

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 45.

Warszawa d. 5 listopada 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

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

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

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.— O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej, podała Matylda Biehler (C. d.).—Istota histeryi w świetle nowoczesnych teorii psychologicznych, napisał Władysław Sterling. (C. d.).—Zapalenie tętnic ostre z chromaniem przestankowem podał Henryk Higier, (Dokończenie).— WYKŁAD KLINICZNY. Etiologia i rozpoznanie bakteryologiczne cholery, opracował T. Borzęcki.— STRESZCZENIA.— *Choroby wewnętrzne i dzieci.* 174. Mackenzie Davidson. Radium i własności jego fizyczne i lecznicze. 175. Kreuzfuchs. Miażdżycza naczyń trzewiowych (Angina abdominalis), 176. D. K. Awerhucz. W kwestyi zmian w pęcherzu w pierwotnych centralnych zaburzeniach mózgowych. 177. F. Starkloff. Przyczynki do rozpoznania serologicznego gruźlicy płuc. 178. Philippi. Usuwanie gorączki w gruźlicy płuc za pomocą najmniejszych dawek tuberkuliny. 179. Landsteiner i Levaditi. O przenoszeniu uparaliżu dziecięcego na małpy. 180. Hohlfeld. O znaczeniu gruźlicy bydła w powstawaniu gruźlicy u dzieci. 181. Hirsch. Choroby serca u dzieci i podrastającej młodzieży. 182. Heimann. Uproszczona formuła określenia ilości pokarmu dla niemowląt. 183. Meyer Ludwik F. O przemianie mineralnej we wczesnem dzieciństwie. 184. Engel. Patologia gruźlicy dzieci. 185. S. Ostrowski. Spółczesny stan nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony (anaemia splenica infantum). 186. L. Bondy. Próba tulerkulinowa śródskórna (Mantoux) stosowana w celach rozpoznawczych w gruźlicy. 187. Rozenblatówna. Przyczynki kliniczne do kazuistyki zbroczenia wzrostu chrząstek (Chondrodystrophia foetalis, Mikromelia).— *Choroby uszów.* 188. Baratoux. O słyszeniu przeciwwęglem (contre-audition) i słyszeniu następczem (postperception) w chorobach błędnika usznego. 179. O jednolitej formule akumetrycznej przyjętej przez VIII międzynarodowy Kongres otologiczny w Budapeszcie w r. 1909.— Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.— WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.— Zmarli.— OGŁOSZENIA.

### PRACE ORYGINALNE.

#### O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej.

podała

**Matylda Biehler.**

(C. d.)

ilość niweczników nie tylko się zwiększa, lecz zjawiają się one znacznie wcześniej, aniżeli za pierwszym razem.

Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że oprócz tworzenia się precypityn, stwierdzamy, po wprowadzeniu surowicy obcej dla danego ustroju (lepiej daje się to obserwować u ludzi, aniżeli u zwierząt), inny odczyn, mianowicie t. zw. chorobę surowiczą. Występuje ona w 8 — 12 dni po pierwszym za-

Jeżeli po zniknięciu precypityn z krwi (des vorbenhandelten Thieres) zwierzęcia, któremu już raz zastrzyknęliśmy obcą surowicę, powtórnie zastrzyknąć daną surowicę to

strzyknięciu, w 5 dni (czasem wcześniej) przy powtórnym (odczyn przyspieszony). Choroba ta podlega więc temu samemu prawu, co i tworzenie się niweczników *in vitro*, t. j. prawu przyspieszonego odczynu. Zresztą PIRQUET jest zdania, że tworzenie się niweczników i choroba surowicza znajdują się z sobą w bliskim związku w tem znaczeniu, że przyczyna tworzenia się ich jest jedna i ta sama, przyczem zaznacza, że pojęcia „niwecznik” i „precypityna” nie są dla niego identyczne; tworzenie się precypityn uważa autor za zewnętrzny objaw odczynu ustroju; w przyspieszonym zaś odczynie (np. przy powtórnym zastrzyknięciu surowicy) tworzą się niweczniki wcześniej, ztąd też i choroba surowicza wcześniej się objawia. PIRQUET jest dalej zdania, że to nie same precypityny wywołują chorobę surowicza, lecz podobne do nich, jak już wyżej zaznaczyliśmy, wywołane tą samą przyczyną, niweczniki, które PIRQUET i SCHICK nazwali niwecznikami żywotnej reakcji. Ciąła te, jak to widać z przyspieszonego odczynu przy powtórnym zastrzyknięciu, nie są bynajmniej ochronnymi w tem znaczeniu, że obecność ich chroni ustrój od obcego białka, przeciwnie, one to czynią następne zastrzyknięcie nawet niebezpiecznym; trująco działa tu spotkanie się surowicy końskiej z niwecznikami już istniejącymi w krwiobiegu. Jeżeli więc niweczniki, które się wytwarzają w jakichkolwiek procesach chorobowych nie działają ochronnie, lecz odwrotnie, czynią ustrój skłonny do nowego zachorowania, to stanu, który występuje po pierwszym zachorowaniu, nie można nazwać odpornością. PIRQUET używa zamiast tego wyrazu *Allergia*, utworzonego z *allos i ergēia*, co oznacza zmianę zdolności do odczynu (*veränderte Reaktionsfähigkeit*).

Ciała, które wywołują alergię, jak to wykazały badania ADERSONA i ROSENAUA, podobne są do wytwarzanych *in vitro* precypityn, nie krążą jednak swobodnie w sokach ustroju,

lecz są związane z tkankami i wywołują zmianę w składzie komórek.

Miejsce, gdzie zaszczepiono ospę, jest w pierwszych dniach tak samo klinicznie bez objawów, jak i to, gdzie zastrzyknięto surowicę, trudno przypuszczać, że „coś” będzie, dopiero po kilku dniach ukazuje się grudka (Knötchen), która ciągle stopniowo się rozwija (akme 10-go dnia); jeżeli temu samemu dziecku zaszczepić po kilku miesiącach ponownie ospę, to grudka powstaje niekiedy już po kilku godzinach, inwolucya zaś rozpocząć się może już po 24 godzinach. Podobieństwo do odczynu przy zastrzykiwaniu surowicy jest wybitne.

Jeżeli więc objaśniamy odczyn ustroju po zastrzyknięciu surowicy utworzeniem się niweczników oraz przyspieszony odczyn przy powtórnym zastrzyknięciu połączeniem się już istniejących niweczników ze swoim antygenem — surowicą krwi, to czyż nie możemy zastosować tego objaśnienia do szczepienia i do objawów po niem? Chcąc sprawdzić, czy odczyn ustroju jest rzeczywiście swoisty, czy nie zależy on ani od drobnoustrojów, zanieczyszczających limfę, ani od gliceryny, którą się do limfy krowiej dodaje — badał PIRQUET limfę, która okazała się wolną od zanieczyszczeń, oraz robił szczepienie kontrolujące, wcierając w nacinane miejsca zamiast limfy glicerynę; wtedy odczynu nie było.

Objawy po szczepieniu i z tego względu jeszcze wykazują podobieństwo do choroby surowicznej, że zarówno tu, jak i tam, odczyn zależy od ilości wprowadzonej surowicy lub jadu, przy szczepieniu podobieństwo do choroby surowicznej widzi PIRQUET jeszcze i w tem, że zdolność do odczynu istnieje nie tylko na miejscu szczepienia, ale na całej skórze ciała, autor wyobraża sobie, że w tym okresie do wszystkich tkanek ustroju wstępują niweczniki i że są rozdzielone równomiernie.

Wszystkie zatem objawy, które zachodzą przy szczepieniu ospy i po niej, wywołane są działaniem jadowitych substancji, które się tworzą przez połączenie limfy ze swoistymi niwecznikami; rozmiary miejscowego zapalenia zależą od stężenia jadu. Widzimy więc, że PIRQUET niezupełnie zgadza się z teorią PFEIFFERA, który objaśnia wszystkie objawy podczas i po szczepieniu tem, że niweczniki działają bakteryolitycznie na ciała, wywołujące przyjęcie się ospy, tym sposobem oswobodzone zostają endotoksyny, to zaś wywołuje stan zapalny; im więcej trzeba rozpuścić bakterji, tem więcej oswobadza się endotoksyny, tem większa jest przestrzeń zatrutej tkanki wkoło miejsca szczepienia.

PIRQUET zgadza się na teorię endotoksyn PFEIFFERA, ale dodaje, że do wytłomaczenia wszystkich objawów nie wystarcza przypuszczenie, że niweczniki działają rozpuszczająco na bakterje, gdyby tu miała miejsce tylko bakteryoliza, to wczesna reakcja musiałaby zależeć od ilości niweczników. Przy jednakowej ilości jadu powinienby okazać odczyn silniejszy ten człowiek, któryby więcej posiadał niweczników w skórze, tymczasem, jak to się widzi przy szczepieniu, rzecz się na zupełnie inaczej.

Teraz przejdziemy do rozpatrzenia przypadków naszych, w których stwierdziliśmy objawy, przypominające takie, jakie dają się zauważyć po zastrzyknięciu surowicy. Na fakt, że u niektórych dzieci na 7—8—10 dzień, czasami później zjawia się wysypka, której towarzyszy podniesienie nieznaczne ciepłoty, obrzęki, obrzmienie gruczołów, niekiedy białkomocz, zwróciłam uwagę już od bardzo dawna, kilka przypadków w praktyce prywatnej, które mię nawet narazie zaniepokoiły, skierowały uwagę moją na dzieci, podlegające bliższej obserwacji, mianowicie na dzieci w Domu Wychowawczym w Oddziale Dr. KORYBITA DASZKIEWICZA, któremu na tem miejscu dziękuję za pozwolenie korzy-

stania z materiału. Badania prowadziłam w ciągu roku 1903 i roku 1906, przypadków zebrałam 25, dzieciom szczepiłam ospę własnoręcznie, zachowując wszelkie ku temu przepisy.

Szczepień dokonałam 180 w roku 1903 i 115 w roku 1906 (w latach 1904 i 1905 oraz po 1906 w Domu Wychowawczym badań nie prowadziłam).

W roku 1903 szczepiłam limfę d-ra STĘPNIEWSKIEGO, w 1906 d-ra POLAKA. Oprócz wyżej wymienionych przypadków, do których powrócę za chwilę, stwierdziłam jeszcze wysypki, gorączkę, obrzmienie gruczołów i t. p. po zaszczepieniu ospy u 17 dzieci w praktyce prywatnej (w 10 przypadkach ja szczepiłam ospę, w pozostałych inni koledzy; szczepione były dzieci bądź limfą d-ra TCHÓRZNICKIEGO, bądź d-ra STĘPNIEWSKIEGO). Nie mogę obliczyć, na ile szczepionych dzieci w praktyce prywatnej przypada te 17 przypadków, w każdym bądź razie liczba szczepionych, takich, u których wysypki nie było, jest dość pokaźna, gdyż ospę szczepię dość często, a podany materiał zbierałam od roku 1903 do chwili obecnej — liczby trudnoby mi było sprawdzić, — do roku 1906 dokonałam szczepień 398, od 1906 nie posiadam dokładnych danych, w tym okresie wysypek było 8.

Tak więc na 295 dzieci, szczepionych w Domu Wychowawczym, było wysypek 25 czyli 8,4%, na 398 w praktyce prywatnej 9, stanowi to 2,2%; jaki procent stanowią pozostałe 8 przypadków z praktyki prywatnej — określić nie mogę.

Najczęstszą formą wysypki był rumień wielokształtny (*erythema multiforme*).

Na 25 przypadków z Domu Wychowawczego:

Rumień wielokształtny	9 razy
„ o charakterze szkarlatynowym	4 „
„ „ odrowym	8 „
„ „ pokrzywki	2 „
pryszcze ospowe nadliczbowe	2 „

Na 17 przypadków w praktyce prywatnej:  
 Rumień wielokształtny 7 razy  
 „ o charakterze szkarlatynowym 4 „  
 „ „ odrowym 6 „

Co się tyczy poszczególnych historii choroby, dających pojęcie o przebiegu okresu po szczepieniu, to przedstawiają się, jak następuje:

**P r z y p a d e k I.** Zofja K. 3 miesiące. Po szczepieniu ospy odczyn miejscowy bardzo silny. 8-go dnia obrzmienie gruczołów pachowych, ciepłota nieco podniesiona 6 — 7 — 8-go (37,8 wieczorem 37,5 rano). 9-go obrzęki powiek, w moczu ślady białka. 10-go dnia na całym ciele oprócz twarzy rumień wielokształtny, stan bezgorączkowy. 11-go dnia wysypka zaczęła blednąć, obrzęków nie ma; 6-go dnia od dnia poprzedniego wysypka zginęła, ślady białka bez zmiany. Stan ogólny bardzo dobry, apetyt dobry. 14-go dnia białka niema.

W przypadkach II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX przebieg mniej więcej podobny. Dzieci w wieku od 4 — 5 miesięcy, szczepione po raz pierwszy.

**P r z y p a d e k X.** Stefan G. 7 miesięcy, na 7-y dzień po szczepieniu gruczoły pod pachowe powiększone, na skórze piersi i brzucha wysypka podobna do odrowej, grudkowata, występuje w formie zaczerwienienia. Dziecko jest niespokojne, spać nie może, apetyt ma dobry; miejscowy odczyn bardzo silny, ślady białka (już od 4 dnia aż do zniknięcia wszystkich objawów t. j. 15 dnia). Obrzęki na twarzy zjawiają się 4-go dnia po zaszczepieniu, giną 9-go. Ciepłota przez cały czas waha się między 36,8 rano, a 37,2 wieczorem.

**P r z y p a d e k XI.** Janina R. 6 miesięcy. Na 9-y dzień po zaszczepieniu ciepłota podniosła się do 38,5, gruczoły pod pachowe powiększone od 8-go dnia; nazajutrz po stwierdzeniu tego objawu ukazała się wy-

sypka podobna do odrowej; ze względu na brak objawów kataralnych, plamek Koplaka oraz na silny odczyn miejscowy wyłączamy odrę. Białka, ani obrzęków nie znaleziono. Dziecko nie pozwala się wziąć na rękę, krzyczy, najchętniej leży spokojnie w kolebce, stan ogólny dobry. Na 3-ci dzień po ukazaniu się wysypka zginęła, blednąc.

**P r z y p a d e k XII.** Ludwika S. 7 mies. Dziewiątego dnia po zaszczepieniu wysypka podobna do odrowej, żadnych objawów ubocznych nie zauważono; wysypka zginęła na 5-y dzień; ślady białka. To samo można powiedzieć o pozostałych 5-u przypadkach (dzieci od 2 — 7 mies.).

**P r z y p a d e k XVIII.** Jadwiga S. 4 mies. 8-go dnia po szczepieniu wystąpiła *urticaria*; dziecko niespokojne, kręci się, ciepłota nie podniesiona (36,7 — 37,5), gruczoły pod pachowe powiększone, odczyn miejscowy b. silny. Po 3-ch dniach wysypka zginęła. W drugim przypadku pokrzywki wysypka znikła po 4-ch dniach, ukazała się 9-go dnia po szczepieniu.

We wszystkich 4-ch przypadkach, gdzie zjawiała się *erythema scarlatiniforme*, zauważyć ją można było znacznie wcześniej — 6 — 7-go dnia. U jednego dziecka utworzył się ropień na piersi, pod obojczykiem, bliżej ramienia, ropień przecięto — wysypka wystąpiła też 6-go dnia, trwała dni 3. Ciepłota tylko w tym jednym przypadku była b. podniesiona (40), prawdopodobnie wskutek ropnia, spadła po przecięciu ropnia. W pozostałych przypadkach ciepłota była normalna.

W dwóch pozostałych przypadkach — XXIV i XXV — stwierdzono pryszczę nadliczbowe; ukazały się one 10 — 11-go dnia po zaszczepieniu ospy; pryszczę rozrzucone były po całym ciele, podobne były do krost ospowych. Każda krostka przysychała, zostawiając po sobie siną plamkę, czasem sino-czerwona, wgłębień nie było. W trzy tygod-

nie potem zginęły i plamki; pryszczów na twarzy prawie nie było (2 — 3).

Przed ukazaniem się pryszczów ciepłota podniosła się do 39, po 2 — 4 dniach spadła do normy. Dziecko robiło wrażenie ciężko chorego w czasie wysypki, z chwilą zniknięcia wysypki było znów wesołe, apetyt powracał.

(D. n.)

### Istota histeryi w świetle nowoczesnych teorii psychologicznych.

Napisał

D-r Władysław Sterling

(odczyt w sekcji neurologicznej d. 17 Maja 1910 r.)

(C. d.)

Jestto niewątpliwie zasługą kapitalnych doświadczalnych badań JANETA, że przyczyniły się one do rozwiania rozpowszechnionych dotąd w nauce przesadnych pojęć o wszechwładnym jakoby znaczeniu sugestyi w histeryi wbrew klasycznej doktrynie CHARCOTA i wbrew nawet dawniejszym przekonaniom samego JANETA. Z nowych badań doświadczalnych tego niezwykłego badacza, który na długi czas jeszcze przed KRAEPELINEM wprowadził psychologię eksperymentalną do kliniki, wynika, że suggestyonować możemy z łatwością tylko objawy mało znaczące, objawy zaś większej wagi są nadzwyczaj trudne do zasuggestyonowania; suggestya porażenia lub przykurczenia np. udaje się z łatwością tylko u takich chorych, u których objawy te występowały już przedtem w inny sposób—mechanizm więc powstawania ich jest tu zupełnie inny.

Ogromna większość sugestyi nie trwa dłużej nad kilka minut do kilku godzin, i należy to do rzadkości, ażeby otrzymać suggestyę, któreby trwały po kilka dni. Z badań tychże

wynika dalej, że niektórzy histerycy są wogóle mniej suggestyjni, aniżeli ludzie normalni, że suggestyjność jest tylko jedną z licznych cech psychiki histeryi i to bynajmniej nie cechą pierwotną, lecz wtórną, zależną od wzmożonej wzruszeniowości tych chorych, od dysocjacji (rozszczenia) myślowej oraz wogóle od całego tła psychologicznego tych chorych, które na zasadzie ścisłych badań eksperymentalnych nakreślone zostało mistrzowską ręką przez JANETA. Nie mogę tu dla braku miejsca pokusić się o naszkicowanie choćby najkrótsze tego obrazu, który po dziś dzień jest najświetniejszym wizerunkiem psychicznych przejawów histeryi, jaki wogóle nauka nam dała, chciałbym zaznaczyć tylko pokrótce, jak przedstawia się według JANETA sam mechanizm powstawania tych zjawisk. Według JANETA najważniejsze stymaty psychiczne histeryi, a więc dysocjacja myślowa, ciągła zmiana usposobienia („*alter-nance perpetuelle*“), a przede wszystkim pewien specjalny rodzaj roz-tar-g-nie-nia p-s-y-c-h-i-c-z-n-e-g-o, na które kładzie wielki nacisk i od którego uzależnia jak znieczulenia, jak zwiężenia pola widzenia, tak i rozmaite postaci amnezyi, są tylko wpływem najbardziej zasadniczej cechy psychicznej histeryi t. j. z-w-ę-z-e-n-i-a-p-o-l-a-s-w-i-a-d-o-m-o-s-c-i czyli redukcji ilości objawów psychologicznych, które mogą być równocześnie złączone w świadomości osobnika. Określenie to ogólne wymaga jednak kilku słów wyjaśnienia, gdyż jest ono etapem przejściowym do stwierdzenia istnienia stanów podświadomych, które w pracach JANETA po raz pierwszy uzyskały doświadczalne uzasadnienie. Możemy wraz DESSOIR'EM uplastyczyć sobie obrazowo moment świadomości, jako koło, którego obwód jest czarny, punkt środkowy biały, a części, zawarte pomiędzy niemi, stanowią zbiór kręgów koncentrycznych, które się w kierunku ku wewnątrz coraz to bardziej

rozjaśniają: otóż treści psychiczne owego ciemnego pola obwodowego stanowią to, co odpowiada naszym stanom podświadomym, prowadzą one swój żywot uboczny, mogą one jednak rozmaitemi drogami osiągać działalność bardziej samodzielna: i oto znowu wyobrazić sobie można plastycznie, że z jasnego punktu środkowego odszczepia się jeden kompleks ku obwodowi, nie zapada tam jednak w mglistość, lecz zachowuje częściowo swoją wyrazistość i swój związek z całością. Jest to najbardziej schematyczne ujęcie tego a u t o m a t y z m u - p s y c h o l o g i c z n e g o który wchodzi w grę przy takim np. powszechnie znanym fakcie, gdy podczas przemawiania o czymś, dobrze nam znanym, myśli nasze błądzą mgliście po czarnym obwodzie, przestajemy myśleć, o czym mówimy, a pomimo to mówimy dalej p o d s w i a d o m i e. Klinika objawów historycznych dostarcza nam całego szeregu analogicznych zjawisk. JANET wykazał mianowicie w całym szeregu niezmiernie pomysłowych doświadczeń, że pozornie zupełnie znieczulone rozmaite części ciała mogą wywoływać pomimo to wyobrażenia i ruchy, jakkolwiek same nie przedostają się do świadomości. Najoczywistszym przykładem tego jest łatwość i pewność, z jaką historycy z kolosalnym zwężeniem pola widzenia—poruszają i oryentują się w obcych sobie przestrzeniach, podczas gdy chorzy np. z *retinitis pigmentosa* zachowują się w takiej samej sytuacji narówni niemal z ociemniałymi. Oczywiście zachodzi tu spożytkowanie ku celowi oryentowania się w przestrzeni takich wrażeń, które nie mogą postrzegane być świadomie. Analogiczny proces zachodzi przy dotykaniu znieczulonych miejsc skóry: JANET wykazał nawet, że przeobrażanie się podniety w ruch zachodzi w warunkach takich nawet szybciej, aniżeli w warunkach dowolności i pełnej świadomości. Zachodzi tu więc do pewnego stopnia „rozszczepienie“ świadomo-

ści w tym sensie, że pojedyncze, zmienne zakresy doświadczenia zmysłowego zatracić mogły związek z całkowitą świadomością osobowości. Pewne grupy wrażeń zewnętrznych nie mogą czasowo znaleźć drogi do świadomości, jakkolwiek wywierają swój wpływ pośredni na życie psychiczne. To, co powiedzieliśmy tutaj o elementarnych wrażeniach czuciowych, dotyczy również i wyższych kategorii psychicznych, a więc pamięci, wzruszeń i wyobrażeń — istnieją więc podświadomie działające wzruszenia, podświadomie pracujące wyobrażenia, w sposób zupełnie niewidzialny kształtujące życie psychiczne w histeryi, które to wyobrażenia nazwał JANET: *idées fixes subconscientes* (nie należy ich utożsamiać z psychastenicznymi *idées fixes*, które są m y ś l a m i n a t r ę t n e m i).

Tak więc według JANETA histeryę charakteryzuje pewien rodzaj dysocjacji myślowej, której najbardziej jaskrawo występuje w znanych przypadkach historycznego zdwojenia (ewentualnie rozszczepienia) osobowości. W jednym z ostatnich tego rodzaju przypadków słynnej panny BEAUSCHAMP badaczowi amerykańskiemu MORTONOWI PRINCEOWI udało się za pomocą subtelnej metody psycho-galwanicznej VERAGUTHA w sposób doświadczalny stwierdzić istnienie wyobrażeń podświadomych: dowiódł on mianowicie, że wspomnienia świadomych przeżyć, których osoba badana nie mogła sobie przypomnieć, mogą być zachowane i wywoływać identyczne reakcje psychogalwaniczne, co i świadome stany wzruszeniowe. Należy tedy wobec tych danych faktycznych pogodzić się wreszcie z faktem istnienia organizacji podświadomej, która jest najprawdopodobniej źródłem naszych przeżyć świadomych, i na której opiera się koncepcja histeryi zarówno JANETA, jak i późniejszej szkoły FREUDOWSKIEJ. To właśnie rozszczepienie świadomości, które w postaci klasycznej przejawia się w kilku słynnych przypadkach rozdwojenia

osobowości, istnieje w rudymenarnym zakresie w każdym przypadku histeryi. Czynnikiem zaś, który to rozszczepienie wywołuje, jest właśnie to, co JANET nazywa *idée fixe subconsciente*, która, abstrahując od zabarwienia wzruszeniowego, na które JANET kładł jeszcze zbyt mało nacisku—jest dla mnie identyczna z pojęciem konstelującego kompleksu szkoły FREUDA. To też jeszcze w r. 1893 na dwa lata przed ukazaniem się w druku książki BREUERA i FREUDA p. t. „Studien über Hysterie” witał JANET z zadowoleniem i uznaniem, jako potwierdzenie i dalsze rozwinięcie swych badań i teorii, artykuł BREUERA i FREUDA, który ukazał się w „Neurologisches Centralblatt p. t. „Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene“, jakkolwiek pojęcie kompleksu nie zostało tam jeszcze sformułowane. Już tam jednak zaznaczony został dominujący wpływ urazu wzruszeniowego, który w późniejszych badaniach szkoły FREUDA odgrywa rolę tak zasadniczą.

Badania te w pierwszej linii związane są z pracami FREUDA, które były do niedawna głucho przemilczane, obecnie zaś głównie dzięki badaniom szkoły iürichskiej (BLEULERA JUNGA) stały się niejako sensacją dnia. Główne jądro założeń FREUDOWSKICH odnaleźć można jednak już w ogłoszonej w r. 1895 wspólnie z BREUEREM „Studien über Hysterie”. Zjawiska histeryczne uzależnione są tu od braku i niemożliwości odpowiedniej reakcyi na przeżycie związane z urazem emocjonalnym. W normalnych bowiem warunkach każdy uraz emocjonalny zostaje wyładowany lub, jak mówią BREUER i FREUD, „odreagowany” za pomocą całego szeregu dowolnych lub odruchowych reakcyi „od płaczu aż do aktu zemsty” — a więc płaczu, krzyku, rozpamiętywania, omawiania i t. d. — w ten sposób większa część sumy energii, zawdzięczającej swe powstanie urazowi emocjonalnemu, zostaje wyzwolona, pozostała zaś mniej-

sza część powoli blaknie i przechodzi w zapomnienie. Gdy jednak na skutek jakichkolwiek zmian w świadomości lub też dowolnego wyłączenia go z pola świadomości zostaje uniemożliwione wyładowanie afektu w odpowiednie reakcyje psychofizjologiczne, wtenczas przeżycie uczuciowe zazwyczaj o zabarwieniu nieprzyjemnem pozostaje odepchnięte w dziedzinę podświadomą, jako „afekt uwięziony”, i ztamtąd oddziałuje na całą psychikę osobnika, wywołując cały szereg objawów histerycznych. Określenie to jednak nie wyczerpuje sprawy: pozostaje do wyjaśnienia fakt, dlaczego w każdym poszczególnym przypadku histeryi uraz emocjonalny prowadzi do pewnych określonych objawów. I oto wprowadzona zostaje koncepcya *konwersy* czyli transpozycyi owych przykrych chorobotwórczych wspomnień emocjonalnych, przekształcanie się ich w objawy somatyczne, podnieta emocjonalna, która nie może wyładować się natychmiastowo w postaci normalnej reakcyi, przekształca się w odpowiednią sumę energii w postaci objawów histerycznych. Tego rodzaju ekwiwalent afektu rozgrywa się nakształt nienormalnego odruchu po uprzednio utorowanej już drodze; tak więc, gdy stłumione zostało silne cierpienie moralne, wtedy jako objaw histeryczny podczas napadów powraca uczucie bólu fizycznego. Wogóle zaś podczas napadu uzewnętrzniają się te konstelacje innerwacyjne, które odgrywały rolę podczas samego urazu emocjonalnego: ruchy obronne obrzydzenia, porażenia, niemota i t. p. Pod tym względem charakterystyczny jest przykład z „Bruchstück einer Hysterieanalyse“, gdzie przykre wrażenie, obudzone przez podejrzenie, jakoby ojciec zadawał swe pożądania płciowe przez *coitus in ore*, wywoływało następnie u córki nerwowy kaszel histeryczny.

(C. d. n).

## ZAPALENIE TĘTNIC OSTRE z chromaniem przestankowem.

podał

Dr. Med. Henryk Higier.

(Dokończenie).

Uwagi epikrytyczne przytaczam do słownie według tekstu brzmienia protokołu posiedzenia <sup>1)</sup>. „Przypadek ten następujące względy czynią godnym uwagi:

1) dosyć młody wiek chorego (25 lat);  
2) brak wszelkich czynników etiologicznych, o ile się nie bierze w rachubę palenia tytoniu w ciągu 7 lat;

3) obecność wybitnego rodzinnego usposobienia neuropatycznego;

4) początek choroby podostry, gdyż ciężki obraz kliniczny rozwinął się w ciągu kilkunastu dni, nb. po poprzedzającej, mało dokuczliwej *claudication intermittente*;

5) na wysokości choroby: silne bóle i w spokoju, nadwrażliwość i czerwoność zimnych, erytromelalgiczne przypominających palców, brak objawów zakrzepu żylnego, owrzodzenie 2 i 3 palców, prawie zupełny brak tętna w tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej przy normalnie zachowanym tętnie zdrowej stopy;

6) potęgowanie się bólów i owrzodzenia pomimo bezwzględniego spokoju i licznych środków leczniczych, a znikanie stopniowe bólów i hiperestezji po zastosowaniu galwanizacji anodą nerwów, jako *ultimum refugium* przed projektowanym zabiegiem chirurgicznym;

7) pomimo 7 miesięcznej ciężkiej pracy fizycznej, jaka nastąpiła bezpośrednio po poprawie, brak prawie zupełny cięższych objawów (nieco bólów łydki przy silnem zmęczeniu, zimna stopa, brak tętna, względnie bar-

dzo drobne tętno w porównaniu ze zdrową nogą)”.  
Niekórym z biorących udział w dyskusji kolegom, z obrazem klasycznym zapalenia tętnic zacieśniającego (*endarteriitis obliterans*) i chromania przestankowego bardzo dobrze obeznanym, rozpoznanie moje wydawało się niezupełnie przekonywującym. Po części wskutek zbyt ostrego początku, po części wskutek względnie szybkiego wyrównania i powrotu tętna w jednej z tętnic sądzili oni, że w danym przypadku ma się do czynienia z nerwicą naczynioruchową czynnościową.

Mogę w tem miejscu to tylko powtórzyć, com w obronie swego rozpoznania przytoczył, że właśnie, wyłączając wszelkie inne pokrewne rozpoznania, zatrzymuję się przy swoim najprawdopodobniejszym, że wyraźna poprawa stanu tak samo nie mówi przeciw rozpoznaniu zapalenia tętnicy, jak nie świadczy przeciw niemu przemijający i niestały powrót tętna w cierpieniu organicznym, podlegającym, jak wiadomo, ciągłym wahaniom naczynioruchowym. Nie wyjaśniony został punkt najważniejszy spostrzeżenia, t. j. ostry początek choroby. I jeżeli sobie pozwoliłem w swoim czasie w poważnym gronie specjalistów przedstawiać i obszernie omawiać pojedynczy przypadek chromania przestankowego, pojedynczy przypadek cierpienia, należącego u nas, zwłaszcza wśród ludności żydowskiej, do powszednich i codziennych, to stało się to właśnie dlatego, że sądziłem, iż mam przed sobą odmianę niezwykłą, mniej znaną ostro lub podostro powstałego zachorzenia tętnic. W każdym razie nie znalazłem analogicznych spostrzeżeń ani w większych pracach GOLDFLAMA i ERBA — nie wspominam o mniejszych, — ani też we własnym większym materiale, ogłoszonym przed 10 laty, a zawierającym dwadzieścia kilka bardzo dokładnie i przez czas dłuższy obserwowanych przypadków.

<sup>1)</sup> Loc. cit.



II medali  
w tem 5 złotych.

APTEKA

Dyplom honorowy  
1908 r.

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

Jerozolimska 27, róg Kruczej  
poleca

- Dragées Arrenali 0,01  
" extr. Cascar. Sagr. fluid 0,5  
" " Hydrast. Canad. 0,5  
" Camphor. bromat. 0,05  
" Ichtyoli 0,05  
" Hydrastinini hydrochlor 0,025  
" Natri kakodylici 0,025.  
" Pepsini 0,05 c. acid. muriat.  
" Lecithini-ovo 0,05  
Specyalne cenniki na żądanie gratis i franco.

## Borovertin Magistri Klawe

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

Przy Gonorrhœa, Pyelitis, Cysticis, w chorobach nerek — wywiera dodatni, bez uboczn. działań, skutek. W proszku — w opakow. po 25 grm. W tabletkach à 0,5 grm. — w opakowaniu po 20 tabletek.

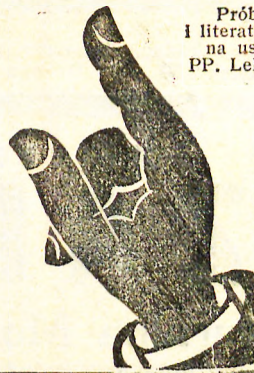
Próbki  
i literatura są  
na usługi  
PP. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE  
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



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



Prospekty dostarcza Administracya  
Gorbio pod Mentona

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

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

# CACODYLATE DE SOUDE POMMIER

W AMPUŁKACH STERYLIZOWANYCH

CENA PUDEŁKA 21 AMP. 1R 75. 10 AMP. 1.R 100 AMP. 5R 50.

# PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach  
flakon 60 past.



GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.

# BIOLACTYL

FERMENT MLECZNY FOURNIER'A

Biegunki zakaźne. Dysenterya. Enterit's. Z palenie wyrostka robaczkowego.  
Flakon 60 pastylek 2.50. Główna Ajentura G. POMMIER Petersburg, Panteleimonowska 24.

D-ra Franciszka Vesely'ego.

# SZARATICA

Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

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

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

## Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN.  
 Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji,  
 chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżyty żo-  
 łądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dzien-  
 nie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

## Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.  
 LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Spostrzeżenie powyższe i dwa analogiczne ERBA są w samej rzeczy bliźniaczo do siebie w szczegółach podobne. We wszystkich sprawa dotyczy młodych i silnych, arterioskleroza nie dotkniętych mężczyzn, którzy w 20 latach nagle lub podostro zapadają na jedną nogę—przypadkowo prawą,—dającą typowy obraz zapalenia tętnicy ze zniknięciem tętna i z chromaniem przestankowym, bez gorączki i innych objawów ogólnych, bez widocznych miejscowych zaburzeń natury zapalnej i bez poprzedzającej choroby zakaźnej. Mam to przekonanie, że ERB nie bez racji broni samodzielności tej rzadkiej odmiany, której istotnie nie należy bez namysłu utożsamiać ze zwykłą arteriosklerozą miejscową, z przewlekłą postacią przedwczesnej obliteracji naczyń, jaka zazwyczaj towarzyszy, a raczej warunkuje chromanie przestankowe, któremu, zdaniem mojem, słuszniej się należy nazwa: *myasthenia angiosclerotica paroxysmalis* <sup>2)</sup>.

Rozpoznanie różniczkowe między daną postacią a zapaleniem ostrem mięśni, nerwów i żył rozstrzyga łatwo obmacywanie odnośnych tkanek.

Trudniej ją czasem odróżnić od erytoremelalgii WEIR-MITCHELA, za którą przemawia obustronność, ścisła symetria, mocne zaczerwienienie i obrzmienie, miejscowe pocienie nadmierne, mocna pulsacja naczyń obwodowych i brak owrzodzenia. Niewielkie trudności nastroczają przypadki, względnie rzadkie — o dwóch wspominam w pierwszej swojej pracy,—w których występują u dawno chromającego osobnika niespodzianie gwałtowne bóle i pogorszenie w chodzeniu, dzięki przyłączającemu się zakrzepowi żylnemu do starego zapalenia tętnic zacieśniającego.

Mniej jasno przedstawia się rzecz w przypadkach w rodzaju tego, z jakim się sty-

kałem u młodego, 20-letniego nauczyciela ludowego. Wezwano mnie do chorego, który, ciesząc się najlepszym zdrowiem, podobno od dni kilku dopiero narzekał na ostro powstałe bóle prawej łydki i na uczucie zmęczenia, występujące przy przejściu 20 kroków i zmuszające go do zatrzymania się. Badanie wykryło brak tętna w tętnicach tejże nogi, blednięcie przy ruchach i ucisku, zaczerwienienie przy zwieszaniu nogi. Ciekawe były dla mnie notatki, jakie znalazłem w swojej księdze chorych. Pacjent ów odwiedził mnie raz jeden już przed dwoma laty, jak twierdził, wskutek stopy płaskiej i połączonych z nią przykrych sensacyi miejscowych. Udało mi się wtedy jednak stwierdzić niewątpliwy brak tętna we wszystkich naczyniach stopy. Ostre wystąpienie bólów i chromania było więc pozornie tylko pochodzenia „ostro-zapalnego tętniczego“, a zależne raczej od zakrzepu żylnego, powstałego ostro na tle dawno upośledzonym, na tle stopniowo rozwijającego się i przebiegającego prawie bez objawów zapalenia tętnic zacieśniającego. Tu i owdzie ułatwia rozpoznanie w tych niepewnych przypadkach badanie zdrowej nogi, w której się znajduje czasem zupełnie niespodzianie brak tętna w jednym lub drugim naczyniu, jako dowód ożywisty, że i zapalenie tętnicy na chorej kończynie nie powstało ostro.

Pamiętać także należy, na co już przed laty zwracałem uwagę, że, o ile sprawa naczyniowa umiejscawia się wyjątkowo nie na obwodzie, lecz w rozgałęzieniach tętnicy udowej na wysokości kłębu i uda, to uczucie drętwienia, bólów przemijających i chromania przestankowego przejawia się czasem w postaci nerwobólu zasłonowego (*neuralgia ob-turatoria*), napadowego skurczu bolesnego i zeszywnienia mięśni pośladkowych lub wreszcie jako t. zw. *meralgia paraesthetica* w obrębie nerwu uda skórniego bocznego.

<sup>2)</sup> Higier. Uwagi w sprawie „myastheniae paroxysmalis angioscleroticae“ oraz t. zw. gangrenae spontaneae“. Gaz. Lek. 1900.

## WYKŁAD KLINICZNY.

### Etiologia i rozpoznanie bakteriologiczne cholery.

(według odczytu prof. W. Kolle).

opracował

**T. Borzęcki.**

O cholery przed rokiem 1816 wiemy względnie niewiele. Z opisów tej choroby w dziełach starożytnych, np. w Sankrycie, nie możemy z wszelką stanowczością wnioskować, czy cholera w czasach dawnych panowała nad brzegami Gangesu; w każdym razie przypuszczenie, że miejscowości, położone przy ujściu Gangesu i Bramaputry, od lat tysięcy są właściwą ojczyzną zarazy, jest bardzo do prawdy zbliżone. Również jest rzeczą prawdopodobną, iż z tego endemicznego siedliska cholera szerzyła się już w czasach bardzo odległych na dalekie przestrzenie Azji. Z XVI, XVII i XVIII stuleci posiadamy wiadomości bezsporne o wybuchach cholery w najrozmaitszych okolicach Indostanu. Dopiero wszakże z początkiem XIX wieku nastaje okres rozległych epidemii tej zarazy; cholera ogarnęła prawie całą zamieszkałą powierzchnię ziemi i w ciągu ubiegłego stulecia pochłonęła przeszło sto milionów ofiar w różnych strefach i częściach świata. Z punktu widzenia kosmopolitycznego jest to zapewne najgroźniejsza zaraza i nawet dzisiaj, o ile walka z nią nie dość wcześnie jest zaczęta, staje się chorobą bardzo niebezpieczną, dzięki zwłaszcza szybkiemu rozprzestrzenianiu się z wodą.

W ciągu XIX wieku cholera szerzyła się pod postacią pięciu wielkich pandemii; pierwsza obejmuje okres czasu od 1817 — 1823 r., druga od 1826 — 1837 r., trzecia od 1846 — 1862 r., czwarta od 1864 — 1875 r. i piąta od 1883 — 1896 r. Rok 1902 należy uważać za początek nowego, mianowicie szóstego pochodzenia zarazy, którego bieg nie jest jeszcze zakończony.

Cholera szerzy się zawsze po głównych drogach ruchu: lądowych i morskich; zależnie

od rodzaju drogi zaraza przenosi się w sposób rozmaity coraz dalej. Na drodze lądowej cholera przedostała się na zachód przez Arabię i Egipt z jednej strony do Hiszpanii, z drugiej zaś do Rosji południowej, skąd kroczyła dalej na wschód przez ląd azjatycki aż do Chin. Podczas szerzenia się cholery drogą morską takiej prawidłowości jej pochodzenia zauważyć nie możemy. Stale jednak spostrzegane przenoszenie się zarazy z portów zarażonych do portów wolnych od choroby, i to zawsze przez ludzi, którzy bądź zachorowali na cholere, bądź też, nie chorując, nosili w sobie zarazek.

Podczas piątej wielkiej pandemii, która rozpoczęła się w 1883 roku, cholera wybuchła z niesłychaną gwałtownością przedewszystkiem w Rosji. W ciągu lat 1892 — 1894 w Rosji Europejskiej zmarło podobno około 800 tysięcy ludzi na cholere. Pomimo atoli tak strasznego szerzenia się zarazka cholerycznego na gruncie europejskim i pomimo licznych przypadków zawleczenia zarazy drogą morską i lądową do wszystkich prawie większych miast i krajów Europy, Ameryki i Afryki, bardziej rozległe epidemie nie wybuchły nigdzie więcej, z wyjątkiem Hamburga i Egiptu. Przyczyna tego zjawiska znajduje się w ścisłym związku z wykryciem w tym czasie zarazka cholery przez Kocha i z wprowadzeniem racjonalnych środków zwalczania zarazy, opartych na dokładnym zbadaniu własności biologicznych i sposobu szerzenia się nieznanego dotąd zarazka.

W roku 1883 R. Koch nasamprzód w Egipcie, potem zaś w Indyach wykrył swoistą przyczynę zarazy — przecinkowca cholery azjatyckiej — i odkrycie swe naukowo uzasadnił. Lasecznik przecinkowaty jest więc jedyną przyczyną cholery azjatyckiej. U człowieka chorego znajduje się w zawartości jelita cienkiego i w nabłonku. Przecinkowce przenikają jedynie do powierzchniowych warstw nabłonka, do błony podstawnej; w innych narządach ustroju wykryć ich nie można. Wszystkie zmiany anatomo - patologiczne, spotykane w narządach wielkich jam

ciała, z wyjątkiem jelit, są wyrazem działania toksyn, a nie następstwem wtargnięcia laseczników przecinkowatych lub innych bakterii, o jakich możnaby było myśleć.

Zmiany w jelicie, spostrzegane na sekcji, zależą od trwania choroby; mianowicie, bardziej głębokie zmiany i zniszczenia jelit wskazują, iż choroba trwała czas dłuższy. Jeśli śmierć, jak to często bywa, następuje w ciągu kilku godzin, to w jelicie cienkim znajdujemy płyn prawie przezroczysty, przypominający odwar ryżowy, w którym pływają kłaczkki śluzu i strzępki nabłonka. Zawartość płynna jelit wskutek domieszki krwi często ma zabarwienie czerwone. W przypadkach o przebiegu bardzo ostrym treść jelita składa się z płynu lekko zaróżowionego, w którym pływają galaretowate, blado-czerwone kłaczkki śluzu, a całość ma wygląd grubo posiekanego i obficie wodą polanego mięsa (Koch). Naczynia jelit są rozszerzone i swą barwą brzoskwiniowo-czerwoną przypominają wygląd błony śluzowej kiszek podczas zatrucia tlenkiem węgla. Zewnętrzna powierzchnia jelit, podobnie jak ich błona śluzowa, jest nieco obrzmiała i zmętniała, barwy blado-różowej. Zabarwiony preparat drobnowidzowy na szkiełku pokrywkomem, zrobiony z kropli płynu ryżowego, często wykazuje prawie czystą hodowlę typowych przecinkowców.

W razie dłuższego trwania sprawy chorobowej na błonie śluzowej jelit zjawiają się zmiany wybitniejsze. Następuje złuszczenie się powierzchniowych warstw nabłonka, tkanpodśluzowa jest zaczerwieniona, w stanie zapalnym; zwłaszcza na brzegach grudek chłonnych samotnych i blaszek PEYERA naczynia są mocno rozszerzone, a nawet krwawią. W podobnych przypadkach treść jelita wykazuje już pewne znamiona rozpadu, a na preparacie drobnowidzowym widzimy obok laseczników przecinkowatych rozmaitego innego rodzaju drobnoustroje. Cięcie przez błonę śluzową jelita wyjaśnia, iż laseczniki przecinkowate dotarły głęboko w błonę śluzową, często nawet aż do tkanki podśluzowej. Wzdłuż pasemek gruczołowych wciskają się one do nabłonka, powodują jego obumarzenie i oddzielają od błony podstawnej. W okre-

sach późniejszych choroby dołączają się inne bakterie, mianowicie zwykły nieszkodliwy saprofit jelit — prątek okrężnicy (*bact. coli*), dopomagając przecinkowcom w dziele zniszczenia i prowadząc do głęboko sięgających zmian w ścianie jelit, do owrzodzeń.

Badanie pośmiertne zmarłych na cholere, u których były objawy t. zw. tyfoidu cholerycznego, wykazuje w jelitach zmiany dyfterytyczne. Największego natężenia dosięgają one tuż powyżej zastawki BAUHINA. Jelito może mieć wtedy barwę czarnawą, krwawą. Treść jelita zwykle jest mętna lub krwawo posokowata. Na preparatach drobnowidzowych trudno znaleźć przecinkowce z powodu obecności mnóstwa bakterii gruzliczych i innych drobnoustrojów kiszkowych. Dopiero hodowle na żelatynie i agarze lub metodą peptonową umożliwiają ich wykrycie. Na skrawkach błony śluzowej jelit zwykle nie można już znaleźć laseczników przecinkowatych.

Przecinkowce, rozpatrywane w kropli wiszącej, okazują niezmiernie żywy ruch, przebiegają w polu widzenia z nadzwyczajną szybkością. Taki obraz drobnowidzowy Koch porównał z rojeniem się komarów. Zdolność ruchowa przecinkowców zależy od długiego, osadzonego na końcu prątku pojedynczego biczyka, rzęski. Wibryony, posiadające więcej rzęsek, napewno nie są wibryonami cholerycznymi. Kształt przecinka, jaki widzimy na preparacie barwionym, jest optycznym wyrazem wykrzywionej postaci lasecznika, który w rzeczywistości przedstawia część śruby. W istocie często widać nawet na preparatach barwionych laseczniki wykrzywione w kształt litery S; długość ich wynosi mniej więcej 1,5  $\mu$ . W hodowlach starszych spostrzegamy obok nitek twory swoiste, które wielokrotnie przyjmowano za zarodniki. Lecz, jak dowiódł Koch, przecinkowce zarodników nie wytwarzają. Fakt ten pod względem epidemiologicznym posiada bardzo doniosłe znaczenie; podobnie do wszelkich innych bakterii, nie wytwarzających zarodników, przecinkowce są nader wrażliwe na wszelkie bodźce zewnętrzne i poza ustrojem ludzkim względnie dość krótko mogą się opierać wpływom szkodliwym.

Barwią się nadzwyczaj łatwo zwykłymi barwnikami anilinowymi, odbarwiają się zaś według metody GRAMA.

Jeśli porównamy dużą ilość hodowli cholerycznych, mianowicie młode, tylko co wyosobnione, i stare, oddawna w pracowni wyhodowane, to przekonamy się, iż poszczególne szczepy wykazują wybitne różnice morfologiczne; hodowle stare składają się prawie zawsze z osobników wydłużonych, nitkowatych, prawie prostych, jakkolwiek trafiają się i świeże hodowle, wykazujące podobny kształt wibryonów. Z preparatu drobnowidzewego możemy się dowiedzieć jedynie, że dany rodzaj bakterii jest wibryonem, lecz nie możemy rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z lasecznikiem cholerycznym, czy też z wibryonem do cholerycznego podobnym.

Co się tyczy biologii przecinkowców, to hodowle ich udają się względnie łatwo, lecz pożywki muszą mieć odczyn mocno alkaliczny. Na żelatynie rozwój kolonii staje się widocznym już po upływie 24 godzin w 22° C. Pod drobnowidzem przy użyciu słabego powiększenia kolonie te przedstawiają się pod postacią kuleczek, jakby ponakrapianych okruszynami szkła. Naokoło kolonii żelatyna się rozpląwa. Młode kolonie mają wygląd zupełnie jasny i mocno przełamują światło. Brzegi kolonii młodej są gładkie; w miarę rozwoju stają się nierówne, zazębione, barwa kolonii przyjmuje odcień żółtawy, a zdolność przełamywania światła słabnie. Ma się rozumieć, że potrzeba dużej wprawy, aby nabrać pewności w rozpoznawaniu kolonii cholerycznych. Dość łatwo odróżnić je można od kolonii prątka okrężnicy, z którym najprędzej spotkać się możemy, badając treść jelit. Prócz tego nie znamy poza cholera

innej choroby jelit, w której wyrosłyby tak liczne kolonie drobnoustrojów na płytce żelatynowej po posianiu na niej bezpośrednio kału lub treści jelit. Jeśli więc znajdziemy w większej ilości przełamujące światło kolonie wibryonów, wyhodowane bezpośrednio z kału lub treści jelit na płytkach żelatynowych, to prawie napewno twierdzić możemy, iż mamy do czynienia z hodowlą przecinkowców.

Zdarza się jednak, iż przecinkowce choleryczne, bez widocznej przyczyny, nie wyrastają na żelatynie typowo. Takie odrębne zachowanie się wykazują nietylko stare hodowle laboratoryjne; nawet w zupełnie świeżo z ustroju ludzkiego wyosobnionych hodowlach spotykamy pojedyncze przecinkowce, wyrastające w kolonie nietypowe, które można zmieszać z koloniami innych bakterii. Jeśli dodamy, że istnieje wiele wibryonów (około 100 gatunków), których hodowle na żelatynie są ludzako podobne do hodowli przecinkowców, to zrozumiemy łatwo, dla czego hodowle na żelatynie posiadają dzisiaj o wiele mniejsze, niż dawniej, znaczenie w rozpoznawaniu cholery.

Na agarza przecinkowce wyrastają dość charakterystycznie. Mianowicie łatwo je odróżnić można od kolonii prątka okrężnicy, kolonie choleryczne nie mają, jak tamte, zabarwienia białego, lecz raczej niebieskawe; przytem opalizują i są o wiele przezroczystsze. Zato i tutaj, jak i na płytkach żelatynowych, odróżnienie kolonii przecinkowców od kolonii wibryonów podobnych do cholerycznych jest niemożliwe.

Hodowle na kartoflach, mleku, surowicy i na bulionie przedstawiają mało cech charakterystycznych.

(C. d. n.)

## STRESZCZENIA

### Choroby wewnętrzne i dzieci.

#### 174. Mackenzie Davidson. Radium i właściwości jego fizyczne i lecznicze.

Prace THOMPSONA, RUTHERFORDA, RAMSAYA oraz SADDY dowiodły, iż cząsteczki radium rozkładają się, i że rozkład ten zachodzi samoistnie i zawsze jednakowo bez możliwości przyspieszenia go lub powstrzymania.

Promieniująca podczas tego rozkładu energia ma znaczenie lecznicze w medycynie.

Cechy fizyczne radium są następujące: radium daje 3 rodzaje promieni: alfa, beta i gamma.

Promienie alfa stanowią cząsteczki pierwiastka helium i przebiegają z nadzwyczajną szybkością, bo aż 20 tysięcy mil angielskich na sekundę.

Posiadają one niewielką zdolność przenikania przez ciała, i arkusz papieru może je zatrzymać.

Ani jeden przeto promień  $\alpha$  nie wyjdzie poza rurkę szklaną spajaną nad ogniem, w której znajduje się radium.

Z tego, iż promienie  $\alpha$  zatrzymują się z łatwością na powierzchni ciała, należy wywnioskować, że mają one duży wpływ na skórę.

Beta promienie składają się również z cząsteczek materialnych, przebiegających z szybkością równą prawie szybkości światła. Przenikają one znacznie lepiej przez ciała twarde, aniżeli  $\alpha$ -promienie, i trzeba użyć grubej warstwy ołowiu, by je zatrzymać.

Promienie gamma różni się w zupełności od poprzednich  $\alpha$  i  $\beta$ . Przedewszystkiem nie składają się one z cząsteczek materialnych. Podobne są one do promieni X, z tą różnicą, iż jeszcze silniej przenikają przez ciała stałe.

Rozkładowi radium towarzyszy wydzielanie się energii cieplikowej w bardzo znacznej ilości.

Wszystkie rodzaje promieni radium przesyłają klisze fotograficzne, wyładowują elektryczność z ciał naelektryzowanych oraz

niszczą życie komórki, o ile dość długo na nią działają.

DAVIDSON pierwszy zaczął stosować radium w leczeniu chorób skórnych i złośliwych powierzchownych nowotworów.

Pierwsze próby, nie kierowane ani osobistym, ani też cudzem doświadczeniem, były czysto empiryczne.

Ostatnio autor przyszedł do wniosku, że promieniami radium można wyleczyć oparzenia, spowodowane promieniami X. Stosuje leczenie w następujący sposób: przykładając rurkę, zawierającą około 20 mgr. radium, na 10 min. w przeciągu 2 dni.

Na 5—6 dzień zjawia się reakcja ze strony skóry, trwa ona przez 5—6 dni, potem tworzy się strup, i poprzednie cierpienie ustępuje.

Ponieważ promienie beta przechodzą przez ciała w ilości zależnej od grubości tych ciał, więc można, zmieniając grubość ekranów, dozować ilość promieni beta, działających na skórę.

Co do tego, jak długo i jaką siłą promieniącą należy stosować, niema jasnych i kategorycznych wskazań, każdy lekarz kieruje się swoim doświadczeniem.

Najlepsze wyniki otrzymuje się w leczeniu cierpienia skóry. Duże, głębokie, złośliwe nowotwory nie ulegają zmianie.

D-r DOMINICI w Paryżu wyleczył zupełnie mięsak powierzchowny karku: w otwór, jaki się wytworzył na skutek rozpadu nowotworu, wstawił on rurkę srebrną, zawierającą 10 mgr. radium, i pozostawił ją na miejscu przez 48 godz.

Wybitną również poprawę otrzymał D-r DOMINICI dzięki radium w przypadkach reumatyzmu.

Leczenie za pomocą wody, w której znajduje się emanacja radium, powinno być przedsiębrane ostrożnie. Może ono powodować białkomocz przejściowy oraz rozstrój stanu ogólnego.

Niesłuszne jest mniemanie, iż radium est środkiem swoistym dla raka, jak przypuszczają niektórzy.

(The Bristol. Med. Sur. Journ. Nr. 107. 1910).

**175. S. Kreuzfuchs. Miażdżycza naczyń trzewiowych (Angina abdominalis).**

*Angina abdominalis* występuje u ludzi, dotkniętych ogólną miażdżycą naczyń. Cechują ją napady bólów w okolicy żołądka lub w całym brzuchu, połączonych ze wzdęciem brzucha. Bóle przychodzą napadowo. Chory skarży się na ból w brzuchu, wzmagający się stale, napięcie kiszek wciąż wzrasta, a chory doznaje uczucia, jak gdyby „kiszki lada chwila miały pęknąć”. Jednocześnie występuje parcie na stolec lub moc, lecz chory nie jest w stanie opróżnić kiszek, ani pęcherza. Badanie stwierdza wtedy obecność silnego wzdęcia brzucha, którego ściany stają się twarde, jak deska, na skutek zaś odepchnięcia ku górze przepony podnosi się ciśnienie krwi, i występuje duszność. Napady zdarzają się zazwyczaj po silnych wzruszeniach lub zmęczeniu, najczęściej w nocy wśród zupełnego spokoju i w poziomym ułożeniu tułowia, w pozycji zaś siedzącej chory doznaje pewnej ulgi. Napad trwa od kilkunast minut do 12-tu godzin. Istota cierpienia nie jest zupełnie jasna. Należy przypuszczać, że pod wpływem upośledzonego krążenia następuje osłabienie napięcia mięśni kiszek. Wtedy gazy, zawarte w kiszkiach, uwolnione od ciśnienia zwykłego, zależnego od fizjologicznego napięcia mięśni kiszek, ulegają szybkiemu rozszerzeniu i wywołują podany wyżej obraz chorobowy. Dla rozpoznania różniczkowego posiada znaczenie niepoślednie ten fakt, że napady nie znajdują się w żadnym związku z przyjmowaniem pokarmów, lecz występują pod wpływem tych czynników, które stają się przyczyną groźnych objawów chorobowych u ludzi z cierpieniami serca lub naczyń. Wreszcie należy brać pod uwagę wiek (pomiędzy 40—50 r.) i płeć chorego (napady spotykamy u mężczyzn znacznie częściej, niż u kobiet). Co do czynników przyczynowych, to na pierwszym planie znajduje się nadużycie tytoniu, następnie zaś te wszystkie szkodliwości, któ-

re sprzyjają rozwojowi miażdżycy naczyń. Rokowanie w przypadkach omawianego cierpienia bywa w większości przypadków niepomyślne, a u chorych, zapadających na dusznicę bolesną, zazwyczaj beznadziejne. Leczenie miażdżycy naczyń trzewiowych jest objawowe. Zauważono dobroczynne działanie jodku sodu lub potasu, diuretyny i azotanów, natomiast napaścina okazuje się często szkodliwą. W razie napadu przynoszą ulgę mokre okłady gorące, morfina zaś staje się środkiem wprost niezbędnym. Należy również opróżnić kiszki za pomocą lawatwy. W okresach wolnych od napadu chory powinien przestrzegać przepisy dyetytyczne i zachowywać nader regularny tryb życia.

(Deut. med. Wochschr. Nr. 7, 910).

K. Z.

**176. D. K. Awerhucz. W kwestyi zmian w pęcherzu w pierwotnych centralnych zaburzeniach mózgowych.**

W chorobach pęcherza pochodzenia centralnego (*tabes, sclerosis multiplex* etc.) autor zauważył pewien stale powtarzający się obraz przy cystoskopii, zupełnie inny, niż w samoistnych cierpieniach pęcherza, mianowicie: główne zmiany, wypukłości (*trabeculae*) i wgłębienia w postaci uchyłków są w *vertex vesicae*, słóweczka również *vertex* blada, zanemizowana, prawie bezbarwna nie raz, podczas gdy w samoistnych chorobach pęcherza te zmiany bywają najczęściej w okolicy trójkąta *LIEUTAUDA*, ewentualnie na dnie pęcherza. Tłumaczy to autor tem, że przy centralnem pochodzeniu pierwszy cierpi *sphincter vesicae*, i dlatego jednym z pierwszych objawów jest *enuresis nocturna* (tabetyków), potem zastępczo następuje przerost (? Ref.) włókien zwieracza, co nam daje obraz cystoskopowy trabekul w okolicy *vertex vesicae*.

(Russ. żurn. kożn. i wener. bolez. N. 11 1909 r.)

Hirsz.

**177. F. Starkloff. Przyczynki do rozpoznania serologicznego gruźlicy płuc.**

Wobec tego, że stosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych nie zawsze bywa obojętne dla ustroju, *YAMANOUCHI* polecił r ze-



niesienie działania tuberkuliny z człowieka na zwierzęta. Jak wiadomo, każdy chory gruźlicy staje się nadwrażliwym (*anaphylaxia*) w stosunku do prątków KOCHA lub produktów ich przemiany materii. Nadwrażliwość tę można przenieść wraz z krwią na zwierzę, które wtedy reaguje na wstrzyknięcie następcze tuberkuliny. YAMANOUCHI posilkował się tą metodą w celach rozpoznawczych. Brał on, mianowicie, z żyły biodrowej chorych lub trupów pewną ilość krwi i wstrzykiwał ją do jamy brzusznej królikom. Po upływie 24 godzin wstrzykiwał do żyły tym zwierzętom 0,1 sz. cm. tuberkuliny, by ewentualnie jeszcze po 24 godzinach wstrzyknąć znów 0,2 sz. cm. tuberkuliny. W przypadkach, w których krew pochodziła od chorych gruźliczych, zwierzęta dostawały ciężkiej duszności, ogólnego osłabienia, porażenia wszystkich kończyn, wreszcie ginęły po kilku minutach do dwóch godzin w konwulsjach. Metoda to dość prosta, lecz RÖPKE i BUSCH a także EITNER i STOERK nie mogli potwierdzić tych wyników. BAUER, który również nie mógł potwierdzić wyników, otrzymanych przez YAMANOUCHI, próbował wykorzystać dla tego samego celu podniesienia ciepłoty u świnek morskich. Sposób postępowania był ten sam, co i w doświadczeniach YAMANOUCHI, jedynie należało stwierdzić, jaka jest ciepłota świnki przed i po doświadczeniu. STARKLOFF przekonał się, że przeciętna ciepłota świnek równa się 37,8 — 38,5, a także że bezkarnie można w warunkach normalnych wstrzyknąć 0,1 sz. cm. tuberkuliny starej, nie wywołując odczynu gorączkowego. Zwierzęta, użyte do doświadczeń, otrzymywały pod skórę 1 — 2 sz. cm. surowicy, jałowo otrzymanej po odwirowaniu krwi, wziętej z żyły ramiennej, zaś po upływie 24 godzin wstrzykiwano im 0,1 sz. cm. starej tuberkuliny, po czym temperaturę mierzono co godzinę (przedtem co 2 godz.), ażeby nie opuścić podniesienia ciepłoty. Podniesienie ciepłoty dowodziło, że człowiek, od którego pochodziła surowica, nosił w sobie zmiany gruźlicze.

Jednocześnie autor sprawdzał wartość metody STOERKA. Autor ten zauważył, że po dodaniu do surowicy chorych gruźliczych lipoidu, otrzymanego z pałeczek KOCHA, wystę-

puje osad kłaczkowaty, który nie tworzy się, o ile surowica pochodzi od osób zdrowych. W celu badania tego zjawiska tworzy się zawiesinę  $\frac{1}{2}$  grama suchych i roztartych laseczników (Höchst) w 200 sz. cm. wody destylowanej, dokładnie się ją wstrząsa i wyciąga eterem; pozostałość z wyciągu eterowego rozpuszcza się w wysokoku metylowym, a następnie robi się z tego emulsję w  $\frac{1}{2}\%$ -wym roztworze kwasu karbolowego (w 10%-ym roztworze soli kuchennej), dodając tego roztworu stopniowo. Do  $\frac{1}{2}$  sz. cm. tego reaktywu dodaje się  $\frac{1}{4}$  sz. cm. surowicy i stawia się na noc do piecyka. Odczyn ma występować zaraz po wyjęciu z piecyka lub też w pewnym czasie po wyjęciu (najwyżej w ciągu 10 godzin). Według STOERKA odczyn powyższy występuje u 75% chorych na gruźlicę. To samo jednak bywa na początku chorób zakaźnych, w raku i moczowce cukrowej. Wreszcie mleko i wogóle tłuste pożywienie dają również odczyn dodatni, wobec czego krew do badania należy brać conajmniej w 12 godzin po ostatnim jedzeniu.

STARKLOFF otrzymał dodatni wynik próby STOERKA w 72% gruźliczych. Mimo to słusznie uważa ją za mało wartościową dla dyagnozy, skoro i inne cierpienia ją dać mogą, gdy pozatem i nie u wszystkich gruźliczych występuje. Natomiast przeniesienie nadwrażliwości na zwierzęta dało wynik zupełnie wyraźny: reagowały bowiem świnki morskie: 1) tam, gdzie surowica pochodziła od niewątpliwie gruźliczych chorych, 2) gdzie inne badania i obraz kliniczny przemawiały za gruźlicą, 3) w tych przypadkach, w których dokonana później próba podskórna tuberkulinowa dała rezultat dodatni.

(Beitr. zur Klin der Tub. t. 16, z. 3).

#### 178. Philippi. Usuwanie gorączki w gruźlicy płuc za pomocą najmniejszych dawek tuberkuliny.

Autor próbował stosować minimalne dawki tuberkuliny z Höchst (ToA), emulsyjami laseczników lub preparatów, otrzymanych z prątków perlicy, w celu usunięcia gorączki u chorych, którzy dłuższy czas gorączkowali, mimo, że stosowano rozmaite środki. Starał

się przy tem nie dochodzić bynajmniej do dużych dawek, jedynie zaś dojść do dawki, która już jakieś działanie wywierała, i wtedy trzymał się tych dawek. Rozpoczął zastrzykiwania od jednej półmilionowej części miligrama i bardzo powoli powiększał dawki. Przy najmniejszym podejrzeniu odczynu ogólnego lub ogniskowego dawkę wnet zmniejszało. Przerwy między wstrzykiwaniami wynosiły 2 — 3 i więcej dni.

Że nawet takie nieznaczne ilości tuberkuliny mogą oddziaływać swoiście, widać przede wszystkim z tego, że i po nich otrzymywał autor odczyn ogniskowy lub w postaci podniesienia ciepłoty, a następnie z doświadczeń (TURBAN — BÄR, SCHULZ), w których zastrzykiwania takie wpływały na wskaźnik opsoniczny lub wywoływały limfocytozę.

Rezultat leczenia był na ogół bardzo dobry. Udało się bowiem u chorych w I okresie usunąć gorączkę prawie w 100% przypadków (w 80% nie leczonych swoiście), w 94,7% u chorych w II okresie (w 100% bez zastrzykiwań), wreszcie w 70% u chorych w III okresie (w 45,8% nie leczonych tuberkuliną). Wyniki te wydadzą się jeszcze lepszymi, jeśli wziąć pod uwagę, że chorzy, którym zastrzykiwano tuberkulinę, uprzednio gorączkowali zazwyczaj bardzo długo.

(Beitr. zur Klin. der Tub. t. 16, z. 3).

M. Gantz.

### 179. Landsteiner i Levaditi. O przeniesieniu paraliżu dziecięcego na małpy.

Autorom udało się wywołać u szympanza *polymyelitis anterior* po wprowadzeniu do otrzewny tego zwierzęcia zawiesiny rozartego rdzenia pacierzowego, pochodzącego od dziecka, zmarłego na paraliż dziecięcy. Nadmienić należy, że kawalki owego rdzenia przesłane były z Wiednia do Paryża w mieszaninie, składającej się z 1 cz. gliceryny i 2 cz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a więc dopiero po 4-ch dniach wprowadzone zostały do ustroju szympanza.

Objawy typowe wystąpiły dopiero 7-go dnia: zwierzę znaleziono leżące, z głową opuszczoną, pyskiem otwartym, z krwawymi wylewami na dziąsłach; badanie obiektywne wykazało zupełny paraliż prawej kończyny

i prawie zupełny lewej. W nocy 8-go dnia zwierzę zdechło, a sekcya wykazała następujące zmiany: szara substancja rdzenia w całej rozciągłości była miększa i bardziej przekrwiona; półkule mózgowe również wykazywały przekrwienie; płyn mózgo-rdzeniowy wydobyty za pomocą punkcyi, był mętny i zawierał mnóstwo limfocytów. Co zaś do obrazu mikroskopowego, to zmiany najbardziej dotyczyły szarej substancji, szczególnie w przednich rogach rdzenia pacierzowego, gdzie znajdowały się ogniska zapalne bogate w wielojądrowe białe ciała krwi, które miejscami uległy zniszczeniu. W części lędźwiowej rdzenia był prawie całkowity zanik komórek nerwowych, i tylko cząstki ich pozostały, otoczone jedno i wielojądrowymi leukocytami.

Po wprowadzeniu rozartego rdzenia zmarłego szympanza do otrzewny innej małpy — *macacus cynomolgus*, wystąpiły typowe objawy paraliżu u tej ostatniej.

Podobne badania przeprowadzali i inni autorowie, jak LANDSTEINER i POPPER, KNOEPFELMACHER, FLEXNER, lecz tylko LERNEROWI i WIESNEROWI udało się przenosić zarazki chorobowe kolejno z jednego zwierzęcia na drugie.

Na zasadzie powyższych badań autorowie wyprowadzają wnioski, że zarazek paraliżu dziecięcego (*polymyelitis anterior*) może być przeniesiony na szympanza; że jest on trwały (w danym przypadku utrzymał swą siłę w ciągu 4-ch dni) i że może być kolejno przenoszony z jednego zwierzęcia na drugie w całym szeregu.

(C. r. hebdom. de la Soc. de Biol. T. LXVII. Nr. 34 str. 592).

H. Karasiówna.

### 180. Hohlfeld. O znaczeniu gruźlicy bydła w powstawaniu gruźlicy u dzieci.

W porównaniu z niebezpieczeństwem gruźlicy ludzkiej z a r a ż e n i e perlicą odgrywa rolę podrzędną. Liczyć się jednak należy z faktem, że w niektórych miejscowościach występuje ono z nadzwyczajną regularnością w 18%, wszystkich przypadków gruźlicy. Cierpienie występuje przeważnie w postaci pierwotnej gruźlicy kiszkiowej,

wszakże możliwe jest zarażenie perlicą również w gruźlicy gruczołów szyjnych. Większość przypadków zarażenia perlicą przypada na rok 2—5. U oseska udało się stwierdzić przypadek (nie ciężki) pierwotnej gruźlicy kiszkowej; niemowlę to otrzymywało mleko surowe w ciągu 2½ miesiąca.

Również w s z e r z e n i u się gruźlicy perlica odgrywa rolę podrzędną. Środki walki winny być zwrócone w pierwszym rzędzie przeciw gruźlicy ludzkiej.

(Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 5).

### 181. Hirsch. Choroby serca u dzieci i podrastającej młodzieży.

Autor omawia przeważnie zaburzenia czynnościowe ze strony serca.

Odrzucając białkomocz ortotyczny, jako czynnik w powstawaniu cierpień serca, autor przypisuje natomiast znaczny udział samogwałtowi. Tego rodzaju podniecenia, trwające przez czas dłuższy, mogą silnie oddziaływać na układ krwionośny i wywoływać zmiany w ścianach naczyń, zwłaszcza w warstwie mięśniowej. Pod tę kategorię należy podciągnąć przypadki stwardnienia naczyń natury niesklerotycznej czyli t. z. stwardnienia młodocianego (*juvenile Sclerose*).

Następnie autor omawia niemiarowość, puls przerywany — objawy, na podstawie których zbyt pohopnie bywa rozpoznawane zapalenie mięśnia sercowego. Dzieci, zdaniem H., posiadają osobiwą skłonność do niemiarowości, zwłaszcza w czasie różnych chorób. HEUBNER dawno już wskazał, że z tych objawów u dzieci nie należy wysnuwać zbyt daleko idących wniosków. HEUBNER spostrzegał niewinną niemiarowość przejściową w czasie zdrowienia po wszystkich niemal chorobach zakaźnych u dzieci również po wymiotach u dzieci nerwowych. HIRSCH wraz z MACKENZIEM upatruje w skłonności serca dziecięcego do niemiarowości zjawisko fizjologiczne.

W niemiarowości u dzieci oddzielne fale pulsowe są równomierne, pełne, mocne, jedynie czas trwania rozkurczu bywa różnie długi. Niemiarowość znika zazwyczaj przy przyspieszonej działalności serca, wówczas bowiem nienormalnie długi rozkurcz skraca

się. Natomiast niemiarowość, wynikająca ze zmian organicznych mięśnia sercowego, posiada swe własności odrębne, w tych bowiem razach jest spowodowana przez skurcz dodatkowy.

Następny dział autor poświęca szmerom sercowym i zaznacza, że zachodzą one u dzieci nazbyt często. Jeden z uczniów autora stwierdził pośród 830 osobników młodzieży szkolnej u 352 szmer skurczowy (42%), a pośród 854 dzieci — 623 razy. W większości przypadków najwyższy punkt szmeru przypadał w udziale tętnicy płucnej. Autor nie wypowiada swego poglądu na rodzaj i własności tych szmerów przypadkowych, sądzi, że różne mogą być przyczyny powstawania szmeru, głównie niedomykalność mięśniowa zastawki dwudzielnej. Naogół autor określa te szmery, jako względnie nieszkodliwe.

(Therapie der Gegenwart 1910 Nr. 5).

### 183. Heimann. Uproszczona formuła określania ilości pokarmu dla niemowląt.

Sposób, zalecany przez autora do określania ilości pokarmu, niezbędnej do racjonalnego odżywiania niemowląt, wyróżnia się nadzwyczajną prostotą.

Porcja dzienna (R=Ration) równa się ilorazowi, otrzymanemu z pomnożenia wagi ciała (K = Körpergewicht) przez „iloczyn pokarmowy” (N=Nahrungsquotient).

Iloczyn pokarmowy N = 120 (iloczyn energii 120 kaloryi) jednostkom pokarmowym (Nahrungseinheit).

Jednostką pokarmową autor nazywa ilość pokarmu, zawierającą jedną kaloryę wielką. Jeżeli 1000 grm. mleka matczyńskiego zawiera 700 kaloryi, znaczy to, że jednostka pokarmu kobiecego = 1,43 (1000:700).

Tę tablicę jednostek i pokarmowych pamiętać należy, ażeby mechanicznie z wielką łatwością określać porcję dzienną pokarmu dla oseska.

(Münch. Med. Woch. 1910 Nr. 11).

### 184. Meyer Ludwig F. O przemianie mineralnej we wczesnym dzieciństwie.

Autor objaśnia związek, istniejący pomiędzy przemianą soli a procesem odżywiania, krzywicą i tężyczką.

Na podstawie dociekań FINKELSTEINA, MEYERA i szkoły wrocławskiej udało się stwierdzić z całą stanowczością ujemny bilans pewnych związków mineralnych po dodaniu mniej tłuszczu, nieco po dodaniu cukru, do pokarmu oseska w zaburzeniach odżywiania.

Do dalszych wyników nowych badań należy zależność ciepłoty od związków mineralnych, powstawanie „gorączki pokarmowej” (alimentäres Fieber), bez udziału drobnoustrojów.

W sprawie krzywicy wyniki nie są jeszcze dostatecznie jasne, jak również ciemna jest kwestya, czy krzywica, wywoływana u zwierząt przez ubogie w wapień pokarmy, jest identyczna z krzywicą właściwą.

Teorya ZWEIFLA nie znalazła dostatecznego ugruntowania.

Dociekania BIRKA wykazały bilans ujemny wapnia w pierwszym okresie t. z. „zaburzeń, wynikających z mleka” (Milchnährschaden), co objaśnia nam powolne znikanie wapnia w ustroju

Pomyślniejsze zatrzymywanie wapnia na skutek podawania tranu i fosforu zostało obiektywnie stwierdzone przez badania BIRKA i SCHABADA.

Zdaniem BIRKA, działanie tranu polega na wytwarzaniu mydeł w jelitach, natenczas gdy SCHABAD przypisuje dodatni wpływ działaniu składników fosforowych.

W powstawaniu tęczyki należy uważać jako pewnik zależność objawów chorobowych od pokarmu. Według FINKELSTEINA przyczynia się do tego, w pewnej mierze, jakieś bliżej nieznanne ciało, rozpuszczone w serwatce. Co do udziału wapnia w omawianem cierpieniu, to sprawy tej nie można rozstrzygnąć ani w sensie STÖLZNERA, ani QUESTA. Doniosłość posiadają stwierdzone przez JANASE krwawienia w ciałkach nabłonkowych (Epithelkörperchen) u dzieci, dotkniętych tęczyką.

(Med. Klinik 1909 Nr. 16).

#### 184. Engel. Patologia gruźlicy dzieci.

Zarażenie gruźlicze śródmaciczne zachodzi niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków, winno być tedy uwzględnione conaj-

mniej jako źródło gruźlicy niemowląt. Atoli większość przypadków powstaje wskutek zarażenia zewnątrzmacicznego.

Jako źródło główne w zarażeniu w grę wchodzi prawie wyłącznie kaszlący suchotnik. U niemowląt można go zazwyczaj wykryć bezpośrednio; u dzieci starszych szereg cały okoliczności wskazuje na suchotnika jako pośrednika w zarażeniu.

Laseczniki gruźlicy znajdują wrota do ustroju zarówno przez drogi oddechowe, jak i pokarmowe.

Warunki do zarażenia jelitowego istnieją niewątpliwie u dzieci i tem bardziej odpowiednie, im młodsze jest dziecko.

Częstość gruźlicy, stwierdzona dzięki tuberkulinie, w okresie niemowlęctwa bywa nieznaczna, wzrasta wraz z wiekiem.

W sferach proletaryackich można stwierdzić gruźlicę w okresie dojrzałości płciowej u większej części osobników. Liczba dzieci gruźliczych zależy od środowiska, w którym wznoszą się. W wieku starszym różnice zacierają się.

Brak odporności względem gruźlicy znajduje wyraz w łatwym zarażeniu się dzieci; zarazek rychło rozszerza się po całym ustroju, tkanki posiadają jedynie nieznaczną skłonność do umiejscawiania lub zupełnego gojenia się ognisk gruźliczych. Z biegiem czasu odporność względem gruźlicy wzrasta; jedynie w płucach pozostaje jeszcze skłonność do gruźlicy.

Gruźlica u dzieci poczyna się zazwyczaj jako cierpienie układu limfatycznego. Gruzoły oskrzelowe stanowią właściwe środowisko procesu. Dalszy przebieg zależy od tego, czy, w jakim stopniu i gdzie została przebita otoczka gruczołów limfatycznych.

Równocześnie z wzrastaniem odporności ustroju względem gruźlicy zmniejszają się rozmiary zmian w układzie limfatycznym; znika rozsiana gruźlica gruczołów; jedynie oddzielne grupy ulegają jeszcze cierpieniu. W okresie dojrzałości płciowej zserowacenie gruczołów chłonnych — jako pierwszy okres gruźlicy — schodzi już na drugi plan.

Proces rozpoczyna się nie w gruczołach oskrzelowych, lecz w szczycie płuca.

Należy przypuszczać, że gruczoly limfatyczne są czynne jako narządy obronne względem gruźlicy w tym okresie życia, kiedy odporność jest jeszcze niedostateczna. Gdy ustrój okrzepł, gruczoly zostają wyłączone; rolę ich uważać trzeba za skończoną.

W wieku niemowlęcym gruźlica gruczolów, rozsiana po całym organizmie, jest rzeczą zwykłą. Gruczoly jakoby nie posiadają jeszcze mocy umiejscawiania gruźlicy, jak również nie potrafią powstrzymać wylamywania się cierpienia nazewnątrz. Gruźlica rozsiana powstaje tedy u niemowląt dzięki temu, że gruczoly limfatyczne nie bronią ustroju w dostatecznej mierze, pozostałe zaś tkanki są nader słabe i z łatwością ulegają zarazkowi. W okresie powyżej niemowlęctwa skłonność do rozsianej gruźlicy gruczolów rychło znika, aczkolwiek w 2-im i 3-im roku życia napotyka się jeszcze dość często. W tym wieku zaczyna rozwijać się bardziej typowa postać gruźlicy wieku dziecięcego, umiejscowiona gruźlica gruczolów; na drugim miejscu znajduje się gruźlica kości i stawów. Tych ostatnich postaci niema w okresie niemowlęctwa, znikają one w miarę dojrzenia.

W okresie bliskim dojrzałości płciowej powstaje już postać gruźlicy szczytowej—jak u dorosłych. Ta forma miewa zazwyczaj przebieg szybki i złośliwy.

(Beihefte zur Mediz. Klinik. B 1909. Zeszyt 11).

*Józef Judt.*

**185. S. Ostrowski Spółczesny stan nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony (anaemia splenica infantum).**

Omówiwszy ważniejsze prace nad niedokrewnością niemowlęcą, przechodzi autor do własnych badań, przeprowadzonych na 10 chorych, których wyniki zestawia w tablicach. Opisywane przypadki dotyczyły dzieci w wieku  $1\frac{1}{12}$  do  $2\frac{1}{12}$  lat, dotkniętych przeważnie nieżytem przewodu pokarmowego; nie da się jednak wykluczyć możliwość powstania omawianej sprawy samoistnie, bez dających się wykazać poprzedzających czynników szkodliwych. Obraz chorobowy rozwija się między 6-tym miesiącem a ukoń-

czonym 2-gim rokiem życia, bez różnicy płci, a cechuje się bladeścią skóry z odcieniem oliwkowym i powiększeniem śledziony, bez wyraźnych zmian w wątrobie i gruczolach chłonnych. Mikroskopowo stwierdza się: oligocytemię, oligochromemię, anizo-poikilocytozę, limfocytozę, obecność myelocytów i erytroblastów. Z narządów wewnętrznych śledziona okazuje zanik ciałek MALPIGHEGO i rozrost tkanki łącznej, wątroba zaś zaokrąglenie komórek gruczolowych. Rokowanie wątpliwe; leczenie polega na stosowaniu Fe, As i promieni X.

**186. L. Bondy. Próba tuberkulinowa śródskórna (Mantoux) stosowana w celach rozpoznawczych gruźlicy.**

Próba ta polega na wstrzyknięciu tuberkuliny w ilości 0,01 mgr. w sam miąższ skóry właściwej, czego następstwem jest wytworzenie się odczynu zapalnego (zaczerwienienie, nacisk) u osobników gruźliczych. Na podstawie badań innych autorów i własnych dochodzi B. do wniosku, iż próba śródskórna przewyższa czułością próbę naskórną PIRQUETA, zwłaszcza u dorosłych; dalszą jej zaletą est ścisłość dawkowania, której brak próbom PIRQUETA, CALMETTEA i MORO; wreszcie próba śródskórna wymaga wstrzyknięcia małej ilości tuberkuliny, przez co unika się szkodliwych następstw, zdarzających się przy próbie BERGMANNA.

**187. Rozenblatówna. Przyczynek kliniczny do kazuistyki zбочenia wzrostu chrząstek (Chondrodystrophia foetalis, Mikromelia).**

Wspomniane zбочenie spostrzegła autorka u 22-miesięcznej dziewczynki, nie obarczonej dziedzicznie. Dołączone zdjęcia fotograficzne i rentgenogramy okazują wszystkie cechy klasyczne zбочenia wzrostu chrząstek: skrócenie kończyn, przerost mięśni, pośladków i ud, pofałdowanie skóry w okolicy stawów, skrzywienie ku przodowi kręgosłupa lędźwiowego i niestosunkowo wielką czaszkę; prócz tego istniała w danym przypadku charakterystyczna pewna sztywność stawu łokciowego, a nadmierna giętkość innych. Zwykłych w tych przypadkach zmian w stawie biodrowym autorka nie stwierdziła.

Pracę dopełnia zestawienie wyników badań nad etiologią, anatomią patologiczną, rentgenologią i próbami leczenia przetworami tarczycy.

(Przegląd pediatryczny. 1910. Zeszyt II).

*Bujak.*

### Choroby uszów.

#### 188. Baratoux. O słyszeniu przeciwległym (contre-audition) i słyszeniu następczym (post-perception) w chorobach błędnika usznego.

Wyniki, otrzymane za pomocą sposobu RINNEGO, posiadają ważne znaczenie w chorobach ucha zewnętrznego i średniego, są jednak niedostateczne, gdy chodzi o rozpoznanie zajęcia błędników. BARATOUX, opierając się na pracach autorów niemieckich i francuskich, stara się o udoskonalenie rozpoznawania chorób błędnika za pomocą stroika. B. używa w tym celu stroika C<sup>3</sup>. Gdy u osobnika, posiadającego słuch normalny, zatkamy jeden przewód słuchowy i ustawimy stroik na wyrostku sutkowym po stronie przeciwległej, wtedy badany usłyszy ton stroika w uchu zatkanem; B. nazywa to dodatniem słyszeniem przeciwległym. Jeżeli zaś zatkamy ucho po tej stronie, po której dźwięczy stroik, wtedy słyszenie przeciwległe będzie ujemne. To samo ma miejsce wtedy, gdy istnieje przeszkoda, utrudniająca przenikanie dźwięków do ucha, i wtedy badany słyszeć będzie dźwięki stroika uchem chorem; gdy jednak zatkamy ucho zdrowe, to słyszenie przeciwległe znika. Wskazuje to, że mamy w danym przypadku do czynienia z zajęciem ucha średniego, a rokowanie będzie względnie pomyślne. Przeciwnie, gdy słyszenie przeciwległe pozostaje dodatniem, wtedy rokowanie będzie niepomyślne. W zajęciach obustronnych ucha średniego słyszenie przeciwległe występuje w uchu gorszem, gdy zaś znika przy zatkanium ucha lepszego, wtedy rokowanie dla ucha gorszego będzie dobre. Gdy badany słyszy lepiej stroik po stronie chorej i dźwięk stroika, ustawionego na wyrostku sutkowym ucha chorego, słyszy w uchu zdrowym, wtedy mamy do czynienia z poczynającym się zajęciem błędnika. Jeżeli chory słyszy dźwięk stroika w uchu lepszym, i słyszenie przeciwle-

głe również występuje po tej samej stronie, wtedy bardzo często mamy do czynienia z zajęciem błędnika.

Próbe powyższą dopełnia się w następujący sposób: ustawiamy stroik średnio-silnie dźwięczący na linii środkowej czaszki i z chwilą, gdy chory przestaje go słyszeć, zatykamy palcem jeden z otworów usznych, wtedy chory znów przez chwilę słyszy dźwięk stroika w uchu zatkanem; autor nazywa to „słyszaniem następczym“ (*post-perception*). Gdy słyszenie następcze występuje w uchu chorem przy zatkanium ucha zdrowego, wtedy mamy do czynienia z chorobą jamy bębnowej; gdy zaś wzmożenie następcze dźwięku występuje tylko w uchu zdrowym zatkanem, wtedy prawdopodobnie mamy do czynienia z chorobą błędnika. Próba ostatnia może służyć do zdemaskowania symulantów, gdyż sądzą oni, że nie powinni słyszeć dźwięku stroika przy zatkanium ucha, dobrze słyszającego.

(Arch. internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol. marzec—kwiecień 1910 r.).

*L. Guranowski.*

#### 189. O jednolitej formule akumetrycznej przyjętej przez VIII międzynarodowy Kongres otologiczny w Budapeszcie w r. 1909.

Wielokrotnie otolodzy czynili usiłowania w kierunku ustalenia jednolitego sposobu notowania wyników badania słuchu. Już na Kongresie w Bordeaux sprawa powyższa znajdowała się na porządku dziennym. POLITZER, GRADENIGO i DELSAUX wówczas proponowali praktyczne i łatwo zrozumiałe formuły. Ostateczne opracowanie tej sprawy zostało poruczone komisji międzynarodowej. Większość członków tej komisji zgodziła się na propozycję formuły, przedstawionej VIII-mu kongresowi otologów w Budapeszcie i przez kongres przyjętej. Formuła, proponowana przez komisję, w ogólnych zarysach odpowiada formule, zaproponowanej w Bordeaux, została jednak cokolwiek zmieniona.

Komisja głównie zwróciła uwagę na badanie ilościowe słuchu, co do badania zaś jakościowego, np. określenia pola słuchowego i t. p., to musi ono być pozostawione

# 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 roz-  
puszcza się w wodzie

### SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

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

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

PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

# MACZKA NESTLÉ MLECZNA

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

Glicerofosfat ziarnisty Magistra Klawe.  
Glicerofosf. ziarn. z żelazem Magistra Klawe.

## Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazanej w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą  
soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci buzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany  
materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szezawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,

ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,

WZMACNIA DIUREZĘ

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana  
na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

# PILULAE SANGUINALIS KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,  
Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

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

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez  
Ministryum Przemysłu i Handlu,

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

## MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykan-  
tem oryginalnego zagrani-  
cznego „Muiracithin“ jest  
Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny  
środek przeciwko  
Impotencyi i wszy-  
stkim cierpieniom  
neurastenicznym,

następnie w praktyce ginekologicznej w przypad-  
kach braku, popędu, dysparenii, amennorrhoe w hypopla-

sii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych  
stanach przygnębienia. WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.

Literatura. Tajn. Ra lea Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg  
Weideman—St- Petersburg, Hirsch —St. Petersburg, Holländer- Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż,  
Goll—Zurich, Popper—Igls bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzonsbad, Waitz—Paryż, Wright—  
Londyn, Piliver—Odessa, Fürth —Dervent, Kraus—Wiedeń, Quastler —Wiedeń, Kitaj —Wiedeń.

## CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena znizona  
1.25. 1/2 flakonu  
2.25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum Sedativum. Specyfik dla wszelkich ner-  
wic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego Castoreum Bromid stosuje się  
w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach ner-  
wowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcyjnalnych  
nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci, w sta-  
nach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych.

Środek ten zalecają: Rada dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenburg Berli-  
Dr. Mierziński, Zakład Lecznicy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Peter-  
sthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

Prawdziwy „Muiracithin“ i Noridal,“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministe-  
ryum Przemysłu i Handlu.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.



uznaniu oddzielnych badaczy. W formule, przyjętej przez komisję, objęte są najkonierniejsze sposoby badania, a mianowicie te sposoby, które są konieczne do ustalenia rozpoznania. Głównie jednak chodziło komisji o to, aby wprowadzone zostały określenia, pewnego rodzaju usystematyzowane skrócenia, któreby były wszędzie zrozumiałe, to jest, niezależnie od tego, w jakim języku autor się wyraża.

Formuła, przyjęta przez komisję, przedstawia się w sposób następujący:

(Dla łatwiejszego zrozumienia podane zostały fikcyjne cyfry, które wskazują np. na prawostronną chorobę ucha średniego.)

AD	25	20	30	÷ 8
WS(15) + 5	a'M(20)	a'A(60)	c <sub>1</sub> A(30)	R(35)
AS	20	60	30	+ 35
AD	2,0	8,0	15,0	3,0
H(3.0)	P(15,0)	V((38)	v(78)	LI LS
AS.	3,0	15,0.	>20	15,0 c <sup>3</sup> 40000

W oznacza s p o s ó b WEBERA, strzałka wskazuje, w którą stronę dźwięk stroika zbacza (lateralizacja); jeżeli niema lateralizacji, wtedy po W dopisujemy = ; gdy wogóle stroika, ustawionego na linii środkowej czaszki, chory nie słyszy, wtedy dopisujemy O. — Stroika używamy a'(430 v. d.).

S oznacza s p o s ó b SCHWABACHA; różnicę czasu w stosunku do normalnego czasu percepcji oznaczamy znakiem + lub ÷ z dodaniem liczby sekund, gdy zaś czas percepcji jest normalny, wtedy oznaczamy znakiem = . Stroika i tu używamy a'(435 v. d.). Należy podawać normalny czas percepcji stroika.

a'M oznacza czas percepcji stroika a'(435) na wyrostku sutkowym (M = *mastoides*, przewodnictwo kostne). Normalny czas percepcji oznaczamy w nawiasie, czas percepcji dla prawego i lewego ucha pacjenta u góry i u dołu wyrażony w sekundach; gdy mierzymy tylko różnicę czasu, wtedy ją notujemy zapomocą znaków + lub ÷ ; przy powierzchownym badaniu można, bez podawania liczby sekund, wprost oznaczać + t. j. przedłużona lub ÷ t. j. skrócona; normalny czas percepcji u chorego n oznaczać trzeba

w ostatnim razie znakiem = . Należy również podawać normalny czas percepcji danego stroika, gdy mierzy się tylko różnicę czasu percepcji.

Zamiast stroika a' można ewentualnie posługiwać się innym stroikiem np. c<sup>2</sup>.

a'A oznacza czas percepcji stroika a'(435), trzymanego przed otworem przewodu słuchowego (A = *aër*, przewodnictwo powietrzne); oznacza się tak samo, jak przy przewodnictwie kostnym.

c<sup>1</sup>A oznacza czas percepcji stroika c (2048), trzymanego przed otworem przewodu słuchowego.

R oznacza s p o s ó b RINNEGO; oznaczamy różnicę czasu pomiędzy przewodnictwem powietrznym a przewodnictwem kostnym, resp. pomiędzy przewodnictwem kostnym a przewodnictwem powietrznym z podaniem liczby sekund, dodając znak +, jeżeli przeważa przewodnictwo powietrzne, i znak ÷, jeżeli przeważa przewodnictwo kostne, jeżeli czas trwania przewodnictwa powietrznego i kostnego jest jednakowy, wtedy oznaczamy to znakiem = .

Przy powierzchownym badaniu można się ograniczyć oznaczeniem znakiem + lub ÷ bez podawania liczby sekund. Gdy chory słyszy stroik tylko przez przewodnictwo powietrzne, wtedy oznaczamy to znakiem + t, gdy zaś tylko przez przewodnictwo kostne, wtedy oznaczamy to znakiem ÷ t; różnicę między t i t ÷ oznaczamy t ÷ t. przyczem t oznacza przewodnictwo powietrzne t zaś przewodnictwo kostne.

Gdy w sposobie RINNEGO oznaczamy różnicę czasu percepcji, to należy dodawać w nawiasie normalną różnicę czasu dla danego stroika. Do sposobu tego używamy stroika a(435).

H oznacza *Horologium*, zegarek kieszonek; normalna odległość słuchowa w metrach notuje się w nawiasie, odległość zaś słuchowa dla prawego i lewego ucha chorego u góry i u dołu. Gdy chory zegarek słyszy tylko przy zetknięciu z muszlą uszną, wtedy oznaczamy to a. c. = *ad concham*.

P oznacza A k u m e t e r POLITZERA; odległość słuchową oznaczamy tak samo, jak zegarkiem, w metrach.

V (*Vox*) oznacza zwykłą mowę głośną, v szept; odległość słuchową oznaczamy w metrach i podajemy w nawiasie odpowiedni wyraz, użyty do badania. Gdy chory wszystkie wyrazy słyszy z największej rozporządzałnej odległości, a należy przypuszczać, że niektóre wyrazy słyszałby jeszcze dalej, należy przed miarą odległości w metrach postawić znak >. Jeżeli chory słyszy mowę przy samem uchu, wtedy oznaczamy to cyfrą 0,01, tj. na odległości centymetra.

LI oznacza *Limes inferior*, dolna granica. O ile możności, oznaczać ją należy za pomocą ciągłego szeregu stroików BEZOLDA i najniższy ton słyszalny określa się według nazwy muzycznej, resp. oznacza się liczbę drgań odpowiedniego tonu. Jeżeli posiłkujemy się szeregiem stroików C w różnych oktawach, to przy oznaczaniu najniższego jeszcze słyszalnego stroika dodajemy znak < w celu oznaczenia, że chory może jeszcze słyszy i znacznie niższe tony. W tych razach należy podać, jakimi stroikami skutecznie zostało badanie.

LS oznacza *Limes superior*, górna granica. Gdy ją oznaczamy za pomocą E d e l m a n o w s k i e j p i s z c z a ł k i GALTONA, wtedy podajemy liczbę drgań danego tonu, w przeciwnym razie wysokość tonu, przy czem należy wspomnieć o źródle tonu, m o n o c h o r d SCHUZEGO, c y l i n d r y KÖNIGA i t. p. Jako granicę, uważamy najwyższy ton, jeszcze przez chorego słyszany.

Projekt powyższy, przedstawiony Kongresowi, przyjęty został przez następujących reprezentantów: MÖLLER, (Dania) PAUSE (Niemcy), QUIX (Holandia), GRADENIGO (Włochy), POLITZER (Austria) i SIEBENMANN (Szwajcarya).

Pożądanemby, było aby i nasi autorzy w pracach swych uwzględniali formułę, przyjętą przez przedstawicieli większości narodów europejskich.

(Zeitschr. für Ohrenh. T. 60. 1910 r. str. 171 i nast.

Guranowski.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne z dnia 6 Września 1910 r.

ALTKAUER Henryk pokazał dwa guzy, które usunął drogą cięcia brzuszne kobiecie 40-letniej. Jeden guz przedstawia zwykłą skręconą torbiel wielokomorową jajnika, drugi zaś rzadką „torbiel wolną“ jamy brzusznej. Preparat „wolnej torbieli“ przedstawia się, jak następuje: powierzchnia torbieli zupełnie gładka, a na niej bardzo nieliczne ślady słabych zrostów. Szypuły jakiegokolwiek ani śladu. Grubość ściany wynosi 2—3 mm. Badanie drobnowidzowe ściany torbieli wykazało, iż składa się ona z tkanki łącznej i naczyń krwionośnych, t. j. że pokazywany preparat przedstawia organizujący się skrzep. Co do powstania skrzepu, mówca przypuszcza, iż uformował się on między

zwojami kiszek w ten sposób, iż wskutek skręcenia torbieli pękło jakieś naczynie na zewnętrznej powierzchni ściany torbieli.

HEJMAN Andrzej-Alfred demonstrował 22-letnią chorą z szumem entotycznym. Szum ten spowodowany jest przez nieprawidłowe położenie *bulbi venae jugularis*

MALINOWSKI Feliks przedstawił chorą z *pemphigus vegetans*.

MALINOWSKI Feliks wygłosił rzecz pod tytułem: „Stan obecny i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń z preparatem EHRLICHA 606“. Prelegent do tej pory przeprowadził doświadczenia z preparatem 606 na 65 chorych. Z tej liczby w okresie pierwszorzędownym syfilisu 2, w okresie drugorzędownym (z owrzodzeniami pierwotnymi niektórych) 22, w okresie trzeciorzędownym 13, a oprócz tego jeszcze w 17 przypadkach syfilisu układu nerwowego, w

6 przypadkach *paralysis progressiva* i 4 *tabes dorsalis*.

Wysypki plamiste znikają w 1 do 5 dni, w jednym przypadku w 10 dni, a grudkowate w 5 do 14 dni, w jednym jednak przypadku dopiero po 3 tygodniach. Grudkowate — wrzodziejące w 2 przeszło tygodnie. Rozważając działanie „606” na powyższe objawy, prelegent dochodzi do wniosku, że preparat ten działa na wszystkie drugorzędowe objawy bardzo skutecznie i bez wyjątków. Może w żadnych innych przypadkach preparat 606 nie działa tak silnie, jak w okresie trzeciorzędowym, szczególnie w ciężkich, uporczywych postaciach, często nie poddających się zupełnie swoistemu dotychczasowemu leczeniu. W 5 przypadkach, leczonych do tej pory zupełnie bezskutecznie rtęcią i jodem, MALINOWSKI miał zupełnie dobre, niespodziewane rezultaty. Na 17 przypadków syfilisu mózgu i rdzenia tylko w 3 bardzo zastarzanych, gdzie wystąpiły już zmiany wtórne, i gdzie ze względów anatomo-patologicznych poprawa była niemożliwa, ona nie nastąpiła. W pozostałych otrzymał wyniki albo dobre albo nawet wprost nieoczekiwane, tembardziej, że wielu z tych chorych leczyło się już przedtem energicznie rtęcią i jodem, lecz bez rezultatu.

Przypadki władu rdzenia i paraliżu postępującego dawały przeważnie czasową lub w pewnym tylko kierunku występującą poprawę. Nawrotów do tej pory MALINOWSKI nie spostrzegł.

KOZERSKI Adolf ze względu na to, że wygłoszony już został przez poprzedniego mówcę odczyt o obecnym stanie leczenia przymiotu metodą EHRLICHA, ogranicza się tylko do wygłoszenia kilku ustępów z obszernej swej pracy w tej kwestyi, a mianowicie do zaznaczenia ujemnych stron i cieniów w leczeniu preparatem 606. Zwiedzając niedawno kliniki niemieckie, w których stosują 606, KOZERSKI wyniósł wrażenie, że w literaturze dotychczasowej ogłaszane są przeważnie jedynie wyniki dodatnie.

PRĘGOWSKI zaznacza, że niebywały rozgłos i sensacja, jakie otaczają metodę EHRLICHA, zawierają znamiona reklamy.

Nie mogąc otrzymać preparatu 606, PRĘGOWSKI, idąc z prądem chwili rozpoczął stosować leczenie arsenikowe, używając zwykłego arseniku, w chorobach, pozostających w związku z przymiotem.

RZĘTKOWSKI Kazimierz w swem przemówieniu omawia w zarysie podstawy tak zwanej „chemoterapii”, wyjaśniając znaczenie „tropii”, „organo” i „parazytotropii” oraz stosunek seroterapii do chemoterapii. Podziela on w zupełności zdanie KOZERSKIEGO co do ostrożnego traktowania danych o skuteczności preparatu w bieżącej literaturze lekarskiej, nie mniej przeto ostrzega przed zbyt wygórowanym apriorystycznym krytycyzmem, który mógłby zaszkodzić rozwojowi idei chemoterapii u nas ze szkodą dla nauki i cierpiących chorych.

KOPCZYŃSKI Stanisław porusza sprawę, w jakich przypadkach przymiotu mózgodrdzeniowego wypróbowywać należy nowy preparat, i dochodzi do wniosku, iż tylko w postaci gumatycznej i oponowej.

FIDLER z Radomia, opierając się na dotychczasowej literaturze danego przymiotu, zaznacza, że nie pozwala ona na wyciąganie pesymistycznych wniosków. Następnie mówca podkreśla, że wtedy, kiedy rtęć i jod, które odgrywają tak wielką rolę w leczeniu syfilisu, odkryte zostały drogą empiryczną, preparat 606 zawdzięczamy wspaniałej koncepcyi EHRLICHA, dzięki której udało się po kilkusetletniej mozolnej pracy doświadczalnej przygotować preparat, dający, bądź co bądź, znakomite rezultaty.

SOKOŁOWSKI Alfred zaznacza, że środek EHRLICHA 606 stanowi duży postęp w leczeniu przymiotu i zasługuje na jaknajszersze zastosowanie. Z punktu widzenia społecznego może on mieć w przyszłości wielkie znaczenie dla nas, gdyż skraca znacznie szereg dni szpitalnych, co jest wielką wygraną przy braku szpitali u nas.

### Posiedzenie kliniczne z dnia 20 Września 1910 r.

Władysław STARKIEWICZ przedstawił: 1) 49-letniego chorego z niedokrwistością złośliwą w okresie wybitnej poprawy. Chory

od roku miewał zaburzenia dyspeptyczne, stopniowo błądł i słał. Przy badaniu z objawów podmiotowych zanotowano oprócz krańcowego osłabienia zaburzenia wzrokowe i słuchowe (mroczenie przed oczami, dzwonienie w uszach). Obiektywnie, obok wybitnej bledzi skóry i błon śluzowych przy dobrej tuszy, stwierdzono obrzęki stóp i obustronną puchlinę opłucnową, nieco powiększone serce, szmery żyłne na szyi; w żołądku brak wolnego HCl i pepsyny po obiedzie próbnym przy dostatecznej sprawności ruchowej. Badanie krwi stwierdziło wybitną oligochromię i zwłaszcza oligocytemię (E. — 1.880.000 w 1 mm. sześć.), liczba białych ciałek i wzajemny stosunek ich prawidłowy. Po zastosowaniu kwasu solnego z pepsyną i żelaza oraz właściwej diety chory zaczął poprawiać się, dochodząc po miesiącu do 2.330.000 E. w 1 mm. sześć. i 40% Hb., a obecnie niemal do cyfr prawidłowych.

2) 49-letniego chorego ze względnie uleczoną marskością wtroby. Chory przybył do oddziału d-ra CHELCHOWSKIEGO w stanie ciężkim, w ostrym obłędzie pijackim i z objawami rozwiniętej marskości zanikowej wtroby. Próba WASSERMANN z surowicą chorego dała wynik ujemny. Przy młeczej diecie i stosowaniu *cura mixta*, a następnie Karlsbadu chory zaczął się poprawiać.

Następnie STARKIEWICZ przedstawił przypadek niedowładu poprzecznego dolnego, powstałego w przebiegu leczenia szczepionkami PASTEUROWSKIEMI. 45-letni chory w początku lipca b. roku pokąsany został przez psa wściekłego. W zakładzie W. PALMIRSKIEGO wybrał 26 szczepień pasteurowskich (po 2 dziennie). Na drugi dzień po ostatnim szczepieniu t. 38° C., i chory nie mógł wstać o własnej sile. Chód (przy podtrzymywaniu z obu stron) mocno paretyczny, z powłóceniem nóg bez zataczania półkola. Nieco sztywności karku, słaby objaw KERNIGA. Siła kończyn górnych zachowana, dolne w stanie wybitnego niedowładu we wszystkich grupach mięśniowych; napięcie mięśni nie zmienione. Bóle opasujące na poziomie sutek. Pnie nerwowe niewrażliwe na ucisk. Czucie prawidłowe. Odruchy ścięgnowe żywe, podeszwowe osłabione, brzusznych brak.

Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów niezmieniona. W ciągu pierwszych tygodni niedowład wzrósł do stanu zupełnego porażenia. Potem stopniowa poprawa.

Płyn mózgowordzeniowy, wypuszczany dwukrotnie, zmian zapalnych nie ujawnił, próbę WASSERMANN dał ujemną, wstrzyknięty królikowi podoponowo wściekliczny nie wywołał. Przemawiałoby to poniekąd przeciwko przypuszczeniu postaci poronnej t zw. *lyssa paralytica*. Najprawdopodobniejsze byłoby może rozpoznanie—*meningo — myelitis dorsalis*, wywołana jadem szczepionkowym.

Antoni GABSZEWICZ wygłosił rzecz pod tytułem: O guzach zapalnych przewlekłych w jamie brzusznej. Prelegent w odczycie swym poruszył sprawę trudności rozpoznawczych, jakie napotyka się z jednej strony w przebiegu przewlekłych guzów zapalnych w jamie brzusznej, a z drugiej—w przebiegu niektórych złośliwych nowotworów. Pierwsze ze względu na swe własności fizyczne, umiejscowienie, sposób powstawania, miejscowe i ogólne objawy często mogą być brane, przynajmniej w pewnym okresie swego rozwoju, za nowotwory złośliwe.

Odwrotnie, nowotwory złośliwe w początkowych okresach szczególnie mogą dawać objawy, maskujące istotną sprawę chorobową i być przyjmowane wyłącznie za sprawę zapalną. Na dowód tego GABSZEWICZ przytacza 7 własnych spostrzeżeń, z których 5 należy do kategorii guzów zapalnych przewlekłych, przebiegających rzekomo pod postacią nowotworów, i 2 do nowotworów złośliwych, których przebieg raczej wskazywał na obecność sprawy zapalnej.

GABSZEWICZ podkreśla to, że w wielu przypadkach rozpoznanie zawsze będzie natrafiało na znaczne przeszkody, ze względu na brak charakterystycznych objawów dla jednej lub drugiej sprawy chorobowej i dla tego w wątpliwych przypadkach radzi być ostrożnym ze stanowczem rokowaniem.

W dyskusji ODERFELD wspomina, że prelegent w odczycie swoim pominął guzy zapalne sieci, które nieraz w dużych rozmiarach powstają po podwiązaniu sieci przy herniotomiach i które symulują często guzy złośliwe.

STANKIEWICZ Władysław podkreśla, że guzy zapalne w jamie brzusznej, tak zwane idiopatyczne, są nadzwyczajną rzadkością.

GABSZEWICZ odpowiada ODERFELDOWI, że sprawa poruszona, przez niego, jest mu do-

brze znana, ale w odczycie swoim uwzględnił tylko przypadki, w których poprzednio nie była dokonywana żadna operacja w jamie brzusznej.

*Tadeusz Wilczyński.*

## Wiadomości bieżące.

— Z nastaniem zimy stojący już od lat 2-ch pustkami szpital zapasowy przy ul. Złotej ma być czasowo oddany do użytku publicznego. Mają tam być oddziały chorych wewnętrznych, które prowadzić będą nadetatowi ordynatorzy szpitala D-ka Jezus. Część gospodarczą prowadzić będzie również delegowany ze szpitala D-ka Jezus urzędnik administracyjny. Zarządzać szpitalem będzie kol. MĘCZKOWSKI.

Dobre i to coś, co daje nam wydział szpitalny magistratu pod naciskiem opinii publicznej. Liczba miejsc wolnych w szpitalach zwiększy się nieco.

Nie rozumiemy jednak dlaczego szpitalowi nadawać cechę przejściową, tymczasowości. Już przed 2-ma laty komitet choleryczny wypowiedział się stanowczo przeciw użyciu tego szpitala dla chorych cholerycznych, i po długich obradach stanęło na tem, że szpital ten posłuży jako depôt dla chorych ze szpitala Wolskiego w razie wybuchu epidemii, a szpital wolski zostanie przeznaczony na oddział choleryczny.

Dziś i ta ewentualność upada, bo w razie potrzeby można chorych ze szpitala Wolskiego przenieść do szpitala na Złotej, równie dobrze, jak i do innych szpitali. Tymczasowość zarządu i kierownictwa odbija się fatalnie na prowadzeniu szpitala, który już w zasadzie musi być instytucją stałą.

Wobec tego przypuszczamy, że wydział szpitalny już wkrótce przyjdzie do wniosku, iż szpital należy zrobić stałym, i że przybędzie nam szereg nowych miejsc w szpitalach naszych na stałe. Będzie to częścią zaledwie tego, czego nam potrzeba, ale dobry i początek jakiejś akcji w tej sprawie.

— Odbywający się we Lwowie zjazd balneologów na prezesa honorowego powołał kol. H. Dobrzyckiego.

— Od 17 — 25 z. m. zachorowało na cholere 1677, zmarło 858, od początku epidemii zachorowało 206024, zmarło 96513 osób.

— W piśmie Ruskij Wracz № 41 znajdziemy ciekawy raport lekarza ziemskiego dla walki z cholera w jednej z gubernii zachodnich o stosunku ludności do personelu lekarskiego. Ciemnota ludu wieje z każdego słowa raportu. Mimo wszelkie wysiłki lekarzy lud jest przekonany, że przysłani zostali jedynie dla zabijania chorych, że za każdego zmarłego otrzymują po 100 rb. z zagranicy, że świadomie trują chorych dlatego, że zmarły przestaje szerzyć zarazę i t. p. Lekarze i personel sanitarny przed podaniem choremu lekarstwa muszą zażywać je sami, inaczej otoczenie nie pozwoli na przyjęcie lekarstwa. Zostawione proszki zachowują jako dowód, iż lekarze trują, dla gubernatora, niektórzy dają lekarstwa muchom, psom, kotom i opowiadają, iż pod ich działaniem muchy puchną, koty krzyczą strasznie, a psy znikają bez śladu. W razie wystąpienia cholery wieś oborywują nagiemi dziewczętami kilkakrotnie, obnoszą krzyż naokoło wsi i t. p. Nawet słowa popa z kazalnicy przyjmują z niewiarą i nie chcą ich słuchać. Zmarłych grzebią bez żadnych ostrożności, uważając zawijanie w prześcieradło, sypanie wapna za profanację zmarłego. Oczywiście o zachowaniu diety w czasie zdrowienia mowy niema. Lekarze działać muszą często pod osłoną policyi, słuchać ciągłych pogroźek, a często w ucieczce szukać uocalenia. Zgrozą przejmują te proste, ale dobitnie zestawione fakty, z których przytaczamy jaskrawsze. Ciemnota panuje tam niepodzielnie, słusnie też kończy lekarz swój raport zaznaczeniem, że w tych warunkach prowadzona walka z cholera jest iluzją; że zacząć należy od oświaty, od dobrych nauczycieli, duchowieństwa i szkół. Obecny stan rzeczy walce z epidemia nie sprzyja.

— Dr Gabryłowicz, dyrektor sanatorium dla suchotników Chalila w Finlandyi, prowadzi kursy systematyczne dla lekarzy, którzy chcą zapoznać się z metodą sanatoryjnego leczenia gruźlicy. Lekarze otrzymują utrzymanie zupełne. Na raz może pracować 2 lekarzy.

— D-r Karaffa - Korbutt zaleca w celu zabicia pcheł, które nie giną przy zanurzeniu w roztwór 1:500 i 1:1000, mydlaną zawiesinę nafty. W tym celu bierzemy 3 części mydła, rozpuszczamy je w 15 cz. wody i wlewamy naftę ogrzaną, mieszając ciągle, do 100 cz. Przed myciem podłogi mieszaninę należy rozcieńczyć w stosunku 1:20.

— Instytut radiologiczny otwarto w Wiedniu z wielką uroczystością. Instytut otrzymał do swego rozporządzenia 3 grm. radu wartości miliona koron.

Zaproszona na otwarcie p. Curie - Skłodowska wymówiła się od przybycia zajęciami w Paryżu.

## Zmarli.

— W Odesie Eugeniusz Tomaszewski, ur. w r. 1837, po 50 latach pracy lekarskiej.

## Prof. Ernest Leyden.

5 października r. b. zmarł Ernest Leyden, wybitny, cieszący się sławą wszechświatową uczonek niemiecki. Urodzony w 1832 r. w Gdańsku, po ukończeniu gimnazjum w Kwidzynie, wstąpił w r. 1849 do instytutu imienia Fryderyka Wilhelma w Berlinie, przeznaczonego do kształcenia lekarzy wojskowych. Po otrzymaniu w r. 1853 dyplomu doktorskiego pracował w klinice SCHÖNLEINA, a następnie przez pewien czas zmuszony był pełnić okowiazki lekarza wojskowego na prowincyi. Dopiero w r. 1862 został asystentem kliniki TRAUBEGO w szpitalu Charité i rozpoczął swą karierę naukową. Już w 1865 r. otrzymał katedrę i kierownictwo kliniki wewnętrznej w Królewcu, w 1872 r. został

profesorem nowo utworzonej wszechnicy w Strasburgu, a po śmierci TRAUBEGO (1876 r.) zajął jego miejsce w szpitalu Charité. Wreszcie w 1885 r. po zgonie FRIEDRICHSA mianowany został kierownikiem I kliniki lekarskiej; pozostawał na tem stanowisku aż do r. 1907, kiedy przeszedł w stan spoczynku, jako starzec 75-letni.

Dorobek naukowy Leydena jest nadzwyczaj bogaty, obejmuje przeszło 700 prac z wszystkich prawie działów medycyny wewnętrznej. Z szczególniejszem umiłowaniem zajmował się LEYDEN chorobami nerwowymi i w tej dziedzinie pozostawił szereg poważnych prac o wjadzie rdzenia, ostrem i przewlekłym zapaleniu rdzenia, o stwardnieniu rozsianem, porażeniu opuszkowym, o zaburzeniach mowy i zapaleniu nerwów obwodowych. Naukę o chorobach serca wzbogacił pracami o wadach zastawkowych, o ich powstawaniu z wysilenia, z zakażenia przez pneumokokki, gonokokki i łaseczniki gruźlicze, o stwardnieniu tętnic wieńcowych, o niejednoczesnem kurczeniu się komór serca. Dalej, pisał o ropniach podprzeponowych, o zgorzeli i ropniu płuc, o dychawicy oskrzelowej (kryształki noszące jego nazwisko), wreszcie o zatruciu kwasem siarczanym i fosforem oraz o regulacji ciepła w gorączce.

Wbrew panującemu w swoim czasie nihilistycznemu kierunkowi w terapii LEYDEN uważał, że głównem zadaniem sztuki lekarskiej jest leczenie, a przynajmniej sprawianie ulgi choremu. Jeden też z pierwszych wprowadził do lecznictwa czynniki fizyczne. Obdarzony niezwykłą energią i taktem, LEYDEN potrafił je wykorzystać dla celów publicznych. Szczególniej zasłużył się w walce z gruźlicą; jego to głównie energii zawdzięczają Niemcy olbrzymią liczbę sanatoryjów ludowych. Nawet na schyłku życia nie przestawał być czynnym; przed kilku laty założył instytut do badań nad rakiem i aż do zgonu był jego kierownikiem.

T. B.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka „ŚRODKI LECZNICZE” laboratorium chemicznego **Magistra H. Klawe**.



# PARKE, DAVIS & CO.



DETRGIT  
(Ameryka). ☆

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 19/8.  
Telefon № 233-81.

LONDYN  
(Anglia). ☆

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków  
leкарskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczna uwagę na siłę ich działania, je- żeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ścisłe określenie wartości lecz- niczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega- jący na poprzednim zbadaniu chemicznem i fizyologicznem wprowadzony został przez nasze laboratorium i otrzymał nazwę „Standardyzacyi“. Wyrabiamy:

Adrenalinę Takamine — Adrenalin Inhalant — Adrenalin Unguent—  
Acetozone—Brometone—Chloreton Inhalant—Cascara Sagrada Extr. fl. i w ta-  
bletkach pokrytych czekoladą i cukrem. Różne Extracta fluida. Taka—Diastazę  
Formidinę—Jodalbin — Glycerofosfaty w tabletkach—Lecithinę w tabletkach—  
Antidiphtheria serum—Antistreptococcus serum—Antitubercle serum.

**Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.**

Żądajcie książki o „Standardyzacyi“, literaturę swojej specjalności i cenniki.



Vereinigte Chininfabriken  
**ZIMMER & CO**  
FRANKFURT A/M.



**EUCHININ**  
Chinina pozbawiona goryczy  
**ARISTOCHIN**  
Antipyreticum  
**SALOCHININ**  
Antineuralgicum  
**ALLOSAN**  
Antigonorrhoeicum  
**ESTORAL**  
Środek na katar nosa  
**EUSTENIN**  
przeciw arteriosklerozie

**VALIDOL**  
Analepticum, Antihystericum, Stomachicum.  
**THEOLACTIN**  
Diureticum.  
**DYMAL**  
Antyseptyczny proszek do przesyp. ran  
**EUNATROL**  
Cholagogum  
**LYGOSIN**  
Natrium przeciw rzeżące macicy  
**UROSIN**  
przeciw podagrze i skazie moczanowej.

Próby i literaturę wysyła się p. p. Lekarzom bezpłatnie.

ŻELAZO!

# Fersan

FOSFOR!

**Środek odżywczy i wzmacniająca zawierająca żelazo i fosfor (Acidoalbumina)**

około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

**Proszek fersanowy.**

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk)

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie

Otrzytać można we wszystkich aptekach.

**Kołaczyki fersanowe.**

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryg. po 50 i 100 sztuk).

Fersan-Werk, Wien IX