

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 35.

Warszawa d. 27 sierpnia 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. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wartości klinicznej odczynu Wassermanna, podał d-r M Springer. — Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym (zejście śmiertelne), podali d-r B. Korybut-Daszkiewicz i d-r I. Smoleński — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 148. P. Schichhold. O leczeniu migdałków w t. zw. cierpieniach reumatycznych. — 149. H. Curschmann. O związku między cierpieniem migdałków i chorobami zakaźnymi. — 150. M. Bönniger. O połowicznym zastoju limfy w cierpieniach płuca lub opłucny. — 151. Grabower (Berlin) Przeciw bólowi przy połykaniu u suchotników. — *Choroby dzieci*. 152. T. Escherich. Wskazania i wyniki leczenia tuberkuliną gruźlicy dziecięcej — 153. Engel. O zachowywaniu się gruźlicy dziecięcej w stosunku do tuberkuliny. — *Choroby weneryczne i skóry*. 154. Stern. O wpływie na leukocyty niektórych środków, używanych w leczeniu syfilisu i o wartości leukocytozy w leczeniu syfilisu. *Choroby uszów*. 155. Heine B. Stan obecny chirurgii ucha. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO — BIBLIOGRAFIA. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

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

O wartości klinicznej odczynu Wassermanna.

Podał

D-r M. Springer.

Asystent oddziału.

WSTĘP.

Od czasu ogłoszenia odczynu WASSERMANNAGROMADZIŁA SIĘ kolosalna liczba prac,

traktujących ten przedmiot ze strony teoretycznej i praktycznej. Ale strona teoretyczna dotychczas jeszcze nie została rozwiązana, natomiast klinika potrafiła wyprowadzić dla siebie pewne wskazówki praktyczne, których rozpatrzeniem zajmę się w pracy niniejszej.

Omawiając wartość praktyczną odczynu WASSERMANNAGROZWIĘZĘ sobie oprócz wniosków na wynikach moich własnych badań jakoteż dostępnego mi piśmiennictwa.

Materyał do pracy mojej, wynoszący

ogółem 500 przypadków (do d. I/V 1910 roku), pochodzi z różnych oddziałów szpitala na Czystem, przeważnie z oddziałów d-rów BREGMANA, ELZENBERGA i FLATAUA, oraz z polikliniki d-rów BERNSTEINA i GOLDFLAMA.

Strony technicznej próby WASSERMANN w pracy niniejszej nie poruszę, zaznaczę tylko, że przy wykonywaniu jej trzymałem się sposobu, praktykowanego w instytucie PASTEURA ¹⁾.

Jako antygeny używałem stale wyciągu z serca świnki morskiej, przygotowanego podług LANDSTEINERA, a w 40 przypadkach przerobiłem równocześnie badania i z antygenem syfilitycznym (z wątroby płodu syfilitycznego ²⁾, przygotowanym z wyskokiem według sposobu, podanego przez FLEISCHMANNA ³⁾.

¹⁾ Bliższe zapoznanie się ze stroną techniczną odczynu Wassermanna zawdzięczam d-rowsi Stanisławowi Mutermilchowi.

²⁾ Płody syfilityczne otrzymałem z oddziału d-ra A. Natansona, któremu czuję się w obowiązku obecnie podziękować.

³⁾ Jak zobaczymy poniżej, wyniki moich badań, dokonanych z wyciągiem z serca świnki morskiej, naogół zgadzają się z wynikami większości innych autorów, którzy przy badaniach swych używali antygeny syfilitycznego. Wobec tego dziwnym wydaje mi się pogląd Serkowskiego, że „żaden wyciąg z normalnych narządów nie może zastąpić antygeny luetycznego“. Co więcej, na 40 przypadków, w których przerobiłem równocześnie badania z antygenem z serca świnki morskiej i syfilitycznym, tylko w dwu otrzymałem wyniki niejednakowe i to na korzyść antygeny pierwszego, mianowicie: w jednym przypadku owróżdzenia pierwotnego — w surowicy i w jednym przypadku bezwładu postępującego — w płynie mózgowordzeniowym otrzymałem wynik dodatni z antygenem z serca świnki morskiej, a z antygenem syfilitycznym — ujemny.

Czytelnika, bliżej interesującego się tą sprawą, odsyłam do pracy Stanisława Mutermilcha: „O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygeny nieswoistego“ (Medycyna i Kronika Lekarska, 1910 roku, Nr. 3 i Nr. 4).

CZEŚĆ I. ROZDZIAŁ I.

O zachowaniu się odczynu WASSERMANN w przypadkach niesyfilitycznych.

Odczyn WASSERMANN występuje w surowicy nie tylko w syfilisie, ale czasem i w innych cierpieniach, jako to: w framboezyi podzwrotnikowej (HOFFMANN i BLUMENTHAL, BRUCK), w chorobie snu (LANDSTEINER, MÜLLER i POETZL, LEVADITI i YAMANOUCI), w trądzie (WECHSELMANN i MEIER, EITNER, BRUCK i GESNER i wielu innych), w płonicy (HALBERSTAEDTER, MÜLLER i REICHE, SELIGMANN i KLOPSTOCK, BRUCK i COHN, HAENDEL i SCHULTZ i wielu innych), wreszcie nawet w braku syfilisu w ciężkich stanach charłactwa i na krótko przed śmiercią ⁴⁾ (NEISSER, BRUCK, JESIONEK i MEIROWSKY i wielu innych).

Ale fakty powyższe nie zmniejszają dla nas wartości rozpoznawczej omawianego odczynu, gdyż pierwsze dwa cierpienia (framboezya podzwrotnikowa i choroba snu), jako podzwrotnikowe, u nas rozpoznawczo w rachubę nie wchodzi, trąd, a nawet jego postać guzowata, w której względnie najczęściej występuje odczyn WASSERMANN, trudno wziąć za syfilis, wreszcie w płonicy odczyn ten wbrew pogładowi MUCHA i EICHELBERGA występuje niezmiernie rzadko, przeważnie w ciężkich postaciach, i wkrótce po chorobie znika (HAUCK, BRUCK i wielu innych). Pozostaje w końcu pamiętać, jakem to już raz zaznaczył, że pomimo braku syfilisu odczyn WASSERMANN może występować w ciężkich postaciach charłactwa i na krótko przed śmiercią.

⁴⁾ Bruck przypuszcza, że w tych razach jeszcze za życia powstają pewne zmiany w surowicy krwi, które tak często po śmierci dają wynik dodatni w przypadkach niesyfilitycznych.

Wyłączwszy zaś wyżej wspomniane cierpienia, stan charłactwa jakoteż agonie, na mocy obecnego stanu wiedzy serodyagnostycznej możemy z całą pewnością twierdzić, że w tych przypadkach, gdzie występuje odczyn WASSERMANN (rozumie się, przy dokładnem wykonaniu próby), mamy do czynienia z cierpieniem syfilitycznem ⁵⁾.

Osobiście zbadalem surowicę w 212 przypadkach rozmaitych cierpień (wewnętrznych, skórnych, wenerycznych i moczopłciowych, nerwowych i umysłowych i t. d.), nie mających tła syfilitycznego (w tej liczbie było i 6 przypadków płonicy), i surowicę czterech ludzi zupełnie zdrowych i na powyższą liczbę przypadków tylko jeden raz otrzymałem wynik dodatni; dotyczyło to chorej (z oddziału d-ra BREGMANNA) z dyagnozą *polyneuritis*. Chora ta miała ciężką moczówkę cukrową, na której tle prawdopodobnie rozwinęło się jej cierpienie nerwowe, ale w przypadku tym, jak świadczą wywiady, nie zupełnie da się wyłączyć syfilis.

A zatem badania moje (pomijam tu wyżej opisany przypadek, nie zupełnie pewny co do syfilisu) potwierdziły ogólne prawidło, mianowicie, że w przypadkach niesyfilitycznych odczyn WASSERMANN w surowicy nie występuje.

Płyn mózgowo-rdzeniowy w cierpieniach niesyfilitycznych, jak to wynika z licznych badań WAS-

SERMANN, PLAUTA tudzież moich własnych (42 przypadki), również stale reaguje ujemnie.

Wyjątek stanowi trąd, w którym odczyn WASSERMANN występuje nawet bardzo często (SLATINEANU i DANILOPOLU ⁶⁾).

ROZDZIAŁ II.

O zachowaniu się odczynu WASSERMANN w cierpieniach syfilitycznych bez powikłań ze strony układu nerwowego ośrodkowego.

Na 205 badanych przezemnie surowic w przypadkach cierpień powyższych otrzymałem wynik dodatni w 147, co stanowi 71,2%.

Wyniki te u innych badaczy przedstawiają się w następujący sposób: FLEISCHMANN 72%, wyników dodatnich, FISCHER i MEIER — 83%, BRUCK i STERN—54%, MALINOWSKI—84%, MUTERMILCH—86%, JAWORSKI i ŁAPIŃSKI—85%, JESIONEK i MEIROWSKY—44,9% i t. d.

Z powyższego wynika, że w syfilisie odczyn W—A występuje w surowicy nie zawsze, czyli, że brak odczynu W—A w surowicy nie wyłącza syfilisu. Przypatrując się następnie tym liczbom, widzimy, że różni badacze otrzymali rozmaite wyniki; różnice te, jak to zaraz zobaczymy, zależą od tego, jakie okresy cierpienia przeżywały w ich badaniach.

W poszczególnych okresach syfilisu odczyn W—A zachowuje się w następujący sposób:

a) Okres pierwotny. Na 29 przypadków tego okresu w 18 t. j. w 62% otrzymałem wynik dodatni.

⁵⁾ Niedawno znów Reinhardt i Hauck w braku danych na syfilis obserwowali wynik dodatni w dwu przypadkach wilka ostrego rumieniowego rozsianego (*lupus erythematodes acutus disseminatus*), przyczem Hauck zauważył, że odczyn ten znikł wraz z poprawą stanu chorego.

Osobiście zbadalem jeden przypadek omawianego cierpienia z wynikiem ujemnym. Ale gdyby nawet w istocie *lup. eryth. ac. diss.* należał do tych cierpień, w których występuje odczyn Wassermanna, to fakt ten, że względu na rzadkość omawianego cierpienia, w niczem nie zmniejszyłby wartości rozpoznawczej odczynu Wassermanna.

⁶⁾ Autorzy ci na 19 płynów mózgowo-rdzeniowych otrzymali 7 razy wynik mocno dodatni, 4 razy umiarkowany, 3 razy — słabo dodatni i tylko 5 razy ujemny.

Inni badacze w okresie tym otrzymali 48% (BRUCK i STERN) do 100% (FLEISCHMANN) wyników dodatnich.

Ta kolosalna różnica w wynikach rozmaitych autorów zależy od tego, jak prędko po utworzeniu się owrzodzenia dokonana została próba W—A (LAROCHE-YAMANOUCHI, MARIE-LEVADITI, BLUMENTHAL-ROSCHER i w. in.).

Badając w pewnych odstępach czasu surowicę chorych z owrzodzeniem pierwotnym, mogłem zauważyć, jak odczyn ten z ujemnego staje się słabo dodatni, zahamowanie hemolizy występuje coraz wyraźniej, wreszcie otrzymujemy wynik zupełnie dodatni.

Przeciętnie odczyn ten występuje w sześć tygodni po zarażeniu się (FISCHER, BLUMENTHAL-ROSCHER, BRUCK).

Co prawda, niektórzy badacze (NEISSER, BRUCK i STERN, FRITZ LESSER) obserwowali kilka razy wynik dodatni jeszcze przed utworzeniem się owrzodzenia, ale przypadki te warunkowo należą do wyjątków.

b) Okres wczesny jawny.

Na 80 przypadków tego okresu w 76 t. j. w 95% otrzymałem wynik dodatni.

U innych badaczy odsetka ta waha się między 80%—100%.

Pozwolę sobie tu tylko przytoczyć wyniki badań niektórych autorów polskich:

MUTERMILCH	(27 przyp.)	93%	wynik. dodat
WOJCIECHOWSKI	(34 przyp.)	82,5%	„ „
FEUERSTEIN	(69 przyp.)	91,3%	„ „
MALINOWSKI	(52 przyp.)	86,5%	„ „

Jak widzimy, w okresie tym odczyn W—A występuje bardzo często; co więcej, w niektórych przypadkach, które reagują ujemnie, udaje się nieraz przy powtórnym badaniu otrzymać odczyn dodatni (BRUHNS-HALBERSTAEDTER, BRUCK, SPRINGER), a jednak pozostaje pewna odsetka przypadków, reagująca ujemnie,

Od czego to zależy, trudno odpowiedzieć. Prawdopodobnie, jak to zresztą ma miejsce we wszystkich sprawach biologicznych, odgrywa tu dużą rolę indywidualność: wiemy przecież, że nie wszyscy chorzy na tyfus wytwarzają agglutyniny, niezbędne dla otrzymania próby WIDALA, wiemy również, że niektóre konie nie zdolne są do wytworzenia antytoksyn błoniczych i t. d.

c) Okres wczesny utajony.

Ze względu na to, że w większości przypadków już w 3-im roku po zarażeniu się występują późne objawy syfilisu (MARSCHALCO, LION i PERLS), zgodnie z BRUCKEM do okresu wczesnego utajonego zaliczam te przypadki bez objawów, w których od początku zarażenia się minęło nie więcej nad dwa lata.

Przypadków takich zbadałem 20, — 10 z nich, t. j. 50%, dały mi wynik dodatni.

Inni badacze otrzymali w okresie tym wyniki następujące:

BLASCHKO - CITRON	80%	wyników dodatnich
BLUMENTHAL-ROSCHER	48%	„ „
FLEISCHMANN	64%	„ „
BRUCK - STERN	33%	„ „
LEDERMANN	75,6%	„ „ i t. d.

Ta kolosalna różnica w wynikach badań rozmaitych autorów zależy najprawdopodobniej od dwu przyczyn: 1) od uprzednio mniej lub więcej energicznie stosowanego leczenia; im energiczniej bywa ono prowadzone, tem rzadziej w okresie utajonym występuje odczyn WASSERMANN (patrz rozdział IV) i 2) od tego, że nie wszyscy trzymają się jednakoowego poglądu na okres wczesny, zaliczając do niego i te przypadki, w których od początku zarażenia się minęło 3 (BRUHNS - HALBERSTAEDTER) do 5 lat (LEDERMANN).

d) Okres późny jawny.

W okresie tym odczyn WASSERMANN występuje nieco rzadziej, niż we wczesnym

jawnym, przeciętnie w 70% — 80% (BRUCK). Na 28 tego rodzaju przypadków w 24, t. j. w 85,7%, otrzymałem wynik dodatni.

Z tych czterech przypadków, w których surowica reagowała ujemnie, jeden dotyczył złośliwej postaci syfilisu (przypadek ten i w okresie wczesnym jawnym również dał mi wynik ujemny), w drugim przypadku było cierpienie jądra (*sarcocoele luetica*), wreszcie pozostałe dwa dotyczyły spraw kostnych, w których to cierpieniach odczyn WASSERMANN występuje wogóle bardzo rzadko (BLASCHKO, WASSERMANN i wielu innych).

e) Okres utajony późny.

Na 42 przypadki tego okresu w 14 t. j. w 33,3% otrzymałem wynik dodatni.

U innych badaczy w okresie tym znajdujemy wyniki następujące:

BLASCHKO - CITRON	57%	wynik. dodatnich
BLUMENTHAL-ROSCHER	40%	" "
LESSER	46%	" "
FLEISCHMANN	42%	" "
BRUCK - STERN	30,8%	" "
BRUHNS-HALBERSTÄDTER	28%	" "
	i t. d.	

Różnica w wynikach badań w okresie tym (57% — 28%) prawdopodobnie zależy od dwu przyczyn: 1) od jakości leczenia, uprzednio w poszczególnych przypadkach stosowanego (patrz rozdział IV) i 2) od rozciągłości pojęcia o późnym okresie utajonego syfilisu, gdyż do okresu tego zaliczamy nie tylko te przypadki, w których od zarażenia się minęło lat kilka, ale wogóle wszystkie przypadki bez objawów, w których kiedykolwiek miało miejsce zarażenie.

Nie ulega wątpliwości, że duża liczba osobników, o których mówimy, że syfilis ich znajduje się w okresie późnym utajonym, są to ludzie zupełnie zdrowi, i przeto surowica ich reaguje ujemnie.

Rozpatrzmy wreszcie, jak zachowuje się odczyn WASSERMANN w dziedzicznym syfilisie. Na 6 przypadków powyższego cierpienia w 5-ciu otrzymałem wynik dodatni. Dotyczyło to osobników w wielu lat 5 — 10 z wyraźnymi objawami syfilisu. Odczyn ten występuje również niemal stale u noworodków, przychodzących na świat z objawami syfilisu, tudzież u ssawców, obarczonych tymi objawami (HALBERSTÄDTER, MÜLLER i REICHE, THOMSON - BOAS, BAUER i wielu innych).

Poza ogólną wartością, jaką posiada odczyn WASSERMANN (patrz część II), w stosunku do dziedzicznego syfilisu odegrał on jeszcze szczególną rolę, dając możność rozwiązania dwu ważnych kwestyi, dotyczących się dziedziczenia syfilisu.

Mówię tu o prawach BEAUMÈS-COLLESA i PROFETY. Jak wiemy, według prawa BEAUMÈS-COLLESA, matki mogą wydać na świat dzieci syfilityczne (z ojca syfilityka), pozostając pozornie zdrowe i zyskując jednocześnie odporność przeciwko zarazkowi syfilitycznemu.

W istocie, spora liczba tych matek nie wykazuje żadnych objawów tego cierpienia: tak, KASSOWITZ u 36% matek dzieci syfilitycznych nie znalazł żadnych objawów syfilisu, FOURNIER u 38%, a HOCHSINGER nawet u 73%.

Ale nie należy zapominać, że brak objawów syfilisu nie wyłącza jeszcze tego cierpienia.

I otóż badania na odczyn WASSERMANN wykazały, że surowica matek dzieci syfilitycznych niemal stale (88% — 100%) reaguje dodatnio (BAUER, ENGELMANN, RIETSCHEL, THOMSEN-BOAS, BAISCH, BERGMANN).

Ponieważ wynik dodatni próby WASSERMANN dowodzi obecności syfilisu, z badań tych wynika, że matki dzieci syfilitycznych są tylko pozornie zdrowe, w istocie zaś mają również syfilis (w stanie utajonym).

jonym) i wskutek tego są względem niego odporne⁷⁾.

Z powyższego wynika, że matki dzieci syfilitycznych, chociażby z adnych objawów syfilisu nie miały, należy leczyć swoiście⁸⁾. (BERGMANN).

Zachodzi pytanie, czy prawo BEAUMÈS-COLLESA zna wyjątki, innymi słowy, czy możliwe jest, aby matka wydała na świat dziecko syfilityczne, pozostając wrzeczywiście i zupełnie zdrową, a zatem nieodporną względem syfilisu? Na pytanie to BERGMANN, BERING, BARSCH i w. in. odpowiadają przecząco.

Zdaniem jednak NEISSERA i BRUCKA, możliwość dziedziczenia syfilisu tylko od ojca również na mocy badań serologicznych nie jest wyłączona: wiemy przecież, że nie wszystkie surowice matek dzieci syfilitycznych dają odczyn dodatni próby WASSERMANNĄ.

Rozpatrzmy teraz prawo PROFETY z punktu widzenia odczynu WASSERMANNĄ: według prawa tego od rodziców syfilityków mogą urodzić się zdrowe dzieci, które przez pewien czas zachowują odporność względem zarazka syfilitycznego. Tymczasem badania serologiczne wykazały, że większa część tych dzieci jest tylko pozornie zdrowa, gdyż surowica ich reaguje dodatnio, czyli że mają one syfilis (w okresie utajonym) i przeto są

⁷⁾ Za poglądem tym przemawiają również badania bakteryologiczne, dokonane przez Baischa oraz Buschkego. Pierwszy z nich u matek dzieci syfilitycznych otrzymał tylko w 88% wynik dodatni, natomiast we wszystkich przypadkach, czyli że i w tych, w których surowice reagowały ujemnie, znalazł on krętki blade w macierzystej części łożyska i w przestrzeni międzykosmkowej, t. j. w krwiobiegu matki. Buschkemu znów udało się wykryć krętki blade w gruczołach chłonnych pozornie zupełnie zdrowej matki, która urodziła dziecko, obciążone dziedzicznym syfilisem.

⁸⁾ Wniosek taki jeszcze przed odkryciem odczynu Wassermanna postawił Matzenauer.

odporne względem niego. Te zaś nieliczne przypadki, w których surowica reaguje ujemnie, możemy sobie objaśnić albo tem, że pomimo syfilisu odczyn W—A u nich nie występuje, lub też tem, że many do czynienia ze zdrowymi dziećmi, a zatem, jak doświadczenie wykazało, nieodpornymi względem zarazka syfilitycznego.

Na mocy badań powyższych zupełnie upada prawo Profety:

matki syfilityczki mogą wydać na świat albo dzieci syfilityczne, albo zdrowe, ale nie zdrowe i odporne względem syfilisu! (BERGMANN, BERING, BAUER, BRUCK i w. in.).

Jakiż z tego wniosek praktyczny?

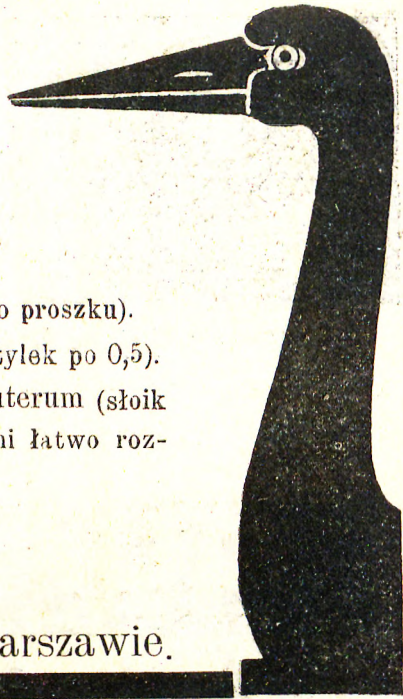
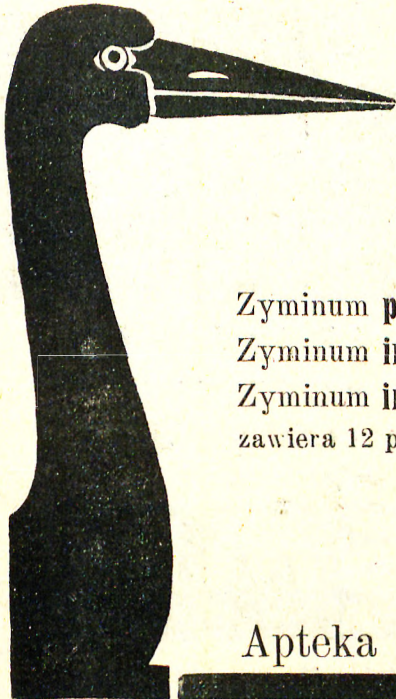
Otóż dzieci rodziców syfilitycznych, które na świat przyszły bez objawów, powinniśmy obowiązkowo poddawać badaniu serologicznemu i w razie wyniku dodatniego — natychmiast zastosować leczenie swoiste. Gdyby początkowo próba wypadła ujemnie, powinniśmy ją powtarzać kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu (NEISSER i SIEBERT).

Dotychczas mówiliśmy o zachowaniu się odczynu W—A w cierpieniach syfilitycznych bez powikłań ze strony układu nerwowego w stosunku do surowicy; plyn mózgowo-rdzeniowy w powyższych cierpieniach syfilitycznych, jak to wynika z badań PLAUTA, LEVADITIEGO, RAVAUT i YAMANOUCHI, STERTZA tudzież moich własnych (3 przypadki), stale reaguje ujemnie.

ROZDZIAŁ III.

O zachowaniu się odczynu W—A w cierpieniach syfilitycznych i parasyfilitycznych układu nerwowego.

W stosunku do omawianego odczynu cierpienia układu nerwowego dadzą się rozdzielić na trzy grupy:



Z Y M I N A

(Drożdże piwne suche)
pod postacją:

Zyminum **pulv.** (puszka zawiera 100 grm. suchego proszku).
Zyminum **in tablett.** (słoik zawiera 100 sztuk pastylek po 0,5).
Zyminum **in bacill.:** vaginales, uretrales, ad uterum (słoik zawiera 12 pałeczek z Zyminy zarobionej środkami łatwo rozpuszczalnymi).

przeciwno **Fluor albus**

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

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

Eumictine

WSKAZANIA:

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

Środek przeciwrzęzączkowy pierwszorzędny, dzięki Santalolowi (pierwiastek działający essencyi Santalowej), **środek moczopędny, bói końący rozpuszczający kwas moczowy etc.** dzięki Hexamethylen — tetraminie, posiadającej swoiste działanie.

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

Teza doktorska (Paryż 1907): „*Traitement de la Blennorragie, l'Eumictien*”
D-r Jean Cremier, ancien interne de Saint Lazare.

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

Dawka: 8 do 12 kapsulek podczas jedzenia.



Próby i Literaturg: **PHARMACIE LANCOSME, 71, Avenue d'Antin, Paris (8e)**
DETALICZNIE WE WSZYSTKICH APTEKACH.

PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach

flakon 60 past.



GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.
ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.

Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italska 14.

OUATAPLASME

D-ra E. LANGLEBERTA

Zalecony we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji
NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY
STERYLIZOWANY PRZY 130°

Wykonywa się w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

Chorób skórnych: OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH. (Wyprysk, wysypki)

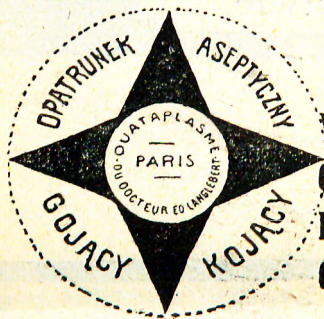
Wąglik, Ropień, Ropowica, Zapalenie żył, Roża.

Różnorodnych spraw ropnych:

OPARZENIA · ZWICHNIĘCIA · STŁUCZENIA

Chorób oczu: Zapalenie łącznicy i rogówki

Główna Agentura G. POMMIER — Petersburg — Italska 14.



D-ra Franciszka Vesely'ego.

SZARATICA

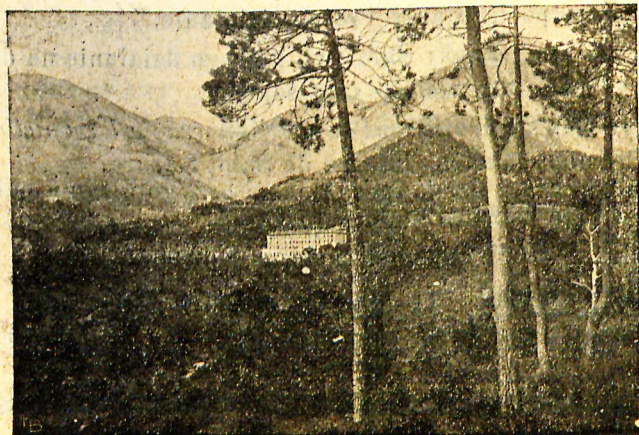
Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warszawa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

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



Prospekty dostarcza Administracja Gorbio pod Mentoną

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

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

- 1) cierpienia, nie mające tła syfilitycznego;
- 2) syfilis mózgu, rdzenia, względnie syfilis mózgowo-rdzeniowy i
- 3) cierpienia parasyfilityczne: wiad rdzenia i bezwład postępujący.

O pierwszej grupie już raz mówiłem (patrz rozdział I). Jeszcze raz przypomnę, że cierpienia układu nerwowego, niemające tła syfilitycznego, zachowują się pod względem odczynu WASSERMANNĄ zupełnie tak samo, jak inne cierpienia niesyfilityczne (patrz rozdział I): zarówno w surowicy, jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym próba ta daje stale wynik ujemny (PLAUT, JARKOWSKI i RAJCHMANN i wielu innych).

Własne moje badania obejmują 100 przypadków tego rodzaju cierpienia; w 57 z nich zbadałem tylko surowicę, w 19 — tylko płyn mózgowo-rdzeniowy, a w 24 przypadkach — obydwa płyny, czyli w sumie zbadałem 81 surowicę i 43 płyny mózgowo-rdzeniowe, i tylko w jednym przypadku otrzymałem w surowicy wynik dodatni.

Przypadek ten omówiłem już w rozdziale I-y m. 9).

Syfilis mózgu, rdzenia, względnie syfilis mózgowo-rdzeniowy.

Na 21 przypadków syfilitycznych cier-

pień mózgu w 9 zbadałem surowicę i płyn mózgowo-rdzeniowy, przyczem otrzymałem wyniki następujące:

w 4 przypadkach obydwa te płyny (surowica i płyn mózgowo-rdzeniowy) reagowały dodatnio), w dwóch — ujemnie, w innych dwu przypadkach surowica reagowała dodatnio a płyn mózgowo-rdzeniowy ujemnie, wreszcie w jednym przypadku surowica reagowała ujemnie, a płyn mózgowo-rdzeniowy — dodatnio.

W 7 przypadkach zbadałem tylko surowicę z wynikiem ujemnym, wreszcie w pięciu zbadałem tylko płyn mózgowo-rdzeniowy, przyczem 4 razy otrzymałem wynik ujemny, jeden raz — dodatni. Na ogół zatem na 16 surowic 6 reagowało dodatnio, 10 ujemnie, a z 14 płynów mózgowo-rdzeniowych 6 dodatnio, 8 ujemnie.

Wobec wyników powyższych trudno mi się zgodzić z poglądem PLAUTA ¹⁰⁾, że w syfilisie mózgu surowica niemal stale reaguje dodatnio a płyn mózgowo-rdzeniowy — tylko wyjątkowo.

Z badań moich wynika, że w syfilisie mózgu odczyn WASSERMANNĄ występuje w surowicy względnie rzadko (37 $\frac{1}{2}$ %) i że nawet nieco częściej niż w surowicy, występuje on w płynie mózgowo-rdzeniowym (42,8%). (D. c. n.).

9) Opierając się na wynikach badań Mucha i Eichelberga, którzy w kilkunastu przypadkach nerwowych, rzekomo nie mających tła syfilitycznego, otrzymali wynik dodatni, Nonne pierwotnie utrzymywał, że odczyn Wassermanna może występować w surowicy tudzież w płynie mózgowo-rdzeniowym u osobników niesyfilitycznych, ale dalsze badania, jak to sam zaznacza w pracy, wydanej z Holcmanem, przekonały go, że odczyn ten bez syfilisu nigdy nie występuje: w większości wyżej wspomnianych przypadków z wynikiem dodatnim późniejsza obserwacja wykazała tło syfilityczne.

10) Autor ten na 20 przypadków syfilisu mózgu otrzymał 19 razy wynik dodatni w surowicy i tylko 3 razy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Z oddziału D-ra B. Korybuta — Daszkiewicza w
Warsz. Domu Podrzutków ks. Baudouina.

Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym (zejście śmiertelne).

podali

D-r B. Korybut — Daszkiewicz.

ordynator oddziału

i

D-r I. Smoleński.

asystent oddziału

Odezytane w Tow. Lekarskiem Warszawskiem.

W d. 4/IV 1907 roku zachorowała na tak zwanej sali garnuszkowej ¹⁾ naszego oddziału dziewczynka I. D., 14 miesięcy mająca. Przy badaniu znaleziono: odżywianie dziecka bardzo dobre; nieznaczne objawy krzywicy (paciorki na żebrach) i nieco powiększone gruczoły limfatyczne (tylne szyjowe, podpałchowe i pachwinowe).

Na piersiach, plecach, skórze brzucha i kończyn, częściowo na twarzy wysypka o charakterze płonicy. Gardło zaczerwienione, migdały powiększone. W płucach trochę suchych rzeżeń. Brzuch nieco wzdęty; stolce dobre. Ciepłota rano i wieczorem 37,0°; o 2-iej popołudniu 36,8°C. Stan ogólny doskonały. Język nieco obłożony, bez charakterystycznych objawów (język malinowy).

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że dziecko przechodziło już w lutym tegoż roku ospę wietrzną o bardzo łagodnym przebiegu i bez żadnych powikłań ²⁾.

5/IV 907 r. Wysypka prawie niedostrzegalna; migdały i gardło jeszcze zaczerwienione. W płucach zmiany te same. Ciep-

łota ciała rano i wieczorem — niżej 37 C przy doskonałym stanie ogólnym dziecka

6/IV, 7 IV, 8-IV — Przy stanie zupełnie bezgorączkowym (niżej 37°C w pachwinie) zapalenie gardła stopniowo się zmniejsza; wyraźnego łuszczenia naskórka nie zauważono.

9/IV Przy normalnej ciepłocie ciała i jeszcze w nieznacznym stopniu dającym się spostrzedz zaczerwienieniu gardła zjawilo się ropienie z prawego ucha (NB. kol. Włodzimierz HERTZ stwierdził przedziurawienie błony bębenkowej na skutek zapalenia średniego ucha).

Od 9 — 17/IV 907 roku stan ogólny doskonały mimo trwającego nieznacznego wpływu z prawego ucha. Łuszczenie naskórka gdzieniegdzie i w bardzo nieznacznym stopniu.

17/IV Wydzielina z ucha bardzo mała. Stolce płynne, kilka razy na dzień; mocza wydziela się razem ze stolcem w ilości na pozór zmniejszonej. Obrzęki na twarzy widoczne ³⁾.

18/IV 907 r. Badanie moczu wykrywa: odczyn kwaśny, białka dużo (próba HELLERA), pod drobnowidzem: ciałka czerwone, wałki szklistawe i ziarniste dość obfite. Obrzęki na twarzy, w dolnej części krzyża i nad stopkami. Wpływ z ucha prawie nie istnieje. Stan bezgorączkowy.

19/IV 907 r. Obrzęki coraz większe. Ze strony serca i tętna zmian widocznych niema. Stolce płynne, częste (Inf. Sennae comp.).

20/IV Obrzęki większe; w moczu zmiany te same. Łuszczenie naskórka w y r a ż n e nad obydwojma stawami kostkowymi.

¹⁾ Na sali tej umieszczane bywają dzieci, mające od 1 do 5 lat życia.

²⁾ Ospę wietrzną przechodziło dziecko również w Domu podrzutków i było pod stałą obserwacją lekarską.

³⁾ Przez cały czas choroby dziecko przebywało w pokoju izolacyjnym i było na diecie płynnej przeważnie (mleko, kaszki, kleiki i trochę bulki). Kapane było zaledwie 3 razy do czasu nastąpienia objawów ze strony nerek.

Tętno wybitnie zwolnione (60—70 uderzeń na minutę). Ilościowo mocz określić się nie daje; widoczne jest jednak zmniejszenie jego dobowej ilości. W zaleconym kocu dziecko się spociło wyraźnie, mimo to jednak w d. 21/IV 907 r. obrzęki się znaczenie jeszcze zwiększyły i uogólniły, i wystąpiły wyraźne objawy mocznicy (zwolnienie tętna, drgawki), przy których w d. 22/IV 907 o godzinie 6-ej wieczorem dziecko zmarło.

Badanie pośmiertne wykryło, co następuje: Warstwa tłuszczowa podskórna dość znaczna; grasica dość duża, na przekroju bez zmian; w jamach opłucnowych bardzo nieznaczna ilość przezroczystego płynu żółtawego koloru. Błona śluzowa oskrzeli nieco zgrubiała, zaczerwioniona i pokryta śluzem; przy ucisku z przekroju płuc przez przecięte oskrzela wydziela się w małej ilości płyn śluzo-ropny.

Serce normalnej wielkości, zastawki lewej komory zaczerwienione i nieco zgrubiałe. Wątroba trochę powiększona, rozrywa się łatwo; śledziona tak samo; — na błonie śluzowej żołądka i kiszki wyraźniejszych zmian niema.

Nerki znacznie powiększone; otoczka (*capsula renum*) zdejmuje się łatwo; warstwa korowa zgrubiała, warstwa rdzeniowa ciemno czerwona; granice między jedną i drugą niewyraźne.

Badanie drobnowidzowe dokonane nie było.

Zastanawiając się nad opisywanym przez nas przypadkiem, przychodzimy do wniosku, że mieliśmy do czynienia z płonicą o niezmiernie łagodnym napozór początkowym przebiegu, gdzie najwyższa ciepłota i to w ciągu jednego dnia tylko sięgała 37°C; mimo to jednak powikła nie ze strony nerek z jego następstwami doprowadziło do zejścia śmiertelnego.

Przeglądając odnośnie piśmiennictwo, znajdujemy nieliczne zresztą wzmianki o możliwości istnienia przypadków płonicy o przebiegu bezgorączkowym, wspomina o tem w swoim podręczniku FILATOW, podkreślając jednakże i to, że niektórzy autorowie nie przyznają możliwości istnienia przypadków podobnych.

Wspominają mimochodem o takich przypadkach: BENDIX, NOBÉCOURT, HEUBNER i inni, a w naszym piśmiennictwie PAWIŃSKI, który już w 1888-ym roku opisał w Gazecie Lekarskiej tego rodzaju przypadek, którego zresztą, na co słuszną uwagę zwraca, BIEGAŃSKI, nie można uważać za przypadek, bez gorączki przebiegający, gdyż ciepłota ciała dochodziła jednak do 38,0°C; tenże BIEGAŃSKI w swoich wykładach o chorobach zakaźnych ostrych twierdzi, że: „dokładne mierzenia ciepłoty ciała przekonywają, że mamy w tych razach najczęściej do czynienia z gorączką minimalną”.

MOIZARD w zbiorowym podręczniku (GRANCHER, COMBY i MARFAN) poświęca sprawie, interesującej nas, znacznie więcej miejsca i twierdzi, że pierwszeństwo w sprawie zwrócenia uwagi na możliwość istnienia płonicy bez gorączki należy się BARTHEZ i RILLET, którzy obserwowali cztery podobne przypadki; pisał o tem również i BARTELS i FIESSINGER (Gazette médicale de Paris 1893), który obserwował 11 podobnych przypadków.

D-r COUATARMANACH w swej rozprawie na stopień doktora medycyny (thèse de Paris 1893) wylicza 12 przypadków podobnych.

Natomiast — Cadet de GASSICOURT twierdzi, że brak gorączki wyłącza zupełnie rozpoznanie płonicy i każe myśleć w takich przypadkach o wysypkach podobnych do płonicy (*érythèmes scarlatiniformes*). MOIZARD, o którym wspominaliśmy wyżej, w dziele pod nazwą: „*Scarlatine apyrétique*” zastanawia się

głębiej nad tą sprawą i uważa ją za niesłychanie ważną nietylko ze względów praktycznych, ale i czysto teoretycznych, tembardziej, że, jak twierdzi: *l'apyrexie dans la scarlatine est tellement en contradiction avec les idées reçues*".

Wracając jednak do naszego przypadku, zaznaczyć musimy, że różni się on znacznie od opisywanych przez innych autorów, a mianowicie tem, że zakończył się nieomyślnie na skutek powikłania ze strony nerek, czego w innych znanych nam z piśmiennictwa przypadkach nie było, co oczywiście niejako w smutny sposób potwierdza nasze rozpoznanie, mówiąc nawiasem, niesłychanie trudne, tembardziej, że, jak wiadomo, istnieje cały szereg przypadków tylko podobnych do płonicy (*erythema scarlatiniforme*), nad którymi oczywiście na tem miejscu bliżej zastanawiać się nie będziemy. Czy jednak niektóre z nich, a szczególnie te, w których zostało wyłączone rozpoznanie płonicy, na podstawie braku objawów gorączkowych, — nie były, nie są — płonicą z przebiegiem bezgorączkowym?

Sądźmy, że, gdy chodzi o rozstrzygnięcie tak poważnego pod względem praktycznym zagadnienia, czy dany przypadek jest płonicą, czy też nie, nie zawadzi nader wielka ostrożność, tembardziej, że obserwowany przez nas przypadek bezwzględnie przekonywa o możliwości istnienia płonicy bez gorączki, a nie zapominajmy o tem, że zakończył się on nieomyślnie. Obecność zajęcia gardzieli przy wysypce, zbliżonej z wyglądu do płoniczej,

powinna nakazywać nam wielką ostrożność w rozpoznaniu, choćbyśmy nawet nie mieli objawów gorączkowych.

Jeśliśmy w tej chwili pozwolili sobie zająć uwagę Szanownych Kolegów interesującą nas sprawą, sądzimy, że jednak ma ona znaczenie głębsze i poważniejsze, tembardziej, że, jak mniemamy — przypadki płonicy o przebiegu bezgorączkowym zdarzają się nie tak nadzwyczajnie rzadko, rozpoznanie jednak może być fałszywie postawione, o ile uważamy obecność gorączki dla rozpoznania płonicy za „*conditio sine qua non*”.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Wykłady o chorobach ostrych zakaźnych Filatow (1895).
- 2) *Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants* — E. Barthez et A. Sanné,
- 3) *Précis de Médecine infantile* par Nobécourt.
- 4) *Vorlesungen ueber Kinderkrankheiten* 1897 prof. D-r Henoch.
- 5) *Podręcznik Patologii i Terapii szczególnej* H. Eichhorsta 1888.
- 6) *Podręcznik chorób dzieci* (tłom. rosyjskie) Heubnera.
- 7) *Podręcznik chorób dzieci* (tłom. rosyjskie) Bendixa.
- 8) *Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych* Wł. Biegański.
- 9) *Szkarlatyna przebiegająca bez gorączki*. Pawiński (*Gazeta Lek.* 1888).
- 10) *Traité des Maladies de l'Enfance* de Grancher, Comby et Marfan — „*Scarlatine*“ D-r Moizard.
- 11) *Gazette Médicale de Paris* 1893. Fiessinger.
- 12) *Thèse de Paris* 1893. D-r Couatarmanach.

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

Medycyna wewnętrzna.

148. P. Schichhold. O leczeniu migdałków w t. zw. cierpieniach reumatycznych.

Aczkolwiek już dawniej wskazywano na związek, zachodzący między cierpieniem migdałków i reumatyzmem, to jednak dopiero GÜRICH w 1904 i 1905 r. wypowiada stanowcze twierdzenie, że zapalenie migdałków nie jest pierwszym objawem reumatyzmu, lecz że ropne zarazki, znajdujące się często wraz z ropą w zagłębieniach migdałków, w zapaleniu ich przedostają się do krwiobiegu, powodując objawy reumatyzmu. Autor sądzi, że w cierpieniach gośćcowych, zwłaszcza o częstych nawrotach, należy myśleć o zbiornikach ropy w kieszonkach migdałków. Zwykle oglądanie migdałków nie wystarcza w takich razach, gdyż migdałki mogą być pozornie niezmienione. Dostyc natomiast odciągnąć haczykiem łuk przedni, by nieraz zauważyć, jak z mieszków poczyną wypływać ropiasta wydzielina. Jeszcze lepsze wyniki daje pod tym względem sondowanie mieszków zagiętą rówkową sondą, po której wtedy spływa ropa. Chorzy częstokroć nie chorowali uprzednio na zapalenie migdałków. Niekiedy powodem nawrotów gośćcowych mogą być: ropienie jam obocznych nosa i zębów.

Leczenie powinno polegać na rozcinaniu mieszków i zdejmowaniu t. zw. konchotomem zwisających wtedy części migdałka, ażeby nie doprowadzić do zrośnięcia się przeciętych brzegów. Szczególniej nie należy zapominać o usunięciu górnej części migdałka. Tonsillotomia jest, zdaniem autora, niewystarczająca, wycięcie zaś migdałka całego nieodpowiednie ze względu na możliwe znaczenie pod względem fizyologicznym i ze względu na znaczny przy tem zabieg. Krwawienia są przy omawianym sposobie leczenia rzadkie, w razie czego można się uciec do uciskadła MIKULICZ—STOERKA. Usuwa się migdałek nie odrazu, lecz z przerwą kilkodniową (tydzień).

Dalsze leczenie polega na lodowych okładach i płukaniu wodą utlenioną.

Prawie bezpośrednio potem bóle w stawach ustępują, by po 2—3 dniach powróciły, co GÜRICH nazywa odczynem. Podobnie zachowuje się ciepłota, która po krótkim nawrocie spada ostatecznie. Później już nawroty się nie powtarzają. Zabieg ma poza tem dobrze wpływać i na świeże cierpienia wsierdzia i mięśnia sercowego.

Salicylatów autor nie używa wcale. Ze sposobu swego leczenia jest tak zadowolony, że poleca stosowanie go w każdym przypadku gościa, nawet, o ile mamy do czynienia z pierwszym atakiem.

Niekiedy dokładne usunięcie migdałków dobre daje wyniki i w innych cierpieniach, np. w przypadkach zapalenia nerek.

(Minch. med. Woch., 1910 № 6).

149. H. Curschmann. O związku między cierpieniem migdałków i chorobami zakaźnymi.

Zdaniem autora, w wielu przypadkach t. zw. zakażeń ukrytych (*septicaemia kryptogenetica*) przyczyna tkwi w migdałkach, jak się sam niejednokrotnie już na sekcji przekonał. Szczególnie ścisły związek istnieje między zapaleniem migdałków i pewnymi postaciami zapaleń nerek. Tyczy się to zarówno ostrych, jak i przewlekłych cierpień migdałków. To też badanie migdałków takie, jak je poleca GÜRICH i SCHICHHOLD, zasługuje ze wszelkich miar na uwagę. W powstawaniu tych zapaleń nerek główną rolę, według autora, odgrywają toksyny, rzadko zaś tylko same zarazki się do nerek przedostają. Podobnież związek omawiany można stwierdzić w przypadkach ostrego gościa stawowego recydującego z zajęciem wsierdzia a także i w zwykłych (aczkolwiek nie we wszystkich przypadkach) postaciach *polyarthritidis rheumaticae*.

Jedynie racjonalnem w tych razach leczeniem jest usunięcie migdałków, które nie-

jednokrotnie ma wybitny wpływ na przebieg cierpienia nerek lub stawów.

(Münch. med. Woch., 1910 № 6).

150. M. Bönniger. O połowicznym zastój limfy w cierpieniach płuca lub opłucny.

Autor zwraca uwagę na objaw, często lecz nie zawsze spostrzegany w cierpieniach płuca lub opłucny, a mianowicie na pewne zwiększenie napięcia tkanek (mięśni, skóry i tkanki łącznej) po stronie chorej. Nie jest to, zdaniem jego, obrzęk, jak również i nie ma tu miejsca skurcz mięśni, jak tego chce POTTENGER, — ma to natomiast być zastój limfy, wywołany zmianami w opłucnie. Powyżej wspomniane zmiany dają się zauważyć nie tylko na klatce piersiowej, a więc w częściach, bezpośrednio przylegających do organów chorych, lecz i w bardziej oddalonych okolicach, jak w pośladkach, naprzykład, co, według autora, tłumaczy się ścisłym związkiem, zachodzącym między poszczególnymi częściami układu chłonnego. Choroba płuc sama przez się nie daje powyższego objawu, dopiero zajęcie opłucny żebrowej powoduje opisany zastój. Początkowe okresy gruźlicy płuc, którym bardzo często towarzyszy zajęcie opłucny, dają również powód do powstania zmian zastoinowych, które POTTENGER opisuje, jako stężalność mięśni (Muskelrigidität). Szczególnego znaczenia rozpoznawczego nabiera ów objaw występowania zwiększonego napięcia tkanek nad szczytem płucnym po zastrzyknięciu tuberkuliny, jak to spostrzegal np. autor.

(Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 25).

M. Gantz.

151. Grabower (Berlin). „Przeciw bółom przy połykaniu u suchotników.

Autor zaleca w przypadkach dysfagii u suchotników użycie przepaski na szyję. Działanie przepaski, oparte jest na zasadzie BIERA, a mianowicie przez zastój wywołuje obrzęk błony śluzowej krtani. Przepaskę szerokości 2½ ctm. (rysunek załączony) nakłada się na szyję poniżej dolnego brzęgu czrzastki obrączkowej — dochodzi ona do górnego brzęgu obojczyka. Należy tak mocno ścisnąć szyję, aby wywołać lekkie sinawe zabarwie-

nie twarzy. Przepaskę nakłada się pierwszego dnia na 6 godzin, drugiego — 12 — 15 godzin, a od 4-go dnia na 20 — 22 godzin. Już na drugi dzień ból przy połykaniu zmniejsza się, a 4-go lub 5-go dnia chorzy są w stanie przyjmować płynne i miękkie pokarmy — w niektórych przypadkach nacieczenia gruźlicze po upływie kilku tygodni znacznie się zmniejszyły.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Band LX Heft I — II).

Maurycy Hertz.

Choroby dzieci.

152. T. Escherich. Wskazania i wyniki leczenia tuberkuliną gruźlicy dziecięcej.

Zarazek gruźliczy, przedostawszy się do ustroju dziecięcego drogą naczyń chłonnych, wywołuje w nich zmiany pierwotne, wytwarzające się zaś produkty życia prątków gruźliczych, wchłaniając się, powodują pewne uczulenie ustroju, czyniąc go wrażliwym na niejadowite same przez się endotoksyny prątków KOCHA (*allergia*). Właściwość ta z komórek i organów przechodzi na cały ustrój, wytwarza się więc ciało odczynowe — anaphylaxina, której ciągle wytwarzanie podtrzymują nieznaczne ilości toksyn. Na skutek zetknięcia się anaphylaxiny z jadem laseczników powstaje nowa substancja jadowita, niedawno otrzymana przez KRAUSA i VOLKA i wywołująca w pasie obwodowym ogniska gruźliczego znane powszechnie zmiany w postaci przekrwienia, przyciągania białych krążków, odgraniczenia i rozmiękczenia tkanki gruźliczej a także dająca objawy ogólne. O ile anaphylaxina przeważa — mogą w dalszym ciągu wystąpić objawy zablźnienia się ogniska gruźliczego. Poza tem w samym ustroju zachodzi również cały szereg zmian, mających na celu obronę ustroju i ogólnie znanych pod nazwą odporności. Pamiętać przytem należy o pewnej naturalnej odporności ustroju, zjawiającej się z wiekiem, a przebijającej się już w tem chociażby, że gruźlica u dzieci ma wielką tendencję do generalizacji, u starszych do umiejscowienia się. Dalej idzie t. zw. odporność nabyta, zależna od poprzednio już przebytego zakażenia, stwierdzona przez KOCHA u świnek mor-

skich, przez RÖMERA i HAMBURGERA u ludzi, SAHLI tłumaczy powstawanie takiej nabytej odporności przyzwyczajaniem się komórek ustroju do stale krążących nieznacznych ilości jadu, — czego nie należy utożsamiać z rzekomą odpornością, wywołaną obecnością niweczników w surowicy chorych, leczonych swoiście (PICKERT i LÖWENSTEIN). Według ESCHERICHA samoistnemu wyleczeniu nie towarzyszy znikanie odczynu naskórnego, gdy tymczasem ma to miejsce przy uodparnianiu sztucznym, przy którym zresztą brak anaphylaxiny.

Tuberkulina czyli endotoksyna gruźlicza z nieznaczną domieszką ciał prątków, działa tylko w obecności anaphylaxiny (HAMBURGER). Przedstawiając pewien plus do już znajdujących się w ustroju toksyn, tuberkulina powoduje wytwarzanie się większych ilości anaphylaxiny. Stosowana czas dłuższy w małych, stopniowo zwiększanych ilościach tuberkulina wywołuje powstawanie swoistych agglutynin, precypityn, antytuberkulin i t. p.

Osobiste próby autora leczenia tuberkuliną spraw gruźliczych u dzieci (cierpienie gruczołów śródpiersiowych, wysięki opłucny) dały mało dodatnie wyniki. Nie mógł autor również otrzymać tak zachwalanych przez ENGELA i BAUERA dobrych wyników leczenia osesków dużymi dawkami tuberkuliny, — aczkolwiek mógł stwierdzić pewien dodatni wpływ leczenia tuberkulinowego. Najlepsze wyniki otrzymywał w leczeniu t. zw. skrofolid, uważanych przez autora za wyraz anafilaktycznej nadwrażliwości. W tych przypadkach dążył E. do wywołania wspomianej już niezdolności reagowania na krążący jad.

Autor jest zwolennikiem leczenia dzieci małymi dawkami tuberkuliny, uważając, że u dzieci winno się starać przedewszystkiem o zwiększenie anaphylaxiny i o wywoływanie odczynu ogniskowego, który, odbywając się tu zazwyczaj w gruczołach mało ukrwionych, nie jest niebezpieczny. Utwierdzają go w tem wyniki leczenia małymi dawkami (0,0005 do 0,002) nowej tuberkuliny dzieci wątłych w wieku od lat 2 do 12 z prawdopodobnym rozpoznaniem gruźlicy gruczołów. Dzieci te w krótkim czasie znakomicie się poprawiały, mimo że pozostawały w mieście. Już w roku 1897

pisal o tem samym PETRUSCHKY, zaś w r. 1907 RAUDNITZ (stosował 0,01 mg. do 0,1 mg. AT). Dawek, zdaniem autora, nie należy zbyt- nio zwiększać, leczenie zaś nieraz powtarzać.

Inny sposób leczenia tuberkuliną, polegający na ciągłym zwiększaniu dawek, mających na celu przy unikaniu odczynu ogólnego zwiększenie zapalenia miejscowego i przyspieszenie uodpornienia ustroju, — znajduje swe zastosowanie w przypadkach gruźlicy płuc u dorosłych i w posuniętych przypadkach u dzieci.

W przypadkach gruźlicy utajonej u dzieci pierwszy sposób, jako bardziej nasładowy naturalne samowyleczenie, nadaje się bardziej i działa nie tylko jako środek leczący, lecz i zapobiegający możliwemu rozwojowi cierpienia w wieku starszym.

Rzecz zrozumiała, że wynik leczenia zależy od rozległości zmian anatomicznych, zapasu sił chorego, a także że sprzyjają dodatniemu wynikowi inne środki, jakoto: leczenie powietrzem, odżywianie i t. p.

(Wien. klin. Woch. 1910, Nr. 20).

153. Engel. O zachowywaniu się gruźlicy dziecięcej w stosunku do tuberkuliny.

Autor postanowił na szeregu chorych dzieci zbadać stosunek tuberkuliny do gruźlicy. Posiłkował się przeważnie starą tuberkuliną KOCHA, którą sam rozcieńczał, dodając 1/2‰-go karbolu. Dwa razy tygodniowo były przygotowywane świeże rozczynty, jak bowiem wiadomo, słabe rozczynty tuberkuliny są bardzo nietrwałe i szybko się psują. Ciepłotę mierzono regularnie co 2 godziny, aby nie pominąć nawet przelotnego podniesienia temperatury, termometr zakładano do kiszczi stolcowej, dzieci trzymano w łóżku. Zastrzykiwano tuberkulinę pod skórę między łopatkami. Przy leczeniu tuberkuliną autor nie trzymał się stale minimalnych dawek, jak to często robią autorowie w celu uniknięcia jakiegokolwiek odczynu, lecz, przeciwnie, starał się otrzymać u dzieci zupełną niewrażliwość lub też nieznaczną wrażliwość na wysokie dawki tuberkuliny, a następnie długi czas wstrzykiwał ową dawkę. Tak więc leczenie składało się z dwóch okresów:

1) przyzwyczajania do wysokich da-

wiek tuberkuliny i 2) dalszego traktowania osiągniętymi dawkami: Najważniejsza była dawka początkowa ze względu na rozmaite indywidualnie wrażliwość poszczególnych dzieci. O ile bowiem w następstwie autor nie tylko nie obawiał się odczynu gorączkowego, a nawet go poniekąd wywoływał (czego, jak twierdzi, wymagają szczególne warunki gruźlicy dziecięcej), o tyle za pierwszym razem szło mu o niewywoływanie zbyt silnego odczynu. Powtórne zastrzyknięcie tej samej dawki pozwala wnioskować o wrażliwości danego osobnika. Zazwyczaj stopniowano dawki w ten sposób: 0.0001, 0.0005, 0.001, 0.005, 0.01, o ile odczynu nie było lub też był nieznaczny. W razie wystąpienia odczynu dawkę powtarzano co drugi dzień tak długo, dopóki odczyn nie zniknął.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń twierdzi dalej autor, że pierwsze początki gruźlicy, które u dzieci zwykle znajdujemy w gruczołach, powodują małą wrażliwość w stosunku do tuberkuliny. Na ogół mało rozległe procesy gruźlicze umiarkowanie reagują na tuberkulinę, co pozwala szybko zwiększać dawkę. Przy tem gruźlica płuc powoduje większy odczyn, niż gruźlica gruczołów lub kości. Dodać przy tem należy, że siła odczynu zależy nie tyle od wieku osobnika chorego, ile od szybkości szerzenia się procesu chorobowego.

Co się tyczy metodyki zastrzykiwania tuberkuliny, to w przypadkach łagodnych, zwłaszcza w gruźlicy kości lub gruczołów, można spokojnie wstrzykiwać w samym początku 1 mg. tuberkuliny. W przypadkach natomiast gruźlicy płuc należy być bardzo ostrożnym, rozpoczynając wstrzykiwania od $\frac{1}{10}$ mg., a niekiedy nawet $\frac{1}{200}$ mg. — $\frac{1}{1000}$ mg. Zwiększanie dawki musi się odbywać stopniowo. Schematów pod tym względem podawać nie można. Wogóle trzymać się można dwóch sposobów powiększania dawek: 1) wstrzykuje się tę samą dawkę pokilkakrotnie, dopóki nie będzie więcej odczynu, następnie zaś zwiększa się dość znacznie dawkę — sposób odpowiedni dla mało wrażliwych chorych, 2) po otrzymaniu tolerancji ze strony chorego dla pewnej dawki zwiększać ją bardzo powoli w celu uniknięcia cokolwiek większych odczynów.

Autor stosował przy tem, trzymając się pierwszego sposobu, pewną jeszcze innowację, a mianowicie, już po zniknięciu odczynu powtarzał 3 razy ostatnią dawkę, — wtedy następna wywoływała mniejszy odczyn. Dawka maksymalna zależy od ilości przeciwciał we krwi chorego.

Zaznaczyć należy, że niewrażliwość, osiągnięta w stosunku do tuberkuliny, trwa pewien tylko czas określony — mniej więcej 2—3 miesiące. Przez powtarzanie seryi zastrzykiwań można utrzymać ustrój na znacznej wysokości niewrażliwości.

Objawy uboczne, poza podniesieniem ciepłoty, polegają na ogólnym osłabieniu, wymiotach (rzadko), odczynie w miejscu wstrzyknięcia — od zaczerwienienia do bardzo niekiedy rozległego obrzmienia, — na odczynie w widocznych ogniskach gruźliczych, rzadka wreszcie może nastąpić zgorzel skóry po wstrzyknięciu stężonej tuberkuliny.

Autor zaznacza następnie istnienie pewnej analogii między odczynem tuberkulinowym skórny i odczynem gorączkowym po zastrzyknięciu tuberkuliny.

Na szczególną uwagę zasługują wnioski autora w sprawie rozpoznawczego znaczenia odczynów tuberkulinowych w najszerszym znaczeniu. Ma on tu przedewszystkiem na myśli odczyn PIRQUET'a i wstrzykiwania podskórne tuberkuliny. Zdaniem jego, jednorazowe dokonanie odczynu ma u ludzi dorosłych i u dzieci (z wyjątkiem najwcześniejszego wieku) tylko wtedy wartość rzeczywistą, gdy wynik jest ujemny. W przeciwnym bowiem razie dowodzi odczyn tylko tego, że gdzieś w ustroju tkwi zarazek gruźliczy.

Prędzej już można coś wnioskować z tego, jak zachowuje się ciepłota przy całej seryi wstrzykiwań, o rozległości procesu gruźliczego w ustroju.

Niezmiernie ostrożnie wypowiada się autor o wpływie leczniczym tuberkuliny na leczone dzieci. Jest to tem ważniejsze, że na ogół istnieje pewna obawa leczenia tuberkuliną dzieci gruźliczych. ENGEL najdokładniej roztrząsa poszczególne objawy i, — opierając się na badaniach pośmiertnych, przebiegu dalszym sprawy chorobowej,

wej, zmianach w kościach, uwidoczniionych na cieniopisach,—wnosi, że „w pewnej liczbie przypadków (u ssawców) udało się przedłużyć życie, u innych można było dokładnie wykazać, że leczenie spowodowało lub przynajmniej wybitnie przyspieszyło proces gojenia się w znaczeniu anatomicznem”. Szczególnie natomiast akcentuje autor dodatni wpływ leczenia tuberkuliną na ogólny stan dzieci, które niezmiernie szybko się poprawiały pod względem wyglądu i wagi.

Poza leczeniem tuberkuliną należy, rzecz naturalna, pamiętać o tem, by ustrój chory znajdował się w możliwie najlepszych warunkach życia, a więc nie należy zapominać o leczeniu dyetetyczno - klimatycznym. Najodpowiedniejszy, zdaniem autora, jest klimat morski. Leczenia ambulatoryjnego tuberkuliną autor nie poleca.

Co się tyczy wskazań i przeciwwskazań do leczenia tuberkuliną to, zdaniem autora do leczenia tego nadają się bezwarunkowo wszystkie przypadki, w których niema zmian w płucach. O ile zmiany w płucach są niewielkie i nieznacznie postępują, można również próbować leczenia tuberkuliną. Szybko postępująca gruźlica płuc bezwzględnie nie nadaje się do omawianego leczenia. Wiek dzieci nie gra żadnej roli. Gorączkujące dzieci mogą być przy zachowaniu pewnych ostrożności również leczone tuberkuliną, po czem nieraz tracą gorączkę. Wskazania powyższe tyczą się wyłącznie dzieci.

(Brauers Beitr. zur Klin. der Tub., t. 13, z. 3, str. 77).

Gantz.

Choroby weneryczne i skóry.

154. Stern. O wpływie na leukocyty niektórych środków, używanych w leczeniu syfilisu, i o wartości leukocytozy w leczeniu syfilisu.

Na mocy szeregu badań STERN doszedł do wniosku, że wcierania szaruchy jakoteż wstrzykiwania sublimatu, salicylanu rtęci, atoksylu oraz kwasu nukleinowego wywołują u syfilityków leukocytozę. Przy wcieraniach powstaje leukocytoza nie tylko pod wpływem działania rtęci, ale i wskutek mechanicznego podrażnienia skóry, w której normalnie znajdują się całe składy leukocytów. Po jedno-

krotnem zastrzyknięciu sublimatu w ilości 0.02 liczba leukocytów znacznie wzrasta, dochodząc do swego maximum po 20 godzinach, po czem wkrótce wraca do normy, po wielokrotnem zaś zastrzykiwaniu, trwa kilka miesięcy. Po zastrzyknięciu salicylanu rtęci liczba leukocytów dosięga swego minimum na 3 lub 4 dzień, a następnie po dwu dniach wraca do normy. Zastrzyknięty w dużej dawce (0,5) atoksyl wywołuje również bardzo silną leukocytozę, trwającą dłuższy czas, ale tak dużej dawki, ze względu na niebezpieczne uboczne jej działanie nie można stosować w leczeniu syfilisu. Wreszcie sól nukleinowy wywołuje silną leukocytozę, trwającą dość długo¹⁾. Czy ten ostatni preparat wywiera dodatni wpływ na leczenie syfilisu, dotychczas dokładnie nie wiadomo. U syfilityków, którzy na wcieranie lub zastrzykiwanie wyżej wzmiankowanych preparatów nie reagują za pomocą leukocytozy, nie daje się również zauważyć dodatni wpływ leczenia.

Zakażenie syfilityczne, jak to zostało stwierdzone przez wielu badaczy, samo przez się również wywołuje leukocytozę. Na objaw ten należy zapatrywać się jako na środek obronny ustroju. Leukocytozy, występującej na miejscu owrzodzenia pierwotnego, nie należy tylko uważać jako odczyn miejscowy, zależny od podrażnienia przez ciało obce (krętki blade), powstaje ona wskutek dążenia ustroju do zniszczenia na miejscu przyczyny, wywołującej cierpienie.

Powstając pod wpływem zabiegów leczniczych, leukocytoza bez wątpienia posiada doniosłe znaczenie zarówno dla usunięcia miejscowych objawów syfilitycznych jakoteż dla wyleczenia zakażenia ogólnego.

(Dermatologische Zeitschrift, 1910 z. 6).

Springer.

Choroby uszów.

155. Heine B. Stan obecny chirurgii ucha.

Wstęp odczytu niniejszego autor poświęca zasługom HIMLYEGO, COOPERA, PETITA,

¹⁾ Jak wynika z badań Neissera, nowy preparat Ehrlicha (606) wywołuje również znaczną hyperleukocytozę (do 38,000), która powoli przechodzi. (Przypisek referenta).

SCHWARTZEGO, ZAUFALA i STACKEGO na polu otyatryi operacyjnej, poczem zatrzymuje się na przekłuciu bębena usznego. Wskazaniem do tego napozór błahego, lecz w istocie niezmiernie ważnego zabiegu, jak wiadomo, jest wysoka gorączka, wypuklanie się bębena i ból nieznośny w uchu. Niezawsze jednak wszystkie trzy objawy powyższe znajdujemy w ostrem ropnym zapaleniu ucha średniego. Gorączka np. bywa najczęściej u dzieci, dorosli mogą nie gorączkować wcale. Wypuklanie się błony bębenkowej też niestale spstrzegać się daje. Pozostaje jako jedyne wskazanie ból uporczywy, nie dający sypiać, często połączony z bolesnością na wyrostku. Lecz nawet w braku bólu przekłuwamy błonę bębenkową, jeśli chory szybko głuchnie. KÖRNER na zasadzie obfitego materiału klinicznego doszedł do wniosku, że, im wcześniej błonę bębenkową przeciąć, tem prędzej ropienie ustaje; gdzie paracentezy nie zrobiono, lecz ropa sama bębenek przedziurawiła, tam sprawa uszna ciągnęła się przeciętnie dwa razy dłużej, niż zazwyczaj po przekłuciu.

Różne czynniki składają się na to, że pomimo stosownego leczenia ropienie z jamy bębenkowej przechodzi na wyrostek sutkowy, a ztąd przedostaje się do jamy czaszkowej i mózgu. Łatwo jest orzec, że przypadek dany nadaje się do wydłutowania i oczyszczenia wyrostka, gdy widzimy, że muszla ucha, z którego ropa się sączy, odstaje, i że poza nią formuje się guz hełboczący. Nawet naciek nie hełboczący poza uchem służy za wskazanie do operacji SCHWARTZEGO na wyrostku, jeśli po przekłuciu bębena lub rozszerzeniu otworu niedostatecznego w bębenu i zachowaniu spokoju absolutnego przez chorego naciek w ciągu 1 — 2 dni nie znika. O wiele trudniejsze zadanie rozpoznawcze mamy w przypadku przebicia się ropy z ucha średniego przez górną kostną ścianę przewodu zewnętrznego usznego w kierunku nasady kości skułowej, gdyż naciek formuje się wtedy nie z tyłu na wyrostku sutkowym, lecz nad lub przed uchem. Jeśli przytem ropienie na pewien czas się zatrzymuje, rozpoznanie jest niełatwe. Z naciekiem na miejscu nietypowym spotykamy się też w przypadkach prze-

dostania się ropy poprzez wewnętrzną ścianę wierzchołka wyrostka sutkowego; naciek znaczny zjawia się pod wyrostkiem i przechodzi na szyję (*mastoiditis* BEZOLDA), przy czem robi wrażenie zwykłego obrzmienia gruczołów chłonnych szyjowych. Jeśli mamy wtedy w istocie do czynienia z zajęciem wyrostka pochodzenia usznego, wierzchołka jego nie wyczujemy, co będzie wskazaniem do trepanacyi.

Nie każdy ropień poza uchem stoi w związku z cierpieniem ucha średniego. Ropnie w tem miejscu mogą powstawać i wskutek cierpienia gruczołów chłonnych na wyrostku sutkowym, jak również wskutek czyraka w uchu zewnętrznym. Rozpoznanie różniczkowe daje się przytem łatwo przeprowadzić i antrotomię czyni zbyteczną.

Obrzmienie i bolesność części tylnej wyrostka sutkowego świadczy, że w miejscu tem prawdopodobnie uformowała się spora jama kostna, wypełniona ropą; jama taka nie łączy się z jamą wyrostka. Często też obrzmienie i bolesność w miejscu powyższem spotykamy po przedostaniu się ropy z tylnej jamy czaszkowej przez szwy kostne na zewnątrz. Przypadki takie w zupełności do operacyi się nadają.

Bolesność na dotyk wyrostka sutkowego przy braku obrzmienia w okolicy tegoż w początkach świeżego ostrego zapalenia ucha średniego nie stanowi wskazania do trepanacyi. Jeśli jednak bolesność przy należytem leczeniu zapalenia trwa zbyt długo, a nawet się wzmacnia lub też zjawia się nie w początkach, lecz w okresie późniejszym cierpienia usznego, wtedy wyrostek otwieramy.

Po ustąpieniu ostrych objawów usznych pozostaje jedynie ropienie z ucha i przytępienie słuchu. Okres ten jest do pewnego stopnia też zdradliwy, zwłaszcza u dorosłych (po 40 l.), u których jak badania pośmiertne wykazały, wyrostek sutkowy bywa stwardniały — sklerotyczny; ropa więc nie jest w stanie przebić się na zewnątrz i często niepostrzeżenie przedostaje się przez kość gąbczastą do koła błędnika do jamy czaszkowej, powodując objawy mózgowie. Przeto, według autora, gdy ropienie po 6—8 tygodniach w zapaleniu

ucha ostrem nie ustępuje, należy wyrostek otworzyć, zwłaszcza u osobników starszych.

Zwężanie się przewodu słuchowego podczas ropienia ostrego jest przepowiednią trepanacji, gdyż zależy od zapalenia okostny górno-tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego i powstaje na skutek ciśnienia ropy w jamie wyrostka.

Niezwykle obfite ropienie w zapaleniu ostrem ucha średniego również wskazuje na zajęcie wyrostka, a to dlatego, że ze stosunkowo małej jamy bębenkowej w podobnej ilości ropa sączyć się nie może. Objaw ten jest ważnym wskazaniem do trepanacji zwłaszcza u *d y a b e t y k ó w*, u których kość podlega bardzo szybko rozmiękczeniu przy zupełnym braku bólu.

Wreszcie do wydlutowania wyrostka przystępujemy w razie zjawienia się w okresie późniejszym ostrego zapalenia ropnego porażenia nerwu twarzewego.

Co do operacji doszczętniej, którą wykonywamy w ropieniu chronicznym ucha, to należy pod tym względem odróżniać dwa rodzaje zapaleń chronicznych ucha średniego. Jedno z nich powstaje na skutek cierpienia błony śluzowej jamy bębenkowej i części usznej trąbki Eustachiusza. Operacja doszczętna w tego rodzaju zapaleniach chronicznych wykonana nie tylko korzyści nie przynosi, lecz jest wprost szkodliwa, gdyż często kończy się poważnymi powikłaniami. Natomiast w zapaleniu ucha chronicznym, w którym cierpi kość skroniowa, jak zazwyczaj w okolicy uchyłka (*Atticus*) i jamy wyrostka, a otwór w błonie bębenkowej leży przy brzegu (przedziurawienie przybrzeżne) z tyłu i u góry lub też całkiem u góry nad wyrostkiem krótkim młoteczka (niekiedy przez otwór taki z ucha zewnętrznego wrasta do ucha średniego naskórek i tworzy t. zw. perlaki), operacja doszczętna bywa często wskazana.

I tu jednak, gdy mamy do czynienia z ropieniem chronicznym, przebiegającym na zimno (bez objawów ostrych), nawet przy obecności mas perlakowatych, probujemy terapii zachowawczej (usuwamy wybujałości, polipy, oczyszczamy ucho średnie przez rurkę *HARTMANNA* i t. p.). Perlaki usuwają się dość łatwo

bez operacji doszczętniej, jeśli otwór w bębunku jest dość duży; w przeciwnym razie, zwłaszcza gdy wydzielina swoiście cuchnie, należy z operacją nie zwlekać. Jeśli perlak przedostał się sam z wyrostka poprzez kości przewodu słuchowego zewnętrznego, to, rzecz prosta, operacja jest zbyteczna, albowiem przez otwór w przewodzie jamę z łatwością oczyścić można. Po pewnym czasie, gdy leczenie zachowawcze wyników nie daje, wskazana jest bezwzględnie operacja doszczętna, której powinien się podjąć jedynie specjalista, do dobrze obeznany z anatomią topograficzną ucha, pamiętając o tem, że nawet świetnie wykonana operacja korzyści nie przyniesie, gdy opatrunkinie będą robione umiejętnie przez osobę doświadczoną. Operacja doszczętna jest dlatego w przypadkach, przebiegających na zimno, wskazana, że każde ropienie chroniczne grozi niebezpiecznymi powikłaniami. W razie wystąpienia powikłań takich otwieramy wyrostek bez zwołki. Nie odkładamy więc operacji, gdy w ropieniu chronicznym pokazują się oznaki poczynającego się zapalenia wyrostka lub zapalenia błędnika wskutek przedziurawienia jego ściany kostnej. Najczęściej przedziurawienie takie mieści się w okolicy kanału półkolistego poziomego, gdzie ropa, zetknąwszy się z cieczą okołobłędnikową, podlega otorbieniu. Wystarczy usunąć źródło ropienia przez operację doszczętną, by wszelkie objawy błędnikowe znikły. W przypadkach przedostania się ropy z ucha średniego przez okienko owalne lub okrągłe rozwija się w błędniku, nie jak poprzednio, ognisko zapalne ograniczone, lecz zapalenie tegoż rozlane, tem niebezpieczniejsze, że zjawia się często skrycie i grozi zapaleniem opon mózgowych. Należy więc zawsze przed przystąpieniem do operacji doszczętniej w przypadkach ropienia chronicznego zbadać dokładnie błędnik, tak kanały półkoliste (metodą *BARANYEGO*, patrz *Med. r.* 1909), jak i ślimak (sposobem *BEZOLDA*). Stwierdziwszy, dajmy na to, zupełny brak czynności tak ze strony kanałów, jak i ślimaka, możemy przypuszczać bądź obecność ropy w błędniku całym, bądź też sprawę zago-

joną, zabliznioną z całkowitą utratą jego czynności. Otwieramy tedy szeroko wyrostek i wejście do jamy wyrostka, oglądamy ściany błędnika i w razie obecności znaczniejszego otworu w błędniku kostnym, z którego się ropa sączy, i wyrastają wybujałości, nie wahamy się przedsięwziąć otworzyć. Jeśli dostrzegamy li tylko nieznaczny otvorek w okolicy kanału poziomego, nie ruszamy go, by nie niszczyć zrostów dokoła ogniska otorbionego i nie wywołać zapalenia rozlanego. Przeciwnie, jeśli przed operacją doszczętną lub po niej są objawy zapalenia opon mózgowych, oddłutowujemy ścianę błędnika jak najszerszej, gdyż jedynie zabieg taki może chorego ocalić. O wiele trudniej decydujemy się na zoperowanie błędnika w przypadku ostrego zapalenia ucha średniego, w razie przejścia zapalenia na błędnik. A to głównie dlatego, że właśnie w ostrych zapaleniach ucha zdarzają się t. zw. zapalenia błędnika surowicze, które bez operacji same przez się ustępują.

Do najważniejszych objawów powikłania ropienia chronicznego należy uporczywy ból głowy. Jest on dość często, co prawda, tylko objawem braku ujścia dla ropy z jamy bębenkowej; jeśli jednak nie znika po usunięciu wybujałości lub polipów, budzi podejrzenie przedewszystkiem obecności ropnia zewnątrzoponowego i zmusza do natychmiastowej operacji. W przypadkach ostrego zapalenia ucha średniego silne bóle głowy, nie ustępujące ani po przekłuciu bębenka, ani po wydłutowaniu wyrostka sutkowego, wskazują na obecność ropy w głębi — w oponach mózgowych lub w mózgu.

Stan ciepłoty ciała ma też pierwszorzędne znaczenie w chirurgii ucha. Wysoka gorączka normalnie bywa jedynie w początkach ostrego zapalenia ucha średniego i to głównie u dzieci. W chronicznych ropnych zapaleniach ucha ropa może całkowicie wypełniać wyrostek, a gorączki może nie być, chyba że się rozwinie ropienie pod skórą. Natomiast, gdy w okresie późniejszym ostrego zapalenia ucha lub w przebiegu zapalenia chronicznego ciepłota ciała odrazu się podnosi, przyczem w narządach wewnętrznych nie znajdujemy przyczyny, któraby tę gorączkę usprawiedli-

wiała, wtedy mamy do czynienia albo z zapaleniem opon mózgowych, albo z ropnicą. Rozpoznanie różniczkowe w takich razach jest dość łatwe. W razie stwierdzenia zapalenia opon do operacji przystępujemy tylko wtedy, gdy objawy zapalenia tego nie występują w pełni, głównie, gdy płyn mózgowy jest tylko zlekka mętny i drobnoustrojów nie zawiera lub też zawiera ich bardzo mało. Natomiast operować nie należy, gdy płyn jest ropny lub drobnoustrojami obficie zasiany, tak samo, gdy płyn ten jest całkiem klarowny i wycieka pod ciśnieniem. Wrazie pierwszym mamy do czynienia z rozlanem ropnem zapaleniem opon, i żadna operacja, zdaniem autora, nie pomoże; w razie drugim mamy przed sobą zapalenie opon surowicze, które znika samo, a najlepszym środkiem leczniczym w przypadkach takich wielokrotne przekłucia lędźwiowe.

Rozpoznanie ropnicy stawiamy, gdy spostrzegamy obecność ropni przerzutowych, niekiedy wcześniej dzięki wyłączeniu zapalenia opon mózgowych. Przyczyną ropnicy usznej, jak wiadomo, jest głównie przejście ropienia na zatokę poprzeczną (*sinus transversus*), to też otwieramy wtedy ścianę kostną wzdłuż jej przebiegu. Znalazłszy dokoła zatoki ropę, wybujałości, a ścianę zatoki zmienioną, oczyszczamy, co się da, i na tem zabieg kończymy.

Postępowanie takie jest w zupełności wystarczające, zwłaszcza, gdy chory nie długo przedtem gorączkował. Gdyby poprawy po zabiegu powyższym nie było, lub też gdyby przekłucie próbne zatoki wykazało obecność zakrzepu, wreszcie gdyby istniała przetoka w ścianie zatoki ze śladami ropy, wtedy, nie wahając się, rozciąlibyśmy zatokę aż do miejsca zdrowego, tak z jednego, jak i z drugiego końca, i usunęlibyśmy zakrzep na przetrzeźni całej.

Do podwiązania żyły jaramowej autor przystępuje tylko wtedy, gdy zakrzep zatoki poprzecznej dochodzi aż do opuszki (*bulbus v. jugularis*) lub z niej wyrasta, wreszcie, gdy sięga aż do samej żyły, lub też gdy po usunięciu zakrzepu z zatoki gorączka nie opada. Obecność zakrzepów przyściennych, które się podczas operacji dokładnie usunąć nie dają,

TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

w

postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.

Wyborne

Analepticum i Tonicum

zwiększa

Napięcie mięśni i systemu nerwowego
działa jako

Środek odżywczy

Wskazania:

Migrena, newralgie, neurastenia, stany nerwowe,
osłabienie serca.

Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

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

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.



Łagodnie działający środek czyszczący
w postaci karmelków owocowych

Wskazany: w zaparciu stolca 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, Orła 5.

też służy za wskazanie do podwiązania żyły jarzmowej.

W końcu pracy autor przytacza statystykę zejść śmiertelnych wskutek ropienia usznego, zastanawia się nad niebezpieczeństwem, które grozi choremu usznemu w razie przeo-

czenia chwili odpowiedniej do stosownego zabiegu operacyjnego i wylicza korzyści, jakie zabiegi te przynoszą.

(Münch. Med. Woch. 1910 — 25).

Szleifstein.

Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 maja 1910 r.

GĘBARSKI Stanisław przedstawił chorego ze zwężeniem przelyku, leczonego zastrzykowaniami fibrolizyny i rozszerzaniem zgłębnikami. Chory 37-letni przed 7 miesiącami wypił 2 łyżki steżonego ługu. Przed dwoma miesiącami zapisał się do oddziału D-ra CHEŁCHOWSKIEGO, gdyż mógł przelykać zaledwie płyny. Najgrubsza oliwka dosięgła 23 cm, najcieńszy zgłębnik przechodził do 35 cm. Niezwłocznie przystąpiono do zastrzykiwań fibrolizyny i rozszerzeń zgłębnikami. Po tygodniowej kuracji (po 3 iniekcjach) chory zaczął przelykać pokarmy papkowate. Dotąd zrobiono choremu 20 zastzyknięć (po 3 tygodniowo) i osiągnięto taki rezultat, że zgłębniki DELAMOTTEA włącznie do N. XIX przechodzą swobodnie do żołądka; chory od 3 tygodni je zupy, kartofle, jajka na miękko, kaszkę, a od tygodnia i mięso. Przybyło mu 32 funty na wadze.

Następnie GĘBARSKI pokazał jedno z zserowaciałych nadnerczy, pochodzące od zmarłego przed kilku dniami chorego na *Morbus Addisoni*. W przypadku tym zasługuje na uwagę symetryczność zniszczenia: obydwie nadnercza, powiększone 10 razy, zserowaciałe w jednakowym stopniu.

Leon KRYŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „O granicach dla zabiegów operacyjnych w przypadkach nowotworów złośliwych”. Prelegent demonstrował: 1) fotografię chorej z nawrotem nowotworu szyi, klatki piersiowej i ramienia, operowanej pomyślnie, 2) preparat wyciętej krtani chorego z nawrotem nowotworu złośliwego, 3) preparat olbrzymiego nowotworu, usuniętego z jamy brzusz-

nej, 4) chorego z wyciętą górną i dolną szczęką z powodu nawrotu nowotworu złośliwego.

Streszczając, prelegent wygłosił następujące zdania: 1) wszystko, co zrobiono i wymyślono dla terapii nowotworów złośliwych, z wyjątkiem noża — zawiodło, 2) należy rozszerzyć wskazania do operacji, 3) nie należy odmawiać racyi bytu operacyom paliatywnym, 4) kontraindykacja do zabiegu powinna więcej wynikać ze stanu ogólnego chorego, niż z miejscowego.

W dyskusyi GĄBSZEWICZ zgadza się z wywodami prelegenta i również sądzi, że w złośliwych guzach, nawet daleko posuniętych w swym rozwoju, jedynie na drodze operacyjnej można osiągnąć jakieś wyniki. Te pojedyncze przypadki, jakie widział GĄBSZEWICZ, przy stosowaniu innych środków, np. kl. zastrzykiwań *Extr. herbae Chelidoniae majoris*, należeć będą do nadzwyczajnych rzadkości.

RÓBIN wygłosił rzecz pod tytułem: „O mało znanym syndronie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej”. Prelegent zwraca uwagę na opisany w r. 1897 przez REJCHMANA syndrom, polegający na bolesnem uczuciu w dołku, nudnościach i zwracaniach wodnistych. Na zasadzie 105 zebranych przypadków RÓBIN dochodzi do wniosku, że syndrom ten jest na ogół dość częsty i występuje u przeszło 1% chorych żołądkowych, — że w typowej swej postaci towarzyszy w 95% zanikowi lub znacznemu upośledzeniu czynności wydzielniczej żołądka, jak to utrzymywał REJCHMAN, z tem zastrzeżeniem jednak, że wówczas smak zwracań jest słony lub wodnisty. Następnie prelegent dochodzi do wniosku, że syndrom ten spotyka się jednak, wbrew zdaniu REJ-

CHMANA, w 5%, u osobników z prawidłowym chemizmem soku żołądkowego, że zatem posiada znaczenie tylko względne; że spotyka się, acz tylko w 6,5% przypadków, także w roku żołądka. Prócz tego RÓBIN wyodrębnia 2 rodzaje „pseudosyndromu”, różniące się od powyższego tem, że w jednym rodzaju smak zwracań jest kwaśny, w drugim zamiast zwracań chory wydziela znaczną ilość śliny wprost z jamy ustnej. Pierwszemu „pseudosyndromowi ze zwracaniem kwaśnym” towarzyszy zazwyczaj wyraźna nadkwaśność. W dyskusyi POLIKIER zapytuje, czy prelegent nie zauważył stosunku tego syndromu do zapalenia wyrostka robaczkowego. Przynajmniej 2 objawy tegoż syndromu u dzieci często bywają zwiastunem *appendicitis*.

GRUNDZACH podkreśla możność skonstatowania przez prelegenta, że syndrom ten zjawia się w przypadkach raka żołądka. Co się tyczy kwestyi, że syndrom ten spotyka się częściej u rasy aryjskiej, niż semickiej, to GRUNDZACH tłumaczy to sobie tem, że zwykle bywa on przy nadużyciach alkoholu, widuje

się go więc najczęściej w klasie rzemieślniczej. Następnie GRUNDZACH podkreśla, że syndrom ten dość często występuje u kobiet w okresie klimakterium.

SKŁODOWSKI zapytuje, na czem oparta była dyagnoza w tych przypadkach, gdzie prelegent rozpoznał raka żołądka.

SKOWROŃSKI zapytuje, jak często syndrom ten występuje u kobiet i mężczyzn, gdyż mogłoby to wyjaśnić, czy alkohol wpływa na powstawanie tego syndromu. RÓBIN odpowiada POLIKIEROWI, że w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego opisanego syndromu nie spotykał, GRUNDZACHOWI, że nie we wszystkich przypadkach syndromu odgrywały rolę etiologiczną nadużycia napojów wysokokokowych, gdyż niektóre przypadki dotyczyły osobników bardzo młodych płci żeńskiej; SKŁODOWSKIEMU prelegent odpowiada, że rozpoznanie raka żołądka w podanych 4 przypadkach nie ulegało wątpliwości, i SKOWROŃSKIEMU, że podział przypadków syndromu według płci nie był zrobiony.

Tadeusz Wilczyński.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA

W. Alexander i K. Kroner. Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1910.

Ruchliwa firma wydawnicza FISCHERA wypuściła niedawno niewielki objętością (164 str. in 8^o) podręcznik terapii chorób nerwowych, zawierający w streszczeniu wszystko to, co jest konieczne dla lekarza praktyka, a nawet specjaliŝty — neurologa, nie rozporządzającego czasem dla studyowania w oryginale wielu nowych metod leczniczych. Wskazówki dotyczą wszędzie ogólnego biegu racjonalnego leczenia oraz poszczególnych metod, zarówno farmakologicznych, jak fizycznie — dyetetycznych.

Nie brak też praktycznych wskazówek z dziedziny pielęgniarstwa i pokrewnych z neurologią dziedzin chirurgii, ortopedii i balneologii. Najobszerniej traktowane są ze względu na ich ważność i częstość dział *o lues cerebro - spinalis*, wiaździe rdzenia, udarze

mózgowym, rwie kulszowej i neurastenii. Słusznie niektórym, częściej spotykanym objawom poświęcono oddzielne rozdziały, jak np. — bólowi i zawrotowi głowy, bezsenności, drgawkom. Nieuniknione są w tego rodzaju podręcznikach częste odsyłacze, jak np. w chorobie LITLEGO do „padaczki”, „zeza” i „płaszawicy”. Zbyteczne są w wielu miejscach pobieżne dane z etiologii i rozpoznania różniczkowego. Tu i owdzie uderza nierównomierny podział miejsca na omawianie poszczególnych spraw: trudno np. zrozumieć, dlaczego wiad rdzenia zajmuje z górą 9, a niemniej rzadka i ciężka *paralysis agitans* mniej, niż jedną stronicę, dlaczego *spondylitis* — 3, a porażenie skurczowe — niecałą jedną stronicę. Bardzo dobry spis rzeczy, podanie przy specjalnych urządzeniach, kąpielach, przyrządach ceny i źródła ich zakupu, przeplatanie tekstu stronicami, dla notatek prze-

znaczonemi, podnoszą wartość książki. Krótki wstęp prof. GOLDSCHIEDERA, bardzo zasłużonego na polu fizyjo — i mechanoterapii chorób

nerwowych lekarza, poprzedza tekst. Papier oprawa i druk nie pozostawiają nic do życzenia.
H. Higier.

Wiadomości bieżące

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie (6, 7 i 8 października 1910 roku). W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady: 78. Prof. L. Rydygier (Lwów). Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka. 79. Prof. L. Rydygier. Leczenie słoniowacizny (elephantiasis) sposobem Handleya. 80. Prof. L. Rydygier. (Lwów). O wycięciu sterczu (prostatectomia). 81. A. Rydygier (Lwów). Badania doświadczalne nad wycięciem ganglion stellatum. 82. A. Rydygier (Lwów). Uwagi nad postępowaniem wobec nowotworów esicy i odbytnicy. 83. A. Rydygier (Lwów). O zakładaniu odbytu sztucznego w kształcie syfonu sposobem L. Rydygiera. 84. Jedlicka (Lwów). Wpływ mięsienia bezpośredniego na korę mózgową. 85. Jedlicka (Lwów). Przeszczepianie mięśni w przypadkach przepuklin rozległych. 86. Jedlicka (Lwów). Pokaz kamieni nerkowych wraz z uwagami rozpoznawczymi. 87. Ostrowski (Lwów). O przeszczepianiu u naczyń. 88. Ostrowski (Lwów). O gruźlicy kątnicy. 89. Ostrowski (Lwów). Przedstawienie okazu mięśniaka odbytnicy. 90. Schatz (Lwów). O następstwach późniejszych zwłoczeń barku. 91. Schatz (Lwów). Postępowanie w operowaniu wilczej paszczy. 92. Majewski (Lwów). O leczeniu gruźlicy żeber i mostka. 93. Edelschein (Lwów). O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc. 94. Edelschein (Lwów). O sposobach gastrostomii. 95. Pohorecki (Lwów). O postępowaniu operacyjnym w raku języka. 96. Stankiewicz Czesław (Warszawa). Kilka uwag z powodu przypadku wycięcia pęcherza moczowego (operacja Maydl-Borelius) 97. Stankiewicz (Warszawa). Przedstawienie okazów anatomicznych. 98. Goldberg H. (Łódź). Spostrzeżenia nad znieczuleniem lędźwiowym. 99. Ciechomski (Warszawa). Uwagi nad plastyką przełyku według sposobu Roux. 100. Krąkowski (Warszawa). O skręceniach

esicy. 101. Kiełkiewicz (Warszawa). O rozpoznawaniu wczesnym gruźlicy nerek. 102. Hincz (Warszawa). O postępowaniu operacyjnym w przypadkach pericolicitis et perisigmoiditis chron. 103. Lewenstern (Warszawa). O tłuszczakach zaotrzewnych. 104. Wertheim (Warszawa). W sprawie leczenia przetok kałowych. 105. Garszyński (Warszawa). W sprawie leczenia operacyjnego wypadnięcia odbytnicy. 106. Gurbski (Warszawa). Temat zastrzeżony. 107. Majewski (Warszawa). Temat zastrzeżony. 108. Zielińska i Gurbski. Temat zastrzeżony. Dalsze zgłoszenia przesyłać należy (przed 15 września r. b.) do przewodniczącego Komitetu Zjazdowego (Warszawa. ul. Kopernika 15, prof. d-r Kryński).

— D-r Bronisław Taczanowski ustąpił ze stanowiska naczelnego lekarza szpitala Jana Bożego. Kol. Taczanowski pracował w tym szpitalu przez lat 42.

— Z niczatywy p. Montwilla powstał w Wilnie „Instytut higieny dziecięcej”, jako sekcja wileńskiego Towarzystwa opieki nad dziećmi. Instytut urządzony został na wzór podobnego zakładu w Warszawie.

— W Petersburgu od dnia 7 do 29 lipca st. st. zachorowało na cholere 1518 osób, z czego zmarło 467.

— Zarząd Czerwonego Krzyża zorganizował oddział lekarsko-sanitarny, przeznaczony do walki z cholere w zagłębiu Dońskim i oddał go do rozporządzenia prof. Reinowi. Oddział ten składa się z 10 lekarzy, 20 studentów medyków wyższych kursów, 20 sióstr miłosierdzia, 5 felczerów i 10 sanitaryuszów dezynfektorów. Oddział ten zaopatrzone jest we wszystko niezbędne dla wyekwipowania i urządzenia szpitalików a także stacji lekarsko-sanitarnych i żywnościowych. Oddział ten w miarę potrzeby będzie powiększany.

— Cholera doszła już do Taszkentu,

gdzie badanie bakteriologiczne wody kanałów irygacyjnych wykryło w niej obecność wibryonów cholerycznych.

— Od wybuchu epidemii cholery w Rosyi było razem przypadków do dnia 24 Lipca st. st. 81848, z czego śmiertelnych 35815¹⁾. W obwodzie wojska dońskiego 3131 przypadków, śmiertelnych 1342; w ziemi kubańskiej 2125, śmiertelnych 1122; w gub. Ekaterynosławskiej 1952 przypadki — 776 śmiertelnych; w gub. Samarskiej 1781 przypadków, śmiertelnych 707; w Petersburgu 538 przypadków — śmiertelnych 156; w Mińskiej gub. 87 przypadków — śmiertelnych 33; w Mohylewskiej gub. 14 przypadków — 4 śmiertelne; w Witebskiej gub. 4 przypadki — wszystkie śmiertelne; w Smoleńskiej gub. 7 przypadków — 5 śmiertelnych; w gub. Podolskiej 87 przypadków, śmiertelnych 36 (w Winnicy 26 przypadków); w Kijowie 33 przypadki — 15 śmiertelnych (znacznie słabsza); w Finlandyi 2 przypadki.

— Pojedyncze przypadki dżumy zdarzają się nadal w Odessie. Do dnia 22 Lipca st. st. było 8 chorych; od 22 do 26 Lipca zarejestrowano znowu 12 podejrzanych przypadków.

— Z powodu dżumy w Odessie rządy Turecki, Rumuński i Bułgarski ustanowiły 5-ciodniową kwarantannę dla podróżnych, przybywających z Rosyi; na granicy austriackiej pasażerowie podlegają jedynie oględzinom lekarskim.

— Akademia lekarska w Petersburgu delegowała docenta prywatnego Iwanowa zagranicę dla zaznajomienia się z metodą Ehrlicha leczenia przymiotu.

— Na jesieni r. 1911 ma się odbyć w Moskwie I Zjazd rosyjskiego związku psychiatrów i neurologów.

— W Mińsku spalił się wskutek nie wiadomej przyczyny miejski barak choleryczny, podejrzewają podpalenie.

— W Niżnym - Nowgorodzie otwarto muzeum w sprawie walki z pijaństwem.

¹⁾ Za czas od 18 do 24 Lipca st. st. było przypadków 20836, z czego śmiertelnych 8850.

— P. Schumacher, wdowa po markizie d'Oorvault, ofiarowała na Instytut Pasteura w Paryżu milion franków, 100 000 franków na Akademię Nauk w Paryżu; 50 000 fr. na szpital dla suchotników w Ormesson oraz mniejsze sumy całemu szeregowi instytucji dobroczynnych we Francyi.

— W Berlinie 11 grudnia r. b., jako w 67 rocznicę urodzin Roberta Kocha, odbędzie się uroczyste posiedzenie wszystkich towarzystw lekarskich berlińskich; na posiedzeniu tem prof. Gaffky wygłosi mowę, poświęconą pamięci wielkiego uczonego.

— Prof. Sternberg mianowany został w Wiedniu na katedrę medycyny socyalnej; jest to pierwsza katedra tego rodzaju w Austrii.

— W ostatnim zeszycie „Archivum Virchowa” obecny jego redaktor prof. Orth zwraca się z prośbą do współpracowników, aby pisali możliwie zwięźle, aby nie obciążać prac zbyt ciężkimi, nie związanymi ściśle z daną sprawą szczegółami i wogóle zastosowywać rozmiar artykułu do jego faktycznej treści.

— Na ostatniem posiedzeniu towarzystwa chemicznego w Berlinie chemik O. HAHN zakomunikował, że otrzymał bardzo silne radioaktywne ciało z tlenku toru; ciało to nazwał radio-torem; posiada ono siłę radioaktywną (promienie α i β), jak bromki radu, i można je otrzymać w znacznie większej ilości, aniżeli rad. O ile odkrycie HAHNA zostanie potwierdzone, to radio-tor znajdzie szerokie zastosowanie tam gdzie dotychczas, rad był drogi.

— Na katedrę anatomii w Wiedniu po śmierci prof. Zucker Kandla powołany został przez fakultet prof. G. Tandeler.

— Chiny przystąpiły do międzynarodowego Związku Czerwonego Krzyża. Główny zarząd chińskiego Czerwonego Krzyża mieścić się będzie w Pekinie, w handlowych zaś portach Chin będą oddziały.

— W Brukselli pomiędzy 1—5 Września r. b. odbędzie się międzynarodowy kongres farmaceutyczny.

WIESBADENSKIE

Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

Dr. Abend, Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszki, Parkstrasse 30.

Dr. Amson, Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gymnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Taunusstrasse 6.

Dr. Badt, Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specjalnie chodzenia, ataxii. Taunusstrasse 4

Dietenmühle, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. Fedor Plessner i D-r Fritz Reich.

Dr. Otto Dornblüth, Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.

Dr. Fendt Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.

Dra. R. Friedlaender'a Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.

Dr. Guradze, Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mechanicznym i oddział Röntgenowski, Mainzerstr. 3.

Lindenhof, Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen Walkmühlstrasse 43/45

Dr. Lubowski Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.

Dr. Jul. Müller, Instytut do fizykal. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4

Kurhaus Bad Nerotal. Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor D-r Mäckler.

Kuranstalt Dr. Schloss, dla chorych na żołąd. kiszki i przemianę materyi. Sonnenbergerstrasse 11-a.

Dr. Schütz Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materyi).

— Prospekty i informacjami udzielają lekarze zakładowi. —

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać możnawie wwszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr Bengué



Sztuczne NAUHEIMSKIE kapsle kwasowęglowe „ARS”

W zupełności zastępują kapsle Nauheimskie, wydzielając ilość kwasu węglowego, odpowiadającą najlepszym źródłom Nauheimu. Prostota i wygodą stosowania kapsle kwasowęglowe „Ars“ przewyższają wszystkie inne sposoby przygotowania sztucznych kapsli kwasowęglowych; są tanie i dają się stosować wszędzie i o każdej porze roku. Wskazania: choroby serca, przewlekłe choroby nerwowe, zolzy, krzywica, gościec, dna i inne.



Przez dodanie do kapsli soli siarki, żelaza i inn. możliwie są liczne i najróżnorodniejsze kombinacje. Istnieją 1, kapsle kwasowęglowe „Nauheim w domu,” 2, siarczano-kwasowęglowe kapsle „Akwizgran w domu,” zastępujące kapsle Akwizgrańskie i stosowane w zolzach, gościecu, dnie, przymiocie i w chorobach skórnych, 3, żelaziste-kwasowęglowe kapsle „Francensbad w domu,” zastępujące kapsle Francensbadzkie i stosowane w zolzach, chorobach kobiecych, nerwowych i innych. Szczegółowa broszura o kapslach kwasowęglowych „Ars” wysyła się bezpłatnie i franco. Sprzedaż we wwszystkich składach aptecznych i aptekach. Radzimy zwracać szczególną uwagę na markę „Ars.”

Główny skład na całą Rosyję w Towarzystwie Handlu Mater. Aptecznymi i perfumeryą: I. B. Segal. Wilno i Odessa.