

GAZETA LEKARSKA

I. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego ¹⁾.

Podał

Teodor Heiman.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w październiku 1907 r.

Względnie zadowalające wyniki lecznicze w cierpieniu tak ciężkiem, jakim jest ropień mózgu pochodzenia usznego, zachęcają chirurgów, przeważnie zaś lekarzy usznych wszystkich krajów cywilizowanych do dostarczania coraz nowego materiału literackiego i kazuistycznego, który mógłby się przyczynić do wczesnego rozpoznania i ulepszonej techniki operacyjnej tego cierpienia. Wszelako pomimo usiłowań dotychczasowych i obecnie jeszcze przytrafia się nie rzadko, że ropień zostaje wykryty dopiero na stole sekcyjnym i często nie domyślano go się lub pomyślano o nim zapóźno i to wtedy, gdy istniały wszystkie warunki, przemawiające za jego opróżnieniem i za wynikiem pomyślnym. Każdy więcej zatrudniony lekarz uszny może o tem słówko powiedzieć, ile doznaje się przykrości w podobnych okolicznościach, ile często robi się sobie przytem niezasłużonych wyrzutów. Z drugiej strony ma się prawdziwe zadowolenie wewnętrzne, gdy się udało ropień mózgowy pochodzenia usznego wczesnie rozpoznać i opróżnić i tym sposobem chorego skazanego na śmierć niechybną, nie tylko ocalić, ale także przywrócić mu jego zdrowie fizyczne i duchowe. Że na tem polu istnieje znaczny postęp i że właściwe tłómaczenie objawów i ostrożna ich analiza daje obecnie lepsze wyniki, niż przedtem, tego zaprzeczyć nie można.

¹⁾ W streszczeniu odczyt niniejszy wygłoszony został w „sekcji” otyatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)

Przyczyny błędnego lub zbyt późnego rozpoznania ropni mózgowych¹⁾ są rozmaite. Każde z powikłań wewnątrzczaszkowych, wywołane sprawą ropną w narządzie słuchowym, może wystąpić pod obrazem bardzo wybitnym, a stąd ułatwiającym rozpoznanie. Dla pewności rozpoznania potrzebny jest wszelako bardzo wyraźny i bardzo rozwinięty zbiór objawów. Jeśli kontury obrazu są mniej wyraźne lub zatarte, rozpoznanie nie przekroczy granicy prawdopodobieństwa. Wszystkie powikłania pochodzą od jednego ogniska i bardzo często wszystkie lub przynajmniej dwa z nich istnieją jednocześnie. Niektóre z objawów bardzo wybitnych, przypisywanych ropniowi, może nie zależeć wcale od niego, lecz od wnikającego go zapalenia opon mózgowych. Jeżeli sobie uświadomimy, jak powikłania powstają, jak objawy innych cierpień mózgowych, a nawet czynnościowe zaburzenia nerwowe mogą budząco być do nich podobne, to trzeba być przygotowanym na obrazy bardzo mieszane, na niedające się rozwikłać sprzeczności pod względem klinicznym wspomnianych cierpień. Jako jeden z wielu przykładów może posłużyć ten fakt, że mistrz tak doświadczony, jak SCHWARTZE, w jednym przypadku wahał się między rozpoznaniem ropnia skroniowego a zapalenia opon, a tym czasem oględziny pośmiertne wykazały nowotwór mózdzku [*Arch. f. Ot.* t. 38. s. 292]. KUHN spostrzegł przypadek, gdzie wszystkie objawy, przedewszystkiem zaś afazya amnestyczna przemawiały za lewostronnym ropniem skroniowym; badanie pośmiertne zaś wykazało rozlane zapalenie ropne opon mózgowych [*M. f. O.* t. 24]. Podobny przypadek spostrzegł też PANSE. Często bardzo objawy przemawiają za ropniem wielkich półkul mózgu; przy operacyi nie znajdują go, zaś na stole sekyjnym okazuje się ropień mózdzku. [TRUCKENBROD, ZAUFAL, DRUMMOND D., LANNOIS-ARMAND].

Wielka różnorodność w przebiegu często skrytym ropnia mózgowego znacznie utrudnia jego rozpoznanie, często czyni je niemożliwym. Największe trudności przedstawiają te przypadki, w których okres utajony jest zupełny, objawy początkowe były nieznaczne, okres zaś końcowy wybucha nagle i przebieg jego jest bardzo szybki. Napotykamy dość często chorych, u których, przy zaostrzeniu się przewlekłego zapalenia ropnego lub przy ostrym zapaleniu ropnem ucha średniego występują pewne objawy, które pozornie nie mają nic wspólnego z cierpieniem mózgowym. Choroba zasadnicza znika zupełnie lub znakomicie poprawia się, chory uważa się za wyleczonego i za takiego uważany jest przez lekarza i wraca do zwykłych zajęć swoich. Wprawdzie od czasu do czasu występują pewne i mało uciążliwe objawy, jak np. ból głowy, ale do objawów tych chory nie przywiązuje wielkiej wagi i nie zasięga nawet porady lekarskiej. W razie gdy chory to uczyni, lekarz najczęściej objawy te lekceważy, niedocenia lub też nie jest ich w stanie należycie ocenić. Jako przykłady takiego ciemnego przebie-

¹⁾ Dla uniknięcia powtarzań opuszczam wyrazy: „pochodzenia usznego“; wszędzie, gdzie w tej pracy użyto wyrazów: „ropień mózgowy“, odnosi się to wyłącznie do ropni pochodzenia usznego.

gu niech służą między innymi dwa przypadki przeze mnie spostrzegane. W przypadku pierwszym żołnierz przebył ostre zapalenie ucha średniego nieropne i jako zupełnie zdrowy został po dwu tygodniach ze szpitala wypisany. Po kilku tygodniach pobytu w szpitalu bez żadnego powodu nagle umiera; badanie pośmiertne stwierdziło prawostronny ostry ropień zraza skroniowego. W przypadku drugim żołnierz po 33-dniowym leczeniu zaostrego lewostronnego zapalenia ropnego ucha średniego, miał zostać wypisany ze szpitala jako względnie zdrowy [pozostał mały, suchy otworek w błonie bębenkowej]; gdy nagle dostaje objawów gwałtownego zapalenia opon mózgowych, wzbudzających podejrzenie na pęknięcie nierozpoznanego ropnia i w kilka godzin umiera. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono wielki lewostronny ropień mózdzku, który otworzył się do jamy czaszkowej. Dla ropnia mózdzku znalazł OKADA, że w 10% nastąpiła śmierć, nim jeszcze pojawiły się jakiegokolwiek objawy dowodzące cierpienia wewnątrzczaszkowego. Prawie w 14% były objawy, zasłonięte przez inne nieoczekiwane powikłania natury usznej, tak, iż często tylko te ostatnie rozpoznano, lub wogóle nie podobna było stawiać jakiegobądź pewnego rozpoznawania. Blisko w 42% niepodobna było rozpoznać choroby skutkiem innych powikłań wewnątrzczaszkowych, będących w związku bezpośrednim lub pośrednim z ropniem mózdzku, jak oto: zapalenie zatok mózgowych, ograniczone i rozlane zapalenie opon, oraz ropnie wielkich półkul mózgu.

Małe ropnie wielkiej półkuli tylko wtedy wywołują pewne objawy, gdy znajdują się bezpośrednio w pobliżu ruchowej warstwy korowej, lub też wywierają swoje działanie pośrednio na te części mózgu lub na inne zwoje mózgowo. Lecz nie tylko małe ropnie, ale, jak wiadomo, i ropnie czołowe mogą dojść do kolosalnych rozmiarów i istnieć przez długi czas, zanim wystąpi jakiś objaw, pozwalający je podejrzewać. Nawet w zrazie skroniowym tylko wtedy objawiają się oznaki umiejscowionego w nim ropnia, gdy objętość jego tak się powiększyła, że przez to powstają zaburzenia w jamie czaszkowej, jakie w niej wywołuje masa, zajmująca pewną przestrzeń. Zaburzenia te, jak wiadomo, polegają na zwolnieniu biegu krwi w jamie czaszkowej i noszą ogólną nazwę objawów wzmożonego ciśnienia.

Na szczęście, można w trzech czwartych przypadków dobre rozpoznanie postawić dość wcześnie, jeżeli skombinować objawy mózgowo—które same przez się nie przedstawiają wprawdzie nic charakterystycznego, gdyż napotykamy je i przy innych cierpieniach mózgowych—z objawami ogólnymi, przemawiającymi za sprawą ropną i przy uwzględnieniu przyczyn, które zwykle wywołują ropień mózgu, a jak w danym razie, istniejące lub przebyte ropienie z ucha. W każdym przeto przypadku chorobnym, gdy pojawiają się objawy mózgowo lub gdy jest na nie podejrzenie należy starannie zbadać narząd słuchowy, czy nie jest, lub też czy nie był chory. Przy rozpoznaniu ropnia mózgu zasługują też na uwzględnienie następujące okoliczności: cierpienia średniego dołu czaszkowego prowadzą do ropni w zrazie skroniowym, rzadko do ropni innych części mózgu; cierpienia tylnego dołu czaszkowego dają początek ropniom mózdzku. Choroba kości przema-

wia *ceteris paribus* za ropniem mózgu; śluzówki—rzadko. Mężczyźni zapadają częściej na ropień, aniżeli kobiety i jak to wykazała opracowana przeze mnie statystyka, stosunek ten ma się jak 3:1 [385 mężczyzn, 140 kobiet]. Drugie i trzecie dziesięciolecie życia przemawia na korzyść ropnia. Najrzadziej napotykamy go do piątego roku życia i po sześćdziesiątym roku; u kobiet zaś już po czterdziestym roku. Bardzo ważnym momentem, mogącym przyczynić się do ułatwienia rozpoznania, jest czas, przez jaki chory znajduje się pod obserwacją lekarza. Doświadczenie lekarza, podobnie jak w innych działach medycyny, gra też niepoślednią rolę.

Dla rozpoznania ropnia mózgu potrzeba go stwierdzić, oznaczyć jego miejsce w jamie czaszkowej i rozpoznać brak lub obecność innych powikłań. Niestety, nie podobna prawie ustanowić formy typowej pod względem przebiegu i objawów. Pewne przypadki przebiegają już od samego początku niezmiernie burzliwie z różnorodnymi objawami podrażnienia i ucisku i kończą się śmiertelnie w bardzo krótkim czasie; inne natomiast mają przebieg bardzo długi i powolny, nie dając przytem żadnych albo prawie żadnych objawów godnych uwagi. Są też i takie przypadki, których objawy są bardzo zmienne: jużto czasowo przebiegają jakby bez objawów, jużto znowu występują przemijające, bardzo ciężkie objawy. Zdarzają się wszelako przypadki z przebiegiem zupełnie regularnym, podzielonym na okresy. Przypadki ostatniej kategorii są bezwarunkowo rzadsze od przypadków nietypowych; odnosi się to głównie do ropni mózdzku. Z tego powodu przypadki z przebiegiem nietypowym grają w praktyce rolę ważniejszą i rozpoznanie ich podlega tu i owdzie nieprzewyciężonym trudnościom.

Dla przebiegu ropnia mózgowego są charakterystyczne głównie dwa rysy, a mianowicie, że objawy niezmiernie rzadko występują pojedynczo i że zwykle przedstawiają charakter napadów rozmaitego czasu trwania. Zwolnienia między napadami są niekiedy tak długie, że nieraz mogłoby się здаwać, iż chory wyzdrowiał. W przypadkach wyjątkowych może przejść trzydzieści lat między napadem pierwszym a końcowym. Każdy następny napad jest gwałtowniejszy niż poprzedni; niekiedy napady są do siebie podobne. Liczba ich jest rozmaita: raz zabija już pierwszy napad; innym razem bywa ich dwa do czterech różnego natężenia. Ażeby wszelako chory w czasie między dwoma napadami był wolnym od wszelkich objawów, nie zdarza się prawie nigdy. Nierzadkie są też przypadki, w których objawy wzmagają się nieustannie do śmierci bez jakichbądź zwolnień. Charakter napadowy objawów zależy od nagłego wzmożenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego, *resp.* od powiększenia się ropnia, jako też od zaburzeń w krążeniu krwi dokoła niego, które wyrównać się mogą.

Objawy ropnia mózgowego są, jak wiadomo, ogólne i miejscowe, i dzielą się na trzy grupy [BERGMANN], t. j. na takie, które zależą od ropienia i są jemu właściwe; na takie, które dowodzą wzmożenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego i chorobliwego przesunięcia wewnątrzczaszkowego i na objawy ogniskowe, odpowiadające umiejscowieniu ropnia. Co się tyczy przebiegu ropnia, przyjmujemy trzy okresy, wyraźnie różniące się między sobą. Okres

pierwszy obejmuje objawy początkowe; okres drugi — objawy wytworzonego ropnia; w okresie zaś trzecim przeważają objawy, uwarunkowane różnorodnym zejściem obrazu chorobnego.

Objawy odpowiadają sprawie patologicznej. Objawy początkowe zależą od zapalenia i bywają różne pod względem natężenia. Czasem są tak nieznaczne, że mogą być przeoczone; w innych znowu przypadkach są odpowiednio ciężkie. Charakter objawów zostaje określony przez naturę sprawy patologicznej i jej umiejscowienie. Objawy miejscowe wskazują siedlisko choroby; tu brakują częściej, aniżeli przy nowotworach. Powód tego jest dwójaki. Po pierwsze, mają ropnie swoje siedlisko w częściach mózgu, jak np. w zrazie czołowym lub skroniowym, w których zaburzenia miejscowe, jakiegokolwiek byłoby natury, często nie dają żadnych objawów miejscowych. Po wtóre, powoli rozwijający się ropień wywołuje mniej ciężkie objawy następcze, jak ucisk guza.

Rozpoznanie ropnia mózgowego w okresie zapalnym, w okresie początkowym, t. j. w okresie tworzenia się ropnia byłoby bardzo pożądané, lecz nie jest ono prawie nigdy możliwe, gdyż objawy tego okresu zostają prawie całkiem zakryte przez objawy choroby zasadniczej, t. j. choroby ucha. Przeoczenie rozpoznania w tym okresie nie przedstawia wszelako szkody dla chorego, w tym bowiem czasie właściwie niema jeszcze ropnia, zaczyna się on dopiero tworzyć i rękoczyn chirurgiczny pozostałby bez wyniku. Być bardzo może, że bezskuteczne szukanie ropnia w tym okresie powstrzymałoby lekarza od rękoczynów wtedy, gdy one mogłyby przynieść korzyść choremu. Nie wpadnie też na myśl chirurgowi lub lekarzowi usznemu szukać ropnia mózgu w przypadkach, gdy sprawa uszna przebiega wśród objawów burzliwych. Jeżeli zwrócimy uwagę na ten fakt, że SCHWARTZE na 8425 przypadków cierpień ucha średniego i wewnętrznego znalazł wszystkiego osiem razy ropień mózgu, JANSSEN zaś na 5000 zapalno-ropnych spraw ucha średniego—7 razy ropień mózgu i że taki stosunek został stwierdzony przez innych lekarzy usznych, to łatwo zrozumiemy, dlaczego przy zapaleniu ostrem lub przewlekłym ucha środkowego, początkowo niema się nawet najmniejszego podejrzenia, że w danym przypadku rozwija się ropień mózgu. Jeżeli po bardzo niewyraźnym okresie początkowym następuje okres krótszego lub dłuższego utajenia, to nikogo tu nie może zadziwić, ani też dla nikogo nie będzie to niespodzianką, gdy przy takim przebiegu choroba nie zostanie rozpoznana; w najlepszym zaś razie obudzi tylko pewne niewyraźne podejrzenie. Jest to przecież bardzo łatwo zrozumiałem, że chcąc jakąś chorobę rozpoznać, potrzeba do tego mieć pewien zbiór objawów, któreby rozpoznanie umożliwiły. To samo stosuje się i do ropnia mózgu: ażeby go rozpoznać, musi on dawać pewne objawy i dlatego tylko wtedy możemy ropień mózgu rozpoznać na pewno lub z wielkim prawdopodobieństwem, gdy wystąpią pewne charakterystyczne dla niego objawy ogólne i miejscowe. Gdybyśmy wszelako z rękoczynem leczniczym za każdym razem czekali na pełny obraz ropnia mózgu, jaki znajdujemy w podręcznikach, w takim razie wyniki lecznicze

przedstawiałyby się bardzo smutno. Nie można wprawdzie stawiać rozpoznania ropnia mózgu z jednego lub dwu objawów, czekać wszelako na wszystkie objawy ogólne, a tem bardziej na miejscowe, przedstawiałoby dla chorego za wielkie niebezpieczeństwo. Przy uwzględnianiu wywiadów i innych wyżej wzmiankowanych momentów, najczęściej kilka objawów wystarcza, ażeby chorobę rozpoznać.

Przy rozbiórce objawów towarzyszących ropniowi mózgu, przekonywamy się, że pojedynczo nie posiadają one charakterystycznego dla ropnia i że tu objawy ogólne występują na pierwszy plan w przeciwstawieniu do nowotworu mózgu, gdzie przede wszystkim dają się zauważyć objawy miejscowe. W pewnej liczbie przypadków stale występuje pewien zbiór objawów; w innych—tylko niektóre z nich. Nadto zdarzają się objawy, które przy ropniu nie często bywają spostrzegane, lecz tylko tu i owdzie w pojedynczych przypadkach, tak, iż nie jesteśmy pewni, czy one rzeczywiście wywołane są przez ropień, czy też przez inne jakieś powikłanie. Miejscowe objawy mózgowe, zależące od uszkodzenia pewnych odcinków mózgowych, od działania oddalonego i od obrażenia nerwów mózgowych w jamie czaszkowej, mogą występować podczas całego przebiegu choroby, lub też brakować aż do śmierci, lub wreszcie objawiać się różnorodnie. Zwykle należą one do późniejszych objawów ropnia i obecność ich ułatwia rozpoznanie i umiejscowienie choroby. Podług dzisiejszych pojęć naukowych, niema wszelako ujednostajnionej symptomatologii ropnia mózgowego pochodzenia usznego.

W okresie początkowym, odpowiadającym zapaleniu, zauważyć można, jak człowiek cierpiący na sprawę ropną ostrą lub przewlekłą ucha średniego, lub któremu otworzony został wyrostek sutkowy, bez powodu dostaje dość silnych bólów w odpowiednim uchu i w odpowiedniej połowie głowy. Dość często niema wcale bólu w uchu, lub też jest tylko nieznaczny, natomiast chory skarży się na bole w wierzchołku głowy. Bardzo często pojawiają się jedno-lub kilkakrotne wymioty bez wszelkich nudności. Gdy sprawa chorobna zaostrzyła się w uchu można też zauważyć dreszcz wstrząsający lub lekkie ziębienie. Dreszcze różnią się nie tylko pod względem natężenia, lecz i pod względem czasu trwania. Dreszcze wstrząsające, które się powtarzają, pozwalają wywnioskować, że obok ropnia rozwija się zakażenie ustroju, a mianowicie zapalenie zatok mózgowych. Jeśli dreszcze pojawiają się regularnie i w regularnych odstępach czasu, to dowodzi, albo że osoby takie przedtem cierpiały na gorączkę przepuszczającą, albo też, że ropień wikła się inną chorobą [MACKEWEN]. Powtarzające się dreszcze są wogóle rzadkie przy ropniu mózgowym. U dziecka pięcioletniego, któremu opróżniłem ropień zrazą skroniowego, wysoka gorączka z typem przepuszczającym, wzbudzająca podejrzenie na ropnicę, trwała jeszcze przez sześć tygodni. Dalsza obserwacja przekonała mię, że w tym przypadku oprócz ropnia mózgu, istniała gorączka zimnicowa. Przy ropniu mózgu niepowikłanym ciepłota jest w tym okresie tylko nieco podniesiona [37,8°—38,3°]; przytem tętno jest przyspieszone, język obłożony i chory czuje się osłabionym. Wszystkie te objawy, jako też zawrót głowy są wszelako właściwe sprawie ropnej w uchu średnim

bez jakichbądź powikłań wewnątrzczaszkowych. Z drugiej jednak strony zdarzają się przypadki ropnia mózgowego, zaczynające się bez jakiegobądź bólu i chory od pierwszej chwili wpada w stan odrętwienia, (któremu) towarzyszy ogólne niedomaganie, niska ciepłota, zwolnienie tętna i oddechu.

Okres początkowy trwa zwykle kilka (godzin lub dni). Jeżeli okres ten przechodzi w utajony, tracimy zwykle chorego z oczu, aż do czasu wystąpienia pewnych objawów. Nierzadko jednak okres początkowy przechodzi bezpośrednio w okres drugi, t. j. pojawienia się objawów wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego i chorobliwego przesunięcia wewnątrzczaszkowego. Największa liczba przypadków ropnia mózgowego bywa przeważnie spostrzegana w tym okresie. W okresie pierwszym rzadko mamy sposobność spostrzegania chorego z podejrzeniem na ropień mózgu. Podobny przypadek został przeze mnie opisany w „Medycynie” w roku 1906-ym.

Rozumie się samo przez się, że do dokładnego rozpoznania ropnia mózgowego potrzebna jest znajomość jego objawów, jako też objawów chorób wikłających go oraz cierpień mających z nim podobieństwo; uważam przeto za właściwe podać w krótkości symptomatologię ropnia mózgowego.

Chory w tym okresie już na pierwszy rzut oka robi wrażenie człowieka bardzo chorego i wygląd jego jest dziwny. Skórę ma bladą, żółtawą, ziemisto-brudną; oczy — jakby podbite. Jest on apatyczny, senny, spogląda bezmyślnie w przestrzeń. Czynność mózgu jest zwolniona i brak natężonej uwagi jest objawem stałym. Senny, chory odpowiada niechętnie na proste pytania; przy zwracaniu się do niego z dłuższem pytaniem zwykle zasypia lub daje jednogłoskowe odpowiedzi lub też pierwszą część dłuższej odpowiedzi; każdy następujący wyraz wymawia powolniej i artykulacja staje się coraz mniej wyraźną. Mówienie męczy go wogóle bardzo łatwo. Senność podobna jest do tej, jaką spostrzegamy przy zatruciu makowcem [MACOWEN]. W dalszym przebiegu senność wzmaga się do tego stopnia, że chorego trudno obudzić nawet na krótką chwilę. Zdolność użycia swoich sił stopniowo zmniejsza się i ginie zupełnie. Chory ma największą skłonność leżeć na wznak; położenie na jednym boku prawie nie daje się zauważyć. Zmiana położenia wywołuje prawie zawsze zawrót, często zaś nudności i wymioty. Niektórzy chorzy są gadatliwi. W rzadkich przypadkach występują prawdziwe psychozy i chorych trzeba pomieścić w zakładzie obłąkanych. Inteligencya cierpi mniej, aniżeli w innych chorobach mózgowych, specjalnie zaś mniej niż w zapaleniu opon i rozmięknieniu mózgu [LERERT]. Przy przebiegu przewlekłym ropnia przytomność umysłu jest zachowaną prawie do śmierci; w innych przypadkach jest ona chwilowo zamroczona, ażeby stać się zupełnie jasną na kilka dni przed śmiercią. Zdarzają się też przypadki, gdzie utrata przytomności występuje w postaci napadów, ustępujących po kilku godzinach. Przy ropniu mózdzku przytomność umysłu (zostaje w zupełności zachowaną lub też niewiele zamroczoną; ginie ona przy końcu choroby. Zamroczenie umysłu może dojść aż do stanu komatycznego. Zdarzają się też przypadki, przebiegające z bredzeniem lub depresją, czasem ze skłonnością do samobójstwa.

Bole w uchu, jeśli z początku występowały, giną w zupełności. Pierwszym objawem wzmożonego napięcia wewnątrzczaszkowego jest ból głowy, którego prawie nigdy nie brakuje. W pojedynczych przypadkach niema bólu głowy i taki przypadek przed wielu laty został przeze mnie opisany w *Zeitschr. f. Ohrenhk. t. 23*. Zwykle atoli jest to jeden z najstalszych objawów tworzącego się i wytworzonego ropnia mózgu. Ból głowy jest stały, zwalniający, przepuszczający i odpowiada przeważnie miejscu ropnia; to wszelako nie może służyć za prawidło; nieraz zdarzają się przypadki, że lekarze uszni i chirurgowie, wprowadzeni w błąd przez umiejscowienie bólu, operują w tem miejscu i ropnia nie znajdują. Dopiero badanie pośmiertne wykazuje, że ropień został wprawdzie za życia rozpoznany, lecz fałszywie umiejscowiony. Nieraz z tego powodu ropień szukany bywa w zrazie skroniowym, ponieważ ból istnieje w tem miejscu; tymczasem ropień znajduje się w mózdzku i odwrotnie. Nawet bóle czołowe przytrafiają się przy ropniach mózdzku. KORNER przytacza pięć przypadków ropnia skroniowego z bolem, umiejscowionym w okolicy potylicowej. Ból głowy bywa różnego natężenia, od lekkiej ciężkości, do bólów najstraszniejszych, nie dających się niczem uspokoić. Ograniczone są do pewnej okolicy lub rozciągają się na całą głowę. Wszystko, co powiększa ciśnienie krwi w jamie czaszkowej, wzbudza lub wzmacnia ból głowy, np. napoje wysokowe, rozgrzanie się, parcie na stolec, praca umysłowa, czasem nawet chodzenie i t. p. Dzieci skarżą się zwykle na rozlany ból głowy. Opukiwanie głowy sprowadza ból w miejscu odpowiadającym ropniowi. Zawartość jamy czaszkowej ma wpływ na dźwięk opukowy [MACEWEN]. KNAPP, opukując miejsca symetryczne czaszki, zauważył, że ton opukowy po stronie chorej był silniejszy, niż po zdrowej. Przy ropniu mózdzku chorzy skarżą się zwykle na ból w okolicy potylicowej. Jest to jeden z najważniejszych objawów dla rozpoznania różniczkowego między ropniem mózgu a mózdzku i spostrzega się w połowie przypadków. Często jednak ból nie jest określony. OKADA nie znalazł bólu potylicowego w 54% ropni mózdzku. Podług POLITZER'a ból potylicowy stanowi jedyny objaw utajonego ropnia mózdzkowego.

Bole głowy wywierają niekiedy charakterystyczny wpływ na chód i trzymanie głowy chorego [R. MUELLER]. Chód jest ostrożny, nogi są rozstawione; jest to po części objaw ataksji mózdzku, po części zaś chorzy tak chodzą, ażeby nie wstrząsać głową. Ma się rozumieć, że objaw ten ma tak długo pewną wartość, jak długo chorzy są jeszcze w stanie chodzić. Głowa bywa trzymana możliwie spokojnie i sztywno. Przy bólu potylicowym głowa jest zwrócona ku stronie chorej i ku tyłowi. Także kark i tułów zostają pochylone na bok i ku tyłowi. Taka postawa ciała pozwala u chorego, cierpiącego na przewlekłą sprawę ropną w uchu, rozpoznać ropień mózdzku już do pewnego stopnia z odległości.

Nadczułość głowy była dotąd spostrzegana trzy razy przy ropniach mózgu. Wielokrotnie znaleziono przy ropniu mózgu lub mózdzku, któremu towarzyszy zakrzep zatoki poprzecznej, sztywność mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego, jako też bolesność tkanki pod nim leżącej i ciągnącej się

wzdłuż żyły szyjnej wewnętrznej. Ucisk na koniec tylnego trójkąta wywołuje uczucie bólu [MACEWEN].

Objawem wielce szacownym, niezmiernie ważnym i występującym zawsze w tym okresie przy ropniach niepowikłanych jest zwolnienie tętna, które spaść może do 30-u uderzeń na minutę; zwykle wynosi częstość tętna 48—60 uderzeń na minutę. Częstość tętna nie odpowiada ciepłocie ciała. Zwolnienie tętna daje się wszelako zauważyć i przy innych cierpieniach mózgu, jak np. przy nowotworze, przy zapaleniu masy mózgowej, jako następstwo wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Dla ropnia ma jeden punkt ważne ogólne znaczenie rozpoznawcze, a mianowicie: skoro przy podwyższonej ciepłocie ciała tętno jest zwolnione, wtedy na pewno przyjąć można cierpienie wewnątrzczaszkowe i wykluczyć cierpienie ogólne; zauważywszy zaś coś podobnego przy sprawie ropnej w uchu, która wywołała chorobę w jamie czaszkowej, mamy w tem dowód, że istnieje ropień lub zapalenie mózgu, powikłane zapaleniem opon. Zapalenie opon, wywołane przez zakażenie lub zakrzep zakaźny, daje tętno prędkie i małe. W podobnych przypadkach charakter tętna nie zależy od cierpienia mózgu, lecz od zakażenia.

Stopień zmniejszenia się częstości tętna jest niezawsze proporcjonalny do wielkości ropnia; małe ropnie dają nierzadko takie samo zwolnienie tętna, jak ropnie znacznych rozmiarów. Wszelako często tętno może zwalniać się w stosunku do wzrostu ropnia. Powiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe stanowi prawdopodobnie przyczynę najgłówniejszą zwolnienia tętna, gdyż zaraz po opróżnieniu wielkiego ropnia częstość tętna zostaje znacznie przyspieszona. Ponieważ w pewnych przypadkach ropnia mózgowego ciśnienie wewnątrzczaszkowe ulega tylko nieznacznemu powiększeniu, gdyż ognisko ropne zajmuje tylko niewiele więcej miejsca, niż zniszczona substancja mózgowa, łatwo jest przeto zrozumiałem, że w podobnych razach zwolnienie tętna daje się zauważyć częściej przy ropniach mózdzku, aniżeli mózgu; co do mnie, to pod tym względem nie znalazłem żadnej różnicy. Istniejące jednocześnie inne cierpienie mózgu, przy którym tętno jest przyspieszone, może utrudnić rozpoznanie [SCHWARTZE]. Z drugiej strony zwolnienie tętna może wzbudzić podejrzenie na ropień mózgu [Koch]. Niedawno spostrzegalem dziesięcioletniego chłopca, bardzo wynędzniałego, mającego prawostronne przewlekłe zapalenie ropne ucha średniego i cierpiącego od czasu do czasu na prawostronne bole głowy. U tego chłopca tętno dawało 42 uderzenia na minutę. Bliższe badanie wykazało, że zwolnienie tętna zależało wyłącznie od choroby serca. Nieregularność tętna zdarza się tu i owdzie przy ropniach mózdzku.

Zawrotów prawie nigdy nie brak w tym okresie; przy ropniach mózdkowych są one często daleko wybitniejsze, niż przy ropniach mózgu. Zawrót w rzeczywistości nie jest tak częstym, jak wymioty. Zawrót bywa różnego rodzaju i natężenia. Wzmożenie się bólu głowy lub zmiana położenia wywołują go lub powiększają. Zawrót jest wszelako bardzo częstym objawem przy cierpieniach błędniaka.

Stałym prawie objawem są wymioty, lecz napotykają się i w innych cierpieniach wewnątrzczaszkowych. Przy ropniu mózgu występują wymioty, gdy chory leżący chce się podnieść lub chodzić; jednocześnie występują silne zawroty. Przy ropniach mózgu są zwykle wymioty częstsze i upartsze, aniżeli przy ropniach mózgu i należą do bardzo ważnych oznak ropnia mózgu, gdyż napotyka się u 75% chorych. Koch wspomina o jednym przypadku, w którym wymioty wywołane przez ropień mózgu, przyjęte były za oznakę ciąży. Badanie pośmiertne wykazało prawdziwy powód wymiotów. Cięży wcale nie było. Ropniom mózgu znacznych rozmiarów towarzyszą trudności w polykaniu skutkiem ucisku na most.

Nieprzyjemna woń z ust jest dość częstym objawem przy ropniach mózgu. Język jest najczęściej grubo obłożony, często suchy, brunatnawy lub sinicowy; drży przy wysuwaniu z ust. Zęby pokrywają się grubym osadem. Woń z ust jest bardzo podobna do woni, pochodzącej od sprawy ropnej w uchu, a raczej jest z nią identyczna. Podobnie przykra woń z ust może też zdarzyć się przy zaniedbanym przewiekłym ropniu z ucha bez powikłania wewnątrzczaszkowego. Przy zapaleniu zatok zakaźnym woń ta jest w każdym razie przykrzejszą, aniżeli przy ropniach mózgu niepowikłanych.

Regularnie istnieje zaparcie stolca, które często jest bardzo uparte. Wszelako jest to także objaw stały przy zapaleniu opon i przy nowotworach mózgu. Przy zakrzepie zatok przeważa rozwolnienie. Przy ropniu mózgu częsty jest zupełny brak łaknienia, rzadszą jest żarłoczność. Chorzy mają niekiedy taki wstręt do wszelkiego jedzenia, że muszą być sztucznie karmieni.

Do częstych objawów ropienia mózgu należy też wysoki stopień wychudnienia i stanowi ono z pośród objawów ogólnych ostatnią oznakę tego okresu. Znaczne wychudnienie przy niskiej ciepłocie ciała, zwolnionem tętnie, zaparciu stolca i bólu głowy, stanowią grupę objawów niezmiernie ważną dla rozpoznania ropnia mózgu. Wychudnienie, któremu towarzyszą silne dreszcze, poty i rozwolnienie, zależy od zakażenia ogólnego i nie może pochodzić od ropnia mózga.

Oddychanie jest zwolnione, wszelako najczęściej regularne. Przy ropniach mózgu jest ono wogóle daleko wolniejsze, aniżeli przy ropniach mózgu; niekiedy jest ono nieregularne lub przedstawia typ CHEYNE-STOKES'a. Skoro ropień uciska rdzeń przedłużony, oddychanie może ustać na długo przed ustaniem bicia serca. Przy zapaleniu opon, przy zakrzepie zakaźnym oddychanie jest przyspieszone; gdy jednak w sprawę zapalną opon wciągnięty jest tylny dół czaszkowy, może oddychanie przedstawiać ten sam typ, co przy ropniu mózgu.

[D. c. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHRONICZNYCH CHORYCH NERWOWYCH W SZPITALU
NA PRADZE.

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNANIA POWIERZCHO-
WNYCH GUZÓW MÓZGU *).

Podał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Ciekawymi są zresztą pod tym względem spostrzeżenia REDLICH'a ¹⁾. Wbrew zwykłemu prawidłu REDLICH znalazł po stronie porażenia wzmożenie odr. brzusznych w 7-u przypadkach organicznej hemiparezy. I oto okazuje się, że z tych 7-u przypadków 5-u miało padaczkę JACKSON'a wskutek nowotworu mózgu i spowodowało porażenie połowicze. Niestety przytoczone przez REDLICH'a historye choroby są zbyt krótkie, żeby można było z nich wyprowadzić pewne wnioski, ale w każdym razie jest niezmiernie zastanawiającem, że większość przypadków REDLICH'a była dotknięta właśnie nowotworami mózgu ²⁾.

*). Według pokazu w sekcji neurologicznej Warsz. Tow. Lek. 19-go stycznia 1907 r.

¹⁾ Ueber die Steigerung der Hautreflexe auf der paretischen Seite bei organischen Hemiparesen. Neurologisches Centralblatt 1906.

²⁾ Z historyi chorób REDLICH'a możnaby wnioskować, że w niektórych jego przypadkach brakował także objaw BABIŃSKIEGO po stronie porażenia (przypadki 3, 5 i 6). Wszystko to dowodzi, że niektóre porażenia połowicze uciskowego pochodzenia różnią się od zwykłych organicznych porażen połowicznych i że poprzednie nasze odnośne uwagi są dosyć prawdopodobne.

Byłoby wogóle ciekawem przejrzenie większej liczby historyi chorób nowotworów mózgu ze względu na objaw BABIŃSKIEGO i odruchy brzuszne. Niestety, zajmujące nas tu odruchy niezawsze są należycie uwzględnione. Tam zaś, gdzie tak jest, znajdujemy często wzmiankę o braku odr. BABIŃSKIEGO i zachowaniu odruchów brzusznych po stronie porażenia. Przytoczone przez OPPENHEIM'a w niedawnej jego pracy (Beiträge zur Diagnostik des Tumors cerebri. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905. Zeszyt 2 i 3) spostrzeżenia, są pod tym względem bardzo ciekawe. W przypadku IV (napady korowej padaczki, pra-

Nie będę się dłużej zastanawiał nad tem, że w przypadku naszym brakowały t. zw. ogólne objawy uciskowe (wymioty, zmiany oczne i t. d.). Bardzo powolny rozwój cierpienia, obwarunkowany charakterem nowotworu, dostatecznie się okoliczność tłómaczy.

Pod względem teoretycznym zasługuje na omówienie jeszcze jeden szczegół z historii choroby naszego chorego. Otóż po jednym z napadów u chorego wystąpiły zaburzenia pęcherzowe (*retentio* z następczą *incontinentia*), które trwały kilka dni, przechodziły a następnie często wracały po napadach drgawkowych. Pewne wahania w natężeniu tych zaburzeń równoległe z napadami drgawkowymi, brak wszelkiego miejscowego cierpienia pęcherza i nareszcie zniknięcie tych zaburzeń po operacji budzą przypuszczenie, że owe zaburzenia znajdowały się w ściślejszym jakimś związku z cierpieniem mózgowym, że ulegały tu być może uciskowi korowe ośrodki, regulujące czynność pęcherza. Że pęcherz zostaje pod kontrolą kory mózgowej, dowodzi życie powszednie.

Doświadczenia FRANCISZKA FRANK'a ¹⁾, BECHTEREWA i MEYER'a ²⁾, BECHTEREWA i MISŁAWSKIEGO ³⁾, FRANUL-HOCHWARTH'a i FROEHLICH'a ⁴⁾ i innych wykazały, że ośrodki te znajdują się w najbliższym sąsiedztwie z ośrodkami strefy czucioruchowej (u psów, małp i inn.). Ale i kazuistyka kliniczna potwierdza zupełnie prawie wyniki doświadczalne. CZYLHARZ i MARBURG ⁵⁾, którzy zebrali odnośny materiał, przychodzą do wniosku, że istnieją bezwarunkowo zaburzenia pęcherzowe wskutek miejscowego podrażnienia odnośnych ośrodków korowych i że te ostatnie znajdują się między ośrodkami dla górnej i dolnej kończyn, ściślej jeszcze w najbliższym otoczeniu ośrodka dla ruchów w stawie biodrowym.

Oczywiście, że tylko takie przypadki mogą tu być przyjęte w rachubę, w których jest zupełnie zachowana przytomność i gdzie na pewno można wykluczyć cierpienie rdzeniowe. Ze względu na to, że odnośne ośrodki są prawdopodobnie bardzo małe w porównaniu ośrodkami ruchowymi dla koń-

wostronna pareza, głęjak w górnej części przedniego zwoju ośrodkowego) „odruchy brzuszne nie były zmienione, zwłaszcza zaś nie można było otrzymać ani BABIŃSKIEGO, ani OPPENHEIM'a“. W przypadku V. (rozłany nowotwór w obrębie zwojów ośrodkowych; trwałe porażenie lewych kończyn) także nie było objawów BABIŃSKIEGO, jakkolwiek było drżenie rzepkowe i stopowe. Odruchy brzuszne zaś były z obydwu stron. Dopiero po operacji wystąpił BABIŃSKI i odruchy brzuszne. W przypadku VII. (torbiel w okolicy i pod pierwszym zwojem skroniowym; hemiparesis dextra) BABIŃSKI był ujemny a odruchy brzuszne z obydwu stron jednakowe.

¹⁾ Leçons sur les fonctions motrices du cerveau. Paris 1837.

²⁾ Ueber Rindencentren des Sphincteris ani et vesicae. Neurologisches Centralblatt 1893.

³⁾ Die Hirncentren für die Bewegungen der Blase. Ibidem 1888.

⁴⁾ Ueber die corticale Innervation der Harnblase. Ibidem 1902.

⁵⁾ Ueber cerebrale Blasenstörungen. Jahrbuch für Psychiatrie 1901.

czyn (według t. zw. prawa OBERSTEINER'a ¹⁾ ośrodek jest tem mniejszy, im rzadziej wykonywa świadomie swoje czynności), to już *a priori* można przypuszczać, że zupełnie czyste i odosobnione zaburzenia pęcherzowe wskutek podrażnienia odnośnych ośrodków wyjątkowo tylko mogą być spostrzeżone. Najciekawszymi pod tym względem są przypadki FRIEDMAN'a i GOLDMANN'a ²⁾, z których pierwszy zwłaszcza równa się prawie doświadczeniu laboratoryjnemu. 9-letni chłopiec uderzony został tak silnie kamieniem w prawą okolicę skroniową, że zaszła potrzeba usunięcia drogą operacji małych kawałków kości. Po kilku tygodniach chłopiec wyzdrowiał i mógł uczęszczać do szkoły, pozostała tylko zupełna *incontinentia* moczu. FRIEDMAN, badając chorego rok po operacji, z wyjątkiem ogólnego zdenerwowania, które było prawdopodobnie wynikiem ciągłego niezatrzymania moczu, żadnych objawów ogniskowych nie znalazł. Na miejscu zaś urazu i operacji, Fr. znalazł wklęśnięcie, które stosownie do kraniotopograficznego schematu KOCHER'a, odpowiadało granicy między górną a średnią trzecią tylnego zwoju ośrodkowego, nieco z tyłu od ośrodka dla ramienia. I właśnie w tym ucisku na korę Fr. upatruje przyczynę niezatrzymania moczu, co zresztą się zgadza z poprzednio przytaczanemi danemi doświadczałnemi.

Ciekawym też jest przypadek GOLDMANN'a. U kobiety, która wskutek *caries* kości skroniowej miała ropień subperiostalny, który zapomocą małego otworu w kości komunikował się z ropniem epiduralnym, wystąpiła *retentio urinae*, która, jak widać z szczegółowej historii choroby, nie była zależną ani od miejscowego cierpienia pęcherza, ani od ogólnego stanu chorej. Ropień epiduralny, który według GOLDMANN'a uciskiem swoim wywoływał zaburzenia pęcherzowe, uciskał na dwie dolne trzecie tylnego zwoju ośrodkowego.

Porównywając te dane z historią naszego chorego, trudno oprzeć się myśli, że i w naszym przypadku zaburzenia pęcherzowe były w przyczynowym związku z guzem twardej opony, który uciskał na mniej więcej to samo miejsce zwojów ośrodkowych, na które wskazują wyżej wzmiankowani autorowie. I zaprzestanie tych zaburzeń po operacji w tym samym kierunku przemawia. Wyraźnie nadmieniam, że całą tę sprawę poruszyłem tu raczej ze względów teoretycznych niż miejscowo rozpoznawczych. Tem bardziej kwestyę tę należało obszerniej nieco omówić, że niektórzy autorowie zupełnie odmiennie na całą tę sprawę się zapatrują. BRUNS na przykład, wprost zaznacza, że tylko u dzieci spotykał zaburzenia pęcherza pochodzenia mózgowego i że przyczynę należy tu szukać w psychicznem przygnębieniu małych pacjentów.

Sz. Panowie! Operacja, jak widzieliście, potwierdziła w ogólnych zarysach nasze rozpoznanie, zwłaszcza co do miejsca ucisku w korze mózgowej.

¹⁾ Zur Kenntniss der cerebralen Blasenstörungen. Münchener med. Wochenschrift 1903.

²⁾ Zur Frage der cerebralen Blasenstörungen. BRUN's Beiträge zur klin. Chirurgie. T. 42.

Powstałe po wyłuszczeniu guza wkłęśnięcie rozprzestrzeniło się przeważnie na tylny zwój ośrodkowy w środkowej i dolnej jego częściach. Jakkolwiek na oko kora mózgowa w miejscu ucisku wydawała się nieuszkodzoną, trudno jednakże przypuścić, żeby 6-letni przynajmniej ucisk przeszedł zupełnie bezkarnie dla miejsca ucisku i najbliższego jego sąsiedztwa. W jakim stopniu ucierpiał tu przedni zwój ośrodkowy, trudno oczywiście osądzić; w każdym razie przypadek nasz może posłużyć poniekąd za dowód, że drgawki miejscowe mogą być wywołane podrażnieniem tylnego zwoju, wbrew twierdzeniu niektórych, że ośrodki ściśle ruchowe znajdują się tylko w przednim zwoju ośrodkowym.

Jeżeli nareszcie na końcu zadamy sobie pytanie, o ile ostateczny wynik zadość uczynił wszystkim naszym oczekiwaniom, to musimy sobie szczerze odpowiedzieć, że niezupełnie. Jakkolwiek chory może sam się poruszać, ale w każdym razie został przy parizie połowiczej; być może tylko czasowo. Zupełnie zdrowym go nazwać nie można. Może być, że gdyby cierpienie było rozpoznane przed kilkoma laty, kiedy i guz i uciskana przez niego kora mózgowa były mniejszemi, i wynik ostateczny byłby inny. Smutnem jest oczywiście, że mamy tu do czynienia z biednym rzemieślnikiem, któremu dla jego rzemiosła niezbędną jest i lewa ręka. Mniej dotkliwą byłaby ta pariza połowicza dla naszego chorego, gdyby był urzędnikiem, kupcem, kapitalistą i t. p. Jeżeli jednakże uwzględnimy, że chory od 4 ch miesięcy jest wolny od częstych ciężkich napadów drgawkowych, które narażały życie jego i czyniły go bardzo uciążliwym dla otoczenia, to i tego wyniku lekceważyć nie należy. Zresztą z biegiem czasu i obecna hemipariza może się jeszcze znacznie poprawić.

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Zatkanie oskrzela płatowego przez skrzep krwi.

Chora lat 18, panna, dziedzicznie nie obarczona, od ósmego roku życia miewa dość często napady bicia serca, bądź pod wpływem wzruszeń psychicznych, bądź też w nocy, gdy więcej zje na wieczór; przy ruchu napady nie występowały. Miesiączkuje od 10-go roku życia, z silnymi bólami. W ostatnich dwu latach chora pluła kilka razy krwią, niekiedy dość znacznie. Do kaszlu skłonności nie ma, kaszlała jedynie przy odkrztuszaniu krwi.

Przy badaniu prawidłowo zbudowanej, miernie odżywionej, anemicznej chorej znaleziono powiększenie serca w obu rozmiarach i obecność silnego trzęsącego szmeru przedskurczowego i skurczowego u wierzchołka serca; ten drugi tętnicy płucnej wzmożony. Objawów przedmiotowych niewyróżnienia nie można było wykryć; wątroba nie powiększona, obrzęków nie spostrzegano nigdy. Ze strony płuc, na które ze względu na powtarzane krwawienia, zwrócić należy baczną uwagę, nie można było wykryć zmian chorobnych; wspomniane ukazywanie się krwi stawiam w zależności od wady w krążeniu, jako następstwo zastoju w płucach lub infarktów płucnych.

W czerwcu r. b. chora dostała znowu krwotoku płucnego, silniejszego niż kiedykolwiek uprzednio. Przy widzeniu chorej na drugi dzień odpluwała jeszcze obficie spore ciemne skrzepy. Była mocno pognębiona, oddech miała przyspieszony do 40 na minutę; przy małym tętnie do 132 na min. Na drugi i trzeci dzień jeszcze takie samo odpluwanie i stan w ogóle bez zmiany. Czwartego dnia chora zaczęła gorączkować [38°] i doznawać bólu w lewym boku. Przy badaniu znalazłem lekkie stłumienie tonu wypukowego na rozległości 2—3 palców nad dolną granicą lewego płuca — o tyłu i u boku; przy wysłuchiowaniu oddech pęcherzykowy słaby i nieliczne półtrzęszczenia. Przypuszczałem, że mamy do czynienia z zawałem krwotocznym, niewykrytym przy poprzednim badaniu, powierzchownym z konieczności przypadku, a wywołującym podrażnienie opłucnej. Następnego dnia przy utrzymywaniu się podniesionej ciepłoty ponad 38°, znalazłem, że stłumienie podniosło się do połowy łopatki lewej; oddech w dolnych ustępach nie było można wysłuchać; podobnie nie można było wyczuć drżenia klatki piersiowej.

Opierając się na poprzednim przypuszczeniu, sądziłem, że jako następstwo podrażnienia opłucnej zaczyna się szybkie zbieranie się wysięku płynnego. Ciepłota wieczorem 39°, oddechów, 36, tętno 126. Kaszel rzadki z odpluwaniami brudnej szaro-brunatnej płwociny.

Kiedy szóstego dnia wśród tych samych objawów znalazłem podniesienie się tępości do ośmi łopatki, wziąłem to za potwierdzenie tworzenia się wysięku i postanowiłem zrobić przekłucie klatki nazajutrz, aby się przekonać o charakterze wysięku.

Tegoż dnia wieczorem ciepłota 40,1°; w nocy silny napad kaszlu, podczas którego chora odpluła czop szaro-brunatny, grubości papierosa z odnogami na końcu, jakby na suchej gałązce. Potem stan chorej zaczął się szybko poprawiać, duszność ustąpiła i ciepłota spała do normy; przy badaniu obraz zmian przedstawił się zupełnie inaczej niż wczoraj. Stłumienie tonu wypukowego znikło, oddech dochodzi do samego dołu, gdzie słychać liczne podtrzęszczenia. Tętno 100, oddechów 20. Drżenie klatki piersiowej daje się wyczuwać na całej powierzchni.

Odtąd stan chorej poprawiał się stale, ciepłota już się więcej nie podniosła, kaszel i odpluwanie ustało, powrócił stan, jak przed krwotokiem.

Kwestya rozpoznania wyjaśniła się sama przez się. Przyczyną zaznaczonych objawów było gromadzenie się płynu w jamie opłucnej, ale, oczywiście, zależały one od skrzepu krwi, zatykającego całkowicie oskrzele główne dolnego zrazu płuca lewego. Stłumienie tonu wypukowego, rosnące stopniowo ku górze, objaśnić sobie należy spadaniem się płuca — *atelectasis*: początkowo dolnych, następnie wyżej położonych części płuca; stąd też nie-
możność wysłuchania oddechu i wyczuwania drżenia głosowego na klatce piersiowej. Gorączka zależała zapewne od częściowego wysysania się rozmiękczonego się skrzepu; przypuszczenie to potwierdza ustanie jej [po wydalaniu czopa].

Nasuwa się tu jeszcze drugie pytanie: z jakiego źródła pochodziła krew w drogach oddechowych? Czy była ona pochodzenia zatorowego, czy też nastąpił tu krwotok przy *phthisis larvata* z aspiracją do odleglejszego oskrzela.

Przy zawałach krwotocznych nie bywa zwykle krwawień dużych, jak w danym razie było jakoby na początku; nie ukazuje się też nagłe większa ilość krwi. Możliwość utworzenia się wielkiego skrzepu krwi, któryby był w stanie zatkać oskrzela tak wielkiego rozmiaru, świadczy też o dużej ilości wybroczonej krwi. Możliwość jej pozostawania i zakrzepnięcia w oskrzelu objaśnia się osłabieniem odruchu kaszlowego przy silnej depresji chorej, leżącej długo bez ruchu w stanie blizkim omdlenia.

Ta ostatnia okoliczność mogłaby poniekąd ułatwiać i stopniowe nagromadzenie się w oskrzelu krwi, powoli i w mniejszej ilości dobywającej się z ogniska zawału.

Przypadek powyższy wydaje mi się dość godnym uwagi pod względem rozpoznawczym; w literaturze odnośnej, a zwłaszcza w podręcznikach dyagnostyki nie spotkałem się z opisem podobnych.

Otton Hewelke.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

9. Rentgenoterapia.

Trzy są dziedziny chorób, w których lecznicze działanie promieni ROENTGEN'a znalazło i ustaliło swe zastosowanie; a mianowicie: choroby wewnętrzne, chirurgia z ginekologią i dermatologią. Z zakresu chorób wewnętrznych pierwsze tu miejsce przynależy białaczce. Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że w większości przypadków białaczki, zwłaszcza szpikowej, naświetlania rentgenowskie sprowadzają wybitną poprawę przedmiotową i podmiotową, a. być może, nawet i przedłużają życie. O „wyleczeniu“ nie może tu być mowy, lecz wobec bezsilności innych środków, promienie ROENTGEN'a występują na plan pierwszy. Od białaczki jeden krok tylko do białaczki rzekomej, gdzie rentgenoterapia dała wyniki dodatnie, jakkolwiek krótkotrwałe. Zachwalają również tę metodę i w chorobie BANTI'ego, jako też w chorobie MIKULICZA. Przyczynę takiego działania promieni ROENTGEN'a we wspomnianych chorobach tłumaczą prace eksperymentalne HEINEKE'go i KRAUSE'go którzy stwierdzili, że promienie R. działają elektywnie na grudki limfatyczne śledziony; te ostatnie, resp.

ich elementy specyficzne—limfocyty, giną. Ten sam proces odbywa się we wszystkich grupach gruczołów chłonnych ciała; w gruczołach chłonnych widzimy również zniszczenie grudek limfatycznych, substancji korowej i pasm rdzeniowych; w szpiku kostnym widzimy zanikanie komórek specyficznych i zamianę ich przez komórki tłuszczowe. Na podstawie tych doświadczeń należałoby przyjąć, że promienie ROENTGEN'a wywołują tylko zniszczenie, skąd łatwo zrozumieć, że w schorzeniach narządów krwiotwórczych otrzymuje się tylko poprawę, bez trwalszych wyników, brak bowiem elementu odradzającego; nieprodukcyjna tkanka łączna zjawia się na miejsce tkanek, ważnych dla życia. Tak czy owak, pozostaje tu dla badaczy jeszcze obszerne pole.— Oprócz wspomnianych postaci chorobnych niezłe wyniki dały promienie ROENTGEN'a w dnie, goścu, chorobie BASEDOW'a, guzach śródpiersia, chorobie ADDISON'a. Przy wolu GOTSCHALK nie otrzymał najmniejszego wyniku dodatniego. Co do raka skórnoego, mianowicie rakowca (*canceroid*) twarzy, to dziś nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nie tylko można go wyleczyć promieniami ROENTGEN'a, lecz nawet ta metoda ze względów kosmetycznych posiada wyższość nad zabiegiem krwawym, na co zgadzają się i chirurdzy, jak MIKULICZ, BRUNS, SCHIFF. Co się tyczy innych raków, a przedewszystkiem raka piersi, to nawet w przypadkach rozpaczliwych promienie ROENTGEN'a okazały wielką korzyść paliatywną. Istnieją dwie teorye, wyjaśniające istotę działania rentgenoterapii na nowotwory raka: według jednej, promienie ROENTGEN'a działają elektywnie na młode komórki nabłonkowe, druga zaś teoria mniema, że wskutek pierwotnego uszkodzenia naczyń krwionośnych, guz jest słabo odżywiany i w rezultacie znika. GOTSCHALK stara się pogodzić obie teorye, uznając obydwie sposoby działania, występujące jednocześnie, zależnie od rozmaitych rodzajów promieni; co do tego niema wątpliwości. Różnorodność działających razem promieni nie polega na rozmaitym stopniu ich intensywności, lecz na właściwościach fizykalnych i chemicznych, przyczem jedne z nich zapewne w większym stopniu promieniują z lamp miękkich, inne zaś—z twardszych. Mięsakom poddają się temu leczeniu daleko trudniej, niż rakom, tutaj bowiem działanie promieni jest tylko pośrednie. Przyczyna tego, tkwi w samej istocie mięsaka, jako guza łącznotkankowego. Jeżeli bowiem promienie ROENTGEN'a wywołują elektywne działanie na nabłonek z jego pochodniami, to jest rzeczą łatwo zrozumiałą, że ich wpływ na tkankę łączną może być tylko wtórny, t. j. następczy. Z pośród mięsaków najbardziej te nadają się do rentgenoterapii, których punktem wyjścia jest skóra i gruczoły chłonne, na które promienie działają destrukcyjnie w najsilniejszym stopniu—dzięki temu mięsak kurczy się i obumiera. W literaturze można znaleźć pewne dane o dobrych wynikach takiego leczenia w przeroście gruczołu krokowego, jakkolwiek sprawa ta nie jest jeszcze bliżej wyjaśniona. Z zakresu ginekologii skuteczną się okazała rentgenoterapia w mięśniaku macicy. Działanie w tych razach jest łatwo zrozumiałe: wskutek naświetlania bardzo wrażliwych na promienie ROENTGEN'a jajników, wywołuje się bezpłodność i brak miesiączki, czego następstwem jest starcze zwijanie się macicy, a zatem i mięśniaka; oprócz tego można bezpośrednio oddziaływać na mięśniak, *resp.* odżywiający go naczynia, zapomocą kombinowanego naświetlania zewnętrznego i wewnątrzpochwowego.— Prawdziwie jednak tryumfy święci rentgenoterapia w dziedzinie dermatologii. Oprócz wspomnianych wyżej raków i mięsaków skóry, nadają się tu bardzo: grzybica guzowa, brodawki, liszaj żrący, liszaj rumieniowaty, gruźlica gruczołów na twarzy i na szyi. Z pośród chorób włosów bardzo dobre wyniki otrzymano w parchach, w figówce pospolitej i pasorzyt-

niczej, w łysinie plackowatej, w nadmiernem uwłosieniu. Co się tyczy ostatniej postaci (t. j. *hypertrichosis*), to trzeba naświetlać bardzo ostrożnie, a w przerwach pomiędzy posiedzeniami naświetlać uciążki rentgenizowane światłem niebieskim i codziennie masować, aby zachować ich jędrność; przy zachowaniu tych ostrożności uniknie się zaniku skóry i rozszerzenia naczyń. W grupie zapalnych chorób skóry zachwalają rentgenoterapię w pryszczycy, łuszczycy, liszaju czerwonym [płaskim i brodawczatym], w ciężkich nawet postaciach trądzika. Zasadnicze punkty, które trzeba mieć na uwadze przy naświetlaniu, są następujące:

- 1) Jakość lampy, co jest alfą i omegą całej techniki.
- 2) Odległość lampy od obiektu.
- 3) Intensywność naświetlania.
- 4) Czas ekspozycji.
- 5) Powierzchnia ekspozycji.

W dalszym rzędzie stoją przyrządy i środki, mające na celu wzmocnić siłę działania wgłąb promieni ROENTGEN'a i środki zapobiegawcze dla lekarza i chorego przeciw niepożądanym wpływom tychże promieni. Co się tyczy jakości lamp, to najlepsze lampy są dość dobre do celów leczniczych. Przy zamierzonym działaniu na powierzchnię GOTSCHALK używa lamp „miękkich”, przy głębszem oddziaływaniu—lamp „średnich”; lamp „twardych” autor ten do leczenia nie używa. Aby wzmocnić działanie na głębokość, zaleca stosowanie ucisku i środków do naczulenia tkanek jak eozyna, *Chinin. bisulf.*, *Fel tauri*. Odległość lampy od obiektu wogóle nie powinna być bliższa nad 15 ctm.; stopień intensywności lampy zależy od zamierzonego efektu; wogóle zaś nie należy wyzyskiwać tej własności lampy całkowicie; jako środek dawkowania, służy autorowi *milli-amperimetr* i *dosimetr Sabouraud i Noiré*. Czas ekspozycji powinien się ograniczać do 6—15 min. Płaszczyzna ekspozycji nigdy nie powinna być bardzo duża, ponieważ (LEVY-DORN) liczba pochłanianych promieni jest proporcjonalna do wielkości powierzchni eksponowanej.

(Gotschalk. *Roentgenoterapie nach ihrem heutigen Stande. Stuttgart 1907*).

W. Dobrowolski.

X Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie.

II.

Trzy programowe wykłady na pierwszym ogólnym zebraniu zjazdowym dotyczyły trzech dziedzin: filozofii, fizyki i medycyny praktycznej, i rzuciły światło na przyszłe w tych dziedzinach zadania.

Pierwszy przemawiał kol. BIEGAŃSKI z Częstochowy na temat: „O współczesnej filozofii przyrody”.

Na wstępie mówca zaznaczył, że do niedawna nauki przyrodnicze i filozofia szły odmiennymi drogami. Przyrodnicy przede wszystkim nie mieli zaufania do spekulacji filozoficznych, gdyż wyniki ich badań zbyt często nie zgadzały się z dociekaniem filozofii pierwszej połowy XIX wieku. Było to, ma się rozumieć, tylko nieporozumienie, które musiało prysnąć z chwilą, kiedy przekonano się z jednej strony, że należy poddać krytyce zasadnicze pojęcia i postulaty przyrodoznawstwa, a z drugiej, że nie można lekceważyć tego kolosalnego dorobku, do jakiego doszły badania nad przyrodą. Prelegent, pomijając filozofię przyrody w ścisłym tego słowa znaczeniu, t. j. jako syntezę wyników różniczkowanych nauk przyrodniczych, w celu wytworzenia sobie ogólnego poglądu na przyrodę zajmuje się wyłącznie rzutem oka na rozwój krytyki zasadniczych pojęć przyrodoznawstwa.

Materyalizm i dogmatyzm, jaki panował w połowie XIX stulecia, wzbudzić musiał reakcję, która zaprzeczyła właśnie temu, co przedtem uchodziło za niezbite pomniki. Objektywizm i realizm, jakiemu hołdowali przedtem przyrodnicy, ustąpić musiał subiektywizmowi w pojmowaniu przez nas zjawisk w przyrodzie. Zjawisko przyrodnicze, fakt naukowy, stał się odtąd postrzeżeniem, percepcją, rzeczywistość — czuciem i skupieniem czuć. Przejście do idealizmu, było stąd bardzo łatwe: opierając się na empiryzmie, który jedynie doznanie uznaje za prawdę, dochodzi się do wniosku, że niema rzeczywistości poza naszymi czuciami. Przyszedł tu w pomoc dalszy rozwój nauk przyrodniczych, który pozbywał się pojęcia materii i siły, zastępując go w fizyce matematycznej bezwymiarowym punktem i energią, co podkopywało wiarę w podłoże materyalistyczne. Dalszą konsekwencją było zachwianie się powszechnie uznawanych dotąd praw przyrody. Krytyka filozoficzna uznać ich nie mogła, uważając je raczej za niczem nie uzasadnione i nie sprawdzalne przesądzenie. I w tym wypadku bliższe badania przyrodnicze wykazywały słuszność tego poglądu, takie np. prawa MARIOTTE'a lub DALTON'a okazały się prawdziwymi tylko w pewnych granicach. Posunięto się w krytyce zasadniczych pojęć tak daleko, że odmówiono matematyce, stojącej w ścisłym związku z badaniami przyrodniczymi, oczywistości jej podstaw, uważając je odtąd za prawdy konwencyjonalne. Jednym słowem, przestano szukać w nauce praw, a widziano w niej odtąd tylko sposób łączenia faktów lub za MACH'em „najoszczędniejsze i najprostsze pojęciowe ich wyrażenie”. Krok za krokiem — znacznie przechylano się, jak widzimy, na stronę sceptycyzmu i pod tym znakiem znajduje się obecnie filozoficzna krytyka przyrody.

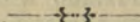
Tu prelegent odsłania rąbek swoich własnych poglądów; uważa, że współczesna krytyka błędzi w tem właśnie, że ogranicza pojęcie doświadczenia tylko do naszych czuć, wykluczając zeń pierwiastek myślowego korrigowania niedokładnych w wielu względach naszych percepcji. Czyste doświadczenie to tylko abstrakcja, w rzeczywistości każde postrzeżenie kojarzy się ze śladami dawniej doznanych wrażeń. Jest to kompromis z dawnymi poglądami, zajmowanie „złotego środka”. Zresztą nauka w tym względzie nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa. Badania niedalekiej przyszłości przyniosą nam z pewnością wiele nowego.

W prawdzie pięknym i zadziwiająco przystępnym odczycie p. t. „Świat widziany od strony elektrycznej” prof. NATANSON zapoznał słuchaczy z za-

śladami współczesnej nauki elektryczności i zjawisk z nią spokrewnionych. Po przedstawieniu podstawowych założeń teorii elektromagnetycznej MAXWELL'a w jej klasycznej postaci, wykazuje prof. NATANSON trudności, z jakimi się ona spotkała przy tłumaczeniu przezroczystości ciał. Skoro okazało się, że prawa teorii MAXWELL'a są znacznie więcej złożone, niż przypuszczano, wystąpiło podejrzenie, że są to prawa integralne, będące wynikiem pewnych prostych praw elementarnych uważanego rodzaju zjawisk oraz ogółu własności danego układu, które w uważanym rodzaju zjawisk mogą się objawiać czyli z kolokacji układu. Tutaj wystąpił genialny H. LORENTZ z przypuszczeniem, że zjawiska elektromagnetyczne są to zjawiska tłumne, wywołane przez istnienie w materii olbrzymiej liczby pól elektrycznych elementarnych, których ogniska zwiemy elektronami. Zjawiska przewodnictwa elektrycznego dają się pojąć jako ruch elektronów, jako zjawisko kolokacyjnej natury. Przy tem założeniu staje się rzeczą jasną, że przewodnictwo dla prądów powolnie zmiennych jest odmienne od przewodnictwa dla prądów tak wysokiej zmienności, jak to widzimy w fali świetlnej. Pojęcie dielektryka, jako ciała mającego elektrony związane, pozwala nam zrozumieć zjawisko dyspersyi i otwiera szerokie horyzonty na budowę materyi.

Trzeci z rzędu odczyt prof. RYDYGIERA p. t. „W sprawie akcji przeciwrakowej”, wydrukowany *in extenso* w № 30 Gazety Lek., stanowi podwalinę do rozpoczętej u nas walki przeciw szerzeniu się raka.

Przegląd bibliograficzny.



JÓZEF BIELIŃSKI. **Królewski Warszawski Uniwersytet** [1816—1831]. Tom pierwszy, stronic 767. Warszawa 1807.

Jako dziesiąty tom materiałów, dotyczących historii wyższych zakładów naukowych w Polsce, wyszedł niedawno pierwszy tom dzieła, które zainteresować winno nie tylko nasz ogół wykształcony, lecz również i lekarzy, zawiera ono bowiem wiele cennych i ciekawych danych do historii medycyny w Polsce. Autor, wielce zasłużony badacz na polu naszej przeszłości, kreśli w powyższej pracy nie tylko dzieje uniwersytetu, lecz w ogóle historję rozwoju oświaty tej bardzo ciekawej, a tychezas mało opracowanej epoki dziejów naszych, w której z chwilą politycznego odrodzenia kraju ówczesni mężowie stanu i patryoci zrozumieli, że należy podnieść przedewszystkiem upadłą oświatę i rozwinąć szkolnictwo. Skreśliwszy w tym dziale rozpoczętej roboty ogólne usiłowania pod kierunkiem tak wybitnych ludzi jak Sr. POTOCKI,

STASZIC, SZWEJKOWSKI i inni, opisuje autor dzieje powstawania i rozwoju całego okresu piętnastoletniego istnienia tej wyższej polskiej uczelni.

W notatce niniejszej nie mogę szczegółowo rozbiierać tej cennej pracy, wspomnę tylko, że na szczególną uwagę czytelnika zasługują rozdziały, opisujące prawa i przywileje uniwersytetu, stopniowe i metodyczne ich ścieśnianie w epoce reakcyi, rozwijającej się w drugim dziesiątku lat ubiegłego stulecia pod natchnieniem NOWOSILCOWA. Niezmiernie ciekawe są szczegóły, opisujące tworzenie inspekcji studentów, jej bezmyślne aż do absurdu ograniczenie praw młodzieży [nie wolno było np. studentom chodzić do restauracyi, kawiarni, teatru, a nawet po ulicach w godzinach wieczornych i t. p.].

Niemniej interesujące szczegóły podaje autor przy opisie powstawania i organizacyi różnych instytucyi pomocniczych, a więc: klinik, ogrodu botanicznego, obserwatorium astronomicznego, gabinetu zoologicznego, biblioteki publicznej i t. p. Kreśli przytem sylwetki ich organizatorów i twórców, jak: SZUBERTA, JAROCKIEGO, ARMIŃSKIEGO i innych. Należy podziwiać z jakim zapalem, wysokim poświęceniem i niesłychaną pracą przy małych środkach ci ludzie—szczególniej SZUBERT—wotwarzali zupełnie nowe instytucye, mając za jedyne hasło dobro społeczne i korzyść naukową młodzieży.

Z niezwykłą przytem pracowitością i skrętnością na podstawie oryginalnych dokumentów, kreśli autor działalność klinik, charakterystykę ich kierowników, ich inwentarz, współczesne relewy i t. p. dziś wysoce ciekawe szczegóły, odnoszące się nie tylko do charakterystyki osób, lecz jednocześnie do zwyczajów, obyczajów cen materiałów spożywczych, kosztów budowy remanentu i t. p. szczegółów ówczesnej epoki.

Nadzwyczaj jednakże dla nas ważne jest szczegółowe zestawienie inwentarzy bogatych kolekcyi ówczesnego gabinetu mineralogicznego, zoologicznego, botanicznego i biblioteki głównej. Większość tych zbiorów, na które składało się całe społeczeństwo polskie, jak wiadomo, po roku 1831 przewieziona została do Petersburga. I zdawało się, że zginęła bezpowrotnie pamięć o tem wszystkim, co zrobiło zbiorowemi siłami i co posiadało ówczesne społeczeństwo nasze, gdyż starano się później wszelkimi siłami zatrzeć ślad po nich, topiąc nawet na wagę złota w mennicy cenne medale i łańcuchy rektorskie. Praca BIELIŃSKIEGO wskrzesza dokładnie tę narodową pracę i ofiarność naszego społeczeństwa około podniesienia jego oświaty, wydobywając ją na światło dzienne na podstawie nie opowieści i fantazyi, lecz oryginalnych urzędowych dokumentów. I w tem tkwi niespożyta zasługa autora.

Dr Al. S—i.

Wiadomości bieżące.

— Wobec grożącej epidemii cholery, Magistrat zdecydował się na urządzenie oddziału w domu miejskim przy ul. Złotej Nr. 74. Roboty rozpoczęte zostały; niezależnie od tego wyasygnowano 9500 rub. na inwentarz niezbędny dla 50-u chorych.

— Wyszedł z druku III zeszyt tomu I, Rocznika Lekarskiego, wydawanego przez wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie pod redakcją prof. dra STANISŁAWA CIECHANOWSKIEGO, jako dodatek do Nr. 43 Przeglądu Lekarskiego. Zeszyt ten zawiera następujące prace: A. WRZOSEK, Dalsze badania nad hodowaniem beztlenowców w atmosferze powietrza (z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jag.); W. BUJAK, Przyczynki do badań widmowych krwi (z Zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jag.); Z. RADLIŃSKI, Unaczynienie tętnicze powrózka nasiennego i jądra. Zastosowanie wyników badań do zabiegów dotyczących powrózka nasiennego (z Zakładu anatomii patologicznej i z Kliniki chirurgicznej Uniw. Jag.). Cena zeszytu o 187 str. 1 korona.

ZMARLI: Dnia 20-go z. m. zmarł w Petersburgu wieloletni prezes koła lekarzy polskich s. p. MIKOŁAJ STRAWIŃSKI, przeżywszy lat 61. Niedawno, bo zaledwie przed 2 laty obchodzony był uroczyste 35-letni jubileusz zasług jego na polu społeczno-lekarskim. Z tej to okazji w Nr. 3, r. 1905 umieściliśmy portret i życiorys s. p. STRAWIŃSKIEGO, napisany przez prof. S. ZALESKIEGO z Petersburga. Zgon zasłużonego lekarza jest wielką stratą nie tylko dla koła lekarzy polskich, lecz i dla licznej kolonii polskiej nad Nową. Koło lekarzy, jako też i innym instytucjom naszym na północy Gazeta Lekarska przesyła wyrazy szczerego żalu i głębokiego współczucia.

W zeszłym tygodniu zmarł w Sarajewie dr LEOPOLD GLÜCK w 53-m roku życia. Zmarły, uczeń szkoły krakowskiej, zawód lekarski uprawiał w Bośni, od r. 1894 był prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym w Sarajewie. Liczne ogłosił prace z dziedziny syfilidologii i dermatologii, zwłaszcza cenne są badania nad trądem oraz prace antropologiczne ludów wcielonych do Austrii. Gluck wydał „Słownik lekarskich wyrazów bośniackich”, był jednym z najpożyteczniejszych członków krajowej Rady Zdrowia. Obszerny życiorys z wykazem prac zmarłego podał Przegląd Lekarski (Nr. 43) w opracowaniu prof. KORCZYŃSKIEGO.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.

SPECYALNE PRZETWORY „ROCHE”

*Asierol***Digalen****Thiocol***Aneson**Thigenol*

Stały rozczyń w oryginalnych fiakonach po 15 c. sz. (1 cm sześć. rozczyń—0,3 mgr. Digitoxin solub. Cloetta).

Pochodny od guajakolu. Działanie przeciwważli-cze stwierdzone doświadczalnie i klinicznie.

*Protulin**Thigenolseife*

Użycie per os. per rectum, do tętnie lub do mięśni. Brak działania komulacyjnego.

Zupełna rozpuszczalność, brak zapachu i własności drażniących, łatwo ulega wchłanianiu.

*Brom-Protulin**Sulfosotisirup*

Pastył. thiocol. po 0,5 g.

*Eisen-Protulin**Sirolin*

Przetwór białkowy Zawiera fosfor i arsen w po i nie trującej.

Środek zastępujący jodoforn, nietrujący, bez zapachu

pulo. & tabl.

Na żądanie dostarcza się prób i literatury.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^{IE}, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)



Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & C^O
FRANKFURT A. M.



ESTORAL

światny środek przeciw

Katarowi

przygotowany do użycia w formie jako

Proszek estoralowy przeciw katarowi

Sz. Panom Doktorom prócz literatury damy do dyspozycji również próby

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu głównie, oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopia
Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-65.



Opatentowany

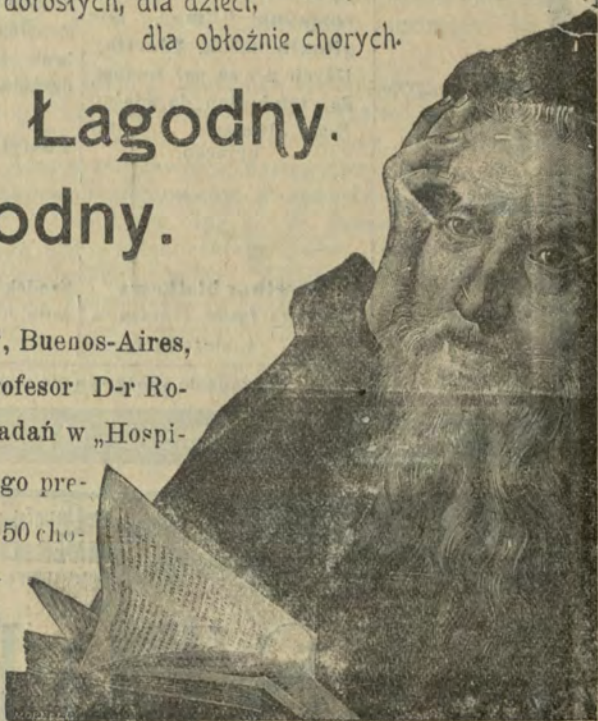
PURGEN

NOWY IDEALNY ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY

dla dorosłych, dla dzieci,
dla obłożnie chorych.

Smaczny. Łagodny. Niezawodny.

W „Anales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec, 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“, stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.



Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości, Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie Purgen'em i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgola podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego łagodnego środka przeczyszczającego.

D-r Antonio Maggiorani.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzn an jr. Warszawa, Senatorska 38.