

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 48.

Warszawa d. 30 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.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wieloogniskowych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Podali E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski. (Ciąg dalszy). — Nowa metoda rozpoznawania gruźlicy. Podał Stefan Kramsztyk. (Dokończenie). — Wykład kliniczny. P. Cornet. O nagle powstającej głuchocie. Streścił F. Gr. — Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817 — 1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Od Administracji. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ

„GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) E. Flatau, J. Koelichen et J. Skłodowski. — Sur les maladies inflammatoires multiloculaires dans le système nerveux central. 2) Stefan Kramsztyk. — Une nouvelle méthode du diagnostic de la tuberculose.

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

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) E. Flatau, J. Koelichen und J. Skłodowski. — Ueber multiple Entzündungskrankungen im Centralnervensystem. 2) Stefan Kramsztyk. — Eine neue Methode der Diagnose der Tuberkulose.

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

PRACE ORYGINALNE

Z oddziału dla chorych nerwowych (E. Flatau) w szpitalu Żydowskim na Czystem i z oddziału dla chorych wewnętrznych (J. Skłodowskiego) w szpitalu Dzieciątka Jezus.

O WIELOOGNISKOWYCH SPRAWACH ZAPALNYCH W OŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM.

Podali

E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski

(Ciąg dalszy. Zob. — Nr 47.)

Zmiany zasadnicze, dotyczące struktury otoczek myelinowych, spostrzegamy w ogniskach II typu. Otoczki myelinowe wykazują tutaj

spęczniecie, przyczem jest rzeczą zrozumiałą, że stosunek włókien myelinowych normalnych do zmienionych bywa nader rozmaity. Same zmiany strukturalne polegają na tem, że zamiast normalnych okrągłych, na ciemno i dość jednolicie zabarwionych krążków, spostrzegamy włókna o formie nieregularnej, okrągławo-wielokątnej, z zabarwieniem szarawem, matowem. Nadewszystko uderza jednak występowanie w tych zmienionych włóknach zupełnie czarnych obwódek, odcinających się ostro od szarawego tła napęczniełego włókna. Obwódki te istnie-

ją również normalnie, lecz nie odcinają się tak ostro od ciemnego tła włókna. To ostatnie dosięga niekiedy rozmiarów olbrzymich i wygląda, jak plama czarnego atramentu na białej bibule z cieniutką czarną obwódką. Dość często spostrzegamy pewne nawarstwienie wewnątrz włókien w postaci zupełnie czarnych linii, biegnących na pewnej tylko przestrzeni. (Obwódka zewnętrzna otacza zawsze całe włókno).

Podkreślamy następnie ten fakt znamienny, że nawet w okolicach, wyglądających normalnie, a więc po za ogniskami, napotykamy również włókna zmienione, jakkolwiek liczba ich jest znacznie mniejsza.

Szczególą uwagę zwróciliśmy na korzonki rdzeniowe i na nerwy czaszkowe. Otóż, naogół biorąc, stwierdzono w nich zmiany nieznaczne. Przeważnie napotymano rozrzedzenia, wyświetlanie tkanki (zarówno w korzeniach tylnych, jak i przednich i w nerwach czaszkowych). W rdzeniu krzyżowym stwierdzono prócz tego w korzonkach tylnych, wchodzących do rdzenia, i w niektórych nerwach czaszkowych (*n. cochlearis*, *n. trigeminus*), miejsca zupełnie wyświetlone. Miejsca te były analogiczne do ognisk I typu.

Na skrawkach z niektórych okolic mózgu stwierdzono rozlane rozrzedzenia myeliny; istota biała barwiła się blado, i tylko miejscami występowały lepiej zabarwione okolice. W niektórych okolicach mózgu znaleziono ostro odcinające się ogniska sklerotyczne. W innych znowu okolicach widać było na tle dobrze zabarwionych włókien rozsiane jasne luki, odpowiadające rozszerzonym przestrzeniom naokolonaczyniowym.

W mózdku stwierdzono na skrawkach sagitalnych z prawej półkuli rozrzedzenia myeliny na całej prawie przestrzeni istoty białej. Prócz tego spostrzeżono kilka typowych ognisk sklerotycznych w istocie białej i w jej promieniach, biegnących ku korze. Na skrawkach

poziomych z lewej półkuli napotkano jedynie ogniska rozrzedzenia myeliny, natomiast nie było widać ostro odcinających się ognisk sklerotycznych.

Przechodzimy obecnie do skrawków, barwionych metodą v. GIESON'a. Zmiany, spostrzegane w ogniskach zarówno I, jak i II typu odpowiadały w zupełności owym typowym obrazom, jaki wielokrotnie opisywano w *sclerosis multiplex*. Pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na niektóre szczegóły.

Otóż przedewszystkiem zaznaczyć należy, że udział naczyń w sprawie chorobowej znacznie mniej rzucał się w oczy, aniżeli to miało miejsce w przypadkach ostrej sklerozy, opisanych przez nas uprzednio¹⁾. Dopiero przy bliższem wpatrzeniu się w strukturę przekrojów, szczególnie zaś przy użyciu szkieł silniejszych, łącznie jest spostrzedz niewątpliwy udział naczyń w procesie chorobowym. Liczba ich była zwiększona.

Różnica pomiędzy przypadkiem obecnym a spostrzeżeniami z bardziej ostro przebiegającą sprawą polega na tem, że w przypadku omawianym naczynia owe nie były tak rozszerzone, jak w przypadkach ostrzejszych, prócz tego ściany ich były mniej zgrubiałe.

W ogniskach I typu widać było wybitne rozszerzenia przestrzeni naokolonaczyniowych. Przestrzenie te towarzyszyły częstokroć naczynom na znacznej rozciągłości. Same naczynia były tutaj wąskie, jakkolwiek szczelnie krwią wypełnione i wykazywały nieznaczne tylko zgrubienia.

Zgrubienie to było jednolite i dotyczyło ścian naczynia, z wyjątkiem *intimae*.

¹⁾ Flatau i Koelichen. O stwardnieniu rozsianem (*sclerosis multiplex*) przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*). Medycyna 1901

Ci saml. O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Medycyna 1905.

W przypadku tym liczba naczyń była wyraźnie zwiększona w ogniskach II typu, a nawet w miejscach rzekomo normalnych (t. j. zabarwionych normalnie na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a). Szczególniej zaś uderzała wielka liczba naczyń w istocie szarej rdzenia na niektórych jego wysokościach. I tutaj również naczynia były stosunkowo wąskie i nieznacznie zgrubiałe. Głównie więc zwracała uwagę ich wielka liczebność. Istota szara wykazywała częstokroć obraz jakby miejsc, obficie nakrapianych czerwonymi lub żółtymi punkcikami. Używając powiększeń imersyjnych, stwierdzono w tej istocie, prócz zwiększonej liczby naczyń większych lub średnich, również bardzo wielką liczbę kapilarów.

Nacieczenie drobnokomórkowe występowało w stopniu bardzo nieznacznym. Stwierdzono je w niektórych naczyniach i tylko w ścianach naczyń lub w przestrzeni naokolonaczyniowej (w tkance otaczającej naczynia nie było go widać). W tych przestrzeniach naokolonaczyniowych spostrzegano niekiedy amorfne masy wysiękowe.

Zwiększoną liczbę naczyń stwierdzono zarówno w rdzeniu, jak i w pniu mózgowym, mózgu, mózdzku i w nerwie wzrokowym. Specjalnie w mózgu stwierdzono znacznie rozszerzone i przepelnione krwią naczynia, rozszerzenie przestrzeni naokolonaczyniowych. Najwybitniejsze zmiany w naczyniach występowały w oponach miękkich i w istocie korowej; w istocie białej zmiany te były mniejsze (nieznaczna proliferacja jąder na skrawkach hematoksylinowych). Miejscami — wybroczyny krwawe w okolicy naczyń. Oprócz zmienionych naczyń widać było rozlany rozrost neuroglei. W mózdzku stwierdzono również zwiększoną liczbę naczyń, rozszerzonych i wypełnionych krwią (w jednym miejscu — wybroczyna krwawa z naczynia, które z opony wchodzi do kory) zarówno

w samej istocie mózdzku, jak i w jego oponach.

Co dotyczy zmian w samej tkance nerwowej, to mieliśmy do czynienia z owymi typowymi dla sklerozy obrazami, jakie niejednokrotnie opisywano. W ogniskach I typu stwierdzono bujanie neuroglei, komórki DEITERS'a, brak otoczek myelinowych, niewyraźnie występujące (przy metodzie GIESON'a) wyrostki osiowe. W ogniskach II typu spostrzegano prócz wybujałej neuroglei zmiany, zarówno otoczek myelinowych, jak i wyrostków osiowych. Te ostatnie były niejednokrotnie spęczniałe, traciły swą okrągłą postać, stawały się kańczastymi lub zaziębnionymi. Specjalnie stwierdzono w niektórych okolicach przekroju, w obrębie tych ognisk II typu wielką liczbę okrągłych dość dużych otworków. Przy bliższym rozpatrywaniu tych otworków okazało się, że są to kolosalnie spęczniałe włókna myelinowe (p. wyżej przy opisie skrawków, barwionych metodą WEIGERT'a). W otworkach tych przeważnie udaje się wykryć wyrostek osiowy, leżący przeważnie ekscentrycznie. W niektórych jednak wyrostka osiowego nie widać.

Specjalną uwagę zwróciliśmy pozatem na stan opon miękkich. Otóż okazało się, że zarówno w rdzeniu, jak i w pniu mózgowym opony były w wielu miejscach zrośnięte z obwodem. Opony nie wykazywały zgrubienia wybitnego, jakkolwiek w niektórych okolicach było ono wyraźne. Naczynia opon były przekrwione, ich ściany częstokroć jednolicie zgrubiałe. W miejscach zrostów opon z obwodem układu nerwowego ośrodkowego widać było mnóstwo włókien łącznotkankowych, przenikających od opon wewnątrz tkanki nerwowej. Włókna te przenikały w postaci przegród, skupień wachlarzowatych lub też cieniutkich pasemek.

Na skrawkach, barwionych metodą jądrową (hematoksylina i eozyna), stwierdzono, prócz wzmiankowanego już poprzednio wyraźnego udziału naczyń, krwotoki zarówno w istocie ner-

wowej, jak i w oponach. Krwotoki te wykazywały bardzo nieznaczne rozmiary i widać je było w bardzo niewielu segmentach rdzeniowych.

Jeszcze rzadziej występowały one w pniu mózgowym. Przedstawiały się w postaci drobnych konglomeratów krwi, luźnie leżących w tkance. Reakcyi ze strony tkanki nerwowej krwotoki te nie wywoływały. Znacznie obszerniejsze rozmiary wykazywały owe wynaczynienia krwi w oponach. Stwierdzono je na niektórych wysokościach rdzenia, pozatem w pniu mózgowym; bardzo wybitnie — w mózgu i mózdzku.

Obraz mikroskopowy polegał zwykle na tem, że w danej okolicy spostrzegano znaczne rozszerzenie naczynia, szczelnie wypełnionego krwią, zaś sąsiednie miejsca opon były jakby przepojone ciałkami krwi. Ciałka te leżały nie tylko w tkance opon, lecz i w przestrzeniach pomiędzy oponami a obwodem rdzenia lub mózgu. Nie przenikały one jednak do samej tkanki nerwowej.

Następnie zaznaczyć należy, że zmiany zapalne w samych naczyniach, szczególnie zaś nacieczenia drobnokomórkowe występowały mało intensywnie. Napotymano wprawdzie niezbyt rzadko owe nacieczenia, nigdy jednak nie dosięgały one rozmiarów znaczniejszych i dotyczyły prawie wyłącznie ścian naczyń lub przestrzeni okołonaczyniowych. (Na samą tkankę przechodziły niezmiernie rzadko).

Na skrawkach, barwionych tą metodą, występowały w rdzeniu ciała amyloidowe. Stwierdzono je w nieznacznej bardzo liczbie w istocie białej (głównie w słupach tylnych), następnie w przestrzeniach nazewnątrz od *adventitia* zarówno w istocie białej, jaki w szarej i zrzadka w t. zw. *spatium epispinale* (np. w miejscu wejścia korzeni tylnych).

Przechodząc do skrawków, barwionych metodą Nissl'a, zaznaczyć możemy, że komórki nerwowe w rdzeniu (ruchowe) wykazywały wyrażne zmiany. Zmiany te polegały głównie na

zmniejszeniu wielkości komórek i znacznej redukcji ich wyrostków protoplazmatycznych. Prawie wszędzie komórki ruchowe rogów przednich wyglądały jakby pokurczone, czasami występowały w postaci drobnych krążków nieregularnych lub wrzecionowatych ciałek. Wiele komórek potraciło wyrostki protoplazmatyczne. W innych znowu liczba tych wyrostków znacznie zmalała, lub też były one poprzerywane, jakby poodtrącane tuż obok ciał komórkowych. Niektóre skurczone komórki posiadały jednak cieniutki wyrostek, biegnący w postaci świderka. Co do liczby komórek, to trudno było na wielu wysokościach powiedzieć z pewnością, czy była ona zmniejszona lub też nie. Na niektórych wysokościach (sp. w przejściowych pomiędzy rdzeniem szyjowym i grzbietowym) liczba ta wydawała się zmniejszoną.

Co do budowy wewnętrznej owych komórek, to wykazywała one zmiany. Ciałka Nissl'a nie układały się, jak zwykle, koncentrycznie. Ciałka te rozpadały się i były jakby rozrzucone bez żadnego planu po ciele komórkowym. Tylko w niektórych komórkach lub w pewnej części wielu komórek ciała wykazywały pewną planowość w układzie. Samo rozpadanie się ciałek nie dosięgało prawie nigdy rozmiarów chromatolizy zupełnej. Juna zmiana polegała na tem, że komórki nerwowe wyglądały jakby wyświetlone, i na bledo-niebiesko zabarwionem tle występowały drobne kępki ostro odcinających się resztek substancji tygrysowatej (Tigroidsubstanz).

W jądrze i w jąderku zmian nie stwierdzono.

Skrawki, barwione metodą Marchi'ego, wykazywały zmiany degeneracyjne właściwe dla tej metody w niektórych tylko okolicach rdzenia i mózgu. W rdzeniu napotymano większe ogniska ze świeżą degeneracją (w postaci czarnych bryłek) w górnych odcinkach szyjowych. Szczególniej zaś stwierdzono w IV odcinku szyjowym większą część przekroju pokrytą o-

wemi bryłkami. Bryłki te były albo zupełnie czarne, albo też szarawo-matowe. Leżały one rozrzucone i nie było widać ich skupiania się naokoło naczyń. W tych ostatnich widać często bryłki, ułożone mozaikowo lub łańcuszkowo w przestrzeniach naokolonaczyniowych.

W innych segmentach rdzenia widać również to tu, to owdzie mniejsze skupienia bryłek degeneracyjnych, zarówno w ogniskach sklerotycznych, jak i na ich obwodzie. To samo udało się stwierdzić w pniu mózgowym (bardzo drobne co do rozmiarów skupienia bryłek). W mózgu (w korze mózgowej) nie spostrzeżono w kawałkach, przez nas wyciętych (z *lobus parietalis* i z *lobus occipitalis*), skupień bryłek. Natomiast stwierdzono w korze mózgowej dość znaczną liczbę grudek czarnych, które (jak to widać pod imersją) leżą albo w przestrzeniach naokolonaczyniowych, albo też w bezpośrednim sąsiedztwie komórek nerwowych (w t. zw. przestrzeniach okolo komórkowych?)

W niektórych okolicach skupienie owych bryłek komórkowych jest tak znaczne (mamy tutaj na myśli warstwy powierzchowne kory, tuż niedaleko opon miękkich zmienionych), że zaliczyć je musimy do zmian patologicznych. W okolicach tych widać również znacznie większe grudki bryłek w samych otoczkach.

Szczególną uwagę zwróciliśmy na skrawki, barwione metodą BIELSCHOWSKY'ego. Najogólniej da się powiedzieć, że nawet w tych okolicach rdzenia, w których skleroza objęła przeważającą część przekroju, wyrostki osiowe były zachowane. Dotyczy to pnia mózgowego, kory mózgowej i nerwu wzrokowego. W niektórych tylko miejscach, zarówno w rdzeniu, jak i w pniu mózgowym, spostrzegano ogniska bardziej wyswietlone i zawierające jakoby mniejszą liczbę wyrostków. Przy użyciu imersji widać jednak i w tych okolicach wyrostki osiowe, przeważnie bardzo ścięnczące. Czy liczba ich była w miejscach tych w samej rzeczy

zmniejszona, trudno było orzec z zupełną pewnością.

Najważniejsze dla nas były skrawki podłużne. Na nich spostrzegaliśmy również zachowane wyrostki osiowe, które wykazywały jednak (w ogniskach) wybitne zmiany. Były one albo zgrubiałe (przyczem zgrubienia te bardzo nierównomiernie ogarniały dany wyrostek na jego przebiegu), albo też były tak cienkie, że czyniły wrażenie najcieńszych niteczek. Wogóle wyrostki utraciły swój normalny typ równoległe biegnących, jednolicie czarnych, mocno konturowanych, jednakowej grubości linii. Natomiast przebiegały często bardzo zygzakowato, posiadały częstokroć kontury nierównomierne, łamane, wewnętrzna zaś struktura widocznie ucierpiała. Widać to było chociażby z tego, że zabarwienie nie było jednolite, lecz występowało w postaci jakby wakuolizacji i cieniowań czarnego i matowego koloru. Wyrostki ścięnczące, przebiegające w postaci delikatnych niteczek, były zupełnie czarne, i widać było na ich przebiegu grajcarekowane skręty lub też wrzecionowate zgrubienia. W niektórych miejscach preparatu, zawierających ogniska jaśniejsze, wyswietlone, widać było, jak te czarne niteczki, dochodząc do owego ogniska, traciły stopniowo swój intensywnie czarny kolor, stawały się matowymi i przebiegały poprzez ognisko w postaci jakby cieni. Te ostatnie trudno było ostatecznie odróżnić od jasnego podłoża ogniska. Analogiczny obraz stwierdzono również w pniu mózgowym, a mianowicie w ogniskach, leżących u podstawy mostu w okolicy pęczków poprzecznych.

Specjalnie o nerwie wzrokowym zaznaczyć należy, że stwierdzono zachowane wyrostki osiowe we wszystkich pęczkach tego nerwu.

Na przekroju poprzecznym wyrostki osiowe występowały bardzo często w postaci nitek, biegnących skośnie, świdrowato.

Specyjalną uwagę zwrócono na stan nerwów obwodowych. Zbadano mianowicie nerwy: *ischadicus d.*, *cruralis sin.* i *ulnaris d.* Na skrawkach WEIGERT'a stwierdzono (szczególnie w n. *ischadicus*) wybitne zmiany w otoczkach myelinowych. Na skrawkach podłużnych widać było, że włókna mają często postać nie-regularną, wrzecionowatą, są często wyświetlone i wykazują budowę sitowatą lub wakuolarną. W niektórych miejscach widać przerwy w przebiegu pewnego pęczka, powstają wtedy „ogniska“, w których tylko tu i owdzie widać resztki otoczek myelinowych. Na skrawkach poprzecznych widać znaczne wahania co do wielkości włókien i dość często rozrzedzenia włókien.

Na skrawkach v.GIESON'a stwierdzono znacznie rozszerzone i wypełnione krwią naczynia. Na przekrojach tętnic widać miejscami znaczne zgrubienie ścian naczyń (*media* i *adventitia*). Na skrawkach BIELSCHOWSKY'ego widać, że wyrostki osiowe są przechowane, częstokroć wybitnie ścięzale.

Przypadek III (Baumblat).

Chora Masza Baumblat l. 53, przybyła do szpitala w d. 1 czerwca 1907 r.

Z wywiadów chorej notujemy następujące dane. Mąż chorej zmarł na suchoty płuc. W ciąży była 3 razy, pierwsze dziecko zmarło w 4-ym roku życia, druga ciąża zakończyła się poronieniem, 3-e dziecko żyje. Danych co do przymiotu nie było. Dziesięć lat temu chora zaczęła doznawać bólów w prawej kończynie dolnej, bóle te zjawiały się napadami, zwłaszcza przy zmianie pogody, napady bólów trwały po parę minut. Pięć lat temu rozwinęło się stopniowo osłabienie prawej kończyny dolnej tak, że chora chodziła, utykając na prawą nogę.

Przez cały ten czas w lewej kończynie dolnej chora żadnych objawów nie doznawała. Dopiero kilka tygodni temu, podczas gdy chora stała w pokoju, obie nogi nagle ugięły się pod nią, i chora upadła na podłogę, nie tracąc przytomności; po chwili wstała o własnych siłach i z trudnością dowlekła się do łóżka, na którym się położyła.

Na drugi dzień chora spostrzegła, że obie jej kończyny dolne znacznie osłabły, tak że chodzić mogła tylko z wysiłkiem, o ile ją ktoś podtrzymywał.

Od tej pory stan kończyn dolnych nie zmienił się. W kończynach tych zjawiają się od czasu do czasu spastyczne skurcze mięśni, przyczem kończyny wyprostowują się nagle, pomimo woli chorej. W prawej kończynie dolnej chora doznaje uczucia palenia na skórze uda. Czasami chora miewa napady niezbyt silnego bólu głowy i bólu w krzyżu. Od 6 ciu tygodni zjawia się przejściowe nietrzymanie moczu i kału.

St. praes. Chora średniego wzrostu, budowy prawidłowej, w najwyższym stopniu wychudzona, skóra i błony śluzowe blade. Ciężkość ciała normalna. Nad prawym obojczykiem na zewnątrz od przyczepu m. *sternocleidomastoidei* widać guz wielkości kurzego jajka, dosyć twardy, nie bolesny, nie zrośnięty ze skórą. Gruczoły chłonne nad lewym obojczykiem i pod pachami nieco powiększone.

Czaszka nie bolesna przy opukiwaniu, punkty *n. trig* nie wrażliwe na ucisk. Wzrok, słuch, węch i smak zachowane. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Żrenice równe, na światło reagują minimalnie. Na dnie oczów zmian nie stwierdzono. Ruchy mimiczne twarzy zachowane. Na twarzy i głowie zaburzeń uczucia nie stwierdzono. Żucie prawidłowe. Język chora wysuwa w linii prostej. Łykanie i wymowa bez zaburzeń. Tętno 120 miarowe.

W kończynach górnych zaburzeń w dziedzinie ruchowej nie stwierdzono, aczkolwiek cała prawa kończyna górna *en masse* wydaje się słabszą, aniżeli lewa. Wszystkie rodzaje czucia, nie wyłączając czucia, położenia i ruchów, na obu górnych kończynach zachowane. Odruchy ze ścięgna *m. triceps* i z okostny promienia z obu stron żywe.

Co się tyczy mięśni tułowia, to zauważyć się w nich daje znaczne osłabienie, chora bowiem nie jest w stanie o własnych siłach unieść się z pozycji leżącej i usiąść na łóżku nawet przy pomocy rąk. Jeżeli chorą posadzić na łóżku, to i wówczas nie jest w stanie usiedzieć, nawet opierając się rękami o łóżko, i natychmiast pada nawznak. Mięśnie ściany brzusznej działają słabo. Odruchów brzusznych wywołać nie można. Na skórze tułowia dają się stwierdzić zaburzenia czucia, które notujemy poniżej.

Kończyny dolne są prawie zupełnie bezwładne, przyczem prawa kończyna jest zupełnie nieruchoma; lewą chora przy znacznym wysiłku jest w stanie zgiąć cokolwiek w kolanie, wykonać minimalne ruchy lewą stopą oraz palcami tej stopy, ruchy te jednak wyczerpują się bardzo łatwo. Obie kończyny dolne chora ma stale zgięte w stawach biodrowych i kolanowych; przy ruchach biernych kończynami napotykamy na dość znaczny opór, zwłaszcza przy próbie wyprostowania kolan tak, że zupełne wyprostowanie kończyn nie jest możliwe. Odruchu kolanowego po stronie prawej zupełnie wywołać nie można, po stronie lewej odruch ten jest średnio żywy, lecz wywołać go trudno, udaje się to tylko przy bardzo silnych uderzeniach w ścięgno. Odruchu ze ścięgna *Achillesa* po stronie prawej również wywołać nie można, po lewej stronie przy uderzeniu w ścięgno *Achillesa* otrzymujemy dorsalną fleksję stopy i palców oraz lekkie zgięcie kończyny w stawie biodrowym i kolanowym.

Przy badaniu odruchu podeszwowego otrzymujemy następujące objawy: przy nader lekkim drażnieniu podeszwy występuje *extensio* dużego palca i *abductio* 4-ego i 5-ego; przy bardziej silnem podrażnieniu otrzymujemy *extensio* wszystkich palców i zgięcie kończyn w stawie biodrowym i kolanowym. Zaburzenia czucia na tułowiu i na obu dolnych kończynach były następujące. Na tułowiu, poczynając od linii, przechodzącej poniżej sutek, i na obu kończynach dolnych czucie dotykowe i bólowe zachowane, lecz osłabione w porównaniu z górną częścią tułowia, przyczem na prawej połowie tułowia chora gorzej odczuwa ukłucia, niż na lewej. Na kończynach dolnych niema różnic w odczuwaniu pomiędzy kończyną prawą a lewą, natomiast na stopach i dolnych odcinkach goleni chora lepiej odczuwa ukłucie, aniżeli na udach. Co się tyczy czucia termicznego, to na tułowiu i na górnych odcinkach obu kończyn zaburzeń nie znajdujemy, jedynie na stopach i goleniach aż do $\frac{2}{3}$ ich długości chora małych różnic temperatury nie odczuwa. Czucie położeniaruchów w obu stawach biodrowych zachowane; w stawach kolanowych, skokowych i w palcach obu nóg zniesione. Chora zupełnie nie zdaje sobie sprawy z położenia swych kończyn w wyżej wymienionych stawach, czasem tylko daje prawidłowe określenia. Kierunku ruchu wszystkimi palcami naraz zupełnie określić nie potrafi. Skóra obu kończyn dolnych na stopach i goleniach aż do kolan obrzękła.

C. d. n.

Z kliniki pediatrycznej prof. Heubner'a w Berlinie.

NOWA METODA ROZPOZNAWANIA GRUŹLICY.

Podał

Stefan Kramsztyk.

(Dokończenie.—Zob Nr. 47).

Ten ostatni stwierdził, że 1% roztwór tuberkuliny wywołuje u dzieci reakcję nader silną, i z dobrym skutkiem stosował 0,5% roztwór. Specjalnie w przypadkach gruźlicy chirurgicznej stosował reakcję CALMETTE'a BAZY¹³⁾ i w razach, klinicznie stwierdzonych, otrzymywał wynik dodatni.

Rozporządzając już dość znacznym materiałem statystycznym, swoim i zakomunikowanym mu przez innych, wystąpił CALMETTE powtórnie w Akademii z wynikami swej reakcji¹⁴⁾. Na podstawie około tysiąca przypadków dochodzi on do wniosku, że nowa metoda dyagnostyczna daje się stosować we wszystkich postaciach gruźlicy z jednakową dokładnością. Ujemnie wypada reakcja tylko u kachektyków, nader posuniętych, i u umierających.

Za pomocą nowego sposobu można zarówno u dzieci, jak i u dorosłych wykazać gruźlicy charakter cierpienia wtedy, kiedy żaden objaw kliniczny nie jest jeszcze wyraźny. CALMETTE potwierdza też fakt, że u nowonarodzonych reakcja zawsze wypada ujemnie.

Do próby swej używa C. tuberkuliny suchej, strąconej alkoholem, a później w wodzie rozpuszczonej, aby uniknąć domieszki gliceryny.

¹³⁾ Posiedzenie „Société de chirurgie“ z d. 31 lipca 1907. Ref. Semaine médicale N. 32 str. 384.

¹⁴⁾ „Sur le diagnostic précoce de la tuberculose par l'ophtalmoreaction à la tuberculine“, posiedzenie „Académie des sciences“ z d. 29 lipca 1907 r. Por. Comptes Rendus des Séances de l'Académie 1907. II. semestre N. 5.

Prawie jednocześnie z tym komunikatem CALMETTE'a wystąpił w Berlińskim Towarzystwie lekarskiem CITRON¹⁵⁾ z demonstracją reakcji łącznicy. Znajduje on, że, o ile metoda PIRQUET'a w zastosowaniu u dorosłych żadnej nie posiada wartości, o tyle sposób, podany przez WOLFF-EISNER'a i CALMETTE'a może być nader ważnym środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu gruźlicy. C. używał 1% roztworu tuberkuliny KOCH'a wyrobu fabryki w Höchst; na 31 badanych tuberkulików — 25 reagowało dodatnio, 6 ujemnie (z tych 3 w okresie posuniętym); z 45 osobników niegruźliczych jeden tylko wykazał reakcję dodatnią; na 14 podejrzanych co do gruźlicy u 11 reakcja słuszość podejrzenia potwierdziła.

Reakcja przeważnie przebiegała łagodnie, żadnych objawów ogólnych nie było. Według CITRON'a dodatni wynik reakcji przemawia stanowczo za gruźlicą, ujemny jednak nie wyłącza tej ostatniej. Do zupełnie jednobrzmiących z CALMETTE'm rezultatów doszedł również EPPENSTEIN¹⁶⁾, który badał reakcję łącznicową u 226 osobników. Najbardziej typowym i stałym objawem jest według niego nabrzmienie mięska (*caruncula*) i mianowicie fałdy półksiężycowatej spojówki (*plica semilunaris*); tam najdłużej trzymają się objawy zapalne, i jeszcze po kilku dniach można je rozpoznać. EPPENSTEIN używał roztworu tuberkuliny od 0,5% (u dzieci) aż do 4%; przy tym ostatnim we wszystkich klinicznie stwierdzonych przypadkach gruźlicy reakcja wypadła dodatnio. W klinice pediatrycznej berlińskiej prof. HEUBNER'a miałem sposobność obserwować wyniki nowej metody dyagnostycznej od maja r. b. W klinice dotychczas stosuje się wyłącznie sposób pier-

¹⁵⁾ Berliner medicinische Gesellschaft, posiedzenie z d. 24 lipca 1907. por. Berliner klinische Wochenschrift N. 33.

¹⁶⁾ H. Eppenstein „Ueber die Reaktion der Konjunktiva auf lokale Anwendung von Tuberkulin“ Medizinische klin. N. 36 z d. 8 września 1907 r.

wotny PIRQUET'a, zarówno na klinicznym, jak i poliklinicznym materiale. Rezultaty naogół odpowiadają wynikom, dotychczas w prasie podanym. Ani razu nie udało mi się widzieć dodatniego wyniku u ssawców; również i we wszystkich przypadkach bardzo posuniętej gruźlicy reakcja wypadła ujemnie. U kilkorga dzieci z nader typowymi objawami zółzów próba szczepienia wypadła bardzo wyraźnie; zato w niektórych innych przypadkach, bardzo co do gruźlicy podejrzanych, rezultat był ujemny. Sekcyjnie stwierdzonych przypadków mieliśmy w tym okresie czasu bardzo niewiele.

Trudno już dziś orzec ostatecznie, która metoda dyagnostyczna najbardziej odpowiada celowi; należy w każdym razie uznać, że tuberkulina w różnym jej zastosowaniu niejednokrotnie daje rezultaty, tak że poszczególne metody wzajemnie się dopełniają. Wiadomo, jak ważne jest dzisiaj ze względów leczniczych i profilaktycznych rozpoznawanie początkowych okresów gruźlicy. Aczkolwiek przez wielu lekarzy używane i nawet przez niektórych¹⁷⁾ wprost jako nieoceniony, „królewski“ środek dyagnostyczny uznawane, wstrzyknięcia tuberkuliny do dziś zupełnego prawa obywatelstwa sobie nie wyrobiły. Główną przyczyną jest tu zapewne obawa przed wywoływanymi przez nie miejscowymi objawami zapalnymi, których powstawanie dopiero niedawno zdołali objaśnić WASSERMANN i BRUCK¹⁸⁾. Obok tego szerokiemu stosowaniu zastrzyknięć stały na przeszkodzie konieczność nader dokładnego dozowania tuberkuliny i częstego a pewnego mierzenia temperatury. Przytem środka tego niemożna było stosować w tych niejasnych a z gorączką połączonych przypadkach, gdzie właśnie nader czę-

sto zachodzi podejrzenie gruźlicy. Tych wszystkich trudności pozwala uniknąć nowa metoda dyagnostyczna.

Obok praktycznego swego zastosowania nowa reakcja posiada ogromne znaczenie teoretyczne. Wśród wielu objawów, jakie ona na światło wydobyła, w pierwszym rzędzie znajduje się fakt, że nie tylko objęte procesem gruźliczym, lecz i makroskopowo niezmienione tkanki tuberkulika mogą reagować na miejscowo zastosowaną tuberkulinę.

Gdyby nawet w przyszłości nowa metoda nie odpowiadała wszystkim pokładanym w niej nadziejom, to zasługa PIRQUET'a jest wielka już przez samo ukazanie tych nowych zjawisk, które zapewne staną się niezadługo źródłem dalszych a gruntownych badań.

Obok doświadczeń, czynionych z reakcją WOLFF-EISNER'a i CALMETTE'a, i pierwotna próba PIRQUET'a w dalszym ciągu poddawana jest badaniom. Czysto praktyczną stroną metody zajęli się ENGEL i BAUER w klinice SCHLOSSMANN'a¹⁹⁾. Chcąc stwierdzić, o ile w istocie reakcja jest swoistą, starali się wypróbować ją przedewszystkiem na niemowlętach, gdyż u tych ostatnich najwyraźniej występuje porównawcza reakcja, przez wstrzyknięcie tuberkuliny otrzymywana, oraz względnie najczęściej można tu mieć sposobność dokonania sekcji. Otóż na 48 niemowląt — 6 wykazało reakcję dodatnią, z których 5 nie posiadało żadnych objawów gruźlicy, bądź klinicznie, sekcyjnie, czy też wstrzyknięciami stwierdzonych. Toteż ENGEL i BAUER dochodzą do wniosku, że u niemowląt metoda PIRQUET'a praktycznego zastosowania nie znajduje; u starszych dzieci związek między reakcją a istniejącymi objawami gru-

¹⁷⁾ O. Ziegler „Die Frühdiagnose der Lungen-tuberkulose mittels der Koch'schen Tuberkulinprobe in der ärztlichen Praxis.“ Münchener Medizinische Wochenschrift. N. 27. 1907-

¹⁸⁾ Por. Deutsche Med. Wochenschrift 1906. N. 12 i Münchener Med. Wochenschrift 1906. N. 49.

¹⁹⁾ Engel und Bauer: „Erfahrungen mit der von Pirquet'schen Tuberkulireaktion“ Berliner klinische Wochenschrift N. 37 z d. 16 września 1907 r.

gruźlicy zaprzeczyć się nie da. OPPENHEIM ²⁰⁾, stosując reakcyę w różnych skórnych chorobach natury gruźliczej, doszedł do wniosku, że, zgodnie z wynikami PIRQUET'a, w żoźlach istnieje swoista nadczułość skóry, i że pacycenci z wyraźnymi skrofalicznymi objawami na skórze reagują na tuberkulinę w sposób, odpowiadający charakterowi ich cierpienia, podczas gdy chorzy z posuniętą gruźlicą, lecz bez objawów skórnych reagują jedynie przez tworzące się u nich normalne grudki. Nader ciekawe wnioski z doświadczeń, dokonanych nad nową metodą, wysnuwają MORO i DOGANOFF ²¹⁾. Obok zwykłych grudek w miejscu zaszczepienia spostrzegali oni w dość znacznej części przypadków objawy na powłoce w postaci swoistej wysypki na skórze oraz pryszczyków na łącznicy. Objaśniają oni te objawy „superintoksykacją“ na gruncie nadczułej specyficznie skóry. Przyjmują oni w zupełności teorię PIRQUET'a o wzmożonem tworzeniu się niweczników w skórze, wyrażajacem się w owej miejscowej nadczułości. Nadczułość ta szczególnie wyraźnie występuje w żoźlach i ona właśnie objaśnić może powstawanie niektórych charakterystycznych objawów. Tak naprzykład wydzielające się z błony śluzowej nosa toksyny gruźlicze wywołują na pozbawionej naskórka skórze w okolicy nosa obrzmienia i nacieki. Podobnie i charakterystyczne pryszczyki na łącznicy (*phlyctaena*) powstają zapewne przez zetknięcie się szczególnie wrażliwej tkanki z wydzielającymi się toksynami.

Najszczegółowiej i najgruntowniej przedstawił ostatnio stronę teoretyczną wszystkich

²⁰⁾ M. Oppenheim: „Ueber Hautveränderungen Erwachsener im Anschlusse an die Pirquet'sche Reaktion“ Wiener klinische Wochenschrift. 1907. N. 32 z d. 8 sierpnia.

²¹⁾ Moro i Doganoff „Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Skrofulose“ Wiener klinische Wochenschrift N. 31 z d. 1 sierpnia 1907 r.

tych zjawisk CITRON ²²⁾, starając się wysświetlić genezę reakcyi organizmu na tuberkulinę. Aczkolwiek dotychczas nie wszystkie niweczники dla gruźlicy zostały dokładnie zbadane, wiadome jest już jednak istnienie aglutynin, amboceptorów, bakteryolizyn oraz odkrytych przez WRIGHT'a opsonin. Stwierdzony też jest fakt, że, gdy normalnie u dotkniętego gruźlicą rzadko tylko udaje się wykryć w surowicy antytuberkulinę, u tuberkulika, który poddany był systematycznemu leczeniu tuberkuliną i podczas niego utracił początkową zdolność reagowania, prawie zawsze w surowicy antytuberkulinę znaleźć można. Podczas gdy jedni widzą źródło reakcyi na tuberkulinę w wytwarzaniu niweczników, inni (MORGENROTH i RABINOWICZ) składają ją na karb nadczułości komórek tkanki, gruźlicą objętej. Wszyscy badacze zgadzają się wszakże na punkcie ścisłego związku między obu zjawiskami. Uznając w zupełności słusność wywodów PIRQUET'a i SCHICK'a, CITRON stoi jednak na gruncie teoryi EHRLICH'a, która jego zdaniem daje klucz do zrozumienia wszystkich tych przejawów. Przyjawszy za podstawę możności zakażenia organizmu czyli skłonności jego—zdolność asymilowania danego zarazka przez łączenie się receptorów komórek z owym antygenem, należy uważać wytwarzane wtedy w nadmiernej ilości przez komórki receptory, które przedostają się do surowicy, jako wolne niweczники. Te ostatnie po krótkiem krążeniu znikają, a to, co pozostaje, jest właśnie „przestrojeniem“ komórek (*Umstimmung*) WASSERMANN'a czyli „allergią“ PIRQUET'a, ową nadczułością i jednocześnie wzmożoną zdolnością wytwarzania niweczników; wolne niweczники i stałe receptory nadczułych komórek są to twory identyczne, a tylko dwie różne fazy jednego i tego samego procesu. Pod

²²⁾ J. Citron: „Ueber Tuberkuloseantikörper und das Wesen der Tuberkulinreaktion“ Berliner klinische Wochenschrift N. 36 z d. 9 września 1907. r.

wplywem drobných iloŝci tuberkuliny komórki, posiadaj¹ce odpowiednie receptory, wci¹gaj¹ j¹ do ogniska gruŝliczego, nast¹puje proces ¹czenia si¹, gor¹czka i reakcy¹ ogóln¹, a dalej wzmoŝone wytworzenie niweczników.

Ten ostatni proces zosta³ doŝwiadczalnie stwierdzony przez CITRON'a i CURLO dla aglutynin, przez WASSERMANN'a i BRUCK'a dla amboceptorów, przez WRIGHT'a zaŝ dla opsonin.

WYK³AD KLINICZNY.

P. CORNET.

O NAGLE POWSTAJ¹CEJ G³UCHOCIE.

Streŝci³

F. Gr.

W pracy omawianej autor pomija przypadki g³uchoty, rozwijaj¹cej si¹ w sposób zwyk³y, stopniowo z rozmaitych afekcyi usznych miejscowych i domagaj¹cych si¹ dla swojego rozpoznania i leczenia skrupulatnego badania otyatrycznego, natomiast ze wzgl¹dów interesuj¹cych wogóle lekarza praktyka zwi¹za zakres rozpatrywañ swoich do takich jedynie przypadków zupełnego lub niemal zupełnego og³uchni¹cia, jakie same przez si¹ stanowi¹ b¹dŝ to jedyny, b¹dŝ to jeden z najbardziej wybitnych przejawów niektórych spraw chorobowych, a który to przejaw, zaznacz¹wszy si¹ juŝ to nagle, juŝ to w ci¹gu kilku godzin lub conajwyŝej kilku dni, sam przez si¹ nie ust¹puje. Na zasadzie powyŝszego zastrzeŝenia pomija wi¹c tu C. rozmaite przypadki og³uchni¹cia chociaŝby nag³ych, lecz przejŝciowych lub niezupe³nych, jak np. nagle og³uchni¹cia zaleŝne od przejŝciowego spazmatycznego stanu *m. tensoris tympani*, spostrzegane u brajtyków lub u osobników histerycznych, — które, cho¹ powstaj¹ nagle, lecz ust¹puj¹ juŝ po kilku chwilach czy minutach; przyg³uchni¹cia w niektórych sprawach zapalnych, nieŝytowych, jak *salpingitis catarrh.*, *otitis congest.* resp. *coryza*,

adenoiditis — w przypadkach ostatnio wymienionych chory rozr³n³a dŝwi¹ki, lecz te dochodz¹ doñ jakby zdaleka, jakby przyt³umione; og³uchni¹cia pochodzenia oŝrodkowego, gdzie zreszt¹ g³uchota wobec innych przejawów tu spostrzeganych staje si¹ przejawem mniej wybitnym — nadto g³uchota pochodzenia oŝrodkowego bywa nieraz tylko cz¹ŝciow¹ w tem znaczeniu, ŝe moŝe si¹ tyczy¹ tylko s³ów lub tylko dŝwi¹ków muzycznych (*surdit. verbal. musical.*).

W ocenie nag³ego przyg³uchni¹cia albo og³uchni¹cia (g³uchoty) naleŝy by¹ bardzo ostroŝnym i pami¹ta¹ o tem, ŝe przy badaniu jednego ucha drugie naleŝy zatka¹, inaczej bowiem dŝwi¹ki mog¹ by¹ uchwycone przez to ostatnie — zt¹d mylny wniosek o stanie s³uchu. Omawiaj¹c tu pobieŝnie zwyk³e sposoby badania (zegarkiem) oraz niedok³adnoŝci, b¹d¹ce wynikiem mylnych wskazówek lub b³¹dnej samoobserwacyi chorego, przypomina tu jeszcze C., ŝe celem unikni¹cia pomy³ek w razach w¹tpliwych najlepiej po zatkaniu ucha zdrowego wprowadza¹ w drganie kamerton przed uchem chorem, — nast¹pnie i to ostatnie podczas drgania kamertonu teŝ naprzemian to zatyka¹, to odtyka¹ — jeŝli i przy takim post¹powaniu percepcy¹ dŝwi¹ku nie ulega zmianie, b¹dzie to dowodem, ŝe niema ona miejsca w uchu chorem, lecz w uchu zdrowem.

Poniewaŝ przyczyna g³uchoty obwodowej odnajduje si¹ w jednym z trzech dzia³ów narz¹du s³uchowego (ucho zewn¹trzne, ŝrednie i wewn¹trzne), zgodnie wi¹c z takim podzia³em autor rozpatruje kolejno zmiany w kaŝdym z

wymienionych odcinków, nagłą głuchotę spowodować mogące.

Ze strony ucha zewnętrznego przyczyna nagłej głuchoty mogą być ciała obce albo masy woszczkowe, przewód zatykające. O ile jednak masa taka *resp.* ciało obce przewodu całkowicie nie wypełnia, a więc, o ile między nim a ścianą przewodu istnieje przestrzeń wolna, i o ile masa taka nie dotyka błony bębenkowej, o tyle percepcja słuchowa się utrzymuje. Z chwilą jednak kiedy masa owa, pęczniąc, przewód wypełni oraz z chwilą, kiedy z tej lub owej przyczyny zetknie się z błoną bębenkową i zetknięciem się takim spowodowywa ucisk dość silny, aby stanąć na przeszkodzie drganiom rękojeści młoteczka, dany osobnik głuchnie. Na osunięcie się takie i zetknięcie masy owej z błoną bębenkową składać się mogą rozmaite przyczyny: spowodować je może długie leżenie na boku przeciwnym uchu dotkniętemu,—dłubanie w uchu, gmeranie w niem np. różkiem serwety, co zamiast usunąć woszczek, sprzyja raczej jeszcze głębszemu wepchnięciu tegoż w kierunku błony bębenkowej,—przedstawianie się woły do ucha podczas mycia; obserwowane nawet były przypadki nagłego ogłuchnięcia podczas spółkowania, które BONNIER objaśnia przekrwieniem nawałowym mózgowym *resp.* i bębenkowym, a wskutek tego ułatwionem przyjsciem w zetknięcie błony bębenkowej z masą woszczkową.

Bądź jak bądź, wykazanie masy woszczkowej w przewodzie usznym w przypadkach nagłego ogłuchnięcia nie stanowi jeszcze dowodu, że ona to właśnie jest ogłuchnięcia przyczyną, o ile bowiem zbyt nagromadzenie się woszczki nie daje się kłaść na karb względnej wąskości przewodu, bywa ono raczej wyrazem zboczenia sprawy odżywczej w samym uchu, a zboczenie takie czyni to ostatnie niejako *locum minoris resistentiae*, t. j. sprzyja lokalizacji w narządzie słuchowym rozmaitych spraw infekcyjnych i dyskrazyjnych, stanowiących w następstwie podłoże dla niektórych przypadków nagłej głuchoty. Rzecz tę należy rozumieć w ten sposób, że w przypadkach takich nie zatyczka woszczkowa, jakby się to na pozór wydawało, odgrywa rolę przyczynową, lecz że rolę taką odgrywają zmiany poza zatyczką, t. j. w uchu średnim lub w błędniku.

W rozpoznawaniu należy być ogłędnym. Pamiętać trzeba, że w przypadkach nagromadzenia się woszczki (zatyczki) głuchota bywa zazwyczaj jednostronna, że nie bywa ona zupełna, t. j. że dotknięty jeszcze słabo słyszy, i że jeśli w takich razach percepcja dźwiękowa drogą zwykłą (przez powietrze) bywa osłabiona—okazuje się ona za to wzmocnioną przy posługiwaniu się przewodnictwem kości. Najlepiej wykazać się to udaje sposobem BONNIER'a: jeśli drgającym kamertonem dotykać rzepki, to osobnik normalny lub też osobnik ze zniszczonymi zakończeniami nerwów w uchu wewnętrznym nie usłyszy nic, przeciwnie zaś osobnik z przyczyną głuchoty obwodową (zatyczka woszczkowa) drgania kamertonu po krótszej lub dłuższej chwili usłyszy. Wreszcie wypadnie nie zapominać, że ucisk zatyczki na błonę bębenkową, poza nagłą afekcją słuchu, wywołuje też objawy podrażnienia ze strony błędnika, jak szum w uchu, zawrót i różne zaburzenia zwrotne.

W afekcjach ucha średniego głuchota nagła w sensie wyżej oznaczonego tu zakresu zapatrywać zazwyczaj się nie spostrzega. Obfity i szybko się ujawniający wysięk surowiczy w jamę jego zazwyczaj staje się tylko przyczyną wnet następującego osłabienia słuchu, a nie zupełnej głuchoty, i stany takie wysiękowe zaznaczają się tu raczej bólem, niż głuchotą. W wyjątkowych przypadkach spostrzegamy tu wylew krwawy, ograniczający się li tylko do jamy ucha średniego — jak w przypadku białaczki, notowanym przez GRADENIGO, może stać się powodem głuchoty drogą unieruchomienia mieszczącego się tu układu kostek usznych. Zazwyczaj jednak, o ile w sprawach zakaźnych lub infekcyjnych wylew taki się tu pojawia, ma on miejsce jednocześnie i w błędniku.

Co do ucha wewnętrznego, to ze względu na trudności, jakie się nastręczają przy rozpoznawaniu zmian patologicznych błędnikowych w przypadkach ostrej głuchoty (należy tu też mieć na uwadze odróżnianie afekcji właściwego ucha wewnętrznego od afekcji nerwu słuchowego w przebiegu tegoż wewnątrzczaszkowego), autor w rozpatrywaniach swoich kieruje się głównie momentem etiologicznym.

Zaznaczywszy pobieżnie niektóre przypad-

ki ostrej głuchoty, stanowiące pewnego rodzaju *curiosum*, jak np. przypadek, spowodowany pęknięciem tętniaka arteryjki ślimakowej, oraz niektóre przypadki, spowodowane upadkiem u-razem i t.p., C. z kolei przechodzi do przypadków, ujawniających się w przebiegu spraw infekcyjnych — jak zapalenie gruczołów przyusznych (*mumps*) i spraw dyskrazyjnych, jak leukemia, anaemia pernicioza progressiva, hemofilia.

Głuchota przy zajęciu gruczołów przyusznych (*mumps*) powstaje prawie jednocześnie z obrzmieniem owych gruczołów: spostrzegane były przypadki, że dziecko, które zasypiało wieczorem z nienaruszonym słuchem, budziło się nazajutrz zupełnie głuchem bez jakichkolwiek przytem objawów podrażnienia błędnikowego. W innych razach ogłuchnięciu takiemu towarzyszy szum w uszach, zawroty głowy. Głuchota w takich przypadkach okazuje się trwałą i, o ile dotyczy dziecka i jest obustronna, sprawa, iż osobnik dotknięty pozostaje głuchoniemym. Zmiany anatomo-patologiczne w takich przypadkach głuchoty nie są jeszcze należycie wyjaśnione.

W stanach dyskrazyjnych, wyżej wymienionych, zmiany błędnikowe zaznaczają się z początku zawrotem głowy menierowskim postaci udarowej. Następnie wszelkie objawy tu spostrzegane miarkują się i ustępują, pozostaje jedynie nieuleczalna głuchota. Przyczyną okazuje się tu krwotok w błędniku. W przytoczonym tu przypadku ogłuchnięcia na tle bia-łaczki z zejściem śmiertelnem oględziny po-śmiertne wykazały wylew krwawy, który zalał ucho wewnętrzne prawe, gdzie zniszczył komórki Corti, rozszerzył się na ucho średnie i trąbkę. Takież zmiany, aczkolwiek mniej wyraźne, zna-

leżono w uchu lewem. W przebiegu cukromoczu zdarzają się też, choć bardzo rzadko, przypadki ogłuchnięć z powodu krwotoków błędni-kowych.

O wiele częściej jednak przyczyną za-głuchnięć bywają sprawy zapalne ropne (*Pyo-labyrinthitis*)—przymiot i macinnictwo.

Co się tyczy zapaleń ropnych (*Pyolabyrinthitis*), to rozróżnić należy dwa ich rodzaje: 1) takie, które są następstwem spraw ropnych ucha średniego i 2) takie, które są niezależne od infekcyi tego ostatniego—bądź to pierwotne, bądź to będące następstwem *meningitis cerebro-spinalis*.

Co do pierwszych (1), to tu z kolei dają się rozróżnić dwie postaci: 1) w pierwszej sprawa zapalna ropna zwolna, stopniowo tylko szerzy się z ucha średniego na błędnik, dając mu niejako czas reagować na infekcyę nowotworze-niem tkanki łącznej, która, zamykając jamy jego ogranicza w pewnej mierze samą sprawę i roz-miar zmian, nią wywoływanych. Objawy są tu wogóle słabo wyrażone, a niekiedy choroba przebiega zupełnie skrycie. Otóż nie w tej po-staci podostrej czy przewlekłej należy szukać źródła nagłej głuchoty.

Źródła takiego natomiast doszukiwać się należy w postaci drugiej, gdzie ropa szybko toruje sobie drogę do ucha wewnętrznego.

Zmiany tu spostrzegane są przyrody de-strukcyjnej — delikatne komórki przedsionka i ucha wewnętrznego szybko tu znikają. Powodem więc głuchoty nagle powstającej, jest właśnie ta postać ostra *Pyolabyrinthitis* — o wiele radsza, niż poprzednia.

D. n.

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI
Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
(1817 --- 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr 47).

Oto cały dorobek naukowy, jaki zdołaliśmy wydobyć z literatury lekarskiej. Jeżeli wyłączymy prelekcje Rolińskiego i pracę Raciborskiego, pozostają nam dwie rozprawy inauguralne, które śmiało do dorobku naukowego warszawskiego zaliczamy. Studencki ukończył nauki w Warszawie, a Brand, chociaż je tylko zaczynał, lecz kurs anatomii pod kierunkiem Rolińskiego w zupełności ukończył.

Materyał to jednakże bardzo skromny; trudno na nim opierać uwagi ogólne o stanie anatomii w Warszawie. Na ogólnikach jednakże poprzestać nie możemy. Aby jaką taką zyskać podstawę dla syntezy, porównajmy anatomię warszawską z wileńską i krakowską.

Dla porównania bierzemy okres czasu 1820—1830.

Po śmierci Lobenweissa w r. 1820, katedrę anatomii wileńską zajął Bielikiewicz, wybornie przygotowany i jako preparator był bez zarzutu. Jego uczniowie, zachęcani świetną techniką, garnęli się do anatomii z wielkim zamiłowaniem, i kilkunastu uczniów wydoskonaliło się na pierwszorzędnym anatomów; że nie zabłyszeli oni w późniejszych czasach, że nie wszyscy zajęli katedry uniwersyteckie, to już nie ich było winą. Bielikiewicz zajmował katedrę aż do zwinienia szkoły lekarskiej w Wilnie, więc

następcy nie potrzeba było; niektórzy uczniowie jego zasłynęli jako profesorowie chirurgii na uniwersytetach rosyjskich, a niektórzy tylko wierni pozostali anatomii, jak np. Siewruk. Wielu z wychowañców wileńskich brało tematy z anatomii do rozpraw doktorskich; wiele rozpraw anatomicznych spotykamy w literaturze lekarskiej. Sumując nasze wiadomości o anatomii w Wilnie, przychodzimy do wniosku, że w okresie wyżej oznaczonym stan ten liczył się do najświetniejszych: profesor teoretycznie i praktycznie przygotowany do katedry uniwersyteckiej; uczniowie rozmiłowani w przedmiocie chętnie poświęcali mu wolne chwile i pod kierunkiem znakomitego profesora przygotowywali preparaty anatomiczne, z których tak słynny był gabinet wileński.

W Krakowie w tym samym czasie wykładał anatomię Józef Kozłowski. O nim jako o anatomie polskim głucho w literaturze. Uczniowie jego również do wydatnych na tem polu pracowników nie zaliczają się. Śmiało więc możemy postawić wniosek, że Kraków pod względem anatomicznym nie stanowił poważnej konkurencji dla Warszawy.

Profesor zaś Roliński „drobiazgowy pedant, obmierzłe systematyczny, wymagający, rzucił nam, pisze Szokalski ¹⁹⁾, swoje wykłady, suche, jak wióry, i nie dziwota, bo też w tej cmentarnej organizacyi nie było ani atomu poezyi“;—choć sam nie był żadną wydatną jednostką, chociaż nie miał w swem usposobieniu „ani atomu poezyi,“ — ale ułożył podręcznik dobry, podług najlepszych ówczesnych źródeł, podręcznik systematyczny; wymagał aby każdy uczeń, który studyował nauki lekarskie, — anatomię suchą „jak wióry,“ znał dokładnie; aby teorię uzupełniał przygotowaniem preparatów; aby teorię objaśniał na preparatach—słowem, żeby pod względem teoretycz-

¹⁹⁾ Krytyka lekarska 1897 str. 242.

nym i praktycznym w zupełności był przygotowany.

Przeto, chociaż w Warszawie uczniowie pod względem wykształcenia anatomicznego nie błyszczeli, jak w Wilnie; chociaż rozpraw doktorskich na tematy anatomiczne nie pisano, z czego Wilno słynęło; chociaż między uczniami warszawskimi nie było znakomitych anatomów, — natomiast każdy uczeń wzorowo był przygotowany w zakresie kursu uniwersyteckiego, który odpowiednio do ówczesnego stanu nauki w Europie był ułożony. Z tej wychodząc zasady, wnosimy, że anatomia w Warszawie była wykładana wzorowo, wszystkich bez wyjątku uczniów przygotowywała do słuchania tych właśnie kursów uniwersyteckich, które na anatomii opierać się zwykły. Na porównaniu z anatomią wileńską nic nie traciła, a przewyższała anatomię krakowską.

§. 2. *Farmacya. Farmakologia. Chemia policyjna i prawna.*

Od założenia szkoły lekarskiej w Warszawie aż do zamknięcia Uniwersytetu katedrę tę zajmował Józef Celiński. Przy wykładach miał na uwadze, że Farmacya jako Sztuka wymagała laboratorium, w którym dokonywał tych wszystkich czynności, jakie w teoretycznej części swych prelekcyi wyjaśniał. Ta strona mechaniczna była dobrze postawiona w Uniwersytecie, mianowicie w końcowych latach, gdy wszystkie zabiegi Celińskiego, szczęśliwie za pośrednictwem Rady Uniwersytetu przez Komisję rządową potwierdzone zostały.

Przy wykładach farmacyi wypowiadał profesor te wszystkie zasady, na których się ona opierała; przedstawiał, jakie nauki w bliższej lub dalszej są od niej zależności: więc zoologia, botanika, mineralogia; dokładne wiadomości z fizyki stosowanej, a co najważniejsza — chemia. Wszystkie te nauki, jak słusznie profesor utrzymywał, „składają lub stanowią ową tak ludzkiemu życiu potrzebną sztukę, za pomocą której posiadający te nauki stara się z tych trzech królestw, czyli całej historii naturalnej, ciała jedne od drugich oddzielać i na skuteczne codzień doświadczone nam leki przez drugie pozboczne wiadomości, przerabiać. Tak więc ciała królestwom: zwierzęcemu, roślinnemu i mineralnemu właściwe są, prawie jakby gotowe, w

naturze utworzone leki. Uboczne zaś nauki służą nam do przerobienia tych prostych artykułów i oddzielania skutecznych od nieskutecznych, lub wcale ludzkiemu zdrowiu trucienną się stających. Pierwszych tych trzech nauk potrzebna jest wiadomość, charakterystyczna, rodzajowa i gatunkowa.“

Leki zatem czyli medykamenta (*pharmaca, medicamina*) są to materye proste lub złożone, już to do polepszenia utraconego zdrowia ludzkiego, już też do utrzymania nakoniec życia, lub też w złem użyciu do zniszczenia onegoż służące. Dla tych różnych skutków, lekarstwa dzielą się na żywiące leki prawdziwe i trucizny. Dokładna więc znajomość farmacyi zależy od znajomości kształtu, koloru, miejsca pochodzenia i pewnego, wsystemacie porządku; zależy od ocenienia dobroci, czasu zbierania, jako też od zachowywania onych od zepsucia; od dokładnej wiadomości mechanicznego mieszania do użytku wewnętrznego, bez naruszenia działania leczniczego; od znajomości jak też same leki zmieniać, za pośrednictwem działania chemicznego, a przeto przerobić na skuteczniejsze lekarstwo.

Znajomość farmacyi potrzebną jest nie tylko aptekarzowi, lecz także i lekarzowi. Bez tej znajomości niepodobna dobrze przygotować lekarstwa, jak również przepisać go choremu.

Profesor Celiński w swoich prelekcyach, po ogólnych uwagach, które powyżej streściłem, przystępował do historii farmacyi, sięgając do czasów greckich. Następnie mówił o laboratorium, wyborze miejsca, urządzeniu jego.

Po takim wstępnym zarysie przechodził do części szczegółowej, czyli do właściwego układu farmacyi. Mówił o działaniach mechanicznych i chemicznych, jak np. zniszczenie skupienia ciał, tak jednorodnych jak różnorodnych, za pomocą tłuczenia, tarcia, piłowania, krajania, siekania, rozniciatania, wyciskania, cedzenia, zlewania, szumowania, mieszania, ważenia i mierzenia, opisując równocześnie, jakie narzędzia i aparaty są konieczne do spełnienia powyższych czynności. Z działań chemicznych uwzględniał: rozpuszczenie, rozmięczenie, nalanie, wytrawienie, gotowanie, wylugowanie, wyplukanie, topienie, krystalizacya, parowanie, przekrapianie, niedokwaszenie i detonacya, odkwaszenie czyli redukcya i zwapnienie.

Po tych ogólnych uwagach mówił o roślinach, których części pewne są najużywanwsze w farmacyi; tu uwzględniał: kamforę, wosk, gumy, cukier, ekstrakta, garbnik.

Części roślinne podzielił na 24 gromady i do każdej zaliczył najcharakterystyczniejsze przykłady.

Leki surowe, należące do królestwa zwierzęcego, uwzględniał w dalszym ciągu swych wykładów. Mówiąc o lekach surowych, pochodzących od zwierząt ssących, postawił na pierwszym miejscu człowieka, którego czaszka w dawnych wiekach używana była w aptekach. Warunek ważności lekarstwa na tem polegał, żeby czaszki pochodziły od ludzi, zeszyłych ze świata śmiercią gwałtowną. Mumia, jeszcze za czasów Celińskiego, żądana była niekiedy w aptekach. O niej pisał Celiński między innemi: „Mumia przychodząca rzadko cała, ale raczej w kawałkach, jest koloru ciemno-brunatnego, prawie czarnego i świecącego się; smak ma gorzki; zapach mocny; zdaje się, że teraz sprowadzana, najczęściej tylko jest naśladowaniem.“

Z słoniu używano w farmacyi zębów, w postaci węgla. „Teraz, mówi Celiński, to wszystko kość wołowa, według nowszych doświadczeń zastępować jest zdolną.“ „Pies domowy dostarczał swego ekskrementu pod nazwiskiem *album graecum*.“ Wilk dostarczał zębów i wątroby; lis płuc. Jeszcze trzymał Celiński do gadów, a wspomina o nim ze względu na klej rybi czyli karuk, używany w farmacyi.

Osobny dział w wykładach Celińskiego zajmowały ciała, których „nie można z pewnością w żadnym z trzech królestw umieścić.“ Tu zaliczał profesor: gąbkę morską, olej skalny, żydowską żywicę (asfalt), bursztyn, *ambra grisea*.

Po ukończeniu tego działu, przystępował profesor do wykładu „o ciałach, które lubo nie są w farmacyi używane, jednakże do działań farmaceutycznych taki wpływ mają, iż postrzeżenia zachodzące bez ich znajomości, trudno jest wytłomaczyć.“ Tu profesor zaliczał: ciepłok, światło, ogień, węgiel, tlen, wodór, azot.

Wykład o lekarstwach, należących do rodzaju chemicznych pierwiastków, jak np. siar-

ka, fosfor, glina, wapno, magnezja, antymon, cyan, ołów, żelazo i t. d. — stanowił niejako wstęp do szczegółowego wykładu, o lekarstwach alkalicznych „rodzaju niedokwasów“ (np. węgiel roślinny, woda i t. p.); o lekarstwach z siarczyków; do rodzaju kwasów należących; do rodzaju solnego; o lekach z rodzajów oleju, żywicy; o lekach wysokowych, eterycznych; o mydłach lekarskich, ekstraktach, tynkturach, esencjach, eliksyrach; o lekarstwach z cukrem robionych; o pigułkach, i nakoniec plastry i maści kończyły wykład farmacyi.

* * *

Chemię prawną i policyjną wykladał Cel. od r. 1810 do zamknięcia Uniwersytetu. Ułożył podręcznik, który w odpisie jego ucznia Aleksandra Lebruna znajduje się w Bibliotece Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Ukladał Celiński swe lekcye podług Remera i jego klasyfikacyę przyjął.

Po ogólnem nakreśleniu zadania chemii prawnej i policyjnej, stojącej na straży, aby wykrywać rzeczy szkodliwe dla zdrowia ludzi i takowe przy pomocy policyi usuwać, wyjaśniał, jak ważna jest ta gałąź chemii przy ekspertyzach sądowych, dążących do wykrycia prawdy. Przechodził następnie do poszczególnych kwestyi, rozpoczynając wykład o odczynnikach, farbach, które przez zetknięcie się z pewnymi ciałami doznają. Tak np. syrop fiołkowy używa się do odkrycia kwasów i alkali. Przy zetknięciu z pierwszemi czerwieni się, przy zetknięciu z alkaliami traci swą barwę i przybiera kolor zielony.

Tak jak przy analizie wody, a raczej dla odróżnienia wody destylowanej od studziennej, używa chemia policyjna ulepu szklakowego. Nad papierem lakmusowym i kurkumowym również szczegółowo profesor się rozwodził.

Kwasy jako odczynnik dużą rolę grają w chemii prawnej; mówi więc profesor: o kwasie siarkowym, solnym, saletrowym, winnym, szczawowym, galasowym i t. d.

Odczynniki alkaliczne jak: potaż gryzący, soda, glisz, woda wapienna, barytowa — uwzględnione i działanie ich licznymi przykładami objaśnił.

C. d. u.

Wiadomości bieżące.

— W miesiącu bieżącym liczba zachorowań na ospę wzmożła się. Bajecznie mały szpital (120 łóżek) na blisko milionową ludność Warszawy prawie cały wypełniony został przez chorych na ospę, i znów, jak co rok, rodzi się pytanie, co robić z chorymi na inne choroby zakaźne, jak róża, tyfus, szkarlatyna i t. p.

Z powodu tej chronicznie co rok, a czasem dwa razy na rok powtarzającej się przykłej sytuacji, nieomal już bez wyjścia, odbyło się w sobotę posiedzenie w Magistracie. Przedmiotem obrad przedewszystkiem była sprawa zapobieżenia szerzeniu się epidemii przez wzmożenie szczepień ochronnych.

Słusznie bardzo, że Magistrat, jako administrator dziś szpitalnictwa naszego, zwraca uwagę i na tę sprawę. W pierwszej linii toczyły się rozprawy co do szczepienia ospy w szkołach miejskich. Proponowano prowadzić uczniów do pewnych punktów, w którychby im ospę ochronną szczepiono. Zdaniem innych próściejby się ta sprawa dała załatwić, gdyby, zamiast prowadzić uczniów do pewnych punktów, zaszczerpić im ospę na miejscu w każdej szkole, wtedy bowiem i kontrola będzie łatwiejsza, któremu z dzieci ospa się przyjęła lub nie.

Sądzymy, że takie szczepienie ospy masowe tym, którzy jeszcze nie byli szczepieni lub szczepieni dawno, winno odbywać się nie tylko w czasie grożącej epidemii, ale troska w tym względzie winna być obowiązkiem stałym zarządu szkół wogóle. Następnie powstał projekt szczepienia ospy ochronnej w ambulatoriach szpitalnych. P. Prezydent chętnie się zgodził na ten projekt i obiecał materialne poparcie. Niestety, niektórzy lekarze proponowali ten środek tylko na miesiąc czasu. Sądzymy, że miesiąc to trochę za mało, jeżeli mamy mieć nadzieję, że tą drogą przyczynimy się do zmniejszenia liczby zachorowań na ospę w naszym kraju.

Naszem zdaniem, szczepienie ospy ochronnej w ambulatoriach szpitalnych odbywać się winno rok cały. Ambulatorya szpitalne cieszą się wielkiem zaufaniem u naszej ludności, więc, rzymy, że i do korzystania z bezpłatnych szczepień ochronnych zgłoszą się zastępy dzieci i dorosłych. Należy tylko odpowiednio zająć się tą sprawą.

Sprawa braku miejsca dla chorych zakaźnych w szpitalu Św. Stanisława była również podnoszona. Podobnie jednak jak lat zeszłych, podobnie jak przy groźbie przybliżającej się cholery lub tyfusu powrotnego, zaproponowano, o ile możności, usuwać wszelkich innych chorych, prócz ospowatych, do innych szpitali i do szpitala na Czystem, a chorych z różą w miarę potrzeby pomieszczać i w szpitalach ogólnych. Lecz co zrobić z chorymi, już w szpitalach ogólnych się znajdującymi i których liczba w porze obecnej zwiększa się niepomieranie, skoro na ich miejsce mają przybywać chorzy z chorobami infekcyjnymi! Zaiste, zaczarowane koło, z którego wydobyć się półśrodkami niepodobna. Należy zamiast takich paliatywów sprawę podnieść daleko szerzej.

Miasto z milionową ludnością potrzebuje w najbliższym czasie jeszcze około tysiąca łóżek w szpitalach ogólnych i około 500 łóżek w szpitalu dla chorób zakaźnych. Koledzy, dopuszczeni do obrad w wydziale szpitalnym magistratu Warszawskiego, winni na każdym posiedzeniu w najracjonalniejszy sposób te nieodzowne dezyderaty przedstawiać i odpowiednio je argumentować, a jesteśmy przekonani, że magistrat uzna sprawę budowy nowych szpitali za również pilną i palącą, jak i budowę nowych ha'll lub rzeźni centralnej; magistrat, przekonawszy się o takiej nieodzownej potrzebie niezawodnie w sferach decydujących odpowiednie kroki poczyni, aby złemu zaradzić.

Doprawdy, trudno sobie wyobrazić taką

sytuację, gdyby liczba zachorowań na choroby zakaźne jeszcze cokolwiek się wzmożła. Trudno sobie wyobrazić, co będzie na wiosnę, gdyby epidemia cholery zjawiała się w naszym mieście.

— ZMARLI. Ś. p. dr Lucyan Możdżyński, wychowaniec b. Warszawskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii, uczestnik wypadków 1863 roku, długoletni lekarz w Skalbierzu gub. Kieleckiej, zmarł d. 9 listopada r. b., przeżywszy lat 63.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO.

1. Stosunek tak zwanej arteriosklerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi.

2. Azurofilowa ziarnistość limfocytów w rozmaitych stanach patologicznych.

3. Płytki Bizzozero, ich pochodzenie i udział w krzepnięciu krwi.

4. O wpływie ośrodków nerwowych na trofikę mięśni.

5. Stwierdzić doświadczalnie zależność tężyczki pooperacyjnej od wycięcia gruczołów przytarczycowych, oraz możliwość jej leczenia przez wszczepianie tych gruczołów.

6. Sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach, jaką metodą połączenia dróg żółciowych z jelitem, najbardziej zabezpiecza te drogi od zakażenia.

7. Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem.

8. Zbadanie chemiczne i bakteryologiczne wód ściekowych z domów w Królestwie Polskiem, skanalizowanych systemem przelewnym.

9. Doświadczenia i obserwacje nad wpływem kesonów Warszawskich na pierwiastki morfologiczne krwi.

10. Zmiany krzepliwości krwi i krążków czerwonych (ich wielkość i odporność) w żółtaczkach przewlekłych.

11. Samooczyszczanie się Wisły pod Warszawą podczas przyboru, przy średniej i niskiej wysokości wody.

12. Studya nad morfologią i biologią spirochetów OBERMAYER'a.

13. Badanie trawienia żołądkowego u ssawców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1908 r. Za najlepsze dwie prace napisane na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 rubli.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

p. o. Sekretarza Stałego W. Kosmowski.

Od Administracyi.

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

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

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

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antibakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny 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

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—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 śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniejący 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.

Zelatylna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniejącymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

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

Bromolin 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, bladezka, okres zdrowienia po chorobach. Działa 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: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. 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, ischtas, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, 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 właściwości ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

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

Stypticin. Zapisuje się obficie 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.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Helmitol

Helmitol

**Nowy ulepszony środek antyseptyczny
w chorobach pęcherza**

przyjemny smak, doskonale bywa znoszony i szybko uspakaja ból.
Specyfik przy Cystitis, Bakteriurii, Phosphaturii, Prophylacticum przed i po katetyryza-
cji i operacjach na narządach płciowych.

Środek pomocniczy przy miejscowem leczeniu trypra.

Dawka: 1 gr. 3 razy dziennie w zimnej wodzie albo w wodzie z sokiem malinowym

Tabletki — Helmitoli à 0,5 g. Nr. XX.

(Oryginalne opakowanie Bayera).

PROTARGOL
zewnątrznie

Tabletki — **HELMITOLU**
wewnątrznie.

UWADZE LEKARZY!!!

**Z POWODU ZJAWIAJĄCYCH SIĘ W SPRZEDAŻY RAŻĄCYCH FALSYFIKATÓW SPERMINU
POEHL'a UPRASZAMY O ZWRACANIE UWAGI NA NAZWĘ.**

SPERMIN
PROF. D^{RA} POEHLA
SPERMINUM — POEHL

i żądać takowego w oryginalnem opakowaniu Organoterapeutycznego
Instytutu profesora doktora Poehl'a i Synów.

odnoszą się wyłącznie do Sperminu prof. d-ra Poehl'a.

**Spermin Poehl'a jest do nabycia we wszystkich aptekach i składach
materyałów aptecznych.**

Literaturę o Sperminie Poehl'a i in. Organopreparatach wysyła p. p. Lekarzom bezpłatnie na każde żądanie Insty-
tut organoterapeutyczny, Laboratorium chemiczne i apteka profesora doktora Poehl'a i Synów w Petersburgu.
Wasilewski ostrow 7-a lin. dom wł. Nr. 16 i 18. Najwyższe nagrody (Grands Prix) na wszystkich wystawach między
narodowych oraz najlepsze odczyty autorytetów medycznych

Wszystkie doświadczenia wybitnych
uczonych i lekarzy nad dobroczyn-
nem działaniem Sperminu przy neu-
rastenii, uwiąznię starczym, neu-
steniczej niemocy płciowej, wyczer-
paniu i w wypadkach ciężkich cho-
rób, jak niedokrwistość, rachitis, po-
dagra, reumatyzm chroniczny syfilis,
suchoty, tyfus brzuszny, zaburzenia
działalności serca, (myocarditis, o-
tłuszczenie serca), histerya, suchoty
mleczna pociągowa, paraliż i in.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22)

telefon 73-46 albo 44-83.

Warszawski Zakład Ginekologiczny Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-
Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego,
Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona,
Rylki, Thiemego, Tyrchowskiego i Wi-
nawera. Przyjmuje osoby, dotknięte cho-
robami kobiecymi, jako też spodziewa-
jące się słab. za opłatą od 2 do 6 rs.
dziennie.