

Nas w danej pracy interesuje głównie rozpatrzenie wieloogniskowych spraw zapalnych, przeważnie zaś t. zw. *myelitis resp. encephalomyelitis* z jednej strony, z drugiej zaś *sclerosis multiplex*.

W celu ponownego rozpatrzenia tej sprawy zbadaliśmy szczegółowo 3 przypadki, zarówno pod względem klinicznym, jak też i histopatologicznym.

Przypadki te są następujące:

Przypadek I.

Górko Anna, lat 21, niezamężna, hafciarka, córka stróża, urodzona i zamieszkała w Warszawie, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus 29 kwietnia 1905 roku. Mniej więcej od roku zaczęła mizernieć i tracić siły, a w ostatnich miesiącach zauważyła też upośledzenie wzroku. Od 3 miesięcy osłabienie w nogach zaczęło szybko wzrastać; z początku pacjentka mogła jeszcze chodzić o kiju, następnie już tylko opierając się o ścianę i sprzęty; wreszcie przed 10 tygodniami zmuszona była położyć się na stałe do łóżka. W tym samym czasie wystąpiły bóle napadowe o charakterze darcia w nogach, głównie w goleniach i stopach, niezbyt długotrwałe, odczuwane zwykle w kierunku wstępującym. Napady były z początku mocniejsze i częstsze, później stały się rzadsze i mniej gwałtowne. Od 5 tygodni zauważyła drżenie rąk, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału a także pierwsze ślady odleżyn. Od paru lat cierpi na bóle głowy, dość częste, niezbyt silne. Z chorób przebytych pamięta dobrze o tyfusie w 9-ym roku życia. Nigdy zresztą nie odznaczała się czerstwem zdrowiem i dobrym wyglądem. Żyła zawsze w warunkach nieszczególnych. Rodzice jej są zdrowi, podobnie i rodzeństwo.

Badanie szczegółowe, dokonane w ciągu kilku pierwszych dni pobytu chorej w szpitalu, wykazało, co następuje:

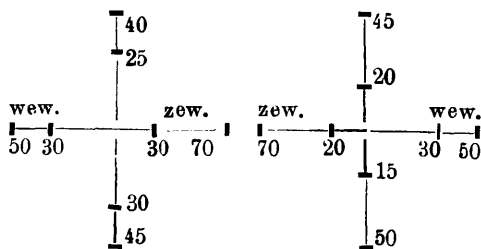
Skarży się obecnie na bóle w kończynach dolnych i górnych, bóle głowy i wielkie osłabienie.

Budowa wąta, odżywianie nędzne, cera biała, stan gorączkowy, obrzęków niema, gruczoły chłonne nie powiększone. Chora leży bezwładnie na łóżku, nie może się bez pomocy, ani przewrócić się z boku na bok. Kręgosłup skrzywień nie wykazuje, ucisk nań zarówno bezpośredni, jak i przez głowę nie jest bolesny.

W wierzchołkach płuc oddech wydłużony i nieliczne rzęzenia wilgotne.

U wierzchołka serca słaby szmer skurczowy. Tętno 126, małe, miękkie, miarowe. Brzuch płaski. Tępość śledziony powiększona.

Czaszka przy opukiwaniu nigdzie nie jest bolesna, kształt jej normalny. Punkty wyjścia gałązek nerwu trójdzielnego z obu stron bardzo na ucisk bolesne. Węch, słuch i smak zachowane. Żrenice równe, dobrze oddziałują na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Przy patrzeniu na prawo i ku górze występuje wyraźnie *nystagmus horizontalis*; w kierunku przeciwnym, t. j. na lewo i ku górze, zjawisko to jest mniej wydatne, a przy wzroku, skierowanym ku dołowi, nie występuje ono wcale. Siła wzroku $\frac{5}{20}$. Badanie dna oka prawego wykazuje zanik brodawki, zwłaszcza po stronie skroniowej; w oku lewym zanik jest dalej posunięty i bardziej równomierny. Pole widzenia wyraźnie zwężone, zwłaszcza dla koloru czerwonego w oku lewym, jak to widać z dołączonych schematów:

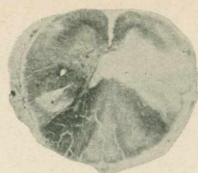


Oko prawe

Oko lewe

Cyfry zewnętrzne oznaczają kolor biały, wewnętrzne—czerwony.

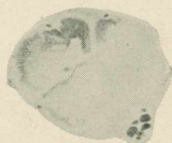
Casus I (Gurko)



I cerv.



VII cerv.



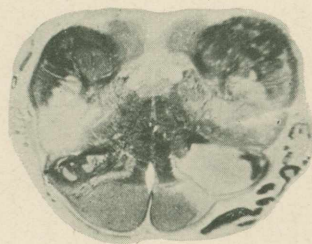
VI dors.



XI dors.



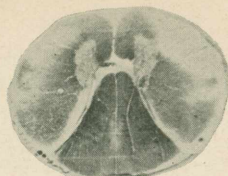
II lumb.



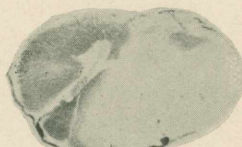
med. obl.



Casus II (Gyja)



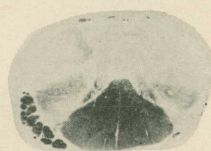
II cerv.



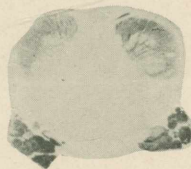
VIII cerv.



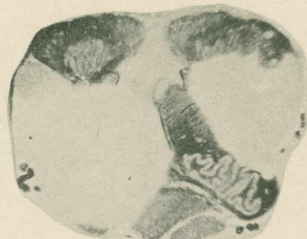
II dors.



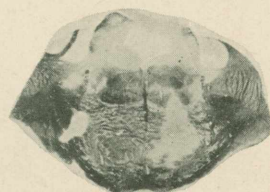
XI dors.



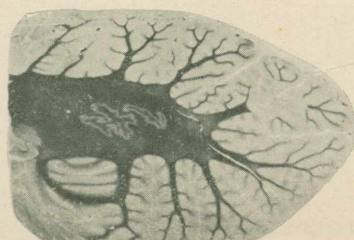
sacr. sup.



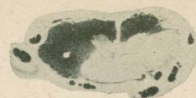
med. obl.



Pons.



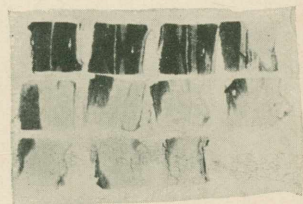
Casus III (Baumblat)



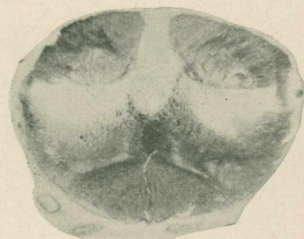
VI dors.



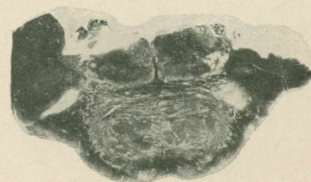
IX dors.



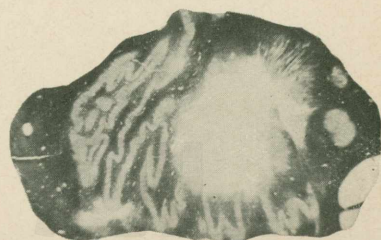
V dors. (longitud.)



med. obl.



Pons.



Wszystkie mięśnie głowy, twarzy, języka i szyi działają prawidłowo. Mowa, fonacja i połykanie również są prawidłowe.

K o ń c z y n y g ó r n e: Wszystkie ruchy są zachowane, tylko w ruchach palców daje się zauważyć pewna powolność i niezręczność. Siła mięśniowa jest wszędzie bardzo nieznaczna bez wyraźnego niedowładu poszczególnych grup mięśniowych. Przy ruchach obszerniejszych występuje wyraźne drżenie zamiarowe, większe po stronie prawej. Zamknięcie oczu niema tu widocznego wpływu. Ruchy bierne we wszystkich stawach swobodne, wzmożonego napięcia mięśni zauważyć nie można. Odruchy ze ścięgna mięśnia trójgłowego z obydwóch stron żywe, jak podobnie i odruchy okostnowe. Bardzo żywa jest także pobudliwość mechaniczna mięśni. Czucie położenia i ruchów normalne.

T u ł ó w. Chora nie jest w stanie sama podnieść się i usiąść na łóżku nawet przy pomocy rąk, a posadzona nie może utrzymać się w tej pozycji. Ruchy klatki piersiowej przy oddechu są wogóle nieznaczne, silniejsze napięcie mięśni brzusznych nie jest możliwe. Odruch brzuszny z obu stron zniesiony.

K o ń c z y n y d o l n e prawie całkowicie są bezwładne, a więc chodzenie i stanie nawet przy największej pomocy obcej jest niemożliwe. Zgięcie i odprowadzanie uda p r a w e g o zupełnie niemożliwe; przy próbach rozgięcia i doprowadzania występuje jeszcze lekkie napięcie odpowiednich mięśni (*glutaei* i *adductores*) oraz minimalny ślad ruchu. Rozgięcie dowolne goleni zupełnie niemożliwe, zgięcie zaledwie dostrzegalne, lecz towarzyszy mu wyraźne napięcie mięśni tylnej powierzchni uda. W stopie i palcach nogi prawej ruchy były z początku dość wyraźne, lecz już po paru dniach znikły doszczętnie. Po stronie lewej w stawie biodrowym pozostał ślad zgięcia i rozgięcia, addukcja zaznacza się tylko lekkim skurczem mięśni, abdukcja zupełnie

zniesiona. W stawie kolanowym rozgięcie zniesione, zgięcie bardzo słabe, lecz zawsze trochę lepiej zachowane, niż po stronie prawej. W stopie możliwe lekkie zgięcie i rozgięcie a także słabe ruchy wszystkimi palcami naraz. Zauważyć jeszcze należy, że wszystkie pozostałe w kończynach dolnych ślady ruchów dowolnych wyczerpują się nader szybko, tak iż zaledwie raz albo parę razy zrzędu mogą być wykonane. **O d r u c h y k o l a n o w e** są prawie zniesione, zauważyć się daje natomiast zjawisko następujące: ze strony prawej po kilkakrotnem uderzeniu w ścięgno występuje — nie bezpośrednio, lecz dopiero po pewnej chwili — leniwy skurcz mięśnia czterogłowego z nieznacznem wyprostowaniem goleni. Po stronie lewej występuje to samo zjawisko w stopniu trochę silniejszym, a jednocześnie skurcz dość wyraźny w mięśniach przedniej powierzchni goleni, połączony z grzbietowem zgięciem stopy. Odruchów ze ścięgien ACHILLES'a wywołać wcale nie można. **O d r u c h s t o p o w y** po stronie prawej wyraża się ledwie dostrzegalnem zgięciem 4-ch palców zewnętrznych, przyczem palec wielki pozostaje nieruchomy. Po stronie lewej występuje wyraźnie odruch BABIŃSKIEGO.

Ruchy bierne w kończynach dolnych są swobodne, wzmożonego napięcia mięśni niema. Mięśnie są wogóle nader wiotkie, a pobudliwość ich mechaniczna zniesiona. W kończynie dolnej lewej występuje od czasu do czasu lekkie zgięcie mimowolne kolana i uda, toż samo wywołać można, jako ruch obronny, przez uklucie szpilką. Czucie mięśniowe w stawach biodrowych i kolanowych z obu stron zachowane, w stawie skokowym prawym zniesione, w lewym zachowane, w palcach nogi prawej zupełnie zniesione; po stronie lewej chora odczuwa dobrze zgięcie i rozgięcie wszystkich palców razem, lecz nie orientuje się co do położenia palców poszczególnych.

Czucie dotykowe wykazuje osłabienie

w kończynach dolnych i na tułowiu do poziomu *epigastrii*, przyczem jest ono zniesione na prawej stopie i goleni. Czucie bólowe jest zniesione na prawej stopie i w dolnej części goleni (powyżej aż do kolana—osłabione). Czucie ciepła wykazuje zmianę w kończynach dolnych i na tułowiu aż do okolicy górnych żeber. Na prawej stopie i goleni odczuwa dotknięcie bardzo gorącą próbką zaledwie jako ciepło. Po stronie lewej w tejże okolicy odczuwa ciepło nieco lepiej. Na tułowiu przy dotknięciu gorącą próbką chora mówi początkowo „nie czuję“, albo „zimno“, po paru sekundach mówi „gorąco“. Na udach odczuwa ciepło nieźle, lecz waha się i twierdzi, że czuje gorzej, niż na rękach i twarzy. Czucie zimna na prawej stopie i goleni (z przodu i z tyłu) zniesione, również na tylnej powierzchni lewej stopy i lewej goleni (na przedniej powierzchni tych ostatnich okolic czucie zimna prawie zupełnie zniesione). Na udach i na tułowiu do granicy górnych żeber czucie zimna nieco osłabione, lecz chora odczuwa nawet niewielkie różnice; nieraz się myli, i wrażliwość łatwo się wyczerpuje.

Wskazówki chorej, dotyczące c z y n n o ś c i p ę c h e r z a i o d b y t n i c y, są wogóle niejasne. Faktem jest, że od pewnego czasu oddaje ona wszystkie mocz pod siebie, w nocy zupełnie bezwiednie, w dzień odczuwając potrzebę. Próby zniewolenia chorej, ażeby oddawała mocz do basenu spełzły na niczem. Według zapewnienia chorej mocz odchodzi niekiedy szybko, niekiedy zaś powoli, z przestankami; trudności w urynowaniu nigdy nie zauważyła.

To samo stosuje się do defekacyi. Dawniej, w czasie zdrowia chora cierpiała na zaparcie, teraz oddaje stolec zwykle raz na dobę, zawsze pod siebie. Potrzebę i sam akt defekacyi odczuwa, ale wstrzymać go nie może.

Z a b u r z e n i a o d ż y w c z e. Na krzyżu i w obydwóch okolicach krętarzowych widać odleżyny bardzo głębokie i rozległe. Skóra na

nich zniszczona doszczętnie, jakby nożem wycięta. Dno owrzodzeń, sięgające gdzieś do kości, stanowią objęte zgorzelą tkanki głębokie czarnej albo szarej barwy. Brzegi, zwłaszcza 2 bocznych odleżyn nie przylegają do ich dna wskutek rozleglejszego zniszczenia części głębokich, aniżeli skóry, przez co tworzą się na obwodzie wrzodów kieszenie obszerne. Wydzielina niezbyt obfita, cuchnąca. Oprócz powyższych wielkich odleżyn widać jeszcze miejsca zgorzelinowe wielkości pół rubla na obu piętach; skóra w tych miejscach nie jest owrzodziła, lecz ma barwę zupełnie czarną. Małe owrzodzenia powierzchowne albo czarne miejsca na skórze widać też na niektórych innych punktach wystających, np. na *sp. ilei anteriores*.

Mocz, wypuszczony cewnikiem, mętny, odczynu zasadowego, zawiera w osadzie liczne ciała ropne i kryształy moczanu amonu.

Z dalszego przebiegu choroby aż do śmierci chorej, która nastąpiła w niespełna 5 tygodni po jej przybyciu do szpitala, niewiele szczegółów zasługuje na zanotowanie: Ślady ruchów dowolnych w kończynach dolnych przetrwały do końca, znikły tylko doszczętnie w stopach i palcach. Znikł też wkrótce i odruch BABIŃSKIEGO. *Nystagmus* stał się jeszcze wyraźniejszy i występował potem z równą siłą przy patrzeniu w obie strony. Silne bóle w tyle głowy i w rękach, występujące zwłaszcza przy ruchach, mordowały chorą aż do śmierci.

Na sekeyi, dokonanej dnia 31 Maja 1905 roku, stwierdzono: *phthisis pulmonum, infiltratio adiposa hepatis, tumor lienis subacutus, obfuscatio parenchymatosa renum, cystitis, decubitus multipl. gangr.* Mózg i rdzeń zachowany został w 10% formalinie dla późniejszego zbadania.

Przystępując do opisu zmian, które stwierdziliśmy w tym przypadku, stosując zwykłe metody barwienia (WEIGERT'a, MARCHI'ego, NISSEL'a, VAN GIESON'a, alunową hematoksylinę i BIELSCHOWSKY'ego), zaznaczamy na wstępie, że

uważamy za zbyt dokładny opis ognisk w całym układzie ośrodkowym pod względem ich topografii i podamy tu tylko ogólny rzut oka na ich umiejscowienie i charakter (p. tab.). Na skrawkach, otrzymanych z półkul mózgowych i mózdkowych, widzimy cały szereg ognisk, rozrzuconych przeważnie w istocie białej lub też na granicy pomiędzy istotą białą i korą w miejscach, gdzie włókna istoty białej promieniują do kory. W warstwach powierzchniowych kory mózgowej i mózdkowej ognisk nie spotykaliśmy.

Ogniska te nie są zbyt dużych rozmiarów, wymiar ich wynosi zazwyczaj dwa do trzech milimetrów, granice są przeważnie bardzo ostre, kształt na przekroju owalny lub okrągły. Mają one przy użyciu metody WEIGERT'a kolor zupełnie biały lub też odcień zlekka szarawy. Poza temi ogniskami cała istota biała posiada miejscami wygląd areolarny; widać w niej mnóstwo drobniutkich otworków i jasnych pasemek, w których przy rozpatrywaniu pod mikroskopem poznajemy przekroje naczyń, otoczonych znacznie rozszerzonymi naokołonacyniowemi przestrzeniami chłonnymi. Otworki te, jeszcze mniejszych, prawie mikroskopowych rozmiarów widać również w korze mózgowej.

Przechodząc do pnia mózgowego, zaznaczamy ogólnie, że na skrawkach, pochodzących z najrozmaitszych jego okolic, zaczynając od wysokości *nucleus ruber* i kończąc na *decussatio pyramidum*, spostrzegano rozrzucone ogniska. Ogniska te znajdowano zarówno w części czepcowej przekroju, jak i w części podstawowej. Odcinały się one przeważnie bardzo ostro od niezmięnionej tkanki otaczającej. Kontury tych ognisk były bardzo nieregularne. Rozległość ich w kierunku przednio-tylnym nie była znaczna, gdyż częstokroć znajdowano je nie w tem samym miejscu nawet na skrawkach, pochodzących z niezbyt odległych od siebie okolic.

W rdzeniu ogniska eklerotyczne wykazywały również analogiczną różnorodność co do

formy i co do lokalizacji. Stosunek ich do przechowanej tkanki otaczającej ilustruje najlepiej załączona fotografia przekrojów (p. tablicę). Pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na następujące fakty, które wydały się nam najbardziej znamienymi.

Otóż zmiany najwybitniejsze spostrzegamy w środkowych i górnych odcinkach grzbietowych (VI, V i IV-ym). Szczególniej zaś w szóstym odcinku grzbietowym ognisko zajmuje prawie całkowitą jedną połowę przekroju rdzenia i prócz tego znaczną część słupa tylnego i bocznego drugiej połowy.

W rdzeniu szyjowym napotykamy ogniska bardziej lub mniej rozległe w słupach tylnych i bocznych. Słupy przednie są natomiast prawie zupełnie wolne. W rdzeniu lędźwiowym znajdujemy również ogniska w słupach tylnych i bocznych (w III segmencie—zajęte są również i słupy przednie). Zaczynając od V segmentu lędźwiowego w kierunku dystalnym stwierdzono zwyrodnienia wyłącznie w okolicy słupów bocznych (iż w biernych drogach piramidowych).

Specyjalną uwagę zwróciliśmy na t. zw. zwyrodnienia wtórne.

Mając na uwadze największą rozległość ognisk w środkowo-górnych odcinkach grzbietowych, prześledziliśmy charakter napotykaných zwyrodnień w kierunkach ku górze i ku dołowi.

Otóż w kierunku ku górze nie zdołaliśmy stwierdzić prawdziwych zwyrodnień wtórnych w słupach bocznych. Jakkolwiek w IV — VI odcinkach grzbietowych okolica dróg mózdkowych i pęczka GOWERS'a były zupełnie lub prawie zupełnie zniszczone (w lewej połowie rdzenia), zaś w IV odcinku szyjowym drogi te uległy prawie całemu zniszczeniu w obydwóch połowach rdzenia, to już w II-m odcinku szyjowym drogi te są zachowane i wykazują tylko pewne rozrzedzenie tkanki. Co dotyczy słupów tylnych, to charakter ich zwyrodnienia tyl-

ko w I odcinku szyjowym przypomina swą ostro zarysowaną postać klina w słupach GOLL'a zwyrodnienie wtórne. W innych odcinkach szyjowych ogniska w słupach tylnych wykazują taką chaotyczność, że niepodobna tutaj stwierdzić z pewnością charakteru prawdziwych zwyrodnień wtórnych.

W kierunku ku dołowi od wskazanych powyżej najbardziej zmienionych okolic rdzenia zdołaliśmy stwierdzić prawdziwe zwyrodnienia wtórne w bocznych drogach piramidowych:

Na skrawkach podłużnych, barwionych według metody WEIGERT'a, uwidacznia się bardzo plastycznie topografia ognisk, występujących w postaci plam sklerotycznych lub też podłużnych pasem i klinów rozmaitej długości i szerokości.

Przechodząc obecnie do omówienia zmian mikroskopowych, pragnęlibyśmy nakreślić w rysach najbardziej znamiennych i nie wdając się w szczegóły istotę tych zmian.

Na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, ogniska występują albo w postaci zupełnie jasnych plam, ostro odcinających się od otoczenia, albo też w postaci rozrzedzonej tkanki myelinowej. W niektórych miejscach widać kombinację tych dwóch rodzajów ognisk. W ogniskach pierwszego typu widać, jak normalna tkanka myelinowa przerywa się na pograniczu z tem ogniskiem raptownie, jakby nożem odcięta, jednakowoż widać czasami w niektórych miejscach ogniska resztki tkanki myelinowej w postaci bardzo bladych pasem, wysepek lub porozrzucanych oddzielnych włókien. W ogniskach drugiego typu napotykamy zwykły obraz rozrzedzonej tkanki myelinowej.

Na skrawkach, barwionych metodą MARCHI'ego, napotykamy z wyjątkiem VI odcinka grzbietowego bardzo nieznaczłą liczbę czarnych bryłek i to w niektórych tylko ogniskach

sklerotycznych. W częściach proksymalnych pnia mózgowego bryłek tych prawie zupełnie nie widać, w częściach, zbliżonych do rdzenia, widać je, jakśmy to już zaznaczyli, w większej liczbie w VI odcinku grzbietowym, lecz i tutaj posiadają one cechy zmian dawniejszych, występują w postaci dość rozrzedzonych bryłek, same zaś bryłki wykazują najrozmaitszą postać, przeważnie są drobne, jakgdyby rozpadłe. W niektórych tylko miejscach można było stwierdzić pewne ugrupowanie bryłek wzdłuż naczyń *resp.* przegród. We wszystkich innych odcinkach rdzenia bryłki zwyrodnienia występują w bardzo nieznacznej liczbie to w tem, to w owem ognisku. Wszędzie wykazują one cechy zmian dawniejszych, czasami są ugrupowane wzdłuż naczyń *resp.* przegród, nigdzie zaś nie występują w postaci zwyrodnień wtórnych.

Szczególłą uwagę zwróciliśmy na skrawki, barwione metodą VAN GIESON'a, ze względu na określenie właściwego charakteru histopatologicznego ognisk. Okazało się, że nawet w tych odcinkach rdzenia, w których proces był najbardziej posunięty (IV do VI-go odcinki grzbietowe), ogniska miały wyrażony charakter sklerotyczny.

Z łatwością można było wszędzie stwierdzić rozrosłą neuroglęję, zwiększoną liczbę jej jąder, dość liczne komórki DEITERS'a.

Tkanka ta sklerotyczna była bardziej wybijająca w ogniskach pierwszego typu, aniżeli w ogniskach drugiego typu.

C. d. n.

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

O ostrym bezładzie

(*ataxia acuta*).

napisał

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 44).

Chory nie może się nawet w łóżku podnieść; gdy go się sadza, kadłub chwieje się, i chory pada nazad na łóżko. W kończynach górnych i dolnych wszystkie ruchy wykonywa z dość znaczną siłą, różnica obu stron niewidoczna. We wszystkich kończynach, przy ruchach zadanych, występuje ataksya, z lewej strony większa, niż z prawej, w lewej kończynie górnej najwydatniejsza. Chory w lewej ręce nie może żadnego przedmiotu utrzymać. Przy próbie palec—nos ręka wykonywa duże wahania i nie trafia do celu. W prawej ręce ataksya jest mniejsza, ale chory, z powodu zmian troficznych, posługiwać się nią nie może. Przy zamkniętych oczach ataksya pozostaje prawie ta sama. Środkowe palce prawej ręki, zwłaszcza 3 i 4, wykazują drżenie, niekiedy nawet w spokoju, przy ruchach tej ręki oraz ruchach innych części ciała wzmagające się, nierytmiczne i nierównej amplitudy.

Zaburzeń czucia, prócz znieczulenia palców, uległych zgorzeli brak, czucie głębokie w kończynach górnych i dolnych, zmysł stereognostyczny zachowane.

Odruchy kolanowe i ze ścięgien *Achillesa* lekko wzmożone, podeszwowe żywe, z silnym ruchem obronnym i ze zginaniem palców. Odruchy kończyn górnych umiarkowane. Brzuszne i nosidłowe słabe, lewy mniejszy od prawego. Mowa chorego prawie zupełnie niezro-

zumiała, urywana, eksplozywna, jakby z dużym wysiłkiem.

Język wysuwa prosto i porusza nim dobrze. Mięśnie twarzowe z obu stron działają dobrze, jednakowo. Gałki oczne poruszają się we wszystkich kierunkach, przy ruchach bocznych, zwłaszcza w stronę lewą, wyraźne drgania *Nystagmusowe*. Prawem uchem słyszy zegarek na 10 ctm., lewem nie słyszy, ale przewodnictwo kostne zachowane. Łykanie bez zaburzeń. Ze strony innych nerwów mózgowych brak objawów.

W sercu oraz w innych narządach wewnętrznych zmian niema. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Oddawanie moczu prawidłowe.

Stopniowo stan chorego się poprawiał. 8 VI był demonstrowany na posiedz. nauk. lekarzy szpitalnych. Mógł już sam chodzić, aczkolwiek z wielkim wysiłkiem i niepewnością, szukając oparcia; chodzi i stoi na b. szerokiej podstawie, zatacza się często i pada na stronę lewą. Przy chodzeniu tułów w stosunku do kończyn dolnych pozostaje wyraźnie w tyle (*Asinergie cerebelleuse*). Stojąc z zamkniętymi oczami, chwieje się jeszcze bardziej. Ataksya ruchowa kończyn również zmniejszyła się, ale w lewej kończynie górnej jest jeszcze b. silna. W kończynach dolnych, zwłaszcza lewej, ataksya często przy pierwszych ruchach zadanych występuje b. silnie, potem się zmniejsza. Chory siedzi już teraz dobrze. Mowa poprawiła się również, choć zachowała wszystkie wyliczone wyżej własności; można się z chorym porozumieć. Zawroty głowy i szum w głowie ustał. *Nystagmus* pozostał, ale również w mniejszym stopniu. Tętno *A. radialis* było stale słabsze od lewego, niekiedy ledwo wyczuwalne, niekiedy większe, tak że różnica obu stron wydawała się mniej znaczną.

22 VI Demonstracya w sekcji neurologicznej Towarzystwa Lekarskiego. Poprawa jeszcze postępowała,

chory chodzi dłużej bez oparcia. Mowę można łatwo zrozumieć, chory opowiada sam przebieg swego cierpienia. Pamięć nieco osłabiona, poza tem władze umysłowe zachowane.

Streszczając w krótkości objawy chorobowe tego przypadku, mieliśmy:

1) ataksję statyczną w najsilniejszym stopniu, potem słabszą z padaniem w stronę lewą,

2) ataksję ruchową kończyn, w lewych kończynach większą, niż w prawych, najwybitniejszą w lewej kończynie górnej,

3) zaburzenia mowy w wysokim stopniu w postaci mowy eksplozywnej, arywanej, bezładnej,

4) Nystagmuse drgania w kierunkach bocznych, zwłaszcza w lewym,

5) gangrenę prawej ręki, zmniejszenie tętna prawej *A. radialis*,

6) siła ruchowa zachowana, brak zaburzeń czucia, łykania, oddawania moczu i ze strony nerwów mózgowych.

Cierpienie to wystąpiło u 60-letniego pacjenta nagle, po krótkim insulcie. Parę miesięcy przedtem był również insult, po którym parę tygodni był słaby. Jako momenty etiologiczne mamy umiarkowany alkoholizm i ciężką pracę fizyczną.

Jak widzimy, obraz chorobowy odpowiada w zupełności temu, co opisywano dotąd jako ostry bezład pochodzenia ośrodkowego. Jeśli trzymać się będziemy schematu, który powyżej nakreśliłem, to na zasadzie 1) nieznaczących i krótkotrwałych zaburzeń ogólnych mózgowych 2) braku zaburzeń czuciowych, zwłaszcza czucia głębokiego, przypadek ten zaliczyć możemy do ostrej ataksji mózdkowej. Ponieważ bezład kończyn był większy w kończynach lewych, i chory w późniejszym okresie, gdy już mógł chodzić, padał na lewo, należy przypuścić, że lewa połowa mózdku była w większym stopniu zajęta.

Co się tyczy przyczyny choroby, to, ma-

jąc na uwadze posuniętą *Arteriosklerozę* i nagły początek, najprawdopodobniejsza jest ostra sprawa naczyniowa, przypuszczalnie rozmięczenie. Ponieważ bezład dotknął nie tylko lewych, ale i prawych kończyn, prawdopodobnem jest, że i prawa połowa mózdku również jest zajęta. Być może, że 1-y lepszy insult, który na kilka tygodni tylko przykuł chorego do łóżka, spowodowany był przez mniejsze ognisko w prawej połowie mózdku, że zaburzenia początkowo się wyrównały, a wystąpiły ponownie na jaw po drugim większym ataku i zajęciu drugiej połowy mózdku.

Niezwykła komplikacja zgorzelą kończyny górnej czyni przypadek ten jeszcze bardziej interesującym. Nie ulega wątpliwości, że gangrena rozwinęła się na tem samym tle, co i ostry bezład, t. j. w następstwie stwardnienia tętnic. Poprzedzały ją bóle i parestezye w palcach, a potem objawy lokalnej asfiksji.

Przypadek II. Rachela Rafałowicz lat 14 zapisała się do szpitala 20 IV 1907 roku. Z wywiadów, zebranych u matki jej, dowiedzieliśmy się, co następuje. Przed 2 tygodniami chora wstała nieco wcześniej niż zwykle i uskarżała się na lekki ból głowy. Około godz. 10 chora, będąc zajęta slaniem łóżka, nagle upadła i, jak się zdaje, straciła przytomność. W każdym bądź razie utrata przytomności musiała być b. krótka, chora zaraz zaczęła krzyczeć, że ją boli głowa, wskazując przytem na kark. Okazało się, że, padając, chora wetknęła sobie głęboko pod skórę szpilkę od włosów. Zaproszony lekarz Połotowa ratunkowego szpilkę wyjął. Chora była ogólnie osłabiona, nie mogła poruszać wcale rękami, nogami poruszała. Nie mogła usiąść, ani się na bok odwrócić. W rękach nie miała czucia, nie wiedziała wcale, gdzie leży, zdawało jej się, że ma 4 ręce. Chora podaje, że w kończynach górnych miała uczucie kipienia, rodzaj parestezyi, jakie się ma przy uderzeniu w nerw łokciowy. W kończynach dolnych także same kipienie, ale tylko

przez pierwsze $\frac{1}{2}$ godz.. Tegoż samego dnia ciepłota ciała podniosła się do 40° , dreszczów chora nie miała, nie pocila się. Wymiotowała po zażyciu *ol. ricini*. Na drugi dzień ciepłota była jeszcze 40° , na trzeci spadła do 37° , jednakowoż, według słów matki, twarz i głowa wieczorami w ciągu paru dni były jeszcze rozpalone. Przez 4—5 dni chora nie miała wcale apetytu. Przy obracaniu chorej w łóżku (ponieważ lekarze zalecili częstą zmianę położenia) i przy ruchach biernych kończyn narzekała na bóle. Kipienie przy ruchach biernych wzmagало się. Mowa była niezmienną, lękanie prawidłowe. Po tygodniu stan chorej zaczął się poprawiać, zaczęto ją sadzać, przy czym w początku trudno jej było utrzymać równowagę, podobno miała silny zawrót głowy. Zaczęła chodzić przed samem przybyciem do szpitala, zataczała się, jak pijana, trzeba było ją podtrzymywać. W kończynach górnych ruchy zaczęły powracać już po paru dniach, najpierw w palcach.

Przed wystąpieniem obecnej choroby czuła się zdrową, na ból głowy nie narzekała, gorączki nie miała. W ciągu ostatniej zimy miała bóle w kończynach dolnych i przez jakiś czas nogi były obrzękłe, leczyla się ambulatoryjnie w szpitalu wolskim. Przed 10 laty przechodziła szkarlatynę, przed 7 odrę.

Obecnie na bóle i parestezye nie uskarża się, apetyt jest dobry, wypróżnienia, oddawanie moczu dobre.

Status praesens. Ogólny stan odżywiania dobry, budowa ciała normalna. Na prawem oku zez zbieżny, który datuje od dzieciństwa. Narządy wewnętrzne zdrowe. W moczu białka i cukru niema.

Chora stoi i chodzi sama. Po jednej linii chodzi, kontrolując oczami, chwilami się zatacza; przy zamkniętych oczach zatacza się gorzej. Przy chodzeniu zauważyć można wyraźną niezręczność. Objawu ROMBERG'a niema.

Kończyny górne przy chodzeniu obie wi-

szą jakby bezwładne. Ruchy bierne we wszystkich stawach wolne. Ruchy czynne: podnosi obie ręce do góry, lewą nieco gorzej z silnemi wahaniami, trzymać może niedługo; podnosi ręce przed siebie i trzyma dość dobrze, również lewą gorzej. Łokieć prostuje i zgina, siła *m. tricipitis* z obu stron b. mała, *m. bicipitis* większa. W napiętku prostuje z wysiłkiem i niezupełnie, łokciowy brzeg jakby nieco lepiej, siła tego ruchu jest minimalna. Zgina w napiętku lepiej, ale z siłą niewielką. Obie ręce wiszą stale w zgięciu i w pronacji.

Palce zgina i składa w pięść dobrze. Uścisk rąk słaby. Prostuje palce niedostatecznie, zwłaszcza w ostatnich członkach, rozciapierza i zestawia je niezupełnie dobrze i bez całkowitego wyprostowania ich. Paluch zgina i przeciwstawia dobrze, odprowadza i prostuje niezupełnie.

Zaniku mięśni niema. Tonus mięśni raczej zmniejszony.

W obu kończynach górnych wybitna ataksja, która występuje zarówno przy chwytaniu przedmiotów, jak i przy próbie palec--nos. Chora nie jest w stanie sama jeść.

Kończyny dolne. Wszystkie ruchy niemi wykonywa dobrze. Ataksja przy zadanych jej ruchach nie występuje. *Tonus* mięśni średni, ruchy bierne wolne. Czucie dotykowe w kończynach górnych, na ostatnich członkach palców, zwłaszcza 1 i 2, w słabym stopniu naruszone. Czucie bólowe i cieplikowe zupełnie zachowane. W kończynach dolnych, w kadrubie i twarzy wszystkie te rodzaje czucia zachowane.

Czucie głębokie (mięśniowe, ruchów i położenia) w kończynach górnych, w palcach i w napiętku zniesione, w łokciu również naruszone, w stawach barkowych zachowane. W kończynach dolnych zachowane. Czucie uciskowe w kończynach górnych niezmiennione.

Nerwy kończyn górnych na ucisk nieco wrażliwe, w mniejszym stopniu mięśnie, róż-

wniez bolesne nieco jest naciskanie na nerwy peryferyczne kończyn dolnych. Niemniej bolesne jest jednak naciskanie w wielu innych częściach ciała: okolicy nad pachwiną, okolicy sutkowej, kręgosłupa i t. d..

Odruchy rzepkowe i ze ścięgien *Achillesa* bardzo wzmożone, z obu stron *pseudoclonus* prędko się wyczerpujący. Przy wywoływaniu odruchów podeszwowych z lewej strony z wewnętrznego brzegu stopy wyprostowanie wszystkich palców i palucha, z prawej strony z zewnętrznego brzegu stopy wyłącznie wolne wyprostowanie palucha.

W kończynach górnych odruchy *m. bicipitis* i *tricipitis* oraz z okostuy na obu stronach bardzo wzmożone.

Odruchy brzuszne prawidłowe. Z łącznicy oka lewy prawidłowy, prawy nieco mniejszy, lechtaczkowe z nosa i ucha zmniejszone

Przy badaniu elektrycznem okazuje się, że zarówno w kończynach górnych, jak i dolnych przy średnich prądach wszystkie mięśnie reagują dobrze, skurcz jest szybki, $KZ > AnZ$.

Ze strony nerwów mózgowych niema zaburzeń. *Nystagmus* brak. Żrenice są równe i oddziałują dobrze, dno oka niezmienione, język lekko drży.

28 IV Chora czuje się w rękach silniejszą. Siła *m. deltoidei*, wyprostnych napięstka powiększyła się, z lewej strony mniejsza, niż z prawej. Podnosi obie ręce pionowo lepiej, niż poprzednio i z mniejszymi wahaniami. Uścisk rąk nieco silniejszy. Ataksya rąk b. silna, przy zamknięciu oczów jeszcze nieco większa. Odruch podeszwowy z obu stron występuje w postaci BABIŃSKIEGO, wyłącznie wyprostowanie palucha. Mięśnie dziś niebolesne, bolesność nerwów niejasna, naciskanie na kciś ramienia w całej długości wywołuje nieznaczny ból.

30 IV Chora demonstrowana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

17 V Ataksya kończyn górnych jeszcze znaczna, nawet przy oczach otwartych, w lewej ręce większa. Siła mięśniowa kończyn górnych obecnie znacznie większa, wszystkie ruchy wykonywa dobrze. Zaburzenia czucia głębokiego w palcach wyraźne, najbardziej w paluchach. W innych stawach czucie to poprawiło się. Chora chodzi zupełnie dobrze, może chodzić po jednej linii, jednakowoż przy zamknięciu oczów nieznacznie się zatacza. Odruchy ścięgnowe kończyn górnych i dolnych wzmożone. Objaw BABIŃSKIEGO obecnie niewyraźny: z zewnętrznego brzegu stopy otrzymuje się często wyprostowanie palców z udziałem lub bez udziału palucha, z wewnętrznego brzegu zginanie palców. Odruchy brzuszne zmniejszone, hypogastryczny prawy słaby, lewy zniesiony. Chora może jeść sama, nie wylewa.

4 VI Ataksya się zmniejszyła. Odruchy ścięgnowe wzmożone, *pseudoclonus* stopy. Czucie głębokie w palcach naruszone, ale w mniejszym stopniu. Chora wypisuje się ze szpitala.

Reasumując w krótkości, mamy u 14-letniej dziewczyny następujące główne objawy:

1) wybitną ataksyę ruchową kończyn górnych,

2) ataksyę statyczną, która jednak szybko minęła,

3) porażenie kończyn górnych, które również w krótkim czasie zredukowało się do niedowładu, szczególnie niektórych grup mięśniowych, *deltoidei*, *tricipites*, wyprostnych napięstka i palców,

4) wzmożenie odruchów ścięgowych i periostalnych kończyn górnych i dolnych, *pseudoclonus* stopy,

5) niestały, niezawsze typowy objaw BABIŃSKIEGO, zwłaszcza z lewej strony,

6) bardzo znaczne zaburzenia czucia głębokiego w kończynach górnych, lek-

kie zniesienie dotykowego na końcach palców.

7) nieznaczna bolesność nerwów peryferycznych mięśni, bolesność w okolicy pachwinowej, sutkowej, kręgosłupa. W początku parestezye w kończynach, wzmagające się przy ruchach biernych.

Cierpienie to wystąpiło nagle, bez żadnych zwiastunów; poprzedzający krótki i nieznaczny ból głowy. Jak nagły był początek, dowodzi to, że chora, padając, wbiła sobie szpilkę w głowę. Czy była utrata przytomności, nie jest zupełnie pewnem. W ciągu pierwszych kilku dni b. wysoka ciepłota, brak łaknienia, ogólna prostracya. Porażenie ruchowe dotknęło tylko kończyn górnych, a i w nich względnie szybko ustąpiło. Również szybko zmniejszyła się i ataksya statyczna, która jednakowoż przy wstąpieniu do szpitala była jeszcze zupełnie wyraźna. Parestezye prędko znikły, a bolesność nerwów i mięśni po wstąpieniu do szpitala była już stosunkowo nieznaczna. Najstałym objawem i dominującym w całym obrazie chorobowym była ataksya kończyn górnych. Etiologia cierpienia wyjaśnić się nie dała.

Symetryczne wystąpienie sprawy w obu kończynach górnych, (jednakże z niewątpliwą przewagą lewej) towarzyszące porażenie obu kończyn górnych, parestezye w kończynach i ból przy ruchach biernych, pewna bolesność nerwów i mięśni — to wszystko przemawia za sprawą obwodową. Piorunujący (*foudroyant*) początek, jak w danym przypadku, widzi się częściej w sprawach mózgowych, wiemy jednakowoż, że i *polyneuritis* w ten sam sposób na scenę wystąpić może. Pierwotne objawy gorączkowe wskazują na infekcyjny charakter sprawy, wiemy jednak już z tego, co powyżej powiedziano, że zarówno mózgową, jak i obwodową postać ostrego bezładu mają najczęściej łączność z infekcją. Objawy cerebralne na początku choroby były stosunkowo nieznaczne,

i utrata przytomności, jeśli była, była b. krótkotrwała, zawroty głowy silne, ale tylko w ciągu kilku dni. Objawy te dadzą się jeszcze pogodzić z przypuszczeniem ataksyi obwodowej. Najwięcej wątpliwości budzą dwa momenty:

1) ataksya statyczna. Chora, gdy zaczęła wstawać z łóżka, według słów otoczenia, zataczała się. Gdy w łóżku zaczęła siodać, nie mogła również równowagi utrzymać. Ponieważ chorej w tym okresie nie obserwowaliśmy, możnaby objawy te przypisać osłabieniu skutkiem kilkodniowej gorączki. Jednakowoż, przy pierwszym badaniu szpitalnem, chód chorej był jeszcze wyraźnie niezręczny, a przy chodzeniu z zamkniętymi oczami lekko chwilami się zataczała. Zaznaczyć muszę zresztą, że i te objawy szybko ustąpiły.

2) jeszcze większe znaczenie ma zachowanie się odruchów. Jak zwykle w rozsianem zapaleniu nerwów, tak i w ostrym bezładzie pochodzenia obwodowego odruchów ścięgnowych, a specyalnie kolanowych, na które najwięcej zwracamy uwagę, nie otrzymuje się. W rozsianem zapaleniu nerwów odruchów kolanowych brak nawet wtedy, gdy niema wcale porażenia, ani zaniku, ani zmian pobudliwości elektrycznej w *m. cruralis*. Zniesienie odruchu kolanowego jest też stałym objawem w bezładzie, spotykanym u alkoholików, w eukrzyey i po błonicy, w t. z. *Neurotabes peripherica*.

Jednakowoż, zarówno w zwykłej postaci rozsianego zapalenia nerwów z porażeniami i zanikami mięśni, jak i w postaci ataktycznej zdarzają się, aczkolwiek b. rzadko, wyjątki z powyższej reguły. Przedewszystkiem w pierwszym okresie *polyneuritidis* GOWERS, BECHTEREW i inni spostrzegali wzmożenie odruchów ścięgnowych, które jednak później, w miarę postępu choroby, zanikało. W kilku przypadkach *polyneuritidis* ze wzmożonymi odruchami kolanowymi (LÖWENFELD, KORSAKOW, OPPENHEIM) dziedzina *N. cruralis*, jak się zdaje, nie

była zajęta. E. REMAK, PAL i REMAK syn spostrzegali zachowanie odruchów kolanowych nawet pomimo zmian troficznych i pobudliwości elektrycznej w *m. quadriceps*, ale w tych przypadkach nie jest zupełnie pewnem, czy sprawa była obwodowa, czy rdzeniowa.

W *Neurotabes alcoholica* spostrzegali zachowanie odruchów kolanowych BERNHARDT. W przypadku DEJERINE'a i SOLIER'a, w którym sekcyja potwierdziła rozpoznanie *Polyneuritidis*, odruch kolanowy był nawet wzmożony. REMAK w liczbie 19 przypadków *Neurotabes peripherica* znalazł w jednym odruchy kolanowe zachowane, a w jednym nawet wzmożone.

Czy w przypadkach ostrych pochodzenia peryferycznego widziano również zachowanie odruchów ścięgowych, o tem w dostępnej literaturze wzmianki nie znalazłem. Tylko LEYDEN o swoim drugim przypadku, dotyczącym 33-let. mężczyzny, który skutkiem przeziębienia dostał ostrej ataksyi z wyraźnemi zaburzeniami czuciowemi, notuje, że po szybkiej poprawie pozostały jednak lekkie zaburzenia, i w ciągu następnych paru lat przyłączyły się objawy spastyczne — wzmożenie odruchów kolanowych, *clonus* stopy.

W naszym przypadku od samego początku mieliśmy wzmożone odruchy ścięgnowe, nie tylko w kończynach dolnych, ale i w górnych; z początku otrzymywaliśmy nawet wprawdzie szybko się wyczerpujący *clonus* stopy. Wzmożone odruchy ścięgnowe otrzymywaliśmy i później, pomimo znacznej poprawy wszystkich objawów, a specjalnie ataksyi.

Na uwagę zasługuje też zachowanie się odruchów podeszwowyc h. Przy pierwszym badaniu otrzymywaliśmy na lewej stopie wyprostowanie wszystkich palców włącznie z paluchem, na prawej typowy objaw BABIŃSKIEGO,

t. j. wolne wyprostowanie samego tylko palucha. W późniejszym okresie objaw ten stał się niewyraźny, tak że z zewnętrznego brzegu stopy otrzymywało się często wyprostowanie palców z udziałem lub bez udziału palucha, z wewnętrznego brzegu zginanie palców. Takie zachowanie się odruchów podeszgowych nie licuje z przypuszczeniem *Polyneuritidis*, w którym odruchy podeszowe bywają najczęściej zniesione, a jeśli są zachowane, te przedstawiają się w postaci zwykłej, t. j. ze zginaniem palców.

3) wreszcie zwrócić uwagę muszę na zaburzenia czucia. Jak zaznacza REMAK w swej monografii, zaburzenia te są w ostrej ataksyi wogóle mniej znaczne, aniżeli w bardziej przewlekłych przypadkach *Neurotabes alcoholica*. Bardzo znaczne zaburzenia czucia wszystkich rodzajów znalazł KAST, ale przypadek jego z przebiegiem podoстрыm i postępującym zajmuje stanowisko nieco odrębne. SKRUMPELL znalazł w kończynach dolnych zmniejszenie czucia dotykowego, bólowego i cieplikowego. Chory LEYDEN'a nie odróżniał ostrego od tępego, nie czuł lekkich dotknięć pendzelkiem, czucie bólowe było zmniejszone, miejscami do zupełnej analgezji. O czuciu głębokiem autory ci nie wzmiaukują.

U naszej pacjentki znaleźliśmy tylko b. nieznaczne zmniejszenie czucia dotykowego na końcach palców rąk, poza tem wszystkie rodzaje czucia skór nego — dotykowe, bólowe, ciepła i zimna — były zachowane, natomiast czucie głębokie było w kończynach górnych, w palcach, napiętku i łokciu zniesione, a w barku zmniejszone. Podobny typ zaburzeń czucia, może tylko w mniejszym nieco stopniu, spostrzegano wielokrotnie, jak to wyżej wyluszczyłem, w postaci mózgowej ostrego bezładu.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

58. Steinmann. Nowa metoda wyciągowa w leczeniu złamań kości.

Najlepsze wyniki czynnościowe w leczeniu złamań kości daje metoda wyciągowa, umożliwiającą dokładne ustawienie odłamków i zapobiegającą skutecznie przykurczeniu mięśni. Wielkie zasługi na tem polu położył BARDENHEUER, stosując swoje opatrunki wyciągowe z plastrem lepkiem i używając do wyciągu znacznych ciężarów. Ujemną wszakże stroną opatrunków plastrowych jest skomplikowana technika oraz, w braku umiejętnej kontroli, pryszczycy, odleżyny, a niekiedy nawet zgorzeł skóry—występujące jako nad wyraz przykre powikłania zwyczajnego złamania podskórnego. Nadto w następstwie metody BARDENHEUER'a widzimy niekiedy t. zw. stawy wiotkie (Schlottergelenk).

W dążeniu do udoskonalenia metody wyciągowej autor obmyślił sposób dość oryginalny, polegający zasadniczo na wbijaniu dwóch ćwieków stalowych przez skórę w odłamek obwodowy i zawieszeniu ciężarów odpowiednich wprost na występujących główkach ćwieków.

Weźmy, dla przykładu, złamanie trzonu kości udowej. Dwa wyjałowione ćwieki stalowe o płaskiej główce, długości 6—8 cm., wbijamy przez wyjałowioną skórę w okolicy górnego brzegu kłykcia k. udowej w kierunku nadkłykcia przeciwnego, tak, ażeby 1 cm. ćwieka wystawał na zewnątrz. Do tej części ćwieka stosujemy wyciąg ciężarami przy pomocy sznura lub drutu. Zdaniem autora, wbijanie ćwieków, nawet bez znieczulenia miejscowego, jest mało bolesne; jednakże radzi on zabieg ten wykonywać w lekkiej narkozie, celem dokładniejszego ustalenia odłamków i oszczędzenia choremu przykrego wrażenia, jakie sprawić może wbijanie w kości ciała obcego. Niebezpieczeństwo zakażenia przyrannego jest w razie zachowania środków ostrożności bardzo niewielkie. Dodatnią stroną metody autora jest

dalej ta okoliczność, że nawet największe ciężary nie wywołują zupełnie bólu. Nadto cały odcinek obwodowy kończyny złamanej pozostaje wolnym, umożliwiając wczesne stosowanie ruchów i mięsienia. Po skończonem leczeniu, ćwieki z łatwością dają się usunąć z kości. Metoda autora najłatwiej daje się zastosować w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z kością grubą, pokrytą niewielką względnie ilością części miękkich, a zatem w przypadkach złamań dolnego odcinka kości udowej. Również i złamanie szyi kości udowej dostępne jest dla metody S. przez wbicie odpowiedniego ćwieka w krętarz wielki i zastosowanie wyciągu. Rozumie się, że, zależnie od umiejscowienia złamania, długość ćwieków waha się pomiędzy 3—8 cm.

W streszczeniu metoda autora sprowadza się do punktów następujących.

Wymagana jest aseptyka, znajomość anatomii i częstokroć krótkotrwałe uśpienie chorego. Metoda sama jest prosta, nałożenie wyciągu szybsze, niż przy pomocy plastra lepkiego i umożliwiające natychmiastowe zastosowanie znacznych ciężarów. Wyciąg nie wywołuje bólów, pryszczycy, odleżyn i dlatego nie wymaga nieustannego nadzoru nad chorym nadzoru. Wreszcie dzięki metodzie STEINMANN'a natychmiast po złamaniu zastosować można masaż i ruchy. Nakoniec sposób, opisany wyżej, pozwala na zastosowanie wyciągu i w przypadkach złamań powikłanych.

(Centralblatt f. Chirurgie 1907, N. 32).

Aleksander Wertheim.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia neurologiczno - psychiatrycznego
z dnia 20 kwietnia.

(Dokończenie. Zob.—Nr 45).

Ruchy górnymi kończynami wolne. Siła gruba nieznaczna, w prawej > lewej. Drobne drżenie w dłoniach z prawej strony > lewej. Ataksyi niema. Obie dłonie zimne, ale bez zmian odżywczych i zaników. Charakter pisma ładny. Chora szyje. Odruchy ścięgnowe z lewej str. > pr. Odr. brzuszne górne i dolne b. żywe.

Dolne kończ. zimne, sinawe. Prawą może podnosić na 10—15 ctm., zgina w kolanie, ruchy dowolne stopą możliwe; lewa pozbawiona absolutnie wszelkich ruchów dowolnych. Ruchy bierne tu bolesne. *Pes equino-varus sin.* Odr. kolanowe i ze ścięgna ACHIL. z obydwóch stron żywe. Podeszwowy na prawej tylko str., BABIŃSKIEGO i OPPENHEIM'a stanowczo otrzymać nie można. Zaburzeń ze strony pęcherza i кишки stolcowej niema. Miewała zresztą kiedyś podobno przez kilka tygodni bóle przy oddawaniu uryny.

Narzeka ciągle na bóle w plecach. Nie sypia. Zmiany uczucia i narządów zmysłu wskazują oczywiście na istnienie histeryi w danym przypadku. Ale i porażenie dolnych kończyn, które jakby się zdawało z pierwszego wrażenia — zależne jest od ucisku rdzenia, jest tu też pochodzenia histerycznego. Gdyby tu było jakieś t. zw. organiczne cierpienie rdzenia, wywołujące paraplegię — należałoby przedewszystkiem spodziewać się tu uszkodzenia dróg piramidalnych. Tymczasem niema tu ani jednego objawu podrażnienia piramid. Niema ani hipertonii, ani BAB, ani OP., ani drżenia stopowego. Obecność zaś odr. brzusznych też w znacznym stopniu przeciwko cierpieniu piramid przemawia. Brak zmian troficznych (odleżyn, zatok i t. p.) i zaburzeń ze strony pęcherza i кишки stolcowej, obecność na doln. kończ. odr.

ścięgowych i zachowanie uczucia po stronie prawej wyłącza oczywiście jakieś poprzeczne uszkodzenie rdzenia.

FLATAU zwraca uwagę na to, iż czasami pod wpływem urazu powstaje t. zw. choroba KUEMMEL'a (wypuklenie kręgów i objawy spastyczne na nogach); w danym przypadku niema *spondylitis tuberculosa*, większość objawów jest pochodzenia histerycznego; być może, skrzywienie kręgosłupa wywołało objawy spastyczno-paretyczne w kończynach.

Podług GAJKIEWICZA niemożność chodzenia zależy od histeryi.

HIGIER twierdzi, iż większość objawów przemawia na korzyść histeryi, rozszczepienie uczucia cieplnego wraz ze skoliozą stawia w zależności od syringomyelii, która z czasem, być może, się rozwinie.

KOPCZYŃSKI St. przedstawił preparat mózgu z licznymi przerzutami rakowatymi.

Preparat ten pochodził od chorego lat 31, który na 3 miesiące przed śmiercią zaczął doznawać duszności, bólów głowy, osłabienia wzroku, przejściowego niedowładu w lewej ręce, a w ostatnich tygodniach przed śmiercią zupełnej niemożności dowolnego oddawania moczu. Psychika i inteligencya normalna. Lekki stan przygnębienia. Badanie przedmiotowe stwierdziło: zmiany opukowe w prawym płucu, guz twardy na prawej kości czołowej, a ze strony układu nerwowego: bardzo nieznaczne osłabienie siły mięśniowej po stronie lewej, wybitne osłabienie zmysłu mięśniowego i wszystkich rodzajów uczucia po tej stronie, brodawkę zastoinową w obu oczach, zniesienie wszystkich odruchów ścięgowych. Sekcyja wykazała nowotwór o charakterze raka, zajmujący całe prawe płuco, rozsiany po wszystkich narządach wewnętrznych, zrost nacieczonych rakowato opon mózgowych ze zgrubiałą kością czołową prawą i pięć przerzutów rakowatych w mózgu: dwa mniejsze wielkości śliwki, a trzy duże wielkości jaja kurzego, a nawet

gęsiego. Siedziały one w obu płatach czołowych przy prawym zrazie skroniowym i na granicy zrazu ciemieniowo-potylicznego, z tych

większy po stronie prawej. Na uwagę zasługują mało wyrażone objawy kliniczne wobec znacznych rozmiarów i znacznej liczby guzów.

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego

(1817 --- 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr 45).

Takim sposobem lwy, lamparty, niedźwiedzie morskie i lądowe i inne drapieżne zwierzęta nie tylko były demonstrowane uczniom warszawskim, lecz profesor przygotowanymi z nich preparatami wzbogacał swój gabinet anatomiczny.

Roliński jako profesor anatomii bardzo dodatnio wydziela się z pośród członków wydziału lekarskiego; gdyby okoliczności niezależne od profesora, jak zamknięcie Uniwersytetu, nie stanęły na przeszkodzie, anatomia w Warszawie osiągnęłaby zapewne wysokiego stopnia doskonałości i stanęłaby najwyżej ze wszystkich uniwersytetów polskich. O tem przekonywa ruch i szersze zainteresowanie się w ostatnim półtoraroczniu istnienia Uniwersytetu.

Roliński, będąc bardzo pracowitym i z zamiłowaniem oddany swemu przedmiotowi—zarzucił praktykę lekarską i całkowicie poświęcił się pracy w prosektoryum. Nie dziw, że od uczniów swoich wymagał nie tylko gruntownej znajomości anatomii, lecz, co już trudniej było, wymagał, aby słuchacze całkowicie czas na stu-

dya prosektoryjne poświęcali. Przy egzaminach był niezmiernie wymagający, ale bezwzględnie sprawiedliwy; dlatego, chociaż uczniowie obawiali się go i za wielką wygranę uważali otrzymanie dostatecznego stopnia z anatomii, tak przy egzaminie rocznym jako i całokursowym nie spotkałem się z zarzutem, żeby któremu z uczniów zrobił krzywdę (sprawa Rostkowskiego miała inny podkład) lub zatamował drogę do dalszych egzaminów.

Pomimo tego uczniów nie stworzył, za mało miał czasu, a wydatniejsi pod względem anatomicznym uczniowie, jak Adam Karwowski i Adam Raciborski, w dalszej swej karierze naukowej nie na polu anatomii pozyskali uznanie, a jak Raciborski i dużą sławę; chociaż, jak to niżej zobaczymy, Raciborski i anatomiczne a ważne dzieła pisał na emigracyi.

Ponieważ prac z dziedziny anatomicznej, ogłoszonych drukiem, mamy wogóle bardzo mało, a te, które wyszły z druku, były pisane za granicą i to przeważnie anatomo-patologiczne—pozostaje nam zatrzymać się dłużej nad pracą anatomiczną Raciborskiego, która pozyskała wielki medal złoty, a która, jako praca konkursowa, nie mogła być drukiem ogłoszona. Prócz tego cała ważność polegała na preparatach artystycznie a naukowo wypracowanych.

Opis tych preparatów i rozprawy anatomicznej podajemy według raportu wydziału lekarskiego do Rady Uniwersytetu.

„Mając autor na uwadze jasność widoków co do położenia różnych odkrytych tworów na głowie i szyi, oraz ich rozmaitych między sobą związków,—trafnie, podzielił preparaty na suche i mokre czyli w wysoku zachowane, bo naczynia najwyraźniejsze są w stanie suchym, nerwy zaś w stanie mokrym, a przeto uczynił

pracę swoją tem użyteczniejszą we względzie naukowym.

Pierwszy preparat suchy stanowi głowę wraz z szyją 26 letniego mężczyzny, gdzie nastrożkiwanie tęten (arteria) masą czerwoną szczęśliwie się udało, bo masa wciśnięta została nie tylko w drobne rozgałęzienia tęten, lecz w wielu miejscach doszła aż w naczynia kapilarne, co znacznie pomnożyło pracę w wyrabianiu naczyń, lecz także w stosunku powiększyło bardzo wartość preparatu. Odkrył i wyrobił autor z szczególną troskliwością gałęzie przechodzące z tętna karotycznego zewnętrznego położone na szyi, twarzy i czaszce, z lewej strony bardziej powierzchowne, nie usuwając z naturalnego położenia tworów w niektórych miejscach tętna przykrywających; z prawej strony oddalił te twory, a tak odkrył tętna w całym ich przebiegu, wszędzie odkryte zostały zetknięcia (*anastomoses*) różnych gałęzi tęten między sobą, które na pierwsze spojrzenie wystawiają zgrabną sieć tętnistą (*rete arteriosum*).

W wielu miejscach napełnione naczynia kapilarne masą nader piękny i korzystny sprawiają widok, przekonywający o znacznej ilości

tęten w różnych częściach ciała. Wszystkie wyrobione tętna i inne twory na głowie i szyi, oznaczył autor literami i liczbami, a nazwiska ich zamieścił w rozprawie.

Preparat ten tak dokładnie jest wyrobiony, iż zdobić może każdy gabinet anatomiczny, umieszczony między pierwszymi preparatami angiologicznymi.

Preparat drugi suchy — prawa połowa twarzy i górnej części szyi z odjętym wierzchołkiem czaszki. Tu odkrył i wyrobił autor: tętno gardzielowe wstępujące (*arteria pharyngea ascendens*) i szczękowe wewnętrzne (*arteria maxillaris interna*), z niektórymi jego gałązkami, które, jako głębiej położone, bez uszkodzenia części pokrywających je, w pierwszym preparacie wyrobione być nie mogły; przytem wyrobiony jest wspólny pień arteryi karotycznej, jego rozdzielenie na gałąź zewnętrzną czyli twarzową i wewnętrzną czyli mózgową; także wyrobione zostały niektóre gałązki przy początku tętna karotycznego zewnętrznego występujące a to wszystko równie dobrze i troskliwie, jak w pierwszym preparacie.

C. d. n.

Wiadomości bieżące.

— Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie 2 do 21 grudnia 1907.

Wyjaśnienie udziela i zgłoszenia przyjmuje prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (*Collegium novum*, ul. Jagiellońska) od 26 listopada do 2 grudnia 1907.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebrań informacyjnych wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów,

które z góry nie są oznaczone i t. d., odbędzie się w niedzielę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłęsi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteriologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4 — 6

popołudniu. Czesne 50 K. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. D r o b a: Bakteryologia c h o l e r y i duru brzuszego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. B u j w i d: 1) Najprostsze sposoby rozpoznawanie bakterii chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 3—5 popołudniu. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowie i szczepionek. Tamże, 10 wykładów od 4—5 popołudniu, w dniach, później oznaczyć się mających. 3) Higieniczne badanie wody. Tamże, 5 wykładów, w dniach i godzinach później oznaczyć się mających. Czesne podane będzie później. Najmniej 5, najwyżej 15 uczestników.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. D o m a ń s k i: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. P i l t z: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatorium neurologicznem (Klinika okulistyczna Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedynatrya.

Prof. L e w k o w i c z: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót 10—12 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Chirurgia.

Prof. B o s s o w s k i: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 12 godzin tygodniowo, codziennie

od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. C h ł u m s k y: 1) Praktyczny kurs mięsienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. „Publicum“ bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godz. tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Prof. K a d e r wraz z asystentem Dr R a d l i ń s k i m: Ćwiczenia teoretyczne i praktyczne z chirurgii szczegółowej. W klinice chirurgicznej (Kopernika 10). 14 godzin tygodniowo, codz. n i e w y j m u j ą c N i e d z i e l. Od 2. do 8. XII. od godz. 9—11 rano, od 9—21. XII. od 11—1 w połuonie. Czesne 60 koron. Najmniej 4, najwyżej 8 słuchaczy.

Kursa Doc. R u t k o w s k i e g o będą ogłoszone później.

Anatomia topograficzna.

Prof. B o c h e n e k: Topografia narządów miednicy, z demonstracyami. W zakładzie anatomii opisowej (Kopernika 12). 3 godziny tygodniowo, w poniedziałki, wtorki i środy, od 6—7 wieczór. Czesne 15 koron. Najmniej 10 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. W i c h e r k i e w i c z wspólnie z asystentem dr W i t a l i ń s k i m: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wzziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Ł e p k o w s k i: Ćwiczenia w ekstrakcyjach i plombowaniu zębów materiałami plastycznymi. W c. k. ambulatorium dentystycznym (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor.. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya

Prof. P i e n i ą ż e k i doc. N o w o t n y: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej, którą dokładniej później się oznaczy. Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. N o w o t n y: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (j. w.). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. B a u r o w i c z: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5 do 7 wieczór. Czesne oznaczone będzie później.

Chemia lekarska.

Prof. M a r c h l e w s k i wspólnie z asystentami dr K o ż n i e w s k i m i dr M o s t o w s k i m: Ćwiczenia praktyczne w chemii lekarskiej. W zakładzie chemii lek. (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki i środy od 3—6 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Anatomia patologiczna, histologia praktyczna.

Prof. C i e c h a n o w s k i: Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna z ćwiczeniami w sekcjach. W zakładzie anatomii patologicznej (Collegium medicum, Grzegorzewska 22). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 2 — 3 po południu Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Prof. M a z i a r s k i: Technika histologiczna (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum). 5 godzin tygodniowo, w środy i soboty od 2—4½ popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Doc. G l i ń s k i: Dyagnostyka mikroskopowa guzów chorobowych z uwzględnieniem główniejszych metod badania. W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum). 8 godzin tygodniowo, w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki od 2—4 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. J a w o r s k i i doc. M i ę s o w i c z: Demonstracje ważniejszych przypadków klinicznych. W klinice lekarskiej (ulica Kopernika). Jedna godzina tygodniowo (w porze porannej, później oznaczyć się mającej). Czesne 10 kor.

Prof. J a w o r s k i: O znaczeniu uodpornienia i leczenia surowicami w zastosowaniu klinicznem. Miejsce: Klinika lekarska. Wogóle 2 godziny (w porze później oznaczyć się mającej).—„Publicum“ dla wszystkich uczestników kursu (bez osobnego czesnego).

Doc. L a t k o w s k i: Dyagnostyka chorób wewnętrznych (ćwiczenia praktyczne) na materyale przychodnim. W klinice lekarskiej (ul. Kopernika), 3 godziny tygodniowo w porze porannej. Czesne 20 kor. Liczba uczestników nieograniczona.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. R e i s s: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników. Początek kursu 10. XII.

Prof. K r y s z t a ł o w i c z: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 11. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. R o s n e r wspólnie z asystentami: Dr. C e t n a r o w s k i m, J a w o r o w s k i m i M o r a w s k i m: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15), 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. D o b r o w o l s k i: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizjologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza,

6 godzin tygodniowo, codziennie od god. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Kurs Doc. Brauna ogłoszony będzie później.

Medycyna sądowa.

Docent Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka) 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 po południu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 god. tyg.
8—10. Dermatologia i syfilodologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.

Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.

9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.

9—10. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz. — Prof. Kader od 2—8. XII.

10—11. Położnictwo (Doc. Dobrowolski) codz.

10—12. Pedyatria (Prof. Lewkowicz) codzien. prócz sobót.

11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i dr Witaliński) poniedz., środy, piątki. — Chirurgia (Prof. Kader Dr. Radliń) od 9. XII, codz.

Pora poranna na razie nie oznaczona.		Medycyna wewn. (Prof. Jaworski i Doc. Mięslowicz) 1 g. tyg.
		(Doc. Latkowski) 3 g. tyg.
		Laryngologia i otyatria (Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny) cod. prócz sobót.

2—3. Dyagnostyka anatom. patol. (Prof. Ciechanowski) codz.

2—4^{1/2} Technika histol. (Prof. Maziarski) środy i soboty. Dyagnostyka histopatologiczna (Doc. Gliński) inne dni.

3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.

3—6. Chemia lek. (Prof. Marchlewski) poniedz. i środy.

4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.

Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.

Szczepienie ochronne (Prof. Bujwid) 10 wykładów.

4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.

5—6. Mięsienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót.

5—7. Badania laryngol. (Doc. Baurowicz) poniedz. i piątki.

6—7. Anatomia topogr. miednicy (Prof. Bochenek) poniedz., wtorki, środy.

6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki.

Pora popołudn. na razie nie oznaczona	{	Wziernikowanie oka.
		Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) (5 wykl.).

Od Administracyi.

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

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablicę do art. dra FLATAUA.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, wzdęciu i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kalis, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych

zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokokko-
wa—Römer'a
Tifusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieżylny 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 znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana do wstrzykiwań w rurekach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aque laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc. morfiny i innych pochodn. tejże

Bromipin 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, roztrój 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, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działanie w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 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: żółty, kaszel oskrzelowy emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 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 chorobom Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści 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.

Bromalin

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

Tannoform

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

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.