

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

N 45.

Warszawa d. 9 Listopada 1907 r.

T. XXXV

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Aires Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O ostrym bezładzie (ataxia acuta). Napisał dr med. Ludwik Bregman. — Przypadek zakażenia gronkowcowego o niezwyczajnym przebiegu klinicznym. Podał Mieczysław Halpern. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 57. Kothe. O wpływie wyciągu z nadnercza na ciężkie postaci ostrej zapaści serca. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Protokół posiedzenia neurologiczno-psychiatrycznego z dnia 20 kwietnia. — Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817–1831) Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Od Administracji. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originanx: 1) Dr med. Ludwik Bregman, Sur l'ataxie aiguë 2) Mieczysław Halpern. — Un cas de staphylococcémie avec décours clinique extraordinaire.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr med. Ludwik Bregman. — Ueber acute Ataxie 2) Dr Mieczysław Halpern. — Ein Fall von Staphylococcämie mit ungewöhnlichem klinischen Verlauf.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana  
w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

### O ostrym bezładzie (ataxia acuta).

napisał

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Pod nazwą ostrego bezładu łączono dotychczas szereg obrazów klinicznych, których wspólną cechą był bezład, które jednak pod in-

nyimi względami bardzo się różniły. Z jednej strony nazwano tak przypadki rozsianego zapalenia nerwów (*polyneuritis atactica*), z drugiej cierpienia, których siedliskiem były niewątpliwie ośrodki nerwowe. Te ostatnie znowu podzielić można 1) na takie, które powstały skutkiem zmian naczyń nio-wych, zator, zakrzep lub krwotok, 2) powstałe przy objawach sprawy zapalnej w mózgowiu. Co się tyczy siedliska zmian, powodujących *ataxię*, to jedni w swoich przypadkach umiejscawiali je w mózgu, (*ataxia*

*cerebralis acuta*), drudzy w mózdzku (*ataxia cerebellaris acuta*).

BECHTEREW opisał szczegółowiej bezład mózdkowy, powstały skutkiem zmian naczyniowych. Po iusulcie lub wprost po przebudzeniu się ze snu, chory spostrzega ze zdumieniem, że wcale nie może chodzić lub że z wielkim wysiłkiem, zataczając się w jedną lub w drugą stronę, utrzymać się może na nogach. Przytem ogólne objawy, zawrót głowy, ciężkość w głowie, niekiedy nudności. Te objawy ustępują prędko, zaburzenia ruchowe pozostają przez długi czas.

Przy ruchach pojedynczych kończyn *ataxii* nie ma, mowa po większej części zachowana, porażen i zaburzeń czuciowych brak, odruchy kolanowe są zachowane lub nieco wzmożone, w oczach *Nystagmus*. Przypadki autora dotyczą alkoholików, ale B. cytuje przypadek SCHNITZER'a, w którym podobne objawy wystąpiły w kilka dni po spożyciu zepsutej ryby i silnych objawach gastrycznych. BECHTEREW przypuszcza ostre cierpienie mózdzku, prawdopodobnie pochodzenia naczyniowego i odróżnia swoje przypadki od zwykłej ostrej *ataxii*, spostrzeganej najczęściej po chorobach infekcyjnych i wyrażającej się w bezładzie ruchowym kończyn, kadruby i głowy, w rękach przypominającej drżenie intencyjne, dalej w zaburzeniach mowy, w spastycznej parezie kończyn dolnych i t. d.

Z drugiej strony NONNE w kilku publikacjach zwrócił uwagę na ostry bezład charakteru mózdkowego, powstały przy objawach ciężkiego cierpienia mózgowego. W jednym przypadku po ciężkiej chorobie skutkiem insolacji pozostały objawy następujące.

1) *Ataxia* statyczna i ruchowa kończyn i kadruby, mięśni fonacyjnych.

2) osłabienie zewnętrznych mięśni ocznych, przy normalnych źrenicach i nerwach wzrokowych, brak *Nystagmus*.

3) wzmożenie odruchów ścięgowych, jednak bez sztywności mięśni.

4) brak zaburzeń czuciowych i przy oddawaniu moczu i kału.

5) zachowane władze umysłowe.

W drugim przypadku po ciężkich cerebralnych objawach w 12-ym roku życia pozostały prawie takie same objawy; prócz statycznej *ataxii* była *ataxia* ruchowa, która przedstawiała się jako coś pośredniego między *ataxią* a drżeniem intencyjnym; zaburzenia mowy miały również charakter fonacyjny i polegały na zaburzeniach koordynacyjnych mięśni oddechowych, współdziałających przy mówieniu.

Dalsze 2 przypadki ogłosił NONNE w roku 1901 również jako nieropne zapalenie mózdzku. W pierwszym chory po przeziębieniu zachorował przy objawach gorączkowych, bólach i zawrotach głowy i wymiotach. Chód był mózdkowy, zamknięcie oczu nie miało wpływu, mięśnie kadruby były osłabione, *tonus* mięśni był we wszystkich kończynach nieco zmniejszony, odruchy ścięgnowe wzmożone. Jeszcze w 10 miesięcy później, chociaż chory powrócił do swego zajęcia, jako woźnica, można było stwierdzić niepewność przy chodzeniu. W drugim przypadku chory bez żadnej przyczyny dostał bólu głowy i wymiotów, po 3 dniach nie mógł już ani stać, ani z łóżka się podnieść, był niespokojny, bredził, gorączka była mała. Chory się zataczał i padał na lewo. W łóżku na prawą stronę mógł się obrócić, na lewą nie. Siła ruchowa w kończynach była zmniejszona, ataksji nie było. Ruchy choreatyczne, zwłaszcza kadruby, w kończynach dolnych, zwłaszcza w *m. quadriceps* drgania kloniczne i fibrilarne. Wzmożenie odruchu kolanowego z prawej strony, potem lekkiego *Nystagmus*. Ruchy choreatyczne N. odnosi również do mózdzku, przypisując je podrażnieniu torów, które w mózdzku przez *Brachium conjunctivum* idą do mostu, a zamtąd do rdzeniowych ośrodków ruchowych.

NONNE powołuje się przytem na SANDER'a, który w przypadku nowotworu mózdzku ze zniszczeniem *corporis dentati* i średnich odnóg mózdkowych oraz przejściem na most VAROL'a w okolicy jąder 7 i 8 nerwu, spostrzegał również zaburzenia koordynacyjne, podobne do płasawicy połowicznej.

Wreszcie w r. 1905 NONNE ogłosił jeszcze jeden przypadek ostrej ataksji, powstałej skutkiem b. wysokiej temperatury przy masyżynie okrętowej. Utrata przytomności, potem kilka dni senność. Po 6 tygodniach N. skonstratował statyczną ataksję przy zamkniętych i otwartych oczach, bezład kończyn górnych i dolnych, brak koordynacji gałek ocznych, *Nystagmus*, zaburzenia mowy przez brak koordynacji mięśni warg, ust, języka i głośni. Mowa skutkiem tego jakby nieuporządkowana, źle obrachowana i eksplozywna. Odruchy ścięgnowe i skórne żywe. Po kilku latach jeszcze zaburzenia pozostały te same. Na zasadzie tych wszystkich przypadków NONNE twierdzi, że, oprócz postaci cerebralnej i cerebrospinalnej ostrego bezładu, egzystuje jeszcze postać mózdkowa tego cierpienia.

Przypatrując się bliżej symptomatologii cierpienia, nakreślonej przez obu wymienionych autorów, widzimy, że BECHTEREW kładzie nacisk na brak zaburzeń ataktycznych przy ruchach kończyn i zaburzeń mowy, gdy natomiast NONNE przynajmniej w części swych przypadków notuje jedno i drugie, a pomimo to nie waha się zaliczyć ich do cierpień mózdkowych. Według nowszych badań fizjologicznych i klinicznych powiedzieć musimy, że cierpienia mózdzku powodować mogą nie tylko ataksję mózdkową w ścisłym znaczeniu tego słowa, t. j. statyczną, ale i ataksję ruchową kończyn. Spostrzeżenia tego rodzaju są już bardzo liczne. MONAKOW pisze, że przy o-

gniskach mózdkowych spostrzegano nawet chód charakterystyczny dla władu rdzenia, (Hahnengang), co już wskazuje na powikłanie ataksją ruchową. Niekiedy, mówi ten autor, ataksja mózdkowa, która u człowieka występuje obustronnie wbrew zwykłej regule, nie ogranicza się do kadruba i kończyn dolnych, lecz obejmuje też głowę i kończyny górne. W tych ostatnich, zresztą, ataksja bywa często jednostronna i wyraża się przedewszystkiem w niepewności przy chwytaniu przedmiotów.

LEWANDOWSKY powiada, że ataksja mózdkowa u człowieka wyróżnia się przede wszystkim tem, że dotyczy głównie kadruba, jednakowoż nie brak przypadków z ataksją kończyn, a autor sam w 5 przypadkach cierpień mózdkowych spostrzegał we wszystkich nieznaczną wprawdzie ataksję kończyn. U zwierząt, według tegoż autora, odmienne zachowanie się kadruba i kończyn tłumaczy się różnicą warunków równowagi ciała. U człowieka utrzymanie równowagi ciała na kończynach dolnych stało się głównem zadaniem mózdzku, podczas gdy dokładniejsza regulacja ruchu kończyn pozostawiona jest mózgowi.

Ataksję ruchową w cierpieniach mózdzku spostrzegałem i ja w przypadku nowotworu mózdzku (ataksja i drżenie jednej kończyny górnej) i niedawno HENSCHEN w przypadku torbieli mózdzku.

BRUNS w 4-ch przypadkach nowotworu mózdzku stwierdził ataksję ruchową kończyny górnej, przy braku ataksji w kończynie dolnej po stronie ogniska i sądzi, że objaw ten należy zaliczyć do bezpośrednich objawów mózdkowych, który ma tem większe znaczenie rozpoznawcze, że występuje zwykle wcześniej i pozwala określić stronę, po której znajduje się ognisko mózdkowe, nie czekając na wystąpienie objawów uciskowych od nerwów mózgowych lub pnia mózgowego.

Znane są spostrzeżenia BABIŃSKIEGO nad

asynergią mózdkową, która się wyraża nie tylko w mięśniach kadruba, ale i w kończynach. (*Diadocokynesia*): przy chodzeniu kadlub nie postępuje wraz z kończynami dolnymi naprzód, lecz pozostaje w tyle, kręgosłup w stosunku do miednicy tworzy kąt  $45^\circ$ . Gdy chory stoi i przegina mu się biernie kadlub w tył, kończyny dolne pozostają w kolanach wyprostowane, nie zginają się dla przywrócenia równowagi. To samo przy przeginananiu ciała na prawo lub na lewo. Gdy chodzi, nie może głową obrócić. Gdy zechce, siedząc, dotknąć w jakimkolwiek miejscu swej nogi, ta ostatnia zgina mu się w kolanie i w biodrze. Chory nie jest w stanie powtórzyć szybko wielokrotnie zadanego mu ruchu.

Wszystkie przytoczone tu dane, które nie wyczerpują jeszcze całego odnośnego materiału, dowodzą niezbicie, że przy ogniskach mózdkowych ataksja wyraża się nie tylko w ruchach kadruba, ale i w ruchach kończyn, że nie jest tylko statyczną, lecz i ruchową. Ztąd wypływa wniosek, że w przypadkach ostrej ataksji znalezienie bezładu ruchowego w kończynach nie przeczy hynajmniej mózdkowemu pochodzeniu cierpienia. Natomiast wspólną cechą wszystkich przypadków ostrej ataksji mózdkowej jest brak zaburzeń czuciowych, a zwłaszcza czucia głębokiego, które spotykamy w obu pozostałych postaciach ostrej ataksji, zarówno w peryferycznej, jak i cerebralnej.

Co się tyczy tych ostatnich postaci, t. j. ostrej ataksji, spowodowanej przez cierpienia ośrodkowe, to LÜTHIE w wydanej niedawno większej pracy, przedmiotowi temu poświęconej, proponuje podział na 2 grupy: a t a k s y i c e r e b r a l n e j i c e r e b r o s p i n a l n e j. W tej ostatniej grupie, prócz ataksji i innych objawów cerebralnych, spostrzega się porażenie zwieraczy pęcherza i odbytu, zaburzenia czucia i brak odruchów kolanowych. Do tej grupy L. zalicza przypadki EBSTEIN'a, LENHARTZ'a, KAHLER'a, PICK'a i LEYDEN'a. W przypadkach LEYDEN'a i EBSTEIN'a sekeya wy-

kazała zmiany w rdzeniu. Inne przypadki, jakie LÜTHIE zestawil (LEYDEN, WESTPHAL—5 POLLARD, SHEPERS, FRIEDREICH, FEITH, LEYDEN i RENVERS, DINKLER i 3 własne), są pod względem symptomatologicznym bardzo do siebie podobne. Widzimy we wszystkich o s t r y p o c z ą t e k n a j c z ę ś c i e j p o c h o r o b i e i n f e k c y j n e j (najczęściej tyfus, ospa, szkarlatyna, róża, odra, zapalenie płuc), w przypadkach DINKLER'a w postaci samoistnej choroby infekcyjnej, w przypadku LEYDEN'a w 4 tygodnie po urazie. Prawie zawsze choroba zaczyna się od u t r a t y p r z y t o m n o ś c i, która jest mniej lub więcej zupełna i trwa krócej lub dłużej. W początku bywa niekiedy b r e d z e n i e. Po powrocie do przytomności znajduje się a t a k s y ę s t a t y c z n ą i d y n a m i c z n ą wszystkich mięśni ciała lub też mniej rozprzestrzenioną. Ruchy ciała wykazywać mogą w s z y s t k i e w ł a ś c i w o ś c i p r a w d z i w e j a t a k s y i: zbyt szybkie tempo, zbyt silny skurez mięśni, nierównomierność i przerywanie ruchu (*Saccaden*), nieodpowiednie uregulowanie innerwacji w mięśniach współdziałających przy danym ruchu, kuczenie się innych, nie należących do danego ruchu grup mięśniowych, wreszcie zbyt długie trwanie skurezu już po osiągnięciu danego celu. Zwykle jednak te właściwości, które są najbardziej charakterystyczne dla ataksji tabetycznej, t. j. zbyt szybkie tempo, zbyt długie trwanie skurezu są mało wyrażone, tak że ataksja tych chorych jest mało podobna do tabetycznej. Ataksja statyczna chorych może być zupełnie podobna do mózdkowej. Zamknięcie oczów nie wpływa wyraźnie na nasilenie zaburzeń koordynacyjnych.

M o w a przedstawia również z a b u r z e n i a k o o r d y n a c y j n e, pojedyncze zgłoski wydobywają się z nadmiernym wysiłkiem, mowa staje się eksplozywną, modulacji głosu brak zupełnie.

Porażeń ruchowych zazwyczaj brak, tylko

w jednym przypadku WESTPHAL'a niezupełnie pewna monopareza jednej kończyny górnej. Natomiast niekiedy spotyka się objawy podrażnienia ruchowego, tak np. w przypadku LÜTHIE'go drgania w mięśniach twarzowych, zwłaszcza w wargach, rytmiczne boczne ruchy głowy, a później choreatyczne ruchy w kończynach.

Odruchy żreniczne i kolanowe zachowane, te ostatnie i skórne niekiedy wzmożone. Władze umysłowe, zwłaszcza pamięć osłabione, niekiedy zmienność usposobienia, wzmożona ogólna pobudliwość. W przypadkach LÜTHIE'go zaburzenia naczynioruchowe, przy najmniejszym pobudzeniu psychicznem występowały w różnych częściach ciała plamy hyperemiczne, pojedyncze i zlewające się.

Czucie skórne we wszystkich przypadkach było zupełnie zachowane, c z u c i e g ł ę b o k i e natomiast prawie zawsze zakłócone. LÜTHIE konstatuje zmniejszenie zdolności s t e r e o g n o s t y c z n e j, LEYDEN zaburzenia czucia położenia i czucia równowagi, to samo w jednym ze swoich przypadków WESTPHAL i DINKLER.

Tak się przedstawia obraz kliniczny w przypadkach ostrej ataksji pochodzenia centralnego. Zejście w niektórych przypadkach (POLLARD, SHEPERS, FEITH, LEYDEN i RENVERS) było zupełnie dobre, po paru miesiącach wszystkie objawy ustępowały. W innych przypadkach (LÜTHIE) zanotowano znaczną poprawę, w niektórych zaś poprawa była bardzo nieznaczna (DINKLER, WESTPHAL) lub też stan pozostawał bez zmiany. Przypadków sekcyjnych niema, dlatego określenie siedliska choroby opierać się może li tylko na przypuszczeniach. Ze względu na to, że cierpienie to powstaje prawie zawsze po chorobach infekcyjnych, tłumaczono je sobie, jako inwazyę drobnoustrojów do ośrodków nerwowych, przypuszczając rozsianą sprawę zapalną w mózgu (*Encephalitis resp. Encephalomyelitis disseminata*). Niektórzy widzieli w tem ostry początek wie-

loogniskowego stwardnienia (*sclerosis multiplex*), w etiologii którego, jak wiadomo, choroby infekcyjne odgrywają ważną rolę. LEYDEN przypuszcza siedlisko cierpienia w moście VAROL'a, mózdzku lub w ciałach czworaczych. DINKLER przyjmuje wieloogniskową ostrą *encephalitis* z umiejscowieniem głównie w *corona radiata*, oraz w dużych zwojach centralnych. Natomiast LÜTHIE obwinia rozlaną sprawę w korze mózgowej, do której wszystkie objawy — bezład, objawy podrażnienia ruchowego, monoparezy, zaburzenia psychiczne i intelektualne, zamroczenie przytomności, zaburzenia naczynioruchowe, wzmożenie odruchów — zdaniem jego, sprowadzić się dają.

Jeśli teraz porównamy ten obraz chorobowy z przypadkami, które powyżej odnieśliśmy do ataksji mózdkowej, to znajdziemy między nimi niewątpliwie wielkie podobieństwo. W obu razach ataksja statyczna i dynamiczna przedstawia się zupełnie jednakowo. Początek choroby w jednej i w drugiej postaci jest b. ostry przy silnych objawach ogólnych i mózgowych. Cała różnica między nimi polega na tem, że 1) o b j a w y m ó z g o w e — zamroczenie przytomności, bredzenie, senność, późniejsza utrata władz umysłowych — są w p o s t a c i m ó z g o w e j silniej wyrażone i d l u ż e j t r w a j ą, 2) że w p o s t a c i m ó z g o w e j ataksji znajdują się z a b u r z e n i a c z u c i a g ł ę b o k i e g o, k t ó r y c h b r a k w p o s t a c i m ó z d z k o w e j. Dla umiejscowienia sprawy względ ten wydaje się mieć znaczenie zasadnicze. Regulacja ruchów naszego ciała kieruje się dwójakiego rodzaju wrażeniami dośrodkowymi, powiadającymi nas o każdorazowym stanie masy: jedne nie dochodzą do świadomości i te przebiegają w pęczkach bocznych mózdkowych do mózdzku, drugie wrażenia świadome idą przez tylne pęczki, pętlę, pagórek wzrokowy do kory mózgowej. Uszkodzenie jednych i drugich powoduje ataksję, w 1-yim przypadku

bez zaburzeń czucia, w 2-im z zaburzeniami. Ponieważ jednak regulacja ruchów przez wrażenia świadome w drodze odśrodkowej również prowadzi przez mózdzek, możliwem więc jest, że i w postaci mózgowej z zaburzeniami czucia głębokiego przyjmuje udział i mózdzek. Dokładniejsze umiejscowienie sprawy przy ataksyi mózgowej, czy w pagórku wzrokowym, lub w korze mózgowej, lub w drogach pośrednich, w obecnej chwili, przy braku danych sekcyjnych, mieć może znaczenie tylko hipotetyczne, dla tego rozstrząsać go nie będziemy.

Jak już na wstępie zaznaczyłem, część przypadków ostrej ataksyi zaliczoną została do *c i e r p i e ń n e r w ó w o b w o d o w y c h*. Opierając się na badaniach DEJERINE'a nad ataksją kończyn u alkoholików, przy której sekcyja wykazała brak zmian w rdzeniu, a wybitne zmiany w nerwach obwodowych, oraz innych autorów, którzy potwierdzili istnienie oddzielnej postaci ostrego zapalenia nerwów, wyróżniających się znacznym bezładem ruchów, zaburzeniami czucia, brakiem odruchów, przy małym stosunkowo porażeniu (*Neurotabes* lub *Pseudotabes peripherica*) LEYDEN, STRÜMPPELL i inni wytłumaczyli zajęciem nerwów obwodowych niektóre przypadki ostrej ataksyi, spostrzegane zwłaszcza po chorobach infekcyjnych, blonicy, ospie, tyfusie, z zaburzeniami czucia oraz brakiem odruchów ścięgowych. Zaznaczyć należy, że przypuszczenie to opiera się przedewszystkiem na danych klinicznych, anatomicznego potwierdzenia brak, ponieważ cierpienie to kończy się zazwyczaj pomyślnie. Jedyny przypadek KAST'a—ataksya kończyn górnych i dolnych bez porażenia, został anatomicznie zbadany. Przypadek ten, w którym powstanie choroby przypisywano poprzedzającemu zapaleniu gardła, miał przebieg bardziej przewlekły, wikłał się porażeniem i zanikiem języka oraz zaburzeniami przy łykaniu. Przy badaniu w rdzeniu zmian nie znaleziono, w nerwach mózgowych wybitne zmiany degeneracyj-

ne, w nerwach obwodowych (splot ramieniowy, nerwy łokciowy i strzałkowy) zmiany były bardzo nieznaczne.

Co się tyczy *z a b u r z e ń c z u c i a*, to w przypadkach ostrej ataksyi peryferycznej były one znacznie słabiej wyrażone, aniżeli w przypadkach bardziej przewlekłych t. zw. *Neurotabes peripherica*. Zarówno STRÜMPPELL, jak i LEYDEN konstatowali tylko lekką hyp-estezyę i hypalgezyę, o czuciu głębokiem autorzy ci nie wzmiankują wcale.

Peryferyczna postać ostrej ataksyi, tak samo jak mózgowa, występuje najczęściej po chorobach infekcyjnych, dlatego początek jej zostaje zamaskowany przez objawy ogólne mniej lub więcej ciężkie, zależne od owego pierwotnego cierpienia. Nieliczne przypadki samoistnej ostrej ataksyi występowały bez gorączki.

Dla *r ó ż n i c z k o w e g o r o z p o - z n a n i a m i ę d z y p e r y f e r y c z n ą a c e n t r a l n ą p o s t a c i ą* ostrego bezładu największe znaczenie mają: 1) zachowanie się *o d r u c h ó w ś c i ę g n o w y c h*—zniesienie ich w postaci peryferycznej, zachowanie lub wzmożenie w centralnej.

2) *b o l e s n o ść* przy ucisku nerwów obwodowych i mięśni w postaci peryferycznej, ewent. bóle samoistne w kończynach,

3) towarzyszące ataksyi, zwłaszcza w początku cierpienia, choćby lekkie nawet *p o - r a ż e n i e t y p u o b w o d o w e g o* w postaci peryferycznej, a ewent. *mouopareza* w postaci centralnej.

*Z a b u r z e n i a c z u c i a* są, jak powiedziałem, słabo wyrażone w postaci peryferycznej, a nie brak ich, jak to wyżej wyłuszczyłem, w postaci mózgowej, w tej ostatniej dotyczą jednak głównie czucia głębokiego. Zaburzenia te w takim więc tylko razie przechylą wagę na stronę sprawy peryferycznej, jeśli będą b. wyraźne i naruszone też będzie czucie skóry—dotykowe, bólowe i cieplikowe.

Ciężkie objawy mózgowe na początku choroby, a ewent. nawet i w dalszym przebiegu nie mogą sprawy decydować, przedewszystkiem ze względu na infekcyjny charakter cierpienia w obu przypadkach, powtórne, ponieważ wiemy, jak często sprawy polineurytyczne wikłają się objawami mózgowymi.

Nakreśliwszy w głównych zarysach obecny stan rzeczy o ostrej ataksji, przechodzę teraz do opisu 2 przypadków tego cierpienia, które miałem sposobność obserwować przez czas dłuższy w swoim oddziale. 1-szy przypadek zaliczyć należy do ataksji mózdkowej, 2-gi zajmuje stanowisko pośrednie między postacią mózgową a peryferyczną i dowodzi, jak wszystkie powyżej przytoczone momenty, schematycznie na pozór zupełnie pewne, w danym razie okazać się mogą niewystarczającymi dla określenia, czy sprawa jest peryferyczna, czy centralna.

Przypadek I. Aleksander Grabina lat 60 z gub. łomżyńskiej zapisał się do szpitala 15 IV 1907 roku. Z wywiadów, zebranych u żony, dowiadujemy się, że chory już w jesieni zeszłego roku zaczął uczuwać bóle i parastezye w końcach palców prawej ręki, szczególnie pod paznogiemi. Później bóle rozprzestrzeniły się dalej wzdłuż palców, palce zaczęły się robić sine, niekiedy znowu bardzo blade. Przytem bóle wzmagaly się, chory stale drapał sobie rękę, zagrzewał ją, stał się bardzo rozdrażnionym, kapryśnym. Po kilku miesiącach palce zaczęły czernieć.

Na 4 tygodnie przed wstąpieniem do szpitala chory nagle w czasie modlitwy upadł i stracił przytomność. Utrata przytomności trwała krótko, co najwyżej  $\frac{1}{2}$  godziny. Od tego czasu chory nie mógł chodzić, mowa stała się niezrozumiałą, kończynami ruszał, ale ruchy stały się bezładne, ręce się trzęsły. Prawą ręką nie może niczego dotknąć, gdyż to wywołuje silny ból.

Na kilka miesięcy przed tym napadem chory miał podobny atak, utrata przytomności była wtedy jeszcze krótsza, chory przeleżał w łóżku parę tygodni, podobno nawet w tym czasie wstawał i chodził sam, ale był osłabiony.

Przed obecną chorobą był zdrowy, drugi raz żonaty, ma 10-ro zdrowych dzieci. Napojów wysokowych używał dość dużo. Ciężko fizycznie pracował.

*Status praesens.* Chory przytomny, nieco pobudzony, mówi dość dużo, ale mowę jego b. trudno zrozumieć. Na ból głowy nie skarża się, ma zawrót głowy, b. dokuczliwy szum w głowie, sypia dobrze.

Prawa ręka: 3, 4 i 5 palec w 3-im, częściowo i w 2-im członku mumifikowane, czarne, zaschłe, paznogie zachowane. Na 4 i 5 palcu na granicy mumifikacji ropienie, pozostała część 2 członka oraz pierwsze członki 3 ostatnich palców są nabrzmiałe i bolesne. Na 2-im palcu niema ani mumifikacji, ani ropienia, ostatni członek jest nieco nabrzmiały, sinicawy i bolesny, przedstawia zmiany troficzne wokół paznogcia w postaci zgrubiałej skorupy. Paznogie nie zmienione, również dłoń.

Tętno *A. radialis* znacznie słabsze, niż po stronie lewej, sama tętnica, również jak i lewa, wężkowata, twarda.

Chory trzyma prawą rękę wysoko nad głową, przy tem położeniu bóle są lżejsze.

D. n.)

Z oddziału d-ra med. T. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus  
w Warszawie.

## PRZYPADEK ZAKAŻENIA GRONKOWCEWEGO

(*staphylococcaemia*)

### O NIEZWYKŁYM PRZEBIEGU KLINICZNYM.

Podał

Mieczysław Halpern.

asystent oddziału.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 44).

Obraz kliniczny zakażeń septycznych zupełnie nie zależy zresztą od rodzaju wywołujących je drobnoustrojów, lecz raczej od ich złośliwości, względnie od odporności ustroju. Jakkolwiek byłaby przyczyna zakażenia przebieg choroby nie charakterystycznego nie przedstawia. Początek choroby może być albo nagły, jak to widzieliśmy np. w naszym przypadku, albo też powolny z objawami ogólnego niedomagania, jak w okresie wstępnym, w okresie zwiastunym innych cierpień zakaźnych. Często się zdarza, że choroba, rozpoczynając się nagle od wstrząsającego dreszczu i silnej gorączki, daje obraz gwałtownego zatrucia z zaburzeniami świadomości, biegunką, ogólną prostracją i w ciągu 1—2—3 dni sprowadza śmierć chorego. W innych przypadkach, równie szybko przebiegających, na pierwszy plan występują nie tyle objawy mózgowe, ile znaczne osłabienie serca, jeszcze inne przyjmują przebieg bardziej przewlekły i trwają tygodnie i miesiące.

Co się tyczy typu gorączki w przypadkach tej ostatniej kategorii, to na ogół nie można znaleźć pod tym względem żadnej prawidłowości. Napotyamy tu wszelkie rodzaje gorączki, a nawet w jednym i tym samym przypadku charakter gorączki nieraz ulega znacznym zmianom. Widzimy to np. i w naszym przypadku, jak to wykazuje załączona krzywa

temperatury. Niektórzy autorowie przypuszczali, że typ gorączki może zależeć od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących zakażenie; sądzili oni mianowicie, że zakażenia łańcuskowcowe dają zazwyczaj gorączkę przestawkową, podczas gdy gronkowcowym częściej miała towarzyszyć gorączka zwalnająca lub nawet ciągła. Liczniesze jednak obserwacje wykazały błędność takiego zapatrywania.

Nie będę tu wyliczał wszystkich objawów miejscowych, zdarzających się w przebiegu zakażeń septycznych, a zależnych w znacznej mierze od umiejscowienia ropni przerzutowych. Zaznaczę jedynie, że właściwie tworzenie się takich przerzutów zależy po części od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących zakażenie. Wszyscy autorowie zgodnie twierdzą, że najczęściej mamy do czynienia z przerzutami w sprawach gronkowcowych; według LENHARTZ'a zdarza się to przynajmniej w 95% zakażeń gronkowcowych, o wiele rzadziej, bo zaledwie w 35%, mamy przerzuty ropne w sprawach paciorkowcowych, jeszcze rzadziej w zakażeniach pneumokokkami (25%) i pałeczką okrężnicy (22%).

Wspomnę wreszcie, że do bardzo częstych objawów zakażenia septycznego należy zapalenie wśierdza, które samo przez się uważać można już jako sprawę przerzutową, i które stanowi znowu znakomite źródło dla co raz to nowych przerzutów.

O ile zakażenia gronkowcowe najbardziej sprzyjają wytwarzaniu się przerzutów ropnych, o tyleż dają one największą odsetkę śmiertelności. Stwierdzenie obecności gronkowców we krwi ma, zdaniem JOCHMANN'a, doniosłe znaczenie prognostyczne, gdyż prawie zawsze przypadki takie kończą się śmiercią. Wszystkie 7 jego odnośnych przypadków miały zejście niepomyślne. LENHARTZ obserwował tylko jeden przypadek wyzdrowienia przy zakażeniu gronkowcowym, ale ten właśnie przypadek, jak sam przyznaje, nie jest absolutnie pewny pod



względem rozpoznania. COURMONT wreszcie zaznacza, że przypadki zakażenia gronkowcowego nie są „bezwzględnie śmiertelne.“

Jeżeli tu wspomniałem w najogólniejszych zarysach o głównych cechach zakażeń septycznych, to w celu wykazania, jak dalece różnił się nasz przypadek od przeciętnego obrazu zakażenia gronkowcowego. Jakiśmy to widzieli, do stałych prawie objawów takiego zakażenia należą ropnie przerzutowe, a przynajmniej zapalenie wsierdza. Ropnie te nie zawsze wprawdzie dają się wykryć za życia chorego, nieraz udaje się je stwierdzić dopiero na stole sekeyjnym, można by zatem przypuścić, że brak wyraźnych objawów ropienia i w naszym przypadku nie wyłącza jednak ich istnienia. Zdaje się wszakże, że przypuszczenie takie należy w danym razie odrzucić. Jedyny objaw, któryby przemawiał w naszym przypadku za obecnością ropienia, znajdujemy ze strony moczu. Powyżej już zaznaczyłem, że prawie przez cały czas trwania choroby mocz chorego zawierał ślad białka i pewną ilość walczków jakoteż leukocytów i płaskich komórek. Mogłoby to przemawiać za obecnością ropni w nerkach, tembardziej, że przerzuty ropne zdarzają się w nerkach bardzo często, bodaj czy nie w większości przypadków. Pomienione jednak objawy ze strony nerek, *resp.* moczu, wcale nie przemawiają same przez się za obecnością ropni w nerkach. Z jednej strony objawy te należą do bardzo częstych w przebiegu zakażeń septycznych i są jedynie wyrazem lekkiego zapalenia nerek, co niejednokrotnie stwierdzone zostało drogą autopsji, z drugiej zaś większość przypadków przerzutów ropnych w nerkach nie daje nam żadnych ze strony moczu objawów. (LENHARTZ). Jeżeli zatem patologiczne składniki moczu nie upoważniają nas w danym przypadku do zdyagnozowania ropni przerzutowych w nerkach, to przebieg choroby także przemawia przeciwko temu. Trudno bowiem przypuścić, aby ropnie takie w tak krótkim

stosunkowo czasie umożliwiły zupełne *restitutio ad integrum*, jak to niewątpliwie miało miejsce u naszego chorego.

Nie posiadamy też absolutnie żadnych danych, któreby przemawiały za zajęciem wsierdza w opisywanym przypadku. Przez cały czas pobytu chorego w szpitalu pomimo stałego bardzo dokładnego badania nie słyszeliśmy ani razu najmniejszego szmeru w sercu. Mówię zaś o umiejscowieniu zmian endokardyalnych poza zastawkami nie mamy najmniejszego powodu. Jedynym objawem nienormalnym ze strony narządów krążenia było pewne przyspieszenie tętna i niedostateczne jego wypełnienie, co jednak w zupełności odnieść można do wpływów toksycznych na mięsień sercowy.

Tak więc dochodzimy do wniosku, że przypadek nasz należał do tych nielicznych zakażeń gronkowcowych, które przebiegają bez ropienia, bez przerzutów i dają czysty obraz t. zw. *septicemii*.

Nie tylko jednak pod tym względem przypadek nasz zasługuje na uwagę. Zaznaczyłem już powyżej, że zakażenia gronkowcowe prawie bez wyjątku kończą się śmiertelnie. W przeciwieństwie do tego ogólnego, że tak powiem, prawidła przypadek nasz nie tylko miał zejście pomyślne, ale i przebieg wogóle dość łagodny. Opierając się na danych z literatury, stawialiśmy wprawdzie i w naszym przypadku rokowanie wątpliwe, zwłaszcza wobec zachowania się tętna. Wyzdrowienie chorego i to w tak szybkim stosunkowo czasie było dla nas zupełnie nieoczekiwane. W dostępnej mi literaturze napotkałem jedynie w pracy kol. WRĘTOWSKIEGO przypadek analogiczny. WRĘTOWSKI przytacza mianowicie dwa przypadki zakażenia gronkowcowego, stwierdzone przez badanie bakteriologiczne krwi. Jeden z nich, wywołany, podobnie jak i mój przypadek, przez gronkowca złocistego, zakończył się wyzdrowieniem. Przypadek ten dotyczył 29-letniej kobiety, której skargi polegały na ogólnem

osłabieniu, łamaniu, bólach w kościach, bólach głowy, dreszczach, potach i gorączce. Ogólny stan chorej był bardzo ciężki. Po 5-tygodniowym trwaniu choroby temperatura zaczęła opadać i stopniowo powróciła do normy. Podobnie jak w moim przypadku, żadnych spraw miejscowych kol. WRETOWSKI nie znajdował. W odróżnieniu zaś od mojego przypadku odczyn diazowy w moczu wspomnianej chorej występował bardzo wyraźnie, a mocz zawierał obok białka także i ślady cukru; początek choroby wreszcie nie był w przypadku WRETOWSKIEGO tak nagły, jak u mojego chorego, gdyż pacjentka, o której mowa, położyła się do łóżka dopiero w tydzień po zachorowaniu. Nadmienię wreszcie, że kol. WRETOWSKI stwierdził w swoim przypadku obecność gronkowców nie tylko we krwi, ale i w moczu. W drugim przypadku WRETOWSKIEGO, wywołanym przez gronkowca białego, zejście było śmiertelne.

Jeżeli jeszcze raz zwrócę uwagę na to, jak dalece przypadek nasz klinicznie przypominał tyfus brzuszny, to odrębność jego w stosunku do większości zakażeń gronkowcowych jeszcze bardziej się uwidatni. Już powyżej wyłuszczyłem powody, dla których rozpoznanie tyfusu brzusznego musieliśmy odrzucić, a to na podstawie całego szeregu badań pomocniczych. Podobieństwo jednak naszego przypadku do tyfusu brzusznego staje się jeszcze bardziej uderzające, jeżeli zwrócimy uwagę na krzywą temperatury; zupełnie tak samo jak w tyfusie, mieliśmy tu początkowo gorączkę o typie *continua*, w późniejszych okresach temperatura wykazuje znaczne wahania i wreszcie stopniowo powraca do normy. Wszystko to zmusza nas do postawienia naszego przypadku w szeregu t. zw. cierpień podobnych do tyfusu, o jakich wspomina w niedawno ogłoszonej pracy JÜRGENS. Przypadek nasz dowodzi jednocześnie, jak wielkie znaczenie posiadają dla ścisłego rozpoznawa-

nia rozmaite badania pomocnicze, tak szeroko dziś w klinice stosowane.

Większość zakażeń gronkowcowych wywoływana bywa przez *staphylococcus pyogenes aureus*. Pod tym względem przypadek nasz nie stanowił wyjątku. Gronkowce białe, tak często zanieczyszczające rozmaite hodowle, odgrywają w patologii ludzkiej rolę znacznie podrzędniejszą i wywołują ogólne zakażenia o wiele rzadziej, aniżeli gronkowce złociste.

Wreszcie kilka słów o źródle zakażenia w naszym przypadku. Najczęstszym źródłem dla spraw gronkowcowych u ludzi jest skóra, względnie rzadziej błony śluzowe nosa, ucha i dróg moczowych, w wyjątkowych chyba tylko przypadkach błona śluzowa ust, gardzieli lub inne części ustroju. Nie zawsze jednak jesteśmy w stanie dokładnie określić źródło infekcji w każdym poszczególnym przypadku. Pozostaje, jak dziś, nieliczna już zresztą grupa zachorowań, w których źródła zakażenia wykryć się nie udaje, a przypadki te odnosimy do kategorii *septicaemia kryptogenetica*. Zdaje się, że i nasz przypadek należałoby odnieść do tej właśnie kategorii, byłoby bowiem nazbyt ryzykownem poszukiwanie źródła zakażenia w nielicznych pustułkach *acne*, a innego widocznego źródła nie było.

#### LITERATURA.

1) J. COURMONT. Staphylococcie w „Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.” Brouardel’a i Gilbert’a. Paris. 1906.

2) G. JOCHMANN. Ueber die Bakteriae-mie und die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung für die Klinik. Zeit. f. klin. Med. Bd. 54 H. 5 i 6. 1904.

3) JÜRGENS. Ueber typhusähnliche Erkrankungen. Deut. med. Woch. 1907. N. 1 i 2.

4) H. LENHARTZ. Die septischen Erkrankungen in Nothnagel's „Specielle Pathologie und Therapie.“ Wien. 1903.

5) T. WRETOWSKI. Bakteryomocz w niektórych sprawach zakaźnych. Gazeta Lekarska, 1906. N. 46 i nast.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

57. Kothe. O wpływie wyciągu z nadnercza na ciężkie postaci ostrej zapaści serca.

Namacalnych dowodów bezpośredniego wpływu wyciągu z nadnercza na czynność serca dostarczył GOTTLIEB. Doświadczenia jego polegały na wprowadzaniu do krwiobiegu zwierzęcia dawek chlorału, wywołujących niemiarowość tętna i rozkurczowe przerwy w czynności serca. Podczas gdy ani wewnątrzylne wstrzykiwanie roztworu soli, ani naparstnica w doświadczeniu powyższem nie były w stanie zapobiedz ostatecznemu porażeniu serca, — wyciąg z nadnercza, w porę zastosowany, już po upływie 10—20 sekund podnosił ciśnienie, sprowadzając równocześnie częstość tętna do normy. Wprawdzie po upływie 20 — 30 minut chlorał znowu zaczyna wywierać swój zgubny wpływ na serce, jednakże ponowne zastrzyknięcie wyciągu z nadnercza doprowadza serce do równowagi. Również i w przypadkach całkowitej przerwy w czynności serca pod wpływem chlorału wyciąg z nadnercza, zastosowany po upływie nawet 5 minut, wywołuje skurcze serca. Jeżeli zatem wyciąg z nadnercza posiada własności, pobudzające w wysokim stopniu serce ssawców, to zachodzi pytanie, w jakich przypadkach własności te spożytkować można praktycznie. Na pytanie to odpowiada GOTTLIEB, którego zdaniem wyciąg z nadnercza oddać może usługi nieocenione tam, gdzie serce należy szybko i skutecznie ratować od krótkotrwałej, nieraz tak zgubnej zapaści, jaka np. towarzyszy narkozie chloroformowej. W przypadkach tych serce wymaga tylko energicznej po-

mocy aż do chwili usunięcia z krwiobiegu nadmiaru chloroformu. Doświadczenia odnośnie na królikach potwierdziły przesłanki teoretyczne. Autor miał sposobność wypróbować wartość wyciągu z nadnercza w dwóch przypadkach, w których podczas operacji, wykonanej w znieczuleniu lędźwiowym nowokainą i stowainą, wystąpiła głęboka zapaść. W obu przypadkach nastąpiło całkowite zatrzymanie oddechu i czynności serca; tętno było niewyczuwalne, a w drugim z nich tony serca były niesłyszalne. Stosowane zwykle w tych razach środki zawiodły, i dopiero wyciąg z nadnercza wywarł skutek pożądany. Już po upływie 10 sekund tętno powróciło prawie do normy. Autor jest przekonany, że, gdyby nie wyciąg z nadnercza, w obu przypadkach nastąpiłaby śmierć na stole operacyjnym, i dlatego w przypadkach ostrej zapaści podczas narkozy lub znieczulenia rdzeniowego gorąco zaleca wewnątrzylne wstrzykiwanie wyciągu z nadnercza w ilości 0,0005—0,001. W stosowaniu środka powyższego w przypadkach zapaści na skutek innych przyczyn należy być ostrożnym z uwagi na towarzyszące zwężenie naczyń obwodowych i nadmierne spotęgowanie ciśnienia; pamiętać trzeba, że serce, wyczerpane chorobami przewlekłymi, nie zawsze jest w stanie sprostać raptownemu wzmożeniu ciśnienia i odrazu może ulec porażeniu.

(Centrabl. f. Chirurgie, 1907, N. 33).

Aleksander Wertheim

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia neurologiczno - psychiatrycznego  
z dnia 20 kwietnia.

LEŚNIEWSKI powtórzył odczyt, wypowiedziany poprzednio na posiedzeniu chirurgów w d. 10 IV r. b. Odczyt dotyczył anatomii, histologii i embryologii gruczołów przytarczycowych (*glandulae parathyreoideae*) oraz stosunku tychże gruczołów do niektórych chorób, jako to: tężyzki pooperacyjnej, *paralysis agitans*, myotonii, myoklonii, drgawek porodowych i t. d. L. przedstawił preparaty makroskopowe i mikroskopowe wspomnianych gruczołów. Odczyt będzie wydrukowany w wydawanych przez Gazetę Lekarską „Sprawozdaniach z posiedzeń chirurgicznych“.

DYDŃSKI i BRONOWSKI przedstawili chorą z niezwykle ciekawymi objawami zaburzeń ze strony układu nerwowego. Chora od 15-go roku życia cierpi na bóle głowy o charakterze migrenowym, przeważnie w okolicy nad prawym oczodołem. W Marcu r. p. bóle głowy znacznie się wzmogły, zaczęły występować w postaci krótkich, lecz bardzo silnych napadów w tejże okolicy, w czasie których następowało opuszczanie się prawej powieki i podwójne widzenie. Te dwa ostatnie objawy trwały zazwyczaj bardzo krótko, nieraz tylko kilka minut, lecz czasami w ciągu dnia jednocześnie z atakami bólów głowy ponawiały się kilka razy. W ciągu dwóch miesięcy niepokoiły chorą powyższe napady, stając się coraz częstsze. W maju ból głowy stał się już objawem stałym, i jednocześnie powoli opuściła się prawa powieka na stałe. Stan taki trwał przez 2½ miesiąca. W połowie lipca nastąpiła poprawa tak pod względem bólów głowy, jak i stanu ptozy. W połowie września chora zapadła na zapalenie płucny wysiękowe, i wtedy znowu wystąpiły te same, co i poprzednio, bóle głowy, a powieka ponownie opadła. Zjawił się jeszcze jeden objaw, a mianowicie chora zupełnie straciła wzrok w prawem oku. Po miesiącu wzrok powrócił, lecz

chora zaczęła się uskarżać na bóle i parestezye w prawej połowie twarzy. Sprawa w płucach trwała przez cały ten czas i powodowała stałe podniesienie ciepłoty ciała. Przy badaniu chorej w połowie grudnia r. p. stwierdzono *ophthalmoplegiam completam* (par. n. *oculomotorii*, n. *abducentis*, n. *trochlearis*), *ptosis*, rozszerzenie prawej źrenicy i brak oddziaływania na światło i przystosowanie; nieznaczne osłabienie czucia w obrębie gałązek n. *trigemini* po stronie prawej i punkty bolesne na przebiegu tychże gałązek. Objawy *ophthalmoplegiae* trwają bez zmiany — nastąpiła jedynie par. n. *trochlearis*.

DYDŃSKI sądzi, iż w przypadku danym mamy prawdopodobnie do czynienia z niezwykle rzadką postacią *migraine ophthalmoplégique*, a powstawanie objawów tłumaczy spazmem naczyń krwionośnych, który, powtarzając się często, doprowadził do zmian anatomicznych w jądrach nerwów okoruchowych. D. nie wyłącza możliwości innego rozpoznania — sprawy nowotworowej lub też syfilitycznej (*meningitis luetica*).

BRONOWSKI zwraca uwagę na następujące dane z wywiadów i ze stanu obecnego pacjentki: a) pacjentka bardzo często zapadała na katary jamy nosogardzielowej i oskrzeli, czego wyrazem jest znaczny zanik śluzówki nosa i gardzieli; b) w kwietniu r. 1906-go pogorszenie stanu chorobowego, t. j. nasilenie objawów parezy n. okoruchowego i newralgicznych bólów n. trójdzielnego nastąpiło po bardzo silnej grypie z dużą gorączką; także pogorszenie nastąpiło i we wrześniu tegoż roku po wysiękowym zapaleniu płucny prawdopodobnie też grypowego pochodzenia, z którym-to pogorszeniem pacjentka przybyła do Warszawy; c) BRONOWSKI już parokrotnie w Warszawie w Domu Zdrowia DYDŃSKIEGO obserwował nasilenia sprawy chorobowej po przebytej grypie, na którą pacjentka często zapada.

Mając na uwadze, że po grypie znane są

i opisane przypadki b. ograniczonych zapaleń mózgu, najczęściej przejściowych (przejściowe monoparezy i t. d.), opisywane są również poinfluenzowe opadnięcia powieki, BROŃSKI poddaje zebranych do rozpatrzenia przypuszczenie chronicznego u pacjentki b. powierzchownego polioncephalitu, obostrzającego się przy każdym nowym napadzie grypy i mogącego w części tłumaczyć taki zawiły obraz chorobowy, jaki przedstawia pacjentka. Opierając się na takim przypuszczeniu, terapię pacjentki skierowano ku wzmocnieniu li tylko całego organizmu i zwiększeniu jego odporności, bez zwalczania jakiegokolwiek przypuszczalnej dyatezy, jak luetyczna np.

Z przemówienia DYDŃSKIEGO zebrani mogli się dowiedzieć, że zasada ta terapeutyczna dała dla pacjentki wyniki zupełnie zadowalające.

FLATAU podobnego przypadku nie spotykał w praktyce, ani w literaturze; zgadzając się z rozpoznaniem D., stałość objawów objaśnia zgrubieniem ścian naczyń, wskutek czego upośledza się odżywianie jąder; oślepięcie jednostronne zależy od ucisku, jakiemu podlega n. wzrokowy ze strony gałązek naczyńowych (*art. Sylviae*).

HIGIER nie zgadza się s rozpoznaniem D., uważa, iż suchy katar, wątłość budowy, stałe bóle świadczą o nabytym przymocie lub odiedzonym, przypuszcza, iż gumat znajduje się oczodole i uciska na nerw; polepszenie nastąpiło od jodu, z zaprzestaniem zjawiało się pogorszenie.

RZĘTKOWSKI widzi w danym przypadku gruźlicę, nie wierzy, by powtarzające się spazmy wywołać mogły miażdżycę.

Podług BREGMANA badanie nie skończone, rozpoznanie przeto musiało okazać się sztucznym, dalsza obserwacja pokaże, czy mamy do czynienia ze sprawą ośrodkową, czy też obwodową. Stałość objawów, przebieg postępujący cierpienia świadczą o sprawie organicznej na podstawie czaszki (gruźlica, przymiot, nowotwór).

GAJKIEWICZ spotykał po grypie oftalmoplegię.

BYCHOWSKI demonstrowa a) 24 letniego mężczyznę, który, położywszy się przed 3-ma l. na noc na polu po przebyciu 40-wiorstowym po-

chodzie na manewrach, obudził się z drżeniem prawej ręki. Drżenie przeszło w przeciągu kilku miesięcy i na inne kończyny do takiego stopnia, że nie mógł się już podpisać. Przed rokiem zmieniła mu się mowa. Przed 6-u laty wrzód na czlonku, który był leczony jakimś proszkiem. Miał także jakieś brodawki na czlonku, które mu usunięto przed kilkoma laty. Pił b. dużo napojów wysokich. Matka nerwowa. W przeciągu trwania obecnej choroby chory nieustannie się leczył bądź to w szpitalach, bądź to w klasztorach. Poprawy często przychodziły, ale po zmartwieniu zawsze wracał dawny stan.

Prawidłowo zbudowany chory ma psychikę i inteligencję bez zarzutu (skończył 5 kl. gimn.). Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zmian. Zwłaszcza niema zwężenia pola widzenia, osłabienia wzroku, zmian wziernikowych i *nystagmus*. Czucie wszędzie dokładnie zachowane. Podczas spokoju nieznaczne i niesłabe rytmiczne drżenie w dłoniach. Przy ruchach zaś dowolnych drżenie niezmiernie się potęguje (trzeba go karmić). Przy chodzeniu (które z początku wogóle było zupełnie możliwe), chory cały trzęsie się (głowa, barki i cały tułów). W dolnych kończynach tak samo ogromne drżenie przy ruchach dowolnych. Odręśniewe żywe, ale w granicach normy. Pr. podeszwowy żywy, lewy słabszy. BABIŃSKIEGO i OPPENHEIM'a otrzymać nie można. Odruchów brzusznych ani odr. od m. *cremaster* otrzymać nie można. Mowa powolna, sylabizowana, ale różni się od typowej mowy skandowanej tem, że oddzielne sylaby bywają impulsywnie wyrzucane. Zmian laryngoskopowych niema. W przeciągu 6 mies. pobytu w oddziale bywały dosyć znaczne poprawy, zwłaszcza po zastosowaniu hipnozy. Podczas hipnozy (do głębokiego snu nigdy nie dochodziło), można było kończynom nadawać najwięcej dziwaczne formy, i żadne drżenie w nich nie występowało. Jakkolwiek chory na pierwszy rzut oka robi wrażenie dotkniętego wieloogniskowym stwardnieniem mózgu i rdzenia, ale przy bliższym spostrzeganiu chorego staje się to rozpoznanie bardzo wątpliwem. Jedyne objawy wspólne z *sclerosis multiplex*, który, co prawda, dominuje nad całym obrazem chorobowym u naszego chorego — jest drżenie, które przy ruchach dowolnych przy-

muje takie ogromne rozmiary. Lecz gdyby tu była *sclerosis multiplex*, to byłby to okres bardzo posunięty. Otóż wydaje się niezwykle, że oprócz objawu drżenia innych objawów właściwych klasycznemu obrazowi wieloopuszkowego stwardnienia tu niema. Przedewszystkiem daleko posuniętym przypadkom *scler. mult.* towarzyszą b. często objawy demencyi, czego w naszym przypadku niema. Niema też ani jednego z objawów ocznych właściwych wieloognisk. stward. mózgu i rdzenia.

Niema także objawów zajęcia dróg piramidalnych (BABIŃSKI, OPPENHEIM), co też prawie zawsze bywa w *scler. mult.* I mowa, która przy pierwszym wrażeniu wydaje się skandowaną, różni się od typowej mowy przy *scler. multiplex*. Jeżeli jeszcze dodać niezmierną wrażliwość chorego i łatwość osiągnięcia u niego prędko przemijającej, prawda, poprawy, to rozpoznanie jakiejś sprawy często czynnościowej — histeryi — staje się b. prawdopodobnem. Jedynie tylko stały brak odruchów brzusznych i od *m. cremaster* podkopuje pod pewnym względem i to rozpoznanie. Należy bowiem uważać za prawidło, że normalnie resp. w histeryi odr. brzuszne są zawsze zachowane. W danym przypadku okoliczność ta tembardziej daje do myślenia, że szkoła Strnempel'a na zasadzie ogromnego materiału uważa brak odr. brzusznych za stały objaw *scler. multipl.*

HIGIER rozpoznaje w danym przypadku *spasmus saltatorius*. Według FLATAUA mamy do czynienia ze *sclerosis multiplex*, o czem świadczy brak odruchów brzusznych, z *cremaster* i podeszwy.

STERLING wypowiada się na korzyść histeryi, poprzedni alkoholizm mógł wywołać brak odruchów.

b) 27-letnią pannę, dotkniętą od 5-iu lat porażeniem dolnych kończyn; w 3-im r. życia

spadła z pierwszego piętra, przez pewien czas (?) pozostawała wtedy w łóżku. Po 3-ch latach zauważono skrzywienie kręgosłupa. Chora pomimo tego chodziła, pracowała, szyla na nożnej maszynie Singera itp. Przechodziła szkarlatynę, odrę, zapalenie płuc, błonicę, biegunkę krwawą, naturalną ospę; w 18-m r. życia przeleżała 6 mies. w łóżku, nie mogła wtedy ruszać rękami i miała „mało rozumu“. Ale potem znova chodziła i pracowała. Po jakichś 2-ch latach zaczęła uczuwać zmęczenie w nogach, zapadała często na duszność i „zapalenie płuc“. Jednocześnie też zmieniły się warunki zewnętrzne jej życia, bo straciła rodziców i siostry. Od pięciu lat nie może wcale chodzić i leży w szpitalu. Miała też w przeciągu tego czasu kilka napadów drgawkowych w rękach.

Matka była nerwowa. Całe bliższe rodzeństwo zmarło na suchoty.

Psychika bez zarzutu. Inteligencya znaczna. Skłonna do płaczu. *Kyphosis arcuata*, zachynająca się w 2—3 kręgu piersiowym i kończąca się na wysokości 1—2 kręgów lędźwiowych. *Bronchitis dif.* Sprawność serca zadawalająca.

Węch z obydwóch stron znies. Lewa źrenica > prawa—obie o szybkiej reakcyi. Maksymalne zwężenie pola widzenia z obydwóch stron. Dno oka normalne. Słuch z pr. strony przytępiony. Zniesienie smaku z prawej strony, a od niedawna znaczne osłabienie smaku i z lewej strony. Drżenie włókienkowe w języku. Zupełne prawostronne znieczulenie połowiczne. Znaczne osłabienie czucia ciepła i ze strony lewej. Czasami też *hypalgesia* na prawej stopie i dolnej części goleni.

Ruchy głowy wolne.

D. n.

## ODCINEK.

### WYDZIAŁ LEKARSKI

### Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817 — 1831).

### ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy.— Zob. Nr 44).

Gdy Komisya oświecenia 2 stycznia 1830r. Nr. 16758—3028, reskryptem swoim zaleciła, że wydawanie dyplomatów osobom lekarskim wszelkiego stopnia i ogłaszanie ich przez pisma publiczne wtenczas mogą mieć miejsce, gdy złożą pozwolenie wolnej praktyki Komisji spraw wewnętrznych; — dziekan wydziału lekarskiego pod dniem 23 stycznia Nr. 1746 uczynił przełożenie przeciw temu reskryptowi.

A gdy do 14 czerwca 1830 nie otrzymał odpowiedzi, a kandydaci, którzy już otrzymali stopnie, po kilka miesięcy czekając na dyplomaty, jedynie dla tego siedzieli w Warszawie, ponosząc znaczne a niepotrzebne koszta — odwołał się do Rady Uniwersytetu, prosząc o decyzję Komisji rządowej. Jakoż decyzja była pomyślna, gdyż Komisya oświecenia, zniósłszy się z Komisją spraw wewnętrznych, uwolniła zamieszczony w rozporządzeniu swoim warunek wstrzymywania przez dziekana wydziału lekarskiego patentów osobom, które odpowiedni zdały egzamen; lecz utrzymała w swej sile postanowienie, ażeby ogłoszenie przez pisma publiczne nazwisk osób dyplomowanych było dotąd wstrzymane, dopóki te nie przedstawia w Wy-

dziale pozwolenia Komisji Spraw wewnętrznych na wolną praktykę w kraju.

Po upadku Warszawy, po zamknięciu Uniwersytetu, pozostała się tylko Rada Ogólna lekarska. „Rząd Tymczasowy Królestwa Polskiego na posiedzeniu dnia 20 grudnia (10 stycznia 1832 r.) 1831 roku postanowił do czasu otwarcia Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie, Rada Ogólna lekarska ma sobie nadaną atrybucję stanowczego postępowania przy odbieraniu egzaminów, bądź rozpraw lekarskich od doktorów zagranicznych, aby ci ostatni mieli możność pozyskania praw wolnej praktyki w kraju, albowiem przepisy Namiestnika Królewskiego z d. 21 czerwca 1817 r., mianowicie art. 14 i 15, wobec zamkniętego Uniwersytetu nie mogą być spełnione.“

Rada Ogólna Lekarska trzydzieści lat korzystająca z tych atrybucji, dopóki nie zdała ich Akademii Medyko-chirurgicznej Warszawskiej.

### C. Katedry.

Podajemy katedry w takim porządku, jaki zatwierdzony został przez Komisję Oświecenia w grudniu 1825 roku, przy ostatecznej reorganizacji Wydziału lekarskiego. (Ob. tom I str. 79).

§. 1. Anatomia teoretyczna i praktyczna. Anatomia porównawcza.

Katedrę anatomii teoretycznej i praktycznej w czasie reorganizacji wydziału akademicko-lekarskiego na wydział uniwersytecki zajmował w dalszym ciągu Franciszek Brandt, mając do pomocy doktora Weissa. Program wykładu przedstawił profesor w szeregu podręczników, jakie ogłosił drukiem, z których wy-

żej zdawaliśmy sprawę. Uniwersytet nie był jeszcze ostatecznie urządzony, nie miał rektora, lecz Radę ogólną z jej atrybucjami; ten wzgląd nie stanął na drodze do dalszego rozwoju; wykłady odbywały się w temże samem pomieszczeniu, co i dawniej, za Księstwa Warszawskiego.

Z przyczyn osobistych, dzięki solidarności profesorów, o czem jużśmy szczegółowo mówili powyżej — wydział utracił w jednej chwili wszystkich profesorów prócz Dziarkowskiego i Freyera. Ustąpił Brandt wraz z swoim prosektorem Weissem.

W takim położeniu rzeczy Rada Ogólna odniosła się do Komisji rządowej, prosząc o powołanie Stumera, wysokiego urzędnika lekarskiego w zarządzie wojskowym, byłego profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stumer wezwanie przyjął, lecz nie mogąc połączyć obu obowiązków, to jest dotychczasowego z przyszłymi obowiązkami profesora, — a nie mając pewności, ażali posada przy Uniwersytecie trwałą będzie — przyjął obowiązki czasowo, jako zastępca profesora.

Do pomocy powołany został Nowicki, magister medycyny, wychowaniec warszawski, który również był zastępcą profesora i wykładał niektóre działy chirurgii, jak dentystykę, okulistykę i choroby kości.

Pierwszy rok wykładów nie pozostawiał nic do życzenia. Stumer był pracowity, teoretycznie dobrze przygotowany; prosektor Nowicki zręcznym był preparatorem, nie mniej pracowitym. Wykłady przeto odbywały się regularnie z dużą korzyścią dla uczniów.

Gabinet anatomiczny, którego początek datuje się od założenia szkoły lekarskiej w Warszawie, rósł w preparaty, albowiem pracowitsze egzemplarze, które dla lekcyi przygotowywał Nowicki, przechodziły następnie do zbioru wydziałowego.

Lecz ten szczęśliwy okres dla anatomii zachwiał się.

Przedewszystkiem Stumer został naczelnym lekarzem wojska polskiego, — nie mógł więc tak akuratu nie dopełniać obowiązków profesorskich. Bywały całe tygodnie, że Stumer opuszczał Warszawę, odbywając inspekcję służbową po garnizonach i obozach wojskowych, rozrzuconych po kraju; a gdy miał wol-

niejsze chwile, nie mógł ich całkowicie poświęcić wykładom, bo zmuszony był przygotować preparaty na lekcyę.

W tym czasie Nowicki doktoryzował się i zamyślał o samodzielnej katedrze; wymawiał się przeto od obowiązków presektorskich, — decydując stę tylko na przygotowywanie preparatów w wolnych chwilach, lecz nie dla prelekeyi, a dla zbiorów muzealnych.

Wydział lekarski troskał się nie pomalu, że tak ważna katedra jest zaniedbana i za pośrednictwem Rady Uniwersytetu domagał się, aby Stumer porzucił dotychczasowe obowiązki w wojsku i całkowicie poświęcił się profesurze; lub też, aby katedrę uważać za wakującą i ogłosić konkurs.

Stumer, bardzo być może, że wolałby zająć katedrę, ale w. Książę nie życzył sobie pozbyć się sprężystego urzędnika. Z tego kłopotliwego położenia wybawiła Wydział Komisya oświecenia, pelecając ogłoszenie konkursu na katedrę anatomii, dotychczas zastępczo zajmowaną. Mógł więc i Stumer konkurować, bo miał do tego drogę otwartą.

Do konkursu stanął Roliński, fizyk wojewódzki; wydział po odbyciu warunków przepisanych, przedstawił go na profesora zwyczajnego, Komisya rządowa wybór ten zatwierdziła.

Program Rolińskiego był następujący: „Profesor anatomii wykladać będzie anatomię teoretyczną i porównawczą; oraz przewodniczyć będzie pracom uczniów i kierować niemi w anatomii praktycznej.

Co do anatomii teoretycznej, w której wszystkie części ciała ludzkiego w naturze okazane i podług porządku dzieła Rosenmüllera: *Hanbuch der Anatomie*, tak ogólnie jak i szczególnie opisane zostaną; oprócz wymienionego autora głównego czerpane są jeszcze materyały, co do anatomii ogólnej: Xav. Bichat i J. F. Meckel; co do szczególnej: z Sömmering'a; Mayer'a i wielu innych monografii.

Wyłożywszy naprzód znaczenie anatomii, jej podział, cel, i wpływ, jaki ma na najwięcej gałęzi nauk lekarskich — nastąpi ogólny opis ciała ludzkiego, co do jego pierwiastków odleglejszych i bliższych, mieszaniny i formy; dalej podział na układy czyli systemata ogólne i szczególne; podział na okolice; główne cechy



różniące ciało ludzkie od ciała innych zwierząt ssących; w końcu różnice zachodzące w samym rodzaju ludzkim, czyli podział jego na pokolenia.

Potem nastąpi podział anatomii, dotąd używalny, na główne jej nauki: to jest: Osteologia — nauka o kościach, syndesmologia — nauka o więzachs, myologia — nauka o mięsach, splachnologia — nauka o trzewiach, angiologia — nauka o naczyniach, nevrologia — nauka o nerwach. Narzędzia zmysłów zewnętrznych, to jest: wzrok — *org. visus*, słuch — *auditus*, smak — *gustus*, powonienie, — *olfactus*, i dotyk — *tactus*.

Przechodząc porządkiem w jakim następuje każda z wymienionych nauk czyli części anatomii, wyłożonym zostanie, ile szczerpy okres czasu, na tak obszerną materią dozwoli, naprzód jej opisanie ogólne, potem szczególne, zwracając zawsze uwagę na położenie różnych systematów, organów, oraz ich związek między sobą i z przyległymi częściami; w końcu ich ważność w widokach fizyologicznych, chirurgicznych, medycyny prawnej i t. p.

Tam gdzie nauka czyli część anatomii nie obejmuje bezpośrednio systematu jak np. systemat tkanki komórkowatej, syst. serwatkowy i t. p. systemata takowe oddzielnie w ogólności opisane zostaną. Tak naprzód wyłożonym będzie systemat tkanki komórkowatej, jako podstawy i matki wszystkich innych systematów; potem nastąpi systemat kostny, czyli nauka o kościach w stanie ich suchym; dalej systemat włóknisty, chrząstkowaty i chrząstkowato-włóknisty; poczem nastąpi nauka o więzadłach ogólna i szczególna; dalej nastąpi systemat mięsny i nauka w szczególności o mięsach. Tu mięsa bezpośrednio należące do poruszania narzędzi, zmysłów i trzewiów, jak np. mięsa oka, ucha zewnętrznego i wewnętrznego, kiszek oddechowej, części płciowe opuszczone — a jako właściwiej przy opisanu tych części, wyłożone zostaną.

Przed nauką o trzewiach wyłożone zostaną systemat serwatkowy, skórny i gruczołowy; gruczoły zaś w szczególności w miarę różnego ich położenia, częścią w splachnologii, częścią przy narzędziach zmysłów zewnętrznych — zostaną opisane. Dalej nastąpi systemat naczyniowy w ogólności, a potem w szczególności opisanie serca, tętn, żył i naczyń limfatycznych.

Poczem podobnie systemat nerwowy wyłożonym zostanie, czyniąc początek w opisanu szczegółnem od systematu centralnego to jest mózgu.

Ogólne opisanie systematu naczyniowego i nerwowego jako ważniejszych dla widoków fizyologicznych i chirurgicznych, — ważnijszem będzie od innych. Wyłożeniem narzędzi zmysłów zewnętrznych zakończy się anatomia teoretyczna.

Co do anatomii praktycznej, wskazane zostaną uczniom praktycznie główne zasady sztuki rozczłonkowania. Po większej części to, co w anatomii teoretycznej okazane nie było, to pod okiem i kierunkiem profesora wyrabiać będą obowiązani; mając między innemi widokami za szczególny przedmiot, położenie części ciała do wypreparowania, zastosowane najwięcej do anatomii chirurgicznej. Tę czynność ukończywszy, wykladać będzie ich opis ogólny i szczególny w przytomności profesora; toż samo uczniowie i sami między sobą czynić będą obowiązani.

Źródła, z których uczniowie czerpać mają, wskazane im zostaną: do anatomii praktycznej A. M. Mayer *Praktische Anleitung zur Zergliederung des menschlichen Körpers* 1822; do anatomii chirurgicznej — Rosenthal *Handbuch der chirurgischen Anatomie* 1817.

Anatomia porównawcza wykładaną będzie podług dzieła p. Cuvier tłumaczonego przez Meckla, pomnożonego dodatkami i uwagami. Tu wyłożony zostanie we względzie anatomicznym uczyniony podział zwierząt, na dwa wielkie pokrewieństwa t. j. zwierzęta grzbietne i niegrzbietne; oraz główne cechy odróżniające je od siebie; dalej podział każdego pokrewieństwa na gromady, rzędy, rodzaje i t. d.

Potem nastąpi osteologia zwierząt grzbietowych ze wzmianką z myologii o tych mięsach, które albo co do obecności ich kształtu, działania, lub innym sposobem różnią zwierzęta od człowieka; poczem nastąpi wyłożenie systemu nerwowego zwierząt grzbietowych i niegrzbietowych; dalej w porządku wyłożone zostaną narzędzia wzroku, słuchu, powonienia, smaku i dotykania.

Cały aparat trawienia poczynszy od pyska aż do stolca z przyległymi mu organami, jakie są: wątroba z pęcherzem żółciowym, śle-

dziona i gruczoł ślinowy brzuszny. Organa krążenia krwi; oddychania; organa płciowe; i, w końcu organa oddzielające albo płyny, które jako nieużyteczne, z ciała wyprowadzone zostają; jak np. mocz w nerkach; lub też takie organa oddzielające które u szczególnych tylko gatunków zwierząt znajdują się, np. sarny łowe, jelenia, antylopy; gruczoły skroniowe słonia; torebka piźmo oddzielająca piźmowca i t. d.

W całym tym przedmiocie szczególnie na uwadze mianym będzie, wskazanie głównych różnic w organizmie zwierzęcym, a ile można będzie dostać zwierząt krajowych, różnice te w naturze okazane będą.

Jedynie ze względu na język anatomiczny podaliśmy program powyższy, który pod względem układu niezem szczególnym się nie odznacza; jest bowiem powtórzeniem układu, zachowywanego w ówczesnych podręcznikach z Rosenmüllerem na czele.

Roliński od początku swej profesury, to jest od roku 1820, układał swe lekcye, stopniowo zarzucając podręczniki, o których w pro-

gramie wspomina; w miarę jak zapamiętywał nad przedmiotem, lekcye te zbliżały się stopniowo do oryginalnego podręcznika.

Nim podamy opis bibliograficzny tego rękopisu, stanowiącego obecnie własność Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, zaznaczyć wypada, że profesor nie zawsze miał w swem rozporządzeniu świeże trupy<sup>18)</sup> i przy wykładzie musiał się posilkować gabinetem anatomicznym; przy wykładzie zaś anatomii porównawczej — nie tylko zwierzęta krajowe dostarczały mu materiału i preparatów, ale nawet rzadkie zwierzęta z różnych menażeryi, przebywających czasowo w Warszawie, które po zgonie nabywane zostały do gabinetu zoologicznego.

<sup>18)</sup> Zabiegi Rolińskiego o pozyskanie trupów i wyjaśnienie przeszkód w ich dostarczaniu widoczne z rozporządzenia Komisji Województwa Mazowieckiego z dnia 13 lutego 1826 roku Nr 87734.

(C. d. n.)

## Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów i księgarnie o uregulowanie zaległych rachunków za rok 1907 i o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1908.

*Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.*

# Xeroform

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadaje się do opatrunków suchych. Rzadka zmiana opatrunku. Posiada swoiste działanie w mokrych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

# Collargol

Wyborny środek leczniczy w chorobach septycznych, w sprawach puerperalnych etc. Do wewnątrzżylnego stosowania (żadnych szkodliwych skutków!) przez odbytnicę i do wewnątrz i jako „Unguentum Credé” do wcierania. Również do leczenia ran, zakaźnych chorób ocznych i do płukania pęcherza.

# Creosotal

Creosotal „Heyden” jest najlepszym antiphtisikum wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach dróg oddechowych (pneumonia etc.).

# Salit

Płynny związek salicylowy. Tani i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach. Nawet rozcieńczony dobrze przez skórę znoszony. Bez ubocznego działania na narządy wewnętrzne.

# Duotal

Duotal „Heyden'a”, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chroniącym nieżyłom dróg oddechowych.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel na Królestwo Ludwik Freider, Warszawa.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum



Surowica antydiftery-  
tyczna—Merck'a  
Surowica streptokokowa—Menzer'a  
Surowica pneumokokowa—Römer'a  
Tifusdiagnosticum —  
Ficker'a  
Jequiritol—Jequiritolse-  
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

## Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiaższowego.

## Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi  $H_2O_2$ . Zaleca się jako środek przeciwniepalny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

## Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieszczenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniepalnymi ostryżnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.  
Aque laurocerasi 15 grm.  
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.  
Wskazani: bronchitis, laryngitis,

## Bromlain 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.). Wskazania: neurastenia, histerya, rozróżniony nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

## Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladaczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

## Jodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphysem. Nie ma ubocznego działania KI.

## Jodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

## Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

## Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

## Bromalın

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozabawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

## Tannoform

Środek ściągający, przeciwniepalny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiaczk., krwot. przy zatrzymanej mles. obfite

Literatura i próby dla pp. lekarzy  
haznótia



# PEPTONATE DE FER ROBIN

## Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelazna łatwo przyswajalna, przygotowana przez M. Robin'a

**Żelazo Robin'a** skutecznie działa przeciw anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdyz aparcia.  
Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach i w większych składach aptecznych.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenie reprezentant

Władysław Hoffman

Warszawa, Jasna 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „LEW” i nazwiska fabrykanta „ROBIN”.

Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

5—2



# GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

## Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich  
**WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY.**

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umysłowemu i t. p. Przyjemny w smaku, łączy się w małej ilości mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffmann

Warszawa, Jasna 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „Lew” i nazwiska fabrykanta **Robin**

Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

5—2



## ACHEN (AKWIZGRAN)

Acheńska  
naturalna sól  
źródłana

stosowana na  
wewnątrz i do  
kąpieli przy cho-  
robach: Podagra,  
reumatyzm, przy-  
miot (syfilis) Ekze-  
ma, Zatrucie meta-  
lami, choroby skór-  
ne, Hemorroidy.

Acheńskie  
Naturalne pastylki  
źródłane

od kaszlu i chrypki  
usuwające flegmę,  
chroniczne dolegli-  
wości kataralne błó-  
ny śluzowej, zgagę i  
kwasy żołądkowe.

**Acheńskie T-wo Naturalnych Produktów w źródłanych w ACHEN.**

Do nabycia w aptekach i większych składach aptecznych.

Sposób użycia w języku polskim dołącza się.

Reprezentant: Leon Kahan, Warszawa, ORLA 11, tel. 28-94.