) metryki urodzenia;

3) świadectwa ubóstwa;

4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae).

Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Sekretarz Stały Tow. d-r med. *A. Sokołowski*.

— T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e W a r s z a w s k i e podaje do wiadomości, że na rok uniwersytecki 1910/11 wakować będzie kilka stypendyów imienia Konstantego Marcinkiewicza po rubli 300 każde, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, czyniących dobre postępy w naukach, z wyjątkiem studentów kursu pierwszego.

Pierwszeństwo do otrzymania stypendyów mają:

a) krewni nieżyjącego doktora Konstantego Marcinkiewicza;

b) urodzeni w powiecie Nowogródzkim gubernii Mińskiej;

c) urodzeni w innych powiatach gubernii Mińskiej;

d) urodzeni w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohyłowskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionymi guberniami pierwszeństwa.

Ubiegający się o stypendyum złożyć winni, przed 16-ym Września r. b. podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Niecała 7) i załączyć:

1) świadectwo władzy uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego; 2) metrykę urodzenia; 3) opis biegu życia; 4) wiarogodny dowód niezamożności.

Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają nadto akty stanu cywilnego, stwierdzające pokrewieństwo z nieżyjącym Konstantym Marcinkiewiczem.

Kandydaci, wybrani przez Towarzystwo Lekarskie, ulegają zatwierdzeniu przez władzę uniwersytecką.

Sekretarz Stały Tow. d-r med. *A. Sokołowski*.