

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 38.

Warszawa d. 17 września 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 drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

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

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

Adres Redakcji i Administracji, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wartości klinicznej odczynu Wassermanna, podał d-r M. Springer. (Dokończenie). — O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura, podał d-r med. J. Leyberg (Łódź). (Ciąg dalszy). — Kilka słów w sprawie stosowania „606“, podał L. Eliasberg. — WYKŁAD KLINICZNY. Zaburzenia nerwowe i psychiczne w stwardnieniu tętnic, według prof. Cramera w Getyndze. — STRESZCZENIA. *Choroby weneryczne i skóry*. 165. Michaelis. Stosowanie podskórne preparatu Ehrlicha-Haty. — 166. Isaac. Badania nad preparatem Ehrlicha 606, dioxydiamido-arsenobenzolem. — 167. Taege. Skuteczne działanie lecznicze na ssawca, którego mamce zastrzyknięto dioxydiamido-arsenobenzol. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — BIBLIOGRAFIA. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — 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.

(Dokończenie patrz Nr. 37).

C. Leczenie.

Opierając się na spostrzeżeniach o wpływie leczenia na odczyn WASSERMANN (patrz

rozdział IV) jako też na poglądzie, że odczyn ten w braku objawów syfilisu z dużym prawdopodobieństwem przemawia za jego istnieniem, grupa badaczy z CITRONEM, BRUCKEM i LESSEREM na czele utrzymuje, że przy leczeniu syfilisu należy kierować się nie tylko objawami, ale i odczynem W-A, przyczem samo leczenie, zdaniem ich, powinno być prowadzone w następujący sposób:

1) Nie czekając na wystąpienie objawów wtórnych, leczenie swoiste powinniśmy

rozpocząć natychmiast, jak tylko wystąpi w surowicy odczyn dodatni próby WASSERMANN¹⁶⁾.

Badacze ci zatem trzymają się zasady wczesnego leczenia z tą tylko różnicą, że dzięki odczynowi W-A rozpoznanie właściwe może być nieraz w c z e ś n i e j postawione, niż to miało miejsce przedtem odkryciem, *eo ipso* i leczenie wcześniej rozpoczęte.

Co się tyczy tego, jakie leczenie przynosi większą korzyść, czy wcześniej rozpoczęte (prewencyjne) t. j. przed wystąpieniem objawów ogólnych, czy też późne, jest to kwestya dość stara, dotychczas właściwie jeszcze nie rozstrzygnięta.

Zasada wczesnego leczenia ma poważnych przeciwników (DIDAY, KAPOSI, CASPARI, FINGER i w. in.), ale nie mniej poważnych a o wiele liczniejszych zwolenników (FOURNIER, LULLIEN, LANGLEBERT, ROLLET, HUTSCHINSON, NEISSER, ELZENBERG i w. in.).

Nie będę tu przytaczał dowodów, przemawiających na korzyść tego lub innego zapatrywania, zaznaczę tylko, że badania serologiczne wykazały, że, im wcześniej po zarażeniu zostało zastosowane leczenie swoiste, tem częściej w późnym utajonym okresie syfilisu spotykamy się z wynikiem ujemnym (MERTZ). (O dodatniej wartości objawu tego mówiliśmy już w rozdziale o rokowaniu).

2) Leczenie to należy prowadzić możliwie tak długo, dopóki odczyn W-A nie zniknie.

Musimy przyznać, że leczenie syfilisu do ostatnich czasów prowadzone było zbyt sz-

blonowo: w braku odpowiednich wskazówek w każdym niemal przypadku ograniczano się do pewnej określonej ilości rtęci (30 wcierań *Ung. Hydrargyri cinerei à 3,0, 15, igieł Hydrargyri sozodoeici 4%* i t. d.), a nie ulega wątpliwości, że ilość rtęci, potrzebna w każdym poszczególnym przypadku, jest rzeczą indywidualną, i otóż, zdaniem CITRONA, LESSERA, BLASCHKI i w. in., leczenie swoiste powinno być tak długo stosowane, dopóki nie znikną nie tylko widoczne objawy syfilisu, ale i odczyn dodatni próby W-A, który prawdopodobnie jest wskaźnikiem w s z y s t k i c h objawów syfilisu, zarówno jawnych, jak i skrytych.

Dążąc jednak do otrzymania wyniku ujemnego, powinniśmy pamiętać, że mamy do czynienia z żywym ustrojem i przerwać leczenie, o ile wystąpią objawy nasycenia rtęcią.

3) Dopiąwszy na razie swego celu, t. j. usunąwszy za pomocą leczenia swoistego widoczne objawy syfilisu jakoteż odczyn dodatni próby W-A, nie powinniśmy czekać z leczeniem, aż wystąpią nawroty, lecz w pewnych odstępach czasu powinniśmy badać surowicę na odczyn W-A, a w razie wystąpienia odczynu dodatniego, natychmiast zastosować leczenie swoiste, prowadząc je znowu możliwie tak długo, dopóki nie zniknie odczyn dodatni próby W-A.

Zgadając się z powyższymi badaczami, że leczenie syfilisu powinno być zastowane natychmiast po ustaleniu rozpoznania i prowadzone możliwie do chwili zniknięcia odczynu dodatniego próby W-A, NEISSER radzi jednak w okresie wczesnym (w ciągu pierwszych dwóch lat po zarażeniu się) nie kierować się potem przy leczeniu odczynem W-A, a

¹⁶⁾ W tych razach, gdzie znalezioneby zostały krętki blade jeszcze przed wystąpieniem odczynu W-a, nie czekając na jego wystąpienie, powinniśmy, zdaniem powyższych badaczy rozpocząć natychmiast leczenie swoiste.

powtarzać je w pewnych odstępach czasu leczenie (FOURNIER — NEISSERA). Na poparcie tego swego dawno już wypowiedzianego poglądu przytacza NEISSER spostrzeżenie wielu autorów, że w późnych okresach utajonego syfilisu odczyn dodatni próby W-a występuje tem rzadziej, im częściej i energiczniej stosowano uprzednio leczenie swoiste.

4) W okresach utajonych syfilisu, zdaniem powyższych badaczy jako też NEISSERA, odczyn dodatni próby W-a jest dostatecznym wskazaniem do zastosowania leczenia swoistego.

5) Zaprzestać leczenia swoistego możemy tylko wówczas, kiedy od zarażenia się minęło lat kilka (według LESSERA minimum 5 lat), i kiedy 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, innemi słowy, kiedy z dużem prawdopodobieństwem możemy mówić o wyzdrowieniu.

Zwolennicy tego rodzaju postępowania przyznają wprawdzie, że może on u wielu chorych wywołać hipochondryę, gdyż wynik ujemny próby WASSERMANNĄ w myśl powyższego nie jest istotnie w stanie dostatecznie ich uspokoić, jednakże korzyść od takiego leczenia, zdaniem tych że badaczy, prawdopodobnie pokryje jej stronę ujemną, wreszcie

wiele zależy od umiejętności zachowania się lekarza w stosunku do chorego.

Jakież to korzyści przyniesie podobne leczenie?

Jeżeli już niektórzy badacze z całą pewnością twierdzą, że leczenie to w porównaniu z FOURNIER — NEISSERA w pewnej liczbie przypadków przyniosło im znaczną korzyść, to można im na to odpowiedzieć, że o przebiegu syfilisu sądzić należy dopiero po śmierci chorego, w każdym razie nie wcześniej, niż po 15 — 20 latach po zarażeniu się.

Nie boimy się przecież tyle samego syfilisu ile cierpień następnych, zwłaszcza bezwładu postępującego, wiądnienia lub zmian naczyńiowych!

Zachodzi pytanie, czy uda się za pomocą wyżej stosowanego leczenia zabezpieczyć chorego od tych strasznych cierpień, zwłaszcza od bezwładu postępującego?

Jakieśmy to wielokrotnie zaznaczali, zdaniem badaczy tych, leczenie syfilisu należy prowadzić w ten sposób, aby w późnym okresie utajonym otrzymywać stale wynik ujemny.

Wychodząc z założenia, że u większości cierpiących na wiądnienie rdzenia, jakoteż niemal u wszystkich, cierpiących na bezwład postępujący, surowica reaguje dodatnio, należy przypuścić, że tym syfilitykom, których surowica w późnym okresie reaguje ujemnie, nie grożą powyższe cierpienia (LESSER).

BLASCHKO znów przypuszcza, że, uzależniając stosowanie leczenia od wyniku próby W-a, może uda się nam w ten sposób w pierwszych okresach bezwładu postępującego, kiedy próba W-a występuje już dodatnio, zdusić cierpienie to w samym zarodku.

Bardzo możliwe, że przyszłość wykaże płonność naszych nadziei, ale już to samo przypuszczenie, zdaniem BLASCHKI, kładzie na

nas obowiązek stosowania u syfilyków w ciągu szeregu lat badań serologicznych i w razie wyniku dodatniego — przeprowadzenia leczenia swoistego.

Dla ścisłości zazaczyć wypada, że według niektórych autorów (NONNE, CRON, SCHUSTER, COLLINS) uprzednio stosowane leczenie bynajmniej nie wpływa hamująco na powstawanie w późniejszych latach wiađu rdzenia, w anamnezie bowiem tych chorych badacze ci stwierdzić mogli również często bardzo skrupulatne leczenie, jak i brak wszelkiego leczenia.

LESSER słusznie obala ten sposób wnioskowania, twierdząc, że statystyka tego rodzaju jest z gruntu fałszywa: należałoby raczej obliczyć, w jakiej odsetce syfilyków dobrze i źle leczonych rozwija się z czasem wiađu rdzenia.

Jak widać z pracy niniejszej, omawiając wartość praktyczną odczynu WASSERMANN, starałem się również nie ominąć i słabych stron jego. Tymczasem ZIELENIEW jako też KOPP, biorąc pod uwagę wyłącznie te punkty słabe odczynu W-a, odmawiają mu niemal wszelkiej wartości praktycznej.

Jeżeli odczyn W-a posiada nawet pewne braki, to w każdym razie wykazuje i dużą wartość praktyczną, co da się streścić w następujący sposób:

1) Nie będąc swoistym dla syfilisu, odczyn W-a posiada w rozpoznaniu tegoż dużą wartość kliniczną;

a) wynik dodatni przemawia za syfilisem;

b) wynik ujemny nie wyłącza wprawdzie syfilisu, ale w przypadkach wątpliwych przemawia raczej przeciwko niemu.

2) Odczyn WASSERMANN posiada pewne znaczenie prognostyczne, wprawdzie:

a) w wczesnym okresie syfilisu ani z dodatniego, ani z ujemnego wyniku odczynu W-a żadnych wniosków wyprowadzić nie można, natomiast:

b) w późnym okresie utajonym — wynik dodatni, ustępujący łąt wo pod wpływem leczenia, przemawia zatem, że mamy do czynienia z łąagodnym cierpieniem (BLASCHKO);

wynik dodatni, nie ustępujący pod wpływem leczenia, nasuwa obawę poważniejszego cierpienia (*tabes dorsalis, paralysis progressiva* it. d.);

stały odczyn ujemny, pomimo nie stosowania przez dłuższy czas leczenia swoistego, nasuwa przypuszczenie, że mamy do czynienia albo z wyzdrowieniem, albo też przynajmniej, że choremunie grożą poważne cierpienia następce.

3) W sprawie leczenia odczyn W-a ma również doniosłe znaczenie:

a) leczenie swoiste należy rozpocząć z chwilą wystąpienia dodatniego wyniku próby W-NA;

b) leczenie to powinno trwać na ogół nie tylko do zniknięcia objawów, lecz możliwie do ustąpienia dodatniego odczynu W-a;

c) wynik dodatni w okresach utajonych jest dostatecznym wskazaniem do zastosowania leczenia swoistego;

d) wynik ujemny, stale otrzymywany w późnym utajonym okresie syfilisu, pomimo

niestosowania przez dłuższy czas leczenia swoistego, uważniana do zaprzestania takowego.

DODATEK.

Od chwili złożenia pracy niniejszej do druku dokonałem jeszcze 150 doświadczeń, których wynik w niczem poglądów moich o partych na poprzednich 500 doświadczeniach nie zmienił.

PIŚMIENNICTWO.

D. M. W. = Deutsch. Med. Woch. M. M. W. = Münch. Med. Woch.; B. kl. W. = Berl. klin. Woch.; W. kl. W. = Wiener klin. Woch.

Alexander, Serodiagn. Unters. zur Frage d. Bezieh. zw. Ozaena und syphilis. Zeitschr. f. Laryng. 1909, str. 670.

Baetzner, Bedeutung der Reaktion f. d. Diff. — Diagn. d. chirurg. Syphilis. M. M. W. 1909, Nr. 7.

Baisch, Vererbung der Syphilis auf Grund serolog. u. bakteriolog. Untersuch. M. M. W. 1909, Nr. 38.

Bauer, Das Collessche und Profetasché Gesetz im Lichte d. mod. Serumforschung. W. kl. W. 1908, Nr. 36.

Bergmann, Erfahrungen mit der W-schen Reaktion. Med. kl. 1909, Nr. 33.

Bering, Praktische Bedeutung d. Serodiagnose bei Lues. Derm. Zt. 1909, str. 693.

Blaschko, Die Serodiagnostik der Syphilis, XVI zjazd międzynarodowy lekarski w Budapeszcie, 1909.

Blaschko i Citron, M. M. W. 1908, str. 427.

Blumenthal i Roscher, Bedeut. d. Reaktion während d. ersten d. Infekt. folgend. Jahre. Med. kl. 1909, Nr. 7.

Boas, Bedeut. der Reaktion f. d. Therap. d. Syphilis, B. kl. W. 1909, Nr. 12.

Bruck, Serodiagnostik d. Syphilis. Arch. f. Derm. u. Syphil. 1908, str. 336.

Bruck, Die Serodiagnose der Syphilis. Berlin 1909.

Bruck i Cohn, Serumuntersuch. b. Scharlach, B. kl. W. 1908 Nr. 51.

Bruck i Gessner, Serumuntersuch. b. Lepra. B. kl. W. 1909, Nr. 13.

Bruhns i Halberstädter, Zur prakt. Bedeut. d. serodiagn. B. kl. W. 1909, Nr. 4.

Busch, W-sche Reaktion bei nerw. Schwerhö-

rigk. u. Otosklerose. Berl. ot. Gesellsch., 14 maja 1909. Ref. B. kl. W. 1909, Nr. 24.

Citron, Serodiagn. d. Syphilis. B. kl. W. 1907, Nr. 43.

Citron, D. M. W. 1907, Nr. 29.

Citron, Über Aorteninsuff. u. Lues. B. kl. W. 1908, str. 2142.

Citron, Über die Grundl. d. biol. Hg. — Therap. Med. kl. 1909, Nr. 3.

Cohen, Die Serodiagn. d. Syphilis i. d. Ophtalmol. B. kl. W. 1908, str. 877.

Deneke, Lues. u. Aorteninsuff. Ärzte-V. Hamburg, 1908, Ref. M. M. W. 1909, Nr. 24.

Donath, Bedeut. d. komplementreakt. B. kl. W. 1909, Nr. 7.

Eitner, Serumreakt. b. Lepra. W. kl. W. 1906, Nr. 51 i W. kl. W. 1908, str. 729.

Feuerstein. O klinicznej wartości próby W-a. I Zjazd internistów polskich w Krakowie, 1909.

Fischer. Bewertung d. W-schen Reaktion f. d. Frühdiag. u. Therap. Med. klin. 1909, Nr. 5.

Fleischmann. Die Theorie, Praxis und Resultate der Serumdiagnostik der syphilis. Dermatologisches Centralbl. 1908, Nr. 8 i 9.

Fraenkel i Much. Reaktion an. d. Leiche, M. M. W. 1908, Nr. 48.

Gutman. Serumdiagn. d. Augenheilk. B. kl. W. 1908, str. 619.

Haendel i Schultz. Serumreakt. b. Scharlach. Ztschr. f. Immunitätsf. 1908, T. I, zeszyt 1.

Halberstaedter, Müller i Reiche. Serum reakt. b. Syphilis hered. u. Scharlach. B. kl. W. 1908, Nr. 43.

Hartoch i Iakimoff. W. kl. W. 1908, Nr. 40.

Hauck. Der klin. Wert. d. W.-N — B. — Reaktion. M. M. W. 1909, Nr. 25.

Höhne. W-sche Reaktion. u. ihre Beeinflussung durch d. Therapie, B. kl. W. 1909, Nr. 19.

Hoffmann i Blumenthal. Verwertbark. d. Serodiagn. b. syphilis. Derm. Ztschr. 1908, str. 23.

Jaworski i Łapiński. Wyniki rozpoznawcze i lecznicze, otrzymane w schorzeniach kiłowych przy kierowaniu się odczynem Wassermann — Neisser — Brucka, Przegląd Lekarski, 1909, Nr. 29, 30 i 31.

Jesionek i Meirowsky. Die praktische Bedeutung d. W. N. B. Reakt. M. M. W. 1909, Nr. 45.

Jarkowski i Rajchman. Quelques remarques sur la réact. d. W. dans le tabes et la paral. gén. Soc. biol. 1909, Nr. 14.

- Jordan. K woprosu o praktičzeskom znaczenii reak. W-a pri sifil. Medicinskoe obozrenie, 1910, Nr. 2.
- Karewski. Bedeut. d. Syphilisreakt f. d. Chirurgie. B. kl. W. 1908, str. 181.
- Kopp. Bedeut. d. W-schen Reaktion f. d. Praxis. M. M. W. 1909, Nr. 19.
- Kroner. Verwertbarkeit d. Luesreakt f. d. inn. Med. u. Neurolog. B. kl. W. 1908, Nr. 4.
- Lansteiner, Müller i Poetzl. Komplementbindung m. d. Serum von Dourinetieren, W. K. W. 1907, Nr. 46.
- Lansteiner. Komplementbind. b. Syphilis, W. kl. W. 1907, Nr. 50.
- Leber. Serumreakt. in d. Augenheilk. Med. klin. 1907, str. 1140.
- Ledermann. Prakt. Wert. d. Serodiagn. D. M. W. 1908, str. 1760.
- Lesser. Bedeut. d. W.-schen Reakt. Med. klin. 1908, str. 299.
- Lesser. Die Behandlung der Syphilis im Lichte der neueren Syphilisforschung, D. M. W. 1910, Nr. 3.
- Levaditi i Marie, Annal. Past. 1907, t. 21, str. 138.
- Levaditi i Jamanouchi. Soc. biol. 1907, str. 740.
- Levaditi i Roché. La syphilis, 1909.
- Levaditi, Larosche-Jamanouchi. Le diag. précoce de la syphilis. Soc. biol. 1908, str. 720.
- Levaditi, Ravaut i Jamanouchi. Soc. biol., 1908, str. 814.
- Löhlein. Die Luesreaktion an d. Leiche. Fortschr. d. Med. 1909, Nr. 3. Ref. B. kl. W. 1909, Nr. 24, str. 120.
- Malinowski. Znaczenie próby W-a w przy-miocie. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, 1909, w. 1.
- Mertz, Korr. — Bl. f. d. Schweizer Aerzte 1909, Nr. 10.
- Michaelis. Zur Serodiagn. d. Syphilis, B. kl. W. 1908, Nr. 13.
- Morgenroth i Stertz. Serumreak. b. Paralyse, Virchows Arch., 1907, str. 188.
- Much i Eichelberg. Serumreakt. b. Scharlach, Med. kl. 1908, Nr. 18.
- Mühsam, B. kl. W. 1908, Nr. 11,
- Mutermilch. O stosowaniu w odczynie W-a antygeny nieswoistego, Med. i Kron. Lek. Nr. 3 i 4, 1910.
- Neisser, Bruck i Schucht. Diag. Blutunters. b. Syphilis, D. M. W. 1906, Nr. 18.
- Neisser i Siebert. Die Ergebnisse d. neueren Syphilisforschung in ihrer Bedeut. f. d. ärztl. Praxis Jahreskurse f. ärztl. Fortbil. 1910, Nr. 4.
- Nonne. Syphilis u. Nervensystem, 1909.
- Opitz. Bedeut. d. Komplementablenk. f. d. Geburtshilfe. Med. kl. 1908, Nr. 30.
- Plaut. Die W.-sche Reakt. in ihrer Anwend. auf d. Psychiatrie, 1909, Jena.
- Pürckhauer. Wie wirkt d. specif. Therapie auf die W. — N. — B. Reakt., M. M. W. 1909, Nr. 14.
- Raviart, Breton i Petit. Réact. d. W. sur 400 aliénés, Soc. biol. 1908, str. 358,
- Serkowski. Z nowych prądów w bakteriologii współczesnej, 1909.
- Schlimpert. Serodiagn. an d. Leiche, M. M. W. 1909, Nr. 29.
- Schütze. Serodiagn. d. Lues, B. kl. W. 1907, Nr. 5.
- Seligman i Klopstock. Serumreakt. b. Scharlach, B. kl. W., 1909, Nr. 38.
- Slatineanu i Danielopolu. Serumdiag. d. Lep-ra, Soc. biol. 1908, str. 309.
- Stertz. Serodiagn. in d. Psychiatrie u. Neurol. D. M. W., 1908, str. 1611.
- Springer. O wartości klin. odcz. W-a w chor. nerw. i umysł. Medycyna i Kronika Lekarska, Nr. 5, 1910.
- Thomsen i Boas. Die Reakt. b. kongenit. Syphil. B. kl. W. 1909, str. 539.
- Wassermann, Neisser i Bruck. Eine serodiagn. Reakt. b. Syphil. D. M. W. 1906, Nr. 19.
- Wechselmann i Meier. Serumreak. b. Lep-ra. D. M. W. 1908, Nr. 31.
- Wojciechowski. Praktyczna wartość odczynu W-a i uproszczonej jego techniki przez Bauera Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, 1909, Nr. 4.
- Zieleniew. Otricatelnaja storony reakcii W-a. Russkij žurnal kożnych i wenericz. boleźniej, 1908, Nr. 11.

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

O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura.

Przyczynę eksperymentalny do zmian gruźliczopodobnych tkanki tłuszczowej podskórnej.

Podał

D-r med. J. Leyberg (Łódź).

(Ciąg dalszy—patrz Nr. 37).

Co się tyczy wydrążeń, to w niektórych skrawkach są one przeważnie puste, nie posiadają właściwych ścian. Są one tylko otoczone komórkami zaniku bujania, które na zewnątrz wydrążeń przechodzą bezpośrednio w gęstą masę komórkową otoczenia. W innych zaś skrawkach rozpoznajemy ścianki wydrążeń jako dobrze zabarwione bardzo delikatne przegrody łącznotkankowe, wysłane elementami nabłonkowatymi, pośród których widzimy pojedyncze egzemplarze komórek z wieloma jądrami, położonemi na obwodzie o charakterze właściwych komórek olbrzymich.

Między komórkami zaniku końcowego i zaniku bujania, porozrzucanemi pośród wyżej opisaney młodej włóknistej tkanki łącznej, zwracają na siebie uwagę pojedynczo leżące — w jednych skrawkach skąpiej, w innych obficie — małe dobrze barwiące się haemolauem tworzy, przedstawiające się, jako okrągłe delikatne obrączki. W tworach tych, na które zwrócił moją uwagę prof. JADASSOHN, dają się rozpoznać tak zwane „jądra wyżłobione” (Lochkerne), opisane po raz pierwszy przez UNNE i SACKA w podskórnej tkance tłuszczowej człowieka. W normalnej tkance tłuszczowej szczura znajdowałem je zazwyczaj w skąpej ilości, przeważnie na otocz-

ce komórki tłuszczowej wewn. lub zewnątrz komórek w miejscu zetknięcia się dwóch obok siebie leżących komórek. Ciekawym jest przy tem fakt, że zachowują się one w tkance tłuszczowej jeszcze wtenczas kiedy tkanka ta zatraciła już swoją budowę. Ta rezystencya jąder wyżłobionych może być wyzyskaną dla celów dyagnostycznych, bo z obecności ich możemy rozpoznać tłuszczowy charakter danej tkanki nawet tam, gdzie ta ostatnia zatraciła już wszelkie cechy właściwe tkance tłuszczowej. Badanie starszych kawalków przekonało mię, że im dłużej bodziec zapalny oddziaływa na tkankę tłuszczową i ta ostatnia wejrzeniem swoim zbliża się do młodej tkanki łącznej, tem liczniej występują w niej jądra wyżłobione pomiędzy komórkami zaniku końcowego i młodymi elementami łączno—tkankowymi.

Nacieki, wycięte pomiędzy 21 a 35-ym dniem tworzą wystające ponad powierzchnię węzłowate tworzy o cokolwiek twardszej konsystencji.

Przy nacięciu wydziela się płyn oleisty żółtawy, w którym chemicznie dają się wykazać ślady jodu. Przy badaniu mikroskopowem widzimy zamiast subplasmoidalnej tkanki tłuszczowej torbielowej wydrążenia (Cystische Hohlräume) niejednakowej wielkości i różnorodnego kształtu. Ścianki tych wydrążeń przedstawiają się bardzo rozmaicie. W niektórych tylko z nich, przeważnie w mniejszych, za ścianki służą cieniutkie przegrody łącz.-tkankowe, ścianki większych tworzy dość gruby pokład włóknistej tkanki łącznej, w innych znów właściwe ściany zupełnie zanikły, ustępując miejsca gęstej masie obok siebie leżących okrągławych i wielokątnych komórek o charakterze komórek nabłonkowatych, które wypełniają również kompletnie przestrzenie między wydrązeniami. Na ściankach wielu wydrążeń torbielowych znajduje-

my również te nabłonkowe komórki w jedn warstwowym ułożeniu na wzór śródbłonka, lub też tworzą one nieregularne soople sterzące ku światłu wydrążeń. I tu również zwracają na siebie uwagę między komórkami nabłonkowatymi jądra w y ż ł o b i o n e, występujące w tych preparatach obficie niż w skrawkach powyżej opisanych, pochodzących z nacieków młodszych. Prócz nich widzimy jeszcze komórki wielojądrowe o charakterze właściwych komórek olbrzymich. Jądra tych ostatnich ułożone są na obwodzie w formie półksiężyca lub też zupełnie zamkniętego wianka. Pomiędzy temi komórkami spotykamy również i takie, które wyglądem swoim niezmiernie przypominają komórki olbrzymie LANGHAUSA. Liczba tych komórek olbrzymich jako też ułożenie ich są w różnych preparatach tego samego skrawka rozmaite. W ogólności występują tutaj te komórki obficie. Widzimy je najliczniej w masie komórkowej międzyprzestrzeniowej, gdzie miejscami tworzą one konglomeraty komórek olbrzymich, (patrz rysunek 2) prócz tego na ścianach torbielowych wydrążeń i w charakterystycznie ułożonych, ściśle odgraniczonych ogniskach komórek nabłonkowych, dzięki czemu ogniska te mają wygląd młodych gruczołków nabłonkowych (patrz rys. 1).

Na miejscach wyciętych pomiędzy 60—70-tym dniem widzimy węzłowe dosyć twarde nacieki, z których po nacięciu wydziela się w obfitej ilości płyn oleisty, nie zawierający w sobie jodu. Przy badaniu mikroskopowym tych najstarszych nacieków na pierwszy plan występują torbielowe wydrążenia w liczbie

o wiele większej, niż poprzednio, niektóre z nich dochodzą do monstrualnie ogromnych rozmiarów. (Rys. Nr. 3). Ścianki największych torbieli utworzone są z gęstego pokładu młodej tkanki łącznej, lub też jedną część ścianki tworzy dojrzała tkanka łączna, pozostała zaś część jest to nadzwyczaj gęsta masa komórkowa, w której rozpoznajemy wielką liczbę komórek nabłonkowych i elementów przejściowych komórek łącznotkankowych. Komórki te tutaj z łatwością dają się rozpoznać jako pochodne pierwotnych komórek tłuszczowych po delikatnej wakuolizacji ich ciał lub też po jasnych okrągłych lub księżycowatych otworkach, leżących pośrodku protoplazmy albo na jej biegunach. Niektóre ze ścian tych torbielowych wydrążeń pozbawione są zupełnie wysłania komórkowego, inne zaś zawierają na całej powierzchni swego obwodu lub też miejscami tylko kilka szeregów wyżej wspomnianych komórek, ułożonych nieregularnie w postaci wyseppek. Podobne kępki komórek spotykamy również i w samym świetle niektórych wydrążeń. Ścianki w ogólności są silnie pofalowane, tworzą liczne wypryski i wklęsłości ku światłu wydrążeń i wypuklenia ku obwodowi. Komórki, tworzące te wypuklenia, przechodzą bezpośrednio w tkankę otoczenia, która nosi na sobie wyraźne cechy zaniku bujania i zaniku końcowego. W ściankach wydrążeń, w ich komórkowym wysłaniu, pomiędzy komórkami zaniku bujania i zaniku końcowego tkanki otoczenia, oraz miejscami w samym świetle wydrążeń znajdujemy jądra w y ż ł o b i o n e. Występują one tutaj o wiele liczniej, niż w preparatach, pochodzących z młodszych nacieków. W odróżnieniu od nieco wcześniejszych nacieków, w których stale w obfitej ilości występowały właściwe komórki olbrzymie, znajdujemy je tutaj w nadzwyczaj liczbie, jako pojedyncze egzemplarze i między komórkami, wysłielającymi

KEFIR z ŻELAZEM

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

pastylek kefirowych z żelazem

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

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27, róg Kruczej.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŻLICY
LECZENIE CHOROÓB 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 PIGULKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY
GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

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

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

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

Skład główny: **DALLOZ & C^{ie}** 13 Boulevard de la Chapelle. PARIS

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

LE VALERIANATE DE PIERLOT WALERJANO-KWAŚNY AMONIAK PIERLOT

Znany, radykalny środek usmierzający w chorobach nerwowych jako to:
NEURASTENJI, NEWRALGJI, MIGRENIE, HISTERJI, EPILEPSYI

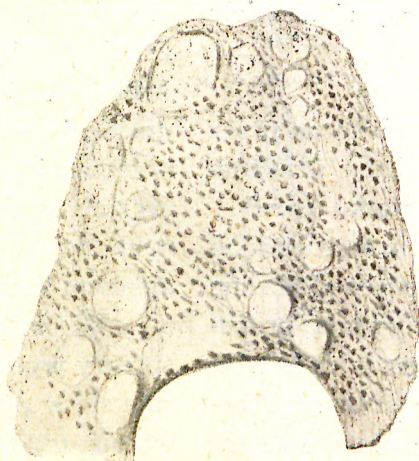
Zalecany i stosowany w klinikach:

Profesora **CHARCOT** (klinika Salpêtrier).—Profesora **TROUSSEAU**—Profesora **BOUCHARD'A**
Profesora **GILBERT'A**.

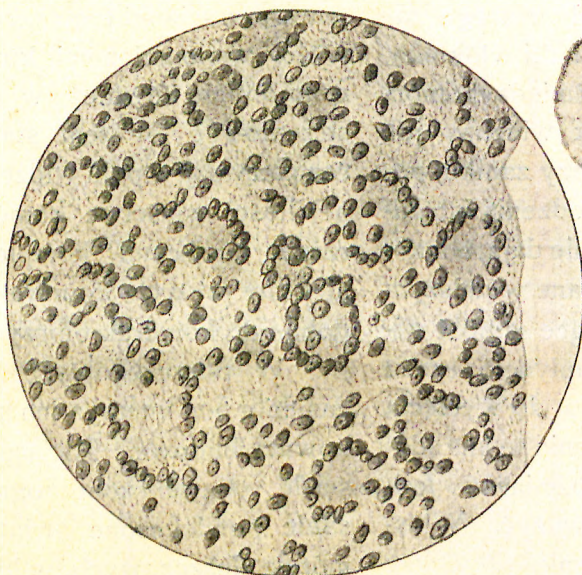
LANCELOT et Cie, 26, Rue St-Claude — PARIS

Główny przedstawiciel na całą Rosyję: **GABRIEL POMMIER**, St. Petersburg, Italjanskaja 14.

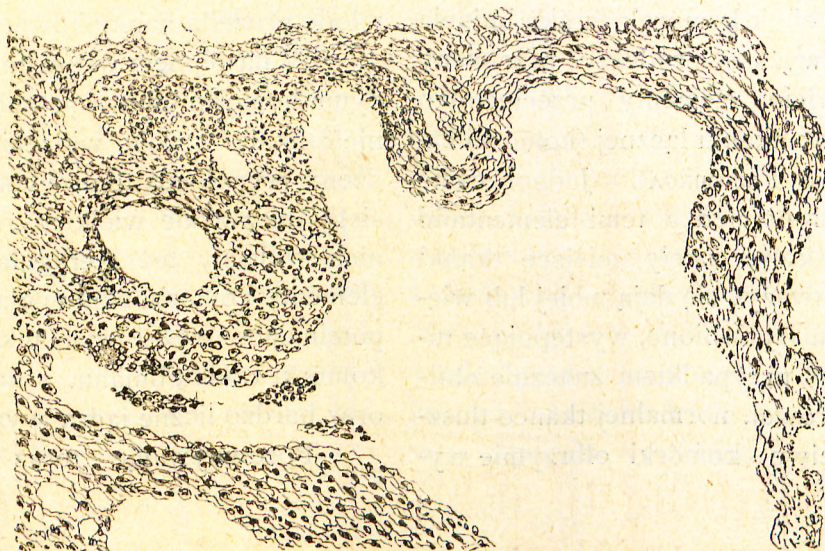
Literatura i próby do rozporządzenia P. P. Doktorów.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

wewnętrzne ścianki wydrzeń, a w wielu skrawkach brak ich zupełnie.

Resumé.

Jeśli tkankę tłuszczową podskórną przez dłuższy czas poddawać będziemy działaniu ciała obcego, otrzymamy z początku (po 8 — 14 dniach) obrazy, w których, zarówno jak i przy zaniku, powodowanym przez głodzenie lub przez ostre zapalenie, przeważają procesy zaniku bujania: w miarę tego, jak pierwotne komórki tłuszczowe powiększają się i tracą swój tłuszcz, wypełniają się one wewnątrz wybujaleni komórkowemi elementami o charakterze komórek zaniku bujania. W tym okresie znajdujemy jeszcze ślady ostrego zapalenia w postaci dość obfitej siatki włóknika, porozrzucanej w przestrzeniach międzykomórkowych. Jednocześnie jednak widzimy już w tem stadyum obrazy, które przy zaniku, powstałym wyłącznie wskutek głodzenia lub zapalenia ostrego, zauważyć się nie dają, mianowicie wydrżenia, stale spotykane w dalszym przebiegu zapalenia i występujące w polu widzenia tem liczniej, im więcej upłynęło czasu od wstrzyknięcia ciała obcego do wycięcia powstałego nacieku. Wydrżenia te nie dosięgają tutaj jeszcze wielkich rozmiarów. Jądra wyżłobione nie dają się zauważyć. Właściwych komórek olbrzymich brak.

Przy słusznem trwaniu zapalenia tkanka tłuszczowa zamienia się w gęstą masę komórkową, w której obok komórek zaniku bujania znajdujemy i wyższe produkty przemiany tychże mianowicie: elementy przecięciowo stałych komórek tkanki łącznej (komórki zaniku końcowego FLEMMINGA). Jednocześnie ginie włóknik i pomiędzy temi elementami komórkowemi, które zajęły miejsce tkanki tłuszczowej, zauważyć się dają mniej lub więcej liczne jądra wyżłobione, występujące tutaj szczególnym przypadkiem znacznie obficie, niż w zdrowej, normalnej tkance tłuszczowej. Właściwe komórki olbrzymie wy-

stępują tylko gdzieś w bardzo skąpej liczbie pomiędzy komórkami, wysięlającemi delikatne ścianki wydrzeń. Wydrżenia zaś dosięgają rozmiarów o wiele większych, są przeważnie puste w przeciwieństwie do wydrzeń w skrawkach młodszych, wypełnionych najczęściej wyżej wspomnianemi elementami komórkowemi.

W dalszym przebiegu omawianej tutaj sprawy wybujale te komórki nie przekształcają się w gotową młodą tkankę łączną, jakby się tego należało spodziewać. Wzmiatem ostatniej widzimy na miejscu tkanki tłuszczowej liczne wydrżenia torbielowe. Wewnętrzne ścianki tych wydrzeń wyslane są wyżej wspomnianemi komórkami, rozrzuconemi obficie również w tkance międzyprześciennowej. W tem stadyum występują po raz pierwszy w polu widzenia w bardzo znacznej ilości właściwe komórki olbrzymie, tworzące miejscami kompletne konglomeraty; niektóre z tych komórek są uderzająco podobne do komórek olbrzymich typu LANGKAUSA. W poszczególnych komórkach rozpoznajemy pod imersją ich regularnie wodniczkowatą budowę. Miejscami widzimy tutaj ściśle odgraniczone ogniska, wypełniające silnie powiększone światła pierwotnych komórek tłuszczowych, w których obok komórek nabłonkowatych widzimy pojedyncze komórki olbrzymie. Ogniska te przypominają młode gruzelki nabłonkowate.

W następnem wreszcie najstarszem stadyum komórki olbrzymie znów prawie zupełnie znikają z pola widzenia. Całe pole widzenia wypełniają tutaj wydrżenia, które dosięgły niezwykle wielkich rozmiarów; prócz nich widzimy też nieregularnie rozrzucone elementy komórkowe, wyglądem swym przypominające wyżej wzmiankowane wybujale komórki zaniku bujania i zaniku końcowego oraz bardzo liczne jądra wyżłobione.

Porównyując teraz zmiany tkanki

tłuszczowej, zachodzące w niej podczas długo trwającej sprawy zapalnej ze zmianami tejże tkanki przy zwykłym zaniku, zauważymy pewną różnicę między tymi dwoma procesami. Różnica ta polega na tem, że w pierwszym przypadku prócz cech charakterystycznych dla zwykłego zaniku stale znajdujemy osobliwe wydrążenia, a nadto w pewnym stadium tego procesu zjawiają się liczne twory komórkowe o wyglądzie właściwych komórek olbrzymich.

Obie te właściwości, które w odróżnieniu od zwykłego zaniku dają się przy przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej zaobserwować, ze względów dyagnostycznych nie pozbawione są pewnego znaczenia dla patologii skóry ludzkiej.

Stała obecność tych wydrążeń, regularne zwiększanie się ich wielkości i ilości w miarę tego, jak sprawa staje się starszą, czyni proces ten tak charakterystycznym, że możemy wprost mówić o zwyrodnieniu wydrążeniowym tkanki tłuszczowej. Rzecz jasna, że tego rodzaju wydrążenia torbielowe w stanie wypełnionym mogą się przedstawiać jako węzłowate wyniosłości skóry i ich też obecnością musimy sobie tłumaczyć te twarde nacieki, które w skórze szczerzej wyraźnie dały się wyczuć.

W dostępnej mi literaturze klinicznej znalazłem wzmiankę o podobnych wydrążeniach w pracy YUZUKI, który znalazł je w tkance tłuszczowej podskórnej syfilityka po szeregu głębokich wstrzyknięć olejku jodowego, zawierającego siarkę, i w dwóch przypadkach, opisanych przez KRAUSA, z których jeden dotyczy bardzo osłabionej przez chroniczny i chwilami gorączkowy przebieg pęcherzycy 15-letniej pacjentki z licznymi two-

rami węzłowymi w tkance podskórnej, porozrzuconymi prawie po całym ciele; drugi zaś — dotyczy przypadku erythema BAZIN.

W jaki sposób wytłumaczyć sobie należy powstanie tych wydrążeń?

Faktem jest, że większa ilość jodyny, wstrzyknięta w głębokie warstwy tkanki podskórnej, może w niej pod każdym względem odgrywać rolę ciała obcego. Zgodnie z tem moglibyśmy wytłumaczyć sobie powstanie tych wydrążeń i ich w części łącznotkankowego ościenienia w ten sposób, że część składowe tkanki tłuszczowej zostały przeziwstrzykniętą masę mechanicznie rozsunięte wskutek czego utworzyły się szczeliny, zawierające jodynę, której wpływ drażniący wywołał reakcyjne zapalenie otoczenia w postaci tkanki granulacyjnej, miejscami bogatej jeszcze w komórki, miejscami już uległej mniejszemu lub większemu zmarszczeniu, — słowem, że wydrążenia te powstały wyłącznie w drodze mechanicznej, łącznotkankowe zaś ich ościenienie wraz z wysłaniem komórkowym zawdzięczają pochodzenie swoje tkance granulacyjnej. Przypuszczam jednak, że, do moich preparatów, objaśnienie to zastosować się nie da.

W badanych przezemnie preparatach miałem możność obserwować rozmaite stadia tych wydrążeń. W młodych skrawkach niektóre bardzo powiększone światła komórek tkanki tłuszczowej wypełnione są w zupełności lub też przeważnie licznymi komórkami zaniku bujania, inne zaś są w środku próżne i tylko na swojej wewnętrznej powierzchni wysłane są jednym lub wieloma rzędami tych komórek. Ściany tych światel są bądź jeszcze zupełnie nienaruszone i wtenczas obok leżące światła dotykają się wzajemnie swymi konturami, bądź też ościenienia te są w jednym, względnie w kilku miejscach przedziurawione, jak gdyby cienkie te ścianki pękły pod wpływem ciśnienia, wywołanego przez zawartość

ich wnętrza. W tym ostatnim przypadku zlane ze sobą światła przedstawiają się jako wydrążenia o kształtach nieregularnych, w których to wydrążeniach sterczą ku światłu delikatne przegrody. Zależnie od tego, w jakim stanie znajdowały się w czasie zlewania pojedyncze światła, powstałe wydrążenia wysłane są bądź tylko na ścianach komórkami, pochodzącymi od komórek tłuszczowych, bądź też te ostatnie leżą w postaci wysepki tylko na środku, bądź też wreszcie rozrzucone są bezładnie w różnych miejscach wydrążenia.

W skrawkach najstarszej daty widzimy, że stosunkowo gruby pokład łączno - tkankowy, tworzący ściany największych wydrążenia, zajmuje tylko pewną część ich obwodu, w tym natomiast miejscu, gdzie bodziec zapalny widocznie nie oddziaływał tak długo, ta tkanka łączna ustępuje miejsca gęstej masie komórkowej, w której jesteśmy w stanie wykazać wyłącznie komórki pochodzenia tłuszczowego. Wszystko to zdaje się przemawiać za tem, że ten stosunkowo gruby pokład łączno - tkankowy, jako też i ta młoda, obfita jeszcze w jądra tkanka łączna, które tworzą ściany największych wydrążenia, nie są wywołane przez reakcyjne zapalenie otoczenia w znaczeniu tkanki granulacyjnej, lecz powstają nie tych ścian, jak również samych wydrążenia, należy raczej postawić w ścisłym związku z temi, wyżej opisanymi osobliwymi zmianami w 10 ml. tkanki tłuszczowej, jakie zachodzą w niej pod wpływem dłuższej trwającego bodźca zapalnego.

W wyżej wspomnianym klinicznym przypadku KRAUSA, dotyczącym pacjentki z licznymi tworami węzłowymi w tkance podskórnej, gdzie o mechanicznym powstaniu torbielowych wydrążenia, rzecz jasna, mowy być nie mogło, komórki tłuszczowe przedstawiały

wszystkie przez FLEMMINGA opisane rodzaje zaniku, a przy tem ściany tych wydrążenia wysłane były licznymi komórkami tłuszczowymi, znajdującymi się w stanie zaniku bujania, i leukocytami, które również zawierały w sobie liczne delikatne kropelki tłuszczu.

(Dok. nast.).

Kilka słów w sprawie stosowania 606 ¹⁾.

Zestawiając wyniki badań nad nowym środkiem EHRLICHĄ w szpitalu Ś-go Łazarza ze sprawozdaniami innych klinik, dochodzi się do przekonania, że preparat EHRLICHĄ można z pewnem zastrzeżeniem nazwać specyficznym dla przymiotu. Bezwątpienia, ma on tak samo jak i rtęć swoiste działanie na objawy syfilityczne, przyczem niektóre z nich znikają szybciej, niż pod wpływem wszelkich dotychczas stosowanych środków. W szeregu doświadczeń przeprowadzonych nad chorymi w szpitalu Ś-go Łazarza przekonaliśmy się że już w kilka dni po zastrzyknięciu 606 pierwotne owrzodzenia pokrywają się naskórkiem, lepiej płaskie na słuzówce znikają, trzeciorzędne objawy, jak zapalenie okostny i owrzodzenia goją się szybko, nawet w tak uporczywych przypadkach, gdzie leczenie rtęciowe i jodowe pozostały bez żadnego wpływu. Natomiast stwardnienie pierwotnych owrzodzenia trzymało się uparcie, nawet w 2 tygodnie po zastrzyknięciu. Wysypki plamiste i grudkowe znikają, ale po dłuższym dopiero czasie.

Powiększone gruczoły chłonne zmniejszają się po dwukrotnem zastrzyknięciu bardzo powoli, jak to widzieliśmy w szpitalu Ś-go Łazarza u chorego. Lepiej płaskie wokół odbytnicy goją się powoli.

Co do próby WASSERMANNĄ, nie daje się dotychczas ustalić stałej zależności reakcji od wpływu arsenobenzolu. Profesorowie GROUVEN i HERXHEIMER zauważyli w niektórych przypadkach zmianę odczynu po iniekcji z dodatniego na ujemny, w innych słabą tylko różnicę, w dwóch przypadkach odczyn po za-

¹⁾ referat odczytany w sekcji dermatol. d. 5 września 1910 r.

strzyknięciu był wyraźnie dodatni, w wielu zaś pomimo parokrotnych zastrzyknięć, reakcja pozostała silnie dodatnią.

Bardzo słuszną wydaje mi się uwaga prof. KROMAYERA, że preparat EHRLICHA mógłby działać bakterjობójezo na spirochety i umożliwić wymarzoną „*therapia sterilisans magna*“, gdyby zarazek syfilityczny krążył stale i wyłącznie we krwi, jak to bywa w tyfusie powrotnym, śpiączce albo przy sztucznie wywołanej trypanosomiasis u myszy i szczurów. Jednakże u chorych syfilitycznych bardzo rzadko udaje się stwierdzić obecność krętków białych we krwi. Natomiast tkanka syfilityczna (*syphiloma*) składa się z wału komórek skórno unaczynionych, co utrudnia znacznie dostęp arsenobenzolu do tegoż syfilomatu. Tem możnaby tłumaczyć słabe działanie środka EHRLICHA na gruczoly chłonne oraz zaobserwowane na klinikach zagranicznych nawroty choroby. Prof. KROMAYER skonstatował w szpitalu miejskim (*Ortskrankenhaus*) w Berlinie 32% przypadków nawrotów.

Prof. GROUVEN (*Münch. med. Woch.* Nr. 34) przytacza przypadek *papulae hypertrophicae faciei*, gdzie pomimo dwukrotnego zastrzyknięcia 606 w dawkach 0.3 i 0.6 znaleziono w guzkach jeszcze po upływie 2 miesięcy ogromną ilość bardzo żywo poruszających się krętków. Chory z wysypką trzeciorzędną na głowie (*Exanthema tuberoserpigenosum*) poddany był trzykrotnemu zastrzyknięciu (0.3; 0.4; 1.0) i pomimo to wysypka znikła dopiero po dwóch miesiącach. W tymże artykule omawiana jest sprawa zapobiegawczego działania arsenobenzolu. Doświadczenia wykazały, że jednorazowe zastrzyknięcie 606 w okresie I nie zabezpiecza chorego od wystąpienia objawów wtórnych. Ciekawem też jest, że zarówno Prof. GROUVEN i FRAENKEL odstąpili od pierwotnej zasady jednorazowego zastrzyknięcia i z powodzeniem stosują metodę trzykrotnego zastrzyknięcia 606 w zwiększanych stopniowo dawkach (0.3 : 0.6 : 1.0) w odstępach dwutygodniowych. Zauważyli bowiem, że szybki początkowo proces znikania objawów chorobowych po pewnym czasie słabnie, przyczem analiza moczu wykazuje, że arsenik po upływie dwóch tygodni przestaje się wydzielać. Ponowna iniekcja przyspiesza znikanie objawów chorobowych, nie wywierając przytem ujemnego wpływu na ogólny stan chorego. Arsenobenzol, zdaniem GROUVENA, działa też skutecznie w przypadkach białicy (*pemphigus malignus*, *pemphigus foliaceus*, *pemphigus chronicus*), *lichen raiber planus* i *psoriasis*.

Dla bezstronnej oceny środka EHRLICHA prof. HERXHEIMER przeprowadził porównawcze badania nad działaniem 606 i rtęci, a mianowicie najsilniej działającego kalomelu. W 9 przypadkach stosował 0.10 kalomelu. Okazało się, że wysypki plamiste i grudkowate znikają po dwóch tygodniach, spirochety najpóźniej w ciągu 48 godzin, owrzodzenia pierwotne goiły się w ciągu 8 do 14 dni. Reakcja HERXHEIMER - JARISCH wystąpiła w dwóch przypadkach. Odczyn WASSERMANN z małymi wyjątkami był ujemny. Na mocy tych doświadczeń, HERXHEIMER doszedł do wniosku, że działanie arsenobenzolu jest identyczne z działaniem rtęci, przyczem wydaje mu się, że lepiej płaskie na błonach śluzowych znikają prędzej pod wpływem 606; toż samo mieliśmy sposobność stwierdzić u chorych leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza.

Prof. HERXHEIMER cytuje 2 przypadki, w których środek HATA — EHRLICHA okazał się zupełnie bezskutecznym. W przypadkach takich prof. NEISSER, jak również prof. ALT radzą stosować skombinowane leczenie rtęcią 606.

Ażebym należycie ocenić doniosłość epokowego bądź co bądź w chemoterapii odkrycia EHRLICHA, potrzeba będzie długoletnich doświadczeń, prowadzonych ściśle naukowo i obiektywnie. Jakkolwiek bądź obecnie jeszcze wobec 1) niepełnej obojętności preparatu dla ustroju (wybitne przyspieszenie tętna prawie u wszystkich chorych, leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza ¹⁾); kilka przypadków śmierci zagranicą), 2) niustalonego dawkowania (SWERSEN stosuje obecnie 2 zastrzyknięcia w odstępach 48 godz. jedno do żyły, 2-e wewnątrzmięśniowe, GROUVEN i FRAENKEL trzykrotne w odstępach 2 tygodniowych i t. d.), 3) coraz liczniejszych przeciwwskazań, wystawionych przez samego EHRLICHA wreszcie 4) wobec potrzeby wielu badań pomocniczych (oka, ucha, organów wewn., bakterjologii, cytologii i serologii) — próby stosowania środka 606 winny być dokonywane tylko w szpitalu.

Stosowanie środka HATA — EHRLICHA bez wszechstronnego badania lekarskiego i laboratoryjnego, bezkrytyczny zachwyt zaszkodzić mogą tylko sprawie postępu nauki, a co za tem idzie i chorem.

I. Eliasberg.

¹⁾ zatrzymanie moczu w ciągu przeszło 48 godzin u chorego z lues cerebrosplanialis.

WYKŁAD KLINICZNY.

Zaburzenia nerwowe i psychiczne w stwardnieniu tętnic.

Według

Prof. Cramera w Getyndze.

Znajomość wczesnych objawów towarzyszących stwardnieniu tętnic w narządzie nerwowym ośrodkowym posiada nader ważne znaczenie, gdyż tylko przy wczesnem rozpoznaniu cierpienia można spodziewać się pomyślnych skutków leczniczych.

Ponieważ nigdy prawie się nie zdarza, by zaburzenia psychiczne rozwinęły się bez poprzednio istniejących nerwowych, przeto przedewszystkiem na bliższą uwagę zasługują zaburzenia nerwowe na tle stwardnienia tętnic.

Śród objawów nerwowych, towarzyszących stwardnieniu tętnic odróżniamy dwie grupy: objawy ogólne i miejscowe.

Objawy ogólne występują zwykle najwcześniej. Najbardziej charakterystyczne są 3 następujące: zawrót, ból głowy i zmniejszenie pamięci. Najbardziej niepokojący jest zawrót, choć poprzedzają go na długo dwa inne.

Ból głowy bywa rozmaity, już to napadowy, świdrujący ból w pewnych miejscach, już to występuje tylko po wysiłku umysłowym, jako tępy ból, już to chorzy czują, jak po psychicznem wstrząśnieniu, jakby ich co zakłuło w całej głowie; ból ten jest rozlany lub umiejscowiony; utrudnia on wszelką pracę, a często sprowadza bezsenność. Często chorzy łączą ten ból z zaburzeniem w trawieniu i z zaparciem stolca.

Ten dokuczliwy i uporczywy ból głowy staje się tem łatwiejszy do wytłomaczenia, gdy do niego nagle przyłączy się wyraźny zawrót nieraz tak silny, że chory błędnie zatacza się, nieraz pada na ziemię, a wtedy łatwo przypuścić, że się ma doczynienia z objawiającym się w późniejszych okresach

stwardnienia tętnic pierwszym napadem padaczkowym.

Należy przytem zawsze pamiętać o zawrocie głowy, o którym często opowiadają neurastenicy i hypochondrycy, a który w rzeczywistości jest tylko napadem nerwowego osłabienia, a nie prawdziwym zawrotem. Należy też w podobnych przypadkach odróżnić, i zawrót głowy u chorych z cierpieniami uszu.

Prawdziwe zawroty głowy występują z początku rzadko, co kilka miesięcy; w ciężkich przypadkach i kilka razy dziennie. I natężenie ich jest różne.

Obok bólu głowy i zawrotu nie brak też po większej części i trzeciego objawu stopniowo wzmagającego się osłabienia pamięci.

Charakterystycznym objawem ogólnym we wszystkich prawie rozwiniętych przypadkach mniej lub więcej wyraźnie występującym jest nakoniec tklivosć; chorzy się łatwo rozczulają i przy lada sposobności płaczą, tak samo jak to zdarza, przy wszelkiem cierpieniu mózgu, często na starość, rzadziej w ciężkich przypadkach pierwotnej (endogen) neurastenii. Pod względem rozpoznania objaw ten jak i wszystkie wyżej wspomniane oddzielnie wzięte nie może posiadać wielkiego znaczenia, winien jednak zwrócić na siebie uwagę.

Do objawów ogólnych nie tak stałych należą pewna ciężkosć głowy, lekkie stany depressyjne; chorzy widzą wszystko czarno, czego dawniej nie było; bardzo rzadko występują stany wyraźniejsze euforyi. Często zato cała indywiduałność chorych się zmienia, stają się obojętni na wszystko. W innych przypadkach rozwija się silna drażliwość nie tylko względem bodźców świetlnych i głosowych, lecz względem najdrobniejszych zdarzeń i spraw codziennego życia. W innych znowu przypadkach chorzy bez usprawiedli-

wionej przyczyny stają się oszczędni, niemal skapi.

I s e n w niektórych przypadkach zachowuje się nieprawidłowo. Niektórym chorym zaczyna wcześniej dokuczać bezsenność; niekiedy znowu stają się oni senni. Często chorzy sami lub ich otoczenie podaje, że wyskok oddziałują na nich silniej tak, że nie znoszą nawet kieliszka wina.

W rzadkich przypadkach i chorzy już wcześniej się zmieniają pod względem etycznym; szczególnie dotyczy to sfery seksualnej, co w późniejszych okresach choroby zwykle przybiera charakter psychozy.

Na zaznaczenie w końcu zasługuje, że każdy z ogólnych jakoteż miejscowych objawów, towarzyszących stwardnieniu tętnic ośrodków nerwowych może przy sprzyjających warunkach być objawem wczesnym.

Z o b j a w ó w m i e j s c o w y c h na uwagę przedewszystkiem zasługują te, które muszą być uważane za objawy podrażnienia, za stigmata wskazujące na cierpienie neuronów.

Dość często autor spostrzegł jako wczesny objaw w y r a ż n e z w o l n i e n i e m o w y, do czego nieraz przyłącza się utrudnienie mowy i mowa niewyraźna; często też te zboczenia mowy łączą się z mniej lub więcej wyraźnym drganiem mięśni twarzy.

Bardzo ważne też są z m i a n y w ź r e n i c a c h, a mianowicie reagują one leniwo na światło i akomodację; mniej często widzimy skurczowe lub niezupełnie okrągłe źrenice.

Charakterystycznym dla tych zmian w źrenicach jest nietylko leniwa reakcja ich lecz przedewszystkiem, jak to słusznie zauważył WEBER, wahania w natężeniu objawów. Odczyn źrenic zachowuje się bardzo różnorodnie zmienia się nietylko w ciągu tygodni i miesięcy, lecz nawet w różnych porach dnia zachowuje się niejednakowo.

Dość często spostrzedz można wcześniej r ó ż n i c ę w i n e r w a c y i n e r w ó w t w a r z o w y c h — porażenie a dopiero w późniejszych okresach, gdy nastąpiły silniejsze insulaty mózgowe wyraźniejsze p o r a ż e n i a i n n y c h n e r w ó w m ó z g o w y c h

zdarzają się rzadko. Niekiedy jako wczesny objaw występuje porażenie mięśni ocznych.

O d r u c h y są po większej części wzmożone Chorzy skarżą się zresztą na wszelkiego rodzaju p a r e s t e z y e i b ó l e szczególnie w kończynach, a mianowicie mrowienie, drętwienie, uczucie zimna i wprost kłujące, świdrujące bóle, szczególnie często w pięcie.

Wszystkie te objawy mogą być pochodzenia czysto nerwowego. Z tego powodu tylko przez wyłączenie mogą być odniesione do stwardnienia tętnic. Oprócz tego dosyć często powstaje inna trudność dyagnostyczna, a mianowicie, czy mamy do czynienia ze sprawą obwodową stwardnienia tętnic jak np. przy chromaniu przestankowym, czy ośrodkową. Należy wogóle przyjąć jako ważne правило nie rozpoznawać stwardnienia tętnic bez uwzględnienia wszelkich pomocniczych sposobów dyagnostycznych, jakich nam dostarcza medycyna wewnętrzna (zmiany w sercu, rozszerzenie serca na lewo, wzmocniony ton tętnicy głównej, podniesienie ciśnienia krwi w tętnicach, napięte tętno, ewentualnie zmiany w nerkach).

Dosyć często zdarza się przeoczenie lub nieuwzględnienie całego szeregu objawów, o których dotąd była mowa, gdy nagle w następstwie udaru mózgowego wiele objawów, już dawniejszych występuje z większym natężeniem, jak bóle głowy i zawroty, duszność i ucisk w okolicy serca. Są to już objawy cierpienia ogniskowego — wylewu krwi lub rozmiękczenia, będącego następstwem stwardnienia tętnic mózgowych.

Widzimy więc, że cały szereg objawów nerwowych może towarzyszyć stwardnieniu tętnic w ośrodku nerwowym. Nie są to jednak zwykle objawy neurastenii, lecz przy dokładniejszym rozpatrzeniu widzimy cały szereg objawów podrażnienia, które muszą być odniesione do cierpienia neuronów organicznego pochodzenia, a nie do pierwotnej neurastenii.

Różniczkowe rozpoznanie w tym razie nie będzie trudne, jeśli uwzględnimy, że przy nerwowości nie mamy nigdy objawów cierpienia organicznego. A właściwe wczesne rozpoznanie bardzo jest ważne, gdyż od nie-

go zależy skuteczność leczenia. Nie należy w ogólności łatwo się zadowolnić ogólnym rozpoznaniem „neurastenii”; zbyt bowiem późne rozpoznanie stwardnienia tętnic musi zawsze odbić się niekorzystnie na skuteczności leczenia.

Jest w ogóle mniej niebezpiecznie chorego ze zwykłą nerwowością przez pewien czas uważać za arteriosklerotyka, aniżeli przeciwnie arteriosklerotyka za neurasteniaka. Nie należy przytem zapominać, że może się zdarzyć, iż chorzy na prawdziwą neurastenię w późniejszym okresie życia mogą zapasać na stwardnienie tętnic mózgowych.

W drugiej części wykładu autor zajmuje się zaburzeniami psychicznymi stwardnienia tętnic narządu nerwowego ośrodkowego.

Są one trojakiemu rodzaju:

1. Postępujące zmniejszenie sił intelektualnych.
2. Lekkie i ciężkie stany depresyjne.
3. Stany euforyi i egzaltacji, rzadko objawy pomieszania ogólnego.

Utrata sił intelektualnych rozwija się najczęściej powoli. Objawia się ona przede wszystkim utratą pamięci, a dopiero później następuje zmniejszenie inteligencji.

Jedną z pierwszych oznak rozwijającego się osłabienia psychicznego jest często wystąpienie etycznych przekroczeń i moralnych przewrotności, jakich dotąd u chorego nie zauważono. Ludzie, którym dotąd nic zarzucić nie można było, dokonywują teraz różnych przewierstw i fałszerstw, często wykraczają przeciw etyce małżeńskiej i pod każdym względem zaniedbują rodzinę.

Najczęstsze zaburzenie psychiczne rozwijające się na tle stwardnienia tętnic stanowią stany depresyjne, rozpoczynające się zwykle od objawów — hypochondrii. Chorzy żyją ciągle w obawie, że są nieuleczalni, radzą się jednego lekarza po drugim, troszczą się ciągle o swe wypróżnienia i urynowanie, mówią o rozmiękczeniu mózgu

i t. p. Często przy tych stanach zdarzają się próby samobójstwa, a chorzy dotąd lecący się w sanatoriach, muszą być umieszczeni w zamkniętych zakładach.

Trwanie tych stanów depresyjnych jest różne. Często pod wpływem odpowiedniego leczenia występuje poprawa; w niesprzyjających jednak warunkach łatwo występują nawroty, gdyż nie należy zapominać, że chorzy nie zostali uleczeni; stany depresyjne zostały usunięte, lecz stwardnienie tętnic pozostało i wymaga starannego leczenia, a chory spokoju przedewszystkiem psychicznego.

Do trzeciej grupy zaburzeń psychicznych należą stany euforyi i egzaltacji jakoteż zbiór objawów właściwych pomieszaniu ogólnemu.

Wszystkie zaburzenia psychiczne rozwijające się na tle stwardnienia tętnic w dalszym przebiegu tem się odznaczają, że w końcu skutkiem powtarzających się udarów prowadzą szybkie otępienie umysłowe.

Pod względem rozpoznawczym odróżnić należy stany depresyjne na tle stwardnienia tętnic od wielce do nich podobnego porażenia postępującego mózgu. W tym względzie obok wielu innych charakterystycznych objawów nie małe usługi oddaje odczyn Wassermanowski przy badaniu płynu mózgo-rdzeniowego.

Jeszcze pod względem różniczkowego rozpoznania należy uwzględnić przymiot mózgo-rdzeniowy. Odróżnienie obu tych spraw jest najczęściej nietrudne, szczególnie skuteczność lub bezskuteczność leczenia swoistego rozstrzyga sprawę.

Ze wszystkiego wyżej powiedzianego widzimy, że stwardnienie tętnic w narządzie nerwowym ośrodkowym może klinicznie wyrazić się zaburzeniami zarówno w sferze nerwowej jak i psychicznej. Znajomość tych spraw chorobowych jest nie tylko ważna pod względem naukowym, lecz i praktycznym, gdyż przy dosyć wczesnym rozpoznaniu za pomocą odpowiedniego leczenia można w niejednym przypadku usunąć chorobę.

(Deut. med. Woch., 1909, Nr. 37).

F. Ar.

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

Choroby weneryczne i skóry.

165. Michaelis. Stosowanie podskórne preparatu Ehrlicha-Haty.

Autor bardzo zachwala stosowanie podskórne preparatu 606, które zdaniem jego znacznie przewyższa inne sposoby stosowania. Zastrzykiwał on zwykle 0,6. Wszyscy chorzy bez wyjątku dobrze znosili te zastrzykiwania. Często w kilka godzin po zastrzyknięciu występowały silne bóle, które jednak pod okładem rozgrzewającym prędko znikaly. Nieraz prócz tego i na 3 dzień po zastrzyknięciu zjawiał się silny ból, szybko przemijający. Żadnych poważnych powikłań autor nie spostrzegł.

Technika tych zastrzykiwań następująca:

Do wyjąłowionego szerokiego miareczkowanego cylindra o pojemności 50 ctm. sz. nalewamy 25 ctm. sz. przegotowanej jeszcze gorącej wody; wsypujemy doń 0,6 preparatu, który za pomocą mieszania rozpuszczamy; do roztworu tego dolewamy 6 ctm. sz. normalnego ługu sodowego i znowu mieszamy tak długo, dopóki osad, który utworzył się, nie rozpuści się w zupełności. Wówczas dodajemy 3 krople $\frac{1}{2}\%$ roztworu wysokowego *phenolphthaleiny* i taką ilość kwasu octowego, dopóki nie otrzymamy płynu o odczynie obojętnym, t. j. dopóki *phenolphthaelina* nie odbarwi się; powstała w ten sposób zawiesina ma kolor jasno żółty. Aby z całą pewnością uniknąć odczynu kwaśnego, znowu dodajemy kroplami normalnego roztworu ługu sodowego do wystąpienia słabioróżowego zabarwienia *phenolphthaleiny*. Płyn ten wlewamy do płaskiej wyjąłowionej miseczki szklanej i zastrzykujemy choremu w siedzącym położeniu pod skórę pomiędzy łopatki. Powstałe po zastrzyknięciu wygórowanie bardzo dokładnie masujemy również w siedzącym położeniu chorego, aby płyn ten rozszedł się na możliwie dużej przestrzeni. Massujemy tak długo, dopóki wy-

górowanie zupełnie nie przepadnie, poczem nakładamy wilgotny opatrunek i zalecamy choremu pozostawać w łóżku.

Nad zastrzykiwaniem w pośladki wyżej opisany sposób stosowania preparatu EHRLICHA posiada: 1) tę wyższość, że dzięki większej powierzchni wchłaniania się preparatu, ten ostatni bezwątpienia działa znacznie energiczniej i 2) chory może swobodnie chodzić i siedzieć.

(Berli. Kl. Woch., 1910, N 33.)

166. Isaac. Badania nad preparatem Ehrlicha 606, dioxydiamido - arsenobenzolem.

U wszystkich (27) chorych, leczonych preparatem EHRLICHA, autor otrzymał znakomite wyniki; wszyscy również, za wyjątkiem dwóch, dobrze znosili nowy środek. Dwaj wzmiankowani chorzy w ciągu pierwszych dwóch dni po zastrzyknięciu czuli się dobrze, trzeciego dnia zjawiał się silny ból w pośladkach w połączeniu z naciekami i podniesioną ciepłotą. Bóle były tak silne, że w ciągu kilkunastu dni trzeba było chorym tym zastrzykiwać dużą dawkę morfiny. Prócz tego u jednego z tych chorych na całym ciele utwożyła się wysypka pokrzywkowa, która trwa przeszło 3 tygodnie. U pozostałych chorych autor żadnych poważnych powikłań nie obserwowwał. Płyn do zastrzyknięcia autor przygotowuje w następujący sposób: całą zawartość ampulki (preparat 606) wsypuje do suchego kieliszka szklanego o grubych ścianach i rozciera ją na drobny proszek; do proszku tego dodaje kilka kropli wysoku metylowego i wszystko to miesza w ciągu kilku minut szklaną pałeczką, w końcu dla całkowitego rozpuszczenia proszku dolewa doń 5—10 ctm. sz. gorącej wody wyjąłowionej; po krótkim beztaniu otrzymuje się żółty, przezroczysty płyn o odczynie kwaśnym. Ze względu na to że kwaśny płyn wywołuje przy zastrzyknięciu silne bóle, należy go zobojętnić. W tym celu dodajemy jako wskaźnika 1—2 kropli *phenolphthaleiny* a następnie przy ciągłym mieszanju

dolewamy kroplami $\frac{1}{10}\%$ ług sodowy, dopóki nie utworzy się zawiesina koloru żółto-kanarkowego, poczem, lekko bełtając, w dalszym ciągu dolewamy roztworu ługu sodowego, aż utworzy się płyn koloru mlecznej kawy; dodajemy wówczas kilka kropli kwasu octowego, poczem zawiesina przyjmuje znowu żółty kolor. Zawiesina ta jest gotową do zastrzyknięcia; ilość jej wynosi około 25 — 30 ctm. sz. Dla zmniejszenia bólu, który występuje po zastrzyknięciu, możemy dodać do niej kokainy, enzemy, alypiny lub morfiny. Zastrzykiwać należy najlepiej za pomocą szprycy REKORDA z szeroką igłą platynową, którą przed zastrzyknięciem należy przepalić. Autor zastrzykuje preparat w zewnętrzną część pośladków lub między łopatki. Jaką ilość preparatu należy zastrzykiwać, dotychczas trudno jeszcze dokładnie określić; zdaje się, że 0,3 gr. jest zupełnie dostateczne. Nawrotów autor dotychczas nie spostrzegł. Zniknięcie odczynu WASSERMANN'a spostrzegł zaledwie w jednym przypadku i to w 6 tygodni po zastrzyknięciu.

(Berl. Klin. Woch., 1910, Nr. 33).

167. Taegge. Skuteczne działanie lecznicze na ssawca, którego mamce zastrzyknięto dioxydiamido-arsenobenzol.

Do kliniki chorób skórnych we Friburgu zgłosiła się dziewczyna 19-letnia w ostatnim miesiącu ciąży, u której znaleziono leukoderme na szyi i duże łepieże płaskie w okolicy narządów rodnych. W łepieżach znaleziono obfitą ilość krętków białych, a badanie serodyagnostyczne wykazało odczyn dodatni próby WASSERMANN'a.

Dokładnie czasu zarażenia się nie można było ustalić.

Ze względu na to, że chora łąda dzień spodziewała się rozwiązania, autor wstrzymał się ze wszelkimi zabiegami leczniczymi, tem bardziej, że chciał przekonać się, jak wpłynie

na chorobę ssawca preparat 606, który miał zamiar zastrzyknąć jego matce.

Dziecko przyszło na świat bez wyraźnych objawów syfilisu, ale było blade, apatyczne, miało wygląd starczy i nie chciało przyjmować piersi. Na 9 dzień po urodzeniu wystąpiły u dziecka pęcherze na stopkach (*pemphigus syphiliticus*) i *paronyxis syphilitica*. Następnego dnia autor zastrzyknął matce 0,3 preparatu EHRLICHA w wodnym roztworze w obydwu pośladki. Już na 3-ci dzień po zastrzyknięciu łepieże zaczęły się zmniejszać, i nie można w nich było znaleźć krętków białych. U dziecka na 3-ci dzień również zaczęła się poprawa, a po 5 dniach po zastrzyknięciu pozostały zaledwie nieznaczące ślady pęcherzy. Dziecko nabrało świeżego wyglądu, głośno krzyczało i przyjmowało pierś. Przy wyjściu z kliniki, dziecko, mając 25 dni, ważyło 3900,0 grm. i nie wykazywało żadnych objawów syfilisu.

Jeżeli przypuścić, że wyzdrowienie w danym przypadku nastąpiło wskutek tego, że do pokarmu matki przeszedł preparat 606 lub kwas arsenowy, to przeciwko tej hipotezie przemawia analiza chemiczna.

Zdaniem EHRLICHA skuteczne działanie lecznicze preparatu 606 w danym przypadku da się objaśnić w następujący sposób: pod wpływem preparatu EHRLICHA masa krętków białych ginie, wydzielając przytem endotoksyny; te ostatnie wywołują w ustroju antytoksyny, które z mlekiem matczynym dostały się ssawcowi.

Wobec tego, że niebezpiecznym jest stosować preparat 606 u zbyt małych dzieci, ze względu na dużą ilość wydzielających się przytem endotoksyn, TAEGER radzi aby matce, ewent. mamce syfilityczce, która karmi dziecko, obarczone dziedzicznym syfilisem, zastrzykiwać preparat 606.

(Münch. med. Woch., Nr. 33, 1910).

Springer.

Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne 25 maja 1910 r.

HIGIER demonstrował przypadek *Haematomyeliae spontaneae* w szyjowej części rdzenia u 22-letniej kobiety. Przytoczywszy historię choroby HIGIER podkreśla, że brak wyraźnej etiologii, oraz wiek młody w *haematomyelii* nie należy do takich rzadkości, jak powszechnie przypuszczają. To samo miało miejsce w 2, poprzednio w sekcji neurologicznej przezeń demonstrowanych przypadkach *haematomyelii* grzbietowej *haematomyelii* stożka rdzeniowego, oraz w jednym przed laty kilkunastu obserwowanym ciężkim przypadku wylewu krwawego w części lędźwiowej u kilkunastoletniej dziewczyny.

HIGIER demonstrował następnie przypadek nowotworu w kącie mózdkowo-mostowym u 45-letniej kobiety. Wobec tarczy zastoinowej, objawów opuszkowych i obustronności tych ostatnich szanse pomyślnego zejścia przy interwencji chirurgicznej są niewielkie.

Czesław Orto wygłosił odczyt pod tytułem: „O wpływie nikotyny na serce”. Prelegent wstrzykiwał królikom dożylnie roztwór nikotyny (1 : 10000) po jednej strzykawce jednogramowej. Dawkę stopniowo zwiększano i ostatecznie po czterech miesiącach stosowano do końca doświadczeń roztwór 1 : 1000). Królików nikotynizowanych było 12, do kontroli zaś wzięto 3 króliki. Po 10 miesiącach zastrzykiwań nikotyny (0,1 czystej nikotyny) króliki zabito. Makroskopowych zmian w sercu nie wykryto. W aorcie mikroskop wykazał zmiany miażdżycowe. U królików nikotynizowanych stwierdzono zmiany w wadze serca, a mianowicie znaczny przyrost. W mięśniu sercowym zauważono zmiany mięszone i śródmięszone: mięszone polegają na stopniowo rozwijającym się drobnoziarnistym zwyrodnieniu i wkuolizacji protoplazmy ciała i na rozpadzie lub też na stopniowym rozplywaniu się jądra. Proces ten w rezultacie doprowadza do zamierania komórek. Dookoła zamarłych mas zjawia się drobnokomórkowe nacieczenie, tkanka łączna zaczyna się rozrastać i w rezultacie po-

wstaje blizna. W naczyniach zmiany wyrażają się w nekrobiotycznym procesie w *media*, któremu towarzyszy rozrost intymy, doprowadzający niekiedy do całkowitego zamknięcia światła naczynia. W komórkach zwojowych zauważono stopniowy zanik ziarnistości NISSLA, rozwijający się przeważnie ekscentrycznie; zrzadka obserwowano koncentryczną chromatolizę. Równocześnie z zanikiem ciałek NISSLA zjawiają się wakuole duże i małe. W komórkach z chromatolizą stwierdzono dyzlokację jądra ku obwodowi komórki.

W dyskusji RZĘTKOWSKI stwierdza niezgodność pomiędzy wnioskami prelegenta, wyciągniętymi z cyfr wagi serc królików nikotynizowanych i zwykłych, a demonstrowanymi na ekranie preparatami. Preparaty te nie tylko nie świadczą o przeroście serca, który prelegent z cyfr swoich stwierdza, ale raczej o zaniku tkanki mięsnej myocardi. Być może, że rozwój tkanki łącznej, gatunkowo cięższej niż tkanka mięśniowa, wpływał na wzmaganie się wagi serc u zwierząt nikotynizowanych. Demonstrowane preparaty wykazują w sercach królików nikotynizowanych zmiany bardzo znaczne. U ludzi palaczy nic podobnego nie widzujemy, nawet w okresach znacznej niedomogi serca. Stąd też wyniki doświadczeń na królikach należy z wielką oględnością przenosić do patologii ludzkiej.

PAWIŃSKI sądzi, że wpływ nikotyny odbija się więcej na centrach nerwowych, a szczególnie na wazomotorach, niż na mięśniu sercowym. Gdyby nikotyna wywoływała u ludzi takie zmiany w mięśniu sercowym, jakie otrzymał prelegent u królików, to po odstawieniu nikotyny nie ustępowałyby tak prędko napady duszniczy bolesnej w *angina nicotynica*. Wartoby, zdaniem mówcy, sprawdzić jaki wpływ wywiera nikotyna na ciśnienie krwi u zwierząt.

SOKOŁOWSKI Alfred zapytuje, czy prelegent nie określał stosunku ilości zużytej do zastrzykiwań nikotyny, do ilości nikotyny, wprowadzanej do organizmu przy paleniu.

W odpowiedzi RZĘTKOWSKIEMU prelegent zaznacza, że waga serca królików jest wielkością względną i do ścisłych porównań służyć nie może, oraz że w mięśniu przerośniętym mogą zachodzić zmiany, demonstrowane przez prelegenta. PAWIŃSKIEMU prelegent odpowiada, że prace nad ciśnieniem krwi w naczyniach pod wpływem nikotyny są już częściej robione, mianowicie KUTNER stwierdził u królików, że małe dawki nikotyny podnoszą nieznacznie ciśnienie na kilka minut, poczem następuje spadek niżej normy; większe dawki natomiast obniżają ciśnienie, wywołując niemierną tętna. SOKOŁOWSKIEMU prelegent odpowiada, że ściśle określić ilości tytoniu, któryby dał dawkę nikotyny przy paleniu go, równą z zastrzykiwaną królikom, jest prawie niemożliwe, gdyż część nikotyny, zawartej w tytoniu przy paleniu spala się, część zaś tylko niewielka przechodzi do dymu, następnie znaczna część nikotyny ze śliną dostaje się do żołądka.

Posiedzenie kliniczne 7 czerwca 1910.

Władysław JANOWSKI demonstrował kilka krzywych przelykowo - przedsionkowych, zdjętych równocześnie z elektrokardiogramą, dowodzących, że skurcz przedsionków (As) zaczyna się w tym właśnie punkcie na krzywej, jak to JANOWSKI wykazywał już w 1907 r.

JAKIMIAK demonstrował jako *curiosum cystę dermoidalną*, wypełnioną olbrzymią ilością tworów okrągłych, wielkości orzecha laskowego. Kulki te kruszą się w palcach, cholesteryny nie zawierają, zawierają zaś 1% tłuszczu, oraz ciała białkowe.

KUCZYŃSKI demonstrował: 1) kolekcję hodowli grupy promieniowców wraz z preparatami mikroskopowymi, pochodzącą z pracowni Naukowej Warsz. Tow. Lek., 2) chorego z oddziału d-ra Franciszka KIJEWSKIEGO z promieniową dolnej szczęki, stwierdzoną klinicznie i bakteryologicznie, oraz przedstawia odpowiednie preparaty i hodowle.

SREBRNY wygłosił rzecz pod tytułem: „O leczeniu gruźlicy gardzieli i krtani za pomocą galwanokaustyki (Rzecz drukowana w Nr. 22, 1910 r. w Medycynie i Kronice Lekarskiej). W dyskusji Alfred SOKOŁOWSKI podkreśla, że statystyka prelegenta wykazuje, że

około 20% chorych operowanych uległo wyleczeniu. Rezultaty są bardzo piękne i dowodzą, że nawet w tak ciężkich przypadkach, jak gruźlica krtani można jeszcze coś zrobić. Następnie bardzo ważnym jest wypowiedziany wniosek, że w tych przypadkach, gdzie stan ogólny był dobry, gdzie zmiany w płucach były małe, tam następowało wyleczenie. SOKOŁOWSKI wypowiedział to same zdanie już przed 20 laty na Zjeździe we Lwowie. Bardzo ważną jest kwestya zablizniań i odradzań krtani *post. operationem*. Po latach chorzy przychodzą i nie można skonstatować notowanych zmian, gdyż tak wybitna nastąpiła regeneracya. Nabłonek krtani posiada dziwną zdolność do regeneracyi.

KORYBUT-DASZKIEWICZ i w imieniu własnem i SMOLEŃSKIEGO wygłosił rzecz pod tytułem: „Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym (zejście śmiertelne). Przypadek dotyczył 14-letniej dziewczynki, u której mimo typowych zmian w gardle i na skórze ciepłota ciała przez dzień jeden tylko w przebiegu choroby dosięgła 37°, zresztą była zawsze niższą. Mimo to spostrzegano, jako powikłanie zapalenia ucha z przedziurawieniem bębienka i zapalenie nerek, które zakończyło się zejściem śmiertelnem przy objawach mocznicy. Badanie pośmiertne potwierdziło istnienie zmian wybitnych, a właściwych zapaleniu nerek.

W dyskusji GEPNER zaznacza, że obserwował u córeczki swojej *erythema scarlatinosum* bez gorączki, a później wystąpił krwimocz. KNAPPE zapytuje, czy temperatura mierzona była w *rectum*. Zaznacza, że wogóle te przypadki płonicy, które z początku przebiegają lekko, zwykle kończą się gorzej.

HEWELKE zwraca uwagę, że u dorosłych dość często spótyka się ciężkie zapalenie nerek, po bardzo nieznacznych i stąd przeoczonych objawach chorobowych z wysypką szkarlatynową.

ZAPASIEWICZ jest zdania, iż sądząc z opisu danego przypadku, prędzej należałoby uważać dany przypadek za różyczkę, a nie szkarlatynę.

W odpowiedzi KNAPPEMU KORYBUT-DASZKIEWICZ zaznacza, że gorączka mierzona była pod pachą. Co się tyczy spostrzeżenia, że płonica o łagodnym początkowym przebiegu

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

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

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

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.

LABORATORYUM CHEMICZNO - BAKTERYOLOGICZNE

D-ra St. SERKOWSKIEGO

w Warszawie, Ś-to Krzyska 16, telef. 113-38.

Analizy do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory szczegółowe moczu, płwociny, krwi (ogólne, mikr. i bakter.), nitek śluzowych, wydzieliny gruczołu krokowego, nalotów błonicych, zawartości żołądkowej, włosów, płynu mózgowego, wysięków i t. p.

REAKCYA WASSERMANN (tylko z antygenem luetycznym) w płynie mózgowym lub surowicy krwi.

Reakcyja Widala, badania serodyagnostyczne (aglutyn., opsoniny).

Analizy przetworów chemicznych, farmaceut. i kosmetycz. Analizy sanitarno-hygieniczne wody (szczeg. rozbiory wód mineralnych i bakterjologiczne) i produktów spożywczych. Laboratorium dostarcza kultur bakterji, podłoż, odczynników mianowanych, naczyń jałowych do zbierania materjału; na żądanie dołącza do analiz zdjęcia mikrograficzne.

Gabinet Roentgenolecznicy

D-ra Juliana Wiśniewskiego

ordynatora Warsz. Szpit. Ewangelickiego
Choroby skóry, włosów, paznokci i wene-
ryczne.

Warszawa, ZIELNA 29. TEL. 165-85.

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

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakterjologiczne i mikrostopowe 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.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgji
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

D-r M. Springer

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

OSADA KRASNOBRÓD POW. ZAMOJSKIEGO

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

Nowe katalogi ilustrowane franco

Nowe katalogi ilustrowane franco

daje zdaniem KNAPPEGO złe zejście, DASZKIEWICZ tłumaczy to tylko lekceważeniem przypadków o przebiegu łagodnym. ZAPASIEWICZOWI prelegent odpowiada, że nic nie prze-

mawia w danym przypadku przeciw rozpoznaniu płonicy oprócz braku gorączki.

Tadeusz Wilczyński.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA

D-F med. L. E. BREGMAN. **Dyagnostyka chorób nerwowych.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście. Warszawa 1910, Wende i S-ka. Cena z. 4.

Jeśli rzucić okiem na Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za ostatnie lata, to dojść można do przekonania, że dorobek nasz w dziedzinie wiedzy lekarskiej jest niezmiernie bogaty: tytuły prac co-rocennie cyfrą tysiąca daleko przekraczają, li tylko neurologia z psychiatrią stokilkadziesiąt numerów dostarcza. Przy bliższem jednak rozpatrzeniu to bogactwo przedstawia się już mniej imponująco: z powodzi kazuistyki, która żadnemu, byle trochę poza szablon wykraczającemu przypadkowi nie przepuszcza, — szczupłą zaledwie można wyłowić garstkę prac syntetycznych, na własnych badaniach opartych.

Szczególniej ubogi jest dział podręczników lekarskich — a w naszych zwłaszcza warunkach, gdy wszechnicy, instytutów i wogóle ognisk nauki z językiem wykładowym polskim brakuje, gdy studenci i lekarze, w obcym języku kształceni, w piśmiennictwie jedyne mają źródło polskie do uzupełnienia swej wiedzy, — brak podręczników jest uposłdzeniem dotkliwym, istną krzywdą społeczną.

Z prawdziwym więc uznaniem witamy nowy wkład w tej dziedzinie — dzieło kol. BREGMANA: „Dyagnostyka chorób nerwowych”. Okazały tom o 30 arkuszach druku, w pięknej szacie zewnętrznej z licznymi rysunkami, wywiera odrazu miłe wrażenie. Pracę swą autor oparł na doświadczeniu osobistym, ogromna też większość rysunków klinicznych z własnych jest wzięta spostrzeżeń.

Cały materiał autor ugrupował „na podstawie symptomatologicznej, rozpatrując w

poszczególnych rozdziałach objawy chorób nerwowych, oddzielnymi grupami odpowiednio do tego, jak je zwykle w klinice badamy”. Wspomniawszy więc pokrótce (zbyt nawet krótko) o wywiadach, autor podaje w ogólnych zarysach plan badania chorych nerwowych. Cztery największe rozdziały (blisko 1/2 książki) poświęcone są zaburzeniom w dziedzinie ruchowej. Przedewszystkiem autor opisuje zaniki mięśni w rozmaitych obrębach ciała, następnie porażenia ruchowe: *a*) w obrębie poszczególnych nerwów obwodowych i splotów nerwowych, — tutaj omówione jest zapalenie wielonerwowe, *b*) porażenia w cierpieniach rdzenia (opis cierpień rdzenia układowych i nieukładowych), *c*) porażenia w cierpieniach nerwów mózgowych i rozmaitych części mózgowia, *d*) porażenia (?) w cierpieniach układu mięśniowego, *e*) porażenia histeryczne. Treścią następnych rozdziałów jest bezład rozmaitego pochodzenia, drżenie oraz objawy kurczowe ogólne (padaczka JACKSONA, padaczka samoistna, kurcze histeryczne — rozpoznanie różniczkowe między napadem histerycznym i padaczkowym, — następnie krótki opis cierpień, w których objawy kurczowe wysuwają się na czoło obrazu chorobowego: tężec, wścieklizna, tężyczka, mytonia, myoklonia, płasawica i t. d.), — wreszcie kurcze, umiejscowione, w poszczególnych obrębach ciała.

Obszerny rozdział VI obejmuje zaburzenia czucia, opisane szczegółowo z przytoczeniem główniejszych danych fizyologicznych, dotyczących przewodnictwa czuciowego w układzie nerwowym. Mówiąc o zaburzeniach czucia w cierpieniach czynnościowych, autor zwraca uwagę na udawanie tych zaburzeń, zwłaszcza w nerwicach urazowych; w obszernym przypisku podaje też wskazówki, po-

zwalające wykryć symulację i w innych dziedzinach nerwowych. Ustęp ten jest wielce ważny, szczególnie dla tych lekarzy, którzy jako biegli powołani są do badania rozmaitych poszkodowanych po katastrofach kolejowych, wypadkach w fabrykach, budowach.

W rozdziale o odruchach autor przytacza także ów długi szereg nowych zjawisk odruchowych, których w ostatnich zwłaszcza latach tak wiele wykryto (BABIŃSKI, BECHTEREW, OPPENHEIN). Opisawszy następnie zaburzenia w dziedzinie poszczególnych zmysłów, autor przechodzi do zaburzeń mowy. Rozdział ten, opracowany starannie choć zwięzłe, daje dokładne pojęcie o obecnym stanie wiedzy w tej zawilej sprawie; stosunkowo mało miejsca poświęcono objawom dyzartrycznym, główny nacisk autor położył na opis i rozróżnienia rozmaitych postaci afazji; w tym rozdziale umieszczona jest także apraksja, chociaż objaw ten właściwie do zaburzeń mowy nie należy.

Następnie treściwie, lecz zupełnie dostatecznie omówione są zaburzenia umysłowe, z którymi neuropatolog często ma do czynienia; podane są główne wytyczne do badania inteligencji chorego, jego pamięci i t. d.; wymienione są pokrótce rozmaite zaburzenia psychiczne jako to: omamy, urojenia, wyobrażenia poniewolne; więcej miejsca poświęcono zaburzeniom świadomości; wreszcie dość szczegółowo opisane są cierpienia układu nerwowego z wybitnymi zaburzeniami psychicznymi: porażenie postępujące, syfilis mózgu, przewlekłe zatrucie wyskokiem, sprawy naczyniowe w mózgu, nowotwory i t. z. cierpienia czynnościowe (zwłaszcza histerya), wreszcie rozmaite postaci idiotyzmu.

W następnych rozdziałach autor omawia zaburzenia naczynio-ruchowe, odżywcze, potowydzielnicze, zaburzenia w czynnościach pęcherza, odbytnicy, narządów płciowych, wreszcie zaburzenia nerwowe w czynnościach narządów wewnętrznych. Rozdział XV poświęcony jest badaniu czaszki i kręgosłupa.

W ostatnim rozdziale autor opisuje szczegółowo technikę nakłucia lędźwiowego, tego zabiegu tak doniosłego pod względem rozpoznawczym i tak często obecnie stosowanego. Następnie podane są własności normalnego płynu mózgowo-rdzeniowego oraz

zmiany chorobowe, które wykryć mogą badania cytologiczne, bakteryologiczne i serodyagnostyczne. Szkoda, że ta właśnie część, traktująca o przedmiocie w ostatnich latach tak szeroko i wielostronnie badanym, jest niezmiernie krótka; szczególnie, gdy mowa o próbie WASSERMANN w podręczniku powinny być przynajmniej w ogólnych zarysach przedstawione podstawy tego odczynu, powinno być także wskazane, co się nazywa wynikiem dodatnim i co ujemnym.

Zamyka książkę obszerny i dokładny skorowidz, jest to udogodnienie ogromne, zwłaszcza dla poszukujących opisu lub znaczenia jakiegoś nieznanego objawu.

Niestety, ta bogata w treść książka ma i strony ujemne. Zarzut najważniejszy, podstawowy: „Dyagnostyka” kol. BREGMANA nie jest właściwie — dyagnostyką.

W zasadzie podręcznik stanowi syntezę wszelkich wiadomości z danej gałęzi wiedzy; taki jednak podręcznik częściowy, którego celem jest ułatwić „rozpoznanie” pewnych zjawisk, określenie do jakich kategorii, przez naukę ustalonych, one należą — z natury rzeczy musi być metodą analityczną ułożony. Od skutków (w danym razie objawów) do przyczyn (w danym razie określenia natury i umiejscowienia zmian w układzie nerwowym) — prowadzić winien autor czytelnika. Tymczasem, w pierwszej zwłaszcza połowie dzieła, dotyczącej zaburzeń ruchowych, rzecz się ma inaczej

Przystępując do rozpatrywania najdonioslejszej w danej dziedzinie kategorii objawów — porażenia ruchowego, autor ogranicza się do stwierdzenia, że porażenia bywają organiczne lub czynnościowe, i w paru nawet słowach nie wyjaśnia, co to jest porażenie. Widocznie kol. B. przypuszcza, że posilkujący się jego podręcznikiem nad rzeczą taką się nie zatrzyma, że już, zabierając się do badania, wie napewno, że w danym razie ma on z porażeniem do czynienia. A jednak nie zawsze jest to sprawa tak prosta.

Dowód najlepszy, że, opisując rozmaite rodzaje porażen, kol. BREGMAN umieszcza rozdział: „porażenie w cierpieniach układu mięśniowego” i część główną tego rozdziału poświęca różnym postaciom pierwiastka mięśni postępującego

(*dystrophia musculorum progresiva idiopathica*). Tymczasem w wymienionej jednostce chorobowej właśnie n i e m a p o r a ż e n i a, ponieważ niema tu zmian (organicznych lub czynnościowych) w układzie nerwowym¹⁾, jest tylko osłabienie, wzgl. zniesienie czynności ruchowej naskutek samoistnego schorzenia włókna mięśniowego — ubytku jego substancji kurczliwej.

Opis rozmaitych postaci porażeń podany jest, jak mówiliśmy wyżej, według umiejscowienia w nerwach obwodowych, w rdzeniu, w rozmaitych częściach mózgowia, wreszcie porażenie histeryczne. Poszukujący więc przy badaniu wskazówek w podręczniku kol. BREGMANA, musi sobie *à priori* powiedzieć, że ma do czynienia z porażeniem, dajmy na to, organicznem, podkorowem — i dopiero w odpowiednim rozdziale odnaleźć potwierdzenie tego przypuszczalnego rozpoznania. Widząc, że się objawy nie zgadzają (jest to więcej niż prawdopodobne), musi zmieniać swe pierwotne, na niczem, rozumie się, nie oparte rozpoznanie i w innym znów rozdziale szukać wskazówki i t. d. Że to lekarza — praktyka lub studenta (dla których podręcznik jest przeznaczony) zniechęcić może — wątpliwości nie ulega.

Plan „dyagnostyki” porażeń przedstawia mi się inaczej. Przedewszystkiem wskazówki ogólne, pozwalające odróżnić porażenie od innych zaburzeń ruchowych. Następnie podział najprostszy, który się każdemu, nawet mało przygotowanemu badaczowi w oczy rzuca — podział według umiejscowienia objawów chorobowych: na porażenia połowicze, porażenia poprzeczne, porażenia pojedynczych kończyn i poszczególnych grup mięśniowych. Pierwszy z tych rozdziałów obejmowałby opis wszelkich odmian porażenia połowiczego mózgowego z wskazówkami różniczkowo - rozpoznawczemi poszczególnych postaci, porażenie połowicze rdzeniowe

1) W wielu wprawdzie podręcznikach zanik mięśni postępujący pierwotny umieszczany bywa wśród cierpień układu nerwowego (najczęściej wśród cierpień rdzenia — zawsze jednak z zastrzeżeniem, że robi się to ze względów praktycznych wobec bliskiego związku klinicznego tej jednostki chorobowej z zanikiem mięśni postępującym na skutek zmian w rdzeniu lub w nerwach obwodowych.

(o którym w rozdziale porażeń kol. BREGMAN zaledwie wspomina, zatrzymuje się nad niem dopiero przy zaburzeniach czucia, przez co zarysy tego ciekawego zespołu klinicznego są zupełnie zatarte), — wreszcie porażenie połowicze histeryczne ze szczegółowem przytoczeniem objawów, które tę postać od porażeń organicznych wyróżniają. W rozdziale porażeń poprzecznych znalazłoby się miejsce na rozmaite cierpienia rdzenia układowe i nieukładowe, na zapalenie wielonerwowe i t. d.

Przy takim układzie podręcznika czytelnik drogą indukcyjną przechodzi od szczegółów do całości, od objawów do rozpoznania.

Zresztą nawet tam, gdzie porażenia są do pewnych niewielkich grup mięśniowych ograniczone, autor kładzie zbyt mały nacisk na dane różniczkowo-rozpoznawcze.

Opisując, np. porażenia mięśni ocznych, autor przytacza działanie każdego mięśnia, następnie objawy jego porażenia i w tem mnóstwie szczegółów szukający zupełnie zorientować się nie może. Tymczasem w podręczniku dyagnostycznym powinna być (jako wskazówka fizyologiczna) — tabliczka ruchów gałki ocznej w rozmaitych kierunkach i przy każdym wymieniony mięsień (wzg. mięśnie), który ten ruch wykonywa, i nerw, od którego ten mięsień zależy; następnie podobna tabliczka — zboczeń gałki ocznej w rozmaitych kierunkach z wymienieniem mięśnia (wzgl. nerwu), którego porażenie pociąga za sobą dane zboczenie; w końcu znaleźć się winna tabliczka schematyczna obrazów podwójnych (u kol. BREGMANA brakuje jej zupełnie) — ułatwia ona znakomicie określenie porażonego mięśnia.

Słowem, w obec takiego układu podręcznik kol. B. nie może być nazwany Dyagnostyką, lecz tylko Symptomatologią układu nerwowego.

Wymienię jeszcze niektóre z drobniejszych usterek. Mówiąc o porażeniu n. twarzowego, autor przytacza t. zw. o b j a w BELLA (ruch gałki ocznej ku górze przy usiłowaniu zamknięcia porażonej powieki) — jako zaburzenie chorobowe; tymczasem jest to tylko współruch fizyologiczny, — w porażeniu n. twarzowego staje się on jedynie wi-

docznym dzięki stałemu rozwarciu powiek. Wogóle autor, jak widać z określenia na str. 151, uważa wszelkie współruchy za zjawiska chorobowe, „spotykane niekiedy u ludzi zdrowych, dziedzicznie obciążonych, zwłaszcza w młodym wieku” — tymczasem istnieje cały szereg współruchów czysto fizjologicznych, zwł. przy ruchach gałek ocznych, przy niektórych odruchach (np. kichaniu) i t. d.

Razi także, szczególnie w podręczniku niedostateczne rozróżnianie zjawiska patologicznego — k u r c z u mięśnia (*spasmus musculi*) od fizjologicznego — s k u r c z u mięśnia (*contractio musculi*). Odruchy ścięgnowe autor określa, jako „kurcze mięśni, powstające przy opukiwaniu ścięgien” (str. 265) i w całym tym rozdziale co parę wierszy omawia te „kurcze,;” tymczasem niewątpliwie odruch ścięgnowy jest przejawem fizjologicznym — skurczem mięśnia. To samo powtarza się stale w rozdziale o odruchach skórnych, źrenicznych, w opisie bezładu i t. p.

Że takie błędy z podręczników są nieraz przez szereg lat stereotypowo powtarzane — stwierdza i praca kol. BREGMANA. W rozdziale o zaburzeniach ucha, mówiąc o próbie WEBERA, autor wzoruje się widocznie na podręczniku HELMANA i rozróżnia: WEBER + i WEBER—. Tymczasem w ocenie „Chorób narządu słuchowego” HELMANA kol. GURANOWSKI energicznie protestował (Medycyna, 1902 r., str. 1048) przeciw temu „niczem nie uzasadnionemu i dla otyatrów niezrozumiałemu określeniu” (WEBER—), ponieważ objaw WEBERA, o ile jest, bywa zawsze dodatni.

Do błędów zecerskich zaliczam spotykane w kilku miejscach: z w ó j zamiast z a w ó j (na str. 105: zwój potyliczno skroniowy, zwój HIPPOKAMPA i t. p.) oraz nazwanie zatrucia ergoty — latyryzmem.

Wspominałem we wstępie o specjalnym znaczeniu prac dydaktycznych w naszych warunkach krajowych. Aby jednak zadaniu swemu choć w części sprostać — podręcznik przedewszystkiem powinien być bez zarzutu tu co do języka.

Rozumie się, że przeszkodą do przebiecia najtrudniejszą jest polska terminologia naukowa. Lecz jeśli w innych dziedzinach wiedzy pod tym względem nieraz chaos

panuje — medycyna w szczęśliwszych się znajduje warunkach. Wydany przed 5 laty w Krakowie Słownik Lekarski Polski — przez komisję profesorów, wydelegowaną z Tow. Lek. Krak., przy współudziale Tow. Lek. Warsz. i Wydziału Lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu, — zadanie swe spełnia: pomimo pewnych braków i usterek ustala on mianownictwo lekarskie polskie i do pewnego stopnia chyba obowiązuje piszących.

Kol. BREGMAN korzysta z wymienionego Słownika, lecz w sposób taki, że wprowadza zamieszanie zupełne. Kol. B. widocznie uznaje terminy polskie Słownika za dobre (większość z nich zresztą już dawno w naszym języku prawo obywatelstwa zyskała), używa ich w swym podręczniku wszędzie, zwłaszcza w nagłówkach, jednocześnie jednak nie zarzuca i obcych terminów, wytwarzając przez to dziwną mieszaninę.

Autor używa np. zupełnie już utartej nazwy w i ą d, w i ą d o w y, — w wielu jednak miejscach widzimy przymiotnik t a b e t y c z n y, ów dziwoląg językowy, któremu nawet filolodzy niemieccy i francuscy walkę wypowiedzieli (*tabes - tabis*, więc przymiotnik *tabicus*, nigdy zaś *tabeticus!*). W rozdziale o bezładzie, autor mówi o chodzie a t a k t y c z n y m, opisując zmniejszenie napięcia mięśniowego, używa później terminu h y p o t o n i a, wspomina nawet o t o n u s i e (!) rdzeniowym i t. d. Niektóre terminy autor objaśnia, np. „skojarzenie to (t. j. mięśni przyjmujących udział w pewnym ruchu) nazywamy k o o r d y n a c y ą (str. 132), jak gdyby była jakaś różnica między kojarzeniem ruchów i ich koordynacją. Na następnej znów stronie czytamy: „Przy każdym ruchu kurczą się liczne mięśnie czynne główne (agoniści główni), współczynne (synergiści) i przeciwnicze (antagoniści)” — i później już co chwila występują o w i a g o n i ś c i a n t a g o n i ś c i i s y n e r g i ś c i (niby osoby żyjące!), pomimo, że w określeniu powyższym autor przytoczył tak dobre, zrozumiałe i utarte nazwy polskie. W rozdziale, zatytułowanym: Przeczulica, autor często używa nazwy h y p e r e s t e z y a; na jednej i tej samej stronie (np. 239) na zmianę widzimy terminy bezczulość połowicza i hemianestezja. Na str. 436 autor opisuje „napady żo-

ładkowe" (*crises gastriques*), ten sam termin podaje w skorowidzu, na str. zaś 185 używa niemożliwego terminu „k r y z y (!) g a r d ł o w e”. „*Stigmata hysteriae*” autor przytacza jedynie w brzmieniu łacińskim, jak gdybyśmy nie mieli zupełnie dobrego miana: piętna histeryczne.

Z terminem „kurcz” spotykamy się niezmiernie często, z przymiotnikiem zaś „kurczowy” niezmiernie rzadko, — wszędzie jest „s p a s t y c z n y”. Kurczu drgawkowego, kurczu stałego kol. BREGMAN zupełnie nie uznaje, używa wyłącznie określenia: kurcz kloniczny i toniczny.

O druch ze ściegna Achilleśa kol. B. nazywa odruchem stopowym; tymczasem w Słowniku Krakowskim jest nazwa „objaw stopowy” dla oznaczenia zjawiska: *clonus pedis*. Kol. BREGMAN tej nazwy zupełnie nie używa, bojąc się zapewne nieporozumienia przy dwu tak podobnych terminach: objaw i odruch stopowy. *Clonus pedis* kol. B. nazywa brzydkiem mianem: k l o n u s s t o p y (również i k l o n u s r z e p k i zamiast Krakowskiego „objawu kolanowego”). Sądzę, że najprościej byłoby pozostać przy nazwie o d r u c h z e ś c i ę g n a A c h i l l e s a, *clonus pedis* zaś nazywać albo według słownika Krakowskiego o b j a w e m s t o p o w y m, albo żeby już zgoła żadnych nie było nieporozumień — o d r u c h e m s t o p y d r g a w k o w y m”.

Nie chcąc już zbytnio przedłużać tego wyliczania, o jednym tylko jeszcze wspomnę terminie—o brzydkim, niezgodnym z duchem języka polskiego i nielogicznym „o c z o p ł a s i e” (*nystagmus*), który w ostatnich czasach coraz częściej (wraz ze swymi bynajmniej nie ładniejszymi krewniakami: „stopotrząsem”

i „rzepkotrząsem”) w mowie i piśmie przez kolegów warszawskich bywa używany. Tymczasem termin „d r ż e n i e g a ł e k o c z n y c h” zupełnie dobrze odpowiada objawowi znanemu pod nazwą *nystagmus*; jedynie może *nystagmus rotatorius* wymaga innego terminu; Słownik Krakowski podaje „zataczanie oczyma” — sądzą jednak, że ściślejże byłoby „wiercenie oczyma”.

Co do samego języka (pominąwszy mianownictwo), to na ogół jest on dobry—niekiedy tylko uderzy jakiś zwrot nieprawidłowy. To nieszczęsne p r z y zamiast w, które w naszym piśmiennictwie lekarskim tak stale grasuje, od czasu do czasu wymyka się z pod pióra kol. BREGMANOWI (przy porażeniu alkoholowym str. 38, przy nowotworach str. 84 i t. d.). Trafia się również „wykluczony” zamiast wyłączony (np. str. 109) — wszędzie wreszcie czytamy: „objawy nie ograniczają się na porażonej połowie ciała” (str. 81), Hemiplegia histeryczna ogranicza się na kończynach” (str. 118) i t. d., zamiast: d o p o r a ż o n e j p o ł o w y c i a ł a, d o k o ń c z y n.

Pomimo to wszystko książka kol. BREGMANA dla lekarza-praktyka cennym będzie nabytkiem. Neurologia w ostatnich czasach tak się rozwinęła, ciągle czytamy o tylu nowych objawach i metodach, ułatwiających rozpoznanie cierpień nerwowych, że lekarz-praktyk nie jest w stanie objąć tego wszystkiego, a wzięwszy do ręki jakąś pracę specjalną gubi się wśród niezrozumiałych szczegółów i terminów.

Zebranie, usystematyzowanie i uprzyśpieszenie całego tego dorobku jest niezaprzeczenie wielką zasługą kol. BREGMANA.

Stanisław Orłowski.

Wiadomości bieżące.

— Streszczając na łamach naszego pisma niemal całe dotychczasowe piśmiennictwo przetworu „606”, chcemy dać czytelnikowi naszemu dokładny obraz wyników, otrzymanych przy stosowaniu tego środka. Jak z każdym nowym środkiem, który poprzedzała reklama dziennikarska, tak i z „606” należy być bardzo ostrożnym przy wypowiadaniu zdania, z jednej bowiem strony niestałość

przetworu, z drugiej autosuggestya wynalazcy mogą zawsze wywołać niepożądane efekty. Głosy krytyczne mnożą się; do jakiej roli w przymocie spadnie wartość środka dziś przewidzieć nie można. Środek znajduje się w okresie prób. Ehrlich wydał go różnym lekarzom d a r m o dla prób, zalecając, aby próby te odbywały się jedynie w szpitalach. Warunek ten, postawiony przez Ehrlicha, jest

dzisiaj nieodzowną rzeczą. A jednak dochodzą nas wiadomości, że środek ten wyniesiono poza mury szpitalne i zaczęto stosować w warunkach, które nie dają gwarancji ścisłego badania i ścisłych obserwacji, a co gorsza, że środek ten stosuje się w praktyce prywatnej za pieniądze.

Gdyby istniało Stowarzyszenie lekarzy, tam byśmy podnieśli głos w tej sprawie, dzisiaj musimy uczynić to w prasie i musimy najkategoryczniej przeciwko stosowaniu „606” poza murami szpitala zaprotestować w imię godności i powagi naszego stanu.

Jesteśmy w okresie badań nad środkiem, a wszelkie badania o tyle mogą mieć wartość naukową, o ile prowadzone są bez żadnego ubocznego celu, prócz wykrycia prawdy. Wszelkie u b o c z n e względy, oczywiście, do wyświetlenia prawdy przyczynić się nie mogą.

Wynalazca daje swój produkt bezpłatnie, także więc powinno być stosowanie środka. Kto chce się poddać eksperymentowi, musi iść do szpitala, by mieć gwarancję zupełną, że doświadczenie na nim dokonane odbędzie się w warunkach najbardziej sprzyjających, stosowanie środka poza szpitalem jest, jak dowodzą już dzisiejsze głosy badaczy, rzeczą ryzykowną, a w warunkach otrzymania preparatu bezpłatnie dla badań, zasługuje ze strony ludzi uczciwych na bezwzględne potępienie.

Nie chcemy, aby lekarzom naszym uczyniono z tego powodu zarzut, a w każdym razie nie życzymy sobie, aby ten zarzut mógł rzucić cień na naszych kolegów. Dla tego radzimy ostrożność!

-- Wyniki sekcji oraz badania bakteriologiczne przyjezdnej, dokonane 8 b. m. dowiodły, iż w danym razie była cholera nostras, a nie asiatica. Do tej więc pory Warszawa i kraj cały wolne są od cholery, która jednak na wschodzie nie słabnie bynajmniej. Zdawałoby się, że już czas wielki przygotować się do walki z epidemią, tembardziej, że w naszych warunkach uzdrowotnienie kraju odbywa się tylko pod grozą epidemii. Dotąd jednak nic nie zdziałano w tym kierunku. Walka z wrogiem wewnętrznym przysłania niebezpieczeństwo epidemii oczom

Władz, a organów społecznych posiadamy tak mało i tak są związane w swej działalności, że same nic przedsięwziąć nie mogą. Czyżby w tej czysto przecież zdrowotnej dziedzinie nie należało rozwiązać pęt i pozwolić na tworzenie komitetów obywatelskich, oczywiście stałych, które stałyby na straży zdrowia publicznego. Zastąpiłyby one organy samorządu, którego projekt złożono już ciałom prawodawczym, a więc z przysłą jego działalnością pogodziły się już organy administracyjne. Byłyby one poniekąd przygotowaniem i Władz i społeczeństwa do przyszłej roli samorządu w sprawach zdrowia publicznego.

— Do d. 13/6 m. zachorowało na cholere w Rosyi 154,445 osób, zmarło 74.723.

— Przez dwa dni 12 i 13 w Odesie nie było zachorowań na cholere, d. 11 zachorowało 4 osoby.

— Z obawy zawleczenia dżumy do Petersburga na pociągach z Odesy urządzono szczegółowe rewizje lekarskie, które powierzone felczerom kolejowym

— Curie - Skłodowska otrzymała metal rad, który odpowiada w zupełności przypisywanym mu już uprzednio własnościom.

— Jak donoszą pisma Tow. lek. Łódzkiemu pozwolono zwołać zjazd lekarzy z guberni piotrkowskiej pod warunkiem, iż referaty będą przedstawione na miesiąc przed zjazdem do uznania gubernatora piotrkowskiego.

— W Warszawie utworzono komisję dla opracowania przepisów o prostytutce.

— W jednym z miast na Wschodzie z powodu rozszerzającego się wśród wojska przymiotu, wystąpiono do generał-gubernatora z prośbą o stosowanie kar stanu wojennego względem osób, rozszerzających zarazę. Sposób szybki i skuteczny, zdaje się jednak, że krętki blade nic o stanie wojennym wiedzieć nie zechcą.

Zmarli.

— D-r Michał Wasiljew, b. profesor chirurgii uniwersytetu Warszawskiego, dnia 23 sierpnia r. b. w Warszawie.

— D-r Romuald Suffczyński, lekarz powiatu Opoczyńskiego, dnia 28 sierpnia r. b. w Warszawie, w wieku lat 48.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
WŁASNOŚĆ RZĄDOWA FRANCUSKA



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

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

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółc wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwozy ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

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

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać możnawę w wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr Bengué

Żądać podpisu



Santal Verdy

zawiera absolutnie czysty Santal o pełnem działaniu. Leezy radykalnie szybko świeże i chroniczne wypływy i wszelkie choroby dróg moczowych.

H. Verdeille Pharmacien de 1-re classe de l'École supérieure de Paris, 87 rue de Lévis à Paris.

Skład główny: Charles Fortier — Moskwa, Małaja Lubińska № 14.

Sprzed. we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Ziarnista **KOLA** Rozpuszczalna

ASTIER

REGULUJE SERCE
POBUDZA UKŁAD MIĘŚNIOWY
ŚRODEK
PRZECIWEURASTENICZNY

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

ODCISKI NISZCZY Z KORZEMIE

MOZOLIN 35%

REINHERZ

WYSTRZEG SIĘ NAŚLAD. SPRZED. WSZĘDZIE

FABR. W PETERSBURGU CHERSONSKAJA Z

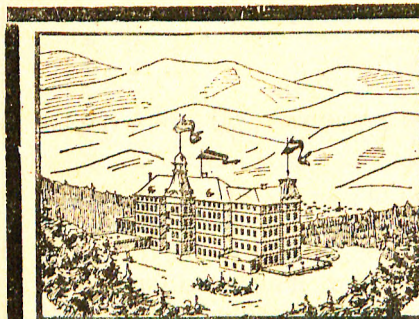
ZIARNA VICHY
GRAINS DE VICHY

LECZA
ZAPARCIE

1-2 wieczor. przed jedzeniem.
We wszystkich aptekach.
Pudełko rb. 1 kop. 30.

Najprzyjemniejszy środek czyszczący.

Sprzedaż główna w Składzie Tow. Akcyjnego Ludwik Spiess i Syn



„Altwater”

Freiwaldau

Szląsk Austryjacki

Zakład leczniczy fizykalno-dyjetetyczny — czynny w ciągu całego roku, wybornie urządzony dla kuracji zimowych.

Kompletne urządzenia dla hydro- i elektroterapii (faradyzacja, galwanizacja, elektryczne i czterokomorowe kąpiele, prąd Ledue'a, elektr. gorące kąpiele powietrzne), leczenie powietrzem gorącym, borowinowe, błotne i wszelkie kąpiele lecznicze, gimnastyka lecznicza, leczenie według metody Frenkel-Leyden-Goldscheider'a, masaż wibracyjny, powietrzne i słoneczne kąpiele, Moranowanie na spec. urządzonych leżalnicach, wszelkie kuracje dyjetetyczne.

Sport letni i zimowy. Stałe ceny tygodniowe.

Prospekty wysyła na żądanie dyrekeya

Lekarz naczelny zakładu D.r Eryk Kühnelt.