

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 37.

Warszawa d. 10 września 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura, podał d-r med. J. Leyberg (Łódź). — O wartości klinicznej odczynu Wassermanna, podał d-r M. Springer. (Ciąg dalszy). — WYKŁAD KLINICZNY. D-r Kurt Goldstein. O afazy (dok). — STRESZCZENIA. *Choroby weneryczne i skóry*. 159. Jul. Iversen. (Petersburg). O leczeniu syfilisu przetworem Ehrlicha „606“. — 160. Wechselmann. Spostrzeżenia nad 503 chorymi, leczonymi dioxydiamidoarseno-benzolem — 161. Loeb. Doświadczenia z dioxo - diamido - arsenobenzolem Ehrlicha (606). — 162. O powikłaniach po zastosowaniu preparatu Ehrlicha (606). — 163. Kalb. O nowem barwieniu krętków białych. — 164. Hoffmann. O azuroli w leczeniu syfilisu — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Berlińskiego (dyrektor prof. d-r Jadassohn).

#### O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura.

Przyczynę eksperymentalną do zmian gruźliczopodobnych tkanki tłuszczowej podskórnej.

Podał

D-r med. J. Leyberg (Łódź).

Punktem wyjścia pracy niniejszej była serya preparatów owrzodzonego wykwit

węzłowego (*syf. nodosa*), pochodzącego od pacjentki z syfilisem w okresie drugorzędowym, w której obok mniej więcej charakterystycznej dla przymiotu tkanki granulacyjnej, umiejscowianej w warstwie podskórnej, znajdowały się niezmiernie ciekawe obrazy w samej tkance tłuszczowej. Obok nacieku o charakterze chronicznie zapalnym i wielkiej liczbie właściwych komórek olbrzymich typu LANGHAUSA, leżących w przestrzeniach łącznotkankowych pomiędzy wysepkami tłuszczu, w samej tkance tłuszczowej można było spo-



strzedz również komórki olbrzymie z licznymi jądrami, leżącymi na obwodzie o wyglądzie tak uderzająco podobnym do komórek LANGHAUSA, że miejscami nie sposób było je od drugich odróżnić. Prócz tego w wielu miejscach pola widzenia tkanki tłuszczowej nie trudno było zauważyć komórki o wyglądzie komórek nabłonkowatych, które leżały bądź to rozrzucone w wązkich przestrzeniach międzykankowych, bądź to w obrębie samych płacików tłuszczu obok komórek olbrzymich, dzięki czemu całe pole widzenia tkanki tłuszczowej robiło wrażenie zmian specyficznych w znaczeniu tkanki granulacyjnej, jaką zazwyczaj widzimy w wyżej leżących warstwach skóry w przymiocie i w różnych postaciach gruźlicy skóry. Ponieważ preparaty pochodziły z wykwitu syfilitycznego, nie więc prostszego nie było, jak te tylko co wymienione ogniska o charakterze tkanki granulacyjnej specyficznej rozpoznać jako zmiany syfilityczne tkanki tłuszczowej. Jakkolwiek przekształcenie się tkanki tłuszczowej w tkankę granulacyjną, czy to gruźliczą jest nam tak dobrze jakby wcale nieznanem, ponieważ przy tych sprawach chorobowych, jeśli nawet są one głęboko w tkance podskórnej zlokalizowane (*scrophuloderma, syf. nodosa*) zmiany specyficzne znajdujemy zazwyczaj w terytorium tkanki łącznej, podskórnej i międzyprzestrzeniowej, nie zaś w samej tkance tłuszczowej, to jednak *à priori* nie mamy prawa odrzucić możliwości, że zarazek syfilityczny lub gruźliczy, znajdując się w tkance tłuszczowej, może nadać komórce tłuszczowej morfologiczne podobieństwo do komórki nabłonkowej lub olbrzymiej. Z drugiej jednak strony, chcąc na mocy obecności komórek olbrzymich i nabłonkowatych w obrębie samej tkanki tłuszczowej rozpoznać od razu tkankę granulacyjną specyficzną, musimy się liczyć z faktem, że w ostatnich kilku latach poznaliśmy w tkance

tłuszczowej t. zw. zmiany podobne do gruźlicy, nie mające jednak w istocie ze sprawą gruźliczą nic wspólnego, a polegające li tylko na charakterystycznym zaniku tkanki tłuszczowej, t. zw. zaniku bujania (*Wucheratrophie*). Ciekawy ten fenomen odegrał w ostatnich kilku latach niepoślednią rolę głównie z okazji dyskusyi, dotyczącej histogenezy erythema Bazin, cierpienia dotąd jeszcze w systemie nosologicznym nie ujętego w ścisłe ramy ani kliniczne, ani anatomiczne.

Podczas gdy jedni autorowie uważają to cierpienie za „tuberkulid” i na dowód pokrewieństwa tej sprawy z gruźlicą przytaczają między innymi te właśnie podobne do gruźlicy zmiany anatomiczne, inni nie widzą w tych zmianach żadnej skazówki na charakter gruźlicy tej sprawy chorobowej, lecz sprowadzają ją wyłącznie do zaniku bujania tkanki tłuszczowej, nie wyłączając jednocześnie prawdopodobieństwa, że pewne przypadki, rozpoznawane jako erythema Bazin, są istotnie pochodzenia gruźliczego, za czym przemawiają dane kliniczne, jak miejscowa reakcja na tuberkulinę—(JADASSOHN, MANTEGAZZA, HARTTUNG i ALEXANDER, SÖLLNER), częsta kombinacja z różnymi postaciami gruźlicy narządów i z *Lichen scrophulosorum* (JADASSOHN, RONA, SÖLLNER) pozytywne wyniki inokulacyi w niektórych przypadkach (THUIERGE i RAWAT C. TOX) oraz w niektórych przypadkach zmiany anatomiczne mniej lub więcej istotnie dla gruźlicy skóry charakterystyczne (HARTTUNG i ALEXANDER). Ze względu jednak na to, że te podobne do gruźliczych zmiany w tkance tłuszczowej podskórnej opisane zostały przeważnie tylko, albo w otoczeniu syfilitycznego schorzenia tkanki podskórnej, (*gumm* — KRAUS), albo też w *Erythème indinée* (KRAUS, HARTTUNG, ALEXANDER, HIRSCH), sprawie chorobowej, której związek z gruźlicą, przynajmniej w wielu przypadkach nie



ulega dziś wątpliwości, słowem, zawsze tylko tam, gdzie proces specyficzny odgrywał pewną rolę, a tem samym wpływ tegoż na to ciekawe anatomiczne ukształtowanie tkanki tłuszczowej nie dał się z wszelką pewnością odrzucić, więc zupełna niezależność od spraw natury specyficznej tych zmian gruczołopodobnych nie mogła być uważaną za rzecz dowiedzioną. Przeciw bowiem temu, że już same warunki zdolne do wywołania zwykłego zaniku tkanki tłuszczowej, są w stanie wywołać w niej również zmiany, podobne do zmian gruczołowych, przemawiała ta okoliczność, że, jak się przekonamy niżej, żadnemu z autorów, którzy badali eksperymentalnie różne stany czysto zanikowe lub zapalne tkanki tłuszczowej, nie udało się skonstatować mimo wyraźnych zmian zaniku bujania — obrazów które by choć na najdalsze podobieństwo do zmian gruczołowych wskazywać mogły. (CZAJEWICZ, FLEMMING, SCHIDACHI).

Chcąc się zatem przekonać, czy w sprawach, nie mających z syfilisem i gruczołami nic wspólnego, mogą istotnie w tkance tłuszczowej wystąpić obrazy mające uderzające podobieństwo do tkanki granulacyjnej specyficznej — przystąpiłem, zachęcony przez prof. JADASSOHNĄ, do oświetlenia tego punktu w drodze eksperymentalnej, badając tkankę tłuszczową w różnych stadiach zapalenia przewlekłego, wywołanego sztucznie.

Zmiany w tkance tłuszczowej podskórnej w stanie ostrego zapalenia były eksperymentalnie badane przez CZAJEWICZĄ i FLEMMINGĄ.

W roku 1866 ogłosił CZAJEWICZ bardzo ważną pracę, dotyczącą fizyologicznej roli tkanki tłuszczowej podskórnej w ustroju. W celu przekonania się, czy zupełnie rozwinięte komórki tłuszczowe zdolne jeszcze są

do tworzenia nowych młodych komórek, czy też utraciły one już zupełnie tę zdolność twórczą i służą jeszcze tylko jako martwe pokłady, autor ten wywoływał eksperymentalnie u królików zapalenie przez wprowadzanie pod skórę ciał obcych (trociny, ziarenka prosa, gorczycy i t. d.) oraz przez wstrzykiwanie podskórne różnych płynów drażniących (*ol. crotonis tinct. Cantarid*, roztwór LUGOLA i t. p). Badając w ten sposób otrzymane preparaty po 24 godzinach, CZAJEWICZ nie mógł skonstatować młodych, nowoutworzonych komórek tłuszczowych, tkanka tłuszczowa jednak była już zmienioną w kierunku początkowego zapalenia o tyle, że stare komórki tłuszczowe zawierały już po 2—3, a nawet więcej jąder, zawartość ich była mętna, ziarnista, z jedną lub częściej kilkoma kroplami, otoczka zaś komórek bez zmiany. Już jednak po 2 dniach przestrzeń komórki tłuszczowej pomiędzy kroplą tłuszczu a otoczką komórki wypełniona była młodemi komórkami, których wygląd przypominał młode komórki łączno-tkankowe lub ropne. Te młode nowoutworzone komórki przylegały bezpośrednio do siebie na wzór komórek nabłonkowych, każda z nich posiadała wyraźne kontury i jądro, leżące w delikatnie ziarnistej komórce. Na mocy tego zaobserwowania przychodzi CZAJEWICZ do wniosku, który przed nim przez nikogo wypowiedzianym nie był, mianowicie, że komórki tłuszczowe pod wpływem pewnych substancji drażniących są zdolne do wytwarzania w obrębie własnej plazmy młodych elementów komórkowych, podobnych do młodych komórek łączno-tkankowych.

Wyniki badań CZAJEWICZĄ zostały w zupełności potwierdzone przez FLEMMINGĄ, który się po nim w całym szeregu prac sprawą tą bardzo dokładnie zajmował. FLEMMING badał z początku zmiany w tkance tłuszczowej pod-



skórnej zwierząt, które poddawał przedtem głodzeniu, a następnie powtórzył doświadczenia CZAJEWICZA, wprowadzając zwierzętom podskórnie różne ciała obce, oraz wstrzykując im przeważnie roztwór LUGOLA. Ku wielkiemu swemu zdziwieniu mógł on skonstatować, że zmiany w tkance tłuszczowej w obu szeregach doświadczeń, przy głodzeniu, i przy sztucznym zapaleniu były zupełnie identyczne, a mianowicie wykazywały li tylko różne postaci tego, co FLEMMING wogólności nazywa zanikiem, rozpoznając w nim cztery typy.

Pod „z a n i k i e m z w y k ł y m” (Einfache Atrophie) pojmuje FLEMMING taki stan tkanki tłuszczowej, przy którym komórka tłuszczowa zmniejsza w całości swą objętość, protoplazma zanika wślad za zanikiem kropli tłuszczowej, przyczem w komórce żadnej wolnej przestrzeni dostrzedz nie można.

Z a n i k s u r o w i c z y (Seröse Atrophie) przedstawia się w ten sposób, że pomiędzy kroplą tłuszczową a otoczką komórki pozostaje wolna przestrzeń, która się wypełnia przezroczystym płynem; z początku zmniejsza się tylko kropla tłuszczowa, otoczka zaś plazmatyczna zachowuje swoje pierwotne kontury, poczem sama się zwięża.

To, co FLEMMING nazywa z a n i k i e m b u j a n i a (Wucheratrophie), polega w zasadzie na następującem: w pierwotnej komórce tłuszczowej zjawia się kilka lub wiele jąder; jądra te albo leżą w ogólnej plazmie komórki bez wzajemnego odgraniczenia, albo też każde jądro lub tylko niektóre z nich otoczone są wyraźnie odgraniczoną bryłą protoplazmy, tak że cała przestrzeń pierwotnej komórki tłuszczowej robi wrażenie, jak gdyby była wypełniona ogromną nieraz ilością komórek małych, młodych, wewnątrz komórki macierzystej powstałych. W zarodki wielu z tych młodych nowoutworzonych komórek daje się przy poruszaniu śrubą mikro-

metrycą zauważyć budowa delikatnie wodniczkowata; inne znów komórki wykazują większe lub mniejsze kropelki tłuszczu, t. zw. krople poboczne („Nebentropfen”), które według FLEMMINGA mają być tłuszczem, powstałym wtórnie wewnątrz zarodki komórek nowoutworzonych. Gdy liczba nowoutworzonych komórek, względnie jąder, jest bardzo znaczną, otoczka komórki macierzystej pod wpływem zwiększonego napięcia pęka i wartość jej przedostaje się nazewnątrz. Wtenczas w miejscach, które uległy temu zanikowi (nigdy jednocześnie na całej przestrzeni tkanki tłuszczowej!), tkanka tłuszczowa ztraca zupełnie swój pierwotny wygląd i na jej miejscu widzimy szereg porozrzucanych jąder i różnokształtnych komórek. Te ostatnie nazywa FLEMMING k o m ó r k a m i z a n i k u b u j a n i a (Wucheratrophische Zellen).

W ostatniej swojej pracy wspomina FLEMMING jeszcze o „z a n i k u k o ń c o w y m” (Schlussatrophie), przy którym tkanka tłuszczowa traci zupełnie właściwe sobie cechy, ustępując miejsca młodej tkance łącznej. Według FLEMMINGA ulega zanikowi zazwyczaj tylko pewna część tkanki tłuszczowej, która też rzadko przedstawia jedną postać zaniku, natomiast przeważnie kilka postaci obok siebie.

W przeciwieństwie do badań powyższych autorów własne moje badania polegały głównie na studyowaniu tkanki tłuszczowej podskórnej w s t a n i e z a p a l e n i a c h r o n i c z n e g o, ponieważ to ostatnie dotąd zupełnie uwzględnione nie było, na drodze eksperymentalnej, a wszystkie sprawy chorobowe tkanki podskórnej, które w literaturze klinicznej ostatnich kilku lat odegrały tak ważną rolę ze względu na wybitne w nich zmiany tkanki tłuszczowej, należą wyłącznie do spraw przewlekłych. Doświadczenia moje przeprowadzałem na białych szczurach, królikach i świnkach morskich. Szczurom wstrzykiwa-



łem głęboko pod skórę grzbietu 25%-ową Jodipinę, królikom roztwór LUGOLA i 5%-wą zawiesinę kalomelu w płynnej sterylizowanej parafinie, morskim świnkom wprowadzałem głęboko pod skórę Aleuronat w proszku; prócz tego szczury otrzymywały podskórne wstrzyknięcia płynów, rozpuszczających tłuszcz martwy, w pierwszym rzędzie eteru, inne zaś dla kontroli benzol i chloroform. Wycięcia miejsc w których wstrzyknięcie nastąpiło, dokonywałem w różnych okresach czasu pomiędzy 5—70 dniem od chwili wstrzyknięcia. Chcąc wywołać naciek chronicznie zapalny, postępowałem rozmaicie: w jednej seryi doświadczeń zwierzęta otrzymywały podskórnie odrazu większą ilość ciała obcego (1—3 gr. Jodipiny,  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  gr. LUGOLA), w drugiej seryi wstrzykiwałem codziennie jednakową bardzo małą ilość płynu kroplami aż do 70-go dnia i, gdy powstawały wyraźne stwardnione nacieki, wycinałem je w różnych okresach czasu; w trzeciej wreszcie seryi wstrzykiwałem za pierwszym razem taką samą dużą dawkę, jak i w pierwszej seryi i następnie, po upływie 5-ciu dni do miejsc nacieczonych, dawałem codziennie po 1—2 kropli.

Badanie skrawków, pochodzących z różnych seryi przekonało mnie, że zmiany, jakie mogłem skonstatować w różnych okresach nie przedstawiały pewnej prawidłowości, zależnej od techniki postępowania, a więc preparaty z I-ej seryi nie różniły się zasadniczo od preparatów z seryi II lub III, wyciętych w tym samym okresie czasu po wstrzyknięciu, a obrazy mikroskopowe dwóch różnych nacieków, pochodzących z tej samej seryi doświadczeń i wyciętych w jednakowym czasie po wstrzyknięciu nie były zupełnie identyczne. Dlatego też, aby nie komplikować sprawy, wybrałem z całego szeregu preparatów te tylko, które uważałem za najbardziej charakterystyczne, poprzestając na podaniu mniej więcej czasu, jaki upłynął pomiędzy

pierwszym zastrzyknięciem, a wycięciem nacieku. Ponieważ rezultaty, jakie otrzymałem przy doświadczeniach nad białymi szczurami najbardziej odpowiadają zmianom, opisywanym przy różnych cierpieniach podskórnej tkanki tłuszczowej człowieka, w pracy niniejszej ograniczam się wyłącznie do podania wyników, otrzymanych przy doświadczeniach nad białymi szczurami.

**Białe szczury.** Wycięcie nacieku pomiędzy 5—13 dniem po iniekcji. Miejsce, przeznaczone do wycięcia przedstawiają się, jako mniej lub więcej odgraniczone nacieki o miernej konsystencji. Po nacięciu wydziela się kilka kropli oleistej cieczy, w której chemicznie dają się wykazać ślady jodu.

Górna warstwa tłuszczu, leżąca tuż pod skórą, wykazuje na skrawkach, zatopionych w parafinie, wskutek rozpuszczenia się tłuszczu bardzo liczne jasne puste przestrzenie o konturach kolistych, odpowiadające pierwotnym komórkom tłuszczowym. Przestrzenie te dotykają się wzajemnie swymi konturami tylko miejscami, przeważnie zaś są one od siebie jakby odepchnięte, a przestrzeń je oddzielająca wykazuje bardzo liczne jądra różnego kształtu. Jedne z tych jąder są podłużne lub owalne, ubogie w chromatyne i zawierają w swym środku wyraźne jąderko. Inne są okrągłe i silniej zabarwione. W wielu miejscach wskutek silnego rozmnożenia się jąder budowa tkanki tłuszczowej traci swój charakter: granice komórek tłuszczowych zostały zatarte, całe pole widzenia przedstawia się jako siatka o dużych okach, wypełnionych licznymi jądrami, w której obok włókniaka, występującego obficie przy zabarwieniu metodą WEIGERTA, łatwo jest rozpoznać podłoże protoplazmatyczne o budowie delikatnie wodniczkowej, blado barwiące się eozyną. Znacznie silniejsze zmiany i większe odchylenie od normalnego typu wykazuje druga, głę-



biej leżąca warstwa tłuszczu, w a r s t w a p o d p l a t y z m o i d a l n a. Jest to ta warstwa tłuszczu w skórze szczura białego gdzie tłuszcz pod wazkim, poprzecznie prążkowanym mięśniem skóry (*Platysma*) tworzy znacznie szerszy i bardziej jednolity podkład od warstwy górnej, warstwa ta odpowiadała by właściwej podskórnej tkance tłuszczowej człowieka.

Ta podplatyzmoidalna tkanka tłuszczowa robi wrażenie, jak gdyby w wielu miejscach była porozrywana. Powiększone światła pierwotnych komórek tłuszczowych wypełnione są w zupełności licznymi podłużnymi i okrągłymi jądrami, leżącymi w blado zabarwionej masie plazmatycznej bez wzajemnego odgraniczenia. W innych miejscach widzimy większe, nieprawidłowo wzdłuż wyciągnięte wydrążenia (*Hohrläume*), które tylko w kątach zawierają w znacznej liczbie wyżej opisane jądra, porozrzucane w bryłkach zarodki, pozbawionej wyraźnych konturów; środek zaś tych wydrążeń jest zupełnie próżnym. Całkowite pole widzenia wskazuje na to, że wydrążenia te powstały przez zlanie się obok leżących komórek tłuszczowych, w których z jednej strony resztki plazmy i jąder uległy bujaniu, z drugiej zaś znikły otoczki. Miejscami widzimy dwa obok siebie leżące, przeważnie zwiększone światła komórek tłuszczowych, oddzielone od siebie delikatną przegrodą, stanowiącą cieniutkie pasmo włóknistej tkanki łącznej, która bądź zachowana jest w całości, bądź też jest już w pewnej swojej części naderwana, jakby pęknięta. Niektóre z tych światel wypełnione są nieregularnie leżącymi odłamkami plazmy z jądrami, inne zaś wysłane są tymi tworcami tylko na obwodzie, na podobieństwo śródbłonna. Tu i owdzie leży duże wydrążenie o nieregularnych zarysach, zawierające w swoim świetle bezładnie rozrzucone odłamki proto-

plazmy i jąder, w innych zaś wydrążeniach tworzą te sterczą w postaci wyrostków ku światłu. Tylko w nielicznych miejscach pola widzenia spotykamy zamiast tkanki tłuszczowej liczne blade, wyraźnie zarysowane wielokątne komórki, wypełniające światła komórek tłuszczowych, które na podobieństwo komórek nabłonkowych dotykają się wzajemnie bez jakiegokolwiek substancji międzykomórkowej.

Główne zatem zmiany, jakie tutaj pod mikroskopem zaobserwować można było, polegają na tem, że prócz objawów zapalnych tkanki międzyprzestrzeniowej, wystąpiły właściwe zmiany tkanki tłuszczowej, a mianowicie młode komórki, powstałe z resztek protoplazmy i jąder pierwotnych komórek tłuszczowych, oraz osobliwe wydrążenia. W tych wybujałych resztkach zarodki i jąder, występujących bądź to w formie wyraźnych komórek, bądź to w postaci nieregularnych odłamków i strzępków zarodki z jądrami, przypominających komórki olbrzymie pochodzenia ciał obcych nie trudno jest rozpoznać ten stan zmienionej tkanki tłuszczowej, który nazywamy dziś zanikiem bujania.

Wydrążenia natomiast, których związek przyczynowy z zanikiem ku jamie wydaje mi się bardzo prawdopodobnym, odgrywają w moich preparatach skóry szczurzej wybitną rolę.

Naciek wycięty pomiędzy 13 a 21-y dzień po wstrzyknięciu, makroskopowo różniły się niewiele od nacieków wyżej opisanych. Badanie mikroskopowe natomiast wykazuje o wiele więcej posunięty zanik cech właściwych normalnej tkance tłuszczowej. W wielu miejscach wierzchniej warstwy tłuszczowej skóry nie znajdujemy już ani śladu komórek



11 medali na wystawach —  
w tem 5 złotych

**APTEKA**

Dyplom honorowy  
1908 r.

**E. GESSNERA**

w Warszawie, Jerozolimska 27, róg Kruczej  
stale gotowe posiada

Injectiones sterilisatae in ampulis

Atoxylum Gallic. 0,05—0,10

Atropin sulfuric. 0,0005 c. Morph. mur. 0,01.

Digalen Cloetta 1 C. C.

Hermophenyl 0,20.

Lecithin 0,05—0,10—0,50.

Secacornini 1 C. C.

Hydrarg arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03--0,06

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

Natr. nucleinic. 0,01

oraz wiele innych

Specyalne cenniki na żądanie gratis i franco.



# 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, Italjańska 14.

# BIOLACTYL

**FERMENT MLECZNY FOURNIER'A**

DOSTAWCY DO GŁÓWNYCH SZPITALI  
FRANCUSKICH.

**NAJPEWNIJSZY LEK PRZECIWKO:**

BIEGUNKOM ZAKAŻNYM,  
DYSENTERYI. ENTERITIS.  
ZAPALENIU WYROSTKA ROBACZKOWEGO.  
CHOROBY SKÓRNYM. WYPRYSKOM.

Flakon 60 pastylek 2.50. Główna Ajentura G. P O M M I E R, Petersburg, Italjańska 14.



**TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ**  
PEPSINE - DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA  
NIESTRAWNOŚĆ  
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).  
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT  
ZAPALENIE OKRĘŻNICY  
LECZENIE GRUŻLICY  
LECZENIE CHORÓB UMYSŁOWYCH  
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 PIŁULKACH.  
KRZYZWICA,  
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 ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—War-  
szawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odes-  
sa. Ż. Lerme i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—  
Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Ż. Lerme i Cie.—  
Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C<sup>ie</sup> 13 Boulevard de la Chapelle, PARIS  
PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

MACZKA

**NESTLÉ**

MLECZNA

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

**Borovertin Magistri Klave**

$(\text{CH}_2)_6\text{N}_4 \cdot 3\text{HBO}_2$

Przy Gonorrhœa, Pyelitis, Cysticis, w choro-  
bach nerek — wywiera dodatni, bez ubocz-  
nych działań, skutek. W proszku — w opakow.  
po 25 grm. W tabletkach à 0,5 grm. —  
w opakowaniu po 20 tabletek.

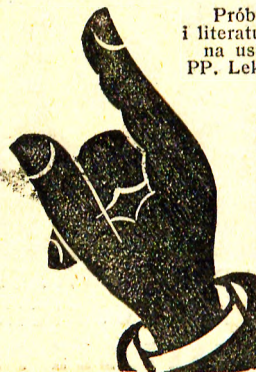
Próbki  
i literatura są  
na usługi  
PP. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE  
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.





tłuszczowych. W preparatach zatopionych w parafinie zamiast światel komórek tłuszczowych widzimy gęstą masę bezładnie rozrzuconych elementów komórkowych, które w ogólności wyglądem swoim odpowiadają komórkom, jakie widzimy głęboko w warstwie podplatysmoidalnej, gdzie również zamiast tkanki tłuszczowej znajduje się obfita masa komórkowa, leżąca w młodej włóknistej tkance łącznej. Silne powiększenie pozwala nam rozróżnić w tej gęstej masie komórkowej ściśle obok siebie leżące komórki dwójakiego rodzaju: młode wrzecionowate elementy, kształtem swoim najbardziej zbliżone do fibroblastów młodej tkanki granulacyjnej i pośród nich wielką ilość komórek wielokątnych i okrągławych. Jądra tych ostatnich leżą na obsadzie lub w środku komórki i w przeciwieństwie do zarodki, zabarwionej bardzo słabo, a miejscami niezwykle jasno błyszczącej, barwią się bardzo silnie. Przy dokładnym badaniu tych komórek nie trudno jest się przekonać, że pochodzą one od komórek tłuszczowych. Jesteśmy mianowicie w możności w niektórych z nich wykazać obecność wtórnie powstałego tłuszczu, t. zw. „kropki pobocznych” FLEMMINGA. W preparatach alkoholowych rozpoznajemy te kropki poboczne po jasnych otworkach, które przedstawiają się bądź to jako liczne, delikatne wodniczki lub pojedyncze, cokolwiek większe okrągłe otworki, leżące pośród zarodki komórek wielokątnych, bądź to jako otworki okrągłe lub półksiężycowate, leżące w protoplazmatycznych wypustkach elementów wrzecionowatych. Miejscami widzimy te komórki wielokątne w postaci gęstych ognisk, które ułożeniem swoim ściśle odpowiadają pierwotnym znacznie powiększonym komórkom tłuszczowym. W przeciwieństwie do komórek wrzecionowatych, przypominających młode elementy tkanki łącznej, które odpowiadały by

komórkom „zaniku końcowego” FLEMMINGA, komórki wielokątne odpowiadają tutaj najbardziej, komórkom „zaniku bujania”.

(C. d. n).

---

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.

(Ciąg dalszy—patrz Nr. 36).

O wartości rozpoznawczej odczynu W—A w a k u s z e r y i i p e d y a t r y i mówiłem już poniekąd w rozdziale o dziedzicznym syfilisie; dodam tu jeszcze, że dzięki próbie W—A udaje się nieraz rozpoznać właściwą przyczynę poronień (REINHARDT), wreszcie odczyn ten jako środek rozpoznawczy może być bardzo pożyteczny przy wyborze m a m e k.

Ze względu na ważność tej kwestyi, pozwolę sobie zatrzymać się na niej nieco dłużej.

Jak wiadomo, lekarz, któremu polecono zbadać mamkę w kierunku syfilisu, musiał dotychczas opierać swe wnioski wyłącznie na obrazie klinicznym i danych anamnestycznych.

Wobec tego jednak, że możemy mieć do czynienia w poszczególnym przypadku z okresem utajonym syfilisu i że do wywiadów niezawsze odnosić się można z całym zaufa-



niem, wyłączenie syfilisu nastęczało do odkrycia odczynu W—A wiele trudności.

Otóż tu otwiera się nowe pole dla tego odczynu.

Zbadawszy surowicę 104 położnic, OPITZ u 10 z nich, czyli że niemal w 10% otrzymał wynik dodatni, podczas gdy dwie tylko posiadały objawy kliniczne syfilisu.

BERGMANN znów na 25 mamek, które zgłosiły się do domu wychowawczego w Dreźnie, znalazł u 7 (=9,3%) wynik dodatni próby W—A, a wśród nich tylko dwie zdradzały nieznaczne objawy syfilisu.

A zatem, z badań powyższych dwóch autorów wynika, że u 9% — 10% mamek znajdujemy w surowicy wynik dodatni, czyli że co 10-a, 11-a mamka ma syfilis! (BERGMANN).

Zaiste liczby zastraszające!

Nie mogąc wprost pogodzić się z tym faktem, OPITZ przypuszcza, że podczas ciąży wytwarzają się w surowicy matki pewne substancje, które zachowują się tak, jak „reaktywne” syfilityczne.

Ale przypuszczenie to nie posiada żadnych podstaw, natomiast liczby powyższe zgadzają się z wynikami badań innych autorów: tak, LESSER na dowolnym dużym materiale sekcyjnym (794 przypadki) w 8,6% znalazł zmiany syfilityczne, podczas gdy za życia w większości tych przypadków syfilis przebiegał zupełnie skrycie. Według obliczeń znów BLASCHKI za rok 1889, 10% — 12% ludności Berlina była zarażona syfilisem.

Z powyższego wynika, że lekarz, któremu polecono zbadać mamkę, powinien prócz badania klinicznego dokonać obowiązkowo badania na odczyn WASSERMANN (BERGMANN, NEISSER i w. in.).

Ale dbając o zdrowie dziecka, powinniśmy nie mniej dbać i o zdrowie mamki i w przypadkach, podejrzanych co do syfilisu,

poddawać badaniu serologicznemu dziecko, ewentualnie jego rodziców (BLASCHKO, BRUCK, NEISSER-SIEBERT, BERGMANN).

Ilość badań serologicznych, dokonanych w cierpieniach krtani, nosa i uszu, jest dotychczas nieznaczną.

Badania te, dokonane w ozaenie, ani razu nie wykazały wyniku dodatniego, co z dużym prawdopodobieństwem pozwala wyłączyć syfilis jako moment etyologiczny powyższego cierpienia (EISENLOHR, v. ALEXANDER, v. SOBERNHEIM).

SOBERNHEIN zastosował metodę W-A dla odróżnienia anginy syfilitycznej od anginy VINCENTA.

Wreszcie, badania serologiczne BUSCHA wykazały, że tak zwane nerwowe osłabienie słuchu oraz otosklerozę często bywają na tle syfilisu.

Jako obiektywny środek określenia syfilisu odczyn W-A może mieć nieraz dużą wartość w sądowej medycynie.

Względnie rzadziej od innych specjalistów z odczynu W-A korzystają dermatolodzy, gdyż cierpienia syfilityczne skóry i widocznych błon śluzowych trudno zmieszać z jakimikolwiek innymi cierpieniami. Tylko gruźlica, rak i sporotrichoza nastęczają nieraz duże trudności przy odróżnieniu ich od gummatów: badanie na odczyn W-A może w tych razach znacznie ułatwić rozpoznanie.

Jednym słowem, w każdej niemal specjalności odczyn W-A jako środek rozpoznawczy znalazł duże zastosowanie.

Korzystając jednak z odczynu tego, powinniśmy pamiętać o dwóch rzeczach: primo, że tylko odczyn dodatni posiada znaczenie decydujące przy rozpoznaniu syfilisu, podczas gdy ujemny nie wyłącza go i secundo, że odczyn dodatni w surowicy wskazuje na cierpie-



nie ustroju, a nie narządu, innymi słowy, jeżeli u danego osobnika znajdziemy w surowicy wynik dodatni, to znaczy, że mamy do czynienia z syfilytykiem, ale z tego jeszcze nie wynika, aby cierpienie jego, które mu w danej chwili dolega, przypuścmy cierpienie krtani, musiało koniecznie zależeć od syfilisu: cierpienie to może być na tle syfilisu, ale nie musi.

### B. Rokowanie.

Zanim omówimy wartość prognostyczną odczynu WASSERMANN, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie: co pojmujemy pod słowem rokowanie w stosunku do syfilisu?

Otóż w każdym poszczególnym przypadku chory może nam zadać następujące pytania:

1) Czy i w ciągu jakiego czasu jest on zaraźliwy dla otoczenia?

2) Jaki przebieg będzie miało jego cierpienie?

3) Jak długo można się obawiać nawrotów? Czy wogóle w danym przypadku należy się obawiać w przyszłości poważnych cierpień, zwłaszcza wiađu rdzenia lub bezwładu postępującego, czy też są one wyłączone?

4) Czy jest on zdrowy, t. j. czy nie ma już syfilisu?

Rozpatrzmy po porządku każde z tych pytań.

1) Chory zadaje nam pytanie: Czy i w ciągu jakiego czasu jest on zaraźliwy dla otoczenia?

Chory dany jest wówczas zaraźliwy dla otoczenia, kiedy cierpienie jego syfilityczne umiejscowiło się na skórze, lub na błonach śluzowych, dostępnych dla otoczenia.

Zaraźliwość ta zwykle po kilku latach znika. Ale na pytanie to odczyn W-A nie daje odpowiedzi.

2) Również i na następne pytanie, t. j. jaki przebieg będzie miało cierpienie syfilityczne w danym przypadku, odczyn W-A nie potrafi nam odpowiedzieć, dotychczas bowiem nie udało się zauważyć jakiegokolwiek związku między siłą odczynu a ciężkością choroby: nieraz przypadki z nieznacznymi objawami dają silny odczyn i przeciwnie, w przypadkach bardzo złośliwych odczyn W-A może wcale nie występować.

3) Jak długo należy się obawiać nawrotów? Czy wogóle w danym przypadku grożą w przyszłości jakieś poważne cierpienia, zwłaszcza wiađu rdzenia lub bezwładu postępujący, czy też są one wyłączone?

Odpowiedź na powyższe pytanie zależy od tego, w jakim okresie syfilisu znajduje się dany osobnik.

Mowa tu, rozumie się, o okresach utajonych, gdyż w okresach jawnych dodatni odczyn W-A nie mówi nam więcej nad obraz kliniczny.

W okresie wczesnym utajonym odczyn W-A nie posiada żadnej wartości pod względem prognostycznym, gdyż ani z dodatniego ani z ujemnego wyniku próby nie można wyprowadzić żadnych wniosków co do dalszego przebiegu cierpienia nawet w najbliższej przyszłości. W okresie tym odczyn W-A jest bardzo zmienny, przeto nie należy zbyt straszyć chorego, o ile utrzymamy u niego wynik dodatni, ani też uspakać go w razie wyniku ujemnego.

Natomiast w okresie późnym utajonym na mocy dodatniego lub ujemnego wyniku odczynu W-A można wyprowadzić pewne wnioski.



Pozostaje nam zatem rozpatrzyć pod względem prognostycznym dwie ewentualności: 1) przypadki późnego utajonego syfilisu, w których występuje odczyn W-A i 2) także przypadki, w których odczyn W-A niewystępuje.

Cóż możemy odpowiedzieć na powyższe pytanie (3-ie) osobnikowi, którego syfilis znajduje się w okresie utajonym późnym a surowica reaguje dodatnio (pierwsza ewentualność)?

Czy możliwym jest, jak to niektórzy przypuszczają (HARTOCH - IAKIMOW, WEIL - BRAUN, FISCHER), aby odczyn W-A przetrwał sam syfilis, t. j. aby dany osobnik wyleczył się z syfilisu, a pomimo to pozostał dodatni odczyn W-A?

Zdaniem najpoważniejszych badaczy w dziedzinie serodyagnostyki syfilisu, jak NEISSER, BRUCK, CITRON, LESSER, BLASCHKO i w. in. odczyn dodatni próby W-A w braku objawów syfilisu z dużym prawdopodobieństwem przemawia za jego istnieniem.

Za tem, zdaniem ich, przemawiają następujące dane:

a) Pewna równoległość, jaka istnieje między odczynem W-A a klinicznymi objawami syfilisu (BLASCHKO, CITRON, LESSER i w. in.): w przypadkach z objawami prawie zawsze występuje odczyn W-A, który z ustąpieniem ich najczęściej znika po to tylko, aby wraz z nowymi objawami zjawić się na nowo.

b) Zgodność badań anatomicopatologicznych i serologicznych: w późnym okresie utajonego syfilisu znajdujemy odczyn W-A równie często (w 49%), jak zmiany syfilityczne na trupach osobników, których syfilis za życia przebiegał zupełnie skrycie (LESSER).

c) Wpływ swoistego leczenia na odczyn W-A (patrz rozdział IV):

1) wraz z posuwaniem się leczenia stopniowo znikają objawy jakoteż odczyn dodatni próby W-A (LESSER, HOENE, BLASCHKO, SPRINGER);

2) w przypadkach bez objawów pod wpływem leczenia również znika dodatni odczyn W-A (BRUCK, BLASCHKO, SPRINGER i w. in.);

3) w późnych okresach utajonego syfilisu odczyn W-A występuje rzadziej u dobrze niż źle leczonych.

Otóż te dane, które każą przypuszczać, że wynik dodatni odczynu W-A wskazuje na istnienie czynnego syfilisu.

Wracam do omówienia wartości prognostycznej odczynu W-A, biorąc na razie pod uwagę te przypadki, gdzie w późnych okresach utajonego syfilisu surowica reaguje dodatnio (I-a ewentualność).

Nad każdym syfilitykiem, którego surowica reaguje dodatnio, wisi jak miecz DAMOKLESA wład rdzenia i bezwład postępujący, wyraża się poetycznie LESSER.

Ze zdaniem tem nie zupełnie zgadza się BLASCHKO. Według niego, jeżeli w późnym utajonym okresie syfilisu występuje dodatni odczyn W-A, na fakt ten nie należy jeszcze zapatrywać się zbyt pesymistycznie, gdyż, jak wiadomo, w okresie tym istnieje sporo cierpień, zupełnie niewinnych, łatwo ustępujących pod wpływem leczenia.

Co prawda, wynik dodatni może również zależeć i od rozwijającego się wład rdzenia lub bezwładu postępującego, ale jest to tem nieprawdopodobniejsze, im więcej czasu minęło od początku zarażenia się wogóle, w tych przypadkach, gdzie po 15 — 20 latach po zarażeniu się nie wystąpiły jeszcze żadne objawy powyższych cierpień, tam z dużym prawdopodobieństwem możemy przypuścić, że one już nie wystąpią. (BLASCHKO).



W każdym razie, w przypadku tym bezwarunkowo należy zastosować leczenie swoiste. Jeżeli zaś pomimo leczenia, nawet kilkakrotnie stosowanego, próba W-A pozostaje dodatnią, albo też znika tylko czasowo, w tych razach, zdaniem BLASCHKI, należy przypuszczać, że rozwija się jakieś poważne cierpienie narządu wewnętrznego, niedostępne dla oka naszego.

4) Rozpatrzmy wreszcie ostatnie (4) pytanie: czy dany osobnik jest zdrow, t. j. czy nie ma już syfilisu?

Dotychczas, niestety, medycyna nie zna sposobu, aby z całą pewnością odpowiedzieć na powyższe pytanie.

Jednakże, o ile od zarażenia się minęło lat kilka i pomimo nie stosowania przez dłuższy czas leczenia swoistego nie występują żadne objawy syfilisu, o ile przytem badanie serologiczne, kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu dokonane (nigdy nie należy ograniczyć się do jednokrotnego badania), stale wykazuje wynik ujemny (II-a ewentualność), tam z dużym prawdopodobieństwem możemy mówić o wyleczeniu (LESSER, BLASCHKO, BRUCK, NEISSER i w. in.)

Kończąc rozdział niniejszy, pozwolę sobie omówić specjalnie jeszcze jedną ważną kwestyę, mianowicie: w jakich warunkach możemy pozwolić na zawarcie związków małżeńskich osobnikowi, który zaraził się kiedyś syfilisem?

Bezwarunkowo, w tych razach, kiedy z dużym prawdopodobieństwem

możemy przypuszczać, że dany osobnik wyleczył się z syfilisu (bo zupełnej pewności nigdy mieć nie możemy—patrz odpowiedź na 4-e pytanie), możemy mu również pozwolić na zawarcie małżeństwa (NEISSER, BLASCHKO).

Jakże postępować w tych razach, kiedy dany osobnik nie ma żadnych objawów syfilisu, a surowica jego reaguje dodatnio?

Wychodząc z założenia, że odczyn dodatni próby W-A w braku objawów syfilisu z dużym prawdopodobieństwem przemawia za jego istnieniem (patrz 3-cie pytanie: a, b, c), BLASCHKO bezwzględnie odradza wtedy zawarcia związków małżeńskich.

Nieco odmiennego poglądu na tę kwestyę jest NEISSER.

Według niego, w tych razach w każdym poszczególnym przypadku powinniśmy zastanowić się nad tem, czy dany osobnik może udzielić swój syfilis żonie względnie przyszlemu potomstwu, czy też nie.. i wówczas, kiedy zaraźliwość syfilisu jest prawie wyłączona, t. j. jeżeli od zarażenia się minęło przynajmniej kilka lat, zwłaszcza jeżeli przez ten czas leczenie było dokładnie prowadzone, zdaniem NEISSERA, możemy pozwolić na zawarcie związków małżeńskich ale z warunkiem, że dany osobnik jeszcze przed ożenieniem się podda się energicznemu leczeniu i że po zawarciu małżeństwa będzie je powtarzał tak długo, dopóki odczyn W-A nie będzie wykazywał stale wyniku ujemnego.

(D. n.).



## WYKŁAD KLINICZNY.

D-r Kurt Goldstein.

### O a f a z y i.

(Dokończenie — Zob. Nr. 36).

Ponieważ wyobrażenie o mowie może istnieć w świadomości bez spółdziału pół-ruchowych lub słuchowych w korze mózgowej i ono jest tem samem, czy słuchamy, czy mówimy, nie można go przeto w żaden sposób umiejscawiać słuchowo lub czuciowo, lecz musi posiadać w korze pole oddzielone od tamtych, jestto pole mowy (pole językowo psychiczne, Starch). Z jednej strony jest ono w związku z percepcyjnym polem akustycznym i sferą ruchową mięśni mowy, zaś z drugiej — z resztą kory, przedstawicielki „pojęć”.

Po takim przedstawieniu szkieletu budowy aparatu mowy, przechodzi autor do omówienia rozmaitych form afazyi. Afazyje podkorowe powstają skutkiem obrażenia okolic łączących pole mowy z obwodem. Przy afazyi podkorowej czuciowej percypowane podniety słuchowe nie dostają się do pola mowy — samo słyszenie jest normalne, przy takiejże afazyi ruchowej, pobudzenia wychodzące z pola mowy nie mogą być przeniesione na ogniska ruchowe mięśni mowy. Nawiasem dodamy, że jak wykazały nowsze badania (LADAME, BANTI, MONAKOW - LADAME) to podkorowej afazyi ruchowej, najczęściej towarzyszy obrażenie w okolicy pola Broca i to samo tyczy się afazyi czuciowej. W tych afazyach niema przeto zwyczajnego przerwania przewodnictwa, lecz zniszczenie okolic wyższego znaczenia. Do takiego poglądu skłania też rozumowanie psychologiczne. Drgnięcie łączące pole mowy ze światem zewnętrznym nie można uważać za zwyczajne przewodnictwo przez nerw słuchowy resp. początki nerwów mięśni mowy, lecz że na drodze tej znajdują się kompleksy skojarzeniowe. Zatem przemawia fakt, że nie słyszymy poje-

dyńszych szmerów, stanowiących wyraz, lecz jednolity wytwór dźwiękowy, że zatem mamy wyobrażenie akustyczne złożone, a pomimo to jednolite. Wszystko zaś co się przedstawia, jako jedność, stanowi przedtem już wytworzone kompleksy asocjacyjne; te giną przy podkorowej afazyi czuciowej. Podobnie rzecz się ma przy pobudzeniu ruchowym przez wyobrażenie mowy.

Afazyja korowa czuciowa i ruchowa nigdy prawie nie jest czystą i jednak komplikuje się zawsze objawami drugiej. Odjąwszy zaburzenia czysto czuciowe resp. ruchowe, pozostanie szereg objawów wspólny obu formom, polegających na zaburzeniach mowy wewnętrznej, na parafazyi w jej rozmaitych odmianach, na niemożności podania głosek wyrazu, na utrudnionem znalezieniu wyrazu, lecz nie w formie charakterystycznych dla afazyi czuciowej lub ruchowej zaburzeń pisanja i czytania. Ten charakter identyczny objawów plus jest wyrazem trzeciego, samodzielnego, często tylko z tamtymi kombinującego się zaburzenia. Psychologicznie jest to obrażenie wyobrażeń mowy. Przez rozluźnienie wzajemnego związku wyobrażeń mowy powstaje parafazyja wyrazowa.

Obrażenie wyobrażeń mowy może prowadzić do zaburzeń zrozumienia jej i dla tego nie brak ich przy t. zw. korowej afazyi ruchowej, lubo są mniej wybitne, aniżeli zaburzenia ruchowe, gdyż dla zrozumienia całość wyobrażeń wyrazów gra daleko mniejszą rolę, aniżeli dla mówienia. Ta różnica między zrozumieniem a mówieniem, objaśnia nas dla czego zaburzenia czuciowe przy afazyi ruchowej i rezyduarnych okresach korowej tak są niewydatne w porównaniu z ruchowymi.

Wyobrażenia mowy stanowią podstawę czytania i pisanja. Do tego, oprócz pewnych wyjątków, potrzebne jest rozłożenie wyobrażenia liter (przy pisanju) i złożeniu ostatnich na pierwsze (przy czytaniu). Czytanie i pi-



sanie jako później nabyte, podobnie jak inne czynności później nabyte, bardzo łatwo ulegają obrażeniu przy cierpieniu wyobrażeń mowy i dla tego należą do zwykłych zaburzeń afazy korowej. Zboczenia pisania i czytania napotyka się przy obu formach afazy.

Objawy zajęcia wyobrażeń mówienia dają obraz afazy przewodnictwa. Do objawów jej zalicza WERNICKE utrudnione powtarzanie za kim. Zaburzenia te podobnie jak objawy parafazy służą do objaśnienia mechanizmów asocjacyjnych, stanowiących podstawę wyobrażeń mówienia. Te zaś pośredniczą w stosunkach między mową i pojęciami. Między częściami mózgu, przedstawiającymi wyobrażeniami mówienia i wyobrażeniami przedmiotu, istnieje dwuznaczne przewodnictwo.

Odróżniano dwojakiego rodzaju zaburzenia stosunków między mową i pojęciami—transkortykalną ruchową i transkortykalną czuciową afazję i odpowiednio do tego podwójne połączenie między polem pojęć i polem mowy ruchowym i czuciowym. Typowe przypadki tego rodzaju nie zdarzają się jednak.

Podobnie jak obrażenie pojęć samych działać może przerwanie związków między polem pojęć i mowy, co wywołuje szereg innych przypadków afazy transkortykalnej. W tych przypadkach względnie nie są naruszone inne czynności pojęć. Znowu inne przypadki, zwłaszcza przy transkortykalnej afazy ruchowej, polegają na obrażeniu czynnościowym ośrodka Broca i pola mowy; tu pobudzenie zmysłowe nerwu słuchowego umożliwia czynność części obrażonej, a zatem powtarzanie czyjejs mowy, zaś zmysłowe pobudzenie pojęcia nie daje wyniku.

Pewna część transkortykalnych afazy ruchowych jest identyczną z afazją amnestyczną i powstaje w ten sam sposób.

Afazje transkortykalne wogóle nie polegają na zaburzeniach pojedynczych dróg przewodnictwa, lecz są produktem większego lub mniejszego upośledzenia stosunków między obu złożonymi polami skojarzeniowymi mowy i pojęć, lub samych pojęć, przyczem oba zaburzenia często kombinują się z sobą

i nieraz z obrażeniem pola mówienia. To objaśnia wielorakość przypadków afazy transkortykalnej i trudność określenia pojedynczych z nich.

Afazja amnestyczna, jak wiadomo, polega na tem, że wszelkie czynności mowy są nienaruszone, za wyjątkiem zdolności znalezienia wyrazów dla pojęć konkretnych. Objasnienie ubytku ośrodka lub drogi przewodnictwa nie jest wystarczające dla objaśnienia tego rodzaju afazy, która polega na czynnościowym obrażeniu stosunków między wyobrażeniami pojęć i mowy. Utrudnione znalezienie wyrazu napotyka się też przy najróżnorodniejszych afazyach, z powodu jednoczesnego uszkodzenia pola mowy, wywołując rozluźnienie związku między niem i polem stereopsychicznym. Takie rozluźnienie bez zaburzeń innych czynności pola mowy, sprawdza czystą afazję amnestyczną. Ta forma afazy nie jest prawie nigdy następstwem ciężkiego cierpienia ogniskowego, lecz bardzo delikatnych zmian kory mózgowej skutkiem spraw zanikowych.

Przy pisaniu i czytaniu grają rolę dwie sprawy zupełnie odmienne: poznanie liter jako tworów przestrzennych *resp.* reprodukcja formy przez ruchy i ich stosunek do wyobrażeń mowy. Przy mowie pisanej stosunek ten ulega może zaburzeniu w dwojaki sposób, skutkiem obrażenia wyobrażeń mowy i wtedy zaburzenia pisania okazują wyraźną zależność od zaburzeń mowy dźwiękowej, przyczem, gdy zaburzenia są lekkie istnieje tylko paralexia i paragraphia (czytanie i pisanie liter jeszcze znośne). Albo też stosunek między reprezentacją poznania i pisania liter i pola mówienia zostaje obrażony jak przy afazy amnestycznej, lub w grubszy sposób. Chorzy poznają litery jako takie, nie umiając ich nazwać; pisanie liter i kopowanie pozostaje nietknięte. Przy drugiej grupie zaburzeń mowy pisanej idzie o zaburzenia rozpoznania liter i ich reprodukcji, przytem moment przestrzennowy występuje na pierwszy plan. Przyjmowanie oddzielnego ośrodka pisania i czytania jest zbyt cenne, bo gdyby tak było, nie można byłoby czytać zmysłem dotyku, ani pisać kończyną dolną,



albo też trzeba było przyjąć oddzielne ośrodki dla tych czynności.

Nie brakuje wprawdzie całkiem przy okresach przypomnienia obrazów czysto wzrokowych i ruchowych czytania i pisania, lecz u większości ludzi w ogólnym życiu duchowym grają one rolę podrzędną, i daleko mniejszą, aniżeli obrazy przypomnienia słuchowe i ruchowe przy mowie dźwiękowej. To umożliwia, że przy mowie dźwiękowej rezydua czuciowe i ruchowe mogą być obrażone oddzielnie, bez zniszczenia słyszenia i ruchów mięśni mowy (Afazyja subkortykalna). W podobny sposób czysta alexia i agrafia subkortykalna powstać nie może. Nie polegają one nigdy na zaburzeniach percepcji wzrokowej, lecz na zaburzeniach w przeprowadzeniu postrzeżeń wzrokowo-zmysłowych i wyobrażeń przestrzennych. Dla tego też każdej aleksyi towarzyszyć musi ślepotą duchową, która będzie nieznaczną przy lekkich obrażeniach, przy których niemożliwe jest poznanie liter, lecz reszta poznania jest mało lub wcale nieuszkodzoną. Tej aleksyi odpowiada na polu pisania agrafia przewodnictwa, polegająca na tem, że nienaruszone wyobrażenia formy liter nie dają się przenieść na system mięśniowy. Ponieważ to przeniesienie odbywa się po tych samych drogach, po jakich przychodzą do skutku inne ruchy dowolne, przeto agrafii muszą zawsze towarzyszyć objawy apraktyczne (agrafia apraktyczna), przyczem pisanie własnowolne, pisanie za dyktandem i kopiowanie jest w wysokim stopniu upośledzone, ruchy do pisania są uniemożliwione jak przy ogólnej apraksji ruchowej.

Zaburzenia pisanie i czytania mają powstać bez zaburzeń mowy, skutkiem afekcji samych wyobrażeń przestrzennych. Przy tej formie pisanie własnowolne jest bardziej upośledzone od zdolności kopiowania, zmysłowe pobudzenie wyobrażeń przestrzennych przedstawia tu wielkie korzyści. Istnieje tu w różnych punktach stosunek odwrotny niż przy agrafii i aleksyi przewodnictwa; to zaburzenie transkortykalne tem się jeszcze

od nich odróżnia, że przy pierwszych chorzy wogóle nie wiedzą, co począć z literami widzianymi *resp.* nie wiedzą, jak mają pisać; zaś przy ostatnich formach, wiedzą jeszcze, że przy czytaniu idzie o literę, lecz nie wiedzą o którą, litery zamieniają; pisanie nie jest całkiem zniszczone, lecz litery zostają niedostatecznie wykonane.

Podstawą tej nowej teorii od afazyi stanowi pogląd psychologiczny. Gdy inne teorie (WERNICKE - LICHTHEIM), obok swoich zalet, wpłynęły hamująco na dalszy rozwój nauki, teoria psychologiczna pozostawia otwarte pole do dalszego postępu. Pytanie, który ośrodek, które przewodnictwo w danym przypadku cierpi, niema znaczenia, gdyż pomijając afazyje podkorowe (subkortykalne), wszystkie zaburzenia afatyczne są produktem obrażeń różnorodnych jedyne, wielkiego pola asocjacyjnego, zaś zaburzenia czytania i pisanie stanowią objawy częściowe rozległych zaburzeń ogólnych poznawania i działania. Każdy przypadek wymaga podstawowej analizy psychologicznej. Pytania anatomiczne nie zostały tu prawie nic poruszone, ponieważ nie stanowią dotąd karty zamkniętej, a głównie zaś dla tego, że mają znaczenie drugorzędne dla objawów afatycznych, przeważnie zaś dla zjawisk psychologicznych. Dopiero po zrozumieniu psychologicznem zaburzenia, można się zwrócić do umiejscowienia go. Zanim umiejscawiać, musimy wiedzieć, co mamy umiejscawiać. I dla tego analiza spraw normalnych jest podstawą dla zrozumienia spraw chorobowych. Postrzeżenie przedmiotu nie stanowi prostej sumy postrzeżeń pojedynczych, lecz jest połączeniem ich w jedną całość, to samo dotyczy wyobrażeń. Nie są one tem, co nam dostarcza pobudzenie zmysłowe *resp.* obrazy przypomnienia, lecz stają się tem, czem są przez przerobienie danego przez nasz umysł. Już KANT wyrzekł: lubo wszelkie nasze poznanie zaczyna się od doświadczenia, wszystko jednak nie wypływa z niego.

Teodor Heiman.



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

**Choroby weneryczne i skóry.****159. Jul. Iversen. (Petersburg). O leczeniu syfilisu przetworem Ehrlicha „606”.**

IVERSEN ogłasza swoje spostrzeżenia o leczeniu syfilisu przetworem EHRLICHA „606”. Technika przyrządzania samego leku była następująca: nadsyłany przez prof. EHRLICHA proszek zwilżano alkoholem metylowym, rozcierano i mieszano w 15 ccm. wody, a w tej ilości proszek względnie łatwo się rozpuszczał; do tego roztworu dodawano kilka centymetrów sześciennych normalnego ługu sodowego, nadmiar zaś ługu zobojętniano 1% kwasem octowym. Następnie rozcieńczano otrzymany przezroczysty płyn wodą destylowaną do 1% i ten roztwór zastrzykiwano. Bolesność zabiegu była łagodzona przez uprzednie zastrzyknięcie nowokokainy. IVERSEN stosował u swoich chorych następującą metodę zastrzykiwań: nasamprzód wprowadzał do żyły 0,4 — 0,5 arsenobenzolu, po upływie zaś 48 godzin śródmięśniowo 0,3—0,4. Ta nowa technika ma te dobre strony, iż środek, wprowadzony do żyły, wywiera od razu energiczne działanie, dawka zaś, zastosowana śródmięśniowo, jest tak niewielką, że nie wywołuje znaczniejszego odczynu.

Wedle spostrzeżeń IVERSENA dawka, używana przez innych autorów, a wynosząca 0,3 — 0,4 jest stanowczo niewystarczającą, gdyż, ażeby usunąć wszystkie objawy chorobowe, trzeba użyć minimum 0,6 środka.

Po dożylnem stosowaniu przetworu po upływie 2—3 godzin chorzy zazwyczaj dostawali dreszczów wstrząsających, które trwały mniej więcej pół godziny i były połączone z podniesieniem ciepłoty i bólami w kończynach. W niektórych przypadkach spostrzegano jednorazowe wymioty lub biegunkę; w wymiocinach nie udawało się wykryć śladów arsenu. Następnego dnia objawy te znikwały za wyjątkiem nieznacznego osłabienia ogólnego. Po śródmięśniowych zaś zastrzykiwaniach tworzyły się w mięśniach pośladdocków bolesne nacieki, które po upływie 4 — 6 dni ustępowały.

W 4 przypadkach, w których po 3 — 4 tygodniach od zastosowania środka, objawów chorobowych nie udawało się usunąć autor ponawiał zastrzyknięcie — powtórny ten zabieg chorzy znosili dobrze bez żadnych objawów ubocznych.

Ogólny stan wszystkich chorych, leczonych przetworem „606” znacznie się poprawiał, waga w większości przypadków przybywała, apetyt się wzmagał w dużym stopniu. Szybkość znikania objawów syfilisu według autora — jest zależną jedynie od stopnia zmian anatomicznych. Stwardnienia pierwotne i powiększone gruczoły chłonne miękły szybko, do zupełnego jednak wessania potrzeba było 3 — 4 tygodni. Najszybciej znikły wysypki plamiste, lepiej na błonach śluzowych, swoiste nieżyty gardła i powierzchowne owrzodzenia, gdyż w ciągu zaledwie kilku dni.

Wysypki grudkowe i krostkowe ginęły po 10 — 14 dniach, czasami i po dłuższym czasie. Grudki moknące przysychały w ciągu kilku dni, wysyły się jednak dość powoli; autor podaje dwa przypadki, w których wybijały lepiej naokoło otworu stolcowego po trzech tygodniach jeszcze się utrzymywały. Tak samo pod wpływem działania „606” goiły się szybko owrzodzenia gumatyczne, jak również wszelkie sprawy rozpadowe w przebiegu syfilisu dziedzicznego. Godzien zanotowania jest przypadek autora, w którym duże owrzodzenie gumatyczne na przedramieniu, trwające 10 lat i nie mające żadnej skłonności do zablizniania się, pod wpływem stosowania rtęci i jodu, po jednej iniekcji arsenobenzolu w ilości 0,5 zagoiło się zupełnie w ciągu trzech tygodni.

Zjawiający się u niektórych chorych po zastrzyknięciu odczyn HERZHEIMERA autor tłumaczy w ten sposób, że dawka użyta była za małą, by zabić wszystkie krętki i dlatego wywołała podrażnienie ich; to też i odczyn WAS-SERMANNĄ w takich razach wypadał zawsze dodatnio. Badania na krętki z owrzodzeń



pierwotnych i za pomocą punkcyi gruczołów chłonnych dokonywał autor przed i po zastrzyknięciu „606”. Otóż w 10 przypadkach, badanych tym sposobem, sok z gruczołów w 3 — 4 dni po dożylnem zastosowaniu środka nie zawierał zupełnie krętków białych, podczas gdy przed zastrzyknięciem było ich bardzo dużo.

Nawroty udało się autorowi spostrzegać w 2 przypadkach, przyczem przyczynę ich występowania widzi w zastosowaniu pierwotnie za małej dawki.

Co się tyczy odczynu WASSERMANN, który był robiony u chorych IVERSENA co 10 dni, okazało się, że odczyn ujemny zjawiał się po 20 — 40 dniach po zastrzyknięciu, w dwóch przypadkach nawet wystąpił wyraźnie już 8 i 10 dnia. Czasami jednak dodatni odczyn po zastrzyknięciu stawał się jeszcze wyraźniejszym i dopiero powoli przechodził w ujemny.

Autor ze swoich badań wyprowadza wniosek, że nowy przetwór EHRlich-HATA „606” działa swoiście na krętki blade i jest w stanie w bardzo szybkim czasie usunąć widoczne objawy choroby. Zupełnie jednak słusznie zaznacza, że dzisiaj zawczasie jeszcze jest wydawać ostateczny wyrok i że dopiero dalsze i dłuższe spostrzeżenia pozwolą nam ocenić zupełnie ściśle i krytycznie działanie nowego środka.

(Münch. med. Woch., Nr. 33, 1910).

Edward Bruner.

#### 160. Wechselmann. Spostrzeżenia nad 503 chorymi, leczonymi dioxydiamidoarseno-benzolem.

Przeprowadziwszy badania swe na 503 chorych, autor zauważył, że preparat EHRlichA już w dniu zastrzyknięcia lub na drugi dzień wywiera znakomity wpływ na ogólny stan chorych: odczuwają w sobie jakiś nadzwyczajny dopływ sił, iż, jak wyrażają się, mogliby wyrwać drzewa z korzeniem. Wkrótce po zastrzyknięciu zjawia się u nich uczucie, jakby się odrazu pozbyli swoich cierpień, które im nieraz całe lata dokuczały. Nie kiedy już w pierwszą noc po zastrzyknięciu znikają bóle w krtani i w kościach, co prawdopodobnie zależy od tego, że krętki blade szybko giną pod wpływem preparatu 606.

To cudowne działanie preparatu EHRlichA udaje się stwierdzić i obiektywnie: *plaque*; w jamie ustnej znikają już po 24 — 48 godz. po zastrzyknięciu i to nawet wówczas, kiedy chory nie przerywa palenia tudzież bez zastosowania jakichkolwiek środków miejscowych; owrzodzenia pierwotne bez miejscowego leczenia również szybko się goją. Względnie trudniej poddają się leczeniu twarde grudki skórne, jak to zresztą dotychczas bywało i przy stosowaniu innych środków, natomiast świetne wyniki autor otrzymywał w złośliwych postaciach syfilisu, w cierpieniach syfilitycznych narządów wewnętrznych oraz w syfilisie mózgu. Autor obserwował również pod wpływem zastrzyknięcia pewną poprawę w kilku przypadkach wiądu rdzenia: uczucie pasa, tępy trwający już od lat wielu ból głowy, straszne bóle międzybrowe — wszystko to znikło po zastrzyknięciu preparatu 606. W jednym przypadku powróciła *potentia virilis*, w innym znów w krótkce po zastrzyknięciu ustąpiło porażenie zwieracza pęcherza moczowego. Autor otrzymał również pewną poprawę w początkowych okresach bezwładu postępującego.

Żadnych poważnych powikłań W. nie obserwował. W dwu przypadkach leczonych za pomocą zastrzyknięcia preparatu w pośladki, wystąpiła pareza n. peronei, która obecnie poprawia się. U wielu chorych w ciągu pierwszych kilku dni po zastrzyknięciu spostrzegał zaparcie stolca, które przechodziło pod wpływem ławatyw, nie zaś środków czyszczących. Niektórzy chorzy uskarżają się na chęć wymiotowania, a w jednym przypadku rzeczywiście nastąpiły wymioty, które prędko przeszły: w wymiocinach znaleziono nieznaczne ślady arseniku. Jakiegoś wpływu lekarstwa na układ nerwowy autor nie zauważył.

Nigdy nie obserwował on porażenia mięśnia, opróżniającego pęcherz moczowy (*m. detrusor*), a na 90 przypadków, badanych w kierunku odruchu kolanowego, ani razu nie zauważył zniesienia tego odruchu.

Prócz syfilisu autor zastosował preparat 606 w jednym przypadku zimnicy, poczem napady nie powtarzały się. W jednym przy-



padku *limphosarcomatu*, którego nie można było operować, preparat EHRLICHĄ pozostał bez wpływu, również i w jednym przypadku u syfilityka, cierpiącego na łuszczycę (*psoriasis*), pod wpływem zastrzyknięcia nie zauważono żadnej poprawy w jego cierpieniu skór-  
nem. W jednym przypadku *lichen simplex chronicus* po zastrzyknięciu znikło swędzenie. 5 kobiet otrzymało preparat EHRLICHĄ w końcu ciąży — bez ujmy dla płodu.

Jednym słowem *dioxydiamido-arsenobenzol*, zdaniem WECHSELMANNA, nadaje się prawie bez wyjątku w najrozmaitszych postaciach syfilisu. Należy go również w pewnych granicach próbować i w cierpieniach parasyfilitycznych. Poważnych powikłań dotychczas bynajmniej autor nie obserwował.

(Deutsche Med. Woch., 1910, Nr. 32).

#### 161. Loeb. Doświadczenia z dioxy-diamido — arsenobenzolem Ehrlicha (606).

Autor zastosował preparat EHRLICHĄ u 35 chorych. Z początku przygotowywał on roztwór na sposób magdeburgski, mian.: 0,3 preparatu rozpuszczał w 10 ctm. sz. wody, do tego dodawał 2 do 2,5 ctm. sz. normalnego ługu sodowego, a następnie wody do 20 ctm. sz. ogólnej ilości; całą tę ilość w równych częściach zastrzykiwał w obydwą pośladki. Aczkolwiek w ten sposób stosowany preparat EHRLICHĄ, działał bardzo dodatnio na sprawę chorobową, ale z drugiej strony wywoływał bardzo silne bóle, trwające nieraz po kilkanaście dni. Mając to na uwadze, EHRLICH zmienił nieco stosowanie swego preparatu, dzięki czemu przy zastrzyknięciu chory prawie zupełnie nie odczuwał bólu. Według nowego przepisu EHRLICHĄ do 0.4—0.5 preparatu dodajemy  $\frac{1}{2}$  — 1 ctm. sz. wysokoku metylowego, rozpuszczamy go w wodzie, mieszamy z 5 do 8 ctm. sz.  $\frac{1}{10}$  NaOH do nasycenia i dolewamy wody od 25 do 30 ctm. sz. do ogólnej ilości; otrzymany w ten sposób jasno - żółty przezroczysty płyn w równych częściach zastrzykujemy w pośladki. Zwykle na 2 — 3 dzień po zastrzyknięciu daje się zauważyć pewna bolesność; w pośladkach znajdujemy dużo nacieczeń; są one bolesne na dotyk, tak iż chorzy muszą kłaść się na bok, cho-

dzenie jakoteż siedzenie jest utrudnione, ale już po 5 do 8 dniach bóle te powoli ustępują, pozostaje tylko pewna bolesność, która trwa jeszcze kilka dni. W większości przypadków autor spostrzegał podniesienie ciepłoty do 37.5 — 38.5 a w jednym nawet do 39,8. Zwykle zaraz po zastrzyknięciu ciepłota podnosiła się; na 2 — 3 dzień obserwowano znowu podniesienie ciepłoty, które na ten raz trwało dłużej. To pierwsze podniesienie się ciepłoty, prawdopodobnie, zależy od wchłaniania preparatu, a drugie wskutek tworzenia się nacieków. Krzywa tętna przebiega zwykle równoległe do krzywej ciepłoty. Objawów otrucia autor nie spostrzegał. Odczyn HERZHEIMERA przejawiał się niekiedy w bardzo znacznym stopniu. Działanie lecznicze środka EHRLICHĄ występowało nadzwyczaj szybko. Już na drugi dzień po zastrzyknięciu stwardnienia jako też grudki moknące zaczynały się pokrywać naskórkiem, różyczka bladła, grudki i lepieże zaczęły się szybko wchłaniać; bóle głowy i okostny znikły, gruczoły chłonne szybko zmniejszyły się. Po 6 — 12 dniach po zastrzyknięciu wszystkie objawy po większej części znikły. Stosowana przez autora dawka preparatu wynosiła 0.005 do 0.008 na kg. wagi chorego. Chorzy bez względu na wiek jednakowo dobrze znosili preparat, w większości przypadków spostrzegano nawet przyrost na wadze. W jednym przypadku, w którym co prawda zastosowano bardzo małą dawkę (0,14), autor obserwował nawrót w 17 dni po zastrzyknięciu.

W większości przypadków wpływu zastrzyknięcia na odczyn WASSERMANNĄ autor nie spostrzegał. — Co prawda trudno jeszcze obecnie sądzić, czy to szybkie znikanie objawów pod wpływem preparatu 606 oznacza wyleczenie, ale w każdym razie możemy śmiało powiedzieć, że w preparacie 606 posiadamy środek, który bez ujmy dla ustroju prędzej i energiczniej działa na objawy syfilityczne, niż wszelkie inne, dotychczas stosowane środki. Ale skuteczność działania środka 606 nie ogranicza się tylko do syfilisu.

Preparat ten działa bardzo dodatnio w tyfusie nawrotnym (Iversen), z czego należy wnosić, że preparat EHRLICHĄ wogóle



działa skutecznie w cierpieniach, zależnych od krętków. Prócz syfilisu autor zastosował preparat EHRLICHA w 2 przypadkach chorób skórnych (*verrucae planae juveniles i lichen simplex Vidalae*) z bardzo dobrym wynikiem, z czego wnioskuję, że preparat ten, prawdopodobnie, znajdzie zastosowanie w rozmaitych cierpieniach skórnych, zwłaszcza w tych, których arsenik dotychczas okazał się bezskutecznym.

(Münch. Med. Woch. 1910, Nr. 26).

### 162. O powikłaniach po zastosowaniu preparatu Ehrlicha (606).

BOHAČ i SOBOTKA (z kliniki prof. KREIBRICHA) zastosowali preparat 606 u 14 chorych, z których tylko jedenastu miało syfilis, pozostali trzej—inne cierpienia. U syfilityków po zastrzyknięciu preparatu zauważyli oni wistocie szybkie znikanie objawów chorobowych, ale w trzech z nich spostrzegali również bardzo poważne powikłania. Autorzy zaznaczają, że w przygotowaniu preparatu do zastrzyknięcia trzymali się ściśle przepisu, podanego przez EHRLICHA. Jeden z tych chorych otrzymał 0,65 preparatu, drugi 0,5, trzeci (chora) tylko 0,3. Prócz podwyższenia ciepłoty i silnych bólów miejscowych po zastrzyknięciu preparatu BOHAČ i SOBOTKA obserwowali u tych chorych następujące powikłania: 1) zatrzymanie moczu, trwające od jednego do 10 dni, ale i potem jeszcze oddawanie moczu było bardzo utrudnione, prócz tego u dwóch chorych znaleziono w moczu nieznaczną ilość białka; 2) we wszystkich trzech przypadkach zniesiony został odruch kolanowy i cały szereg zwykle badanych odruchów (z Achillesa, brzuszny, cremaster); przy późniejszych badaniach w dwu przypadkach udało się wywołać odruch kolanowy w siedzącym położeniu chorego; 3) w dwu przypadkach skonstatowano bolesne parcie na stolec, które trwało kilkanaście dni; we wszystkich trzech przypadkach obserwowano przez kilka dni zaparcie stolca?

Powyższe objawy autorzy objaśniają w następujący sposób: zniknięcie odruchów, zdaniem ich, przemawia za porażeniem pewnych ośrodków nerwowych, których siedliska należy szukać w rdzeniu; parcia na stolec

jakoteż zaparcia stolca autorzy stawiają w zależności od nerwowego podrażnienia, gdyż obiektywnie w przewodzie pokarmowym żadnych zmian nie zauważyli, wreszcie zatrzymanie moczu objaśniają oni porażeniem *m. detrusoris*.

Jaka przyczyna powikłań powyższych, których nikt przynajmniej dotychczas nie opisywał?

Zdaniem autorów fakt ten należy prawdopodobnie objaśnić sobie tem, że preparat 606 jest niestabilny: tak preparat ten, dostarczony im przez EHRLICHA, w jednym naczyniu był nasyconego koloru kanarkowego, w innym znów—koloru siarki. Prócz tego odgrywa tu zapewne pewną rolę i indywidualność, gdyż na 11 chorych, jakieśmy to zauważyli, tylko u trzech wystąpiły powikłania.

Na mocy powyższego autorzy ci radzą odnosić się do danego preparatu z dużą ostrożnością i nie przekraczać dawki 0,62 tembardziej, że po zastosowaniu nawet 0,3 wystąpiły w jednym przypadku bardzo nieprzyjemne powikłania, wyżej opisane.

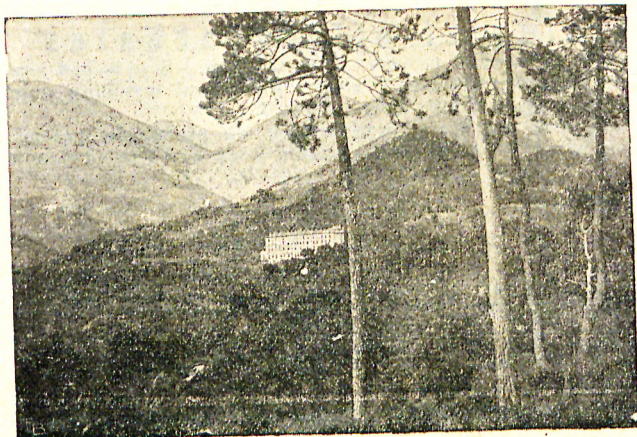
Zgadza się oni co prawda z tem, że preparat 606 szybko usuwa objawy chorobowe, jak zaś wpłynie na dalszy przebieg cierpienia i czy wogóle jest on w stanie i w jakiej dawce zabezpieczyć chorego od nawrotów, zdaniem ich, pokażą dopiero przyszłe badania. W każdym razie zauważono już jedno, co przemawia rozumie się na niekorzyść preparatu EHRLICHA, a mianowicie, że stosowany w małych dawkach nie zabezpiecza od nawrotów, a z drugiej strony jest w stanie wywołać bardzo nieprzyjemne powikłania.

EHRlich nie zgadza się z poglądem powyższych autorów, aby opisane przez nich powikłania zależały od jego preparatu. Zdaniem jego powikłania te powstały wskutek błędnego przygotowania preparatu do zastrzyknięcia, lub też, jak to przypuszcza SELLER, wskutek otrucia wyskokiem metylowym, dodanym do rozpuszczenia preparatu. Na poparcie swoich słów EHRlich przytacza cały szereg badaczy (FAUSER, HAUCK, LINSER, RILLE, SPIETHOPF i t. d.), którzy po zastosowaniu preparatu 606 w bardzo wielu przypadkach nig-



**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 dyetyczna. Leczenie indywidualne.

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

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.

## Hemogen Magistra Klawe

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

## Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.

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

## PIPERAZYNA MUSUJĄCA

Zawiera w załączonej do każdego słoika miarce 0,20 czystej Piperazyny.

MAGISTRA KLAWE.



# Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

**RENETOL** zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, 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 wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczanów i szczawianów.

**RENETOL Karpińskiego**

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

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

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

## Pracownia analityczno-lekarska

### D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 44-83.

## D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

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

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

### D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia

przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

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

## Nowo-karlsbadzka kuracja i nowo-karlsbadzkie kryształy

## Nowo-karlsbadzkie kryształy

# Dr. Brackebuscha

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

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

Poszukuję **WSPÓLNIKA - WSPÓŁPRACOWNIKA** do zakładu leczniczego pod Warszawą.

D-r Olechnowicz  
poczta Marki Warszawskie.

**OSADA KRASNOBRÓD POW. ZAMOJSKIEGO**

poszukuje lekarza. Subsydium roczne Rb. 500. Wiadomość w urzędzie gminnym. Poczta na miejscu.



dy nie spostrzegali powikłań, obserwowanych przez BOHAČA i SOBOTKĘ.

Zbijając zarzuty, czynione przez EHRLICHA, czescy badacze jeszcze raz zwracają uwagę, że przy przygotowaniu preparatu trzymali się ściśle wskazówek EHRLICHA; co się zaś tyczy otrucia wyskokiem metylowym, to daje on objawy odmienne od tych, które oni spostrzegali, iż, zdaniem ich, objawy przez nich opisane, były jednak skutkiem stosowania preparatu 606.

W końcu autorzy przytaczają trzy przypadki, w których w stosunkowo krótkim czasie po zastosowaniu preparatu 606 w ilości 0,3 wystąpiły bardzo poważne nawroty.

(BOHAČ i SOBOTKA, Wien. kl. Woch., 1910, Nr. 30. EHRLICH, Wien. kl. Woch., 1910, Nr. 31. BOHAČ i SOBOTKA, Wien. klin. Woch., 1910, Nr. 31).

#### 163. Kalb. O nowem barwieniu krętków białych.

Barwnik, podany przez autora, składa się z eozyny 0,5, wysokoku (70°) 50 i triazidu 30,0. Roztwór ten powinien być przezroczysty bez osadu. Przed użyciem należy go zmieszać. Do badań bierzemy zwykle surowicę, otrzymaną z owrzodzeń lub lepieży (REISERUM). Preparat przeprowadzamy przez płomień albo wysuszamy na powietrzu; kilka kropli wzmiankowanego roztworu nalewamy na preparat i zagrzewamy na ogniu do pary, następnie przemywamy go wodą i słabym kwasem octowym. Preparat powinien być przezroczysty, blade czerwony. Pod drobnowidzem widzimy tło czerwone, krętki zaś i wogóle bakterye — białe. Zdaniem autora, barwienie to ma duże zalety, gdyż zajmuje

niewiele czasu ( $\frac{1}{2}$  — 1 minuty), łatwe jest do wykonania, a sam barwnik jest tani.

(Münch. Med. Woch., 1910, Nr. 26).

#### 164. Hoffmann. O azurolu w leczeniu syfilisu.

Azurol (*asuroł*) jest to podwójna sól, składająca się z sodu amidooksymasłowego i salicylanu rtęci. Zawiera 40,3 metalicznej rtęci. Działa bardzo szybko we wszelkich okresach syfilisu i w złośliwych jego postaciach. Zastrzyknięta przed wystąpieniem objawów ogólnych zabezpieczała od nich. Preparat ten należy stosować w 5% roztworze co 2 dzień do zniknięcia objawów, ze względu zaś na szybkie wydzielanie się jego z ustroju, dla uniknięcia nawrotów, HOFFMANN radzi zakończyć leczenie kilkoma szpryckami olejku szarego. Pod wpływem zastrzykiwania azurolu zjawia się leukocytoza, co, zdaniem STERNA, wywiera dodatni wpływ na leczenie syfilisu.

Z objawów ubocznych należy wspomnieć o bólach w kończynach dolnych, występujących niekiedy po zastrzyknięciu i trwających nieraz 2 — 3 dni, bólach brzucha w połączeniu z lekką biegunką i o lekkim podrażnieniu nerek (białkomocz, wałeczki). Objawy te wogóle rzadko występują i prędko mijają. Niekiedy wkrótce po zastrzyknięciu daje się zauważyć obrzęk dziąseł, szybko przechodzący. Nacieków przy stosowaniu azurolu nie spostrzegano. Preparat ten nadaje się przeważnie w tych przypadkach, gdzie potrzebne jest szybkie działanie rtęci.

(Med. Klinik 1910 Nr. 27).

Springer.

## Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne 17 maja 1910.

Leon KRYŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Dalsze przyczynki do operacyjnego leczenia choroby GRAVESA-BASEDOWA”. Prele-

gent przytoczył statystykę wyników leczenia operacyjnego choroby GRAVESA chirurgów HEINECKA, KOCHERA i MAYO, z których widać, że wyleczenie nastąpiło u 70% — 80% opero-



wanych chorych; śmierć nastąpiła w 4% — 5,6%. Daleko gorzej przedstawia się statystyka internistów według STERNA. Na 100 zebranych wypadków zupełne wyleczenie nastąpiło tylko w 18%. Cyfry mówią same za siebie. Następnie KRYŃSKI demonstrował chorą, operowaną 3 tygodnie temu z powodu choroby BASEDOWA. Przytoczywszy historię choroby demonstrowanej chorej przed i po zabiegu, wykazuje wybitną poprawę zarówno stanu subiektywnego, jak i obiektywnego chorej.

W dyskusji Stanisław KOPCZYŃSKI podkreśla wybitną subiektywną poprawę u przedstawionej chorej (brak lęku, uczucia gorąca, uderzeń do głowy, drżenia wewnętrzznego) przy względnie nieznacznym polepszeniu przedmiotowym, a zwłaszcza przy trwającej pobudliwości układu naczynio-ruchowego. Uważa, że i osiągnięta poprawa warta była zabiegu chirurgicznego.

PULAWSKI zwraca uwagę, że chorzy KRYŃSKIEGO zawczasie po operacji (4 tygodnie) wracają do swoich zajęć. To może wpłynąć niekorzystnie na skuteczność zabiegu operacyjnego. Chorzy KOCHERA zwykle przez parę miesięcy znajdują się nie tylko pod obserwacją lekarską, ale są odpowiednio leczeni. Następnie PULAWSKI zaznacza, że mając do czynienia ze znaczną liczbą chorych na cho-

robę GRAVESA, doszedł do przekonania, że leczenie wewnętrzne nie przynosi korzyści w poważnej liczbie przypadków, nie chroni od nawrotów, a stosowane zbyt długo, zmniejsza lub unicestwia szanse, jakie dałyby się osiągnąć przez operację. KOZERSKI, nawiązując przemówienie do demonstrowanego na przeszłym posiedzeniu preparatu gruczołu tarczowego, gdzie KRYŃSKI znalazł wylewy i kruchość tkanek po naświetlaniach, co uważa za przeszkodę do operacji, przypuszcza, że w danym przypadku tkwił jeszcze odczyn z powodu naświetlania. Należy więc przystępować do operacji po zniknięciu wpływów naświetlań, mniej więcej w 3 do 4 tygodni.

KRYŃSKI w odpowiedzi KOPCZYŃSKIEMU zwraca uwagę, że KOPCZYŃSKI nie docenia zanotowanych własnoręcznie na karcie szpitalnej zmian na lepsze w danym przypadku. Między innymi KOPCZYŃSKI zanotował, że po 5 nachyleniach puls chorej przed operacją wynosił 146, po operacji zaś po 5 nachyleniach wynosił 126 uderzeń. Szerokość szpary ocznej również się zmniejszyła. Uznając za słuszne żądanie PULAWSKIEGO, prelegent zaznacza, że w naszych warunkach szpitalnych niemożliwą jest rzeczą zatrzymywać chorych takich na dłuższy przeciąg czasu w szpitalu po zabiegu operacyjnym.

*Tadeusz Wilczyński*

## Wiadomości bieżące.

— Podajemy w dosłownym brzmieniu świeżo wydany okólnik Minist. spraw Wewn. do naczelnych lekarzy szpitalnych w sprawie sekcji.

§ 1. Sekcye ciał osób zmarłych w zakładach leczniczych mogą się odbywać wyłącznie z zezwolenia lekarza naczelnego i w przypadkach bezwarunkowej konieczności dokładnego ustalenia postaci chorobowej.

§ 2. Zezwolenie na wykonanie sekcji nie może nastąpić o ile w ciągu 24 godzin od chwili śmierci zwróci się do naczelnego lekarza pozostały małżonek lub ktokolwiek

z krewnych w linii wstępującej lub zstępującej lub też z braci i sióstr z piśmienną lub ustną prośbą o niewykonywanie sekcji.

§ 3. Prawidła, zawarte w § 1 i 2 nie rozciągają się na przypadki, w których prawo przewiduje sekcję sądową.

Okólnik powyższy redukuje do zera możliwość dokonywania sekcji naukowej. Nie mówiąc już o tem, że przewiduje zależność jej dokonania od bezwarunkowej konieczności dokładnego ustalenia rozpoznania, co z punktu widzenia naukowego niczem nie jest usprawiedliwione, gdyż rozpoznanie kliniczne, a anatomiczne są częstokroć zupełnie odrębne-



mi pojęciami, postawienie lekarzy w zależności od krewnych chorego, ludzi ciemnych, częstokroć, poważnie odbić się może na postępkach naszej wiedzy, której podwaliną jest anatomia patologiczna. Co zresztą za materiały będą miały prosektorya uniwersyteckie, jeżeli wolno będzie usuwać nieraz najciekawszy materiał sekcyjny z przed oczu studentów. Zdaje nam się, że w tak rozciąglętem rozumieniu okólnik długo utrzymać się nie da bez oczywistej szkody dla wiedzy lekarskiej.

— Ostatnie trzy zeszyty Zdrowia zawierają: zeszyt 7, prof. Bujwid, parę słów z powodu zgonu Kocha, J. Bączkiewicz Wiśł, jakoletnisko i uzdrowisko, Dubeltowicz o rzeźniach. W. Knap. Działalność higieniczno-lekarska w szkole ludowej. S. Konwerski, nasze zdrojowiska i uzdrowiska. Zeszyt 8, sierpniowy poświęcono w całości higienie szkolnej, a z okazji zjazdu higieny szkolnej w Paryżu; dano treść numeru po francusku. W numerze tym znajdujemy: D-r K. Lutosławski. Higiena i wychowanie podług ustaw komisji Edukacyjnej. S. Rottermund. Ogrody im. W. E. Raua. Paderewski. Instytut Lenwała. Szycówna. Pedagogia w Polsce. S. Kopczyński. Znaczenie hig. wychow. peryodycznych i systematycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej. W. Sterling. Metody mierzenia znużenia umysłowego. Knap. Szkoła ludowa. A. Krysiński. Szkoła początkowa im. Bodouina. E. Lublinerowa. Szkoła dla dzieci nierozwiniętych. Nadto dano szczegółowe sprawozdanie z działu szkolnego wystawy „Czystość to zdrowie”. Z. IX zawiera: J. Brzeziński. O działalności kulturalno-higienicznej lekarza fabrycznego, d-r S. Kozłowski. Badania nad odżywianiem.

— W jednym z pism codziennych jakiś pacjent, opisując swoje wrażenia przy dokonywaniu zastrzykiwań 606 na klinice w Wiedniu domaga się, aby pacyenci byli dopuszczeni do wyrokowania o skuteczności środka i proponuje innym chorym wypowiedzenie się publiczne w rodzaju ankiety. Jest to smutny dowód jak nie należy przed wypróbowaniem dokładnem naukowym środka rozgłaszać o jego działaniu w pismach politycznych.

— Dowiadujemy się, że doskonały podręcznik chorób nagminnych, który w r. z. opuścił prasę pod redakcją prof. Kutnera z n. „Volkseuchen 14 Vorträge” znalazł tłumacza i wkrótce opuści prasę.

— W grudniu r. b. (od 5--18) we Lwowie odbędą się kursy dla lekarzy. W sprawie kursów zwracać się należy do prof. Raczyńskiego.

— W Apulii cholera nie tylko nie słabnie, ale się zwiększa, d. 3 b. m. było 20 zachorowań. Pojedyncze przypadki w Wiedniu i Berlinie zostały odosobnione i na razie innych zachorowań niema.

— W szpitalu miejskim w Odesie gen. Tolmaczew zabronił zastrzykiwania 606 chorym, uważa go bowiem za bezpożyteczny.

— Towarzystwo ratunkowe we Frankfurcie otrzymało 18000 mk. zapomogi miejskiej.

— W roku 1910 na wydziałach lekarskich austriackich było 4,098 słuchaczy: w Wiedniu 1,813 w Pradze 564, Krakowie 489, Gratzu 371, Insbruku 371, Lwowie 325 na wydziale niemieckim w Pradze 319.

— Prof. kliniki lekarskiej w Paryżu na miejsce Deulafoy został mianowany d-r A. Gilbert.

— Prof. terapii w Paryżu mianowano d-ra Marfana.

— Tegoroczna wycieczka naukowa lekarzy niemieckich obejmuje: Ragaz, Flims, Davos, Vulpera, Tarasp, St. Moritz, Zuoz, Pontresina, Sils - Maria, Lugano, Montreux, Glion, Leysin, Evian, Interlaken. Wycieczki te urządza specjalny komitet. Trwają one zwykle 3 tygodnie i dają możność uczestnikom zapoznania się z zakładami leczniczymi i uzdrowiskami krajowymi i zagranicznymi. Czyby i u nas nie dało się urządzić tego rodzaju wycieczek nie tylko po kraju jak to robi wydz. balneol. T. H., ale i do cenniejszych zdrojowisk zagranicznych oraz do wyborowych klinik i pracowni. Przypuszczamy, że chętnych przy umiejętnej organizacji znalazłoby się sporo.

— 21 — 24 b. m. w Madrycie odbędzie się międzynarodowy kongres dla walki z prostytucją.

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie (6, 7 i 8 października 1910 r.). 109.



D-r Słęk (Przemyśl). Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego. 110 D-r Słęk. (Przemyśl). Leczenie zapaleń otrzewny z przedziurawienia trzew (peritonitis perforativa). 111. D-r Słęk (Przemyśl). Wyjałowienie skóry nalewką jodową. 112. Kaczurba (Przemyśl). W sprawie znieczulenia lędźwiowego. 113. Kaczurba (Przemyśl). Wyniki leczenia wypadnięcia odbytnicy sposobem Sicka. 114. Rechniowski (Suwałki). Przypadek uwięźnięcia przepukliny podwoinowej w worku wodniaka jądra. 115. Mincer (Warszawa). W sprawie całkowitego i częściowego wycinania stercza (prostatectomia). 116. Wertheim (Warszawa). Leczenie operacyjne porażen nerwu twarzowego. 117. Neugebauer (Warszawa). Graviditas ectopica. 118. Szeifstein (Warszawa). Przecinanie krtani w przypadkach twardzieli. 119. Kizler (War-

szawa). Symbioza laseczników gruźliczych z innymi drobnoustrojami (praca doświadczalna). 120. Kizler (Warszawa). Przyczynek do leczenia bąblowca wątroby. 121. Barszczewski. (Warszawa). Radiopalpatio jamy brzusznej (z pokazem radiogramów w obrazach nikonowych).

Dalsze zgłoszenia przysyłać należy (przed 15-ym września) do przewodniczącego Komitetu Zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15. prof. Kryński).

### Zmarli.

— W Grodnie K. Dąbrowski urodził się 1870, medycynę ukończył w r. 1897.

— W Lozannie prof. okulistyki Dufour.

— W Warszawie b. prof. uniwersytetu Warszawskiego i b. lekarz naczelny szpitala św. Rocha Wasiljew.

---

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Prospekt Laboratorium chemicznego przy **Aptece Magistra Klawe w Warszawie**, „O wstrzykiwaniach podskórnych”.

---

**SPROSTOWANIE.** Na str. 811 wiersz 40 od góry napisano górkę, powinno być guzki, str. 811 wiersz 44 od góry napisano węgry, pow. być węgry, str. 811 wiersz 44 od góry napisano porozsiewane pow. być porozszerzane, str. 811 wiersz 16 od góry napisano stoikami pow. być stożkami, str. 811 wiersz 44 od góry napisano psorospermiosis pow. być psorospermje, str. 812 wiersz 15 od góry napisano środków pow. być stożków.

---

**ODPOWIEDZI REDAKCYI.** Koledze J. Brzezińskiemu w Zawierciu. Poruszoną przez Sz. Kolegę sprawą zajęła się już przedtem Redakcja i niebawem stanie się zadosyć życzeniu kolegów. ”



Stale, łatwo wchłaniające się, niedrażniące

# MASĆCIE

otrzywać można przez stosowanie nowej

**Podstawy dla maści „MITIN” prof. Jessner'a**

Odpowiedniej do wyrobu wszelkich maści i past  
Bardzo łatwo się daje mieszać z ciałami stałymi i płynnymi.

**MITIN-CRÈME**

zastępuje Cold-Crème  
doskonała maść chłodząca.

**MITIN-PASTE**

zastępuje Pastę cynkową  
Wyborna maść ochronna.

**MITINUM HYDRARGYRI**

Nadzwyczaj łatwo dająca się wcierać 33 $\frac{1}{3}$ % wa maść rtęciowa.

Do kuracyi zapomocą wcierań  
W rurkach szklanych z tłokiem z podziałką.

**MITIN-**

MYDŁO

PUDER DLA DZIECI

PUDER

d'a celów leczniczych i kosmetycznych.

Licht-Mitin od piegów

Fost-Mitin od odmrożenia

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

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.  
Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6, tel. 12446,

# KEPHALDOL

PEWNE, PRĘDKO DZIAŁAJĄCE I ZUPEŁNIE NIESZKODLIWE  
**antipyreticum, antineuralgicum, antidroticum**

z powodzeniem stosowany w klinikach prof. K. v. Noorden <sup>1)</sup>, N. Ortner <sup>2)</sup>, H. Schlesinger <sup>3)</sup>, E. v. Stoffella <sup>4)</sup>.

## INFLUENCA.

Z artykułu d-ra Heinrich Haase <sup>5)</sup>

„O ostatniej epidemii influency w Wiedniu”.  
Na podstawie opisanych spostrzeżeń nie będzie przesadą, jeżeli nazwę Kephaldol nie tylko symptomatycznym ale wprost **specyficznym** środkiem w influency, jakim okazał się w czasie ostatniej epidemii.

Kephaldol-Stohr jest do nabycia we wszystkich aptekach.

ZAPISUJE się Kephaldol najlepiej w opłatkach albo tabletkach. Rp. Tabl. Kephaldol-Stohr 0,5 d. t. d. № 20. „Oryginalne opakowanie”, cena 80 kop.

Próbki i literatura wysyła się **BEZPŁATNIE** pp. lekarzom na pierw. żądanie.

## BÓL GŁOWY.

Nocne poty u suchotników.

Z artykułu d-ra Gluck i prof. Glax <sup>6)</sup>.

We wszystkich wypadkach migreny i bólu głowy występowało prędkie działanie. Ból głowy zniknął po  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny po przyjęciu (doza—1 gramm). Ubocznego działania jak to: bicia serca, zemdlenia, zawrotu głowy i t. p. **ani razu nie obserwowałem.** Dziwne, że Kephaldol działając jako antipyreticum—wywołując poty, u suchotników, cierpiących na nocne poty, okazuje zdumiewające działanie, zmniejszając albo usuwając uciążliwe poty za pomocą dawki 1 gramm.

<sup>1)</sup> Maniu. Wiener med. Wochenschrift, LVII, Jahrgang, № 33, 34. <sup>2)</sup> Fritsch. Wiener Klin. Wochenschrift 1906, № 33.  
<sup>3)</sup> Einhorn. Zntrib. für die gesamte Therapie, XXV, Jahrg. H. 2. <sup>4)</sup> Rosenthal, Wiener Klin. Rundschau 1906, № 48.  
<sup>5)</sup> Allg. med. Central-Zeitung 1908, № 18. <sup>6)</sup> Klinisch. Therap. Wochenschrift 1909, № 46.

**KOMPANIA KEPHALDOL-STOHR.** PETERSBURG, ul. Nikołajewska, 16.



# 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, gimnastyki 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 Dr. 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-mech. pracownia 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 fizykał. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finson, Uriol, lampa kwarcowa, ra tium etc.) Museumstr. 4.

Kurhaus Bad Nerotal, Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor Dr. 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 informacji udzielają lekarze zakładowi. —

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcjarja). Fabryka założona w 1865 roku.

## Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dyetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszki, Carcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovomaltynę na pierwszym miejscu wśród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych.

Ovomaltyna niezbędna przy mlecznej kuracji. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoriach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PROBKI I LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.



## SANTÉINE

Działanie pewne przy

### ZAPARCIU STOLCA

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

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

**MONTAGU, 13, rue des Lombards, PARIS**

Bliższe szczegóły we wszystkich aptekach.