

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żorawia 22, tel. 25-75.

Adres Administracyi—Bracka 23 tel. 26-79.

Ziarnista

KOLA ASTIER

Rozpuszczalna

Reguluje serce. Pobudza układ mięśniowy.

Środek przeciwneurasteniczny

2 łyżeczki od herbaty na dzień.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Laboratoire: Astier. 45 rue du Docteur Blanche. Paris.

DIATEZA ARTRETYCZNA

burzące ziarnka

Piperażyna MIDY

rozpuszczająca najergiczniej

kwas moczowy

Pobudzająca czynności wątroby.

Od 2 do 4 łyżeczek dziennie

Próbki: Ph^o Miox. 140 P^o S^o Honoré Paris.

albo

Ad. Weinstein. Foksal 13. Warszawa.

Kamienie
nerkowe
i żółciowe

porównawcza rozpuszczalność kwasu
moczowego w:

PIPERAZYNA MIDY

Natrium
biboricum

Lithium

citricum

Natrium
citricum

92%

40%

20%

8%

Oksalurja
Oksalemia

Nowo-Karlsbadzka kuracya i Nowo-karlsbadzkie kryształ **Dr. H. BRACKEBUSCHA**

Zalecane przez PP. Lekarzy w otyłości, dla pobudzenia przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie moczanowej, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej.

Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo
w Aptece **E. Treutlera**

Nowy-Swiat № 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne

Z przedmową

D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni **E. WENDEGO** i S-ki w Warszawie.

Cena rb. 1.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ

D-r med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie, w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli.

Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka kop. 60.

Skład główny w księgarni **E. WENDE** i S-ka w Warszawie.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji
Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13

Cena: Pigulki Rb. 1.75; Ziarnka Rb. 1.50; 12 Ampulek Rb. 1.75



Sanatorium dla chorych piersiowych
w Zakopanem

pod kierunkiem D-ra KAZIMIERZA DŁUSKIEGO
otwarte cały rok

Prospekty na żądanie franco.

BIURO REKOMENDACYJNE

OSÓB PIEŁĘGNUJĄCYCH CHORYCH

pod kierunkiem fachowo wykształconej

JULII GRUŻEWSKIEJ

Nowy Świat 7 m. 23, tel. 175-46.

DYŻURY NOCNE.



GRIES bei BOZEN

Sanatorium.

Zakład leczniczy dla chorych na płuca.

(Założony 1901)

Lekarz naczelny

Prospekty!

Dr. V. Malfér.

Zakład Leczniczy dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych i urologicznych D-rów S. Groszlika, R. Hertza i A. Landaua

Warszawa, Mokotowska 41. Telefon 204-86.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Kuchnia dyetetyczna. Przy zakładzie znajduje się pracownia do badań klinicznych w najszerszym zakresie.



Musująca sól bromowa.

Od wielu lat powagi lekarskie zalecają ten środek,
jako radykalny przeciw

Nerwobólom i bezsenności.

Polecam moje sztuczne sole lecznicze: Ems, Vichy,
Wildungen, Obersalzbrunn, Karlsbad, Wiesbaden Kis-
singen i inne.

Oryginalne tylko w słoikach z powyższą plombą
Nabywać można we wszystkich aptekach i składach
aptecznych.

D-r Ernst Sandow Hamburg

Przedstawiciele dla Państwa Rosyjskiego M. Rotenberg
i Ch. Juwen, Warszawa, Pańska 20.

WODY MINERALNE HOMBURSKIE

Elisabeth - Brunnen

Landgrafen-Brunnen

Augusta - Victoria Quelle

Wskazania: przewlekłe zaparcia, stłuszczenia, moczówka cukrowa, zaburzenia czynnościowe żołądka, neurastenia żołądkowa, dna, usposobienie moczanowe, hemoroidy, koprostaza, zawał w kiszki, choroby wątroby, śledziony, katar żołądka i kiszki, zapalenie ślepej kiszki.

Zupełny brak bakterii i produktów rozkładu pozwala na przesyłkę wody i na leczenie domowe.

Dzięki zawartości głównych części składowych stoją wyżej od innych źródeł słonych.

Przedstawiciel dla Królestwa Polskiego

□ □ □ □ □ JÓZEF BRESZEL □ □ □ □ □

Warszawa, Ś-to Krzyżka 35.

Udziela bezpłatnie wszelkich informacji i wysyła pp. lekarzom rozbiory, literaturę i próby.

Zarząd źródeł mineralnych Homburskich, Homburg v. d. H.

Zakład Ortopedyczno-Chirurgiczny i Zanderowski

D-rów W. ŁAPIŃSKIEGO i W. REKLEWSKIEGO
Aleja Jerozolimska 65, w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p.
Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektryczno-
światelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Zakład leczniczy dla przychodzących z chorobami żołądka i kiszek

D-ra Tadeusza Wilczyńskiego

Aleja Jerozolimska 35, telef. 282-25.

Przyjęcia od 9 — 10 rano, od 1 — 3 i od 6 — 7 po poł.

Sok Winogronowy

N. N. Beketowa

Majątek „BOŁGATUR“

Krym, st. poczt. Gurzuf.

Sprzedaż w aptekach, w składach aptecznych i gastronomicznych.
Własne składy: w Petersburgu, Newski 18, tel. 414-05. w Moskwie, Twersk 33. tel. 430-74
w Charkowie, Sewastopolu, Jalcie, Aluszczie, Gurzufie, Ekaterynostawiu i Ekaterynburgu

Z przyrzędem kontrolującym!

Materyały Opatrunkowe Sterylizowane

D-ra BORZYMOWSKIEGO:

Wata. Gaza hygroskopijna, jodoformowa, wioformowa i kseroformowa. **Tampony** gineko-
logiczne na nitkach, nosowe, uszne i oczne. **Ligatury** № 3, 4, 5. **Katgut** jodowy 0,
1, 2, 3 i **Nić Florencka** w zatapiających rurkach. **Opatrunki**
chirurgiczne, ginekologiczne i oczne. **Bandaże** 5, 8, 10, 12 ctm.
6 m.
Wyprawki położowe. **Tampony** jodoformowe W. Dührsena
Fizjologiczny roztwór soli. Płyn D-ra Borzymowskiego
do znieczulenia miejscowego, sterylizowany przed i po
zatiepleniu w ampulce.

WIELOKROTNIE WYPRÓBOWANY!!!

Płyn do znieczulenia:
Novocaini 3,3
Suprarenini gtt. tres.
Heroini 0,01
Coffeini natr. benz. 0,2
Sol. sal. physiolog. 50,0

Od cen 15%

Składy główne: SPIESS Senatorska 24 i Widok 9. Telef. 106-85. Zarząd.

SZCZAWNICA

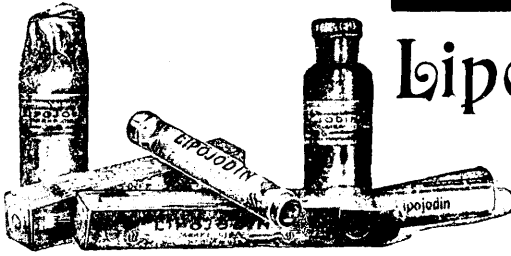
Szczawy alkaliczno-słone (7 Zdrojów) najsilniejsze w Europie.

Wskazania: choroby dróg oddechowych, narządu trawienia, dróg moczowych, przemiany ma-
teryi, krwi i choroby nerwowe.

Sezon od 20 maja do 30 września.

Zakład inhalacyjny odnowiony, zakłady wodoleczni-
cze, łazienki mineralne, kąpiele słoneczne. Miesz-
kania tanie od 1.60 k. począwszy z komfortem urzą-
dzone. Wykwintna restauracja i liczne pensjonaty.
W I i w III sezonie mieszkania 20—30 proc. tańsze.
Lekarz zakładowy Dr. K. Włyński, 8 lekarzy prakty-
kujących. Zwolnienia od taks tylko wyjątkowo;
w II-im sezonie wykluczone. Mieszkania po każdym
gościu przymusowo formaliną dezynfekcyonowane.
Smiecie i plwociny spalane w specjalnym piecu.
Stacya kolei; Stary Sącz lub Nowy targ. Zgłaszać
się o mieszkania i po fiaków do Zarządu lub zajeź-
dzać po informacye mieszkaniowe wprost do Zarządu.
Unikać faktorów.

Najsilniejsze wody leczn. na całą Europę
Lecznice: Józefina, Magdalena, Wanda
i Stefan i alkaliczno-słone najsmacz-
niejsze. Stefan i Jan — wysyła w czasie
bezmroźnym Zarząd w skrzyniach po 25,
30 i 50 butelek Są one do nabycia we
wszystkich aptekach, składach wód mine-
ralnych i aptecznych oraz w Składnicy wód
Krajowego Związku Zdrojowisk i Uzdro-
□ □ □ wisk we Lwowie. □ □ □



Lipojodyna „Ciba”



**(Ester diiodbrasydyn-etylowy, zawierający 41% jodu),
Przetwór jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,**

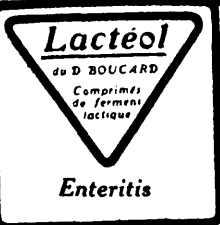
odpowiadający wszelkim nowoczesnym Nie drażni przewodu kiszkiowego.
wymaganiom farmakologii i kliniki do- W dawkach leczniczych nie powoduje jodzicy.
świadczałnej. Oddaje znakomite usługi kliniczne.

Dawkowanie: 1—3 tabletek dziennie po obiedzie i kolacyi.

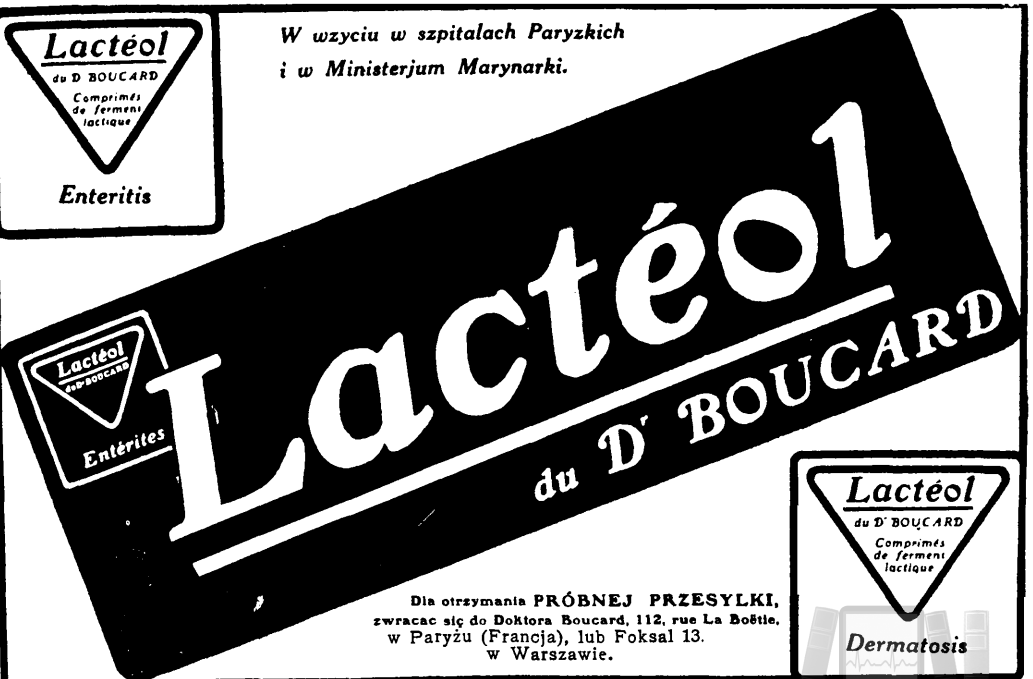
Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabletek LIPOJODYNY, które zalecamy żuć starannie

**Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.**

Próby na każde żądanie gratis i franko.



*W wzięciu w szpitalach Paryżskich
i w Ministerjum Marynarki.*



**Dla otrzymania PRÓBNEJ PRZESYŁKI,
zwracać się do Doktora Boucard, 112, rue La Boétie,
w Paryżu (Francja), lub Foksal 13.
w Warszawie.**



GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć: I. Teofil Simchowicz. O chorobie Alzheimer'a i stosunku jej do oępienia starczego. Str. 1009.—II. Maurycy Urstein. Nowsze badania biologiczne i ich zastosowanie w patologii. Str. 1014.—*Dział sprawozdawczy.* 171. Sauerbruch (Zurych) Postępy w leczeniu chirurgicznym chorób płucnych. Str. 1022 172. J. Safranek. O zmianach w górnym odcinku dróg oddechowych w białaczce (leucaemia). Str. 1026.—173. E. Bibergeil. Znaczenie kliniczne tarni dwudzielnej ukrytej (spina bifida occulta). Str. 1028. 174. Fränkel i Gumpertz. Zastosowanie metody dyalizacyjnej podług Abderhaldena do rozpoznawania gruźlicy. Str. 1029. 175. Arno Ed. Lampé. Badania na gruźlicą metodą dyalizacyjną podług Abderhaldena. Str. 1030 176. Grabs. Dwa przypadki zaburzenia w przewodnictwie podniet. Str. 1030. 177. P. J. Menard. Działanie surowicy przeciwbłoniczej leczniczej na prętki płonicy. Str. 1030. 178. Herman Tachan. Zawartość cukru we krwi i znaczenie kliniczne określania cukru w cukrzycy. Str. 1032 179. Francis Mc. Audden. Znaczenie soli wapiennych dla wzrostu. Str. 1032. 180. Legendre J. O wartości fizycznej Annamitów. Str. 1033.—181. J. Bruno. Przyczynek do etyologii polio-myelitis anterioris acutae. Str. 1034. 182. Th. Dieterle, L. Hirschfeld, R. Klinger. Studya nad wolem endemicznem. Str. 1034—183. Le Calvé. Patogeneza choroby Quincke'go Str. 1034.—*Towarzyswo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia neurologów i psychiatrów 5-go, 19-go kwietnia. 3-go maja r. b. Str. 1035 1056 i 1038.—*Wiadomości bieżące.* Str. 1039. Nadesłano do Redakcyi Str. 1040.

I. Z PRACOWNI NEUROLOGICZNEJ (DR E. FLATAU) PRZY TOWARZYSTWIE
NAUKOWEM WARSZAWSKIEM.

O chorobie Alzheimer'a i stosunku jej do oępienia starczego ¹⁾.

PODAŁ

Teofil Simchowicz,

asystent pracowni.

W roku 1906 Alzheimer ogłosił przypadek nieznanej dotąd pod względem klinicznym choroby umysłowej o swoistych zmianach drobnowidowych. Podobny przypadek został ogłoszony w 1908 roku przez Bonfigli'a, w 1909 zaś Perusini w pracowni Alzheimer'a zbadał histologicznie i ogłosił 4 takie przypadki.

¹⁾ Komunikat, wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego dnia 9-go stycznia 1913.

We wszystkich tych przypadkach chodziło o swoistą postać psychozy, z zaznaczonymi objawami ogiskowymi, prowadzącą ostatecznie do głębokiego otępienia i występującą tylko u osobników w wieku przedstarczym między 40-ym 60-ym rokiem życia.

Mikroskopowo w przypadkach tych stwierdzono wybitny zanik kory mózgowej z rozrostem gleju włóknistego.

Pozatem szczególnie charakterystyczną dla tych przypadków była obecność w korze mózgowej ogromnej liczby komórek nerwowych ze swoistymi nieznanymi dotąd zmianami; niezależnie od tego we wszystkich tych przypadkach skrawki kory mózgowej, barwione według Bielschowsky'ego, usiane były blaszkami w postaci intensywniej zabarwionych wysepek. W 1907 roku ukazała się praca Fischer'a, w której starał się on uzasadnić, że owe blaszki, opisane jeszcze w roku 1898 przez Redlicha, znamienne są dla presbyofrenii i w jednej z następnych prac Fischer zalicza przypadki Alzheimer'a i Perusinięgo do presbyofrenicznej postaci otępienia starczego.

Dokonane przeze mnie w klinice Monachijskiej badania nad otępieniem starczym wykazały, że opisane przez Redlicha i Fischer'a blaszki nie są bynajmniej znamienne dla jakiejkolwiek postaci chorobowej, że widzimy je zarówno w najrozmaitszych psychozach, jak i u ludzi normalnych, ale tylko w wieku starszym. Blaszki te są więc charakterystyczne dla uwiadu starczego wogóle, nie tylko zaś dla otępienia starczego. Dlatego też zaproponowałem nazwać je blaszkami starczymi.

Różniczkoworozpoznawcze znaczenie może mieć tylko liczba i umiejscowienie owych blaszek starczych, bo gdy u normalnych i umysłowo chorych, ale nie cierpiących na otępienie starcze starców napotykamy tylko pojedyncze blaszki, to we wszystkich postaciach otępienia starczego widzimy je zarówno w formie zwyczajnej, jak i w presbyofrenii w ogromnej liczbie.

Ogłoszone dotąd przypadki Alzheimer'a wykazały również olbrzymią liczbę blaszek starczych, tak iż pod tym względem na pierwszy rzut oka nie różniły się od otępienia starczego.

Drugą cechą specyficzną przypadków Alzheimer'a były zmiany swoiste w komórkach nerwowych. Komórki te ginęły i zamiast nich zostawały sploty grubych, intensywnie barwiących się włókienek, uważanych przez Alzheimer'a za zmienione włókienka nerwowe.

Badania nad otępieniem starczym wykazały, że i ta zmiana również może być obserwowana w otępieniu starczym, w 6-u bowiem najbardziej ciężkich przypadkach otępienia starczego stwierdziłem również opisaną przez Alzheimer'a zmianę w komórkach nerwowych kory mózgowej, zwłaszcza w komórkach rogu Ammona.

Poza blaszkami starczymi i wzmiankowanymi zmianami w komórkach nerwowych kora mózgowa w przypadkach Alzheimer'a wykazała też i wszystkie inne, znamienne dla otępienia starczego zmiany histologiczne, tak iż gdy klinicznie przypadki te pod wielu względami różniły się od otępienia starczego, zmiany drobnowidowe były zupełnie identyczne ze zmianami w otępieniu starczym.

Kraepelin w ostatnim wydaniu swego podręcznika ze względu na wcześnie wystąpienie choroby i swoisty jej przebieg, wyodrębnił tę postać jako oddzielną jednostkę chorobną i nazwał ją chorobą Alzheimer'a, zastrzegając jednak, że postać ta pod względem klinicznym nie jest jeszcze zupełnie jasna i nie wyklucza bliskiego pokrewieństwa ze znanymi już psychozami starcami i przedstarcami.

W ostatnich czasach ukazał się cały szereg prac o wzmiankowanym cierpieniu. Przedewszystkiem sam Alzheimer opisał jeszcze jeden taki przypadek, który pod względem histologicznym niczem się nie różnił od otępienia starczego, ale w którym płaty ciemieniowe i skroniowe makroskopowo wykazywały większy zanik niż płaty czołowe.

Niestety, w opisanych dotychczas przypadkach kora mózgowa w tym kierunku nie była dość dokładnie badana. Bielschowsky mówi tylko o ogólnym zaniku całej kory mózgowej, Lafora zaznacza tylko, że w prawym rogu Ammona znalazł bardzo dużo blaszek starczych.

Dotychczas opisano wszystkiego jedenaście przypadków choroby Alzheimer'a. Choroba ta zarówno klinicznie, jak i anatomicznie jest dotychczas tak mało wyjaśniona, że przypadek ten, sędzę, zasługuje na ogłoszenie, zwłaszcza wobec tego, że rzuci on, zdaje się, nieco światła na Alzheimer'owską zmianę w komórkach nerwowych oraz na kwestyę stosunku choroby Alzheimer'a do otępienia starczego.

Przypadek ten—zarówno mózg jak i historię choroby—zawdzięczam koledze Władysławowi Sterlingowi, któremu składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Kol. Sterling za życia chorej rozpoznał umiejscowiony starczy zanik kory mózgowej, a ponieważ choroba Alzheimer'a nie była wówczas jeszcze znana, sądził, że jest to opisana przez Pick'a postać ograniczonego zaniku starczego kory mózgowej („*Circumscribed Hirnatrophie*“).

Nadmienię, że chora była obserwowana przez kol. Sterlinga na mieście, dopiero znacznie później została umieszczona w szpitalu Jana Bożego, dlatego też podaję tu obie historie choroby—kol. Sterlinga i ze szpitala Jana Bożego.

Drowi Albertowi Rozentalowi, który obserwował chorą w szpitalu i był łaskaw dać mi historię choroby, również na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

Przytoczę tu przedewszystkiem obserwację dra Sterlinga. Pierwsze badanie we wrześniu roku 1909.

Celestyna F., lat 57, panna.

Pochodzi z rodziny obarczonej pod względem neuropatycznym, matka cierpiała na silną neurastenię, siostra bardzo nerwowa. Żadnych poważniejszych cierpień chora nigdy nie przechodziła. Od 2-u lat otoczenie zauważyło zmianę w psychice: stała się roztargniona, zapomniała o najprostszych rzeczach, przesiadywała całemi godzinami apatycznie, zapomniała wyrazów, często nie umiała nazwać przedmiotów, śmiała się bez powodu. W ostatnich czasach chód uległ zmianie, chodziła przychylona, zgarbiona, drobnymi kroczkami, zupełnie sztywna. Przytomności nigdy nie traciła, żadnych porażek nie miała. Urynowanie w porządku; zaparcie stolca.

Status praesens. Chora niskiego wzrostu, wychudzona, wygląda znacznie starszej, niż jest w rzeczywistości, co najmniej na lat 65. Opukiwanie czaszki nie wywołuje bolesności. Żrenice obie wąskie, równe, reagują dobrze na światło i na konwergencję.

Twarz ma wyraz tępy, bezmyślny, nieco maskowaty, mimika niezmiernie ograniczona. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Przy ruchach bocznych w obu kierunkach drobniutkie drgania *nystagmoidalne*. Brak wyraźnej asymetrii nerwów twarzowych. Wargi zlekka drżą. Język przy wysuwaniu nie zbacza, ale ruchy języka ograniczone i wyraźnie dyspraksyjne. Podniebienie miękkie porusza się dość słabo przy fonacji. Odruch gardzielowy zachowany. Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych zachowana, nigdzie nie widać jakiegokolwiek zlokalizowanej parezy.

Wybitne wzmoczenie napięcia mięśniowego w mięśniach kończyn górnych i dolnych. Nieustanne drżenie palców obu dłoni, jednak bez charakterystycznego ruchu pigułkowego. Brak propulsji i retropulsji.

Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostnej promienia słabe.

Odruchy kolanowe umiarkowane.

Odruchy ze ścięgna Achillesa słabe.

Odruchy brzuszne słabe.

Odruchy podeszwowe=*flexio plantaris*.

Wszystkie rodzaje czucia zachowane; oftalmoskopowo brak zmian, siła wzroku normalna, brak wyraźnej hemianopsji.

Rozumienie mowy zachowane jest tylko częściowo: niektóre zlecenia spełnia (np. zamknąć oczy, podnieść rękę, odstawić szklankę), innych pomimo wielokrotnych powtarzań nie spełnia.

Mowa dowolna wykazuje wybitne zaburzenia, ogranicza się do kilkunastu wyrazów i stereotypowych zdań; wybitne objawy parafatyczne i perseweracyjne.

Znaczenia przedmiotów (np. zegarka, ołówka) nie może uchwycić; wyraźna ślepota psychiczna. Nie umie też chora nazwać tych przedmiotów.

Wybitne objawy apraksyjne w kończynach górnych (głównie w lewej); nie może wykonać absolutnie żadnego ruchu opisowego (np. mielenia kawy), nie może zapalić zapałki ani prawą, a tem bardziej lewą ręką. Wyraźne objawy demencyjne. Głupkowaty śmiech, jednak bez charakteru przymusowego.

Brak patologicznej płaczliwości.

Chora bardzo łatwo za najbłaższym powodem wpada w złość, dokucza siostrze, rozdziera książki, wylewa wodę na obrus i t. d.

Brak urojeń, hallucynacji, konfabulacji.

Badanie w marcu 1910 r.

Stan chorej w przeciągu ubiegłych miesięcy stale się pogarszał. Coraz trudniej było się z nią porozumieć, odmawiała przyjmowania pokarmów, od czasu do czasu biegała manewrowato dokoła stołu, potykając się o przedmioty i upadając. Często robiła pod siebie. W ostatnich tygodniach, zupełnie nieruchoma, całymi dniami leży na łóżku lub siedzi na fotelu.

Obiektywnie: brak porażeń, odruchy i czucie jak przedtem. Czucie zachowane. Kolosalna hipertonia mięśni kończyn dolnych, głównie ud. Chód zupełnie niemożliwy. Mowa ograniczona do bełkotania kilku niezrozumiałych wyrazów.

Absolutna niemożność wejścia z chorą w jakikolwiek kontakt.

Kopia z karty w szpitalu Jana Bożego.

Przybyła 26-go kwietnia 1910 r., lat 58.

Według świadectwa lekarskiego dotknięta jest chorobą mózgową od lat kilku, a od 1½ roku stan jej zaczął się wyraźnie pogarszać. Nigdy ataków apoplektycznych nie było. Powoli występowały objawy ze strony mowy, która teraz jest zu-

pełnie nie rozumiała. Pamięć coraz bardziej słabła. Chora zupełnie dezoryentowana, nie wie jaki dzień, rok i gdzie obecnie mieszka. Sama nie je, trzeba ją karmić. Siedzi po całych dniach w fotelu i chodzić nie może, choć siła ruchowa kończyn dolnych jest zachowana. W mięśniach napięcie znacznie wzmożone, zwłaszcza w kończynach dolnych. Przed niedawnym czasem było drżenie rąk, które przy zgarbieniu nadawało chorej pewne podobieństwo do choroby Parkinsona.

Mocz oddaje pod siebie, wypróżnienie co 2 dni zapomocą irygatora.

Wzrostu niskiego, układ kostny normalny, tkanki tłuszczowej mało, wygląd starczy.

Żrenice równe, oddziaływanie na światło zachowane. Język nieco drżący. Mowa ogranicza się do kilku niezrozumiałych wyrazów. Palce rąk drżą, czucie na dotyk i ból zachowane. Granice płuc niższe, oddech pęcherzykowy. Tony serca czyste, 2-gi ton aorty wzmocniony, tętnice powierzchowne zgrubiałe, narządy jamy brzusznej bez zmiany. Chora jest zupełnie apatyczna, na pytanie nie odpowiada lub bełkoce coś niezrozumiałego, obojętna na przeniesienie jej z domu do szpitala, leży w łóżku, gdyż z krzesła zesuwa się i spada w skutek hipertonii mięśni. Spokojna, w nocy sypia.

20. IV. Stan chorej pogarsza się. Tętno słabe. Chora zaledwie poznaje lekarza. Mowa jeszcze bardziej niewyraźna i niezrozumiała. Wychudzenie.

5. V. Upadek sił fizycznych i psychicznych coraz wyraźniejszy. Chora leży bezwładnie w łóżku. Zanieczyszcza się. Odleżyna. Ciepłota 38⁰.

15. V. Stan chorej coraz się pogarsza. Z trudem przyjmuje płyny. Nieprzytomna, nie odpowiada na pytania. Mocz oddaje pod siebie. Drażąca odleżyna.

22. V. Upadek sił coraz widoczniejszy. Tętno słabe.

27. V. Z rana o 9-tej e x i t u s.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Makroskopowo stwierdzono lekkie zmętnienie i zgrubienie opony miękkiej; najbardziej zgrubiała opona była nad prawym płatem ciemieniowym i nad płacami potylicznymi. Zawoje czołowe, ciemieniowe i potyliczne były obustronnie zwężone, brózdy rozwarte. Naczynia wyraźnych zmian miażdżycowych nie wykazały.

Na makroskopowych przekrojach frontalnych nigdzie ani w korze mózgowej, ani w białej istocie nie udało się zauważyć jakichkolwiek krwotoków lub rozmiękczeń.

Przechodzimy obecnie do zmian drobnowidowych. Zbadano kawałki kory mózgowej, wycięte z rozmaitych okolic (korę czołową, skroniową, środkową, ciemieniową, potyliczną, z wyspy kresomózgowia (*insula Reilii*) i hippocampa (rogu Ammona); pozatem poddaliśmy badaniu mózdzek i zwoje środkowe.

Barwienia dokonano przy pomocy metod: Nissla (tioniną), Bielschowsky'ego, Manna-Alzheimer'a i Herxheimer'a. W korze mózgowej z rozmaitych okolic stwierdziliśmy charakterystyczne dla otępienia starczego zmiany, mianowicie zwyrodnienie tłuszczowobarwikowe komórek oraz połączenie tegoż ze stwardnieniem, ogromną liczbę komórek ze zmianą Alzheimer'a, w hippocampie zaś obok Alzheimer'owskich dużo komórek z opisaniem przeze mnie w otępieniu starczym zwyrodnieniem ziarnistojamkowatym. Tkanka glejowa wykazała zmiany zarówno wsteczne, (jądra małe, ciemne, zagęszczone), jak i objawy bujania (liczne astrocyty z długimi cienkimi wyrostkami) i zgęszczenie gleju włóknistego na powierzchni kory mózgowej oraz często

dookoła blaszek starczych. Naczynia również wykazały typowe zmiany starcze. Specjalnie żadnych zmian miażdżycowych ani w większych, ani w mniejszych naczyniach kory mózgowej nie spostrzeżono. Poza temi zmianami w skrawkach barwionych według metody Manna—Alzheimer'a oraz Bielschowsky'ego uderzała ogromna liczba blaszek starczych.

Jednem słowem, wszystkie bez wyjątku skrawki z najrozmaitszych okolic kory mózgowej wykazywały charakterystyczne dla otępienia starczego zmiany drobnowidowe.

Pod jakim więc względem przypadek ten, który klinicznie przebiegał zupełnie inaczej niż otępienie starcze, różni się anatomicznie od otępienia starczego? Po dokładnem zbadaniu skrawków z różnych okolic przekonaliśmy się, że różnica ta istnieje i że polega ona nie na samej istocie sprawy chorobnej, lecz na jej umiejscowieniu. Gdy badania nasze nad otępieniem starczem wykazały, że zmiany starcze najwybitniej są wyrażone w zrazach czołowych, mniej wybitnie w zrazach skroniowych i ciemniowych, najmniej zaś zmieniona jest kora potyliczna i ruchowa, to w danym przypadku widzimy wręcz odmienne umiejscowienie zmian. Mianowicie, największe zmiany wykazują zrazy potyliczne, następnie ciemieniowe i skroniowe, a dopiero później idą zrazy czołowe. Tak samo jak i w otępieniu starczem, blaszki starcze i w chorobie Alzheimer'a występują w większej liczbie tam, gdzie inne zmiany są wybitniejsze.

(D. n.).

II. Nowsze badania biologiczne i ich zastosowanie w patologii.

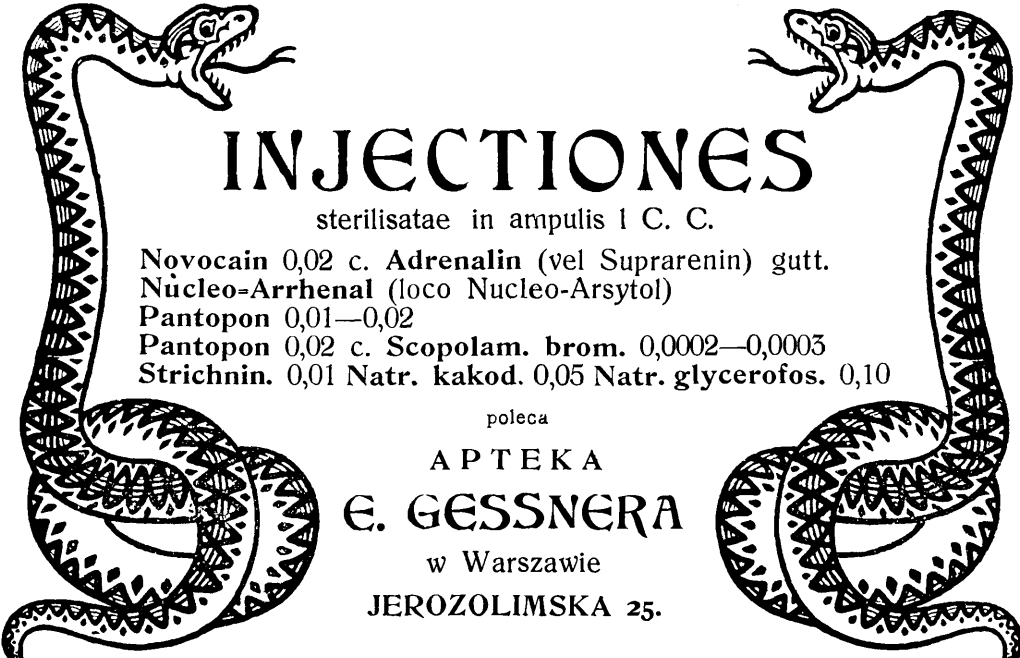
PODAŁ

Maurycy Urstein.

I.

Istota i przyczyny nadwrażliwości (anafilaksyi). Utożsamienie odporności i nadwrażliwości. Rola anafilaksyi w chorobach zakaźnych. Nadwrażliwość w stosunku do podwyższenia, wzgl. spadku temperatury.

Przez anafilaksję (uczulenie) rozumiemy spotęgowaną wrażliwość i zmianę w zachowywaniu się ustroju względem jednego i tego samego podrażnienia. Przyczyną anafilaksyi są przebyte lub trwające jeszcze infekcje, najczęściej jednak przetwory białka, wprowadzone do organizmu drogą pozajelitową, to zn. z pominięciem przewodu pokarmowego. Zjawisko nadwrażliwości najlepiej daje się zdemontrować zapomocą doświadczenia typowego. Normalnej śwince morskiej zastrzykujemy 0,001 surowicy baraniej, której odpowiadają 0,001 białka. Ilość taka nie wywołuje żadnego widocznego skutku, ponieważ zwierzę znosi bez szkody dawkę dwadzieścia tysięcy razy większą. Jeżeli zaś po 8—10-u dniach tej samej śwince morskiej zastrzykujemy dożylnie 0,005 surowicy baraniej, t. j. cztery tysiące razy mniej niż znosi zwierzę normalne, wtedy temperatura spada o 3 do 10-u stopni, wy-



INJECTIONES

sterilisatae in ampulis 1 C. C.

Novocain 0,02 c. Adrenalin (vel Suprarenin) gutt.

Nucleo-Arrhenal (loco Nucleo-Arsytol)

Pantopon 0,01—0,02

Pantopon 0,02 c. Scopolam. brom. 0,0002—0,0003

Strichnin. 0,01 Natr. kakod. 0,05 Natr. glycerofos. 0,10

poleca

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie

JEROZOLIMSKA 25.



Farina Lactea Magistri Klawe.

Zawiera skondensowane mleko, mąkę bananową, owsianą i jęczmienną, sole fosforowe i t. p.

Posiada wybitne własności odżywcze, jest łatwo strawna i smaczna.

Odżywka dla osób każdego wieku.

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

3

TEL. 25-08 i 24-84.



ANALIZY LEKARSKIE

do celów dyagnostyki

D-r Wacław MAYZEL

b. asystent-histolog Uniw. Warsz.

Wilcza № 47 (róg Wielkiej).

Tel. 56-56.



Zakład Roentgenowski do celów rozpoznawczych
D-rów Drozdowicza i Grudzińskiego i leczniczych

**Infantin
„Motor”**

Znakomity

środek odżywczy dla dzieci, rekonwalescentów i osób osłabionych, zawierający alkalizowany ekstrakt słodowy.

Słoiki po Rb. 1.00, 60 kop. i 30 kop.

poleca

Warsz. Tow. Akc. „Motor“ Marszałkowska 23.



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Do nabycia we wszystkich aptekach.

stępują silne drgawki i po pięciu minutach zwierzę zdycha wskutek paraliżu narządów oddechowych. Gdy natomiast wtórne zastrzyknięcie (reinjekcja) następuje do jamy brzusznej, objawy bywają mniej groźne i zwierzę może nawet pozostać przy życiu. Jeśli zaś zastrzykniemy pod skórę, w miejscu tem już po kilku godzinach tworzy się wrzód, który się wkrótce goi, pozostawiając bliznę.

Nadwrażliwość jest zgoła zjawiskiem swoistem, to zn. stosuje się zawsze do tego białka, które służyło do poprzednich injekcji. Anafilaksję można wywołać zapomocą każdego białka roślinnego, zwierzęcego lub też bakteryjnego. Występuje ona w 7—10 dni po pierwszym zastrzyknięciu i trwa np. u świnki morskiej około 2-u lat. Człowiek, leczony surowicą przeciwbłoniczą, zachowuje nadwrażliwość nawet do lat pięciu.

Dodać należy, iż surowica osobnika uczulonego, zastrzyknięta jednostce normalnej, czyni ją również nadwrażliwą i to znowu ściśle, swoście tylko na białko, pierwotnie użyte do injekcji. Z surowicą zostały więc wprowadzone te ciała, które u osobnika uczulonego po reinjekcji powodują anafilaksję. Następnie zaznaczyć wypada, że czynnik działający przechodzi z matki na płód, niezależnie od tego, czy białko zastrzykiwano przed, czy podczas ciąży. U noworodków uczulenie można stwierdzić jeszcze w sześć tygodni po urodzeniu, natomiast własności anafilaktyczne nie udzielają się przez mleko.

Warunkiem uprzednim powstawania anafilaksji jest zatem pozajelitowe (parenteralne) wcielenie białka do ustroju, wskutek czego musi ono być strawione we krwi. Po pierwszym, jak mówią, przygotowawczem (uczulającym) wstrzyknięciu wytwarzają się w ustroju przeciwciała we krwi przez czas dłuższy lub nawet przez całe życie, podobnie jak substancje ochronne po szczepieniu ospy albo przebytej odrze. Przy reinjekcji niweczniki te z pomocą znajdującego się w każdej krwi dopełniacza wydzielają z wprowadzonych na nowo ciał białkowych szybko działające substancje pośrednie, które, jak nas uczy doświadczenie, są truciznami bardzo silnymi i wywołują ciężkie objawy intoksykacji lub nagłą śmierć. Okoliczność ta wyjaśnia nam ciekawy fakt, iż tylko takie białko powoduje nadwrażliwość, które wciela się w stanie niestrawionym. Jeśli się natomiast użyje leucyny, wzgl. tyrozyny, które już dalszemu rozszczepieniu nie podlegają, wtedy anafilaksja nie występuje.

Toksyczne produkty rozkładu białka można zresztą sztucznie wytworzyć w próbówce przez wzajemne działanie wywoływacza (antygeny), swoistego przeciwciała (niwecznika) i dopełniacza (komplementu). Substancje te powstają również przy każdym normalnem trawieniu białka w przewodzie jelitowym, z tą różnicą, że tam, dzięki chroniącemu odosobnieniu, pozbawione są bezpośredniego działania na ustrój i nie dostają się do krwi. W warunkach odstępujących od normy, wytwory rozkładowe bywają wchłaniane jednakże i w przewodzie jelitowym. Wiemy też, że u niemowląt nawet przy wprowadzeniu białka drogą ustną (enteralnie) może powstać uczulenie, gdyż ściany kiszek są u nich bardziej przepuszczalne niż u osobników dorosłych. Białko nierozszczepione bywa atoli wchłaniane i u osób starszych o ile

czynność narządów trawienia jest osłabiona wskutek zaburzeń żołądkowo-kiszkowych lub zabiegów klinicznych. Tym sposobem więc po każdym nowym wprowadzeniu tej samej substancji wydziela się jad anafilaktyczny.

Jeżeli po reiniekcji krążące we krwi substancje przeciwbiałkowe napotkają ilość białka, która nie jest dostateczna, aby wytworzyć śmiertelną lub powodującą chorobę dawkę trujących produktów pośrednich, następuje wtedy związanie antybiałka z obecnym białkiem i działanie tego przeciwciała redukuje się do minimum. Gdy więc wkrótce po drugim nastąpi nowe wstrzyknięcie, okaże się, iż zwierzęta znoszą nawet dawkę po kilkakroć śmiertelną w zwykłych przypadkach. W danej chwili niema już bowiem we krwi dostatecznej ilości niweczników, by umożliwić rozszczenie dawki jadu, niezbędnej do zatrucia. Trzeci atoli składnik antybiałka musi się dopiero na nowo wytworzyć, a to wymaga czasu.

Uwagi powyższe pozwalają też zrozumieć, dlaczego białko pokarmowe, wprowadzone do ustroju już nawet w postaci rozpuszczonej (jak np. w mleku), musi być wprzód strącone w żołądku, następnie speptonizowane, a potem dopiero z części składowych syntetycznie odbudowane na nowo. Gdyby białko nieprzetworzone (innogatunkowe) zostało wessane jako takie, musiałoby być odbudowane wprost we krwi, przyczem powstają wspomniane trujące produkty rozszczenia.

Jad anafilaktyczne wydziela się nie tylko z białka obcogatunkowego, lecz także ze współrodnego. Można np. uczulić zwierzęta, zastrzykując im współrodne komórki płciowe lub soczewkę oka. W ostatnich czasach pojęcie obcogatunkowości rozszerzono i na te przetwory, które są współrodne dla jego krwi lub komórek. Abderhalden dowiódł, że w tych przypadkach powstają niweczniki (zaczyny ochronne), a tem samem i jadowite produkty rozszczenia.

Anafilaksja tłumaczy nam szereg zjawisk, przedewszystkiem idyosynkrazyę względem pewnych pokarmów, zawierających białko. Musimy przyjąć, iż w tych przypadkach bardzo wczesne, może już w wieku niemowlęcym albo potem skutkiem zaburzeń jelitowych dany rodzaj białka dostał się do krwi i uczulił niejako odnośne osobniki. Z wiekiem tego rodzaju nadwrażliwość znika, czasami jednak trwa przez życie całe. Ciekawy w tym kierunku jest przypadek, ogłoszony przez Sondmanna, a dotyczący hotelarza, który miał idyosynkrazyę względem białka kurzego. W pół minuty po spożyciu minimalnych ilości jajka występowało obrzmienie podniebienia, obfite wydzieliny z błon śluzowych, duszność, wymioty, biegunka, na języku zjawiały się drobne wrzodziki, a po kilku godzinach wszystkie objawy zniknęły.

Praktycznie ważną jest nadwrażliwość człowieka względem białka końskiego, które zawiera się w surowicy przeciwbłoniczej. Objawy anafilaktyczne mogą zresztą występować i wtedy, gdy się choremu w krótszych odstępach czasu zastrzyknie tę samą surowicę.

Nadwrażliwością tłumaczy się także gorączkę sienną (Heufieber), rzucawkę (eklampsyę), konwulsje podcza żąbkowania, a nawet padaczkę, następnie owe ciężkie objawy zatrucia po operacji bąblowca, wreszcie powstawanie

gorączki wogóle, jak również pewne cierpienia mózgu i zaburzenia w przemianie materii.

Ponadto związek z anafilaksją ustalono w innych praktycznie niezmiernie ważnych dziedzinach. Dotyczy to przedewszystkiem spraw zakaźnych i, jakkolwiek podobne twierdzenie brzmi paradoksalnie, odporności (niewrażliwości) względem drobnoustrojów chorobotwórczych.

Niewrażliwość i nadwrażliwość, jeśli się je rozpatruje powierzchownie, są niejako dwoma przeciwległymi biegunami. W odporności mamy do czynienia z takim faktem, że przebycie choroby lub sztuczne wprowadzenie produktów bakteryalnych w dawkach niezabójczych uzbraja organizm przeciw ciałom skądinąd niezmiernie jadowitym. Anafilaksja zaś poucza nas, że podskórne wprowadzenie białka, samego przez się obojętnego i nieszkodliwego, do tego stopnia potęguje wrażliwość ustroju, że powtórne zastrzyknięcie tej samej substancji, choćby w dawce tysiąc razy mniejszej powoduje śmierć danej jednostki w ciągu kilku minut. A jednak, jak się okaże z rozważań poniższych, niewrażliwość i nadwrażliwość są tylko rozmaitemi postaciami *j e d n e g o i t e g o s a m e g o* zjawiska, uwarunkowanemi stosunkami ilościowemi.

Ponieważ anafilaksja może być osiągnięta zapomocą każdego białka, nie powinno nas dziwić, że jeśli świnkę morską uczulimy drobną ilością uśmierconych bakterii, i po 14-u dniach zastrzykniemy powtórnie te same ubumarte pasożyty, wywołamy charakterystyczną śmierć z uduszenia. I zupełnie jak z ciał białkowych udało się przyrządzić w próbówce jad bakteryalny! Friedberger zmieszał laseczniki z surowicą zwierzęcia uodpornionego przeciw danym mikrobom; wskutek tego powstał związek bakteryalno-antybakteryalno-białkowy. Kiedy następnie dodawano prawidłowej surowicy świnki morskiej, wtedy ta jedynie przez zetknięcie się z substancjami bakteryalnemi po krótkim czasie do tego stopnia stawała się trującą, że zastrzyknięta w drobnych ilościach zabijała każde normalne zwierzę tego gatunku, jaki był pierwotnie użyty do uodpornienia. Ponadto Friedberger stwierdził, że już z samego białka bakteryalnego (a więc bez domieszki surowicy swoistej) przy pomocy surowicy prawidłowej można wydzielić dostateczne dawki jadu—fakt, który wydaje się nam zupełnie zrozumiałym. W każdej surowicy znajdujemy bowiem ciała ochronne, między nimi również nieznaczące ilości niweczników, które rozszczepiają białko we krwi i przez uodpornienie nagromadzają w wielkich ilościach. Dzięki tym niwecznikom białko obce w *m i n i m a l n y c h* dawkach wywołuje objawy anafilaksji wyłącznie u zwierząt *u c z u l o n y c h*, w *w i ę k s z y c h* z a s *i ł o ś c i a c h* zabija także normalne zwierzęta. I jeśli wewnątrz ustroju ujemne działanie obcej surowicy objawia się tak, jak prawdziwa anafilaksja, tedy i w próbówce jad musi się wydzielić z białka przez samo dodanie surowicy prawidłowej. W rzeczywistości Friedberger zdołał zapomocą prawidłowej surowicy świnki morskiej wydzielić anafilatoksynę nawet ze zwykłego jajka kurzego.

Widzimy więc, że nadwrażliwość bakteryalna objaśnia się w ten sam sposób, co anafilaksja białkowa. Czy jednostkę uodpornimy względem bak-

tery, czy też wprowadzimy jej białko—w obudwu wypadkach po reiniekcji ustrój wydziela anafilatoksynę. Jeśli dawka jest dostatecznie wielka, jak w jednym tak w drugim razie następuje śmierć danej jednostki. Zwykle jednak ilość białka w bakterjach, używanych do szczepień ochronnych (lub wytworzonego przez drobnoustroje podczas choroby), jest tak nieznaczna, że mało też wydziela się toksyny. Jad ten nie wystarcza wprawdzie do zabicia osobnika, jest jednak dostateczny, ażeby przy zakażeniu wyniszczyć stopniowo rozmnażające się drobnoustroje.

W ten sposób anafilaksja bakteryalna z wydzielaniem dawek niezabójczych przedstawia się jako odporność. Przeto niewrażliwości i nadwrażliwości nie powinniśmy uważać za przeciwieństwa, lecz za zjawiska w istocie swojej identyczne. Obydwe istnieją obok siebie, wypływają z tych samych przyczyn; tylko skutek ostateczny jest różny. Każde zakażenie powoduje uczulenie i odporność. Przyczynę, dla której jad, powstający w organizmie zwierzęcym, nie działa tak silnie jak toksyna, wydzielająca się w próbówce, możemy upatrywać w tem, iż stałe zużywanie niweczników powoduje częścią antyanafilaksyę i jady bakteryalne szybciej ulegają rozkładowi, tak iż nie nagromadza się dawka śmiertelna trucizny, dla której zebrania się warunki w próbówce są o wiele korzystniejsze.

Jakże się przedstawiają te stosunki u ludzi? Weźmy jako przykład zapalenie płuc. W pierwszych dniach ziarnkowce (pneumokoki) mnożą się w płucach, co niejako odpowiada wprowadzeniu białka do krwiobiegu z pominięciem przewodu pokarmowego. Część zarazków ginie od normalnych ciał ochronnych, jak również wskutek niweczników, wytworzonych ku uodpornieniu. Wydzielanie się anafilatoksyny pociąga za sobą objawy gorączkowe. Trwa to w zakresie ograniczonym do 7-go lub 9-go dnia; wtedy niweczniki zjawiają się tak obficie, jak u świnki morskiej w tydzień po zastrzyknięciu jakiejś surowicy, gromadzą się również ciała przeciwbiałkowe. Teraz przy współudziale dopełniacza wydziela się jad anafilaktyczny, przyczem pneumokoki ulegają rozpuszczeniu. Jeśli niweczniki wystarczyły do wywołania wszystkich zarazków, liczba bakterii zaś była nie tak wielka, żeby miała powstać dawka trująca, wtedy następuje kryzys z charakterystycznym spadkiem ciepłoty o 3 do 6-u stopni. Gdy natomiast białka pasożytniczego jest bardzo dużo, wtedy na raz wydziela się wiele jadu i chory umiera. Jeśli ilość niweczników jest nieznaczna, anafilatoksyny powstaje względnie mało, pneumokoki znikają powoli i mamy przed sobą obraz kliniczny przewlekłego zapalenia płuc.

Jeżeli charakterystyczne objawy jakiejś choroby istotnie powstają tylko wskutek tego, iż z ustawicznie krążącego we krwi białka bakteryalnego wydzielają się małe dawki anafilatoksyny, tedy stopniowe pozajelitowe wprowadzanie nieznacznych ilości jakichkolwiek ciał białkowych musi sztucznie wywołać chorobę zakaźną lub przynajmniej objawy, jakie towarzyszą zwykłe danemu cierpieniu. O ile więc zapalenie powoduje w płucach zmiany anatomiczne dlatego, że z nagromadzonych wywoływaczy (pneumokoków) i niweczników wydziela się trucizna, ogólne objawy zaś powstają wskutek tego,

że anafilatoksyna, wytworzona w płucach, dostaje się do krwiobiegu, to bezpośrednio wprowadzenie obcej surowicy do płuc musiałoby bez współudziału swoistych zarazków wywołać u zwierzęcia uczulonego sztuczną pneumonię. W rzeczy samej Friedberger otrzymał po 5-u minutach podwyższenie ciepłoty u świnek morskich, uczulonych na białko końskie, dając im do oddychania ślady rozpylonej surowicy końskiej. Ciepłota spadała po pewnym czasie i podnosiła się regularnie, gdy Friedberger ponownie umieszczał zwierzęta w atmosferze, zawierającej wspomnianą surowicę. Kiedy zwierzęta po 24 ch godzinach zabijano, znajdowano zmiany, właściwe zapaleniu płuc.

Rozważmy teraz choroby dziecięce. W okresie inkubacyjnym zarazki odry i szkarlatyny zalewają organizm białkiem, wprowadzonym drogą pozajelitową. Skoro w okresie k r y t y c z n y m niweczniki zaczynają działać, wyzwała się wszędzie, a więc w skórze, jad anafilaktyczny. Pojawia się wtedy wysypka na wzór podrażnienia lub zapalenia, które występuje po szczepieniu tuberkuliny albo ukłuciu owadu. Tylko, że lepiej, pęcherzyki i t. p. w ostatnim wypadku ukazują się wyłącznie na tych miejscach, gdzie jad wprost został wprowadzony, kiedy natomiast w odrze lub szkarlatynie, podczas których, że tak powiem, powierzchnia ciała jest zaszczepiona toksyną, wysypka rozchodzi się po całym organizmie. Wynik pomyślny czy śmiertelny i w omawianych cierpieniach zależy od stosunku między liczbą zarazków a ilością niweczników. Jeśli tych ostatnich będzie tyle, że wystarczą do wyniszczenia wszystkich zarazków, a pasożytów nie tak wiele, żeby mogły w danej chwili na raz wyzwolić śmiertelną dawkę anafilatoksyny, wtedy następuje wyzdrowienie.

Powyższe rozstrząsania wyjaśniają nam również, dlaczego odra lub szkarlatyna z wyraźną wysypką na ogół pomyślniej przebiega, gdy tymczasem te przypadki, w których wysypka późno, słabiej lub w pewnych miejscach tylko się ukazuje, dość często złośliwy zapowiadają przebieg. Wszak i profan mówi, że choroba musi „wyjść przez skórę“. Ponieważ wysypka według wyłożonej hipotezy jest skutkiem połączenia się białka pasożytniczego z niwecznikami, ukazanie się jej dowodzi przeto—podobnie jak wystąpienie gorączki—że organizm wytwarza ciała ochronne, aby samemu dostatecznie się odkazić i zniszczyć zarazki.

Tak samo rzecz się przedstawia w innych chorobach infekcyjnych. W sprawach chronicznych, np. gruźlicy, przebieg zależy od idącego w parze wzrastania białka bakteryalnego i niweczników z następującem później wydzielaniem się jadu, który w części niszczy laseczники i na pewien czas czyni organizm antyanafilaktycznym.

Wyjątek stanowią według Friedberger'a błonica i tężec. Toksyny te mają zależeć od bezpośredniego zatrucia. Wytwory białkowe odnośnych bakterii mają być same przez się już tak jadowite, że zabijają komórki. Jednolitość zjawisk atoli podaje w wątpliwość, czy toksykozy powinny być uważane jako przeciwieństwo innych chorób zakaźnych. Przypomnijmy sobie tylko, że niweczniki, które normalnie znajdują się w surowicy, są już w stanie wydzielać jad z białka pokarmowego—dlaczegożby wytwory laseczników

bloniczych nie miały także dopiero w ustroju wyzwać toksynę. W przeciwieństwie do innych, wytwory zarazków dyfterytycznych wydzielają może śmiertelną dawkę jadu anafilaktycznego niekiedy już przy współudziale minimalnej ilości niweczników, znajdujących się w surowicy prawidłowej.

Również uzasadnione jest pytanie, czy trucizny pochodzenia roślinnego, (np. grzyby) lub zwierzęcego (np. jad węży) nie wytwarzają dopiero w organizmie nowej substancji anafilatoksyny, sprowadzającej śmierć danej jednostki. Jeżeli zaś po ukłuciu komara występują objawy miejscowego podrażnienia, wynika to z ograniczonego działania jadu. Ten jednak niekoniecznie musiał być wprowadzony przez owad w stanie gotowym, gdyż mogły go wytworzyć niweczники, znajdujące się w naczyniach skórnych. Że do tych procesów wystarczają ilości niezmiernie małe, jest rzeczą dowiedzioną. Zresztą doświadczenie może nas wyjaśnić w tym względzie. Wiemy, iż powstawanie anafilatoksyny bez dopełniacza jest niemożliwe i że potrafimy zapobiedz łączeniu się jego w organizmie. Jeśli więc to skuteczny, i np. wytwory laseczników bloniczych zastrzykniemy danej jednostce, wtedy sądzę, nie powinna ona zginąć. Ponadto musimy przy współudziale surowicy prawidłowej, podobnie jak z ciał białkowych, wzg. bakteryalnych, z zarazków dyfterytycznych również wydobywać jad, który w mniejszych ilościach i w krótszym czasie wywoła typowy obraz anafilaksy.

Z drugiej strony surowica ludzi albo zwierząt, którym zastrzykuje się jad blonicy, musi ubożać w dopełniacza, ponieważ ten zużywa się we wszystkich chorobach, którym towarzyszy wydzielanie się toksyny, bez względu na to, czy chodzi o sprawy zakaźne (szczególniej podcza kryzysu), czy też o samozatrucie ustroju (w złośliwych nowotworach—raku, katatonii, porażeniu postępującem, padaczce i t. p.). Ilość dopełniacza łatwo daje się określić. Wiadomo, iż surowica swoista rozpuszcza odpowiednie krążki krwi tylko w obecności dopełniacza. Stopień hemolizy pozwala więc ustawić wahania liczebne. Im mniej jest dopełniacza, tym mniej krwi się rozpuszcza. Jeżeli dopełniacz został całkowicie zużyty, hemoliza wogóle nie nastąpi.

Można przeto toksykozy pojmować jak się chce, lecz inne choroby zakaźne są bezwarunkowo rodzajem przewlekłych zatruc, wywołanych przez odbudowanie wytworów bakteryalnych we krwi. Czy weźmiemy białko zwierzęce, czy inne—wynik ostateczny zawsze jest ten sam, mianowicie, jad anafilaktyczny. Wywołuje on objawy kliniczne, towarzyszące zakażeniu, lecz także niszczy same pasożyty. Różnorodność postaci chorobnych oraz rozmaity przebieg cierpienia zależy od umiejscowienia zarazków, ich zdolności do rozmnażania się, jak również od ilości wytwarzanej toksyny. Oczywiście pogląd taki bynajmniej nie wyklucza pewnej swoistości samych bakterii albo ich produktów. Friedberger'owi chodzi o to, że wytwór końcowy k a ż d e g o odbudowywania białka jest j e d n o l i t y, pierwotne zaś i pośrednie stopnie rozszczepiania mogą mieć właściwości swoiste i zakażenie zainaugurować oraz podsycać.

Z tego wypływa, iż anafilaksę można sobie tłumaczyć jako formę za-

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński“ w Warszawie
Elektoralna № 35

poleca

KARPIŃSKIEGO

Kąpiele z kwasu węglowego

(CO₂)

Zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

Kąpiele te, stosowane z przepisu lekarza, działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli (bronchitis), rozedmie płuc, wadach serca i t. p., nie mniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

OPRÓCZ POWYŻSZYCH FABRYKA WYRABIA:

Karpińskiego
kąpiele

borowinowe z kwasem węglowym, zastępujące
franzensbadzkie, krynickie, żegiestowskie,
reinerckie i t. p.

jodowo-bromowe z kwasem węglowym.

bromowe z kwasem węglowym.

balsamiczno-sosnowe z kw. węglowym.

siarczane z kwasem węglowym, zastępujące
akwizgrańskie, buskie, soleckie, truskawieckie, piszczańskie i t. p.

UWAGA. Sole Karpińskiego do kąpiele są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo rozpuszczalnych. **Żądać wszędzie.**

Jodferratoza

łatwy w przyjmowaniu, trwały i smaczny

pr parat jodowo-żelazisto-białkowy z 0,3% Fe i 0,3% J

o stałym składzie.

Wskazania:

Zoły, krzywica, przewlekły katar macicy, jako pomocniczy środek krzepiący w ciężkich chorobach skórnych.

Dawka dzienna 3—4 razy po łyżce stołowej; dzieciom odpowiednio mniej. Oryginalne butelki po 250 grm.

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim (Niemcy)

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

Preparat arsenowy Ehrlich'a - Chata № 606.

wprowadziliśmy do handlu pod nazwą, prawem zastrzeżoną:

„SALVARSAN“

M. L. B. Hoechst.

(Przygotowanie salwarsanu odbywa się pod kontrolą Radcy Tajnego profesora dra P. Ehrlich'a).

Wskutek wadliwej fabrykacyi preparatu arsenowego Ehrlicha i nieumiejętnego napełniania ampulek mogą powstawać produkty o silnych własnościach trujących, wielce niebezpieczne dla życia chorego. Dla tego też wypuszczamy tylko taki salwarsan, którego działanie, jadowitość, rozpuszczalność i barwa zostały wypróbowane przez prof. Ehrlich'a, i który okazał się pod każdym względem bez zarzutu. Jedynie stosując oryginalny preparat z powyższą nazwą „Salvarsan“ z wydrukowaną na etykiecie czerwoną podobizną podpisu prof. Ehrlich'a i z kolejnym numerem kontroli, lekarz może być pewny, że otrzymał środek, skontrolowany przez samego wynalazcę i uznany za czysty i bezpieczny.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Hoechst nad Menem.

SANGUINAL KREWEL CUM KREOSOT

Sanguinal Krewel cum Guajacol. carbonic.

w pigułkach po 0,05 g. i 0,10 g. Kreosot wzg. Guajac. carb.

bardzo skuteczny, wygodny i przyjemny sposób stosowania kreosotu i guajakolu bez żadnego działania ubocznego, od wielu lat stosowany ze znakomitą skutkiem w zółzach, w początkowych okresach suchot, w gruźlicy w zakładach leczniczych i praktyce prywatnej.

Dla pp. lekarzy próby i literatura darmo i franko.

KREWEL & Co. G. m. b. H. fabr. chem., Kolonia-Bayenthal.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę, gub. połud.-zachód., Centr. Rosyję Kaukaz—Dom Handlowy: S. ROŚCISZEWSKI, Warszawa, Bracka 6.

każenia z błyskawicznie szybkim przebiegiem, gdy tymczasem infekcję objaśnić wypadłoby jako łżejszą, lecz dłużej trwającą anafilaksyę. Teraz rozumiemy też, w jaki sposób obojętne same przez się, nie należące do chorobotwórczych drobnoustrojów mogą wywoływać ciężkie objawy zatrucia, albowiem w pewnych warunkach z nich nawet wydziela się anafilatoksyna. Pojmujemy również, dlaczego najróżnorodniejsze substancje wywołują u ludzi i u zwierząt objawy analogiczne. Istotnie, wiemy, że zapalenie płuc, opon mózgowych lub ucha środkowego, angina, wreszcie zaburzenia żołądkowe, wzgl. jelitowe bywają wywoływane przez rozmaite rodzaje bakterji, gdy natomiast powstają te same objawy kliniczne najczęściej też o jednakowym przebiegu, zejściu i obrazie anatomicznym.

Przeciw pojmowaniu zakażenia jako zatrucia produktami rozkładowymi, mógłby być podniesiony ten zarzut, że przy anafilaksyi, jak stwierdziliśmy, zawsze następuje spadek ciepłoty, gdy w zakażeniu obserwujemy objawy gorączkowe, a więc podwyższenie ciepłoty. Jednak, to przeciwieństwo jest tylko pozorne, a wynika stąd, że w doświadczeniach wprowadza się na raz takie ilości białka, jakimi ustrój zwierząt zakażonych nie rozporządza w danej chwili. Okazało się mianowicie, że białko bakteryjne lub zwierzęce w dawkach tysiąckrotnie mniejszych niż te, jakie są potrzebne do wywołania anafilaktycznego spadku ciepłoty (szoku), powodują ściśle swoiste obniżenie ciepłoty o 3—5 stopni. Ponadto wskutek minimalnych śladów białka, wstrzykniętych uczulonym zwierzętom w rozmaitych dawkach i odstępach czasu, Friedberger'owi udawało się wywoływać trwałą, nieregularną albo w określonych odstępach czasu powracającą gorączkę, t. j. sprowadzać sztucznie znane nam typy wahania się ciepłoty i wytwarzać niejako najrozmaitsze formy chorób zakaźnych.

Przy anafilaksyi więc jedynie ilość białka wprowadzonego stanowi o tem, czy ma nastąpić gorączka, czy spadek ciepłoty. Zgadza się to najzupełniej z naszym doświadczeniem klinicznym. Jeśli ustrój wydziela mało jadu, dostajemy gorączki; gdy naraz wyzwalają się większe ilości toksyny, jak to bywa przy każdym kryzysie, następuje nagły spadek temperatury. Ów zwłaszcza u osób starszych tak groźny zapad (*callapsus*), często towarzyszący kryzysowi w myśl tego, com powiedział wyżej, byłby tedy skutkiem działania większych ilości anafilatoksyny na i tak już osłabiony mięsień sercowy.

Zresztą wyżej opisany sposób wywoływania gorączki wskutek swej swoistości może być użyty w praktyce sądowej do wykrywania rodzajów białka, tem bardziej, że nie jest on mniej czuły od odczynów zapomocą strącalników.

Gdy zewnętrzna ciepłota ciała nagle bardzo się podnosi, gdy ulatnianie się ciepła wskutek zwężenia naczyń skórnych się zmniejsza, wtedy chory odczuwa intensywne zimno, które się wyraża w dreszczach. Odwrotnie, po nagłym spadku ciepłoty następują zwykłe poty (najczęściej przy rozszerzeniu naczyń skórnych).

Wyżej opisane zjawiska, zwłaszcza zaś działanie mniejszych i większych ilości jadu, najlepiej stwierdzić można w malaryi. Przy ukłuciu cho-

rych na zimnicę komary malaryczne (*Anopheles*)—wylącznie samiczki, które potrzebują widocznie pokarmu dla rozwoju jajek wewnątrz ciała—wsysają ze krwi zarazki zimnicze (*plasmodium*). Te ostatnie dostają się do gruczołów gębowych, a stąd przez następne ukłucie do krwi zdrowych ludzi. Tutaj w ciągu 2-u lub 3-ch dni odbywa się rozmnażanie—przez podział—i dojrzewanie plasmodyów. Atak zimniczy zaczyna się z podziałem pasożytów, gorączka przypada na czas przenikania młodych plasmodyów do czerwonych krążków krwi. Z początku wyzwała się niewielka ilość jadu, ponieważ sprawa odbywa się stopniowo. Wskutek tego ciepłota musi się podnosić, a że następuje to względnie szybko, dostajemy dreszczów, trwających mniej więcej godzinę. Potem zjawia się okres gorąca, który się zazwyczaj przeciąga 2 do 4 godzin. W tym okresie wyzwała się stosunkowo wiele jadu, wskutek czego liczna plasmodya, zniszczywszy poprzednio mnóstwo czerwonych krążków krwi, same teraz giną. W związku z tym jest spadek ciepłoty i okres potów, poczem następuje stan bezgorączkowy.

Nie wyczerpałem zgola jeszcze wszystkich spraw zatrucia anafilaktycznego. Chciałbym jednak wyprowadzić jeszcze z powyższych danych pewne wnioski, a szczególnie podnieść znaczenie teorii anafilaktycznej dla chorób skórnych, wykazać jak przy jej pomocy możemy objaśnić rozpadanie się oraz zgorzel tkanek, wzgl. narządów ciała ludzkiego lub zwierzęcego.

(D. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

171. Sauerbruch (Zurych). Postępy w leczeniu chirurgicznem chorób płucnych.

Współczesna chirurgia płuc opiera się na spostrzeżeniach klinicznych i na pracach doświadczalnych lat ubiegłych. Pierwszy Mosler w celu leczenia gruźlicy płuc próbował wstrzykiwać do wierzchołków kwasu karbolowego i salicylowego, oraz pierwszy razem z Hueter'em otworzył jamę rozdętego oskrzela (*bronchectasis*). Z kolei przyszły prace doświadczalne nad wycianiem płuc, kliniczne—nad otwieraniem ropni płucnych i ognisk zgorzelinowych, wreszcie utorowały znakomicie drogę dla zabiegów chirurgicznych zdobyte w dziedzinie rentgenografii i metody operowania przy stosowaniu zróżnicowanego ciśnienia atmosferycznego (*Druckdifferenzverfahren*). Nic tak dalece nie stało przez czas długi na przeszkodzie do należytego rozwoju chirurgii płuc, jak obawa przed operacyjną odmą piersiową. Istotnie bowiem, wskutek powstania ostrej otwartej odmy występuje t. zw. trzepotanie śródpiersia, będące przyczyną ciężkich zaburzeń ze strony narządów oddychania i krążenia krwi, kończących się nieraz śmiertelnie. Trzepotanie to (*Mediastinalflattern*) polega na tem, że śródpiersie podczas wdechu pod wpływem ciśnienia atmosferycznego wywiera ucisk na zdrowe płuco drugiej połąwy klatki piersiowej, podczas zaś wydechu pod wpływem przepony i kurczącej się klatki piersiowej wpukła się jak balon w otwartą operacyjnie poławę

też. Dzięki tym nadmiernym ekskursjom śródpiersia podczas aktu oddychania cierpi w znacznej mierze wymiana gazów w płucu zdrowym i prawidłowa wentylacja krwi. Zapadnięte płuco po stronie odmy piersiowej gra tu rolę podrzędną, i nie ono jest przyczyną główną wyżej wymienionych ciężkich objawów.

Do ostatnich czasów chirurdzy walczyli, jak mogli, z niebezpieczeństwem powstania odmy piersiowej. W razie przypadkowego otwarcia jamy opłucnej, szybko zamykano otwór tamponem z gazy; w innych razach przed rozleglejszymi operacjami na płucu wywoływano skutecznie zrosty pomiędzy listkami wolnej opłucnej. Müller przez otwór w opłucnej ściennej łapie samo płuco, wyciąga i umocowuje je w ranie, unieruchamiając przeto śródpiersie. Jeżeli udaje się na razie uchronić chorego sposobami powyższymi od następstw bezpośrednich odmy piersiowej, to, niestety, bardzo często nie można uniknąć następczego zakażenia jamy opłucnej. Znakomitym krokiem naprzód w rozwoju usiłowań nad sposobami zapobiegawczymi odmie operacyjnej był pomysł Mikulicza (10 lat temu) operowania na narządach klatki piersiowej przy zmniejszonym ciśnieniu w odpowiednio urządzonej kamerze. Wkrótce Brauer wymyślił przyrządy, polegające na zasadach odmiennych, lecz prowadzących do tego samego celu, a mianowicie—na podstawie własności ciśnienia wzmożonego w szkatułkach, wzgl. kloszach, nakładanych na głowę chorego. Sauerbruch udoskonalił kamerę Mikulicza, uczyniwszy ją nawet łatwo przenośną, z przyrządów zaś o ciśnieniu wzmożonym poleca przyrząd maskowy Tiegel'a z tlenem.

Do operacji w klatce piersiowej użycie narkozy ogólnej winno być możliwie ograniczone i nawet rozleglejsze wycinanie licznych żeber daje się wykonać bez bólu przy zastosowaniu umiejętnem znieczulenia miejscowego. Wyjątek pod tym względem stanowią operacje, dokonywane przy zróżnicowaniu ciśnienia. Co się tyczy samej techniki operacyjnej, to dla zabiegów wewnątrz klatki piersiowej S. poleca cięcie w przestrzeni międzyżebrowej, żebra zaś rozsuwa przy pomocy specjalnego rozwieracza żebrowego (*Rippensperrer*), roztwieranego mocnym przyrządem szrubowym i dającego zupełnie dostępne i rozległe pole operacyjne. Po skończonej operacji (aseptycznej) sąsiednie żebra, t. j. górne z dolnym zbliża się zupełnie zapomocą mocnego szwu kostnego lub okostnowego; na miękkie części kładzie się szew dwupiętrowy.

Po tym wstępie Sauerbruch rozpatruje kolejno zabiegi chirurgiczne, stosowane obecnie w różnych cierpieniach płuc. Rany płuc do ostatnich czasów leczono prawie wyłącznie zachowawczo. Obecnie nastąpił jednak pewien zwrot w poglądach na tę sprawę, szczególnie w przypadkach cięższych i rozleglejszych uszkodzeń tkanki płucnej zarówno podskórnych jak i otwartych. W pęknięciach płuc urazowych podskórnych nie tylko odma piersiowa napięta (*Spannungspneumothorax*), lecz i krwotok wewnętrzny zniewalają do otwarcia klatki piersiowej, które radzi S. wykonywać przy posiłkowaniu się przyrządami o ciśnieniu zróżnicowaniu. Otwarte zranienia płuc, o ile nie są połączone z uszkodzeniem znaczniejszem miąższu płucnego i nie powodują groźnego krwawienia, przebiegają łagodnie i mogą być leczone zachowawczo, w przeciwnym razie wymagają również zabiegu chirurgicznego. Dostęp do płuca torować sobie należy cięciem międzyżebra, naczynia większe podwiązywać, zmiażdżone części płuca wycinać, rany płucne zaszywać, stosując szew podług Lemberta najcieńszym jedwabiem. Zdaniem autora, przewiązanie gałęzi głównych tętnicy i żyły płucnej nie powoduje zaburzeń. Tego rodzaju postępowanie w cięższych uszkodzeniach płuc dało Sauerbruchowi wyniki zupełnie dobre.

W przypadkach jednoczesnego uszkodzenia, wzgl. zra-

nienia narządów klatki piersiowej i brzucha należy wykonywać laparotomię przezopłucnową, t. j. otworzyć klatkę piersiową w VII-ej przestrzeni międzyżebrowej, wykonać zabieg odpowiedni (w razie potrzeby) na płucu, następnie przeciąć przeponę i w ten sposób dostać się do jamy brzusznej. Cięcie w przeponie daje podobno tak rozległy dostęp do narządów brzucha, że jakoby nawet wycięcie śledziony tą drogą łatwiejsze jest od wykonania tej operacji sposobem zwykłym. Sauerbruch 5 razy zastosował cięcie brzuszne przez przeponę przy jednoczesnem uszkodzeniu płuc, śledziony i wątroby—przytem we wszystkich 5-u przypadkach z powodzeniem.

Guzy płuc o tyle dostępne są dla zabiegów, o ile przedstawiają nowotwory ograniczone, rosnące wolno; usuwanie ich odbywa się zapomocą wycinania w zdrowej tkance płucnej. Guzy klatki piersiowej, wrastające w płuca, również niejednokrotnie już były przedmiotem operacji chirurgicznych pod ciśnieniem różnicowanym. Braki, powstające po wycięciu płuca należy natychmiast pokrywać platami skórnymi.

Rozedma płucna, powstająca wskutek zmian pierwotnych wstecznych w chrząstkach żebrowych, wynikiem czego jest stałe niepodatne rozszerzenie klatki piersiowej, nadaje się do wycinania chrząstek spos. Freund'a w celu nadania ruchomości żebrom. Operację tę wykonano dotychczas w znacznej już liczbie przypadków z wynikami niezawsze dodatnimi. Sauerbruch sam nie jest zwolennikiem zabiegu Freund'a, uważa sprawę samą i jej leczenie za niedostatecznie jeszcze wyjaśnione; wskazania do operacji są trudne, pomimo to zalecać ją można do stosowania u osóbników młodych.

Leczenie chirurgiczne ropni płucnych zyskało w ostatnich czasach na rozwoju swym dzięki dokładniejszemu rozpoznawaniu promieniami Rg. i bliższemu opracowaniu wskazań. Ze względów praktycznych S. dzieli ropnie płuc na ostre i przewlekłe, zwykłe i gnilne. W przypadkach ropni ostrych, np. po zapaleniu płuc, jeżeli w przeciągu 6—8 tygodni nie następuje samoistne wyleczenie (przez wykrztuszanie ropy), należy przystąpić do operacji. Przypadki przewlekłe, a szczególnie gnilne przedstawiają bezwzględne wskazanie do zabiegu, z którym zwlekać nie należy. Rozpoznanie nie jest bynajmniej zawsze łatwe, zwłaszcza co się tyczy umiejscowienia. Prócz opukiwania i osłuchiwania posilkować się należy prom. Rg.; pozątem S. zwraca uwagę na bolesność żywszą przy ucisku na klatkę piersiową w miejscu, odpowiadającem ognisku ropnemu. Operować należy przy stosowaniu ciśnienia zróżnicowanego i wszywać zmienioną część płuca, w otwór rany; dopiero po tym ostatnim akcie można otworzyć ognisko i to najlepiej przyrządem Paquelin'a. W jamę opróżnionego ropnia wkłada się sącdek grubo owinięty gazą. Po 2—3 miesiącach następuje zabliznienie, jeżeli wytworzy się przetoka, to można ją z czasem okrwawić i zaszyć.

Jednem z trudniejszych zadań chirurgii płucnej jest leczenie rozszerzeń oskrzela (*bronchiectasis*); w b. wielu przypadkach osiąga się zaledwie pewną poprawę, a i to już stanowi wiele. Najgorsze rokowanie dają rozszerzenia wrodzone oraz liczne rozlane. B. częstem następstwem operacji jest przetoka oskrzelowa, która jednak stanowi znacznie mniejszą dolegliwość dla chorych, aniżeli samo cierpienie pierwotne. Celem zabiegów operacyjnych jest wywołanie zmniejszenia jamy przez skurczenie płuca, z drugiej strony zaś jama tem podatniejszą się staje do ucisku z zewnątrz im krócej trwa sprawa i im cieńsze ściany posiada rozszerzone oskrzele i stąd wniosek, że zabiegi wcześniejsze dają rokowanie lepsze. Różnemi drogami starają się chirurdzy wywołać skurczenie tkanki płucnej, otaczającej jamę oskrzelową. Do takich zabiegów należą: plastyka klatki piersiowej (wycięcie szeregu kawałków żeber)—sama lub połączona ze sztucznem porażeniem odnośnego odcinka przepony (t. zw. *phrenicotomia*—przyp. sprawozd.). W nie-

których mniej rozległych rozszerzeniach oskrzelowych w dolnym płacie wystarcza jakoby jedynie ten ostatni zabieg. Najłatwiej jest dopiąć celu w tych przypadkach wtedy, kiedy w płucu zachodzą już sprawy skurczające je, bliznowate. Jeżeli tych brak, to Sauerbruch doradza w celu ich wywołania uprzednie podwiązanie tętnicy płucnej (technika nie podana—przyp. sprawozd.). W rozpaczliwych przypadkach pozostaje amputacja całego chorego odcinka płuca po nałożeniu przewiązki na tętnicę płucną; zabieg ciężki i niebezpieczny. Z 25-u chorych Sauerbrucha, dotkniętych rozszerzeniem oskrzeli i leczonych różnymi sposobami, żaden wprowadzić nie wyzdrowiał całkowicie, u większości jednak nastąpiła poprawa: zmniejszenie ilości płwociny i jej woni, poprawa stanu ogólnego.

Leczenie chirurgiczne gruźlicy płucnej stało się w ostatnich czasach sprawą aktualną; toteż omówieniu jej poświęcił autor najwięcej miejsca. Operacji Freund'a, polegającej na wycięciu pierwszego żebra w początkowych okresach gruźlicy wierzchołków płuc, S. sam nie wykonywał, poczytując wogóle leczenie chirurgiczne rozpoczynających się suchot za niewskazane. Natomiast wszelkie usiłowania należy skierować ku zabiegom operacyjnym w rozwiniętej gruźlicy płuc, mającym na celu wywołanie niedodmy płuca (*collapsus pulmonis*). Od dawna już spostrzegano, że gruźlica płuca, znajdująca się przez czas dłuższy pod uciskiem wysięku w opłucnej lub odmy piersiowej zdradzała skłonność do zabliznienia się. Spostrzeżenia te powołały do życia znane sposoby wywoływania sztucznej odmy piersiowej, które też dzięki Forlaniniemu, Brauerowi, Spenglerowi i innym stały się poważną metodą leczniczą. Wypełnianie jednak jamy opłucnej azotem posiada pewne granice, a mianowicie jest ono niewykonalne i niebezpieczne w przypadkach zrostów opłucnych; w tych razach nie pozostaje nic innego, jak stosowanie t. zw. zewnątrzopłucnej plastyki klatki piersiowej. Zasługą jest Brauera i Friedrich'a powołanie do życia rozleglejszych wycinających żeber w celu wywołania takiej niedodmy płuca, jaką osiąga się przez sztuczną odnę piersiową. Istotnie badania doświadczalne i kliniczne dowiodły, że po takich zabiegach płuco kurczy się znacznie i zmniejsza swą objętość, wszelkie zdrowe i chorobowo zmienione przestrzenie jamiste zapadają się, wreszcie ma miejsce czynnościowe unieruchomienie płuca. Najważniejszymi czynnikami z punktu widzenia leczniczego są: zmniejszenie pojemności jam w płucu i unieruchomienie tego narządu. Wiemy bowiem, jak ważną rolę odgrywa spokój, nadawany kończynom w leczeniu gruźliczych cierpień stawów: analogiczne zjawisko stwierdzić należy również w leczeniu suchot płucnych. Zmniejszenie pojemności jam ogranicza zmiany zapalne w nich, oraz ilość płwociny. Dalej, skutek unieruchomienia płuca następuje zastój w nim limfy, który przyczynia się w pewnej mierze do rozwoju pożądanych w gruźlicy zmian bliznowatych.

Sam zabieg plastyki klatki piersiowej ulega stale modyfikacyom: pierwotna b. rozległa jednoczasowa operacja Friedrich'a—Brauera ustąpiła miejsca bardziej oszczędnej dwuczasowej plastyce, ograniczającej się do wycinania niewielkich kawałków żeber na określonych odcinkach klatki piersiowej. Tutaj też odnieść należy przykręgowo wycinanie częściowe 7—8 górnych żeber podług Wilmsa. Z drugiej strony jednak, zauważyć wypada, że wszystkie te ograniczone, częściowe wycinania żeber nie są w stanie wywołać skurczenia płuca w tym stopniu jak rozległa, całkowita plastyka. Prócz tego, wbrew mniemaniu Wilmsa, Sauerbruch w wycinaniu tylko żeber w górnej części klatki piersiowej upatruje niekiedy niebezpieczeństwo dla płatów dolnych płuc (w aspiracji—przyp. sprawozd.). W przypadkach jednak ograniczonych spraw, bez jam, w górnych płatach operacja Wilmsa daje wyniki bardzo dobre. W bardziej rozległych zmianach gruźliczych autor wycina po

niewielkim kawałku zebra od I do XI przy pomocy cięcia hakowato wygiętego. Jeżeli przytem istnieją znaczniejszej objętości jamy w płucu, to należy wycinać większe odcinki zeber. Widać więc z powyższego, jak doniosłem zadaniem dla chirurga jest ściśle rozpoznanie rodzaju i rozległości sprawy chorobnej. Wogóle jednak, zdaniem Sauerbrucha, poddawać można operacyi plastycznej jedynie przypadki z jednostronną gruźlicą płuc; stanowczo należy tu wykluczać chorych ze świeżemi drugostronnemi zmianami. Leczeniu operacyjnemu winno też przychodzić z pomocą leczenie ogólne dyetyczne i klimatyczne. Gruźlica krtani nie stanowi przeciwwskazania do zabiegów, również jak podniesiona ciepłota. Najlepsze wyniki otrzymuje się u chorych młodych pomiędzy 16 a 25 r. życia. Statystyka osobista Sauerbrucha obejmuje 77 przypadków plastyki klatki piersiowej z powodu gruźlicy płuc; z tych 2 umarło wskutek zabiegu; 11 zmarło później; 17 klinicznie wyleczonych; u 19-u znaczna poprawa; u 19-u poprawa; u 4-ch bez zmiany; u 3-ch pogorszenie. Zabiegi dokonane zostały w znieczuleniu miejscowem. Autor kładzie nacisk na współudział chirurga i internisty przy kwalifikowaniu przypadków do plastyki klatki piersiowej.

W ostatnich czasach czynione są jeszcze dalsze usiłowania w celu ulepszenia techniki i rodzaju zabiegów chirurgicznych w leczeniu suchot płucnych. Sam autor zaproponował np. sztuczne porażenie przepony w celu unieruchomienia i pewnego ucisku dolnych płatów płuc (*phrenicotomia*); po przecięciu bowiem nerwu przepona ustawia się w maksymalnem położeniu wydechowem.

S. poleca zabieg ten (łatwy i krótki) szczególnie tam, gdzie mamy do czynienia z ograniczoną gruźlicą płatów dolnych, przy schorzeniu drugiego płuca, wreszcie dla przekonania się, w jakim stopniu reaguje drugie płuco po frenikotomii po stronie chorego płuca. Zależnie od zachowania się zdrowego płuca, S. stawia wskazania lub przeciwwskazania do plastyki.

Bär (z Davos) podał nową metodę uciskową, mianowicie, t. zw. plombowanie. Już Tuffier w celu wywołania ograniczonego ucisku na płuco posilkwował się tkanką tłuszczową, Bär zaś po odluszczeniu opłucnej ściennej umieszcza w powstałej jamie, a zatem zewnątrzopłucnowo, parafinę, która zastygnąwszy, ma wrosnąć in situ i uciskać chore płuco w określonem miejscu. Metoda ta przedstawia jednak niebezpieczeństwo pod tym względem, że najpierw samo oddzielanie opłucnej naraża już na otwarcie jamy powierzchownie położonej, a powtórne parafina uciskiem swym bezpośrednim może wywołać przedziurawienie jamy, co też już spostrzegano w klinice Seuerbrucha. Sposób ten wymaga jeszcze dalszych ulepszeń, aczkolwiek i obecnie już może być z powodzeniem zastosowany w przypadkach odpowiednich.

Pracę Sauerbrucha ilustrują liczne ryciny, przedstawiające różne przyrządy, radyogramy, krzywe ciepłoty i t. p.

U w a g a s p r a w o z d a w c y. Jak zwykle bywa, niestety, w pracach obcych autorów, Sauerbruch pominął absolutnem milczeniem zasługi polskich lekarzy na polu chirurgii płuc: pośród nazwisk Niemców, francuzów i włochów brak nawet wzmianki o Fr. Kijewskim, A. Sokolowskim, prof. L. Rydygierze, Majewskim i wielu innych, co uważam za obowiązek swój na tem miejscu zaznaczyć.

(Münch. medic. Woch. 1913, № 34 i 35)

L. Zembrzusi.

172. J. Safranek. O zmianach w górnym odcinku dróg oddechowych w białaczce (leucaemia).

Opierając się na bogatym materiale klinicznym, obejmującym 32 przypadki białaczki, leczone w ciągu pięciu lat w klinice prof. Ketly'ego w Budapeszcie, autor opisuje zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych, jakie

zachodzą w tej chorobie. Najwybitniejsze i najcharakterystyczniejsze zmiany widzimy w postaciach limfatycznych białaczki. Występuje tu przerost w narządach chłonnych jamy ustnej i gardzielowej, zwłaszcza w t. zw. pierścieniu limfatycznym Waldeyer'a, a więc we wszystkich czterech migdałkach, w guziczkach chłonnych tylnej ściany gardzieli, a nawet w języczku, nagłośni i innych częściach krtani.

Badanie drobnowidowe wykazuje wielkie skupienie limfocytów, które zacierają normalną budowę dotkniętej chorobą tkanki, przenikają do naczyń włosowatych, często nawet przerastają ściany żył, przedostają się pomiędzy komórki nabłonkowe, które zresztą pozostają nietkniętymi, stąd rozchodzą się do tkanki podśluzowej, nieraz nawet aż do warstwy mięśniowej, rozszerzają się w tkance łącznej i tłuszczowej, nie oszczędzają nawet ochrzestnej, a przewody odprowadzające gruczołów śluzowych otaczają gęstą warstwą. W obrazie drobnowidowym stwierdzić można wyraźną dążność do nieograniczonego rozrostu nacieczeń limfocytowych, co, zdaniem niektórych badaczy, przypomina do pewnego stopnia nowotwory złośliwe.

W przypadkach białaczki szpikowej występuje nadmierny wzrost i wzmożona działalność pierwiastków, wchodzących w skład szpiku kostnego. Krew przepełniona jest wielojądowymi neutrofilowymi leukocytami, myelocytami i myeloblastami. W wybitnych przypadkach można i w tej postaci odnaleźć ogniska białaczkowe we wszystkich narządach, a więc i w górnym odcinku dróg oddechowych. Przyczyna choroby jest niejasna; niektórzy uważają ją za chorobę zaraźliwą. Niedawno Ellerman i Bang ogłosili dodatnie wyniki przeszczepiania białaczki szpikowej kilku pokoleniom kur. Natomiast Sternberg wyhodował ze krwi zmarłych na białaczkę szpikową gatunek paciorkowca, który wywoływał u królika chorobę, przypominającą ostrą białaczkę. Białacze towarzyszy zawsze mniej lub więcej ciężka niedokrwistość. Z przypadków, spostrzeganych przez autora, w 10-u była wyraźna białaczka limfatyczna, z nich 9 byli to mężczyźni w wieku 30—50-u lat. U wszystkich były mniej lub więcej przerosłe wszystkie dostępne badaniu gruczoły. Ze strony dróg oddechowych występowało na pierwszy plan *krwawienie z nosa*, które zaliczyć należy do kardynalnych objawów białaczki, niekiedy występuje ono w początkach choroby, jako pierwszy jej przejaw, chociaż zdarzać się może we wszystkich okresach. Miejsce krwawiące znajduje się na przegrodzie w postaci ograniczonego nacieczenia, koloru bladego szarozółtego, a nawet bladoniebieskiego. Czasami widać na woskowo bladej śluzówce nosa krwawe plamy i wybroczyny. Spotykamy również i sprawę zapalną, owrzodzenia a nawet głęboki rozpad. Oprócz nosa krwawieniu mogą dawać początek i ogniska białaczkowe jam bocznych. Sprawę rozpadową w białacze najczęściej spotykamy w jamie ustnej i gardzielowej pod postacią *gingivitis*, a zwłaszcza *angina gangraenosa*. Jak było wyżej wspomniane, zmiany białaczkowe najczęściej dotyczą pierścienia limfatycznego Waldeyer'a; zwłaszcza migdałki dosięgają nieraz ogromnych rozmiarów, przyczem wygląd mają blade, woskowożółty, jak by pergaminowy; podobnym zmianom ulega i migdałków językowy, granulacye tylnej ściany, a nawet i języczek który staje się grubym, wydłuża się, dochodząc nieraz do wejścia krtaniowego. Białaczka zja, wia się w większości przypadków u dorosłych (przeważnie u mężczyzn) bywa wszakże i u dzieci, u których wywołuje wspomniane przerosty migdałków podniebiennych i gardzielowych. Dokonana w tych razach operacya kończy się zwykle śmiercią wskutek nadmiernej utraty krwi. Należy przeto u dzieci z przerostami migdałków zwracać baczną uwagę na zabarwienie skóry i migdałków i na stan gruczołów wogóle. Niekiedy nacieczenie białaczkowe bywa rozlane i może obejmować cały odcinek górny dróg oddechowych (przyp.

Onodiego), powodując trudność oddychania i polykania. Zapalenia rozpadowe jamy ustnej i dziąseł w białaczce niekiedy przypominają zmiany w raku wodnym. W anginach zgorzelinowych zniszczenie tkanek może być przyczyną krwotoków śmiertelnych. W rzadkich przypadkach owrzodzenia białaczkowe mogą się zagoić. Nacieczenia białaczkowe spotykamy w krtani, przyczem najradziej występują na strunach prawdziwych wskutek właściwościom ich budowy histologicznej. Oprócz nacieczeń mogą powstawać tam i owrzodzenia, krwawienia oraz wybroczyny w błonie śluzowej, krwawe plamy i t. p. Kaszel chrypka, porażenie strun głosowych wskutek ucisku nerwu zwrotnego przez zwyrodniałe białaczkowo gruczoły, zwężenia krtani i tchawicy—oto są jeszcze następstwa białaczki krtani i tchawicy. Podobne zmiany, jak i w białaczce limfatycznej spotykamy i w białaczce szpikowej, która dotyka tych samych miejsc i nie oszczędza nawet tkanki chrząstkowej. W ostrej białaczce występują na pierwszy plan krwawienia nosowe oraz rozpadowe zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli.

Rozpoznanie białaczki nie jest trudne, jeżeli mieć na uwadze wyżej wymienione objawy. Najtrudniej rozpoznać ostre formy białaczki, gdyż należy wykluczyć anginę Vincent'a, rak wodny, skorbut, a nawet syfilis i gruźlicę. Decydującem będzie badanie krwi. Rokowanie bywa bardzo złe; choroba trwa najdłużej 1—2 lata. Niekiedy leczenie wzmacniające, naświetlanie promieniami X może czasowo powstrzymać rozwój choroby. Śmierć następuje wskutek stopniowo rozwijającego się charlactwa. Leczenie polega na podawaniu przetworów arszeniku i naświetlaniu promieniami X, które nieraz daje doskonale wyniki. W ostatnich czasach w klinice Noorden'a poczęto stosować radyocenne preparaty toru (*Torium X*), działające jakoby specyficznie na białe ciałka. Dobre wyniki stosowania toru widziano również w przypadkach chłoniako-mięsaków. W ostatnich czasach prof. Koranyi wprowadził do terapii białaczki benzol. W razie krwotoków nosowych najlepszą jest ostrożna tamponada bez przypałań, które mogą powodować rozpad i być przyczyną nowych krwawień. Tampony robić najlepiej z gazy wyjałowionej, którą przepajamy maścią Mikulicza; pozostawiać je w nosie można na 5—6 dni. Z środków miejscowych, powstrzymujących krwawienie, dobrą jest feropiryna w 20%-owym roztworze. Z ogólnych środków nieźle niekiedy działa zastrzykiwanie wyjałowionej żelatyny. W *angina gangraenosa* stosujemy H_2O_2 , pastylki formamintowe, ze środków znieczulających zaś anestetynę, ortoform. W razie zwężenia krtani uciekamy się do tracheotomii. Intubacji wobec możliwości powstania zgorzeli na miejscu ucisku należy unikać.

(*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, 1913 z. 7).

J. Sz.

173. E. Bibergeil. Znaczenie kliniczne tarni dwudzielnej ukrytej (*spina bifida occulta*).

Pod nazwą powyższą rozumieć należy nieprawidłowość rozwojową w budowie kręgosłupa, która zewnętrznie nie przejawia się ani widocznym dla oka lub ręki badającego rozszczepieniem kostnem, ani też obecnością guza torbielowatego. Wszystkie dość liczne opisy powyższego zбочenia można podzielić na kilka grup w zależności od tego, która część kręgu uległa rozszczepieniu: wyrostek (tarn), łuk czy trzon. Najczęściej znajdowano tarn dwudzielną w okolicy krzyżowółdźwiowej. Na miejscu rozszczepienia, według niektórych autorów, zwykle spotyka się tłuszczaki, zbliznowacenia, wyniosłości skórne i obfite uwłosienie, zwłaszcza to ostatnie zalicza Tillman do objawów prawie że stałych. Autor na 15 przypadków tarni dwudzielnej zaledwie w jednym przypadku spostrzegał nadmierne uwłosienie, z czego wnio-

Przeciw zaparciu przewlekłemu i zwykłemu, przeciw rozstrojowi żołądka, skłonności do tycia i do hemoroidów lekarze zalecają



SAGRADA BARBER,

jako łagodny środek czyszczący, regulujący trawienie.

SAGRADA BARBER — oczyszcza krew, wzmacnia żołądek i narządy trawienia.

SAGRADA BARBER — zawiera wszystkie skuteczne pierwiastki kory CASCARA SAGRADA.

Dawka: 1—3 pastylek przed udaniem się na spoczynek, działa po upływie 10—12 godzin.

Aby uniknąć przykrych nieporozumień, należy żądać koniecznie SAGRADA BARBER w pudełkach oryginalnych po 40 lub 20 sztuk. Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

W. W. P. P. lekarzom wysyłają się na żądanie próby SAGRADA BARBER z głównego źródła.

Apotheke zum heiligen Geist, Wien I. Operngasse 16.



LABORATORYUM CLIN—PARIS.

Liqueur du D-r Laville

Likier d-ra Laville'a środek swoisty przeciwko napadom podagry.

Daje wyniki pewniejsze niż Tinctura Colchici (prof. Magrus — Levy Berlin).

Sposób stosowania i dawkowania: w razie bólów gwałtownych—łyżeczkę od kawy w szklance herbaty wypić na 2 godziny przed jedzeniem, albo w 4 godziny po jedzeniu; w razie umiarkowanych bólów—rano na czczo łyżeczkę od herbaty w ciągu 3 dni.

Cena flakonu rub. 4 kop 25.

Quina Laroche

Wino chinowe Laroche. Wyciąg zupełny z 3-ch gatunków kory chinowej (szarej, żółtej i czerwonej).

W małej objętości zawiera wszystkie czynniki działające kory: gorzkie, ostre i aromatyczne.

Cena flakonu rb. 2 kop. 25.

Z żądaniem prób i literatury należy zwracać się do d-ra med. WAITZ'A, dyrektora technicznego pracowni Clin'a MOSKWA — Pasaż Dżamgarowych 33.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Odczyty Kliniczne

Serya XX.

1. 2. 3. Dr SEWERYN STERLING — Postaci kliniczne suchot płucnych
Cena rub. 1 kop. 20.
4. 5. 6. Dr WŁADYSŁAW GAJKIEWICZ — O objawach przed-
sionkowych (westybularnych) i ich znaczeniu fizyologicz-
nem i patologicznem.
Cena rub. 1 kop. 20.
7. 8. Dr JÓZEF JAWORSKI — Cięża i gruźlica oraz wzajemny
ich stosunek.
Cena kop. 80.

Prenumerata roczna 12 zeszytów wynosi rub. 4.

Prenumerować i nabywać można

== w Administracji Gazety Lekarskiej (Bracka 23) i we wszystkich księgarniach. ==

==== Skład główny w księgarni **GEBETHNERA i WOLFFA** w Warszawie. ====

Kraków **G. GEBETHNER i S-ka.**

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“

ŚWIEŻO WYDANE ZOSTAŁY:

D-ra Med. Henryka Nusbauma

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka).

z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową, napisaną
przez doc. d-ra **J. Pruszyńskiego.**

Cena rub. 2.50.

Skład Główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Kraków. **G. Gebethner i S-ka.**

skuje, że objaw powyższy nie należy do stałych. Niezmiernie ważne według autora są te zmiany, które tarń dwudzielna może wywołać w skutek ucisku rdzenia, względnie korzonków nerwowych, wychodzących z rdzenia. Zmiany te mogą być natury ruchowej, czuciowej lub odżywczej i dotyczą głównie kończyn dolnych, wywołując zwichnięcie stawu biodrowego lub zniekształcenie stopy. Zmiany w stawie skokowym wywołane przez rozszczepienie kości kręgosłupa należą do rzadkości; zmian w kończynach górnych autor wcale nie spostrzegał. Oprócz tego przy tarni dwudzielnej ukrytej często spostrzegane było mimowolne moczenie nocne (enuresis nocturna).

Dotychczasowe poglądy na jednocześnie występujące: tarń dwudzielną i zmiany patologiczne w kończynach dolnych, nie były jednolite. Joachims-thal uważa, że jednoczesność występowania tych zmian jest tylko wypadkową.

Pieri, omawiając sprawę jednoczesnego występowania tarni dwudzielnej i schorzeń stawu biodrowego, dzieli te przypadki na dwie grupy. Do pierwszej zalicza przypadki, w których rozszczepienie kości kręgów dochodzi do znacznych rozmiarów, wywołując przepuklinę rdzeniową oraz ciężkie wtórne zmiany odżywcze, wynikiem czego bywa zwichnięcie stawu biodrowego. Do drugiej grupy Pieri zalicza przypadki rozszczepienia ukrytego, w których nie może być mowy o oddziaływaniu na staw biodrowy; jeżeli więc mamy i zwichnięcie stawu biodrowego, będzie to zwykły zbieg okoliczności. Autor przytacza ten podział i godzi się nań w zupełności. Oprócz zmian w stawie biodrowym spostrzegamy w tarni dwudzielnej porażenia i przykurczenia, których wynikiem są zniekształcenia stopy, zwłaszcza stopa szpotawa i szponiasta.

Jeżeli zmiany powyższe zależą od ucisku kostnego w obrębie kręgosłupa, wskazany jest wtedy zabieg operacyjny w celu usunięcia tego ucisku. Po-wolny rozwój zniekształceń stopy bez zaburzeń odżywczych nawet w razie obecności tarni dwudzielnej ukrytej jest, podług autora, przeciwwskazaniem dla zabiegu operacyjnego, gdyż zwykle tego rodzaju zmiany nie zależą od roz-szczepienia kręgów, lecz od schorzenia układu ośrodkowego: Friedreich'a, sy-ryngomyelii, gliozy lub Littla.

(*Berliner klinisch. Wochen. 1913 № 32*).

Wł. Jar.

174. Fränkel i Gimpertz. Zastosowanie metody dyalizacyjnej podług Abderhaldena do rozpoznawania gruźlicy.

Trzymając się ściśle przepisów, podanych przez Abderhaldena dla roz-poznawania ciąży, autorzy przygotowywali antygen z tkanki serowatej płuc i gruczołów lub też gruzelków gruźliczych płuc ludzkich. Zbadano 25 su-ro-wic chorych gruźliczych różnych okresów na zawartość zaczynów rozszcze-piających. Z tych otrzymano w 17-u przypadkach odczyn dodatni. Z liczby tych 17-u w 12-u płwocina zawierała laseczники gruźlicy; z tych ostatnich zaś w 8-iu przypadkach przebieg choroby był powikłany gorączką. Naj-częściej więc odczyn Abderhaldena występuje w przypadkach gruźlicy pew-nych, przebiegających z gorączką.

Z 47-iu przypadków chorych niegruźliczych odczyn dodatni występował w 16-tu, rzadziej, więc, aniżeli płuco gruźlicze. Z 10-iu przypadków gruźlicy pewnej z obecnością jam białko laseczników w żadnym przypadku nie ulegało rozszczepieniu, natomiast w jednym przypadku uległo mu normalne płuco, w 2 płuco gruźlicze i w 7-iu płuco normalne i gruźlicze.

Widać z tego, że surowica chorych gruźliczych lżejszych rozszczepia przeważnie białko laseczników, natomiast surowica chorych gruźliczych cięż-szych rozszczepia tylko tkankę płuc normalną i gruźliczą. Tłómaczy się to w sposób następujący. Przy zajęciu organizmu zjawiają się zaczyny przeciwko białku laseczników. W dalszym rozwoju choroby występują zjawiska roz-

padu tkanki płucnej, czas teczki tkanki dostają się do krwiobiegu. Przeciwnie tym obcym dla krążenia tkankom organizm wytwarza zaczyny. Wtedy właśnie znikają zaczyny przeciwko białku laseczników; czy jest to skutkiem czy warunkiem rozwoju choroby, to nie daje się jeszcze rozstrzygnąć.

(*Deut. med. Woch. 1913, № 37.*)

Henryk Brockman.

175. Arno Ed. Lampé. Badania nad gruźlicą metodą dyalizacyjną podług Abderhaldena.

Zbadano na odczyn Abderhaldena 30 surowic osób zdrowych, podejrzanych o gruźlicę i chorych gruźliczych niewątpliwych w różnych okresach choroby. Jako antygeny używano zabitych laseczników gruźliczych, normalnej tkanki płucnej i tkanki płucnej gruźliczej. Surowicę każdego osobnika badano na własności rozszczepiające w stosunku do każdego z poszczególnych antygenów. Z 8-iu przypadków chorych niegruźliczych w 5-ciu otrzymano wynik absolutnie ujemny, w 5-ch zaś surowica rozszczepiała białko laseczników. Z liczby 8-iu podejrzanych o gruźlicę w jednym przypadku odczyn wypadł ujemnie, w 5-ciu surowica rozszczepiała laseczki, w jednym laseczki i płuco gruźlicze, w jednym płuco normalne i gruźlicze. Z 4-ch przypadków gruźlicy pewnej bez jam w 5-ch surowica rozszczepiała laseczki i płuco gruźlicze, w jednym otrzymano odczyn Pirquet'a. Dodatni odczyn u osobników niegruźliczych tłumaczy się po części sumacją produktów rozpadu, zawartych w antygenie i surowicy, w części zaś obecnością w surowicy zaczynów nieswoistych.

(*Deut. med. Woch. 1913. № 33.*)

Henryk Brockman.

E. Grabs. Dwa przypadki zaburzenia w przewodnictwie podniet.

Z pomiędzy 2 przypadków, opisanych przez autora, zasługuje na wyróżnienie jeden, w którym, przy tętnie 36 na minutę i ciśnieniu krwi 160 mm. Hg. podług Riva-Rocci, udało się autorowi nie tylko stwierdzić zupełne rozkojarzenie czynności przedsionków i komór serca zapomocą skombinowanego tętnopisania (jeonoczesnego zdjęcia tętna żylnego i tętnicowego), lecz w którym autor mógł nadto rozpoznać za życia chorego na zasadzie krzywej elektrokardiograficznej, że cała ta sprawa zależy od zmian anatomicznych w lewej odnodze pęczka Tawary. Badanie pośmiertne potwierdziło dokładność tego rozpoznania.

(*D. Arch. für kl. Med. r. 1913.*)

L. Microslawski.

177. P. J. Menard. Działanie surowicy przeciwbłoniczej leczniczej na prątki błonicy.

Jak wiadomo, własności antytoksyczne surowicy przeciwbłoniczej zostały stanowczo stwierdzone przez szereg znakomitych badaczy, autor zaś niniejszego artykułu zastanawia się nad pytaniem, czy surowica przeciwbłonicza posiada własności bakteryobójcze i dochodzi na zasadzie swoich spostrzeżeń do wniosku, że prątek błonicy w zetknięciu z surowicą przeciwbłoniczą zachowuje swoją zjadliwość, a żywotność jego staje się nawet większą od tej, którą otrzymać można, hodując go na zwykłych pożywkach.

Menard doświadczenia swoje robił „*in vitro*” i „*in vivo*”, posilkując się prątkami błonicy różnego pochodzenia i surowicą przeciwbłoniczą świeżo przygotowaną, gdyż wiadomo, że z biegiem czasu traci ona stopniowo na sile.

Wobec ważności pytania warto streścić ważniejsze spostrzeżenia. Oto jego obserwacje robione „*in vitro*”.

Pierwsza obserwacja trwała od grudnia do lutego.

Do hodowli bulionowej zjadliwego prątką, błonicy dodawał Menard tej samej objętości surowicy przeciwbłonicy. Prątek błonicy rósł w tej pożywce w sposób sobie właściwy, tworząc błonkę na powierzchni zawiesiny, reszta zaś płynu pozostała przezroczystą, lecz bulion+surowica powoli mętniał, i błonka stała się cieńszą. Hodowlę tę przeszczepiał raz na surowicę zastygłą, i do bulionu, prątki rozwijały się szybko i obficie. Preparat z tego posiewu, zabarwiony metodą Grama, wykazał obecność prątków średniej wielkości i krótszych, które silnie przyjmowały barwik: 1 cm sz. z przeszczepionej hodowli bulionowej, wprowadzony podskórnej śwince, nie dał żadnego odczynu ogólnego i miejscowego. (Przeszczepianie powtórzone było dwa razy). Następnie osad z pierwotnej hodowli (prątek+bulion+surowica) przeszczepiał Menard na surowicę zastygłą, a potem z niej jednocześnie zasiano do probówki z surowicą zastygłą, i do probówki z surowicą zastygłą z dodatkiem toksyny błonicy. Temi dwiema hodowlami autor zasiewał raz po raz bulion Martina w kolbach, a potem zaszczepiał go dwu świnkom w ilości 1 cm sz.; u obu świnek wystąpił nazajutrz w miejscu szczepienia obrzęk, a po dwu dniach świnki padły. (Prątki przeszczepiane były kilkakrotnie).

Druga obserwacja trwała od czerwca do kwietnia,

Menard posilkował się jednocześnie trzema hodowlami bulionowymi prątków błonicy, lecz innego pochodzenia, niż te, których używał przy pierwszej obserwacji.

Wszystkie trzy hodowle rosły w bulionie w sposób charakterystyczny. Autor robił niemi następujące próby:

a) z pierwszej hodowli wylewał bulion, pozostawiając tylko powierzchną błonkę; bulion zaś zamieniał 10-u cm sz. surowicy przeciwbłonicy;

b) w drugiej bulion pozostawiał, i pod błonkę wpuszczał 10 cm sz. tejże surowicy;

c) trzecia hodowla pozostała bez zmiany, służąc do kontroli.

Przeszczepiając ciągle trzy te hodowle od czerwca do kwietnia, Menard zauważył, że w pierwszej (prątek+surowica) i w drugiej (prątek+bulion+surowica) wzrost prątków był zawsze obfity, w trzeciej zaś, służącej do kontroli prątki po 7-miu miesiącach zginęły.

W tych hodowlach bulionowych w pierwszych dniach pojawiła się błonka na powierzchni, w miarę zaś dalszego przeszczepiania bulion mętniał, i błonka była nieobecna, lecz po upływie pewnego czasu bulion stawał się znowu przezroczystym z błonką na powierzchni. W preparatach z posiewu wcześniejszego (z miesiąca października), zabarwionych metodą Grama, prątki ujawniły słabą zdolność do przyjmowania barwika, ziarenka zabarwiała się mocniej; prątki zaś z posiewu późniejszego, styczniowego przyjmowały barwik energicznie.

1 cm sz. z hodowli bulionowej styczniowej, tak często pszczepianej, autor zastrzykiwał pod skórę śwince morskiej, która zdechła po 5^{1/2} godz.. Inny przebieg chorobny miał miejsce, gdy zaszczepił śwince 1 cm sz. z hodowli prątki+surowica, w której Menard pozostawił prątki w zetknięciu z surowicą przeciwbłonczą od grudnia do marca, i osad z tej hodowli pierwotnej dopiero po upływie tego czasu przeszczepił na agar i do bulionu: u świnki w miejscu szczepienia pojawił się obrzęk, stan ogólny był dobry, i świnka zdechła dopiero 7-go dnia.

Z tych obserwacji Menard wyciąga następujące wnioski: prątki błonicy mogą zachować swą zdolność życiową przez długie miesiące, pozostając w zetknięciu z surowicą przeciwbłonczą, a nawet są w stanie w tych warunkach żyć dłużej, aniżeli hodowane na zwykłych pożywkach. Surowica wszakże nie pozostaje na nich bez wpływu, lecz wywołuje w nich pewne ważne zmiany, a mianowicie: prątek utracą: 1) zjadliwość, 2) zdolność tworzenia błony na

bulionie (lecz wkrótce, zależnie od czasu przebywania w surowicy, prątek nabywa dawnych własności), 3) zdolność do przyjmowania barwika: prątki barwione metodą Grama i Neisser'a w pierwszych dniach przeszczepiania barwią się słabo, ziarenko energicznie, lecz w miarę dalszego przeszczepiania prątki barwią się coraz lepiej.

Obserwacje „*in vivo*” potwierdzają również spostrzeżenia Menarda. Dwu świnkom autor zaszczerpił pod skórę brzucha 5 cm sz. surowicy przeciwbłoniczej, a po dwu dniach w miejscu symetrycznym młodą hodowlę prętków Löffler'a. W miejscu szczepienia utworzył się obrzęk, który przecięty aseptycznie po 24 g. okazał się być ogniskiem martwicy. Płyn snrowiczny z tego obrzęku został przeszczepiony do bulionu i następnie wprowadzony do ustroju świnki, która zdechła po 19 g. (zjadliwość tej hodowli okazała się większą, gdyż pierwsze świnki padły po 24 g.). Prątki z obrzęku drugiej świnki zaszeplono pod skórę klatki piersiowej świnkom przedtem szczepionym; znowu wystąpiły w nich zmiany miejscowe, i hodowla tych prątków wyrosła obficie, lecz ujawniła mniejszą zdlliwość.

Inne obserwacje Menarda robione „*in vivo*” potwierdzają również słuszność jego poglądu co do braku własności bakteryobójczych w surowicy przeciwbłoniczej.

A więc w walce z błonicą niedość jest zdaniem autora, stosować surowicę, trzeba koniecznie używać miejscowo i środków antyseptycznych; środki te muszą być stosowane z wielką ostrożnością, i nie powinny nigdy wywoływać uszkodzeń błny śluzowej.

(*La Presse medicale*, 1913 r. Nr. 63)

Julia Seydel.

178. Herman Tachan. Zawartość cukru we krwi i znaczenie kliniczne określania cukru w cukrzycy.

Dla określenia cukru należy badać krew na czczo, by wprowadzane pokarmy nie oddziaływały na stan krwi. Jeżeli się chce przekonać o wpływie węglowodanów, bada się krew w godzinę po podaniu 100 gr cukru gronowego lub 50 gr chleba białego. U zdrowego średnia wysokość zawartości cukru we krwi wynosi 0,084‰; podnosi się ona w cukrzycy i rozmaitych stanach chorobnych. Hollinger stwierdził wzmożenie się ilości cukru we krwi w gorączce (0,11‰—0,13‰), w przewlekłych cierpieniach nerek, w pewnych cierpieniach wątroby. U zdrowych ludzi stężenie cukru we krwi po wprowadzeniu dużych ilości węglowodanów zmienia się nieznacznie, natomiast w gorączce, marskości wątroby, alkoholizmie, otruciu ołowiem, w chorobie Basedow'a po podaniu 100 gr cukru gronowego zwiększa się ono do 0,2‰ i powyżej. W cukrzycy, przy stałym cukromoczu ilość cukru we krwi wzrasta (do 0,7‰ i powyżej). Dla rozpoznania cukrzycy należy stwierdzić zwiększenie się zawartości cukru we krwi na czczo i jej wzmożenie w godzinę po podaniu 50 gr chleba białego.

W cukrzycy nerkowej po przyjęciu węglowodanów nie zwiększa się zawartość cukru we krwi. Nadmiar zawartości cukru we krwi pozwala nam się oryentować co do ciężkości zaburzeń w przemianie materii. Przy leczeniu przypadków cukrzycy należy śledzić zawartość cukru we krwi; zmniejszenie się jej daje pojęcie o wynikach leczenia, które należy tak długo przedłużać, aż spadnie ona do normy.

(*Deutsch. Arch. für klin. Med.* t. 109, z. 5 i 6). *Julian Goldberg.*

179. Francis Mc Audden. Znaczenie soli wapiennych dla wzrostu.

Autor zajmował się w ciągu ostatnich dwu lat zjawiskami niedorozwoju (*infantilismus*), do czego skłoniły go głównie interesujące przypadki z zabu-

zeniami w przemianie materii, ogniskujące się przeważnie w przewodzie pokarmowym.

Autor badał kał w związku z wprowadzaniem ciał białkowych, węglowodanów, tłuszczów i ciał nieorganicznych. Dzielił przytem przypadki niedorozwoju na dwie grupy: do pierwszej zalicza przypadki z zaburzeniami w przemianie wapnia, który ginie prawie zupełnie w moczu, natomiast wydziela się w znacznych ilościach z kałem. W przypadkach tych prawdopodobnie i krew jest ubogą w wapno.

U tego rodzaju osobników zauważyć się daje niedorozwój kośćca i łamliwość kości dzięki niedostatecznej ilości soli wapiennych. U osobników drugiej kategorii kał zawiera normalne ilości wapna; niedorozwój u nich tłumaczy się brakiem jakiegś podniety do wzrostu.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. 110, str. 90). *Julian Goldberg.*

180. Legendre J. O wartości fizycznej Annamitów.

Autor podczas swego pobytu w Tonkinie badał stan fizyczny krajowców¹ zamieszkujących kolonię francuską. Wzrost, nie przewyższający 1 m. 61 u wojskowych, waga ciała, nie dochodząca do 55 kilo, niedostatecznie rozwinięta klatka piersiowa, słuch upośledzony — jednym słowem pewien fizyczny niedorozwój idzie w parze ze zmniejszoną zdolnością do pracy na każdym polu. Tak w domach prywatnych, jak i w instytucjach społecznych i rządowych potrzebna jest daleko większa liczba służby, niż we Francyi. Krajowiec, według zdania osób kompetentnych, pracuje 4 razy wolniej od Europejczyka. Dla utrzymania w porządku drogi żelaznej potrzebny jest jeden krajowiec na 1 kilometr i pobiera za to 1 franka dziennie. We Francyi jeden człowiek, pobierający 4 fr. dziennie, wystarcza na 5 kilometrów. W kopalniach zwykle $\frac{1}{3}$ robotników nie staje do pracy. Autor zastanawiał się nad przyczyną tego niedołęstwa fizycznego krajowców i doszedł do przekonania, że przyczyną tego jest **niedostateczne i wadliwe odżywianie**, wynikające, nie tylko z ubóstwa, ale i z obyczaju. Krajowcy w porównaniu z Europejczykami spożywają **z a m a ł o s u b s t a n c y i b i a ł k o w y c h**. Podczas gdy Francuzi przy pożywieniu mieszanem wydzielają z moczem na dobę od 20—26 grm. azotu (kobiety od 19—21 grm.), Annamici wedle spostrzeżeń autora wydzielają średnio około 12 grm.

Niższość fizyczna krajowców oprócz wyżej podanych faktów wyraża się w tem, że najmniejsza ranka staje się u nich punktem wyjścia owrzodzenia (*plaie annamite*), rany goją się dłużej, złamania wymagają znacznie dłuższego czasu do wyleczenia. Annamici nie zdobywają wcale odporności na choroby miejscowe, jak cholera i malarya.

Annamici żywią się przeważnie ryżem i pokarmami roślinnymi z zupełnem prawie pominięciem mięsa. To właśnie, według autora, jest główną przyczyną ich niższości fizycznej. To samo zdanie dzielają ludzie od dawna w Indo-Chinach zamieszkali. W wojsku zauważono znaczną poprawę sprawności żołnierzy przez wzmocnienie żywienia mięsem. To samo spostrzeżenie autor zrobił co do Hindusów i Chińczyków. Dlatego autor jest stanowczym przeciwnikiem wyłącznego jarstwa. „Annamita, opychający się (*bourré*) jarzynami i pokarmami mącznymi, staje się degenerantem fizycznym i lichym pracownikiem.“ Dla dobra krajowców i Francyi autor gorąco nawołuje do zmiany systemu żywienia w Indo-Chinach.

(*La Presse médicale* 1913 Nr. 68.)

181. J. Bruno. Przyczynek do etyologii polyomyelitis anterior acutae.

W czasie wielkiej epidemii polyomyelitis anterior acutae w Bostonie w 1910 r. Loret i Sheppard zwrócili uwagę na związek przyczynowy pomiędzy zaskłabnięciem ludzi na tę chorobę i zwierząt domowych.

Autor opisuje 4 przypadki polyomyelitis anterior acutae z Heidelberg'a i okolic, które były poprzedzane przez dziwną epizootię wśród kur, kaczek, a nawet i bydła z objawami porażenia kończyn. Autor zwraca się do kolegów z prośbą o zakomunikowanie mu analogicznych przypadków.

(*München. med. Wochenschr. Nr. 36.*)

W. Müller.

182. Th. Dieterle, L. Hirschfeld, R. Klinger. Studya nad wolem endemicznym.

Przeciw teorii o powstawaniu wola endemicznego przez użycie wody pochodzącej z pewnych warstw geologicznych występują autorowie artykułu na zasadzie badań geologicznych i doświadczalno-patologicznych. Autorowie doszli do wyników następujących: 1-e endemie wola nie mają nic wspólnego z jakimikolwiek formacjami geologicznymi, 2-e w miejscowościach, w których wole jest endemiczne, zdrowe szczury, pochodzące z miejscowości wolnych od wola, zapadają na tę chorobę, pomimo pojenia ich wodą, sprowadzaną z okolic wolnych od wola.

Ten fakt skłania autorów do twierdzenia, że rodzaj wody nie może być przyczyną powstawania epidemicznego wola.

(*Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 33 str. 1813.*)

Władysław Müller.

183. Le Calvé. Patogeneza choroby Quincke'go.

Patogeneza ostrego obrzęku ograniczonego nie jest dotychczas wyjaśniona. Pewne jest to, że choroba ta stoi w związku z migreną, astmą i pokrzywką. Rapin zalicza te cierpienia do nerwic naczyń ruchomych rodzinnych (*angioneuroses familiares*). Autor przytacza szereg faktów, które świadczą o tem, że grupa tych cierpień zależy od nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego, która się dziedziczy i występuje współrzędnie ze skazą naczynio ruchową. Opoterapia tarczycowa okazuje wyborne działanie w różnych postaciach nerwic naczyń ruchomych. Osobniki, dotknięte chorobą Quincke'go, w większości przypadków miewają objawy zaburzeń w trawieniu — raz przeważają objawy ze strony żołądka, drugi raz ze strony kiszek (bole brzucha, zaparcie stolca, *colitis*). Też same objawy ze strony przewodu pokarmowego spotykamy w migrenie, pokrzywce, astmie. Objawy choroby Quincke'go rozpoczynają się często od zaburzeń w trawieniu, od spożycia pewnych pokarmów, co kładziono na karb indyosynkrazji pokarmowej. Według Ch. Richet'a są to objawy anafilaksji, do czego usposabia nieprawidłowa czynność tarczycy. Według autora „temperament” naczynioruchowy usposabia do choroby Quincke'go, anafilaksja ją wywołuje, a podrażnienie nerwowe obwodowe wpływa na jej umiejscowienie. Pogląd ten ilustruje przykładem: chora autora należała do rodziny angioneurotycznej i miała objawy hipotyreoidyizmu. Napady obrzęku stały w wyraźnym związku z anafilaksją pokarmową i zjawily się w miejscu, w którym istniało porażenie pewnych nerwów, spowodowane próchnicą zębów.

(*Gazette médicale de Nantes 1913. 19/IV i Semaine med. 1913 Nr. 34.*)

P.

Dozwolone przez Komisję Lekarską Petersburską d. 1 maja 1912 za № 462.

Zapobieganie i leczenie przymiotu i zimnicy.

HECTINE

Hektyna nadaje się do leczenia wszystkich postaci przymiotu i zimnicy, zarówno w przypadkach, w których zawodzi albo jest źle znoszona rtęć i chinina jak i w tych, w których wskazany jest arszenik; tu należą: zołzy, krzywica, gruźlica, anemia, limfatyzm i t. d.

Ampułki zawierają po 0,20 hektyny. Wstrzykiwania niebolesne.
Wstrzykiwać co drugi dzień po jednej ampułce przez 10—15 dni.

HECTARGYRE

Połączenie hektyny z rtęcią.

Najsukuteczniejsza i najlepiej znoszona sól arseno-rtęciowa.
Ampułki zawierają po 0,20 Hektyny i 0,015 Hg.
Wstrzykiwać co 2 gi dzień po 1 ampułce przez 10—15 dni.
Wstrzykiwania mało bolesne.

Sprzedaż we wszystkich składach i aptekach oraz u LUDWIKA SPIESSA i SYNA w Warszawie.

We Francyi w laboratoryach hektyny i hektargyry w Villeneuve la Garonne (Seine).

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego,
== poświęcony higienie i medycynie socyalnej. ==

POD REDAKCYĄ

D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,
objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. **II. PRACE ORYGINALNE.** **III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE.** **IV. REFERATY:** 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. **V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ.** 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. **VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO:** 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenwała, 3) Sprawozdanie z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. **VII. RUBRYK Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ.** **VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA.** **IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE.** **X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.** **XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI.** **XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE.** **XIII. ŻYCIORYSY.** **XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów z d. 5-go kwietnia 1913 r.

Krukowski. Przypadek *ophthalmoplagiae chronicae progressivae*.

Chory l. 72, od 6-iu miesięcy cierpi na bole głowy, w ostatnich tygodniach napady duszności. Przedmiotowo: Opuchnięcie lewej powieki, porażenie m. *recti int.* lewej gałki, niedowład pozostałych mięśni zewnętrznych obu gałek ocznych. Niedowład gałki ruchowej prawego n. trójdzielnego, oraz prawego twarzowego. Nie-ruchowość lewej struny głosowej. Podczas pobytu w szpitalu napady duszności (wtkutek porażenia krtani) stały się częstsze, tak, że dokonano tracheotomii. Mowca rozpoznaje układowe cierpienie jąder ruchowych nerwów czaszkowych, a mianowicie nerwu III, IV, V, VI, VII, X-go. Przypadki takie, pod nazwą *ophthalmoplegia chronica externa*, wikłają się porażeniami i innych nerwów czaszkowych, nie tylko okoruchowych.

Koelichen, Gajkiewicz, Orłowski zapytują co do wyników badania, co do pobudliwości na prąd galwaniczny, co do objawu przedsionkowego wreszcie co do czynności rdzeniowych.

Bornstein uważa zespół objawów u chorego za cierpienie systemowe jąder ruchowych, które w następstwie przechodząc na szlaki piramidowe, przejdą w amyotroficzną sklerozę boczną.

St. Kopczyński nie uważa przedstawionego przypadku za oftalmoplegię przewlekłą, w której sprawa rozwija się nader powoli; dotyczy wszystkich 12 nerwów, poruszających gałki oczne, i nie wywołuje dwojenia się; taki przypadek demonstrował w sekcji

9. Rotstadt. O cytologii płynu mózgowordzeniowego.

Na zasadzie badań nad płynem mózgowordzeniowym mowca dochodzi do wniosków:

1. Istnienie pierwiastków komórkowych swoistych dla poszczególnych postaci chorobowych jest rzeczą wątpliwą. Natomiast ściśle określenie stosunku ilościowego różnych form, przewaga tych lub owych odmian limfocytów stać się może wskazówką cenną dla rozpoznania różniczkowego.

9. Postacią komórkową, najbardziej charakterystyczną dla bezwładu postępującego jest makrofag i komórka kratkowata; polinukleozą jest tu zjawiskiem dość częstym.

3. W zapalnych sprawach oponowych pleocytozę tworzą prawie wyłącznie komórki wielojądrowe z przewagą neutrofilowych.

4. Objaw ksantochromii jest wynikiem zjawisk hemolitycznych.

5. Wśród limfocytów ogoniastych Bohm'a spostrzegamy rozmaite postaci komórkowe, będące formami sztucznie zmienionymi przez ścinanie białka płynu, w którym komórki pływają.

6. W badaniach morfologicznych nad płynem mózgowordzeniowym należy stosować stale metody hematologiczne, gdyż, jak w nauce o krwi, tak i tutaj, główną uwagę zwracać należy na przejściowe pierwiastki komórkowe.

Janowski wyraża przeświadczenie, że na cystoskopii płynów przesiekowych i wysiękowych rozpoznania oprzeć nie można. Co się tyczy komórek, napotykanych w płynie mózgowordzeniowym, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że pochodzą one ze krwi.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów z d. 19 kwietnia r. b.

1. Deresz i Drożdż. Przypadek akroparestezyi.

Chora, l. 44, cierpi na bole głowy, oraz bole w palcach i całym ciele od dwu lat. Przechodziła kilka chorób, związanych z połogiem i pyronieniami. Pożycie z mężem nieszczegółne, wiele czynników psychicznych przysiębiających przed powstaniem choroby. Bole zaczęły się od prawej dłoni, przeszły potem na inne kończyny, występują napadami, głównie z rana. Podczas napadów powstaje niewielki obrzęk palców, zblednięcie lub sinica, silne tętnienie podskórne na dłoni. Wybitna bolesność na ucisk skóry na całym ciele, pozatem szereg samoistnych parestezyi w palcach. Mowcy rozpoznają nerwicę naczynioruchową, zbliżoną do typu akroparestezyi na tle usposobienia wybitnie neuropatycznego.

Radziwiłłowicz zapytuje, czy bolesność była badana algerymetrem.

Jaroszyński przypomina demonstrowany przypadek akroparestezyi, zaznacza różnicę tego przypadku—występowanie parestezyi nie tylko w palcach, lecz i na całym ciele, oraz odczuwanie bólu przy lekkim nawet ucisku skóry, czego nie bywa w akroparestezyi.

9. Krukowski. Przypadek trofoneurozy kostnej (choroby Paget'a).

Chory, l. 58, od 15-u lat stałe powiększenie się objętości czaszki, od kilku lat zmniejszanie się wzrostu i wykrzywanie się dolnych kończyn. Przed 8-iu laty bezbolesne złamanie przedramienia. Przedmiotowo: wzrost karli, szeroka klatka piersiowa, kręgosłup nieruchomy, miednica nader rozszerzona, obwód czaszki 56 cm, dolne kończyny tworzą literę O, tułów niepomieranie krótki w zestawieniu z dolnymi kończynami. Mowca widzi w przypadku osteomalaciam chronicam deformant. hypertrophicam, czyli t. zw. chorobę Paget'a,—ze względu na wystąpienie cierpienia w wieku dojrzałym, powiększenie czaszki, zmiany w konfiguracji dolnych kończyn, zmniejszenie się wzrostu chorego. Rentgenogram potwierdził rozpoznanie, wykazując typowe dla tej choroby ognisko rozrzedzenia i miejscami zgrubienia w kościach miednicy i kończyn.

3. St. Kocyński. Dwa przypadki zaburzeń ocznych w przebiegu cierpienia mostu Warola.

a) Chory, l. 16, obarczony pod względem gruźlicy, przed kilku miesiącami uderzył się w tył głowy; od tego czasu bole głowy, potem podwójne widzenie. Badanie przedmiotowe: Stan podgorączkowy. Zaburzenia w czynności mięśni ocznych, a mianowicie przy patrzeniu na prawo całkowite porażenie spojrzenia; przy zasłonięciu prawego oka w lewej gałce na wewnątrz nieco lepszy. Przy patrzeniu na lewo wszystkie ruchy zachowane. W ciągu następnych dwu miesięcy wystąpiło stopniowo porażenie prawego nerwu twarzowego, oraz ból w obrębie górnej gałki prawego n. trójdzielnego. Obie gałki oczne, zwłaszcza prawa, poczęły się skręcać na lewo i wystąpiło skręcenie głowy na lewo. Prawa gałka skrecona maksymalnie na zewnątrz, lewa nieco na zewnątrz od linii środkowej, przy poruszeniu na prawo obie gałki nie poruszają się prawie wcale. Mowca przypuszcza nowotwór (tuberculum solitare) w moście Warola w okolicy jądra prawego nerwu odwodzącego, gdzie się znajduje ośrodek dla skojarzonych ruchów bocznych gałek ocznych.

b) Chora, l. 15, dwa miesiące temu przy objawach zawrotów głowy, nudności, doznała nagle dwojenia się w oczach. Na 2-gi dzień porażenie lewego m. recti interni, w 2 dni później i prawego mięśnia wewnętrznego. Przedmiotowo: zupełne porażenie obu mięśni wewnętrznych prostych, zniesienie konwergencji przy zachowaniu zdolności oddziaływania na światło i na przystosowanie. W dalszym przebiegu stopniowa poprawa. Mowca rozpoznaje zapalenie szarej istoty w okolicy wodociągu Sylwiusza (polioencephalitis superior). Z powodu tych przypadków mowca zastanawia się bliżej nad umiejscowieniem ośrodków dla skoja-

rzonych ruchów bocznych i dla kowergencji, oraz nad znaczeniem pęczka *fasciculus longit. posterior* w tych czynnościach.

Higier omawia objaw zniesienia ruchów skojarzonych bocznych (*Blicklehmung*), podnosi fakt spotykania tego objawu po udarach mózgowych.

4. Flatau i Frenkel. Przypadek drżączki i owrzodzenia obu rąk wraz z jednostronnym kurczowem przekrzywieniem kręgosłupa.

Mowcy przedstawiają przypadek drżączki obu rąk wraz ze skurczowem przekrzywieniem kręgosłupa, i bocznym kurczowem odwodzeniem dłoni i myoklonicznym falowaniem niektórych grup mięśniowych, podnosząc ten nieopisywany dotychczas zespół objawów, zależny prawdopodobnie od sprawy chorobowej w śród- lub międzymózdz.

Flatau uważa za ważne wyodrębnienie pewnych określonych zespołów w dziedzinie kurczów, drżenia i podobnych zaburzeń, przypominając wyodrębnienie zbioru objawów p. n. „kurczu torsyjnego“, które okazało się usprawiedliwionem.

5. Sterling: a) Przypadek obustronnego kurczu twarzowego (*bispasme faciale*).

Chory, l. 62, od 1½ roku zauważył drganie w prawych powiekach i połowie twarzy, stopniowo potęgujące się; od 3-ch miesięcy podobne objawy wystąpiły i po lewej stronie. Kurcz występuje kilkanaście razy na godzinę. Obiektywnie: napadowe kurcze mięśniowe w obrębie obu gałęzi prawego i górnej gałązki lewego *facialis*, często niezależnie po obu stronach. Cechy kurczu: drgania cząsteczkowe, drżące (*contracture fremissante*), zaburzenia naczynioruchowe, trwanie podczas snu, przekrzywienie nosa, synergia paradoksalna. Mowca podnosi rzadkość przypadku, mianowicie dwustronność kurczu twarzowego.

b) Przypadek samoistnych przykurczeń kończyn dolnych.

Chora, l. 15, 9 miesięcy temu odczuła osłabienie w nogach, poczem wystąpiło kurczenie się ich w kolanach. Przedmiotowo: brak jakichkolwiek porażień w kończynach, słabe odruchy ścięgnowe, brak Babińskiego, czucie zachowane. Wybitne przykurczenia w stawach kolanowych, przy licznych ruchach wyprostowywania występuje ból w kolanach, odczuwany zresztą i samoistnie. Mowca wyłącza cierpienie rdzeniowe oraz stawowe i rozpoznaje „*pareplegie par retraction des vieillards*“, i polegającą na przeroście tkanki łącznej, zaniku ścięgien i t. d.

Kopczyński w dyskusji nad powyższym przypadkiem podnosi częste występowanie kurczu twarzowego po porażeniach.

6. Higier. a) *Pseudotetanus chronicus*.

Dziecko 9-miesięczne, poród asfiktyczny, w 12-ym tygodniu pierwszy napad ciężkiego rozkurczenia mięśni kończyn, bez drgawek, z utratą przytomności, poczem napady po kilkanaście razy na dobę. Przedmiotowo: Stałe przykurczenie mięśni twarzy, tułowia i kończyn. *Risus sardonius*. Układ dłoni przypomina akuszeryjny, uda zgięte w stawie kolanowym. Dziecko nie siada, nie przewraca się. Łatwe występowanie odruchów złożonych przy mechanicznym drażnieniu punktów nerwowych. Mowca przypuszcza kombinację wrodzonej ciężczki przewlekłej i *deplegiae cerebrealis spasticae* o etyologii ciemnej.

b) *Pseudotetania hysterica*.

U chorej, l. 17, po silnem wzruszeniu rozwinęło się wybitne przykurczenie mięśni napięstka i dłoni prawej, trwające 2 miesiące. Przykurczanie to przypomina ciężczkowe. Znieczulenie zupełne palców i dłoni na ból i ciepło, oraz zimno. Starsza siostra przed kilku laty miała podobne przykurczenie ręki. Wyjazd jej do Ameryki był właśnie wzruszeniem, po którym rozwinęło się cierpienie u chorej, pochodzenia niewątpliwie histerycznego.

Bychowski obserwował analogiczny do tego przypadek, w którym z typowych dla ciężczki objawów istniał tylko objaw Erba.

Goldflam w 1-ym przypadku przypuszcza jakąś głęboką anomalię rozwoju w rodzaju choroby Tay-Sachsa, obejmującą głównie korę mózgową.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów z d. 3-go Maja r. b.

1. Higier i Zembrzuski. Przypadek guza robaka mózdku.

Dziewczynka, l. 10, od roku bole głowy i postępujące osłabienie wzroku, drgawki, wymioty. Badanie przedmiotowe: Apatya, chód chwiejny, źrenice słabo oddziałują na światło, ślepotą po stronie lewej, niedowidzenie po prawej. Zanik obu tarcz wzrokowych. Beźład w kończynach, głównie po stronie prawej. Mowa powolna. Zmiana położenia głowy wywołuje zawroty. Napady padaczkowe o charakterze tonicznym. Rozpoznano nowotwór w tylnej jamie czaszkowej z lokalizacją w mózdku. Trepanacja dekompresyjna w okolicy skroniowo-ciemieniowej nie dała dłuższej poprawy, jak również 5-krotne przekłucie łędźwiowe; dokonano zatem operacji w okolicy mózdku, jednak bez wyniku. Badanie pośmiertne stwierdziło guz robaka (*tuberculum solitare*), oraz wodogłowie wewnętrzne.

Zembrzuski omawia wskazania do zabiegów operacyjnych w nowotworach mózgu. Przekłucie spoidła systemem Bramana mowca uważa za trudno wykonalne i nieobojętne, z uwagi na konieczność przekłucia komory trzeciej przez komorę boczną. Wogóle operacje w tylnej jamie dają dotychczas złe wyniki, czem jednak zniechęcać się nie należy.

St. Kopczyński radzi dokonywać trepanacji dekompresyjnej w okolicy ciemieniowopotylicowej prawej, nie zaś czołowociemieniowej (ośrodku ruchowe). Przy ocenianiu poprawy po operacji radzi być krytycznym, gdyż często poprawa występuje i samoistnie.

2. Łapiński T. Padaczka a choroby umysłowe.

Mowca omawia zaburzenia nerwowe i umysłowe, obserwowane przezeń w 36-iu przypadkach podczas napadów drgawek, stanów zamroczenia, otępienia padaczkowego i t. d. i dochodzi do przekonania, że upośledzenie zdolności odbierania i kojarzenia wrażeń stanowi objaw charakterystyczny dla padaczki. Na zasadzie tego objawu można odróżnić stany epileptyczne od zamroczeń, obserwowanych w rozmaitych zatruciach, w psychozach parasyfilitycznych. Napady drgawek i omdleń, występujące u chorych z otępieniem wczesnem lub psychozą maniakalnodepresyjną, niczem nie odróżniają się od ataków, obserwowanych w padaczce i istnienie tych objawów nie wystarcza, aby daną psychozę nazwać epileptyczną.

Pręgowski wyraża wątpliwość, czy osłabienie zdolności postrzegania i kojarzenia jest specyficzne dla epileptycznych stanów zamroczenia. Mowca nie zgadza się również, że padaczka nie może się kombinować z innymi cierpieniami umysłowymi.

Sterling nie zgadza się z mowcą co do utożsamiania otępienia padaczkowego z zamroczeniami, oraz co do ścisłego odgraniczenia stanu „podrażnienia” w padaczce od stanu maniakalnego. Niesłuszne jest również sprowadzanie wszystkich przypadków *moral insanity* do padaczki.

Bornstein również nie uważa zaburzeń w odbieraniu i kojarzeniu wyobrażeń za coś specyficznego dla padaczki, gdyż ten objaw zdarza się stałe np. w psychozie maniakalnodepresyjnej. Wyprowadzanie otępienia padaczkowego z zamroczenia—mowca uważa za niedopuszczalne.

Łapiński broni swojego twierdzenia co do zaburzeń w odbieraniu i kojarzeniu wrażeń w padaczce, utrzymując, że zaburzenia w tem cierpieniu zdarzają się częściej niż w innych. Co do *moral insanity*—to we wszystkich znanych przypadkach mowca obserwował rozmaite napady.

T. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 28-ym września r. b. liczne grono lekarzy warszawskich i zaproszonych osób zwiedziło nowo otwarte Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych oraz wyczerpanych i rekonwalescentów w Komorowie pod Pruszkowem. Sanatorium to, założone przez drów W. Knoffa i Stef. Kopcińskiego, mieści się w obszernym pałacu, specjalnie na ten cel odnowionym i przerobionym, w odległości 2-u wiorst od stacji, w pięknym starym parku 18-morgowym. Od Pruszkowa do lasu komorowskiego kursuje tramwaj konny, który w najbliższym czasie ma być przedłużony do samego sanatorium. Zakład jest oświetlony elektrycznością, posiada połączenie telefoniczne z Warszawą, jest skanalizowany, wodę otrzymuje ze specjalnego podręcznego wodociągu, który wodę źródłaną przepuszcza przez filtr węglowy i rozprowadza po całym gmachu. Podziemia zostały przerobione na specjalne ubikacje, przeznaczone dla zabiegów leczniczych. Znajdujemy tu katedrę Winternitz'a, urządzenia do kąpeli kwasowęglowych, tlenowych, parowych, powietrzno-wodnych, półkąpeli stałych, natrysków i t. p. Wszystkie urządzenia kanalizacyjne i wodolecznicze wykonane zostały przez A. Wettlera pod kierownictwem inż. Radziszewskiego. Mieszczą się tu również przyrządy do leczenia elektrycznością, jak kąpiel świetlna, pantostat z fabryki krajowej Starkiewicza z Dąbrowy. Nadto w parku jest urządzona specjalna łaźienka do kąpeli powietrznych i słonecznych. Z urządzeń tych korzystać mogą i przychodzący chorzy z pobliskich lotnisk. Dla stałych chorych przygotowano 20 pokoiów, z których kilka jest obszerniejszych, mogących pomieścić po kilku chorych. Opłata za pobyt oraz z leczeniem wynosi rub. 3 kop. 50 za pokój wspólny i rub. 4 za pokój oddzielny. Zakład jest otwarty przez cały rok i znajduje się pod stałą opieką trzech lekarzy. Nie wątpimy, że nowe sanatorium, założone z dużym nakładem pracy kierowników i urządzone według wszelkich wymagań higieny, cieszyć się będzie należnem uznaniem ogółu i kolegów.

— Magistraty niektórych miast gubernii Warszawskiej, mianowicie: Mszczonowa, Skierniewic, Włocławka, Brześć Kujawskiego, Nieszawy, Mińska Mazowieckiego, Płońska, Pułtуска, Zakroczymia, Łowicza, Sochaczewa, Gostynina, Gombina i Grójca—podjęły starania o podwyższenie pensyi lekarzy miejskich. Ministerium Spraw Wewnętrznych uwzględniło te zabiegi, dzięki czemu podług nowych etatów pensya lekarza miejskiego wynosić będzie 1200 rubli, zamiast dotychczasowych 200—300 rb. W innych miastach pensye lekarzy miejskich pozostały bez zmiany.

— W Instytucie Rockefeller'a w NowymYorku H. Noguchi wykrył drobnoustroje wścieklizny; wyhodował on z mózgu i rdzenia królików, świnek morskich i psów drobnutkie ziarenka i nieco większe wielokształtne ciała chromatynowe, oraz nieliczne ciała z jądrami. Zapomocą szczepienia tych hodowli psom, królikom i świnkom morskim wywołymano typowe objawy wścieklizny.

— Liczba więźniów, dotkniętych gruźlicą, wynosi w r. b. w Rosyi 4473. Wobec tego, że obecny stan więźniów nie pozwala na odosobnienie tuberkulików, postanowiono w r. 1914 wybudować dwa specjalne więzienia: jedno w Rosyi środkowej, drugie na Kaukazie.

— Właściciel składu papieru Durandea zapisał dla Instytutu Pasteur'a 50 tys. franków na nagrody za najlepsze prace, poświęcone zapaleniu opon mózgowych.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od 24-go do 30-go sierpnia r. b. do szpitali miejskich przybyło 219 osób dotkniętych chorobami zakaźnymi, a mianowicie; ospą 7, odrą 7, płonicą 92, błonicą 16, różą 10, tyfusem plamistym 6, tyfusem brzuszny 13, biegunką krwawą 8, gripą 14 i zapaleniem płuc 46.

W tymże tygodniu w szpitalach warszawskich zmarło 31 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 1, płonicę 13, błonicę 1, różę 1, tyfus brzuszny 2, i zapalenie płuc 11; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (prócz zapalenia płuc) zmarły 52 osoby, mianowicie: na ospę 7, odrę 2, płonicę 30, błonicę 2, różę 3, koklusz 2, tyfus plamisty 1, tyfus brzuszny 1 i na biegunkę krwawą 4.

— W Łódzkim Szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych od 15-go do 22-go września był ruch chorych następujący:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
Ospa	3	—	—	1	2
Szkarlatyna	30	4	3	1	30
Tyfus brzuszny	4	—	1	—	3
Róża	—	1	1	—	—
Dezynterya	9	2	3	—	8
ogółem	46	7	8	2	43

NADESŁANO DO REDAKCYI.

1) Matylka Biehler. Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medin'a. Odb. Przegl. Pedyatr. 1913. 2) Dr Focke. Die Weiterentwickelung der Physiologischen Digitalisprüfung. Odb. z Zeitsch. f. exp. Pathol. u. Therapie, 1913. 3) Dr med. H. Higier. Z Neurologii serca i naczyń. Odb. z Med. i Kron. Lek. 1913.

Do numeru niniejszego dołącza się: 1) Tablicę rysunków do artykułu dra Simchowicza i 2) Ogłoszenie o preparatach Midy.

Redaktorzy Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Prenumeratorzy Gazety Lekarskiej mogą otrzymywać Lwowski Tygodnik Lekarski za cenę zniżoną mianowicie za rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Bonerowska 11, w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 25, rue Vignon.

Administracja (Bracka 23) otwarta w dni powszednie od 11-ej do 3-ej.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński i S-ka) Żelazna 89. Telefon 188-70.

PERUOL

Niedrażniające, bezbarwne i bezwonne

Antiscabiosum.

ZABIJA BEZWARUNKOWO SWIERZBOWCE.

Flakony po 1000 i po 250 grm.

Próby i literatura do rozporządzenia pp. lekarzy.

Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Pharm, Abteilung—Berlin S.O. 36.

JECOROL

znany od lat wielu przetwórców, zastępujący w zupełności tran leczniczy.

Syrop Tussol, stosuje się w pediatrii zamiast przykrej w użyciu SIROLINY niemieckiej.

Glycerofosfat ziarnisty

Glycerofosfat z żelazem

Syrypus Thymi cps. zamiast niemieckiej PERTUSSYNY
poleca

Laboratorium Chemiczne

Magistra A. BUKOWSKIEGO

□ □ □ □ □ □ □ □ WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 54.



Zaburzenia w trawieniu

zgaga, odbijanie, bicie serca, migrena, bezsenność i t. p. dolegliwości, zależne od nieprawidłowej czynności żołądka, ustępują w ciągu kilku dni po użyciu znakomitego

FOSFO-KAKAO

PHOSPHO-CACAO

Najpotężniejszego środka, przyspieszającego wymianę materii i wzmacniającego.

Jedyny pokarm roślinny, zalecany przez wszystkich lekarzy dla małokrwistych, ozdrowieńców osłabionych, neurasteników i wszystkich cierpiących na żołądek, wątrobę lub kiszki.

Bezpłatnie wysyłamy pudełko na próbę

w Moskwie, Petersburgu, Odesie, Kijowie, Charkowie i Warszawie.

Zarząd: 9 rue Frédéric Bastiat, Paris.

Sprzedaje się we wszystkich aptekach i skład. aptecz
Skład główny: Ludwik Spiess i Syn w Warszawie.

Lekarze całego świata zalecają stale

Idealny środek
przeczyszczający
dla dorosłych
i dzieci

PURGEN

Przyjemny,
łagodny,
skuteczny.

Cena pudełka 65 kop. Dostać można we wszystkich aptekach. Dr. Bayer és Társa, Budapeszt.

UWAGA!! Oryginalne pudełka opatrzone są niebieską banderolą z rosyjskim napisem.

ARHOVIN

Preparat doskonały do kuracji
wewnętrznej i zewnętrznej

Rzeżączki

PROPHYLACTICUM przeciw
rzeżączkowemu zapaleniom stawów.

Użyt. wewn. **Capsulae Arhovini** po 0,25, od 1—2 kaps., 3 do 6 razy dziennie. Do użytku zewnętrznego: **Arhovini** 1,0—5,0, ol. oliv. 100,0 do iniekcji i tamponów, również w postaci **bacilli** i **globuli**. **Arhovin** jest do nabycia we wszystkich aptekach, w kapsułkach po 30 i 50 szt. oraz w słoikach oryginalnych.

PYRENOL

Środek wybitny.

Środek obniżający gorączkę i przeciwgościowy, przeciw **Pertussis**, **Asthma bronchiale** i **Influenzy**.

Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od 0,5—1,0 dla dorosłych, 3 do 4 razy dziennie w proszkach, z mlekiem, a w miksturze w **Sir. rubi Ideali** lub **Aq. Menthae** lub w postaci tabletek. **Do nabycia w aptekach.**

Literaturę prosimy żądać od przedstaw.

E. Koch W. Borman,
w Warszawie Chmielna 18.
Goedecke S-ka, Fabr. Chem.
w Lipsku.

Slaski Obersalzbrunnen Oberbrunnen

od 1601 znane w medycynie, naturalne,
alkaliczne źródła lecznicze, odznacza-
jące się smakiem wybornym i trwałością

**Zalecane przez lekarzy przeciw katarom
organów oddechowych i trawienia, prze-
ciw cierpieniom astmatycznemu i emfizie,
jakoteż chorobie wątroby, nerek, pę-
cherza, podagry, diabetesu i po influenzy**

Ządać we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych



Uzdrowisko górskie dla chorych
płucnych na linii Sympolonskiej Szwajcarya francuska

1450 m, nad. p. m. Cały rok otwarte

4 Sanatoria:

Grand Hotel	} Pensjonat łącznie z lecze- niem	{	od 13 fr.
Montblanc			" 11 "
Chamossaire			" 9 "
Belvedere			" 12 "

Specyalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną
w połączeniu z leczeniem powietrzem górskim

Prospekty bezpłatnie.

Dyrekcya

Preparat odżywczy

MELLIN'S FOOD

W ciągu lat 45 jest z pożytkiem stosowany i zyskał uznanie lekarzy wszystkich krajów
kulturalnych głównie w przypadkach następujących:

- 1) Przy karmieniu i przykarmianiu dzieci jako domieszka do mleka krowiego, bezwarunkowo ułatwiająca trawienie i przyswajanie mleka.
- 2) We wszystkich ostrych zaburzeniach żołądkowo-kiszczowych u dzieci i dorosłych.
- 3) Jako łagodny środek odżywczy i wzmacniający dla chorych i rekonwalescentów po chorobach wyczerpujących.
- 4) We wszystkich przypadkach, w których przeciwwskazany jest pokarm krochmalowy.
- 5) Dla osób starszych z osłabionym trawieniem.
- 6) Jako domieszka do mleka i innych pokarmów dla chorych w celu zwiększenia pożywności i przyswajalności.
- 7) Jako materiał gotowy do wytwarzania i zwiększenia dopływu mleka u matek i mamek w przypadkach, gdy mleko jest złe lub w ilości niedostatecznej.

Mellin's Food nie zawiera krochmalu.

Próby i literaturę wysyłają bezpłatnie pp. lekarzom przedstawiciele na Państwo
Rosyjskie T-wa Mellin's Food SHANKS & C-o. Moskwa, Kuznieckij Most, № 3.



Niestrawność
Nerwoból żołądka
Wzdęcie jelit
Rozszerzenie żołądka
Odbijanie
Gorączki zakaźne
Biegunki gnilne
Zatrucia wszelkiego rodzaju.

Próby bezpłatnie: **W. Hoffman**, ul. Hortensya 3, w Warszawie.



Santal Verdy'ego

nieszkodliwy bezwzględnie czysty, o działaniu leczniczym niezawodnym; leczy radykalnie i szybko rzeżączki świeże i zastarzałe, oraz

□ □ wszystkie choroby dróg moczowych. □ □

Laboratoires Bernat et Verdeille

20, rue Rambuteau Paris.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach

□ □ □ □ □ □ □ aptecznych. □ □ □ □ □ □ □

Skład główny **L. Koral i Sp. Przejazd 13.**

Żądać podpisu.

Międzynarodowe Sanatorium D-ra Philippi'ego DAVOS DORFF.

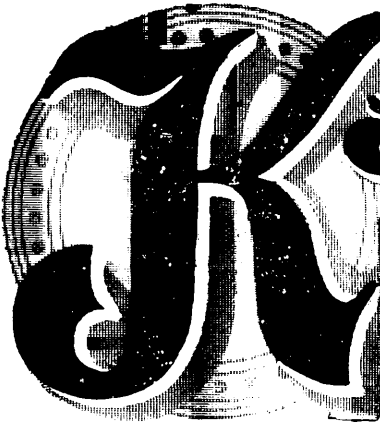
Zakład renomowany, pierwszorzędny, w pobliżu lasu. Dzięki odosobnionemu położeniu nadaje się również szczególnie do kuracji letnich.

Prospekty i literatura.



Muiracytina

W przypadkach niemocy i we wszystkich cierpieniach **neura-stenicznych**, dalej w praktyce ginekologicznej, w braku popędu płciowego, bólu podczas spółkowania, w braku miesiączki wskutek niedokształcenia narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej albo częściowej bezczułości płciowej, w stanach przygnębienia nerwowego Muiracytyna okazała się nadzwyczaj skuteczną i nieszkodliwą.



Kacepe

Zawiera jako pierwiastek działający **ester metylo-wy kwasu azeto-salicy-lowego**
(D. R. P.)

w połączeniu z esterein etylowym azetsalicylowym i lano-liną. Kacepe-Balsam zalecany jest jako **wcieranie** **kojące ból i leczące w: dnie, goścu, rwie kul-szowej, migrenie, nerwobolu, zapaleniu opłucnej** i w innych cierpieniach, połączonych z bólem.



Noridal

Szybkie pe-wne działanie we wszelkich cierpieniach **hemoroidal-nych**.

Czopki noridalowe tamują krwotoki, powodują rozwój wsteczny guzów hemoroidalnych i niszczą bakterye zwłaszcza w ranach ropiejących i źle gojących się; powodują bezkrwistość, krzepnienie krwi, działają ściągająco, przeciwgniłnie, lecząco, osuszająco i kojąco we wszelkich cierpieniach hemoroidalnych, w ranach i wrzodach, trudno się gojących.

Literatura i próby powyższych środków do rozporządzenia.

Kantor preparatów chemicznych Ernst Alexander

Berlin S. O.

Petersburg,

Michaelkirchstr. 17.

Małaja Koniuszennaja № 10.

WODA MINERALNA
BORZOM
 POLEPSZA APETYT
 I
 TRAWIENIE

NATURALNA
 WODA PRZECZYSZCZAJĄCA
APENTA
 Prawdziwa tylko z znakiem
 CZERWONE JAJKO.

WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Źródła państwowe francuskie.
 Wystrzegać się podróbek i dokładnie oznaczać źródło.

VICHY GRANDE-GRILLE choroby wątroby dróg żółciowych.

VICHY CÉLESTINS choroby nerek i pęcherza, dna, piasek moczowy, moczówka c. krowa.

VICHY HOPITAL CHOROBY ŻOŁĄDKA I KISZEK.

PRZETWORY VICHY—ÉTAT

SÓL VICHY-ÉTAT naturalny wyciąg z wód, sprzedaje się w paczkach; każda paczka służy na 1 litr wody

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 — 3 pastylki po jedzeniu ułatwia trawienie.

COMPRIMES VICHY-ÉTAT barzo praktycz. w podróży do przygotowania wody gazowej

Wystrzegać się naśladowictw.—Żądać marki VICHY-ÉTAT.



MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 NATURALNA
 SZCZAWA
 ALKALICZNA

skuteczne we wszystkich cierpieniach narządów oddechowych i trawienia, w dnie, katarze żołądka pęcherza. Znakomita dla dzieci, ozdrowieńców i podczas ciąży.

Mentona. Sanatorium Gorbio.

(Riviera francuska. 300 m. nad poziomem morza)

Zakład dla chorych na serce, nerwowych, rekonwalescentów i z wadliwą przemianą materii. Fizykalno-dietetyczne leczenie. Chorzy umysłowo i na gruźlicę płuc wyłączeni. Główny lekarz D-r BERMAN.

Prospekty wysyła administracja Sanatorium Gorbio près Menton.