



DZIENNIK LECARSKI

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TNOŚCI · LECARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żurawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SPETON—(Mata)

idealny anticoncipiens używany przez bardzo wielu lekarzy. Działanie tlenu w postaci trwałych tabletek.

PERBORAL

stosowany w ginekologii. Lek swoisty przeciwko białym upławom, nadżarciom pochwy, w zapaleniu macicy. Działa przez wydzielanie się wolnego tlenu. W wysokim stopniu bakterjobójczy, nie drażniący.

GLYCOPON

Glicerofosforan zbioru alkaloidów makowca. Lek uspakajający o działaniu nasennem i kojącem, stosowany w chirurgii, ginekologii i neurologii. Zalety: stały skład, szybka przyswajalność, wzmożone działania narkotyczne; Gotowy do stosowania wewnętrznego lub podskórnego (specyjalnie dogodne opakowanie dla szpitali), wskutek czego znaczne obniżenie ceny.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje

S. ROŚCISZEWSKI — Warszawa — Piękna 7.

Skład główny: Tow. Akc. LUDWIK SPIESS i Syn.

Fabryka Chemiczna „Nassovia“ Wiesbaden 59.

ODMROŻENIA ostre i przewlekłe leczy skutecznie

CONGELIN

(Unguentum Ichthyoli compositum contra congelationem).

Apteka F. WIĘKOWSKIEGO w Warszawie.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny D-ra E. Reichsteina

w Warszawie, Marszałkowska 149, tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, koleciami, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdą w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

Hemogen Magistri Klave

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Poleca LABORATORYUM CHEMICZNE przy aptece

Magistra H. KLAWEGO,

10, Pl. Św. Aleksandra, Warszawa. Tel. 25-08 i 24-94.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



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

Racjonalne i b. staranne

kształtowanie paznogi (Manicure i Pedicure) w gabinecie Wiśniewskiej,
Aleje Jerozolimskie № 43, m. 15,
 I-sze piętro, przy Marszałkowskiej.

NEO-FOSFATYNA



wyrobu apteki
L. KLIMPLA i S-ki

Doskonały i lekko strawny pokarm dla każdego wieku.

== Żądać tylko z sową. ==

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
 do przygotowania kąpieli balsamicznych
 poleca własnego wyrobu

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

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylic comp.).
 Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
 i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
 „MOTOR“.

W Aptekach i Składach Aptecznych!!

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA D-ra BORZYMOWSKIEGO

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) Gazę hygrosk., jodoform, wioformową, kseroform. w postaci pasków: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług.
- 2) Kompresy przeciwzapalne, nasyczone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw.
- 3) Tampony z lintanell (waty prasowanej).
- 4) Laminaryę sterylizowaną w zatopionych ampulkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy.
- 5) Gazę jodoformową Dührsena (do tamponowania).
- 6) Płyn do znieczulenia miejscowego № 1 (0,5 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50).
- 7) 2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów w ampulkach po 1.0.
- 8) Samomydlące poduszeczki do mycia pola operacyjnego, położnic i do kąpieli po 10 szt.
- 9) Ciepłomierze maksymalne skontrolowane i odkażające się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Składy Główne: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62, Telet. 106-85).

Wata, Gaze hygrosk., jodoform, wioform., kseroform, Ligatury, katgut, Bandaż.

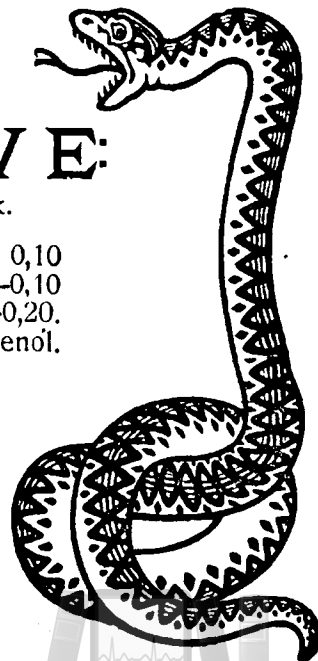
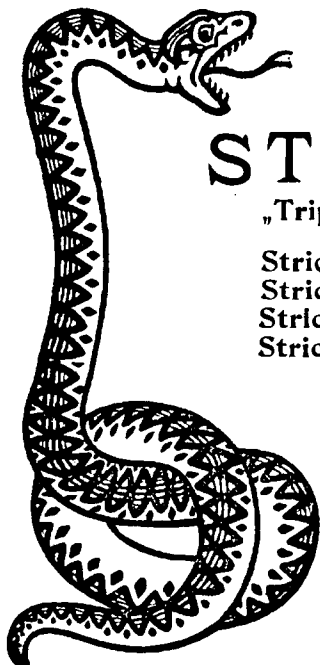
Tampony ginekolog., uszne, nosowe, oczne, operacyjne, chirurg., i ginekolog. Wypławkę polog., Fizyolog. roztwór soli.

INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.
 (Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10
 Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10
 Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.
 Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
 i wiele innych.

POLECA
 APTEKA
E. GESSNERA
 w WARSZAWIE
 JEROZOLIMSKA 25.





WZGLĘD LECZNIKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘT-
· TNOŚCI · LECZNIKICH ·

Dzień i Noc
Noc i Dzień

Warszawa, d. 18 listopada 1916 r.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA E. FLATAU W SZPITALU NA CZYSTEM.

O aurze porażeniowej padaczki samoistnej i o znikaniu objawów porażeniowych pod wpływem napadów drgawkowych.

Podał

Władysław Sterling.

Objawy porażeniowe występują w przebiegu padaczki samoistnej zazwyczaj w dwu postaciach: 1. jako przemijające objawy wyczerpania się tkanki mózgowej po licznych i gwałtownych napadach drgawkowych i 2. jako trwałe zjawiska porażenia lub osłabienia połowiczego albo ich równoważników (wzmoczenie odruchów ścięgowych i osłabienie skórnych). Opisywane były również w przebiegu padaczki objawy porażeniowe, które występują zazwyczaj w postaci przemijającej, nie wykazują jakiegokolwiek wyraźnego związku z napadami drgawkowymi i uważane są za ruchoporażeniowe równoważniki napadu padaczkowego (t. zw. „*epilepsia paralytica*“).

Objawy porażeniowe, które miałem sposobność spostrzegać w następującym przypadku, nie należą do żadnej z wspomnianych kategorii.

Przypadek mój dotyczy 17-letniego czeladnika krawieckiego, który od 6 lat dotknięty jest napadami drgawek ogólnych z zupełną utratą przytomności. Napady występowały początkowo 2 razy na miesiąc, po kilku miesiącach stały się nieco rzadsze — co dwa lub co trzy miesiące — i częstotliwość ta utrzymywała się w przeciągu trzech lat. Przed dwoma laty jeden z lekarzy zapisał choremu brom, który zupełnie powstrzymał występowanie napadów na przeciąg dwu lat. Dopiero przed 3 tygodniami wystąpił ponownie napad drga-

wek, który zupełnie podobny był do poprzedzających. Napad rozpoczyna się zazwyczaj od zawrotu głowy; prócz istotnego zawrotu głowy, podczas którego chory ma wrażenie, jakgdyby się wokół niego kręcił cały pokój wraz z przedmiotami, ma chory czasem uczucie, jakgdyby się pod nim zapadała podłoga, jest mu wtedy „niewyraźnie“ w głowie. Chód jest wybitnie utrudniony, tak że chory podczas chodzenia chwieje się, jak pijany. Temu uczuciu zawrotu głowy towarzyszy prócz uczucia wyczerpania fizycznego również wybitne uczucie przygnębienia psychicznego, które trwa często również i po napadzie.

Bezpośrednio po zawrocie głowy, który trwać może 3—15 minut, czasem i dłużej, występuje na jaw objaw, na który chory sam zwraca uwagę, a mianowicie porażenie lewej kończyny górnej. Porażenie to występuje nie nagle, lecz rozwija i nasila się stopniowo w przeciągu 5—10—12 minut. Odgarniając równomiernie wszystkie odcinki kończyny, zauważa się ono w tym czasie swego największego natężenia, nie staje się ono jednak zupełnie, tylko kończy się zwisa wiotko i nieruchomo. Zauważyć należy, że porażeniu lewej kończyny górnej nie towarzyszą nigdy jakiegokolwiek objawy osłabienia ani w obrębie lewej kończyny dolnej, ani w obrębie twarzy i języka. Porażeniu lewej kończyny górnej nie towarzyszą również jakiegokolwiek zaburzenia czucia lub parestezye w obrębie lewej kończyny górnej lub twarzy. Porażenie lewej kończyny górnej trwać może 8—10—15 minut do godziny — najczęściej trwa ono mniej więcej pół godziny przy zupełnie zachowanej przytomności. Bezpośrednio potem, a więc w 8—15 minut, w pół godziny, a najwyżej w godzinę po

wystąpieniu porażenia, traci chory nagle przytomność, upada na ziemię — i wtedy występuje typowy napad ogólnych drgawek z zupełną utratą przytomności, który trwa przejściowo 8–10 minut. Utrata przytomności jest absolutna, w drgawkach biorą udział kończyny górne i dolne oraz muskulatura tułowia i szyi. Język przygryziony bywa rzadko, natomiast czasem występuje piana na ustach, podczas napadu chory dotąd jeszcze nigdy nie oddał pod siebie moczu ani kału.

Po napadzie śpi chory zazwyczaj głębokim, „żelaznym“ snem co najmniej 6 godzin bez przerwy, następnie czuje się jeszcze rozbity, zmęczony, uskarża się na dotkliwe bóle w skroniach, przez kilka dni następnych bywa jeszcze silnie przygnębiony i wyczerpany, tak iż, jak mówi, „z trudnością włóczy nogami“. Nigdy jeszcze dotąd porażenie lewej kończyny górnej nie wystąpiło bez następczego napadu ogólnych drgawek.

Prócz wspomnianego zawrotu głowy, któremu kilkakrotnie towarzyszyły wymioty, odczuwa chory zazwyczaj przed napadem migotanie różnobarwnych iskier przed oczami. Nigdy przytem nie zauważył objawów, któreby wskazywały hemianopsję. Na kilka godzin przed napadem czuje się chory zupełnie dobrze, nigdy nie cierpi na bóle głowy.

Napady występują o najrozmaitszych porach dnia i wykazują absolutną niezależność od jakichkolwiek czynników zewnętrznych, specjalnie zaś od przeżyć wzruszeniowych. Częstokroć występują napady te w nocy podczas snu, jak to miało miejsce na kilka dni przed zapisaniem się chorego do szpitala: zawrót głowy i porażenie lewej kończyny górnej wystąpiły nad wieczorem, bezpośrednio potem położył się chory do łóżka i zasnął — i dopiero po godzinie (według opowiadania rodziny chorego) wystąpił już podczas snu napad ogólnych drgawek. Szczególnie ważny jest fakt, na który chory sam zwraca uwagę, że mianowicie, gdy chory po napadzie drgawek lub następczym śnie powraca do przytomności, uprzednio porażona lewa kończyna górna wykazuje wtedy już normalną siłę i normalne wymiary ruchów.

Prócz wyżej wspomnianych napadów nie wypowiada chory więcej żadnych skarg. Z wywiadów okazuje się, że cierpi on w ostatnich czasach na typowe „absences“. W dzieciństwie nie przechodził on żadnych poważniejszych cierpień, specjalnie zapalenia mózgu, nie był mańkutom, nigdy nie doznał urazu głowy, rozwijał się pod względem fizycznym i psychicznym normalnie i nie wykazywał jakichkolwiek cech t. zw. „charakteru epileptycznego“, cierpiał tylko do 15-go roku życia na nocne nietrzymanie moczu (enuresis nocturna). Samogwałtowi oddawał się do 9-go lub 10-go roku życia, lecz nie dłużej. Nigdy nie palił ani nie pijał. Nie miał dotychczas stosunków z kobietami. Od czasu wystąpienia napadów padaczkowych nie zmienił się zupełnie pod względem psychicznym, pamięć dotychczas ma doskonałą. Nigdy nie cierpiał na migrenę, również w rodzinie chorego nie zdarzały się wypadki migreny i wogóle brak jakiegokolwiek obarczenia neuropatycznego w rodzinie. Ojciec chorego zmarł na niedomogę serca, matka jest zdrowa, również 6 braci i 2 siostry są zdrowi i nie cierpią na choroby nerwowe.

Stat. praes. Chory wysokiego wzrostu, normalnej budowy, miernego odżywiania. Brak zmian w narządach wewnętrznych. Mocz bez białka i cukru. Tętno 84. Brak cech zwyrodnienia czaszki i małżowin usznych, tylko lewe uszko jest bardziej przyrośnięte niż prawe. Czaszka nie wykazuje bolesności podczas opukiwania. Żrenice jednakowej szerokości, oddziałują żywo na światło i zbieżność. Siła wzroku normalna. Oftalmoskopowo: brak zmian wyraźnych, tylko lewa tarcza odcina się bardziej ostro niż prawa, ale zjawisku temu nie można przypisać znaczenia patologicznego (kol. Endelman). Ruchy gałek ocznych zachowane; brak drgania gałek. Mimika twarzy żywa. Brak asymetrii twarzy podczas ruchów dowolnych i mimicznych. Język przy wysuwaniu nie zbacza. Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych jest normalna i nie wykazuje różnicy pomiędzy prawą i lewą stroną. Odruchy z mięśnia trójgłowego i okostnowe z promienia słabe, obustronnie jednakowe. Odruchy kolanowe dość żywe, jednakowe. Odruch podeszwowy normalny. Czucie nie wykazuje zmian. Brak ataksji, drżenia, adiado-kokinezyi.

Psychika zupełnie normalna; również eksperymentalne badanie skojarzeń nie wykazuje jakichkolwiek odchyleń od normy.

Wiarogodność danych anamnestycznych mogła być potwierdzona badaniem obiektywnym. Miałem mianowicie sposobność dwukrotnie spostrzegać napady chorego. Oba napady przebiegały w sposób stereotypowy analogicznie i odpowiadały ściśle danym anamnestycznym podanym przez chorego i jego otoczenie. Po zawrocie głowy, który trwał kilka minut, wystąpiło porażenie lewej kończyny górnej, za każdym razem bez uprzednich parestezyi. Porażenie rozwijało się stopniowo i dotyczyło równomiernie proksymalnych i dystalnych odcinków kończyny. Przytomność była absolutnie zachowana, także badanie objektywne mogło być najzupełniej miarodajne. Za pierwszym razem porażenie było prawie zupełne, tak że chory mógł wykonywać tylko minimalne ruchy zginające w palcach i również minimalne zginanie w stawie łokciowym; za drugim razem ruchy te były nieco obszerniejsze, możliwy był również nieznaczny ruch odprowadzający ramienia, ale siła ruchów tych była minimalna i nie mogła przewyżścić nawet najmniejszego oporu. Za pierwszym razem trwało porażenie 45, za drugim około 20 minut. Porażenie we wszystkich grupach mięśniowych było zupełnie wiotkie. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów (badanie tylko na prąd faradyczny) była normalna. Odruchy z mięśnia trójgłowego i okostnowe z promienia były z prawej strony normalne, z lewej słabsze niż z prawej, trudne do wywołania, ale wyraźne. Odruchy kolanowe i z ścięgien Achillesa były żywe, obustronnie jednakowe. Odruchy brzuszne i mosznowe były bardzo żywe, podeszwowe normalne — wszystko jak w okresie pomiedzy napadów. Wszystkie kategorie czucia (dotykowe, cieplikowe, bólowe, zmysł mięśniowy) i, co najważniejsze, zmysł stereognostyczny — były absolutnie normalne. Chory dawał wypowiedzi szybkie i wiarogodne. Brak było afazji, agnozyi, apraksji oraz zmian oftalmoskopowych. Po

rozwinięciu się porażenia wystąpiła utrata przytomności oraz napad ogólnych drgawek, który za każdym razem trwał po kilka minut.

Przez drgawki objęte były różnomiennie górne i dolne kończyny oraz muskulatura tułowia, twarz nie była przekrzywiona, głowa nie była skrzywiona, oddziaływanie źrenic na światło było niezmiennie słabe. Raz został przygryziony język. Ani razu nie spostrzegano piany na ustach ani mimowolnego oddawania moczu lub kału. Za pierwszym razem spał chory bezpośrednio po napadzie drgawek przez 5 godzin z rzędu i obudził się z tępym bólem głowy, przyczem siła ruchowa lewej kończyny górnej powróciła już zupełnie do normy; za drugim razem przytomność wróciła zaraz po napadzie drgawek, zaś siła i wymiary ruchów przed napadem drgawek zupełnie porażonej lewej kończyny górnej były wtedy już zupełnie normalne.

Co się tyczy istoty opisanego tu porażenia lewej kończyny górnej, to mogą tu wchodzić w grę następujące rozważania różniczkowo-rozpoznawcze. Przeciwno histeryi przemawia po za brakiem t. zw. „stygmów“, charakteru histerycznego, momentów psychopochodnych w wywiadach, przede wszystkim ściśle paroksyzmalny charakter porażenia, brak jakichkolwiek zaburzeń czuciowych w porażonej kończynie, niewątpliwie zbyt krótkie trwanie porażenia oraz samoistne występowanie tegoż bez jakiegokolwiek momentu wzruszeniowego. Również i napadom migreny mogą, jak wiadomo, towarzyszyć porażenia w obrębie nerwów czaszkowych a nawet kończyn. Chory nasz jednak nigdy uprzednio nie cierpiał na migrenę, napady porażenia poprzedzane były wprawdzie przez zawrót, lecz nigdy przez ból głowy i wymioty, co dla rozpoznania migreny byłoby nieodzowne.

Również t. zw. okresowe porażenie kończyn przejawiać się może czasem w postaci napadów poronnych, podczas których porażeniu ulegać może tylko jedna z kończyn. Mam w obserwacji jeden przypadek tego cierpienia, w którym obok napadów ciężkich, przebiegających z zupełnem porażeniem czterech kończyn, występują od czasu do czasu napady poronne, podczas których porażeniu ulega tylko prawa kończyna górna. Ponieważ jednak w wywiadach chorego naszego nigdy nie spotkano porażenia czterech kończyn, przeto już choćby z tego względu wykluczyć można chorobę Westphala-Goldflama. Rozstrzygająca jednak była tu normalna pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów kończyny porażonej. Z cierpień organicznych wchodzić tu może w grę jeszcze (o przymiocie mózgu nie może być mowy) tylko t. zw. „chromanie przestankowe mózgu“ („*claudica-*

tion cérébrale“). Jednakże owe przemijające objawy porażeniowe, które określamy tą nazwą, rozgrywają się na tle ateromatozy naczyń mózgowych, co oczywiście u osobnika młodego, który zupełnie nie palił, nie pijał i nie był zarażony przymiotem, jest w najwyższym stopniu nieprawdopodobne. Również i brak jakichkolwiek organicznych dodatkowych objawów wypadnięcia funkcji podczas napadów i w okresach pomiędzy napadami przemawia zasadniczo przeciwko temu przypuszczeniu. Ścisłość zbieżności porażenia z bezpośrednio po niem występującymi typowymi napadami padaczkowymi, stałe objawy towarzyszące w postaci aury labiryntowej, migrenowej i psychicznej, znikanie porażenia bezpośrednio po napadzie drgawek zmuszają uznać również i napadowe porażenia lewej kończyny górnej za przejawy padaczki. Ponieważ napady zawsze były ogólne i nigdy nie wykazywały typu Jacksona, ponieważ brak było jakichkolwiek objawów organicznych, przeto według współczesnego stanu nauki padaczkę w przypadku niniejszym należy uznać nie za objawową, lecz za samorzną (*epilepsia genuina*).

Objawy porażeniowe względnie objawy wypadnięcia funkcji w przebiegu padaczki samoistnej mogą występować albo w postaci stałej („objawy połowicze“, na które zwrócił uwagę Redlich) lub też w postaci przemijającej. W tym ostatnim wypadku występują one albo ponapadowo jako t. zw. „objawy wyczerpania“ po gwałtownych napadach drgawkowych (porażenia kończyn, afazja, zwłaszcza postać amnestyczna tejże, agnozja, opisana przez Bernsteina oligofazja asymboliczna, a nawet apraksja, jak to mogłem stwierdzić w jednym z moich przypadków), lub też jako równoważniki napadów (t. zw. padaczka porażeniowa, opisywana przez Binswängera, Löwenfelda, Higiera, Féré'go i Neuratha). Postać ta należy do największych rzadkości klinicznych. Jeszcze rzadsze jednakże są przypadki, w których porażenia występują nie jako równoważniki napadów, lecz przednapadowo, jak w moim przypadku. W piśmienictwie zdołałem odnaleźć tylko 2 przypadki Nothnagla (cytowane w monografii Binswängera), gdzie porażenie było tylko objawem zwiastunowym, po którym występowało porażenie i napad ogólnych drgawek. Mielśmy więc do czynienia z aurą porażeniową, która jako taka nie była dotychczas opisywana. W przypadku moim owej aurze porażeniowej towarzyszyła aura błę-

dnikowa (zawrót głowy i uczucie zapadania się w przepaść), aura migrenowa (różnobarwne skotomaty i jednokrotne wymioty) oraz aura psychiczna (wybitna depresja), natomiast nigdy stwierdzić nie mogłem aury czuciowej, która tak często poprzedza padaczkę porażeniową. Przeciwno traktowaniu owego przednapadowego okresu porażeniowego jako aury zdaniem mojem, bynajmniej nie przemawia fakt, że porażenie trwać mogło do godziny, gdyż właśnie owe objawy aury padaczkowej cechuje długotrwałość. Od 6 lat mam w obserwacji przypadek t. zw. „*epilepsiae procursivae*“, w którym chory przed napadem biegnie popędowo i automatycznie kilka wiorst przed siebie, aż wreszcie nieprzytomnie upada na ziemię dotknięty napadem ogólnych drgawek.

Prócz niezmiernej rzadkości ma przypadek niniejszy również i pewne teoretyczne znaczenie. Dowodzi on mianowicie, że propagowana przez Charcota teoria Jacksona wyczerpywania się ośrodków nerwowych, mająca tłumaczyć objawy porażeniowe w przebiegu padaczki, nie da się uogólnić na wszystkie przypadki. To też większość badaczy zapatruje się na ruchowo-porażeniowe równoważniki padaczki (Binswanger, Higier, Löwenfeld), jako na przejawy t. zw. „zahamowania napięcia“ (*Tonushemmung*), co zastosować by się dało również i do aury porażeniowej. Higier opiera się przytem na słynnych eksperymentach Sherringtona i Heringa, którzy stwierdzili, że przez drażnienie prądem elektrycznym niektórych terytoriów kory mózgowej, prócz napięcia niektórych grup mięśniowych, występuje stałe spadek napięcia grup antagonistycznych. Sherrington dowiódł tego dla mięśni ocznych; wypowiada on pogląd, że podrażnienie substancji mózgowej w pewnych warunkach spowodować może w mięśniach gałki ocznej stan podobny do porażenia. Hering z Sherringtonem próbowali dowieść tego samego dla mięśni kończyn. Zdołali oni mianowicie stwierdzić przy słabszych dawkach, że, im słabsze jest podrażnienie, tem wcześniej występuje zwiotczenie pewnych grup mięśniowych, podczas gdy napięcie grup atangonistycznych staje się coraz słabsze, zaś czasem nie występuje zupełnie. Tak więc w razie znacznego zmniejszenia siły bodźca może nastąpić taki moment, kiedy napięcie podrażnionego układu mięśniowego występuje znacznie mniej wyraźnie niż zwiotczenie i hypotonia grup antagonistycznych, odpowiadałyby tedy równoważniki ruchowo-porażeniowe oraz aura porażeniowa padaczki

okresowi minimalnego natężenia podrażnienia w doświadczeniach Sherringtona i Heringa, gdy hypotonia pewnych grup mięśniowych przeważa nad skurczem ich antagonistów. Nie sądzę jednakże, ażeby te piękne doświadczenia mogły znaleźć bezpośrednie zastosowanie w wyjaśnieniu zjawisk porażeniowych równoważników i porażeniowej aury w padaczce. Pomijając bowiem już fakt, że działania prądu elektrycznego nie można porównywać z działaniem niewatpliwie zupełnie odmiennego czynnika, wywołującego drgawki epileptyczne, występowało podczas aury porażeniowej w przypadku moim porażenie *en bloc*, zaś hypotonia ogarniała wszystkie mięśnie bez jakiejkolwiek różnicy pomiędzy grupami antagonistycznymi. Można tedy conajwyżej mówić o „*action inhibitrice de l'écorce cérébrale*“ w myśl Sherringtona, jako o czemś dowiedzionem eksperymentalnie, niepodobna jednak uważać za wyjaśniony mechanizmu przejawów klinicznych tego zahamowania ani okoliczności, w których przejawia się ono klinicznie.

Na specjalną uwagę w przypadku naszym zasługuje paradoksalne zjawisko kliniczne, polegające na tem, że porażenie lewej kończyny górnej stale zniknęło po napadzie drgawek. Analogicznego zjawiska nie udało mi się odnaleźć w piśmiennictwie. Natomiast ja sam spostrzegałem objaw podobny w przypadku padaczki, którą należało uważać za objawową.

Przypadek ten dotyczy 26-letniej pierworódki, która wyszła za mąż przed 10 miesiącami, podczas całej ciąży czuła się zupełnie dobrze, a w 8-ym miesiącu ciąży urodziła bez pomocy akuszerskiej martwe dziecko (5. VIII. 1910). W 7 dni po porodzie czuła się zupełnie dobrze i wstała z łóżka (13. VIII.). Następnego dnia (14. VIII.) wystąpiły gwałtowne bóle głowy, zaś nad wieczorem gwałtowne wymioty, które trwały przez następne 3 dni. Już wtedy zauważyła chora drganie prawej powieki górnej i prawej połowy twarzy. 17. VIII. wystąpiło podobno nagle absolutne porażenie prawej kończyny górnej. Następnego dnia już w szpitalu wystąpił napad ogólnych drgawek, który trwał około godziny; następny napad drgawek, który obserwowany był przez lekarza, był ściśle prawostronny, wykazywał wyraźny typ Jackson'a i powtórzył się tego samego dnia kilkakrotnie. Badanie obiektywne, dokonane w dniu następnym, wykryło: absolutne porażenie prawej górnej i dolnej kończyny, słabe odruchy ścięgnowe i skórne bez wyraźnej różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną, wybitny objaw Babińskiego z prawej strony przy normalnym obrazie oftalmoskopowym, normalnem czuciu i normalnem zachowaniu się nerwów czaszkowych. Następnego dnia wystąpił prawostronny napad Jackson'owski oraz dwa napady drgawek ogólnych. Ciepłota podniosła się do 38°, w moczu stwierdzono 0,2% białka,

białe i czerwone ciała krwi. Napady drgawek więcej nie powtórzyły się. Bezpośrednio po ostatnim napadzie drgawek zauważono, że w uprzednio zupełnie porażonej prawej kończynie dolnej powróciły ruchy w stopie i w palcach, zaś w przeciągu następnych 2 dni wystąpiła tak szybka regresja prawostronnego porażenia połowiczego, że nie można było stwierdzić wyraźnej różnicy pomiędzy prawą i lewą stroną. Podczas następczego okresu zdrowienia wystąpiło interesujące powikłanie: wystąpiło mianowicie po nakłuciu lędźwio wem, wykonanem bez stowainizacji rdzenia (płyn przezroczysty, brak pleocytozy), absolutne prawostronne porażenie nerwu odwodzącego, które wyrównało się dopiero po upływie 3 tygodni. Ponieważ przeciwko surowiczemu zapaleniu opon mózgowych przemawiał zbyt szybki przebieg i brak zmian na dnie oczu, zaś przeciwko mocznicy — brak cylindrów i bardzo nieznaczne ilości białka w moczu oraz zupełne zachowanie przytomności przy ciężkich objawach mózgowych, przeto należało padaczkę objawową w przypadku tym uzależnić od samozatrucia, które było w związku z poporodowymi sprawami inwolucyjnymi w narządach rodnych.

Przytoczone przypadki dowodzą: że 1)

prócz ruchowo-porażeniowych równoważników istnieje również porażeniowa aura padaczki oraz, że: 2) porażenie w przebiegu padaczki wyrównać się może po napadzie drgawek. Dwa fakty powyższe są niejako klinicznym potwierdzeniem teorii Binswanger'a o t. zw. „wyładowaniach powściągu“ („*Hemmungsentladungen*“). Należy przypuścić, że w padaczce w sposób napadowy wyzwala się nie tylko energia pozytywna, wywołująca drgawki i wzmożenie napięcia mięśniowego, lecz że wyładowuje się również energia o charakterze negatywnym, powodująca hypotonję mięśniową i porażenie i że jedna z postaci tych energii może, że tak powiem, maskować i neutralizować przejawy drugiej. Tylko na zasadzie tego rodzaju pojmowania sprawy wyjaśnić sobie można zadziwiający fakt znikania porażień po napadzie drgawek.

Sz. d-rowsi E. Flatauowi dziękuję serdecznie za pomoc w opracowaniu przytoczonych przypadków.

PIŚMIENNICTWO.

1. Löwenfeld. Beiträge zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie. Archiv f. Psych. T. XXI. Z. 1 i 2. 2. Binswanger. Epilepsie. Monografia. (Nothnagel). 3. Higier. Paroxysmal auftretende Lähmung epileptischer Natur. Neurol. Centralbl. 1897. № 4. 4. Tenze. Zur Pathogenese der motorisch-paralytischer Aequivalente des epileptischen Anfalles. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XIV. 5. Sherrington. Sur l'action

inhibitrice de l'écorce cérébrale. Refer. w Neurol. Centralbl. 1893. S. 549. 6. Hering i Sherrington. Über Hemmung der Kontraktion der willkürlichen Muskeln bei elektrischer Reizung der Hirnrinde. Pflügers Archiv. T. XVIII. 1898. 7. Féré. Sprawozd. Towarz. Biolog. w Paryżu. 27 lipca 1897. 7. Neurath. Paralytische Aequivalente in der Kinderepilepsie. Kassowitz. Festschrift. Berlin. Springer. 1912:

ZE SZPITALA DLA UMYSŁOWO I NERWOWO CHORYCH „KOCHANÓWKA“ (POD ŁODZIĄ).
DYREKTOR DR. MED. ANTONI MIKULSKI.

O RZADZIEJ SPOSTRZEGANYCH OBJAWACH — BIAŁKOMOCZU, WYMIOTACH KRWAWYCH ORAZ OSOBLIWIE PRZEBIEGAJĄCYCH DRGAWKACH OGRANICZONYCH — W PRZYPADKU GUZA MÓZGU.

Podał

Eufemiusz Herman.

(Dokończenie—patrz № 20).

Przechodząc z kolei do krwotoków następnych żołądka, zdaje się, nie będziemy w błędzie, jeśli powiemy, iż samo przypomnienie rodzajów tych ostatnich uczyni nieprawdopodobnem, aby mogły one wchodzić w rachubę, a zatem — krwotoki zastoinowe w przebiegu marskości wątroby, zapalenia lub zaczopowania żyły wrotnej, w wadach zastawkowych niewyrównanych, w żółtaczce cięż-

kiej, w przebiegu poważnych chorób krwi, wreszcie t. zw. krwotoki zastępcze.

Mówiąc o różniczkowaniu rozmaitych przyczyn krwotoków żołądka, rozmyślnie opuściliśmy jedną ich postać, którą słusznie wyróżnia Jaworski i inni, jako t. zw. krwotoki nerwowe żołądka, a uczyniliśmy to dlatego, że o nich właśnie chcemy powiedzieć nieco obszerniej. Posłuchajmy, co mó-

wi o tego rodzaju krwotokach żołądkowych znakomity i zasłużony internista polski, prof. Jaworski¹⁾.

„Do tych zaliczam, według moich spostrzeżeń, krwotoki żołądka u osób wieku średniego albo i u starszych, z chorobami rdzenia pacierzowego lub mózgu, a szczególnie wiađu rdzenia pacierzowego lub rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia (*sclerosis insularis disseminata*).

U tego rodzaju chorych pojawiają się niewyraźne przypadłości żołądkowe, przypominające tylko po części znane *crises gastriques*. Krwotok taki powtarza się kilkakrotnie w przeciągu dni kilkunastu i może być śmiertelny z powodu swej obfitości. Jako przyczynę tych krwotoków należy uważać działanie nadmierne wydzielającego się kwasu solnego na błonę śluzową, której fałdy, stając się niedokrwiste przy ruchach wymiotnych, zostają nadżarte.

Nadmierne zaś wydzielanie się kwasu żołądkowego odbywa się okresowo, pod wpływem zmian chorobowych w mózgu lub rdzeniu. Ja obserwowałem kwasotę wymiocin podczas napadu, poprzedzającego wymioty krwawe, ponad 100. Oznaki krwotoku nerwowego zauważyłem następujące: istnienie lub usprawiedliwione podejrzenie na choroby rdzenia lub mózgu, zupełny brak przypadłości żołądkowych, a pojawienie się takich w odległych odstępach. Najczęściej zaczynają się napady: nudności, brak łaknienia, potem wymioty kwaśne (bez bólów), ostatecznie obfite wymioty krwawe.

Rokowanie bywa niekorzystne, o wiele gorsze, niż w wymiotach krwawych wskutek wrzodu okrągłego, gdyż tu zachowanie dyetetyczne nie zabezpiecza od pojawienia się krwotoków, które są zależne od głównej choroby. W tego rodzaju krwotokach przypadki, obserwowane przezemnie, zakończyły się śmiertelnie, wskutek „skrwawienia się“.

Wychodząc z tego założenia, że krwotoki żołądkowe, a w związku z nimi i wymioty krwawe naszego pacyenta, nie miały swej bezpośredniej przyczyny w jakimś schorzeniu żołądka, ale zjawily się z powodu guza mózgu, a więc zboczenia w układzie nerwowym, w danym przypadku ośrodkowym, moglibyśmy mówić o nich, jako o krwotokach żołądkowych nerwowych.

Nie wszystko jednak w przypadku naszym przebiega tak, jak to opisuje Jaworski.

Przedewszystkiem wymioty krwawe dotyczą młodzieńca w wieku lat 18, a więc bynajmniej nie średnim, powtórę z chorobą mózgu — mianowicie guzem, wreszcie przebiegają one w zupełnie odmiennych warunkach, niczem nie przypominając nam wspomnianych — *crises gastriques*.

Wymioty te występują bez żadnych okresowych dolegliwości ze strony żołądka, oraz bez osobliwie nadmiernego wydzielania się kwasu solnego (w wyniocinach — kwasota od wolnego HCl 25, ogólna kwasota 53): chory, dotknięty guzem mózgu, z objawami wybitnego wzmoczenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego, cierpi na częste wymioty, których wygląd jest zmienny — raz z domieszką żółci, innym razem z obfitą zawartością speptonizowanej krwi.

Jesteśmy dalecy od tego, ażebyśmy wzmianką powyższą zamierzali odebrać słusność wywodom Jaworskiego, przeciwnie — do cennego opisu krwotoków żołądkowych nerwowych, podanego przez tego autora, chcielibyśmy dodać słów parę z naszego spostrzeżenia, ażeby pojęcie o tych krwotokach do pewnego stopnia rozszerzyć.

Zgodnie z powyższem do wymiotów krwawych, wzgl. krwotoków nerwowych żołądka zaliczać będziemy wszystkie te, które są spowodowane przez sprawy chorobne, zachodzące w układzie nerwowym, czy to ośrodkowym, czy to, o ile jest to możliwe, obwodowym.

Dlatego też krwotoki nerwowe żołądka mogą towarzyszyć nie tylko wspomnianym dwóm sprawom mózgu i rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis et sclerosis disseminata insularis*), lecz zdarzać się mogą i w innych schorzeniach układu, a więc również i w guzach mózgu.

Stąd zrozumiałą jest rzeczą, że dotyczyć one mogą również osobników młodych, jakoteż przebiegać nie pod postacią t. zw. *crises gastriques*.

Zachodzi teraz pytanie, w jaki sposób wytłomaczyć sobie powstawanie tych krwotoków żołądkowych, a w związku z nimi wymiotów krwawych.

Nie od rzeczy będzie, jeśli w celu zrozumienia tego zjawiska, uprzytomnimy sobie pokrótce stosunki anatomiczne, jakie zachodzą w unaczynieniu ścian żołądka. Otóż, drobne naczynia krwionośne, odgałęziając się od większych pni pod otrzewną leżących, przenikają prawie że pionowo poprzez mięśnió-

¹⁾ Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczególowej; nap. prof. dr W. Jaworski. 1899, str. 166.

wkę (*muscularis*) i rozpadają się wewnątrz podśluzówki (*submucosis*) w szeroki spłot, z którego jedne gałązki, niejako w drodze powrotnej, zaopatrują w krew mięśnie ścian żołądka, podczas gdy inne obficie przechodzą poprzez mięśniówkę śluzówki (*muscularis mucosae*) i tworzą gęste siateczki naczyń włosowatych wokół gruczołów.

Właśnie te spłoty drobnych naczyń krwionośnych, wijących się pomiędzy poszczególnymi fałdami i gruczołami błony śluzowej żołądka, obok nadzwyczajnego pofałdowania się jej, stwarzają bardzo dogodne warunki do powstawania krwotoków wszelkiego rodzaju, szczególnie wówczas, kiedy silne skurcze żołądka przyczyniają się do powstawania coraz to większych bruzd i fałd na wewnętrznej powierzchni żołądka.

Toteż dzięki wspomnianemu powyżej obfitemu unaczynieniu oraz utrudnionemu odpływowi krwi przy kurczeniu się ścian żołądka, ulega błona śluzowa już w warunkach normalnych silnemu przekrwieniu, a w okolicznościach sprzyjających, jak to ma miejsce w nieżycie ostrym, a szczególnie przewlekłym, dochodzi do wybroczyn krwawych, bądź nawet do nadżerek błony śluzowej.

Do jakiego stopnia błona śluzowa żołądka, dzięki anatomicznej konstrukcji naczyniowej łatwo ulegać może krwotokom, świadczą dostatecznie krwotoki t. zw. k r w o t o k i *ex vacuo*, które następują po silnem przepłukaniu żołądka, jako skutek zmiany warunków ciśnienia, pod jakim znajdowały się włosowate naczynia śluzówki.

Oczywistą też dla nas będzie rzeczą, że dla zrozumienia krwotoków żołądkowych w guzach mózgu, nie mamy potrzeby uciekać się do warunków specjalnych, jakimi jest okresowe nadmierne wydzielanie kwasu solnego, ale same tylko silne ruchy wymiotne, a w związku z tem znaczne pofałdowanie się błony śluzowej żołądka, doprowadzając do utrudnionego odpływu krwi z naczyń włosowatych śluzówki, powoduje, że pod wpływem nadmiernego ciśnienia krwi, naczynia pękają, co pociąga za sobą krwotok; może też niedość do rozerwania, wzgl. pęknięcia naczyń, tylko do przenikania *per diapedesin* składników krwi do zawartości żołądka.

Stąd podczas podobnych wymiotów, krew nie zostaje odrazu usunięta z żołądka, lecz często powoli, zbierając się w nim podczas i po ruchach wymiotnych, dopiero przy następnych wymiotach bywa wyrzucana. Dzięki zaś temu dłuższemu pozostawaniu w żołądku

uledź może ona speptonizowaniu nawet przy normalnej zawartości kwasu solnego w treści żołądkowej, a w związku z tem nadać wymiocinom fusowate, ciemnocisawe zabarwienie, obok woni surowizny.

II. B i a ł k o m o c z (*Albuminuria*). Zdawałoby się, że zbyt rzeczą jest mówić o białkomoczu w przypadkach guzów mózgu, skoro najlepsze podręczniki neurologii nie tylko że nie starają się wyświecić jego etyologii, lecz, co więcej, wcale o tej anomalii moczu nie wspominają. Również i monografie szczegółowe, traktujące o klinicznym obrazie guzów mózgu, niewiele o tej kwestyi nam mówią, że przytoczymy dla przykładu chociażby wyczerpujący referat Mingazzini'ego o symptomatologii guzów mózgu, w którym autor między innemi podaje pokrótce tyle tylko, że białkomocz spostrzegali Macabian i Lanzoni¹⁾.

W przypadku naszym wykrywaliśmy u chorego białko w moczu przez czas cały jego pobytu w szpitalu, określając zaś ilościowo zawartość białka, otrzymywaliśmy liczby nieznaczne, wahające się pomiędzy „minimalnymi śladami“ a „ $\frac{1}{4}\%$ “, według Esbacha“.

W obecnym stanie wiedzy klinicznej wiemy, że identyfikowanie wszelkiego rodzaju białkomoczu z chorobą Brighta nie wytrzymuje najmniejszej krytyki, co też zniewala nas w każdym przypadku białkomoczu do poszukiwania czy to zapomocą badania drobnostkowego, innych elementów morfotycznych, wskazujących schorzenie nerek, czy też, zapomocą badania fizykalnego, innych objawów, chorobie tej towarzyszących.

Pogląd ten ustalony został dopiero w czasach ostatnich, kiedy częstsze badania moczu osobników zdrowych oraz podlegających innym, nienerkowym schorzeniom, wykazały niezbitie w wielu przypadkach obecność mniejszej lub większej ilości białka w moczu, bez jakichkolwiek dowodów zaatakowania nerek.

Również w przypadku naszym, jakkolwiek mieliśmy do czynienia z prawdziwym białkomoczem, jednak trudno było, wobec braku elementów i wałeczków nerkowych w osadzie moczowym, jak również innych objawów klinicznych, przypuścić czy to chorobę Brighta, czy to zwyrodnienie nerek. Nie należy jednak z powyższego zbyt pośpiesznie wyciągać wniosku, że jednym z objawów właściwych guzom mózgu, może być białkomocz, już chociażby ze względu na to, iż należało-

¹⁾ Mingazzini G, Pathogenese u. Symptomatologie d. Kleinhirnerkrankungen. (Ergebnisse der Neur. u. Psych. 1912. I B.

by wyświetlić związek, jaki zachodzi pomiędzy białkomoczem z jednej strony a guzem mózgu z drugiej.

W celu zrozumienia możliwej łączności obu tych spraw, musimy pamiętać o tem, iż fizyologicznie nabłonki kłębków nerkowych, nie bacząc na wszystkie fizyczne prawa przenikania i przesiąkania, posiadają własność nieprzepuszczania ze krwi większej ilości białka, względnie, wskutek czynności tych nabłonków, zatrzymywania go.

To też słusznie, zdaniem naszym, zaznacza Martius, że mając okoliczność powyższą na względzie, nie możemy uważać białkomoczu u zdrowego zresztą człowieka za zjawisko fizyologiczne, chociażby napotykało się ono u dość pokaźnej liczby zdrowych osobników. Kto wie, czy niema słuszności Sahli, jeśli osobników podobnych uważa za usposobionych do nabycia chorób nerkowych.

Chcąc też uniknąć nieporozumienia, Martius odróżnia w przypadkach podobnych nie fizyologiczny białkomocz, lecz t. zw. konstytucyjny, stojący w związku z pewną konstytucyjną słabością nerek ¹⁾.

Nie naszą jest rzeczą w danym przypadku mówić o słuszności poglądów na konstytucję człowieka w ogólności, podnieść jednak musimy, że trudno odmówić pewnego znaczenia, jakie w uleganiu temu lub owemu schorzeniu odgrywa właśnie ta t. zw. konstytucja poszczególnych narządów oraz całego ustroju.

Ta ostatnia zaś, według mniemania naszego, stoi w ścisłym związku z odpornością danego narządu przeciw rozmaitym czynnikom chorobotwórczym. Im zasób tej odporności jest mniejszy, tem zdolność niejako życiowa danego narządu, konstytucja, jest mniejsza. Zachodzi przeto pytanie, czy białkomocz w guzach mózgu nie jest skutkiem słabej konstytucji nerek, którą dany osobnik nabył wskutek tak ciężkiego schorzenia zasadniczego, albo też której był posiadaczem jeszcze przed wystąpieniem cierpienia mózgu. Wątpliwość tę rozstrzygnąć mogłyby jedynie systematycznie dokonywane badania moczu u tegoż osobnika przed i podczas choroby.

Niestety, sposobność taka nadarza się rzadko.

W każdym bądź razie uważamy za możliwe przypuszczenie nasze, iż w przypadkach guza mózgu mamy do czynienia z białkomoczem konstytucyjnym, czy to już istniejącym

przed wystąpieniem choroby podstawowej, czy te zjawiającym się w przebiegu wyczerpującego schorzenia.

Zupełnie odmiennie należałoby ukształtować zapatrywania swe na podobny białkomocz, gdybyśmy na zboczenie to spoglądali z tego punktu widzenia, jaki obrał badacz angielski Brownlow ¹⁾.

Autor ten jest zdania, iż punkt oparcia dla czynników szkodliwych, wywołujących białkomocz, leży nie w tkance nerkowej, lecz w układzie nerwowym ośrodkowym. Stąd, z chwilą, gdy czynność regulująca tego układu w stosunku do wydzielania nerek jest naruszona, występować ma, według mniemania tego autora, białkomocz, natomiast dopiero następowa zmiany w tkance nerkowej.

Jeśliby podobny stan rzeczy faktycznie istniał, o czem mocno wątpić należy, moglibyśmy wówczas tłumaczyć białkomocz w guzach mózgu właśnie w sposób powyższy. Jednak zbyt mało dowodów na poparcie przypuszczenia swego podaje autor, abyśmy genezę białkomoczu tak mieli rozumieć. Zresztą, zdaje się, że już sam obraz kliniczny typowej choroby Brighta, doprowadzającej zazwyczaj do tak wybitnych zmian w tkance nerkowej, obok braku objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego przemawia dostatecznie przeciw podobnemu traktowaniu białkomoczu.

III. Ciśnienie krwi. Ciekawą jest rzeczą, jak się w przypadkach guzów mózgu zachowuje ciśnienie krwi, tembardziej jeśli weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że niektórzy autorowie stwierdzają ścisłą łączność pomiędzy wzmożeniem ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego z jednej strony a wysokiem ciśnieniem krwi wraz ze zwolnieniem tętna — z drugiej.

Z pośród tych wspomnień wypada Parisot'a ²⁾, który po dokonaniem nakłuciu lędźwiowem w przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowych spostrzegł w związku z obniżeniem ciśnienia płynu mózgowordzeniowego również znaczny spadek ciśnienia krwi obok zwolnienia tętna.

Nadto doświadczenia Ludwiga i Thiry wykazały, że płyn mózgowordzeniowy, znajdując się pod ciśnieniem wzmożonym, drażni ośrodki naczynioruchowe i że skutkiem tego

¹⁾ J. H. Brownlow. The nervous system in the pathogenesis of Albuminuria. The Medical Times, vol 28, № 3.

²⁾ Parisot L. Hypertension cephalorachidienne et pression arterielle. Compt. rend. Soc. de Biol. T. LXII № 20, p. 939.

¹⁾ Pathogenese innerer Krankheiten von prof. dr Fr. Martius, Rostok, 1899, I Heft, str. 211.

występuje zwolnienie tętna obok wzmożonego ciśnienia krwi.

Mając to na względzie oraz biorąc pod uwagę znaczne wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego u naszego pacyenta, staraliśmy się przekonać, czy w przypadkach guza mózgu, nie mamy wzmożonego ciśnienia krwi, które w sposób podany przez Ludwiga i Thiry'ego częściowo dałoby się wytłumaczyć.

Sprawa powyższa nabierała dla nas tem większej wartości, iż w wypadku dodatnich wyników tych poszukiwań, łatwiej moglibyśmy, między innemi, wytłumaczyć wspomniane poprzednio wymioty krwawe.

Pomiarów ciśnienia krwi dokonywaliśmy zapomocą oscylometru sfigmometrycznego prof. Pachon'a.

Wyniki tych poszukiwań przedstawiały się w sposób następujący:

na obu tętnicach promieniowych ciśnienie wynosiło:

$$\begin{array}{r} 140 \\ 65 \quad 80 \quad \text{mm Hg} \\ pp = 60 \end{array}$$

(we wzorze liczba I określa ilość tętna, licznik Me = ciśnienie maksymalne, mianownik Mn = ciśnienie minimalne; wreszcie PP = pressio pulsus — różnicę pomiędzy maksymalnym a minimalnym ciśnieniem).

Jeśli zwrócić uwagę na tę okoliczność, że ciśnienie maksymalne, otrzymane zapomocą tego przyrządu, waha się u ludzi zdrowych w granicach od 13 do 17 cm Hg, ciśnienie minimalne — od 8 do 9 cm Hg, wreszcie ciśnienie tętna (Pp) — od 6 do 9 cm Hg, wówczas oczywistą też będzie rzeczą, że ciśnienie krwi w naszym przypadku nie było wcale wzmożone ¹⁾.

Jednak jeden przypadek nie wystarcza bynajmniej do wysnuwania jakichkolwiek wniosków.

IV. Drżenie mięśniowe ograniczone. Z kolei rzeczy zajmijmy się nieco szczegółowiej ostatnim objawem, spostrzeganym w przypadku naszym, któremu słusznie czy niesłusznie usiłujemy nadać nazwę powyższą.

Jak wynika z przytoczonej poprzednio historii choroby, drgawki owe cechował przede wszystkim stały charakter, oraz sztuczny sposób, w jaki dowolnie mogliśmy je wywoływać wzgl. kłaść im kres: wystarczało bowiem kończynę lewą zginać w stawie kolano-

wym, dokonując jednocześnie jej abdukcji, aby stopniowo ulegały skurczom klonicznym mięśnie stopy, podudzia, wreszcie uda; również dostatecznie było kończynę tej przywrócić normalne położenie, t. j. wyprostne, aby z drgawek tych powoli wyzwalały się poszczególne mięśnie nogi, idąc w odwrotnym od poprzedniego kierunku.

Nie jest rzeczą bynajmniej nową, że guzom mózgu mogą towarzyszyć napady padaczkowe, które pod rozmaitą postacią występują — czy to jako typowe napady padaczkowe, z utratą przytomności, ogólnymi drgawkami i t. d., czy to jako ograniczone drgawki typu Jacksona.

Drgawki podobne mogą ustępować miejsca ogólnym, jako też, odwrotnie, ogólne — miejscowym, dotyczyć zaś mogą pojedynczych mięśni rozmaitych obrębów ciała, poczynając od twarzy, a kończąc na mięśniach brzusznych nawet przepony (Marburg, Oppenheim i in.) ¹⁾

Ciekawą jest rzeczą, że niejednokrotnie choremu lub otoczeniu udaje się na początku drgawek przez silne dowolne zgięcie dotkniętej kończyny, lub też przez energiczne bodźce skórne powstrzymać dalsze rozprzestrzenianie się napadu, wzgl. sam napad. Brunsovi oraz Oppenheimowi w ten sam sposób udawało się wywoływać napad, Cloustonowi zaś — przez silne opukiwanie czaszki nad okolicą zajętą.

Również i w przypadku naszym przez odpowiednie manipulacje (zgięcie kończyny w stawie kolanowym i biodrowym obok jednoczesnego jej odwodzenia) łatwo mogliśmy wspomniane napady drgawek ograniczonych wywoływać, ale co więcej, za każdym razem w sposób odwrotny (przywracanie kończyny do jej normalnego położenia) usuwać je.

Ta ostatnia okoliczność pozwala nam wyodrębnić podobne drgawki ograniczone w guzach mózgu z ogólnego typu Jacksona pod nazwą drżenia mięśniowego ograniczonego.

Jeśli zaś odważyliśmy się zwrócić na nie uwagę, to z tego li tylko względu, że dają się one prowokować oraz usuwać jedynie sposobem sztucznym.

Stąd też podczas badania będziemy mogli, być może, nieraz przez odpowiednie ustawienie kończyny zauważyć obecność tych ograniczonych drgawek.

¹⁾ Seweryn Sterling — O użyciu oscylometru sfigmometrycznego do badania ciśnienia krwi. Gazeta Lek. 1914. 30 Maja. Serya II. T. XXXIV.

¹⁾ Handbuch der Neur. — Lewandowsky I. II.

Nie jest rzeczą wyłączoną, że objaw ten będzie się mógł przyczynić do rozpoznania umiejscowienia guza mózgu.

Na zakończenie pozwolę sobie złożyć

serdeczne podziękowanie Dyrektorowi szpitala, Szanownemu Panu Doktorowi Antoniemu Mikulskiemu, za łaskawą pomoc w pracy.

ODCINEK.

Służba zdrowia w armii polskiej

Odczyt w dniu 7 września 1916 r. w Stowarzyszeniu Lekarzy w Warszawie.

Przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy—patrz Nr 20).

Mamy wierzytelne dowody, że stosownie do urządzeń administracji policyi lekarskiej, zalecono, aby lekarze, w służbie wojska polskiego zostający, byli wykwalifikowanymi lekarzami. Skutkiem tego postanowienia wielu mniej wykwalifikowanych i mniej zasłużonych uwolniła komisya wojny ze służby; więcej zasłużonych lub lepiej przygotowanych postanowiła odesłać do uniwersytetu dla wykwalifikowania się w ciągu lat dwóch, przeznaczając im na utrzymanie żołd połowiczny. Z początku trudności były wielkie, albowiem, chociaż statut tymczasowy uniwersytecki — było to przed 14 maja 1818 roku — nie wszedł jeszcze w życie, jednakże postanowione już było, aby słuchacze medycyny mieli świadectwo dojrzałości z ukończenia szkół wojewódzkich. Komisya wojny, gdy się zapewniła, że dziekan wydziału lekarskiego nie wzbrania się owych lekarzy umieścić między uczniami uniwersytetu, — przystąpiła do podziału lekarzy na kwalifikowanych i niekwalifikowanych. Co do zgody dziekana raportował naczelny lekarz wojska polskiego, Jan Stummer, dn. 29 kwietnia 1818 roku. To zapewnienie rozwiązywało kwestyę dość zawiłą, albowiem wiadomem było komisji wojny, że pod lekarze mieli zapewne jakie takie zaświadczenia, ale je zatarali w kompaniach, a słuchając nauk w akademiach zagranicznych, nie mogli dla różnych powodów otrzymać powtórnych zaświadczeń; inni zaś lubo dla ważnych powodów, jak np. zaburzenia krajowe, nie słuchali kursów lekarskich publicznych i z nich rzecz naturalna nie mogą mieć świadectw, — lecz przez kilkoletnią praktykę w szpitalach pułkowych i przez pilne czytanie dzieł lekarskich mieli dosyć początkowych wiadomości.

Komisya wojny zwróciła się do komisji oświecenia, aby ta zaleciła wydziałowi lekarskiemu wyegzaminowanie każdego z tych lekarzy i żeby: „w miarę uzdatnienia ulokowała ich między uczniami nie początkującymi, albowiem po wielu latach praktyki są oni wprawdzie niezupełnie jeszcze wykwalifikowani, w żadnym jednak razie do początkujących zaliczyć się nie mogą. Wszakże byli oni po

wiele lat lekarzami batalionowymi w wojsku polskim. Gdyby komisya oświecenia nie przychyliła się do tej prośby, lekarze ci byłiby przymuszeni udać się do szkół zagranicznych i wyrzec się dobrodziejstwa, jakie im rząd przez wydzielenie połowy żołdu dwuletniego przeznaczył z warunkiem, aby uczęszczali na nauki do uniwersytetu krajowego...

Komisya oświecenia zwróciła się do rady uniwersytetu 12 maja 1818 roku z żądaniem, aby wydział lekarski podał stosowne środki, przez które, w myśl tak pożytecznego dla kraju rozporządzenia komisji wojny, pod lekarze mieli ułatwioną sposobność nabywania potrzebnych nauk.

Na jakiej zasadzie naczelny lekarz raportował, że wydział lekarski chętnie się przychylił do przyjęcia w poczet uczniów pod lekarzy, nie wiem, nie czytałem oryginalnego raportu, lecz tylko wyciąg z niego w odezwie komisji wojny; przypuszczam, że na zasadzie prywatnej rozmowy z dziekanem Freyerem.

Rada uniwersytetu inaczej rzecz tę przedstawia i w przełożeniu swem 30 maja oświadcza, że opinia dziekana zupełnie jest inna, a to dlatego, że ustawy na to nie pozwalają. Jeżeli zaś komisya oświecenia chciała się przychylić do wniosku komisji wojny i okazać względy zasłużonym w wojsku krajowym pod lekarzom, wypadałoby radzić komisji wojny, ażeby dla ułatwienia tym pod lekarzom korzystania z nauk, wykładanych na wydziale lekarskim, obmyśliła dla nich nauczyciela, któryby ich stosownie do potrzeby przygotował w osobnych godzinach obok prelekcji akademickich, dopóki nie nabędą tych wiadomości, na których obecnie im zbywa.

Komisya rządowa powtórnie wezwała radę, aby wszelkie przeszkody usunęła i sama wynalazła środki do spełnienia życzenia komisji wojny i zainteresowanego w tej sprawie naczelnego wodza wielkiego księcia.

Ten ostatni argument tak był wymowny i przekonywający, że 18 lekarzy batalionowych niezwłocznie w poczet uczniów uniwersytetu zapisani zostali: Berthold Jan, który służył w wojsku polskim 11½ lat w kompanii

1 artylerii garnizonowej; Bergami Władysław służył 11 lat w artylerii pieszej; Walter Fryderyk również 11 lat w pułku III strzelców pieszych; Filling Maxymilian 9 lat w pułku III strzelców konnych; Szóstakiewicz Antoni 8 lat w pułku III piechoty liniowej; Rettein Karol 9 lat w pułku III ułanów; Kęcki Jan 14 lat w pułku II strzelców konnych; Schwöder Jan 8½ lat w batalionie 2 artylerii konnej; Szczeciński Antoni 11½ lat w pułku II ułanów; Gulitz Fryderyk 13 lat w batalionie saperów; Dobrowolski Jan 13 lat w grenadyrach gwardyi; Mitkiewicz Benedykt 6 lat w pułku III strzelców pieszych; Konberth Ludwik 11½ lat w pułku VI piechoty liniowej; Kamiński Jan 5 lat w kompanii 2 artylerii lekkiej pieszej; Wiśniewski Feliks 11 lat w pułku I piechoty liniowej; Zawadzki Stefan 11 lat w pułku I piechoty liniowej; Geyssler Karol 10 lat w pułku VII piechoty liniowej; Tuszyński Karol 8½ lat w pułku V piechoty.

Takie połowiczne załatwienie sprawy, to jest obsadzenie niezajętych pozycji w batalionach i w lazaretach wojskowych, przez lekarzy batalionowych wymagało dalszej w tym kierunku reformy. Wiadomo, że licencyjacy, to jest medycy niższej kategorii, którzy po skończeniu czteroklasowej szkoły obwodowej, a nawet i ci, którzy w żadnej szkole nie byli, lecz na zasadzie świadectwa majstra ceruliczego że w czasie terminu zachowywali się wzorowo i umieją czytać i pisać po polsku, i znają trochę łaciny — mieli wstęp najpierw do szkoły lekarskiej Księstwa Warszawskiego, a następnie do wydziału uniwersyteckiego, i otrzymywali po ukończeniu trzyletniego kursu świadectwo wydziałowe upoważniające do leczenia pewnej kategorii chorób, których spis dołączano licencyjaciowi przy wręczeniu świadectwa — ci, licencyjacy mogli zajmować i zajmowali urzędy cywilne lekarzy obwodowych czyli powiatowych, a w wojsku batalionowych; — byli to więc dzisiejsi felczerzy czyli podlekarze. Praktyka wykazała, że tacy lekarze batalionowi w braku lekarza sztabowego zajmowali czasowo jego miejsce, tymczasowość czasami przedłużała się i tą samą drogą mogli zajmować stanowisko lekarza dywizyi — otóż, komisya wojny aby na przyszłość mieć lekarzy-majstrów, którzy przy wstępowaniu do uniwersytetu przedstawiali świadectwo dojrzałości z ukończonej szkoły wojewódzkiej, utworzyła dla nich stypendya wojskowe. Taki stypendysta po ukończeniu nauk i pozyskaniu stopnia magistra odslugiwał 6 lat w armii i w tym czasie spłacał stypendyum w rocznych ratach, potrącanych mu z żołdu. Który zaś ze stypendystów nie życzył sobie odbywać służby wojskowej, zwracał pobraną w czasie studiów sumę całkowicie jednorazowo. Dzięki tym stypendyom, sprawa ta raz na zawsze była rozwiązana na korzyść służby zdrowia armii polskiej.

W czasie wojny Rosyi z Polską w 1831 roku — Polska miała pod bronią 37,688 osób, a w zapasie 4198; lekarzy 107. Według raportu z 4 stycznia 1831 roku ogół sił za dyktatury Chłopickiego wynosił 70,761; oprócz tego przygotowywano nowe siły. W końcu marca mimo strat pod Grochowem, armia wzrosła do 100.000. W końcu lipca po stracie korpusu Giełguda, armia razem z rezerwami i gwardyą dochodziła do 80.000 i odtąd topniała z dniem każdym, zwłaszcza po wzięciu szturmem Warszawy, — a gdy przeszła granicę pruską dnia 8 października 1831 roku, liczyła ogółem 20891 ludzi.

Stan służby zdrowia w czasie wojny był opłakany; lekarzy był brak wielki, a grasująca w Polsce cholera ten brak jeszcze więcej potęgowała. W drugim okresie wojny przybyła znaczna liczba lekarzy cudzoziemców.

Widzieliśmy, że w końcu 1830 roku było ogółem lekarzy w armii 107, jakże więc wytłomaczyć sobie ten niedobór? Może będziemy bliżcy prawdy, jeżeli zwrócimy uwagę na dwie okoliczności. Przedewszystkiem, między profesorami uniwersytetu niepospolitym nauczycielem i autorem był chirurg Nowicki; równocześnie jako zwykły śmiertelnik, był człowiekiem nieznosnym, zarozumiałym, co pociągało za sobą zatargi w świecie lekarskim warszawskim. Te zatargi i wogóle ten przykry charakter profesora nie miał wpływu na jego stosunek do uczniów, który był dobry. Z wybuchem rewolucyi ten stosunek do uczniów uległ bardzo radykalnej zmianie, stał się niemożliwy. Na rozkaz dyktatora Karol Kaczkowski, profesor terapii, został generalnym sztab-doktorem armii, a naczelny lekarz wojska, Jan Stummer, pozostał na dawnym stanowisku szefa wydziału lekarskiego w ministerium wojny. Tenże dyktator zalecił, aby uczniowie 4-o i 5-o kursu, po wyłożeniu im chirurgii polowej, zostali skróconym sposobem wyegzaminowani i jako lekarze batalionowi, niezwłocznie byli wysłani do obozu. W tym samym czasie uniwersytet opustoszał, cała młodzież weszła do gwardyi narodowej, oprócz medyków 4-o i 5-o kursu i teologów, mających pierwsze święcenia, lub kapłanów. Starsi uczniowie teologii zostali sanitaryuszami, według dzisiejszego pojęcia, i odbywali odpowiednie ćwiczenia w szpitalach nowopowstałych, przeważnie w gmachach uniwersytetu. Starszymi sanitaryuszami byli profesorowie uniwersytetu z księdzem rektorem Szwejkowskim na czele.

Otóż, w takich to czasach gorących występuje Nowicki z pretensjami, dlaczego nie on, chirurg, ale terapeuta, który nie umie nawet złamanej kości opatrzyć — został generalnym sztab-doktorem; zapowiada uczniom, że nie zgadza się na propozycję (tak rozkaz zrozumiał!) dyktatora, gdyż ten się nie zna na rzeczy, i nie będzie egzaminował uczniów, ponieważ ci pewnych przedmiotów nie wysłuchali, historii chorób z obserwacji klinicznych nie napisali, jak tego wymaga ustawa; do wykładu chirurgii polowej nie przystąpi, gdyż wykład ten nie znajduje się w pro-

gramie lekcyi, zatwierdzonym na rok 1830 — 1831 przez komisję oświecenia. Uczniowie oburzeni, zwrócili się ze skargą na profesora do najbliższej władzy za jego niepatryotyczne postępowanie, gdyby zaś rektor nie chciał, czy nie mógł tej sprawy pomyślnie rozwiązać, oświadczając, że pójdą wyżej, nawet do dyktatora. Sprawa przyjęła niepomysłny obrót dla Nowickiego, opuszcza więc pod pretekstem choroby Warszawę, a jego miejsce obejmuje czasowo Janikowski. Nim ta sprawa wyjaśniła się ostatecznie, wielu uczniów, nie czekając na egzamin, choćby skrócony, wyniosło się z miasta i, jako szeregowcy, wstąpili do armii. To był jeden powód. Drugi wywołali radykałscy warszawscy, którzy chcieli zagarnąć rządy w swe ręce; w tym celu postanowili najpierw zdyskredytować władzę, następnie rewolucjonizować całe społeczeństwo, nakoniec z całą siłą zbrojną wystąpić przeciwko nieprzyjacielowi. Aby tego dopiąć, w pismach swoich wytykali całą nieudolność naczelnego wodza, Skrzynieckiego, jego rozporządzenia, nawet sekretne, przedrukowywali *in extenso* w Warszawie. Takie nieopatrzone postępowanie anarchistów warszawskich sprawiło, że nieprzyjaciel niepotrzebował utrzymywać kosztownych wywiadowców, czytywał natomiast pilnie owe radykalne gazety, z których dowiadywał się o rozporządzeniach najwyższej wagi; korzystając z tych informacji, zajmował tyły armii, niezabezpieczone. Dlatego wielu lekarzy wraz z ambulansami dostało się do niewoli i dla sprawy narodowej byli straceni.

Okragłe lat trzydzieści nie było nawet nadziei, aby armia polska mogła z martwych powstać; nawet rok 1846 i 1854 nie wywoływały w kraju żadnego ruchu w tym kierunku; atoli baczna władza administracyjna obsadziła kordonem granicę austriacką i pruską, aby młodzież polska nie brała udziału w ówczesnych ruchach rewolucyjnych. Dopiero po roku 1860 centralizacja demokratyczna w Paryżu rozpoczęła silną agitację w Polsce. Zawiązał się rząd narodowy tajny; podzielono kraj na 8 województw, województwa na powiaty, te na okręgi, setki i dziesiątki. Do organizacji armii, biorąc rzeczy ściśle, nie przyszło, chociaż byli generałowie, pułkownicy i niższej rangi oficerowie — jako dowódcy większej lub mniejszej partyi powstańców, złożonej z patryotów nieumudrowanych, a co ważniejsza, nieuzbrojonych. Ta organizacja była wątła i dopiero w zawiązku, rzecz więc naturalna, że o służbie zdrowia nie mogło być mowy. Rzeczywiście: służby zdrowia

nie było, chociaż gdzieś przy większych partyach był lekarz, ale za to każdy nieomal dwór ziemiański, plebania, leśniczówka — były lazaretami, przygodnymi wprawdzie, ale dobrze obsłużonymi przez kobiety patryotki.

Takie lazarety rzadko odwiedzali studenci byłej akademii medykochirurgicznej, gdyż ich było niewiele, a punktów sanitarnych niezliczona liczba; jeszcze rzadziej odwiedzali je lekarze powiatowi — cała więc troska i opieka nad rannym lub chorym spoczywała w ręku kobiety i cerulika, żyda z pobliskiego miasteczka.

Powstańcy byli wyjęci z pod prawa, podający rękę i pomoc powstańcowi niemniej — podlegali odpowiedzialności, że jednak zdrady nie było, przeto błogosławione czyny miłosierdzia mogła spełniać Polka bez żadnej obawy i z wielkiem poświęceniem spełniała je. Powstańcy gdy poczuli się na siłach, wracali do partyi; słabsi opuszczali kraj rodzinny i przenosili się na Zachód. Między uczniami Szkoły Głównej, w zagranicznych uniwersytetach kończyli nauki i tam niekiedy pozyskiwali wielką sławę, że wspomnę tylko Zygmunta Łaskowskiego.

Z niniejszej relacji w konkluzji wynika, że lekarz, zostający w służbie zdrowia armii polskiej, znajdował się w wyjątkowych a bardzo dla niego niekorzystnych warunkach. Leczył swoich i jeńców, bo go do tego skłaniał obowiązek powołania, aby nieść pomoc lekarską potrzebującemu jej bez względu na to, kto jej potrzebuje — swój czy wróg; umiejętną i w porę podaną pomocą łagodził on straszliwe ciosy wojny — a jednak tenże lekarz nie miał żadnych przywilejów, ponosił wszelkie udrczenia, z niewoli wypływające.

Ten ciężki los lekarza wojskowego i znajdującego się pod jego opieką chorego żołnierza, złagodzony został dzięki instytucji tak sympatycznej i błogosławionej, jaką jest Towarzystwo Krzyża Czerwonego, powstałej, jak wiadomo w roku 1864 w Genewie. Jest to instytucja międzynarodowa; niezależnie od niej, pojedyncze państwa zakładają u siebie oddziały specjalne, narodowe. Polacy, jako wydziedziczeni, nie mają dotychczas swego Czerwonego Krzyża, lecz i oni nie tracą nadziei, że w dzisiejszych czasach, które tyle udrczeń na narody i państwa sprowadziły, udrczeń nieznanych w dziejach świata — może i nam jutro, razem z państwowością, przyniosą te czasy ową szlachetną instytucję polskiego Krzyża Czerwonego, o co tak wymownie, a tak niedawno dopominał się Józef Jaworski.

(Dok. n.).

Przegląd bibliograficzny.

Dr Kazimierz Rzętkowski. Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim. Z zapomogi Kasy Mianowskiego. Warszawa 1916.

Ocena pracy tego typu, jaką nam daje autor, przedstawia trudności niemałe. Gdy bowiem wyniki badań czysto chemicznych podlegać nie mogą dyskusji, z drugiej strony

wnioski z tych badań wysnuwać należy nader ostrożnie, i od krytycyzmu autora zależy jedynie, jak daleko w tych wnioskach zająć pragnie. A autor pochłonięty zazwyczaj doniosłością opracowanego przez siebie tematu, nie zwykł się zbytnio hamować i nieroztropnie nieraz sięga w dziedzinę, do której właściwie zdobyty przezeń materiał faktyczny sięgać nie pozwala. Z góry przeto wypada mi zastrzedz, że wogóle kol. R. potrafił dość zwycięzko wyjść z podjętego zadania. Uważny czytelnik zdoła odróżnić w jego pracy fakt zdobyty z mniejszą lub większą precyzją od wniosku, a zwłaszcza od uogólnienia i od hipotezy, które z faktu tego zdają się wynikać.

O znaczeniu kwasów aminowych w ustroju pisano już niejednokrotnie. Gdy poznało, że kwasy te stanowią produkty rozszczepienia białka, usiłowano poznać ich zadania i zgłębić ich dalsze losy w organizmie. Nie sądzę, aby ta część naszej nauki była dostatecznie wyjaśniona. Ani badania poprzedników kol. R. ani jego własne nie stanowią — zdaniem mojem — dowodu niezbitego, że te kwasy znów stają się cegiełkami, z których ustrój ludzki buduje białko swych narządów. Są niewątpliwie spostrzeżenia, które przemawiają za tem mniemaniem; są inne, które trudno pogodzić z tem przypuszczeniem w zupełności. Wogóle o kwasach aminowych w warunkach fizjologicznych niezbyt wiele nam wiadomo. Jak to często bywa, i tutaj patologia może w części przynajmniej wyprzedziła fizjologię. I kol. R. bada stronę patologiczną przedmiotu.

Prócz strony metodologicznej przedmiotu, której poświęcone są pierwsze rozdziały pracy, część jej przeważną stanowi patologia *aminacidaemii* i *aminacidurii*. Autor oznacza ilości kwasów aminowych w moczu i we krwi w rozmaitych stanach patologicznych. Uwzględnia więc sprawy chorobne wątroby i nerek, dur brzuszny, cukrzycę i stany zakaźnogorączkowe. Nie mam zamiaru podawać tu rezultatów badań, do jakich dochodzi autor. Oznaczenia jego podane są przejrzysto, i w tym względzie możnaby tylko zapytać, czy niektóre wnioski nie są oparte na zbyt małej liczbie postrzeganych przypadków. A również nasuwa się pytanie, czy choroby wątroby o nader różnem podłożu anatomopatologicznem wolno bez głęboko sięgających zastrzeżeń rozpatrywać jako podlegające jednakowemu chemizmowi na punkcie „dezaminacji”. W tym względzie poprzednicy kol. R-go nie byli bez grzechu, co więcej, wogóle chemia patologiczna szwankuje często w rozumowaniach tego rodzaju. A jak bardzo należy być ostrożnym, skoro się twier-

dzi, że „do pogłębiania i rozszerzania wiadomości naszych z zakresu chemizmu patologicznego ustroju ludzkiego powołany jest w pierwszej linii klinicysta i laboratorium kliniczne”.

Pozwalam sobie wyrazić tu przypuszczenie, że może, na szczęście, nie jest tak w zupełności. Zapomina się zbyt często o eksperymencie fizjologicznym, jako środku i oręzu pierwszorzędnej wartości w zdobywaniu prawd z zakresu patologii. Większość naszych spostrzeżeń klinicznych, to właściwie nie doświadczenia, choć je często mylnie doświadczeniami kol. R. nazywa. Jeżeli koniecznie chceć je nazywać doświadczeniami, zgoda; ale to doświadczenia przyrody, niezależne od naszego wpływu. I u kol. R. doświadczenia tam się dopiero zaczynają, gdzie autor rozmyślnie dodaje lub ujmuję to i owo w dyecie chorego, aby zbadać wpływ ten na ilościowy rezultat kwasów aminowych we krwi lub w moczu. Wreszcie pozatem nawet spór o to, kto przedewszystkiem rozstrzygnie sprawy chemizmu patologicznego, klinicysta, czy eksperymentator *sensu strictiori* (bądźto fizjolog lub patolog), zdaje się dość jałowym. Z dziejów nietylko patologii, lecz wogóle nauk doświadczalnych wynika, że w tym względzie żadnych dróg wskazywać nie można, że żadnych niema prawideł ani linii wytycznych.

Bardzo zajmujące są trzy ostatnie rozdziały pracy kol. R. Jeden traktuje o wpływie tyreoidyny na wydalanie z moczem kwasów aminowych, drugi o wpływie sody na to wydalanie, trzeci wreszcie rozpatruje stosunek kwasów aminowych do przemiany purynowej. W zakończeniu autor streszcza osiągnięte rezultaty i formułuje swe wnioski.

Należy przyznać, że w pracy kol. R. mieści się znaczna miara roboty naukowej rzetelnej, świadomej celów, do których autor zdąża, dokonanej z całą umiętnością, na jaką stać klinicystę współczesnego. Nikt nie przeczyta tej pracy jednym tchem, albowiem wymaga ona i przygotowania dostatecznego i uważnego wnikania w istotę roztrząsanego tu zagadnienia. Może i samo opracowanie literackie nastręczy niejednemu z czytelników pewne trudności. Kto wszakże zada sobie trud przeczytania całej pracy kol. R., nie pożałuje tego. Stanie mu jasno w umyśle ważny dziś rozdział patologii, w którym dalecy jeszcze jesteśmy od zupełnego zakończenia. Czytelnik pozna tę naukę *in statu nascendi* i za korzyść, jaką stąd odniesie, wdzięczny będzie autorowi.

M. Flaum.

Posiedzenia kliniczne w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Dnia 19-go marca 1916 r.

1. A. Zawadzki przedstawił przypadek operacyjny wrzodu żołądkowego. Od lat 12 krwawienia żołądkowe. Przy nadmiernej kwaśno-

ści żołądkowej badanie promieniami Roentgena wskazuje guz, wchodzący w światło żołądka. Podczas otwarcia jamy brzusznej znaleziono zrost żołądka z siecią i wątrobą, odwiernik drożny, cały

zaś żołądek zajęty przez guz twardy z wyniosłościami pagórkowatymi. Po oddzieleniu zrostów sieci wobec groźnego stanu chorej naszyto tylko kawał wolnej sieci na miejsce cieńsze guza i na tem zabieg zakończono w przypuszczeniu, że się ma do czynienia z guzem złośliwym. Od tej pory chora zaczęła się poprawiać, zyskała znacznie na wadze i oddawna pracuje ciężko na rodzinę. Badanie zaś promieniami X wykazało żołądek zupełnie prawidłowy.

Zawadzki sądzi, że w przypadku powyższym miał miejsce kolosalny wrzód żołądka i wrzód ten, prawdopodobnie, skutkiem zmienionych warunków krążenia po naszyciu sieci i samego zabiegu wygoił się zupełnie.

2. Tokarski przedstawił przypadek *pseudotabes peripherica*. Chory przez 5 tygodni pracował w okopach. Według wywiadów od stanu zupełnego zdrowia do stanu daleko posuniętej ataksji ubiegły tylko 4 godziny po wstrząsie nerwowym skutkiem wrażeń bojowych. Badanie wykryło wszystkie objawy zapalenia wielu nerwów w kończynach dolnych: a nadto porażenie czucia dotykowego, bólowego i termicznego w lewej połowie pleców.

Przed przybyciem do szpitala chory doznawał wyraźnych zaburzeń mowy i wzroku. W tygodniu pierwszym pobytu w szpitalu powróciły odruchy kolanowe. Obecnie zaburzenia ruchu i ataktyczne są już bardzo małe, lecz zaburzenia czuciowe są jeszcze daleko posunięte na przestrzeni od kolan do bioder i na plecach; poniżej kolan już odróżnia wyraźnie ciepło, zimno, ból i dotyk.

Tokarski nie przypuszcza, aby w ciągu kilku godzin mogła się rozwinąć tak ciężka postać *polyneuritis infekcyjno-toksycznego pochodzenia*. Przypuszcza raczej zmiany molekularne w nerwach skutkiem parowania wilgotnego ubrania i ciała w nieruchomej pozycji w okopach w ciągu 4-ch tygodni i dlatego przypadek swój określa, jako *polyneuritis rheumatica*.

W dyskusji Bronowski dany przypadek chce uważać za przejaw ogólnej neurozy chorego (histeryi) pod wpływem silnych bodźców psychicznych powstały.

3. Tokarski przedstawił przypadek zatrucia ustroju pierwiastkami gruczołu tarczowego (*Thyreotoxicosis*). Dziewczyna wiejska lat 18-tu, dotąd zdrowa i pochodząca z rodziny zdrowej, 3 lata temu dostała wola na szyi, 3 miesiące temu — dostawać poczęła zaburzeń czynności serca. Obecne objawy są następujące: wybitne wole, słabe uwłosienie na głowie, zupełny brak włosów pod pachą i na zewnętrznych narządach rodnych, tętno 140—180, brak pocenia się, silne osłabienie fizyczne, brak wytrzeszczu ocznego. Miesiączki ani nawet bólów miesięcznych dotąd nie miała. Po trzytygodniowym podawaniu chininy bromowej w dawkach średnich oraz małych dawek naparstnicy Tokarski stwierdził wybitną poprawę stanu pacjentki.

4. Z. Grudziński pokazał szereg radiogramów rzadkich przypadków ciał obcych w ustroju:

a) moneta w górnej części przełyku; b) sztuczne zęby w przełyku; c) agrafka w pęcherzu moczowym (u onanisty); d) gwoździe w oskrzelach (u chłopca 4 letniego) e) szereg radiogramów z du-

żem przemieszczeniem śródpiersia w sferze zdrowego płuca (wysięki opłucnowe, odma) i w stronę chorego płuca (zrosty, zapadnięcie klatki piersiowej).

S. Bronowski.

Dnia 21 maja 1916 r.

1. Z. Grudziński pokazał szereg radiogramów wrzodu żołądka małej krzywizny. Objawem swoistym, pozwalającym na postawienie prawidłowego rozpoznania są t. zw. uchylki Haudeka. Z 6-iu pokazanych przypadków w 3-ch rozpoznanie radiologiczne było potwierdzone przez operację bądź przez sekcję: z tych 3 przypadków w 2 stwierdzony był wrzód świeży, w trzecim sekcya wykazała uchylek wskutek starej blizny po wrzodzie.

Wobec trudności w rozpoznawaniu wrzodów małej krzywizny prelegent uważa t. zw. uchylki Haudeka za ważny objaw rozpoznawczy i dochodzi do następujących wniosków:

1. Uchylki Haudeka nie zawsze są właściwymi uchylkami w znaczeniu anatomicznym; czasami są to tylko plamy od osadzania się bismutu na dnie wrzodu i w fałdach retrakcyjnych.

2. Objaw powyższy spotyka się nie tylko w świeżych wrzodach; spotykamy go również i w przypadkach starych blizn po wrzodach i w nowotworach.

3. Do badania uchylków odpowiedniejsza jest płynna miészanka kontrastująca, aniżeli gęsta kasza.

2. S. Bronowski przedstawił 3 przypadki reumatyzmu gruczołowego Ponceta.

Podstawą do zrozumienia tej odmiany reumatyzmu jest fakt kliniczny, podawany przez Ponceta, a doświadczalnie stwierdzony przez Arloinga, że lasecznik gruczoły wogóle, w szczególności zaś w stawach, zależnie od rozmaitych warunków może wywołać albo zmiany swoiste gruczołowe lub też tylko pospolite zapalenie.

Cierpienie Ponceta nie jest rzadkie. Walenti, Tessier podają 40 — 50% reumatyzmów przewlekłych, jako pochodzenia gruczołowego. Reumatyzm Ponceta może występować jako pierwotny, kiedy lasecznik gruczoły zajmuje najpierw stawy, a później dopiero, nieraz już znacznie później, występują ogniska gruczołowe w innych organach; i wtórny, kiedy sprawa chorobowa zaczyna się w płucach, otrzewnej, nerkach i t. d., a później już występuje w stawach. Często zajęcie stawów idzie w parze z zajęciem błon surowiczych jednej lub kilku (*Polyserositis*).

Zdaniem Bronowskiego należy rozróżniać 2 typy reumatyzmu gruczołowego:

I typ Lawerana ze zmianami swoistymi w stawach.

II typ bez zmian swoistych w stawach, a jedynie ze zmianami zapalnymi ogólnymi.

Ostatni typ reumatyzmu gruczołowego może dawać postacie: ostrą i przewlekłą.

W postaci ostrej zmiany w stawach polegają na przekrwieniu i zgrubieniu maziówki stawów, czasami zaś przeciwnie wydaje się ona bezkrwistą, obrzękniętą z niewielką ilością wysięku; zapaleniu ulegają też i tkanki, otaczające staw, co powoduje zrosty, a przez to funkcja stawów zo-

staje ograniczona. Postać przewlekła reumatyzmu gruźliczego przebiega jako

1. Postać zanikowa, kiedy tkanka kostna zanika, chrząstki stawów cieńszą, stają się prawie przezroczyste, jak gdyby podziurawione; to znowu występuje zgębczenie kości (osteoporosis), wywołujące zniekształcenie stawów.

Przypadki reumatyzmu tej postaci są rzadkie.

2. Postać przewlekła reumatyzmu gruźliczego występuje częściej, jako postać zniekształniająca.

Sprawy zanikowe przeważają i tutaj, nie są jednak wyłączne, obok nich mogą być rozrosty i narosty kostne. Chrząstki na początku choroby są zwykle matowe, później występują w nich nadżarcia wreszcie giną zupełnie pozostawiając obnażone kości goleni. Same kości ulegają zmianom dwójakiego rodzaju: rozmiękczeniom i rozdęciu, skutkiem tego widuje się zwinięcia i znaczne zniekształcenia stawów (*spina ventosa*). Niekiedy sprawa dotyczy przeważnie więzów, które bywają obrzęknięte, ściągnięte, pokurczone a stąd pochodzą rozmaite przemieszczenia i nadwinięcia. Sprawa zniekształniająca dotyczy głównie nasady kości długich, zanikowa zaś przeważnie trzonu.

3. Postać przerostowa polega na wytwarzaniu się rozrostów kostnych, chrząstkowych i włóknistych, które doprowadzić mogą do zrostów stawowych. Przeważnie bywają zajęte małe stawy rąk i nóg, ale bywają też zajęte i duże, czasami sprawa przybiera postać reumatyzmu wielostawowego.

Według spostrzeżeń Bronowskiego, chorzy, którzy cierpią na przewlekły reumatyzm gruźliczy, są wogóle bardzo odporni na zarazek gruźliczy.

Dla ilustracji powyższego Bronowski przedstawił: a) chorą lat 31, która od lat 5 cierpi na bóle w stawach, — na płuca zaś pierwszy raz zachorowała 10 lat temu, obecnie niektóre stawy są zniekształcone, nieruchome, obrzęknięte, — postać reumatyzmu gruźliczego z zanikowo-zniekształniająca; przytem stłumienie w pra-

wym szczyście i krepitacye; dodatni odczyn Pirqueta; okresowe podniesienia ciepłoty, b) chorą lat 27-iu: cierpi na bóle w stawach od roku, stan podgorączkowy. Stwardnienie w szczyście prawym i nieliczne krepitacye. W szczyście lewym nacieczenie niewielkie. W stawach rąk i nóg zmiany, jak u chorej w przypadku l, c) chorą lat 48-iu. Cierpi na reumatyzm 4 lata. Stwardnienie w szczyście prawym oraz drobne rzeżenia. Tarcie opłucnej obustronne. Stan podgorączkowy. W moczu obfitość szczawianów wapnia i moczanów. Gruczoły pachwinowe powiększone, pachowe również powiększone. Próba Pirqueta słabo dodatnia.

Rentgenogramy, wykonane przez J. Grudzińskiego, wykryły zmiany w stawach, jakie spotykamy w goścu zniekształniającym przewlekłym.

3. Tokarski przedstawia chorego lat 40-tu, dotkniętego chorobą Bantięgo. Wątroba powiększona; dolna granica śledziony sięga poniżej linii pępkowej; żółtaczką, zaburzenia przewodu pokarmowego. Żółtaczkę zauważono u chorego kiedy miał 18 lat. Życie płciowe rozpoczął w 17-ym roku życia. Dzieci nie miał, żona ronila. W ostatnich miesiącach chory zauważył osłabienie wzroku. Wykryto daleko posunięty zanik nerwu wzrokowego prawego i początkowy lewego. Za patogenę tego cierpienia Tokarski uważa lues. Chory z dobrym skutkiem zażywa jodek potasu w dużych dawkach.

4. Tokarski następnie przedstawił przypadek idiosynkrazji do chininy. Chory po pierwszym zażyciu chininy dostał podniesienia ciepłoty do 41°C i rozlanego zapalenia skóry; zabarwienie jej było ciemnoczerwone.

W 3 tygodnie potem, w kilka godzin po powtór-
nem zażyciu chininy wystąpił wstrząsający dreszcz, sinica, utrudniony oddech, $t^{\circ} 39^{\circ}$. Powtórny ten napad Tokarski uważa za wstrząs anafilaktyczny.

W. Kowalski.

Wiadomości bieżące.

— Sprawa Izby Lekarskiej Krajowej, która parokrotnie zasadniczo poruszana była w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, weszła obecnie w fazę rozpatrywania przez władze odnośne.

Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy wystąpił z podaniem umotywowanem o potrzebie utworzenia tej instytucji i otrzymał odpowiedź od Szefa administracji cywilnej, że sprawa ta wskutek starań Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich będzie przychylnie przedstawiona do rozpatrzenia sferom miarodajnym.

— Interesującą jest ankieta, jaką w tych dniach przeprowadzono w szpitalu Dz. Jezus w celu określenia maksymalnej liczby chorych, jaką możnaby w tym szpitalu pomieścić. Za podstawę do tego określenia wzięto nie wymagane przez higienę 40 mt^3 przestrzeni na jednego chorego, ani nawet 35 mt^3 , projektowanych przy otwarciu tego szpitala (nb. przy dobrej funkcjonującej wentylacji sztucznej, mającej zwiniać powietrze 2

razy na godzinę), tylko ze względu na czas niezwykle ograniczono się do skromnej cyfry 20 mt^3 na chorego. Okazało się, że na funkcjonujących w danej chwili 13 oddziałach (2 były zamknięte z powodu odświeżania, kliniki znajdują się w stanie reorganizacji) zamiast 548 chorych, stanowiących dla tych oddziałów wspomniane wyżej maksimum napełnienia, znaleziono faktycznie 771 chorych, t. j. o 223 za wiele! Tym sposobem na jednego chorego przypada mniej, niż 15 mt^3 przestrzeni (a wentylacja sztuczna nie funkcjonuje wcale!). Nie dość na tem. Tego rodzaju przepełnienie pociąga za sobą takie następstwa, że w 6 oddziałach chorzy są umieszczani w salach dziennego pobytu, t. j. jadalniach (42 chorych), w 7 oddziałach znaleziono chorych na korytarzach, w niszach, w łazience, nawet na podłodze (51 chorych). To się dzieje w szpitalu największym, niedawno zbudowanym i kosztującym miliony. Co się dzieć musi w innych? A jacy to

są chorzy? 10⁰/₀—20⁰/₀ gruźlicy, często otwartej, z masą laseczników w płwocinie i 25⁰/₀—30⁰/₀ marantyków, starców i starszek lub chorych nieuleczalnych, którzy powinni znaleźć miejsce w oddziałach specjalnych (gruźlica otwarta), inni w przytułkach i zakładach, budowanych z mniejszym nakładem i mniej kosztowną administracją. Można by powiedzieć, że chorych tej drugiej kategorii należy ze szpitala usuwać. To się też robi. Ale chorzy tacy, po przebyciu kilku dni w domu, a częściej... na ulicy, zjawiają się do szpitala w takim stanie, że lekarze dyżurni zmuszeni są przyjmować ich ponownie na ten sam oddział lub inny. Wobec tego, logiczniej i humanitarniej jest takich chorych z miejsca nie ruszać. To też leżą na niektórych oddziałach po pół roku, roku i dłużej. Jedyną radą na to byłoby tworzenie oddziałów dla gruźlicy (za miastem) i przytułków dla chorych chronicznych i starców. Przytułek na ulicy Karolkowej jest stale przepełniony, z przytułku w Marymoncie szpital dotychczas mało korzysta. Jest to jedna z tych palących spraw naszego szpitalnictwa, o której mówi się ciągle aż do znużenia, o której należy ciągle przypominać, aby złemu zaradzić. Zrozumiałą jest rzeczą, że władze miejskie wyężdżają swe siły w kierunku walki z chorobami zakaźnymi. Ale przychodzi chwila — jak obecna — kiedy oddziały dla chorób tych stoją pustkami, a oddziały normalne (ale nie wolne od takiej zarazy, jak gruźlica!) są stale przepełnione ze szkodą dla chorych z chorobami ostreimi, wyleczalnymi, którzy tu miejsca dla siebie nie znajdują.

— Klinika chirurgiczna uniwer-

sytetu Lwowskiego, pozostająca pod kierunkiem prof. L. Rydygiera, będzie czynna w bieżącym półroczu zimowym. Wakuje w niej kilka posad asystentów, o które kandydaci zgłaszać się zechcą do Dyrektora kliniki. Zwracamy na to uwagę naszych młodszych kolegów w Warszawie i w Królestwie z zachętą do skorzystania z tej sposobności do nabycia wiedzy chirurgicznej i wyszkolenia klinicznego pod tak doświadczonym kierunkiem.

— 10-e sprawozdanie tymczasowe Komitetu Pomocy Koleżeńskiejskiej z a czas od 20. X. 1915 do 24. X. 1916. Na liście K. P. K. zapisało się 422 kolegów, którzy zadeklarowali: 1) złożyć jednorazowo rb. 1829 kop. 35 i 2) składać miesięcznie rb. 658 kop. 16. Do dnia 24. X. 1916 wpłynęło do kasy K. P. K. rb. 9245 kop. 20²/₃, z czego kasa K. P. K. wydatkowała rb. 8381 kop. 49²/₃, a mianowicie: 1) wypłacono pożyczek 30 rodzinom lekarzy na sumę rb. 7619 kop. 78; 2) wydano 1340 bonów na obiady na sumę rb. 376. 3) zakupiono odzieży i obuwia w sekcji pracy Kobiet Komit. Obywat. m. Warszawy, wzgl. przy udziale tejże Sekcji, za sumę rb. 59 kop. 35; 4) wydano na druki i incasso składek rb. 287 kop. 27²/₃; 5) poniesiono stratę na zmianie kursu urzędowego marki rb. 39 kop. 9. Pozostało w kasie: 1) w gotowości rb. 845 kop. 71, 2) 60 bonów na obiady na sumę rb. 18. Razem pozostałość wynosi rb. 863 kop. 71. Sprawozdanie szczegółowe z działalności K. P. K. ukaże się w Pamiętniku dorocznym Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy.

NADESLANO. Komitet Obywatelski Miasta Warszawy. Sprawozdanie. Styczeń—Lipiec 1915.

TREŚĆ NUMERU.

Str.		Str.
	armii polskiej (c. d.)	299
Władysław Sterling. O aurze porażeniowej padaczki samoistnej i o znikaniu objawów porażeniowych pod wpływem napadów drgawkowych		
309	<i>Przegląd bibliograficzny.</i> Kazimierz Rzętkowski. Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim. Ocenił M. Flaum	320
Eufemiusz Herman. O rzadziej spostrzeganych objawach — białkomoczu, wymiotach krwawych oraz osobiście przebiegających drgawkach ograniczonych — w przypadku guza mózgu (dok.)	Posiedzenia kliniczne w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze z dn. 19 III. 1916 r. i z dnia 21 V. 1916 r.	321
313	<i>Wiadomości bieżące.</i>	323
Odcinek. Józef Bieliński. Służba zdrowia w		

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

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.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25, na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena Rb. 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothego*. Dzieło oryginalne. Cena Rb. 1 kop. 80, z przesyłką Rb. 2.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerpane).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena Rb. 5 kop. 50. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena niższa na Rb. 2 kop. 50, z przesyłką Rb. 3.
11. **Histeria — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50. Tom drugi. Cena Rb. 4 kop. 50, z przesyłką Rb. 5.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*.
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40.
II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3, w oprawie Rb. 3 k. 50. Przes. k. 50.
III. Cz. I. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przes. k. 60.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warszawskiego.
Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskim *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena rub. 2.50, z przesyłką rub. 3.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 75.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena kop. 80, z przesyłką rub. 1.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*.
I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena Złp. 2 gr. 20, przesyłka 20 gr.
II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście) Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego*. Cena złp. 5, przesyłka złp. 1.

APTEKA K. WENDY

Telef. № 107.

Odczynniki serodyagnostyczne d-ra Karwackiego.

Typhus, paratyphus A i B.

Tbc. H i B. aglutinogenum.

Przetwory chemiczne czyste do celów laboratoryjnych, barwniki do badań mikroskopowych, płyny mianowane.

w Warszawie

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzielo 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 k. 60.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.