

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. B. CHORAŻYCKI. Podśluzowe wyluszczenie przegrody nosowej. Str. 673. II. LEON KARWACKI. Z kazuistyki bakteriologicznej. *Cocco-bacillus fusiformis* (nova species), jako zarazek posocznicy. Str. 679. *Streszczenie zbiorowe.* J. PUTERMAN. Dyetyczne leczenie cukromoczu i cukrzycy. Ważniejsze wskazówki dyetyczne dla cukrzycowych. Str. 681. (C. d.). *Dział sprawozdawczy.* 124. L. LÉVI i H. de ROTHSCHILD. Reumatyzm przewlekły pochodzenia tarczycowego u chorych gruźliczych. Str. 684.—125. RÉCLÈRE. Leczenie nowotworów przysadki mózgowej, gigantyzmu i akromegalii zapomocą promieni ROENTGEN'a. Str. 685. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja neurologiczno - psychiatryczna. Posiedzenie dnia 17-go kwietnia 1909 r. Str. 687. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Podśluzowe wyluszczenie przegrody nosowej.

Podał

Dr med. B. Chorażycki.

Odczyt wygłoszony w Sekcji oto-laryngologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 30-go października 1908 r.

Częściowe wyluszczenie przegrody nosowej podług metody KILLIAN'a, t. j. pod błoną śluzową, nie jest rzeczą nową. Podobne operacje były robione już dawniej zarówno przez specjalistów laryngologów, jak i przez chirurgów, nawet za czasów przedlaryngoskopowych. Korzystanie z reflektorów dało specjalistom możność oświetlania i operowania w głębokich częściach nosa, podczas gdy chirurdzy dla wykonania wycięcia przegrody nie wahali się przed odseparowaniem *septum mobile*, albo nawet przed większymi rękoczynami nad nosem zewnętrznym. Nikt jednak nie osiągnął takiej perfekcji w wykonaniu tej operacji i nikt nie opisał jej tak dokładnie, jak KILLIAN.

Niema potrzeby zatrzymywać się tutaj nad rozwojem idei operowania pod śluzówką przegrody nosowej. Koledzy znajdą w 16-ym tomie *Archiv für Laryngologie* szczegółowy zarys tej kwestyi, podany przez dra SUCKSTORFF'a z Hanoweru. Co się zaś tyczy przebiegu samej operacji, to w wspomnianym tomie *Archiv'u* jest artykuł samego KILLIAN'a. Oprócz tego w zeszłym roku kolega ERBRICH wygłosił obszerny odczyt o tej operacji na ogólnym posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Nie będę więc powtarzał tego.

W roku 1899-ym, na zebraniu przyrodników w Monachium, KILLIAN po raz pierwszy wygłosił odczyt o podśluzowym wyluszczeniu przegrody nosowej podług zmodyfikowanej przez siebie metody HARTMANN - PETERSEN'a. Odczyt KILLIAN'a wywarł ogromne wrażenie. Niebawem jednak okazało się, że już o wiele wcześniej specjaliści różnych krajów, niezależnie jeden od drugiego, wykonywali podśluzowe wyluszczenie przegrody nawet z większą subtelnością, niż widzimy to z odczytu KILLIAN'a. Tak np. HONSELL o tej samej porze ogłosił, że już od 10-u lat w klinice chirurgicznej w Tubindze wykonywują wycięcie przegrody tak, że odseparowują śluzówkę z obu stron, nie zaś z jednej, jak podaje KILLIAN w pierwszym swoim artykule. Wogóle opis KILLIAN'a, przedstawiony w Monachium, znacznie się różni od tego, co podał on 5 lat później w *Archiv für Laryngologie*, jako metodę wypróbowaną i wprowadzoną w jego klinice we Freiburgu.

W Monachium KILLIAN oświadczył, że operuje pod anestezją miejscową i że chloroform utrudnia operację. Po stronie wypukłonej robi on mniej więcej pionowe cięcie błony śluzowej tuż za tylnym brzegiem *septum mobile*, wprowadza elewatorium i oddziela błonę na całej przestrzeni wykrzywienia. Następnie nożem zdejmuje małe plasterki chrząstki, dopóki nie natrafi na śluzówkę drugiej strony, i Hartmannowskim konchotomem ostrożnie ścina kawałki chrząstki i kości, stopniowo posuwając się ku tylnej granicy dwiacy i starając się nie przerwać śluzówki drugiej strony. Z przegrody zdejmuje on tyle, żeby po repozycji śluzówki można było widzieć tylną ścianę gardzieli. Przedni brzeg śluzówki można następnie przyszyć albo przy pomocy tamponów utrzymać w prawidłowym położeniu. Tampony usunąć należy po 2—3-ch dniach. W ciągu 6-u dni przegroda ma zwykle na całej przestrzeni wygląd normalny.

Nic nowego w tej metodzie nie widzimy. Jedyne, na co zwracam uwagę Szanownych Kolegów, jest brak cięcia płatowego. Sam KILLIAN na to jednak nacisku nie kładzie, podczas gdy w tem właśnie tkwi cały postęp jego operacji. Mniej więcej proste cięcie błony śluzowej, zaproponowane przez KILLIAN'a w Monachium, było punktem wyjścia dla przyszłej jego metody, która obecnie wszędzie została przyjętą i którą on sam opisał dopiero w roku 1904, w 16-ym tomie *Archiv'u*. Tymczasem inni zdążyli już opisać swoje własne metody wyluszczenia przegrody, przyczem prawdopodobnie korzystali z tego, co KILLIAN w Monachium bez szczególnego nacisku podał. Tak np. HAJEK i MENZEL ogłosili w 15-ym tomie *Archiv'u* swoje metody, które zupełnie przypominają to, co KILLIAN dopiero w 16-ym tomie opisał. Monachijski odczyt podzielał, jak iskra rzucona do obozu rynologów, którzy odtąd zaczęli ze szczególną energią wykonywać i udoskonalać operację podśluzowego wyluszczenia przegrody nosowej. Drugi artykuł KILLIAN'a z roku 1904 ukazał się już za późno; sam autor to przyznaje. Nie jest on jednak bez wartości naukowej, choćby już dlatego, że przedstawia najdokładniejszy opis rzeczonyj operacji. Na początku tego artykułu KILLIAN mówi, że konchotom HARTMANN'a odegrał pewną rolę w rozwoju jego metody: nauczył go ścinać pewną ręką małe kawałki przegrody, podczas gdy jego własny

wziernik z długim dziobem pomagał mu przytrzymywać odseparowany płat błony śluzowej, który w ten sposób nie przeszkadzał mu więcej. „Nareszcie, mówi on dalej, okazało się możliwem, wychodząc z prostego jednostronnego przecięcia, przy pomocy długiego wziernika tak rozszerzyć przestrzeń między odseparowanymi z obu stron śluzówkami, że pod kontrolą oka Hartmannowskim konchotomem można było usunąć całą wykrzywioną część przegrody“. Do tego przekonania przyszli jednocześnie z KILLIAN'em i inni rynolodzy, z których, jak widzieliśmy wyżej, HAJEK i MENZEL zdążyli wcześniej ogłosić swoje metody.

Mówiąc o wskazaniach do tej operacji, KILLIAN słusznie radzi nie za nadto pochopnym być do niej, pomimo, że daje ona tak świetne wyniki. Każdy z nas wie, że w naszej specjalności są operacje, które czasami wprost bywają narzucane nam przez chorych. Do takich należy np. tonsillotomia. W ostatnich czasach chorzy dość często przychodzą z propozycją naprawienia im przegrody, jak przed 10-u laty przychodzili z prośbą wypalenia nosa elektrycznością! W tych dniach zwrócił się do mnie mój dawny chory z propozycją operowania mu przegrody sposobem KILLIAN'a. Będąc dobrze obeznanym ze wszystkimi szczegółami jego nosa, powiedziałem mu, nie badając go że nie widzę potrzeby. Na to odparł, że w Wiedniu jakiś docent (*nomina odiosa sunt!*) zaproponował mu tę operację, przyczem dodał: „*in Warschau hat man noch keine Ahnung davon*“. Na szczęście mogłem choremu przytoczyć przypadek z jego własnej rodziny, gdzie robiłem niedawno rzeczoną operację, i wytłómaczyć, że dawno bym już mu to zrobił, jeżeliby była potrzeba. Umyślnie przytaczam ten fakt dlatego, że operację tę niektórzy wprost reklamują. Z punktu widzenia czysto lekarskiego warto więc wpierv obmyśleć, czy skutek operacji będzie odpowiadał jej powadze.

Przechodząc do techniki operacji, KILLIAN nakazuje najsurowszą aseptrykę, z czem nie można się nie zgodzić. Nigdy nie należy operować temi samemi narzędziami przypadków ropnych. Tak mówi KILLIAN. Nie wiem, czy Szan. Koledzy się zgodzą z tem. Albo wierzymy w możność wyjaławiania narzędzi albo nie. Już minęły te czasy, kiedy dla syfilityków używano osobnych instrumentów. Wszystko powinno być stanowczo zawsze sterylizowane.

Co do znieczulenia, to KILLIAN przed półrokiem ogłosił mały artykuł ¹⁾, w którym podaje, że stosuje w dalszym ciągu miejscową anestezję kokainą i adrenaliną, ale ze znacznemi zmianami. Dla pewniejszej anestezji, dla lżejszego odseparowania błony śluzowej i nareszcie dla lepszej hemostazy KILLIAN dawniej wstrzykiwał pod całą śluzówkę, z obu stron przegrody. Starał się jednak przytem nie używać dużo kokainy i adrenaliny tak, że zwykle wystarczały 2 szpryki PRAVAZ'a. W ostatnich czasach, chcąc jeszcze mniej kokainy i adrenaliny używać, KILLIAN zwrócił uwagę na

¹⁾ Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, des Halses und der Nase, herausgegeben von Passow und Schaefer. Probeheft.

dobrze wyniki, otrzymane przez chirurgów przy wstrzykiwaniu płynów znieczulających wprost do pni nerwowych. Przegroda nosowa, jak wiadomo otrzymuje swoje gałązki nerwowe w tylnej części od *nervus nasopa latinus Scarpae*, którego położenie odpowiada mniej więcej górnej granicy lemiesza, a w przedniej części—od *nervus ethmoidalis*, który wychodzi z *lamina cribrosa* i biegnie przednim brzegiem przegrody tuż za kością nosową ku otworowi zewnętrznemu nosa. Wystarcza więc zrobić 2 wstrzyknięcia do pni tych dwu nerwów, żeby znieczulić śluzówkę przegrody na całej przestrzeni. KILLIAN tak właśnie postępuje obecnie: jedno wstrzyknięcie robi on tuż za kością nosową na przedniej granicy przegrody, dość wysoko; dla drugiego wstrzyknięcia, które uważa za trudniejsze, KILLIAN wyobraża sobie linię idącą od tylnego obwodu nozdrza ku górnej granicy choany i wybiera punkt na tylnej połowie tej linii, również jak można najwyżej i najgłębiej. Takie 2 wstrzyknięcia, do których używa zaledwie po kilka kropel płynu znieczulającego, wywołują kompletną anestezję, ale hemostaza nie jest zupełną. Przeto KILLIAN wstrzykuje jeszcze kilka kropel na dole u przedniego końca lemiesza, dlatego, że tutaj zwykle najwięcej krwawi. W ten sposób przy pomocy trzech wstrzyknięć z każdej strony, t. j. 6 wstrzyknięć razem, osiąga się największy skutek. I do wszystkich tych wstrzyknięć KILLIAN używa zaledwie jednej szpryki. Metoda, jak widzimy, w zasadzie zupełnie nowa i rezultaty bardzo zadawalniające. KILLIAN mówi, że niechętnie by się rzekł tej metody. Czy śluzówka przy takiej ograniczonej ilości wstrzyknięć daje się dobrze odseparować, o tem KILLIAN nie wspomina.

W ostatnim swoim artykule porusza KILLIAN jeszcze jedną kwestję, a mianowicie wyluszczenie przegrody nosa u dzieci, i przyznaje się, że zupełnie zmienił swoje zdanie o tem. Jeszcze przed 4-ma laty radził on nie operować dzieci niżej 12-u lat ze względu na to, że trzeba stosować u nich chloroform. Oprócz tego niewiadomem jest, jaki wpływ na przyszły kształt nosa może mieć operacja, w tak młodym wieku wykonana. Obecnie KILLIAN czysto teoretycznie przyszedł do wniosku, że wpływ taki jest zupełnie wykluczony, dlatego, że wykrawa się z przegrody tylko okienko, oprawa zaś zostaje. Co się tyczy narkozy, to KILLIAN obecnie chloroformu więcej się nie obawia. Używa on aparatu JUNKIER'a z podwójnym miechem z długą cieniątką nasadką, którą wprowadza do ust tak, że pole operacyjne nie jest pokryte i można jednocześnie operować i w dalszym ciągu narkotyzować. Chory ma położenie mniej więcej siedzące. Krew do gardzieli wejść nie może dlatego, że się operuje między błonami śluzowymi, tworzącymi niejako kieszonkę od tyłu zamkniętą. Ponieważ KILLIAN oprócz ogólnej narkozy jeszcze wstrzykuje na dole u przedniego końca lemiesza trochę adrenaliny z kokainą, to krwi wogóle nie dużo wychodzi. Ta nieznaczna ilość, która się wylewa z przedniego otworu kieszonki, spływa przez nozdrze na dół wobec położenia siedzącego chorego.—FREER również łączy u dzieci miejscową anestezję z chloroformem, główny jednak nacisk kładzie na pierwszą; chloroformem tylko odurza dzieci i często wykonywa większą część operacji już po ich obudzeniu.

W ciągu ostatnich dwu lat KILLIAN operował dziewięcioro dzieci [w wieku 10, 8, 7, 6, 6, 5, $4\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$ i 4 lat]; w 6-u przypadkach stosował on narkozę ogólną jak wyżej opisało, w pozostałych trzech przypadkach—anestezję miejscową, raz jeden nawet u 6-letniego dziecka. Przy operacjach na dzieciach instrumentarium zostaje to samo, tylko niektóre przyrządy powinny być trochę mniejsze. Nóż KILLIAN'a daje się lepiej zastąpić nożem BALLENGER'a, który wykrawa od razu całą chrząstkę. Ponieważ ostatnia u dzieci jest stosunkowo większą, niż u dorosłych, to z jej wyjęciem prawie wszystko jest zrobione. Do wyjęcia lemiesza dłutko nie jest potrzebne: łatwo go usunąć kleszczami [Luc'a albo innemi].

Na tym ostatnim punkcie chciałbym się trochę zatrzymać. Do usunięcia przedniego końca lemiesza u dorosłych KILLIAN zawsze używa dłutka. Uważa on ten akt za najtrudniejszą część operacji dla różnych powodów. Przedewszystkiem jest potrzebny asystent, który ma uderzać młotkiem w dłutko. Operujący musi ciągle dawać wskazówki asystentowi, jak ma uderzać. Nie jest to łatwem i nie zawsze się zgadzają. Jeżeli używać *speculum*, które samo się trzyma [np. HAFFERNAN'a albo HALLE'go], to asystent jest niepotrzebny i operujący może sam uderzać młotkiem, co jest daleko prostszem i przyjemniejszem. Głównie jednak nie o to chodzi. Najtrudniejszym jest odseparowanie śluzówki po stronie wypukłonej, jeżeli tam jest bardzo wystająca listewka. Przedni koniec takiej listewki leży zwykle tuż nad samem dnem jamy nosowej i nawet najcieńsze elewatorium trudno wprowadzić pod jego powierzchnię dolną. Przedni ten koniec listewki odpowiada zwykle przedniemu końcowi lemiesza, który ma swoją własną okostną. Należy zatem wpieryć przecięć skalpelem okostną i wtedy dopiero przystąpić do odseparowania śluzówki, co zwykle po stronie wypukłonej nie zupełnie się udaje. Dlatego też KILLIAN zdoła u samego dna jamy nosowej dłutkiem odłupuje i ruchem drążkowym wyłamuje przednią część lemiesza, która wtedy łatwo się oddziela od śluzówki tam, gdzie przedtem odseparowanie przy pomocy elewatorium nie udało się. Pozostałą część lemiesza łatwo już wyjąć byle jakimi kleszczami po uprzedniem odseparowaniu śluzówki.—Zadawałem sobie zawsze pytanie, czy nie możnaby się obejść bez dłutowania, które jest nieprzyjemnem dla chorego i trudnem dla lekarza. Usuwając nasadę lemiesza, znajdującą się w linii środkowej, wszak usuwamy część przegrody, która w rzeczywistości choremu nie przeszkadza. Chcąc usunąć tylko to, co leży poza linią środkową, starałem się, po odseparowaniu śluzówki z obu stron, zastosować dawno wypróbowany instrument, a mianowicie piłeczkę. Przyznam się, że bardzo pomocnym był mi ten mały i zgrabny instrument. Daje się on łatwo wprowadzić pod wszystkie wygięcia przegrody i nawet po części dokończa tego, czego elewatorium nie mogło dokonać, t. j. oddziela śluzówkę z tych miejsc, gdzie przy pomocy elewatorium to się nie udało. Po odpiłowaniu wypukłonej części przegrody zostaje zwykle sterczący do góry grzebień, który od daje nam usługi przy tamponowaniu, bo nie pozwala miękkiej przegrodzie za bardzo wypuknąć się w przeciwną stronę. Zwłaszcza tam, gdzie znajdował się przedni koniec lemiesza, grzebień ten jest potrzebny, bo staje się on punktem

oparcia dla przedniego brzegu odseparowanej śluzówki, który przy tamponowaniu ma skłonność do oddalania się wgłąb jamy nosowej. Uważam też, że na *septum mobile narium* bezwzględne odlupanie przedniego końca lemiesza może wywrzeć tylko wpływ ujemny. I jeżeli KILLIAN, operując pod grzebieniem nosowym, ciągle palcem kontroluje, czy nos się nie zapada, to warto też po każdym usunięciu dłutkiem nasady lemiesza, kontrolować, czy *septum mobile* ma dobre oparcie.

FREER rzadko używa dłutka i usuwa wpierw górną i tylną część lemiesza kleszczami HARTMANN'a, tak, że jego przednia część nadal sterczy jak grzebień. Wtedy on skalpelem rozcina okostną, dokończa oddzielenia śluzówki i temi samymi kleszczami usuwa pozostały grzebień. Łatwo zrozumieć, że taki sposób operowania możliwym jest tylko wtedy, jeżeli cięcie śluzówki było zrobione również według metody FREER'a, t. j. albo cięcie było płatowe, albo długie pionowe [o wiele głębiej, niż cięcie KILLIAN'a], przy którym dostęp do tylnej części lemiesza jest łatwiejszy.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę Szan. Kolegów na bardzo rzadką anomalję, na którą można natrafić przy wykonywaniu Killianowskiej operacji. Zdarza się czasami, że substancja przegrody kostnej zawiera w sobie niewielką komórkę powietrzną, zwłaszcza w pionowej blaszce kości sitowej. Taką komórkę można przy operacji bezkarnie otworzyć i razem z przegrodą usunąć. Ale bywa też tak, że tylna część przegrody zawiera w sobie przedłużenie zatoki klinowej, przeważnie lewej, która zwykle otacza zatokę prawą i w przegrodzie zajmuje położenie środkowe. Jeżeli przy podśluzowem wycięciu natrafia się na taką *bulla spheno-vomerina*, jak ją PARKER nazywa, i otwiera, to niebezpieczeństwo zakażenia grozi tylko w tym przypadku, gdy jednocześnie błona śluzowa została rozdarta. Dr PARKER z Edynburga przed miesiącem opisał w *British Medical Journal* 4 takie przypadki—2 własne, jeden dra FREER'a z Chicago i jeden dra HARMER'a. Wszystkie 4 przypadki skończyły się pomyślnie. Zresztą otworzyć taką puszkę nie jest łatwo, dlatego, że jej ścianki przednia i dolna zwykle są bardzo grube.—Dr TURNER i dr ST. CLAIR THOMSON podają przypadki, gdzie przy operacji Killianowskiej natrafili na obszerną komórkę powietrzną w *crista galli*. Niebezpieczeństwo takich przypadków wobec bezpośredniego sąsiedztwa jamy czaszkowej jest jeszcze większe. W przypadku dra TURNER'a komórka ta łączyła się z przednimi komórkami kości sitowej. Słusznie dr TURNER mówi, że chirurgiczne leczenie empyemu przy takiej anomalii byłoby prawie niemożliwem.

Warszawa, listopad 1908 r.

II. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Z kazuistyki bakteryologicznej. *Cocco-bacillus fusiformis* (nova species), jako zarazek posocznicowy.

Podał

Leon Karwacki.

[Pokaz w Warsz. Tow. Lek. d. 18. V. 1909 r.]

Różniczkowanie stanów posocznicowych podług czynnika przyczynowego nie zyskało jeszcze praw obywatelstwa w naszej medycynie. Posiew krwi u chorego ze sprawą zakaźną o symptomatologii niejasnej jest zabiegiem luksusowym nawet dla wielu oddziałów szpitalnych. W praktyce prywatnej lekarzowi w olbrzymiej większości przypadków wystarcza ogólnikowa dyagnoza tak zwanej po warszawsku „sepsy”, za którą idzie najczęściej zastrzyknięcie choremu „surowicy wielowartościowej.” Naturalnie „wielowartościowość” surowicy pojmowana jest w tym sensie, że surowica ma leczyć wiele różnych spraw zakaźnych. Niefortunny przymiotnik surowicy przeciwpaciorkowcowej zrobił z niej *panaceum* na wszystkie stany posocznicowe. Po parokrotnem zastrzyknięciu surowicy bez rezultatu *ex consilio* następuje propozycja dokonania próby WIDAL'a lub też posiewu krwi, od czego właściwie lekarz powinien był zacząć. Tego rodzaju postępowanie naraża chorego na zwłokę, kosztą, czasem na cierpienie dodatkowe posurowicze i osłabia zaufanie do wiedzy lekarskiej. Powody lekceważenia tak ścisłego i poważnego działu dyagnostyki klinicznej tkwią w tem, że ogół naszych lekarzy, i znając teoretycznie wartość bakteryologii, nie wprowadził jej do swego dorobku myślowego i w praktyce o niej zapomina zupełnie. Zarzut stawiany metodzie, że wykrycie zarazka swoistego nie ma wartości praktycznej, gdyż posiadamy zaledwie parę surowic, które mogą dawać dodatnie wyniki lecznicze, zdaniem mojem, nie wytrzymuje krytyki, gdyż odnosi się on w równej mierze do wszystkich gałęzi dyagnostyki, wobec tego, że posiadamy zaledwie parę leków, działających swoiście.

Flora pasorzytnicza posocznic odznacza się niesłychaną różnorodnością: poza gronkowcami, paciorkowcami, kokobacydami typu EBERTH'a i pokrewnych typów, lasecznikami ropy błękitnej, nosacizny, grypy, spotykają się gatunki, nie figurujące w spisie chorotwórczych, a czasem zgoła nie opisane. Do tych należą drobnoustroje, które dzisiaj Sz. Panom pokazuję.

Wyhodowałem je z czterech przypadków posocznicy, bardzo różnych pod względem klinicznym. Pierwszy dotyczył chłopczyka 6-letniego, u którego cierpienie zaczęło się zaburzeniem kiszkiowem, w następstwie wystąpiła go-

rączka przepuszczająca, nieregularna co do typu, dochodząca w początkach do 38°, następnie stała, ze spadkami rannymi do 36°. W początkach podejrzewano zimnicę, następnie dur brzuszny, *paratyphus*, wreszcie gruźlicę. Próba WIDAL'a wypadła ujemnie, próba PIRQUET'a dodatnio. Dziecko zmarło wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Posiew krwi był dokonany w okresie gorączki przepuszczającej.

Drugi przypadek dotyczy dorosłego mężczyzny z *vitium cordis*. Cierpienie zaczęło się również biegunką. Ciepłota miała cechy gorączki przepuszczającej, okresy bezgorączkowe nieregularne, trwające od 1-go do 4-ch dni. Podskokowi ciepłoty towarzyszyły dreszcze wstrząsające, ciepłota dochodziła do 40°, napad kończył się potami. Choroba trwała przez 9 miesięcy. Badanie krwi nie wykazało ani pasorzytów zimnicy, ani świdrowców. Posiew krwi był zrobiony na miesiąc przed śmiercią. Chory zmarł wskutek zatoru tętnic mózgowych.

Trzeci przypadek dotyczy młodego chłopca, u którego przy objawach biegunki z mocno cuchnącymi wypróżnieniami wystąpiła podniesiona ciepłota i obrzmienie wielu stawów. Próba aglutynacyjna na dury wypadła ujemnie. Posiew krwi był robiony na wysokości cierpienia, trwającego około trzech tygodni. Chory wyzdrowiał.

Czwarty przypadek dotyczy młodego chorego, który uległ wycięciu śledziony. Z powodu silnego krwawienia przepony lewe podżebrze musiało być wytamponowane. W tydzień po operacji wystąpiło podniesienie ciepłoty do 39° o typie przepuszczającym z przerwą jednodniową. We krwi pasorzytów zimnicy nie wykryto. Posiew krwi zrobiony został w tym okresie, kiedy gorączka przyjęła już typ stały. Chory dotąd żyje.

Wspólną cechą pierwszych trzech przypadków stanowi to, że punktem wyjścia posocznicy był przewód kiszkowy. W pierwszym, drugim i czwartym przypadkach w początku choroby gorączka miała nieregularny typ przepuszczający.

Drobnoustroje były hodowane na pożywkach surowiczych beztlenowych. Hodowle powstały po 24-ch godzinach. Po 48-u godzinach wystąpiła hemoliza krwinek czerwonych. Drobnoustroje przedstawiały się z początku w postaci grubych pękatek laseczek, długości 1½—4 m., grubości 0,5—1 m. Ruchu dowolnego nie posiadały. Przeniesione na pożywkę stałą, rozwijały się bujnie na agarze z surowicą w postaci wilgotnego białego nalotu, miernie na agarze zwykłym. Rozrost był wyłącznie w postaci ziarn. W starych hodowlach płynnych z biegiem czasu wystąpiły również formy ziarniste, oraz długie, grube wygięte laski, zastrzone na końcach. Młode postaci wrzecionowate posiadały budowę jednolitą, w starszych pojawia się segmentacja ziarnista. Postaci segmentowane rozpadają się zupełnie na oddzielne formy ziarnikowe. Drobnoustroje barwią się metodą GRAM'a, ruchów własnych nie posiadają. Na kartoflu nie rosną, żelatyny nie rozpuszczają. Rozwój powstaje przy ciepłocie 12°—38°, zarówno tlenowo, jak i beztlenowo. W hodowlach beztlenowych wywiązują się nieprzyjemnie cuchnące gazy.

Drobnoustroje te, w postaci grubych laseczek, przedstawiają dużo podobieństwa do laseczników *ACHALME'a*, podawanych za czynnik przyczynowy ostrych spraw gośćcowych. Różnią się jednak wielopostaciowością, brakiem zarodników, oraz zdolnością do rozwoju w środowisku tlenowym.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Dyetyczne leczenie cukromoczu i cukrzycy. Ważniejsze wskazówki dyetyczne dla cukrzy- cowych.

Zestawił

dr J. Puterman [z Sosnowca].

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 26].

III. POKARMY WEDŁUG ZAWARTOŚCI WĘGLOWODANÓW.

a) Mąka, chleb, przetwory mączne, kakao.

Wyroby sztuczne mączne (*Arrowroot, Sago, Tapioca, Maizena*)—proc. węglowodanów 83, mąka kartoflana 81, mąka pszenna najlepsza 75, mąka żytnia 70, mąka jęczmienna 71, mąka pszenna gruba z otrębami 65, mąka z roślin strączkowych (*Leguminosemehl*) 64, aleuronatowa mąka 7.

Do wypieku z mąki tej należy dodać dość znaczną ilość zwyczajnej mąki, co powiększa zawartość węglowodanów.

Bułki 63, gruby chleb pszenny 53, chleb - graham 53, chleb żytni 49, chleb razowy 49, pumpernikel 47, chleb owsiany 64, chleb jęczmienny 69, herbatniki 72, sucharki 77, chleb-aleuronat 64, ryż 78, grysik 76, kasza owsiana 67, makaron włoski 77, kakao około 30, kakao żółdziowe (*Eichelkakao*) do 50.

b) Jarzyny według zawartości węglowodanów.

Węglowodany w jarzynach i owocach dają się po części usunąć przez gotowanie przed zaprawą w dużej ilości wody, którą się odlewa.

Groch [suchy] proc. węglowodanów 52, groch zielony 12, fasola [sucha] 49, fasola zielona [młodziutka] mniej niż 6, zielona fasola zawiera przeważnie

i no z y t [węglowodany]. Duża fasola [zielona] 7, soczewica [sucha] 53, kasztany [prawdziwe] 30—40, smardz [Morchel] 43, trufle suche] 37, trufle [świeże] 7, szampiniony [suche] 29, szampiniony [świeże] 3, kartofle 20. żywakost [Schwarzwarz] 15, seler 12; chrzan 15, cebula 10—20, trybulka [Kerbelrueben] 26, buraki 10, marchew 8—10, rzodkiew 8, rzodkiewka 4, pietruszka 7, kalarepa 8, pomidory 4, ogórki 2, zielona kapusta [Grünkohl] 12, czerwona kapusta 6, brukselka [Rosenkohl] 6, biała kapusta 5. W kwaśnej kapuście większa część węglowodanów ulega fermentacji. Kalafor 5, szpinak 4, szczaw 3, szparagi 3, sałata 2—3, koper 7, szczypiorek 9, karczochy 8.

c) Owoce według zawartości węglowodanów.

Daktyle [suszone] 74%, figi [suszone] 50, żółędzie [suszone do kawy] 70. chleb świętojański 68, śliwki suszone 62, rodzynki małe - cybeby [Zibeben] 64, jabłka, gruszki, wiśnie [suszone] 45—55, banany 62, winogrona 16 i więcej, renklody 15, mirabele 13, renety [jabłka] 13, gruszki 12, wiśnie 12, brzoskwinie 12, morele 4—11, śliwki 8—11, ananasy 8, agrest [dojrzały] 8, agrest [nie-dojrzały] 2, porzeczki 7, poziomki 7, borówki 6, morwy 11, maliny 5, brusznicce [Preisselbeeren] 2, pomarańcze 2—6, arbuzy 7, melony 7, rabarbar 3, orzechy laskowe 9, orzechy włoskie 8, migdały 7.

Sok owocowy z konfitur, przyrządzonych bez dodatku cukru, zawiera dużo cukru owocowego i dlatego sok jest szkodliwszy, niż same owoce konfiturowe, które zawierają nie więcej, niż 6% cukru.

IV. PIWA, WINA, LIKIERY, WÓDKI.

Piwo wogóle zawiera 4—5% alkoholu i 3—7% cukrotwórczych substancji. Piwa pszeniczne obfitują w węglowodany [10%], a bardzo mało zawierają alkoholu [mniej niż 1%].

Wina w butelkach zawierają 10% alkoholu i 2—3% węglowodanów. W winie wprost z beczki często znajduje się bardzo mało węglowodanów.

Słodkie i musujące wina zawierają od 13—20% cukrotwórczych substancji. Również wina owocowe zawierają sporo węglowodanów.

Dla dyabetyków istnieją obecnie wina szampańskie bezwęglowodanowe.

Prawdziwe wódki rosyjskie, niemieckie, koniak, whisky zupełnie są pozbawione cukrotwórczych substancji [za wyjątkiem araku i rumu—10%] natomiast obfitują one w alkohol [50%]; wszystkie słodkie wódki, jak również aromatyczne i gorzkie likiery, a nawet kimel zbożowy [allasch] zawierają bardzo dużo [30%] cukru.

Herbata i kawa zawierają około 20% węglowodanów. Surogaty kawowe [kawa żółędziowa, figowa, cykorya], a przedewszystkiem kawa jęczmienna, obfitują w węglowodany (50%), w dodatku spożywane bywają w większej ilości, niż kawa prawdziwa. Kakao zawiera 30%, czekolada 75% węglowodanów. Istnieje kakao i czekolada dla dyabetyków, które b. mało zawierają węglowodanów.

W y s t r z e g a ć s i ę u ż y w a n i a c z e k o l a d y l e w o z w r o t n e j (*Lävulose Schokolade*).

Obliczenie wartości odżywczej pokarmów (na ciepłotki).

— 683 —

PRODUKTY SPOŻYWCZE		Zawartości poszczególnych produktów spożywczych						Wartość kaloryczna poszczególnego produktu spożywczego	
R o d z a j	Ilość grm.	B i a ł k a		T ł u s z c z u		Węglowodanów		w 100 gr.	w ogólności
		Procent w ogólności	Procent w ogólności	Procent w ogólności	Procent w ogólności	Procent w ogólności	Procent w ogólności		
Mięso (tłuste, gotowane, zwą- żone.	180	30	50	8	16			188	340
Kiełbasa	75	20 w sztuce 6	15	50 w sztuce 5,5	37			400 w sztuce 75	400
Jajka	3 szt.		18		16,5				225
Mleko	200	3	6	3,5	7	4,5	9	70	140
Śmietana	80	3	2,4	27	20	3	2,4	300	240
Bułka	30	7	2,5			65	22	290	87
Chleb pszenny	40	6	2,4			55	22	250	100
Rożek (Diabetes - staugo)	20	22	4,4	50	10	22	4,4	650	130
Ser (tłusty)	60	25	15	30	18			370	216
Jarzyny (tłusto przyrządzone)	300			8	24			100	300
Masło	50			88	44			800	400
Tuszczy, oliwa, szpik kostny	25			100	25			900	225
Alkohol w postaci wina i wódki	40							700	280
								Suma 3083	

Pacjent w ten sposób odżywiany wydziela z moczem, dajmy na to, 100 grm. cukru.

Wartości kaloryczne pokarmów brutto (w okrągłej cyfrze) = 3100

Schodzi stąd z wydzielonym cukrem (100 grm.) = 400

Wartość kaloryczna pokarmów netto = 2700.

Waga danego osobnika = 75 kilogram., wartość więc odżywcza pokarmów = 36 kaloryom na kilogram. wagi będzie dostateczną.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

124. L. Lévi i H. de Rothschild. Reumatyzm przewlekły pochodzenia tarczycowego u chorych gruźliczych.

W komunikatach, składanych od roku w paryskim Tow. lekarzy szpitalnych, autorzy dowodzą istnienia odrębnej postaci przewlekłego reumatyzmu, którą uzależniają od zmian, nieraz pochodzenia gruźliczego, w gruczole tarczycowym.

Na poparcie swojej tezy przytaczają nowe spostrzeżenia:

1) Chory, lat 50-ku, dotknięty oddawną włóknistą postacią gruźlicy płucnej, od lat 7-ku zapadł na zapalenie wielostawowe zniekształniające z częstymi obostrzeniami i ze stopniowym kurczeniem się powięzi dłoniowej.

W maju 1908 r. chorego poddano leczeniu przetworami tyreoidynowymi [0,1 na dawkę]. Pod ich wpływem szybka poprawa, na tyle wybitna, że w listopadzie tegoż roku chory, poprzednio zupełnie niedołężny, odzyskał całkowitą zdolność do pracy zawodowej [kowskiej].

Za pochodzeniem tarczycowym reumatyzmu w tym przypadku, poza wynikiem leczniczym, przemawia, według autorów, istnienie u chorego szeregu objawów tarczycowych (*signes thyroïdiens*), jak niedorozwój fizyczny, pewne zaburzenia troficzne, parestezye w kończynach.

Rozbierając bliżej patogenezę przypadku, autorzy na zasadzie przebiegu choroby odrzucają przypuszczenie, by reumatyzm stawowy i gruźlica płucna mogły tu stanowić zjawiska od siebie niezależne, i proponują tłumaczenie dwójakie:

a) Cierpienie stawowe było następstwem zaburzeń tarczycowych, wywołanych przez pierwotną gruźlicę płucną. Oparcie dla takiego tłumaczenia dawałyby prace RAMOND'a i BLOCH'a oraz LEBEBOULLET'a, według których zakażenie gruźlicze może być źródłem zmian swoistych w tarczycy, bądź powodować w niej ostre sprawy nieswoiste lub tylko czynnościowe zaburzenia wydzielnicze.

b) Na gruncie pierwotnie istniejącego hypotyreoidyzmu powstała i gruźlica płucna i reumatyzm przewlekły. Odrębne cechy tej pierwszej sprawy [jej postać włóknistą] poświadczałyby dawną teorię o antagonizmie hypotyreoidyzmu [artrytyzmu] z gruźlicą płucną.

Pomijając wszakże słuszność tej czy innej teorii, pozostaje, jako fakt, pomyślnie działanie przetworów tarczycowych w przewlekłym cierpieniu stawowym u chorego gruźliczego. Na szczególną uwagę zasługuje osiągnięcie przytem polepszenie sprawy retrakcyjnej w powięzi dłoniowej: wciągnięcie po-

więzi, które już było doprowadziło do zamknięcia dłoni w pięść, zmniejszyło się znacznie; podskórna tkanka sklerotyczna rozmiękła, zwiotczała. Fakt ten należy zestawić z pomyślnym działaniem tyreoidyny w sklerodermii oraz w stwardnieniu tętnic [LANCEREAUX, PAULESCO]. Byłaby tu analogia z działaniem lecniczem przetworów jodowych, któremu autorzy dawniej już nadawali miano pośredniego leczenia tarczycowego.

Pokrewne z powyższym przypadki autorzy opisywali już dawniej. Z tych przypominają dwa następujące:

1) Chora gruźlicza, lat 65, od lat 7-iu przykuta do łóżka z powodu zapalenia stawów zniekształniającego. W przebiegu leczenia tyreoidyną: a) zmniejszenie bólów, powrót ruchów w kończynach, ogólne polepszenie, poczynając od 12-go proszka; b) przerwa w polepszeniu w tydzień po zaprzestaniu proszków; c) ponowne, stopniowo postępujące polepszenie po wznowieniu tyreoidyny.

3) Chory, lat 45-ju, z gruźlicą płucną, dotknięty przewlekłym reumatyzmem zniekształniającym. Stan nie zrównoważenia tarczycowego (*instabilité thyroïdienne*): wybitna nerwowość, przyspieszenie tętna do 108 [hypertyreoidyzm], przedwczesne łysienie rodzinne [hypotyreoidyzm], niegdyś migreny. Wyraźne polepszenie sprawy stawowej po 130 proszkach tyreoidyny.

4) Również osiągnięto polepszenie w suchym zapaleniu wielostawowym u 40-letniej syfilityczki, która w następstwie dostała gruźlicy stawowej.

Podobne opisy—polepszenia przewlekłych cierpień stawowych u chorych gruźliczych po tyreoidynie—opisywali w ostatnich latach VIALA, VINCENT-PARTON i PAPINIAN. W przypadku ostatnich autorów badanie pośmiertne stwierdziło obfity rozrost sklerotycznej tkanki łącznej dookoła pęcherzyków gruczołowych w tarczycy.

Obok przypadków, jak powyższe, w ten sam sposób osiągnięto polepszenie u szeregu chorych tylko podejrzanych co do gruźlicy, lecz nie okazujących zmian gruźliczych wyraźnych [dodatni odczyn tuberkulinowy, krwioplucie]. Dodać należy, że w niektórych z pomiędzy tych przypadków spostrzegano w trakcie leczenia tyreoidyną [0,025—0,1], obok polepszenia sprawy stawowej, nieraz wybitną poprawę ogólną: chorzy nabierali sił, ciała, tracili kaszel.

Wreszcie osiągnięto poprawę w krótkim czasie po zastosowaniu małych dawek tyreoidyny w paru przypadkach przewlekłych cierpień stawowych, rozpoznawanych przez wielu lekarzy jako gruźlicze i odpowiednio przez wiele lat traktowanych. Tłumaczyłoby to można tem, że, według badań VINCENT'a, FASOIN'a, MARBÉ'go i innych, małe dawki tyreoidyny zwiększają odporność ustroju [aleksyny, opsoniny]. Autorzy zastrzegają się zresztą, że w paru przypadkach reumatyzmu stawowego, wikłającego gruźlicą płucną, nie uzyskali żadnej poprawy przy powyższem leczeniu. U jednej z tych chorych polepszenie nastąpiło po zastosowaniu opoterapii antagonyistycznej (*ovariina*), u innego chorego—przy podawaniu wyciągu jądrowego.

(*Bullet. de la Soc. des Hôpit. 1909 Nr. 10*).

W. St.

125. Béclère. Leczenie nowotworów przysadki mózgowej, gigantyzmu i akromegalii za pomocą promieni Roentgen'a.

Patologiczne powiększenie przysadki mózgowej powoduje, jak wiadomo, prócz objawów właściwych wogóle guzom wewnątrzczaszkowym, szereg objawów swoistych. Śród nich na pierwszym miejscu postawić należy charakterystyczne zaburzenia wzrokowe, zależne od ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, oddzielone od przysadki tylko fałdą opony twardej. *Hemianopsia bitemporalis* stanowi objaw klasyczny guzów przysadki; stwierdzić go można

nieraz badaniem obiektywnem na długo przed wystąpieniem zaburzeń podmiotowych. Przy dłuższem trwaniu sprawy chorobnej dojść może do zupełnej ślepoty jednego oka, połączonej z *hemianopsia temporalis* drugiego oka lub nawet do zupełnej ślepoty obustronnej. Dno oka okazuje przytem zmiany najrozmaitsze, począwszy od tarczy zastoinowej aż do zaniku tarczy. Zaznaczyć zresztą należy, że tarcza zastoinowa zdarza się tu stosunkowo rzadziej, niż przy innych guzach mózgowia. Oprócz objawów powyższych zdarza się szereg ciężkich zaburzeń odżywczych, przedewszystkiem w układzie kostnym [akromegalia i gigantyzm], następnie w organach płciowych [ich niedorozwój lub zanik z jednoczesnym przerostem tkanki tłuszczowej—*infantilismus genitalis cum adipositate*]. Największą wagę posiada wszakże, jako objaw rozpoznawczy, powiększenie samej przysadki, które stwierdzić można za pomocą promieni rentgenowskich, jako nienormalne rozszerzenie siodła tureckiego. W leczeniu guzów przysadki, poza kuracją przeciwsyfilityczną, skuteczną w odpowiednich przypadkach, próbowano opoterapii [rzadko z dobrym skutkiem], oraz leczenia operacyjnego, które zapoczątkował HORSLEY. Pierwszą pomyślną operację wykonał SCHLOFFER w 1907 r., a następnie EISELBERG, HOCHENEGG, BORCHARD oraz we Francji PROUST. Razem wykonano dotychczas operacji 6, z tych 5 z dobrym skutkiem. Jednakże należy zauważyć, że akromegalia i gigantyzm nie zawsze są następstwem guzów przysadki, jako takich, lecz często stanowią skutek prostego wzmożenia czynności wydzielniczej tego gruczołu bądź samoistnego, bądź przez podrażnienie nowotworowe (*suractivité fonctionnelle de l'hypophyse*). Wychodząc z założenia, że promienie rentgenowskie zdolne są zupełnie osłabić nadmierną czynność przysadki, tak jak to czynią z gruczołem pokrewnym—mianowicie tarczycą, autor proponuje w odnośnych przypadkach stosowanie rentgenoterapii. Na poparcie swej propozycji podaje opis przypadku, obserwowanego przez GRAMEGU'a [p. *Revue neurologie* 15/I 1909]: Chora, lat 47, cierpi na silne bóle głowy, zaburzenia wzrokowe. Oftalmoskopowo—*neuroretinitis*; rentgenoskopowo—rozszerzenie siodła tureckiego; ogólne objawy akromegalii. Po 8 u seansach naświetlania chorej promieniami RÖNTGEN'a stan jej znacznie się poprawił. Po 2-u miesiącach ponowne pogorszenie, i ponowna poprawa, trwająca 3 miesiące, po wznowieniu naświetlań. Następnie znów pogorszenie.

Autor sam poddał leczeniu promieniami RÖNTGEN'a 16-letnią dziewczynę, mającą wszystkie objawy cierpienia przysadki: bóle głowy, ciężkie objawy wzrokowe, gigantyzm, niedorozwój płciowy i *adipositas*, oraz rozszerzenie siodła tureckiego. Po pierwszych naświetleniach bóle głowy się zmniejszyły co do częstości i co do siły, później zupełnie ustały, zarówno jak zawroty głowy i wymioty. Największe i najciekawsze zmiany wywołało leczenie we wzroku. Przed leczeniem chora na prawe oko nie widziała zupełnie, na lewe bardzo mało; na skutek tego—niemożność czytania i pisanja: już po 15-u dniach od rozpoczęcia kuracji poprawa, która stopniowo postępowała i po kilkun miesiącach pole widzenia w lewym oku 3 razy większe, niż przedtem, a prawem okiem, na które chora nie widziała zupełnie, obecnie rozpoznaje przedmioty na odległość 56 u ctm. Na zasadzie tego przypadku autor przypuszcza, że umiejętnie przeprowadzona kuracja promieniami RÖNTGEN'a może dać doskonałe rezultaty w leczeniu cierpienia przysadki.

(*Bullet. de la Soc. des Hôpît.* 1909, 7).

J. H.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 17-go kwietnia 1909 r.

- T R E Ś Ć: 1) T. ŁAPIŃSKI. Przypadek melancholii.
2) BORNSTEIN. Przypadek psychozy histerycznej.
3) HIGIER. Przypadek *neuritis optica retrobulbaris* z niezwykle powikłaniem.
4) HIGIER i KOELICHEN. Przypadek przypuszczalnego nowotworu rdzenia.
5) FLATAU. Przypadek *paralysis bulbaris acuta*.
6) STERLING. Przypadek *narcolepsia hysterica*.

1) ŁAPIŃSKI przedstawił przypadek melancholii.

Chory, lat 47, znajduje się w szpitalu Jana Bożego od lat 3-ch. Matka jego cierpiała na padaczkę. Chory przebył przed 8-u laty tyfus. Nie pił, syfilisu nie przechodził. Zachorował na umysł przed 3-ma laty, stał się przygnębnym, zaczął się uważać za bardzo nieszczęśliwego, za wielkiego grzesznika, płakał; po upływie pół roku niepokój ustąpił, pozostało zahamowanie spraw myślowych i ruchowych przy zupełnej orientacji co do czasu i przestrzeni i braku świadomości choroby. Omamów cały czas nie było. Badanie przedmiotowe żadnych zmian w systemacie nerwowym nie wykryło. Wobec występującego na pierwszy plan przygnębienia i zahamowania myślowego i ruchowego, wobec braku jakichkolwiek idei obłądnych lub omamów, wobec zachowania inteligencji, Ł. rozpoznaje klasyczną melancholię. Bezwład postępujący Ł. wyklucza dla braku poważniejszych zmian organicznych w systemacie nerwowym, psychozę maniakalno-melancholijną w sensie KRAEPELINA—wyklucza z powodu wieku chorego i tryletniego jednakowego stanu.

W dyskusyi BORNSTEIN, WIZEL, PRĘGOWSKI mówili o trudności odróżniania melancholii od stanu depresyjnego psychozy maniakalno depresyjnej.

2) BORNSTEIN przedstawił przypadek psychozy histerycznej.

Dziewczyna, lat 18, obarczona dziedzicznie, od urodzenia wykazująca wybitne cechy niezrównoważenia psychicznego, przed rokiem zdradzać zaczyna wyraźne okresy podniecenia i przygnębienia, dość prędko przemijające; raz była w stanie zamroczenia. Od października r. z. wpada w stan osłupienia, którego charakter przez dłuższy czas wobec rozmaitych cech, wzajemnie sobie przeczących [katalepsja, nieznaczny negatywizm, to znów afekt dość głęboki, zdradzający silną reakcję uczuciową], nie dawał się bliżej określić. Dopiero stany wesołego dzieciniego podniecenia (t. zw. *lappische Heiterkeit*) pozwalają z dużym prawdopodobieństwem przypuścić, że mamy tu do czynienia nie np. z *dementia praecox*, a z psychozą histeryczną. Zmienia to oczywiście rokowanie na korzyść chorej.

W dyskusyi HIGIER uważa psychozy histeryczne za bardzo rzadkie, uważa, iż mamy tu do czynienia z *dementia praecox*, która to psychoza została powikłana histeryą.

WIZEL zaznaczał, iż szkoła KRAEPELIN'a niesłusznie wyklucza histeryczne i inne psychozy, których istnienia nie sposób negować.

PRĘGOWSKI i ŁAPIŃSKI rozpoznają w danym przypadku *dementia praecox* z cechami histerycznymi, z objawami zwyrodnienia.

STERLING podkreśla brak w danym przypadku takich cech znamienych dla psychozy histerycznej, jak zmiana osobowości i t. p.

3) HIGIER przedstawił przypadek *neuritis optica retrobulbaris*.

U 19-letniej dziewczyny rozwinęła się w ciągu kilku dni przed 2-ma laty ślepotą lewego oka na światło i na barwy. Z objawów godne zanotowania były: bolesność gałki ocznej na ucisk i przy ruchach, brak myśłu światła, osłabienie odczynu zrenicy przy zupełnie dobrze zachowanym odczynie współczulnym ze strony zdrowej siatkówki, brak zmian na dnie oka, skotomata centralny w postaci elipsy poprzecznej. Na wysokości choroby w okresie ostrym istniała zupełna ślepota, która pod wpływem zastosowanej terapii [salicyl, pilokarpina] znikła stopniowo, imitując rodzaj hemianopsji skroniowej. Wobec braku etyologii rozpoznano *neuritis retrobulbaris axialis* z przeważnem zajęciem pęczka tarczowo-plamkowego. Obecnie ślepota na lewem oku zupełna. Brak objawów *meningitis serosa*, *sclerosis disseminata*.

4) HIGIER i KOELICHEN zdali sprawę z przypadku przypuszczalnego nowotworu rdzenia po operacji.

KOELICHEN powtórzył opis obrazu klinicznego [chory był przedstawiony w sekcji przed rokiem] i dodał, że nowotworu, którego szukano w części szypowej rdzenia, nie znaleziono.

HIGIER dodał, że po operacji bole karku znikły, ruchliwość szyi się poprawiła, poty górnej połowy ciała zmniejszyły się, na dwu ostatnich członkach 4-ch palców lewej ręki wystąpiły i w ciągu kilkunastu dni znikły pęcherze bezbolesne z płynem surowiczym. H. nadal obstał przy swoim rozpoznaniu gliomatozy lub gliozy pierwotnej lub wtórnej, uciskowej, zależnej od nowotworu dobroćliwego, który może siedzieć wewnątrz lub na przedniej powierzchni rdzenia.

5) FLATAU przedstawił przypadek ostrego porażenia opuszkowego.

U 66-letniej kobiety choroba powstała nagle przed 9-u miesiącami podczas pełnego zdrowia. Nagle zachłysnęła się, posiniała, język zesztyniał, mowa stała się niewyraźną. Przytomności nie straciła. Obecnie stwierdzić można: Łykanie bardzo upośledzone. Podniebienie miękkie porusza się bardzo leniwie. Odruch gardzieliowy zachowany. Ruch strun głosowych ograniczony. Mowa zamazana; zrozumieć chorej niepodobna. Język prawie zupełnie nieruchomy. Ruchy proste mięśni twarzowych [otwieranie ust, zamykanie oczu] zachowane. Ruchy bardziej złożone [jak nadymanie policzków, gwizdanie] upośledzone. P. 78—88. Oddziaływanie elektryczne nerwów i mięśni twarzy i języka normalne. Brak zaników. Pozatem nerwy czaszkowe normalne. Odruchy rzepkowe i ze ścięgna Achillesa osłabione.

F. rozpoznaje tu ostre porażenie opuszkowe, powstałe na tle naczyniowym. Brak zaników oraz zmian elektrycznych przemawia przeciwko cierpieniu samych jąder [IX, X, XII, i być może VII]. Brak porażen kończyn, nader słabe odruchy ścięgnowe oraz inne objawy przemawiają przeciw t. zw. *paralysis pseudobulbaris*. F. przypuszcza, że ogniska znajdują się w okolicy jąder powyższych. Niektóre objawy, jak np. porażenie zupełne ruchów bocznych języka przy nieco zachowanych ruchach w linii prostej, przypominają porażenie wejrzenia (*Blicklähmung*).

W dyskusji HIGIER mówił o odróżnianiu ruchów dowolnych i odruchowych w porażeniu wrzekomo-opuszkowym, podkreślał możliwość lokalizacji w danym przypadku cierpienia blisko szwu rdzenia przedłużonego. Być może, zdaniem H., jedna *art. spin. anter.* zaopatruje obie połowy opuszki w krew.

KOPCZYŃSKI zaznaczał, że dany przypadek wykazuje obecność bocznic, łączących jądra obu połów rdzenia przedłużonego, i być może w nich specjalnie należy umiejscowić cierpienie.

BYCHOWSKI opowiedział o swoim przypadku porażenia wrzekomo-opuszkowego, w którym po śmierci makroskopowo zmian żadnych nie znalazł.

STERLING podnosił szybkość wyczerpywania się ruchów mięśni twarzy u chorej.

KOELICHEN rozpoznał tu porażenie ponadjądrowe, umiejscowione powyżej rdzenia przedłużonego.

6) STERLING przedstawił przypadek narkolepsii histerycznej.

Chora, lat 15, od 4-ch tygodni miewa napady „zасыpiania“. Zасыpia kilkanaście razy na dzień w najrozmaitszych pozycjach; ten sen można jej zasugerować; powtarza po napadzie wszystko, co do niej podczas napadu mówiono; zleceń, poddanych podczas snu, nie wykonywa, drgawek nie miewa, kału i moczu nie oddaje pod siebie. Chora miewa „zapatrzenia“ padaczkowe (*petit mal*), raz doznała większego napadu padaczkowego. Sr. rozpoznaje napady sam, jako narkolepsję histeryczną, pomimo braku stygmatów histerycznych. Siostra jej, typowa epileptyczka, miewa napady dużej histeryi. Przedstawiona chora, zdaniem S., jest dotknięta nie histero-epilepsją, a ciężkim zwyrodnieniem epileptycznym, na tle którego powstały objawy psychiczne. Narkolepsję mówca uważa nie za oddzielną jednostkę chorobną, a za symptom, spotykany w różnych chorobach organicznych i czynnościowych. Psychoanaliza nie wykryła w danym przypadku żadnego urazu płciowego w sensie FREUD'a; być może pierwszy i jedyny większy napad epileptyczny mógł, jak wstrząs psychiczny, doprowadzić na drodze psychicznej do napadów narkoleptycznych.

W dyskusyi FLATAU podkreślał łączność migreny z epilepsją i ostrość granic pomiędzy padaczką a histeryą.

WIZEL zaznaczał, iż w danym przypadku nie mamy do czynienia ze snem, lecz tylko z całym zewnętrznym aparatem snu, jest to histeryczna autosugestyja snu [chora słyszy podczas snu, nie upada, kiedy śpi, stojąc].

LIPSZTADT opowiedział przypadek, w którym występowały raz napady narkolepsji, raz snu zwyczajnego.

HIGIER mówił o trudnościach różniczkowania padaczki od histeryi, zwł. u dzieci.

Stanisław Kopyński.

Wiadomości bieżące.

— I Zjazd internistów polskich w Krakowie. Na prezesa Zjazdu został wybrany prof. GLUZIŃSKI ANTONI, na wiceprezesów: RZĘTKOWSKI z Warszawy, GANTKOWSKI z Poznania, LATKOWSKI z Krakowa i TRAUBE ze Lwowa.

— Prof. KAZIMIERZ KOSTANECKI został mianowany honorowym doktorem Uniwersytetu w Genewie.

— Dziekanem wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Lwowskim został wybrany na r. 1909/10 prof. POPIELSKI, delegatem do Senatu—prof. JURASZ.

— W Uniwersytecie lwowskim dr E. PIASECKI został mianowany docentem prywatnym higieny szkolnej, dr J. MAZURKIEWICZ—docentem prywatnym psychiatrii.

— Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej ogłasza konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznej. Termin konkursu 31-go lipca r. b.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 4-go do 10-go lipca do szpitali warszawskich przybyło 67 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, odrą 1, płonicą 10, różą 3, tyfusem plamistym 24, tyfusem brzuszny 7, gorączką powrotną 3, błonicą i krupem 10, grypą 5 i dyzenterią 1.

W tymże czasie zmarło 6 osób, mianowicie: na tyfus plamisty 4, na gorączkę powrotną 2.

— Wyszedł z druku I zeszyt dwumiesięcznika „Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego“. Treść zeszytu: Słowo wstępne. Prace oryginalne: prof. L. KARŁSKI, Amputacja miednicy wraz z kończyną dolną [z 2-ma rycinami i tablicą].

A. LEŚNIEWSKI i J. MALINIAK. W sprawie torbieli trzustki. Fa. NEUGEBAUER. Jedyny w swoim rodzaju przypadek torbielowego włókniako-mięsaka macicy [z 2-ma rycinami]. J. BORZYMOWSKI. Czwarty i piąty przypadek zeszyca serca [z ryciną]. L. ZEMBRUSKI. O leczeniu przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci. Streszczenie zbiorowe: M. ZWEIFBAUM. O leczeniu raka według metody de KEATING-HART'a, zwanej fulguracją. Resztę zeszytu o 128-u str. wypełniają streszczenia oraz sprawozdania z towarzystw lekarskich i bibliografia. Roczna prenumerata wynosi w Warszawie rub. 6, z przesyłką rub. 7. Wydawnictwem zajmuje się komitet redakcyjny: drzy CIECHOMSKI, GABSZEWICZ, KARCZEWSKI, SŁAWIŃSKI, prof. KRYŃSKI, MONSIORSKI, NEUGEBAUER, BR. SAWICKI i ZWEIFBAUM. Redaktorem jest dr A. LEŚNIEWSKI, wydawcą dr Cz. STANKIEWICZ.

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z zapisu ś. p. JULII WIEMANOWEJ wakuje fundusz pożyczkowy rb. 2000,—na warunkach, określonych w akcie darowizny, t. j. fundusz ten winien być według uznania Zarządu Towarzystwa Lekarskiego używany na udzielanie pożyczek 2 młodym lekarzom, polakom, odznaczającym się wybitnymi zdolnościami, do wysokości rb. 1000 każdemu, jednorazowo lub częściowo, na wyjazd zagranicę, celem dalszego kształcenia się, pod warunkiem wszakże, że czasową tę pomoc, jako prosty dług, obowiązani będą zwrócić Towarzystwu bez procentów w przeciągu lat 5-iu ratami rocznymi.

Kandydaci winni podania z dołączeniem *curriculum vitae* i wymienieniem kierunku, w jakim zamierzają pracować zagranicą, wnieść do Towarzystwa Lekarskiego (Niecała Nr. 7), na imię sekretarza Stałego w ciągu 2-ch miesięcy, t. j. nie później, jak 1-go października 1909 r.

Sekretarz Stały dr med. A. Sokolowski.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zawiadamia, że w październiku r. b. przyznana będzie zapomoga w kwocie 400 rb., z funduszu imienia doktora medycyny ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego (przedewszystkiem w sanatorium w Rudce) młodemu lekarzowi, polakowi, bez różnicy płci i wyznania, dotkniętemu poczynającemi się okresami gruźlicy.

Pierwszeństwo do zapomogi mają asystenci szpitali cywilnych w Warszawie. W braku odpowiednich kandydatów z zapomogi tej mogą korzystać i inni lekarze, dotknięci gruźlicą lub nawet studenci medycyny z dwóch ostatnich kursów.

Podania wraz z załączeniem *curriculum vitae* składać należy na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w kancelaryi Towarzystwa (Niecała 7).

Sekretarz Stały dr med. A. Sokolowski.

SPROSTOWANIE. W N-rze 27-ym, str. 607, w 9-ym wierszu od góry, zamiast: $\frac{1}{200}$, winno być: $\frac{1}{1200}$; w N-rze 28-ym, str. 635, w wierszu 1-ym od góry, zamiast: 0,12, winno być: 0,02.

Do numeru niniejszego dołącza się ogłoszenie G. POMMER „Piperazyna“.

Redaktor Doc. Dr J. Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.