

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 17.

Warszawa d. 27 Kwietnia 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Gena 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 Administracya „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 nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Napisał Antoni Leśniowski. (Ciąg dalszy). — 3 przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu. Podał Dr G. Pisarzewski. — Notatki kazuistyczne. Podał T. Trzeciński. — Streszczenia i wyciągi. 23. W. Starck W kwestyi rozpoznawania choroby Barlow'a (gnileca dziecięcego). — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr A. Leśniowski. — Sur le traitement opératoire moderne des paralysies infantiles d'origine rachidienne. 2) Dr G. Pisarzewski. — Trois cas de la section césarienne classique. Indication relative. 3) Dr T. Trzeciński. — Notices casuistiques.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr A. Leśniowski. — Ueber die moderne operative Behandlung der infantilen Paralyseu medullären Ursprungs. 2) Dr G. Pisarzewski. — Drei Fälle von klassischem Kaiserschnitt bei relativer Indication. 3) Dr T. Trzeciński. — Kasuistische Notizen.

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

PRACE ORYGINALNE.

O NOWOCZESNEM LECZENIU OPERACYJNEM
porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego.

napisał

Antoni Leśniowski.

podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznem
Towarz. Lekarsk. Warszawskiego w d. 5. II. 1907.

(Ciąg dalszy. — Patz Nr 16).

Przed przystąpieniem do wykonania przytoczonych wyżej zabiegów należy powoli doprowadzić zniekształcony staw do ustawienia

prawidłowego, zaś ścięgną mięśni czynnych z pomocą zabiegów (elektryzacyi, masażu, kąpieli) należyście pogrubić.

Przystępując do przeszczepiania ścięgien, musimy stworzyć sobie dokładny plan postępowania. W tym celu jaknajdrobiazgowiej określamy, które z mięśni mają czynność zupełnie dobrze zachowaną, które mniej lub bardziej upośledzoną, które są całkowicie porażone. O sprawności mięśni dowiadujemy się u dzieci starszych wiekiem i roztropanych, polecając im

wykonanie odpowiednich ruchów. U dzieci małych lub słabo rozwiniętych umysłowo przekonywamy się o stopniu sprawności mięśni z pomocą pilnego spostrzegania wykonywanych przez nie samoistnie ruchów lub z pomocą prądu elektrycznego. O stanie brzusca mięśniowego można dowiedzieć się wreszcie w przebiegu operacji. Obnażony brzusiec mięśnia czynnego jest jędrny, tęgi, ciemno pąsowy; mięsień porażony jest blady, ma budowę łączno-tkankową; mięśnie mniej lub bardziej częściowo upośledzone są blado - różowe, z odcieniem żółtawym, wskutek zwyrodnienia tłuszczowego.

Po stwierdzeniu siły i sprawności ocalałych mięśni i ich rozmieszczenia, rozważamy, czy możemy wogóle spodziewać się jakiegoś wyniku od zabiegu, ew. jakie kombinacje przeszczepień mogą dać nam *maximum* pożądanego wyniku.

Im mniej rozległy jest zakres porażen, im mniejszej wagi mięśnie utraciły swą sprawność, tem lepsze można mieć widoki na pomyślny wynik zabiegu. Jeżeli po katastrofie porażeniowej ocalały zaledwie cienkie, mniej lub bardziej niedowładne resztki mięśni, niezdolne do energicznego skurczu, wówczas należy zaniechać przeszczepiania. Im starsze jest porażenie, im dłużej działały na pozostałe resztki mięśni szkodliwe wpływy zewnętrzne, np. w postaci nadmiernego rozciągania przez opadającą wskutek własnego ciężaru część kończyny, im wyższy jest stopień oczekiwanej po operacji czynności, tembardziej oględnie i wstrzemięźliwie należy decydować się na zabieg.

Pomyślny i szybki wynik rokują przypadki, w których możemy spożytkować leżące obok siebie mięśnie porażony i zdrowy o wysoce pokrewnej czynności. Lecz również są znane i stwierdzone bardzo liczne przypadki, w których zespolenie mięśni antagonistów dało jaknajpomyślniejszy wynik.

Do trudnych momentów w układaniu pla-

nu operacji należy jako tako dokładne ocenienie stopnia wyniku po naszym zabiegu. Jako na nieudany należy patrzeć na wynik niewystarczający. Lecz tak samo należy oceniać w pewnych warunkach i wynik nadmierny; np. gdy w przypadku porażenia mięśnia rozginacza palców ręki po przeszczepieniu mięsień ten nadmiernie wyprostowywa palce, wówczas zginanie ich napotyka za dużą przeszkodę, i wynik operacji pod względem czynnościowym jest oczywiście niezadawalający. Stwarzając plan zabiegu, winniśmy mieć na uwadze te okoliczności. Tu może dopomódz nam jedynie duże doświadczenie osobiste.

Nie należy nigdy poświęcać pewnej ważnej czynności dla otrzymania innej takiej samej wagi.

Sam zabieg winien być wykonany z zachowaniem najwyższej czystości. Cięcia skórne robimy długie, by mieć dobry dostęp do tkanek, położonych w głębi. Manipulując na ścięgnach, staramy się jaknajmniej obrażać torebki ścięgnowe. Same ścięgna przemieszczamy, o ile można, podpowięziowo, by z jednej strony zapobiedz zrastaniu się ścięgien ze skórą, z drugiej by w ten sposób sprzyjać powstawaniu tworów, przypominających torebki ścięgnowe. Należy jaknajbardziej dbać o to, by kierunek ścięgna nowotworzonego mięśnia był możliwie podłużny i prostoliniowy. Im bardziej poprzecznie lub łukowato zdąża ścięgno, tem gorszy jest wynik czynnościowy.

Gdy zbliżyliśmy do siebie płyty ścięgnowe, które mają być zespolone, wówczas nadajemy stawowi ustawienie nadmiernie poprawne i zszywamy ścięgna tak, by nowopowstały mięsień był umiarkowanie napięty. Samo zszywanie odbywa się rozmaicie: już to wprost przykładamy jedno ścięgno do drugiego i łączymy ze sobą szeregiem szwów; już to nacinamy podłużnie ścięgno, z którym robi się zespolenie, wytwarzamy żłobek i wkładamy doń płat ścięgnowy i wówczas zszywamy; już to robimy w

owem ścięgnię otwór, przewlekamy przezeń koniec przeszczepianego płata ścięgnowego, zaginamy w postaci pętli i umocowujemy w tem położeniu z pomocą szwów i t. p.

Mnie osobiście ten trzeci sposób dał zupełnie pomyślne wyniki. Do zszywania najlepiej zalegają się cienkie nici jedwabne.

Drugi nowszy sposób przeszczepiania ścięgien nosi nazwę *o k o s t n o w e g o* (*periostale Sehnenüberpflanzung*). Sposób ten ma na celu przywrócenie czynności porażonego częściowo stawu lecz bez uciekania się do przywrócenia czynności mięśniom porażonym. Za twórcę tego sposobu jest powszechnie uznawany LANGE, który pisał o nim w r. 1899, aczkolwiek w r. 1893 dokonał tego rodzaju zabiegu po raz pierwszy DROBNIK. Polega on na tem, że przeszczepiany płat ścięgnowy, ew. ścięgnowo-mięśniowy, odszczepiony od mięśnia czynnego, przyszywa się wprost do okostny w punkcie, uznanym za odpowiedni, nie zaś do ścięgna m. porażonego.

Sposób ten, zdaniem LANGE'go, ma jakoby tę wyższość nad zespoleniem ścięgna ze ścięgnem, że tu zdrowe ścięgno przymocowywa się bezpośrednio do okostny i, będąc i nadal dobrze odżywianem, nie ulegnie następczemu rozciągnięciu. Tymczasem ścięgno m. porażonego, z którym zespalamy płat przeszczepiany, jest wiotkie, podatne, łatwo ulega trakcyi, nadmiernie wydłuża się, i w ten sposób jakoby powstaje część niepomyślnych wyników po operacyi. Po wtóre, przyszywając ścięgno nie do ścięgna porażonego mięśnia, lecz do dowolnie obranego punktu, mamy ręce mniej skrupowawe i możemy, kierowani doświadczeniem, otrzymywać subtelniejsze wyniki.

VULPIUS i inni autorowie nie podzielają poglądu LANGE'go. Bądź co bądź, dziś nie da się stanowczo orzec, któremu z podanych sposobów należy się pierwszeństwo.

Okostnowe przeszczepienie ścięgna wykonywa się w sposób następujący. W upatrzonym

punkcie nacina się okostną na przestrzeni 1—2 cm., zlekką odwarstwia się ją od kości, pomiędzy wargi rany w okostnie wprowadza się koniec płata ścięgnowego i z pomocą szwów umocowuje się go w otworze okostnowym. WOLFF doradza po odwarstwieniu okostny wydłutować w kości żłobek, włożyć doń ścięgno i następnie zeszyć ścięgno z okostną. W pewnych razach przeszczepiany płat ścięgnowy jest za krótki, by dał się dociągnąć do wybranego punktu na kości. Wówczas LANGE wydłuża płat z pomocą nici jedwabnych. Szereg doświadczeń i spostrzeżeń pozwolił stwierdzić, że, skoro złączymy nie dające się zbliżyć końce ścięgna z pomocą bądź to kawałka ścięgna, wziętego nawet z innego ustroju, bądź to kawałka innej tkanki lub wprost pęczka strun (katgut) lub nitki jedwabnej, wówczas te ciała obce wgajają się, i po upływie pewnego czasu znajdujemy końce ścięgna połączone mocną tkanką. To samo dzieje się, skoro koniec ścięgna połączymy z kością w jeden z powyższych sposobów.

Po ukończeniu przeszczepienia ścięgien, w ten lub inny sposób wykonanego, zszywamy jaknajdokładniej torebki ścięgnowe, następnie — rozszczepioną powięź, wreszcie — skórę. Nakładamy opatrunek ochraniający, następnie nieruchomiający gipsowy. Staw wciąż pozostaje w położeniu nadmiernie poprawionem. O ile okres pooperacyjny nie jest zakłócony niepożądanymi powikłaniami, opatrunek gipsowy usuwa się dopiero po upływie 6—8 tygodni. Po ostatecznem usunięciu gipsu, przystępujemy do długotrwałego stosowania elektryzacyi, mięsien i ćwiczeń gimnastycznych, w celu wyrobienia czynności w nowowytworzonym mięśniu. Zjawia się ona z rozmaitą szybkością.

O dalszych losach przeszczepienia ścięgien dowiadujemy się z doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, oraz z badania odnośnych części ścięgien człowieka, bądź to zmarłego po upływie pewnego czasu po operacyi, bądź to operowanego po raz wtóry. HORFA zbadał spr-

wę gojenia się przeszczepionych ścięgien z pomocą mikroskopu. Już po upływie tygodnia po operacji spostrzegał on sprawy, które prowadzą do wytworzenia blizny. Bierze w niej udział tkanka samego ścięgna, *peritenonium internum et externum*, wreszcie tkanka, otaczająca ścięgno. Na razie wytwarza się blizna łączno-tkankowa. Wkrótce obficie wrastają w nią promieniowate pasemka młodych ścięgien, i w przypadku prawidłowego przebiegu blizna coraz bardziej zamienia się na ścięgnową. Długo jednak można odróżnić młodą tkankę ścięgnową od dawnej, a to ze względu na obfitość komórek i na stosunek do barwników. Powikłanie gojenia się ropieniem upośledza wytwarzanie się tkanki ścięgnowej, blizna pozostaje przeważnie łączno-tkankową. W tym samym kierunku działa znaczne wynaczynienie.

Z biegiem czasu liczba komórek i naczyń krwionośnych w blźnie zmniejsza się, substancji międzykomórkowej przybywa, aczkolwiek jeszcze długie miesiące trwa w niej emigracja i immigracja komórek oraz sprawa wytwarzania się i sprawy wsteczne.

VULPIUS, operując powtórnie chorych, nieraz po upływie długiego czasu po pierwszym zabiegu, nie znalazł nigdy nowowytworzonych torebek ścięgnowych. Ruchomość swoją zawdzięczają przeszczepione ścięgna otaczającej luźnej tkance łącznej. Fałdy i guzy, powstałe na ścięgnach wskutek zabiegu, znikają w ciągu miesięcy, tak iż ostatecznie pozostawały nieduże bliznowe zgrubienia na ścięgnach.

Z powyższego wypływa, że w czasie operacji niezbędna jest absolutna czystość, że krwawienie winno być jaknajstaranniej tamowane, że torebki ścięgnowe należy jaknajbardziej ochraniać. Unieruchomienie części operowanej winno trwać bardzo długo, by dać czas i możność wytworzenia się mocnej, trwałej blizny ścięgnowej.

Zbadano również dalsze losy ścięgien sztucznych, zrobionych z nici jedwabnych. Kli-

nicznie znaleziono, że początkowo cieniutki pasek z biegiem czasu grubieje coraz bardziej, aż wreszcie wypełnia pożądaną czynność zupełnie zadawalająco. Badania mikroskopowe wykryły, że tkanka łączna, poczynając od ścięgna, powoli narasta wzdłuż pęczka nicianego, warstwa jej grubieje, następnie zamienia się ona na tkankę ścięgnową. LANGE zbadał mikroskopowo kawałek tak powstałego ścięgna. Był on gruby, jak ołówek, miał kształt obłego postronka. Ośrodkowe pasmo niciane było otoczone warstwą tkanki grubości 2—3 milim. Pod mikroskopem w ośrodkowej warstwie tkanki znaleziono budowę prawidłowego ścięgna. W warstwie obwodowej komórki i włókna były, jak w ścięgnię prawidłowym, pozatem naczynia krwionośne i tu i owdzie komórki tłuszczowe.

Przeszczepienie ścięgien zstępujące ma na celu wytworzenie nowej jednostki mięśniowej. Sądzone tedy, że wynik zabiegu zyska na doskonałości, o ile odszczepimy od mięśnia czynnego nie tylko kawałek ścięgna, lecz wraz z nim i kawałek brzusca. I dla tego zaczęto przedłużać cięcie ku górze, przecinać podłużnie wraz ze ścięgnem i sam mięsień, dochodząc do połowy długości tegoż i wyżej, a to tem chętniej, że płat z tak wysoko umieszczoną podstawą przybiera tak pożądaný kierunek podłużny.

Doświadczenie wykryło, że wyniki takiego postępowania nie są zawsze jednakie i dadzą się podzielić na trzy grupy. Do pierwszej należą przypadki, w których nowo-wytworzony mięsień kurczy się zupełnie samoistnie, zupełnie niezależnie od pozostałej części brzusca macierzystego. Jest to wynik idealny, doskonały. W przypadkach drugiej grupy nowy mięsień kurczy się wprawdzie czynnie, lecz współcześnie z kurczeniem się pozostałej części brzusca. Wynik takiej złożonej akcji może wypaść rozmaicie. Gdy mięsień macierzysty i nowopowstały mają czynność pokrewną, wówczas współczesne kurczenie się jest korzystne dla stawu

Lecz gdy działają one w kierunkach mniej więcej przeciwnych, wówczas wynik wspólnego kurczenia się równa się zeru, staw przyjmuje ustawienie pośrednie, o ile oba mięśnie są jednakowej siły, i staw przechyla się na stronę mięśnia mocniejszego, o ile są one niejednakowo mocne. W przypadku trzecim nowy mięsień wcale nie posiada zdolności do kurczenia się, jest bezwładny, brzusec jego powoli zanika, rozciąga się, wynik operacji zupełnie niepomyślny.

WOLLENBERG zajął się wyświetleniem po wodu tak rozmaitego wyniku pooperacyjnego.

Jakkolwiek nie znamy dokładnie przebiegu nerwów w mięśniach, to jednak posiadamy w tym kierunku pewne wskazówki. W większości organów ciała główne gałęzie nerwowe przebiegają wraz z głównymi naczyniami. Badając mikroskopowe skrawki z mięśni, przekonał się WOLLENBERG, że i w mięśniach mają nerwy prawie stale ten sam przebieg, co i naczynia krwionośne, że przeważnie leżą one ściśle obok siebie w tych samych przegródkach łącznotkankowych. Następnie robił on zdjęcia rentgenowskie z rozmaitych mięśni kończyn dolnych, po uprzednim nastrzyknięciu rtęcią tętnic tych mięśni. Zdjęcia wykazały bardzo charakterystyczny i stały przebieg tętnic. W większości mięśni długich zdążają główne pnie tętnicze skośnie, tylko nieliczne mięśnie wykazują wybitnie podłużny kierunek głównych tętnic, np. mięsień trójgłowy łydki (Fig. Nr. II). Jeżeli przyjmiemy, że wewnątrzmięśniowe drogi nerwowe mają ten sam przebieg, co i tętnice, wówczas zrozumiemy, że rozcinanie podłużne mięśni o skośnym przebiegu pni nerwowych, zależnie od wysokości rozszczepienia, może dać rozmaicie rozległe uszkodzenie czynności nowopowstałego mięśnia, a nawet zupełną bezczynność tegoż. Oczywiście, mięśnie o podłużnym przebiegu nerwów wewnątrzmięśniowych bardziej nadają się do wysokiego rozszczepienia.

Następnie wykonał WOLLENBERG szereg doświadczeń na królikach. Po uspianiu zwierzęcia wyosabniał nerwy piszczelowy i strzałkowy. Następnie odszczepiał rozmaicie długie i grube płaty mięśniowo-ścięgnowe z rozmaitych mięśni kończyn tylnych. Dolny, swobodny koniec płata łączył z napięciem pasmem gumowym. Odpowiedni pień nerwowy drażnił prądem elektrycznym i z pomocą lupy przyglądał się, czy brzusec odszczepionego płata kurczy się współcześnie z główną masą, czy też pociąga się biernie. Płat grubości $\frac{1}{4}$ całego brzucha mięśnia łydkowego, odszczepiony do

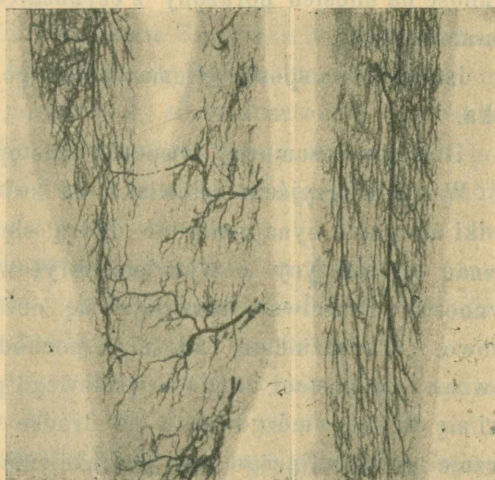


Fig. II.

$\frac{1}{2}$ długości mięśnia, kurczył się dzielnie. Im wyżej sięgało odszczepienie, tem więcej substancji mięśniowej w dolnym odcinku płata przestawało kurczyć się. Skoro rozszczepiano mięsień aż do górnego przyczepu, wówczas kurczenie się płata znikało zupełnie. Im cieńszy był płat, tem prędzej ustawało kurczenie się w dolnym odcinku płata.

U człowieka warunki do wysokiego rozszczepiania mięśni są prawdopodobnie gorsze, niż u królika, bowiem naczynia mięśni ludzkich mają przebieg o wiele bardziej skośny, niż w mięśniach króliczych. Najbardziej podłużny przebieg naczyń wykazują następujące mięśnie

kończyn dolnych człowieka: m. smukły uda, dolna $\frac{1}{3}$ m. półścięgnianego, m. lydkowy, mięśnie strzałkowe i m. piszczelowy przedni.

Pytanie, w jaki sposób cały mięsień czynny lub część jego, kurcząca się po przeszczepieniu samodzielnie, dochodzi do nowej czynności, jest wysoce zajmujące, lecz dotychczas nie jest wystarczająco rozwiązane. Zaczniemy od całkowitego przenoszenia czynności.

Względnie łatwo zrozumiałe jest uzyskanie przez nowopowstały mięsień czynności, o ile mięsień całkowicie przeszczepiony i mięsień porażony mają czynność bardzo pokrewną. Inaczej ma się rzecz, gdy została przeniesiona czynność na mięsień porażony z czynnego mięśnia-antagonisty.

Istnieją dwa sposoby tłumaczenia tego zjawiska.

DROBNIK rozumował w sposób następujący. W chwili przyjścia człowieka na świat ośrodki mózgowe bynajmniej nie dadzą się porównać do maszyny o wyraźnie zarysowanej czynności. Przeciwnie, rozwijają się one stopniowo. Podrażnienie mięśni, pochodzące zzewnątrz, w postaci czucia mięśniowego przenosi się do kory mózgowej, i w drodze ustawicznie powtarzającego się podrażnienia powstają w korze mózgowej ośrodki, które stają na czele pewnej sumy pewnych ruchów skoordynowanych. Skoro zmienia się podrażnienie obwodowe, ulega zmianie percepcja z pomocą czucia mięśniowego, i stosownie do tego zmienia się lub powstaje zupełnie nowe zrzeszenie ośrodków. W przypadku pomyślnego wyniku przeniesienia czynności zachodzi stopniowe dostosowanie się ośrodków mózgowych do nowego ugrupowania się mięśni.

(C. d. n.).

Z przytułku położniczego w Częstochowie.

3 PRZYPADKI

cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu.

Podał

Dr G. Pisarzewski.

Do dwóch przypadków cięcia cesarskiego, wykonanych przeze mnie w 1902 roku i opisanych w „Medycynie“ w 1903 roku, przybyły mi w 1905 roku jeszcze 3 przypadki przy względnem wskazaniu. Oprócz tego w 1904 roku wykonałem cięcie cesarskie wskutek zmian osteomalacyjnych, lecz ponieważ wskazanie w danym przypadku było bezwzględne, nie opisuję go tutaj, lecz pomieszczam w osobnej pracy, przeznaczonej dla „Ginekologii“. Z tych trzech przypadków dwa wykonałem sam, jeden wykonał kol. PIETRASIEWICZ, stały mój pomocnik w zarządzanym przeze mnie przytułku. Wszystkie sześć przypadków (wliczając w to przypadek osteomalacji) zostały wykonane sposobem zachowawczym podług metody SAENGER'a, i wszystkie zakończyły się szczęśliwie jak dla matki, tak dla płodu.

Przypadki te były następujące:

Dnia 20 lipca 1905 roku wstąpiła do przytułku Teofila Kuśmierska, 42 lata licząca, z wypadniętą pępowiną, lecz silnie i wyraźnie tętniącą. Bóle miały się rozpocząć dzień przedtem, 19 lipca, były dosyć silne, i w kilka godzin potem odeszły wody, przyczem wypadła pępowina. Rodząca nie mieszka w samej Częstochowie, lecz przy fabryce Raków, oddalonym o 3 wiorsty od miasta, i wskutek tego nie mogła w nocy dostać koni do przytułku i mogła być przewieziona do zakładu dopiero o 10 rano 20 lipca, w kilkanaście godzin po rozpoczęciu się porodu i w kilka godzin po wypadnięciu pępowiny. Z anamnestycznych danych wiemy, że w

1903 roku 13 października rodziła u nas w przytułku, przyczem wobec zwężenia miednicy i niewstawiania się główki był zrobiony obrót profilaktyczny na nóżki. Wydobyć płodu było bardzo trudne; płód (dziewczynka wagi 3150.0) został wydobyty nieżywym.

Przedtem, przed dwoma laty urodziła (po raz pierwszy) sama, ale także poród trwał b. długo, i dziecko przyszło na świat nieżywe. Po obydwóch tych porodach nie chorowała, czuła się dobrze i pragnie koniecznie, wobec swych lat późnych, mieć obecnie dziecko żywe, zgadzając się na wszelką operację. Przy wstąpieniu do przytułku badanie wykazuje: T. 36.9, P. 92, DS. 22, DC. 24, *C. ext.*; 16, CD.—10¹/₂. *D. troch.* 28. Położenie 1-e czaszkowe, główka nie ustalona. Tętno płodu wyraźne, słyszalne. Ze sromu widać pępowinę silnie tętniącą. Otwarcie szyi na 4 palce, ściany szyi macicznej nie zanikłe. Próba wprowadzenia wypadniętej pępowiny nie udaje się.

Wobec znacznego ogólnego zwężenia miednicy i wyników poprzedniego profilaktycznego obrotu zaproponowałem jako jedyny sposób ocalenia dziecka wykonanie cięcia cesarskiego, na co oboje, t. j. rodząca i mąż jej, natychmiast się zgodzili. Po należytem obmyciu rodzącej przeniesiono ją do pokoju operacyjnego, gdzie po dokonaniu oczyszczenia brzucha, sromu i ud wykonałem cięcie cesarskie klasyczne przy łaskawej pomocy kol.: PIETRASIEWICZA, NOWAKA, GARLICKIEJ i POPOWEJ. Po przecięciu powłok brzusznych wytoczyłem macicę, którą zacisnął w dolnej części palcami pomagający mi kol. PIETRASIEWICZ, przeciąłem macicę podłużnie i wydobyłem płód żywy rodzaju żeńskiego, który natychmiast zaczął krzyczeć.

Wydobyszy łożysko, przyczepione na tylnej ścianie macicy, wytarłem jamę maciczną kawałkiem gazy jodoformowej sterylizowanej, zaszyłem ranę macicy szwem dwupiętrowym jedwabnym, zaszyłem osobno ketgutem (jodowym) otrzewną i mięśnie, a skórę silkiem. Do jamy

macicy włożony został kawałek gazy sterylizowanej, której koniec wystawał w pochwie.

Po zeszyciu brzucha, wytarłem brzegi zeszytej rany skórnej alkoholem, pokryłem gazą wyjałowioną, watą i przykleiłem to wszystko kawałkami przylepca, którym ściągnąłem dosyć mocno ściany brzuszne. Przebieg połogu był idealny, najwyższa temperatura nie przechodziła 36.9; szwy zostały zdjęte 9 dnia, przyczem na całej przestrzeni rychłozrost, i położnica wraz z dzieckiem opuściła zakład 14 dnia wbrew memu pozwoleniu. Żle na tem jednak wyszła, gdyż wróciła po tygodniu z objawami prawostronnego parametrytu, który przykuł ją do łóżka na kilka tygodni.

II. Maryanna Strużycka 31 lat, mieszkająca w Krzepie, przyjechała na kilka tygodni przed porodem, by się poddać cięciu cesarskiemu. Rodziła przedtem 2 razy, lecz obydwa poprzednie porody musiały zakończyć się wymózeniem żywego dziecka.

Po ostatnim porodzie, na dwa lata przed obecnym porodem, chorowała dość ciężko i długo i, wobec tego, będąc obecnie w ciąży i dowiedziawszy się o dobrym wyniku cięcia cesarskiego, które wykonałem w pierwszym moim przypadku w 1902 roku, przyjechała do Częstochowy, by tu odbyć poród. Szatynka, średniego wzrostu, dobrej budowy, wymiary miednicy następujące: DS. 23.5, DC. 26.5, Tr. 30, *C. ext.* 16, D. 11, obwód brzucha 98 ctm. 23 sierpnia 1905 r. rozpoczęły się bóle. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej zbadaliśmy ją w kilka godzin po rozpoczęciu się porodu i znaleźliśmy szyję maciczną rozwartą na 3 palce, główkę nie ustaloną, płód w 2 czaszkowym skośnem trochę położeniu. Tętno serca płodu wyraźne, silne, pęcherz zachowany. Wobec danych poprzednich porodów i niemożności zagwarantowania życia dziecka, o które rodzącej tak bardzo chodziło, przystąpiliśmy do cięcia cesarskiego, które wykonał kol. PIETRASIEWICZ. Technika operacji była ściśle taka, jak w powyżej opisanym przy-

padku, płód rodzaju żeńskiego 3800.0, wydobyty żywy, miał na palcach ranę, zrobioną przypadkowo przy cięciu macicy. Opatrunek i sposób zeszywania powłok brzusznych, jak powyżej. Przebieg operacyjny idealny, szwy zdjęte 9 dnia, *prima intentio* na całej przestrzeni. 21 dnia po porodzie, kiedy położnica zaczęła wstawać, zjawilo się kilkudniowe podniesienie temperatury, zależne najprawdopodobniej od malaryi, na którą chora już przedtem cierpiała. Po zażyciu kilku dawek chinu temperatura opadła, i położnica wraz z dzieckiem wyjechała do domu.

III. Juljanna Rudnicka 41 lat z Łomży, przyjechała na miesiąc prawie przed oczekiwanym porodem, by się poddać cięciu cesarskiemu, na co namówiła ją jedna z moich tutejszych pacyentek. Rodziła 8 razy, z tych 5 razy sama, lecz zawsze z ogromną trudnością, i tylko dwoje pierwszych dzieci było żywych. Ostatnie trzy porody były zakończone wymóżdżeniem, ponieważ płody były podobno bardzo duże i nie mogły być wydobyte kleszczami. J. Rudnicka, średniego wzrostu, dobrej tuszy, cierpi na chroniczny katar oskrzeli (*emphysema pulmonum*) i, nie chcąc już więcej męczyć się napróżno, jak dotąd, woli poddać się jakiegokolwiek operacji, byleby mieć dziecko żywe i zdrowe i nie rodzić więcej.

Wskutek tego nie chciała się poddać wywołaniu przedwczesnego porodu, ponieważ dowiedziała się, że dzieci takie trudniej wychować. Badanie, jak przy pierwszym widzeniu, tak i kilkakrotnie potem wykonane, wykazało: DS. 25, DC. 28, C. ext. 19, D. troch. 32, obwód brzucha w ostatnich dniach ciąży 108.

Przyznam się, że zagadką było dla mnie, dlaczego wobec prawidłowych wymiarów miednicy płody musiały być wydobyte przez wymóżdżenie, i tłumaczenie jej, że płody były bardzo duże, nie trafiało mi do przekonania. Zgadzaając się więc na jej i męża propozycję, by wykonać cięcie cesarskie, postanowiłem spróbować, czy się nie uda wydobyć płodu wprost kleszczami. Badanie zewnętrzne, utrudnione z powodu

dużej ilości tkanki tłuszczowej brzucha, wykazało II czaszkowe położenie. 4 września w nocy wystąpiły pierwsze bóle, i wraz z nimi zaczęły odchodzić wody płodowe. Wezwany przez akuszerkę zakładową, zbadałem rodzącą i znalazłem położenie twarzowe, podbródek zwrócony ku górze, szyję zgładzoną, otwartą na 4 palce, pęcherza niema. Pomimo silnych i częstych bólów, główka nie ustalona, tony serca płodu silne i wyraźnie słyszalne. Próba zmienienia położenia twarzowego na czaszkowe nie udała się. Ponieważ pomimo silnych skurczów macicy główka nie wstawiła się, zaniechałem próby nałożenia kleszczy i przystąpiłem do operacji cięcia cesarskiego, przy udziale tych samych, co i poprzednio, kolegów. Technika wydobywania płodu, cięcia brzusznego i macicy taka sama, jak i w poprzednich przypadkach, z tą tylko zmianą, że wobec natrafienia przy cięciu na dolny odcinek łożyska, które było przyrzućpione u dna macicy, musiałem cięcie przedłużyć znacznie ku dołowi. Płód — rodzaj żeński 3620,0 — wydobyto żywy. Przebieg popołogowy był dosyć ciężki z powodu rozlanego kataru oskrzeli i osłabienia mięśnia sercowego i utworzenia się ropnia w jednym z dolnych szwów. Przy końcu drugiego tygodnia wytworzył się wysięk surowiczy w lewej opłucnie, który znikł po 6 dniach, i chora z zagoną raną brzucha i w ogólnym dobrym stanie mogła odbyć swą daleką drogę (do Łomży) po 38 dniach pobytu w zakładzie.

Przypadki cięcia cesarskiego, jako takie, nie przedstawiają dzisiaj nic nadzwyczajnego, gdyż wykonywać je może każdy obeznany z techniką laparotomii lekarz i nie tylko w dobrze urządzonym zakładzie, lecz również w domach prywatnych, jeżeli ma odpowiednią pomoc. Swoją drogą nie należy ta operacja do codziennych, skoro nawet w klinikach takich, jak klinika SCHAUTA'y, operacja wzmiankowana była uskuteczniiona w przeciągu 20 lat — 175 razy (Centralbl. f. Gyn. N. 29), a podług PETERSEN'a w Finlandyi (Centr. f. G. N. 37), kraju tak wysoko

kulturalnym, operacya ta wykonana była wszystkiego 9 razy. Pomimo całej doskonałości techniki śmiertelność matek wynosi 4% (tamże), a i następne różne dolegliwości i niebezpieczeństwa następnej ciąży zmuszają do ocenienia równoważnika i korzyści, jakie możemy osiągnąć przy tej operacy. Z drugiej znów strony przypadki cięcia cesarskiego przy względnie wskazanym prawdopodobnie przejdą do historii wobec udoskonalenia techniki operacyi, łatwiejszej do wykonania i połączonej z mniejszym niebezpieczeństwem dla matki, jaką przedstawia pubiotomia. Nie posiadając dobrze techniki pubiotomii, jako operacy: jeszcze względnie bardzo nowej, wołałem wykonać cięcie cesarskie, które pozwoliło nam uratować i matki i życie tak gorąco przez nie upragnionych płodów. Wskazania w opisanych tu trzech przypadkach były tylko względne, to jest istniała możliwość wydobywania płodu *per vias naturales*, lecz ani w jednym z nich nie można było zaręczyć za życie dziecka, o co rodzącym bardzo chodziło. Przeciwnie, doświadczenie poprzednich porodów wskazywało, że porody były bardzo trudne, i dzieci trzeba było wydobywać nie żywymi. Osobno zupełnie stoi przypadek pierwszy, gdzie, oprócz ogólnego zwężenia, miało miejsce jeszcze wypadnięcie pępowiny. Samo przez się wypadnięcie pępowiny jest już poważnym niebezpieczeństwem dla życia płodu, gdyż zmusza do szybkiego wydobywania płodu i nie pozwala czekać na zupełne otwarcie i wygładzenie szyi macicy, a tembardziej na ustalenie się główki, którego rezultatem musiałoby być zaciśnięcie pępowiny i nieodzowna śmierć dziecka. Co do wprowadzenia wypadniętej pępowiny, jest to, zdaniem mojem, opartem na sporej liczbie przypadków, częściej dziełem przypadku, aniżeli umiejętności akuszerki, trzeba wyjątkowego zbiegu okoliczności, natychmiastowego ustalenia główki, by wprowadzona pępowina pozostała na swoim miejscu. Jako jedyny zatem sposób pozostawało albo zrobienie obrotu pro-

filaktycznego z następczem wydobywaniem płodu, albo też cięcie cesarskie. Przy poprzednim porodzie w 1903 roku był wykonany obrót wobec zupełnego rozwarcia macicy i ruchomej główki, przy długotrwałym porodzie, który nie dawał już żadnej szansy na możliwość samodzielnego ukończenia. Wydobywanie główki było jednak bardzo trudne i przeciągało się nadmiernie długie, tak że dziecko urodziło się nieżywe. Wogóle, chociaż sam osobiście jestem zwolennikiem obrotu profilaktycznego przy nieznacznych zwężeniach miednicy, zgadzam się zupełnie ze zdaniem MACIEJEWSKIEGO (Profilaktyczski powrót pri uskich tazach — dysertacya doktorska — Petersburg 1898 r.), że „metoda wyczekująca daje lepsze rezultaty dla płodów, aniżeli obrót“ i „że obrót wykonany przy niezupełnem otwarciu szyi więcej jest niebezpieczny dla matki i płodu, aniżeli przy pełnem otwarciu“, i „że obrót płodu, szczególnie jego ekstrakcy, w większości przypadków usposabia do asfiksyi płodu“. Wszystkie te dane zniewoliły mnie do wykonania cięcia cesarskiego, jako jedyne go zabiegu, przy którym mogłem zagwarantować życie dziecka. Prawda, że wypadnięcie pępowiny miało miejsce na kilka godzin przed przybyciem rodzącej do przytulku, i chora była badana przez akuszerkę, ale ponieważ temperatura nie była podniesiona, i miałem możliwość przypuszczać, że infekcyja jeszcze nie nastąpiła, mogłem z czystym sumieniem przystąpić do operacyi.

Pogląd kliniki SCHAUTA'y, że tylko przypadki absolutnie czyste, t. j. takie, gdzie nie miało miejsca badanie poza zakładem, mogą być podane operacyi, jest zdaje się przesadzony, gdyż nawet w tak zaniedbanym przypadku, jak opisany przez Art. MÜLLER'a (*Sect. caesar. conserv. bei Tympania uteri* w Centr. f. Gyn. N. 29 str. 917), gdzie istniała już *tympania uteri*, wynik operacyi był zupełnie dobry. Swoją drogą, wobec możliwości zaniesienia zarazki do macicy, wytarłem jamę macicy gazą sterylizowaną jodo-

formową i włożyłem od jamy macicznej sączek z gazy przez szyję do pochwy. Zwykle robię przeciwnie, t. j. wprowadzam po ukończeniu operacji gazę do szyi macicy od strony pochwy, w danym zaś przypadku, nie będąc pewnym czystości pochwy, nie chciałem chorej narazić na możliwość wprowadzenia zarazka z pochwy. Bezgorączkowy przebieg pogoju dał mi dowód, że pogląd mój był słuszny, i że faktycznie uratowanie dziecka zawdzięczać wykonanej operacji. Zwykle po operacji chora pozostaje w zakładzie 21—25 dni, w tym zaś przypadku z powodów domowych, korzystając z mego wyjazdu i czując się zupełnie dobrze, chora opuściła zakład 14 dnia i, chociaż, jak twierdziła, położyła się po przyjeździe do domu zaraz do łóżka, dostała zapalenia prawego przymacicza, które przykuło ją na kilka tygodni do łóżka.

Winę w danym przypadku muszę sobie tylko przypisać, lecz na usprawiedliwienie swe mogę to przotoczyć, że w kilka dni po dokonanej operacji musiałem wyjechać na 2 tygodnie, i zastępujący mnie kolega dał się zmiękczyć prośbami chorej i pozwolił jej wyjechać z zakładu. Szczęściem jeszcze można nazwać, że skończyło się na zapaleniu przymacicznym, i że nie rozeszły się powłoki, jak było np. w przypadku ILLNER'a (Centr. f. Gyn. N. 26 str. 835), gdzie dwunastego dnia po laparotomii powłoki brzuszne rozeszły się zupełnie, i trzewia brzuszne wypadły. Wogóle szwy brzuszne zdejmuję 9 dnia, ponieważ, jeżeli do tego czasu nie zrosły się dobrze powłoki brzuszne, niema danych, aby i przy dłuższem pozostawianiu szwów zrosły się. Jako materiału do szwów skórnych używam wyłącznie silku, ponieważ materiał ten nie wsysa, nie drażni skóry i łatwo daje się wyciągać z rany. Co do opatrunku, to w ostatnich latach przy laparotomii używam li tylko pasków przyłepca, którym przytwierdzam opatrunek, nałożony na ranę, i ściągam powłoki brzuszne. Opatrunek taki uważam za daleko wygodniejszy, lepszy

i praktyczniejszy, aniżeli bandażowanie gazą, ponieważ uciska równomiernie brzuch, daje się z łatwością poprawiać bez poruszania chorej i szczególnie przy operacjach ginekologicznych i akuszerijnych ma tę ogromną zaletę, że, jako leżący tylko na brzuchu, nie zanieczyszcza się odchodami, nie wsysa w siebie krwi i odchodów i przez cały czas może pozostawać suchym i czystym. Obawy, że opatrunek z przyłepca nie pokrywa dobrze i nie utrzymuje ścian brzusznych, uważam, wobec mego doświadczenia, za niesłuszne, a jedyny zarzut, jaki można zrobić, że mało inteligentna chora może go zerwać lub palcami przenikać po pod opatrunek, da się usunąć ciągłym dozorem dyżurnej uczenicy, który powinien mieć miejsce ciągle w przeciągu pierwszych dni po tak ciężkiej operacji.

We wszystkich wykonanych przypadkach cięcie maciczne robiłem podłużne, uważając cięcie to za praktyczniejsze (Medycyna 1903 r.) ze względu na możliwość przedłużenia go przy natrafieniu na miejsce przyczepu łożyska, co miało miejsce w dwóch operowanych przeze mnie przypadkach. Cięcie podłużne daje zupełnie wygodny dostęp do płodu, łatwość wydobycia go i możliwość dokładnego wydobycia łożyska. Jako zarzut stawiają to, że przy cięciu podłużnem powstają łatwo zrosty przedniej ściany macicy ze ścianą brzuszną, i że blizna w macicy jako *locus minoris resistentiae* łatwo może ulec pęknięciu przy następnych porodach. To było głównym powodem, że FRITSCH zaproponował cięcie poprzeczne, jako nie posiadające wyżej wspomnianych braków. Kilka jednak przypadków pęknięcia macicy po poprzednim poprzecznem cięciu (Centr. f. Gyn. N. 32 str. 993), opisanych w ostatnich czasach, dowodzą, że i ta zaleta jest problematyczna, i że kwestya sposobu cięcia jest rzeczą zupełnie obojętną dla dalszego przebiegu. Co do zrostów, jest to rzeczą zależną więcej od techniki szycia, aniżeli sposobu operacji. Wogóle podług LEN-

MEN'a (Ann. de gyn. et d'obstr. 1904 — oktober), który zbadał 117 przypadków powtórnych cięć cesarskich, w 67% znalezione były zrosty otrzewnowe, które należało uważać jako komplikacje. Jeżeli jednak przy zeszyciu będziemy ściśle się trzymali prawidła, by osobno zeszyć otrzewną ścienną, to otrzymamy zrosty surowiezo-surowieze (pomiędzy otrzewną macicy i ścienną), zrosty względnie słabe, które po jakimś czasie rozciągają się, stają się luźnymi i nie powinny być przeszkodą przy rozrastaniu się macicy przy następnych ciążach.

Wobec możliwości otrzymania katgut, o jakości którego możemy być pewni (używam katgut jodowego w spirytusie), należy zaszywać osobno otrzewną ścienną, osobno powięź mięśniową i osobno skórę. Tak nałożony szew ochrania nas z jednej strony od zrostów pomiędzy otrzewną macicy i ścianą brzuszną i z drugiej strony, jako ściślejszy i dokładniejszy dokonany, więcej zabezpiecza od następnych przepuklin brzusznych.

Do zeszywania macicy używam jedwabiu, chociaż, jak dowodzi artykuł prof. OLSHAUSEN'a (N.

1 C. f. Gyn.), gdzie stale od dłuższego czasu używany jest katgut, lepszym materiałem jest katgut, ponieważ mniej często zdarzają się po nim ropienia szwów.

W klinice Berlińskiej, jak wskazuje przytoczony wyżej artykuł, stale używa się wstrzykiwania ergotyny na kilkanaście minut (20) przed operacją w celu zmniejszenia krwotoku podczas operacji i wywołania skurczu macicy. Nie używają natomiast zaciskania dolnego odcinka macicy, ani w formie ogólnego ucisku, ani ucisku tętnic. W operowanych tutaj przypadkach nie robiliśmy uprzednich wstrzykiwań ergotyny, natomiast palcami zaciśnięte były tętnice maciczne. Krwotok przy operacji macicy był minimalny, atonii macicy nie mieliśmy w żadnym przypadku. Sądzę jednak, że sposób ten, gorąco zalecany przez prof. OLSHAUSEN'a, zasługuje na uwagę, gdyż zabezpiecza nas od możliwej atonii macicy i oszczędza trudu pomocnikowi uciskania tętnic macicy, które trwa kilkanaście minut i należy do rzeczy bardzo męczących.

Notatki kazuistyczne.

podał

T. Trzciński.

Z kazuistyki ekstragenitalnej infekcji przymiotowej.

1) We wrześniu r. z. przybyła do szpitala Ś-go Łazarza 20-letnia zamężna wieśniaczka, będąca w ciąży poraż pierwszy, z wysypką plamisto-grudkową na skórze tułowia, ud i przedramion. W samym środku prawego po-

liczka chorej widnieje wzniesione nadżarcie — doskonale okrągłe i ostro ocyrklowane, wielkości miedzianej kopiejki, wzniesione znacznie ponad poziom otaczającej skóry, bez żadnej zapalnej otoczki dookoła.

Środek tego prawidłowego krążka jest nieco wklęsły w porównaniu z częścią peryferyczną, miedziano czerwony, z lekka sączący i lśniący — obwód zaś blado bliznowaty. Ca-

łość, ujęta w palce, daje wrażenie twardości chrzęstno - włóknistej. Odpowiednie gruczoły podszczękowe znacznie bardzo powiększone i swoiście stwardniałe.

Wobec powyższych danych oczywiście rozpoznano objaw pierwotny na policzku — powstały, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, zapomocą zarażenia przez pocałunek — jak w tym przypadku, prawdziwy pocałunek Almanzora.

Mąż chorej, jak się okazało, dotknięty świeżym przymiotem, zanim zdążył zarazić żonę przez stosunek piciowy, dokonał tego przez pocałunek, dzięki temu, że miał objawy zaraźliwe w ustach, a u żony istniał prawdopodobnie jakiś maleńki wykwit trądzika na policzku.

2) Jednocześnie przebywała w szpitalu kobieta, która zaraziła się przymiotem od niemowlęcia, wziętego na wykarmienie z domu podrzutków. W takich przypadkach objaw pierwotny znajduje się zwykle na sutce około brodawki — tak też było i w naszym przypadku, ale były tu dwa objawy pierwotne, po jednym około obojej brodawki, co stanowi względną rzadkość kazuistyczną.

3) Powyższe przypadki drogą skojarzenia myślowego przypominały mi bardzo ciekawy okaz infekcyi ekstragenitalnej, który widziałem przed 11 laty, a którego dalsze losy obserwuję po dziś dzień.

Rzecz się miała tak:

Młoda panna, córka obywatela ziemskiego, leczona przez kilka tygodni na prowincyi z powodu guza na dolnej wardze, przyjechała wreszcie do Warszawy wobec bezskuteczności dotychczasowego leczenia.

W guzie, już zabliznionym, zajmującym część dolnej wargi około lewego kąta ust, na naradzie rozpoznano objaw pierwotny. Z objawów konstytucjonalnych przymiotu istniała bardzo skąpa wysypka grudkowata (zaledwie kilka wykwitów) i porażenie lewego nerwu twarzowego. Należało jednak ustalić genezę infekcyi, dość dziwnej, biorąc pod uwagę położenie towarzyskie i wysoką kulturę pacjentki. Po wielu staraniach, przy pomocy innych osób z rodziny chorej, — ile że należało się liczyć z niesłuchaniem rozdrażnieniem psychicznem chorej panienki, udało się wykryć źródło i sposób zarażenia. Narzeczony chorej, młody stu-

dent, pytany przeze mnie, nie przyznawał się, aby kiedykolwiek przymiot przebywał, i honorem ręczył, że narzeczonej nigdy nie pocałował. Zeznawał jedynie, że przed kilkoma miesiącami spostrzegł na prąciu jakąś erozyę, która się szybko zagoiła, i którą miejscowy lekarz (na prowincyi) uznał za rzecz bez znaczenia. Przy badaniu jednak znalazłem u niego i wysypkę i lepieże, a co ważniejsza, liczne „plaques“ w ustach. Okazało się wreszcie, że pewnego razu oboje narzeczeni pili herbatę z jednej szklanki, aby nawzajem poznać swe najskrytsze myśli, i właśnie zrab owę szklanki, będący w kontakcie z ustami obojga, stał się *vehiculum* zaraży.

Oboje młodzi po przebytej kilkuletniej kuracyi pobrali się wreszcie — żyją oboje dotychczas, są zdrowi i mają troje zdrowych dzieci.

Przypadek przymiotu mózgu.

W kwietniu zeszłego roku wezwany zostałem do przybyłego ze wsi 30-letniego obywatela ziemskiego, który przed 3 dniami uległ był atakowi apoplektycznemu. Zastałem człowieka małego wzrostu, ale doskonałej budowy i znakomitego odżywiania, przytomnego zupełnie, mówiącego wyraźnie. Badanie wykazało, co następuje.

Niedowład lewostronny — bez porażenia twarzowego (lewy kąt ust podczas mowy był nieco ściągnięty, ale chory mówił w ten sposób od dzieciństwa). *Mictio et sedes normales*. Od-ruchy wzmożone, zwłaszcza lewe. Pozatem ze strony ośrodków, nerwów peryferycznych serca i organów wewnętrznych badanie daje zupełnie normalne rezultaty. Prawa strona szyi w wysokim stopniu zdeformowana z powodu całego pakietu gruczołów limfatycznych bardzo powiększonych i bardzo twardych. Analiza uryny wykazuje stosunki normalne. Chory, który skarży się na silny ból głowy, stanowczo twierdzi, że nigdy żadnej choroby wenerycznej nie przechodził, ani się swoiście leczył. Zniekształcenie szyi poczęło się zwolna tworzyć przed 6 laty, a dwa najniżej położone gruczoły zjawiły się dopiero przed pół rokiem. Na bóle głowy cierpi mniej więcej od 3 lat, przyczem od

roku bóle te znacznie się nasiliły; od dłuższego czasu spostrzega znaczne osłabienie pamięci, sen ma niespokojny, przerywany i męczący.

Przed 3 dniami stracił nagle przytomność i był nieprzytomny, według opowiadania otaczających, przez kilka godzin; po odzyskaniu świadomości spostrzegł niedowład kończyn.

Rozpoznanie mogło się jedynie wahać pomiędzy guzem a przymiotem mózgu, a gruczoly szyi zdawały się przeważać szalę na stronę przymiotu.

Zaordynowano energiczne leczenie swojej (wcierania szaruchy i jodek potasu 3,0 *pro die*).

Już po tygodniu leczenia bóle głowy prawie znikły, a niedowład znacznie się zmniejszył; po 25 wcieraniach niedowład kończyn dolnej nie dał się już zauważyć — chyba po dłuższym chodzeniu, a gruczoly szyi widocznie zaczęły się zmniejszać.

Po 2 miesiącach leczenia—*resp.* po 60-u wcieraniach, niedowład znikł doszczętnie, pamięć powróciła do dawnej mocy — gruczoly zmniejszyły się do $\frac{1}{3}$ pierwotnej wielkości. W sierpniu chory przebył 3 tygodnie w Tren-cynie, gdzie wziął 20 wcierań i tyleż kąpeli.

Obecnie (wrzesień) czuje się podmiotowo doskonale;—szyja wróciła do normalnej konfiguracji—jedynie ponad obojczykiem wyczuć można dwa gruczoly, wielkości orzecha laskowego. Odruchy lewostronne dotychczas znacznie wzmożone.

Niesłuchanie pomyślny przebieg leczenia ustalił rozpoznanie przymiotu, który w tym przypadku rozpoczął się prawdopodobnie przed 6 laty z okładem — bo przed 6 laty gruczoly szyi zaczęły się powiększać, a były one oczywiście w związku z objawem pierwotnym, uszkodzonym gdzieś w jamie ustnej lub gardzieliwej. Przymiot, nieleczoney zgoła, spowodował po 3 latach swoiste zmiany w naczyniach mózgu, które wreszcie po następnym trzyleciu doprowadziły do ataku apoplektycznego. Przeglądając w myśli nieskończenie wielki szereg przypadków przymiotu ośrodków nerwowych, które obserwowałem w ciągu lat dwudziestu kilku, nie mogę odnaleźć analogicznego faktu, bo nie zdarzyło mi się widzieć przymiotu mózgu, któryby, nie hamowany przez żadne leczenie, trwając przez lat 3 z okładem, był jeszcze zdolny do uleczenia niemal doszczętnego.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

22. W. STARCK. W kwestyi rozpoznawania choroby Barlow'a (gnilca dziecięcego).

Choroba BARLOW'a należy do rzędu tych cierpień, które bardzo często zostają nierozpoznane. Przy względnej rzadkości cierpienia nawet doświadczeni lekarze częstokroć nie rozpoznają choroby całkiem wyrażonej i typowej, już nie mówiąc o postaciach nierozwiniętych, w których brak tego lub owego ze zwykłych objawów. Błędy rozpoznawcze mają właśnie w tej chorobie bardzo wielkie znaczenie praktyczne, gdyż jedynie odpowiednie przepisy dyetetyczne mogą chorobę usunąć.

REHN, jeden z najlepszych znawców choroby BARLOW'a, powiada: „Jeśli mi przynoszą dziecko w wieku 5—15 miesięcy, sztucznie od-

żywiane, cierpiące na brak apetytu, niespokojny sen, płaczące albo krzyczące przy ubieraniu, myciu i t. d., to zawsze myślę o skorbucie, nigdy zaś o krzywicy“.

Do najważniejszych objawów choroby BARLOW'a, napastującej wyłącznie dzieci, sztucznie karmione, należą: 1) wzrastająca małopokrwistość, 2) obrzmienie krwotoczne dziąseł, 3) bóle przy ruchach, 4) wzdęcie jednej lub więcej kości rurek, 5) krwimocz, 6) krwotoczny obrzęk powiek i wypuklenie gałek ocznych. Rzadko zdarza się, ażeby obecne były wszystkie wymienione objawy, najczęściej zaś brak tego lub owego objawu albo też kilku z nich.

Małopokrwistość większego lub mniejszego stopnia występuje zazwyczaj wówczas, gdy cho-

roba trwa już 1 - 2 miesiące. W świeżych przypadkach często tego objawu nie spotykamy pomimo obecności innych charakterystycznych objawów. W czystych przypadkach choroby B. skaza krwotoczna poprzedza zwykle mało-krwistość.

Obrzęk krwotoczny dziąseł jest bez wątpienia jednym z najważniejszych objawów klinicznych gnilca dziecięcego, mającym szczególne znaczenie dla rozpoznawania. Dziąsła przybierają zabarwienie niebieskawe, obrzmiewają, stają się pulchne, wrażliwe i łatwo krwawią. Te zmiany występują zwykle najwyraźniej na wystających miejscach dziąseł między zębami.

U dzieci bezzębnych nie spotykamy tych zmian. W rzadszych przypadkach do obrzmienia dziąseł przyłącza się z początku powierzchowna, później zaś coraz głębiej sięgająca nekroza, wytwarzająca nieczyste owrzodzenia, ale zdarza się to w gnilcu dziecięcym b. rzadko. Częściej dziąsła są b. mało zmienione nawet wówczas, gdy już istnieją zęby, tak że te zmiany łatwo mogą zostać przeoczone.

W ostatnich czasach autorowie coraz więcej skłaniają się do utożsamienia choroby BARLOW'a ze skorbutem. Stanowisko takie zajęli między innymi FRAENKEL. Należą tu także REHN, STOOS, LOOSER. Ostatni autor bardzo szczegółowo badał zmiany histo - patologiczne kości w chorobie BARLOW'a i dochodzi do przekonania, że są one identyczne ze zmianami w gnilcu dorosłych. Nie inaczej zapatrywał się zresztą na omawianą chorobę sam BARLOW.

Trzeci typowy objaw choroby BARLOW'a stanowi bolesność jednej lub kilku kości, zwłaszcza kończyn, samoistna, jak również przy dotykaniu i ruchach. Bolesność potęguje się niekiedy do tego stopnia, że występuje porażenie rzekome jednej lub kilku kończyn. Wówczas łatwo jest popełnić pomyłkę rozpoznawczą i wziąć cierpienie za sprawę przymiotową (*pseudoparalysisluetica*). Pamiętać jednak należy, że *osteochondritis luetica* prowadzi do rzekomego bezwładu już w pierwszych tygodniach życia, a więc wówczas, gdy choroba B. jeszcze nie występuje. Przytem nie brak zwykle innych objawów przymiotu, a na obrazie rentgenoskopowym nie spostrzegamy charakterystycznego dla choroby B. cienia na końcu dotkniętego trzonu kości.

Występowanie i natężenie bólów kostnych zależne jest od stopnia zmian kostnych. Pojedyncze ograniczone krwawienia do szpiku i pewien stopień zaniku istoty szpikowej mogą nie wywołać żadnych objawów, natomiast rozległe wynaczynienia podokostnowe, złamania na granicy trzonu i nasady i t. p. zmiany muszą sprawiać bóle i zaburzenia ruchu. Obecność ich nie jest jednak konieczna dla dyagnozy, tak samo zresztą, jak wzdęcie jednej lub kilku kości. Najczęściej dotknięty bywa dolny koniec kości udowych i granica chrząstkowo-kostna żeber. Zresztą żadna kość nie jest zabezpieczona od wynaczynień w szpiku i pod okostną, od złamania i przemieszczenia odłamków, a zatem od zgrubienia i bolesności. Ocena zmian kostnych została istotnie ułatwiona dzięki rentgenografii. Ta ostatnia wykazuje nam nie tylko oddzielenie się okostny od kości przez wynaczynioną krew i zniekształcenie przez to kości, lecz uwidocznia także zniknięcie delikatnego rysunku warstwy gąbczastej i występowanie na miejscu tej gęstego cienia. Załączony przez autora rentgenogram unaocznia te zmiany.

LOOSER uważa zmiany zanikowe szpiku kostnego w chorobie B. za zależne od krwawień. FRAENKEL natomiast dowiódł, że zdarza się to i bez wszelkich wynaczynień. Istnieje tu zatem podobieństwo do krzywicy, w której również spotykamy zmiany zanikowe szpiku z następczym rozszerzeniem naczyń i wylewami krwi.

Obrzmienie krwotoczne powiek z wypukleniem gałek ocznych lub bez tegoż stanowi b. charakterystyczny objaw choroby B. Trudności rozpoznawcze powstać mogą tylko wtedy, gdy istnieje tylko wypuklenie bez obrzęku powiek, gdyż wtedy możnaby myśleć o wodogłowie, choć przeciw temu przemawia ostry rozwój tego objawu oraz brak innych objawów wzmożonego ciśnienia mózgowego. Winniśmy pamiętać, że ostro powstały obustronny, jak również jednostronny *exophthalmus* w wieku dziecięcym może być następstwem pozagalkowego wylewu krwi w związku z chorobą BARLOW'a.

Krwimocz może stanowić jedyny widoczny objaw choroby B. Odnośne przypadki przytoczyli już HEUBNER, NEUMANN i in.; parę takich przyp. podaje także autor. Znajomość tego faktu ma duże znaczenie dla terapii.

Wreszcie nierzadko zdarzają się postacie

zatarte (*formes frustes*) choroby BARLOW'a. W wątpliwych przypadkach szybki skutek, osiągnięty przy pomocy leczenia odżywczego (głównie

mleka surowego, soków owocowych), przemawia za gnilem dziecięcym.

(Münch. med. Woch. N. 10. 1907).

S. P.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa internistów berlińskich dr ALBU okazał wątrobę, pochodzącą od 25-letniej chorej. Chorą tę ALBU miał pod obserwacją w przeciągu lat $8\frac{1}{2}$ i przez czas dłuższy nie był w stanie orzec, z jakiego rodzaju cierpieniem miał do czynienia.

Objawy kliniczne były niezwykle. Chora, poczynając od 4-go roku życia, co rok lub co dwa lata zapadała na żółtaczkę, która trwała przez 6, a nawet 12 miesięcy. W czasie tego okresu żółtaczki chora traciła dużo na wadze prawdopodobnie na skutek upośledzenia wchłaniania tłuszczów. Wątroba była wybitnie powiększona o nieco nierównej powierzchni. Śledziona nie ulegała zmianom; mocz zawierał tylko bilirubinę. Z chwilą, kiedy żółtaczka zaczęła znikać, ustępowały zwykle wszystkie inne, towarzyszące jej objawy, zarówno subiektywne, jak i obiektywne. Chora nigdy nie doznawała bólów, podejrzenie więc pierwotne przewlekłej kamicy wątrobowej musiało z czasem upaść. W końcu zrodziło się przypuszczenie, że w danym przypadku chodzi o zwężenie dróg żółciowych, ewent. przewodu żółciowego wspólnego, który na skutek wzmagającego się nieżyty uległ czasowo prawie zupełnemu zatkaniu. Przyczynę tego wrodzonego cierpienia mógł stanowić tylko przymiot. Chora często domagała się zabiegu operacyjnego, lecz wobec niepewnego rozpoznania trudno było zdecydować się na operację. Ostatni okres żółtaczkowy zjawiał się przed 8 miesiącami. Ustępując życzeniu chorej, ALBU zgodził się na operację, sądząc, że śaczkowanie przewodu żółciowego

uwolni chorą od trapiącej ją dolegliwości. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że przewody żółciowe są zupełnie zdrowe, cały więc zbiór objawów pozostał niewyjaśniony. W kilka dni po zabiegu chora zmarła na zapalenie płuc. Badanie mikroskopowe wątroby wykryło, że w danym przypadku istniała marskość wątroby, pochodzenia prawdopodobnie przymiotowego.

Ciekawy przypadek powtórnego zarażenia się przymiotem przy istniejących jeszcze objawach trzeciorzędnych tego cierpienia okazał dr STERN na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Düsseldorfie. Mężczyzna 26-letni twierdzi, że, o ile może zapamiętać, od samego dzieciństwa cierpi na rozmaite sprawy wrzodziejące. Ojciec chorego zmarł na moczówkę cukrową, pozostałe rodzeństwo jest zdrowe. Osobnik, słabo rozwinięty fizycznie, posiada wybitny zanik skóry na twarzy i liczne białe, promieniste blizny na czole, kilka blizn na podniebieniu twardem i tylnej ścianie gardzieli, zrosniętych z kośćmi. Obok tego na lewej połowie twarzy widać głęboko drążące owrzodzenie. Podobne głębokie zmiany kilakowe istnieją na brzuchu i pośladkach. Podczas pierwszego badania, skutecznego przed 4-ma tygodniami, mówca znalazł na prawcu płaskie owrzodzenie, a w wydzielinie z tego owrzodzenia wykryto liczne krętki blade. Obok tego na skórze tułowia spostrzeżono świeżą wysypkę plamistą. Należy więc sądzić, że, pomimo istniejących zmian trzeciorzędnych, nastąpiło nowe zakażenie (cho-ry nawet podaje w przybliżeniu czas, kiedy to

miało miejsce). Przypadek ten stanowi wybitny dowód kliniczny, potwierdzający zresztą dawniejsze wnioski doświadczone, że odporność bezwzględna dla przymiotu nie istnieje. Przy puszczeniu, iż krętki z istniejących kilaków mogły się dostać do krwi i odzyskać swą jadowitość, da się wyłączyć, ponieważ: 1) owrzodzenie na prąciu, w którym znaleziono prątki, jest zupełnie świeże; 2) przebieg kliniczny wysypki różyczkowej na skórze przemawia również za sprawą świeżą, na koniec 3) pomimo bardzo starannego poszukiwania w kilakach nie znaleziono krętków, w wydzielinie zaś świeżego owrzodzenia znajdują się one w obfitości.

Na posiedzeniu Towarzystwa internistów berlińskich profesor LITTEEN przytoczył przebieg choroby w przypadku zupełnego obustronnego porażenia mięśni oczu zewnętrznych i wewnętrznych (*Ophthalmoplegia totalis bilateralis externa et interna*). Dotychczas zupełnie zdrowa i nie obciążona dziedzicznie 20-letnia dziewczyna pracowała przez półtora roku w fabryce wyrobów gumowych, gdzie, obok innych zajęć, miała polecone wulkanizować wyroby gotowe (przeciągać je przez roztwór siarku węgla). Zajęciu temu poświęcała codziennie 3 godziny. Z czasem spostrzegła, że powieki „stały się ciężkie“, pewnego dnia zaś nie poznała znanej sobie dobrze osoby, a to dlatego, że powieki opadły jej, i zjawilo się widzenie podwójne. Obok tego zaczęła się potykać podczas chodzenia. Objawy powyższe szybko postępowały; wobec więc niemożności zarabkowania chora udała się do szpitala. Tu stwierdzono: osłabienie ogólne, ból i zawroty głowy, wymioty, obustronne opadnięcie powiek (*ptosis*); obydwie gałki oczne stały zupełnie nieruchomo i nie poddawały się wpływom woli; twarz posiadała szczególny stęzły, senny wyraz; na koniec istniało zupełne porażenie nerwów: okoruchowego, bloczkowego i odwodzącego (*n. oculomotorius, trochlearis et abducens*) i widzenie podwójne. Żrenice były rozszerzone, niewrażliwe na światło, przystosowanie i ustawienie; na dnie oczu żadnych zmian nie wykryto. Bez względu na zupełną nieruchomość warg, języka i podniebienia miękkiego, chora szybko męczyła się przy żuciu pokarmów i rozmowie. Do szpitala

chora przyszła pieszo, lecz już w ciągu kilku dni osłabienie kończyn dolnych posunęło się tak daleko, że nastąpiło porażenie zupełne mięśni kończyn dolnych, dalej mięśni grzbietu i brzucha. Chora nie była w stanie nie tylko założyć nogi na nogę, lecz nawet usiąść na łóżku. Zaburzeń ruchowych zarówno w kończynach górnych, jak i pęcherza i kiszki prostej nie było. Ucisk na pnie nerwowe kończyn dolnych chora odczuwała, jako silny ból; na bóle w nogach chora skarżyła się nawet przy zupełnie spokojnem leżeniu. Wszelkie rodzaje czucia były w zupełności zachowane; pobudliwość elektryczna mięśni kończyn dolnych była wybitnie zmniejszona bez względu na rodzaj prądu i sposób podrażnienia (pośredni i bezpośredni). Po upływie miesiąca stan powyższy trwał bez zmiany, odruchy ścięgnowe znikły, natomiast odruchy z błon śluzowych były zachowane; objawu ROMBERG'a nie stwierdzono. W ciągu następnych trzech miesięcy stan zdrowia chorej nie uległ żadnej zmianie: w mięśniach nie zauważono ani zaników, ani wyraźnego odczynu zwyrodnienia. Dopiero po następnych 4-ch miesiącach spostrzeżono, że oddziaływanie żrenic na światło i przystosowanie powróciło. Dopóki trwało porażenie mięśni ocznych, źrenki zwężające i rozszerzające żrenicę nie działały. Obecnie: opadnięcie powiek zaczęło powoli ustępować, i chora mogła coraz szerzej otwierać oczy; męczyła się jednak łatwo i zamykała oczy, ponieważ doznawała zawrotu głowy i widziała podwójnie. Chora przebyła w szpitalu 9 miesięcy; stan jej obecny jest następujący. Aczkolwiek mięśnie, unoszące powieki, działają dobrze, a żrenice odzyskały dawną sprawność, pozostało jeszcze porażenie pozostałych mięśni ocznych, względnie nieruchomość gałek. Objawy porażenia kończyn dolnych zmniejszyły się na tyle, że chora bez żadnej pomocy, powłócząc nogami, może się ostrożnie przesuwać z miejsca na miejsce; odczynu myastenicznego niema, pobudliwość zaś elektryczna mięśni prawie zupełnie wróciła do normy; odruchów ścięgowych brak. Oto mniej więcej dokładny obraz przebiegu cierpienia, które rozpoczęło się w kwietniu, w ciągu maja, czerwca i lipca dosięgło szczytu; w sierpniu wróciła sprawność żrenic;

w październiku zaczęło ustępować porażenie kończyn dolnych, a po 9-u miesiącach pozostało *ophthalmoplegia externa* i znaczne osłabienie kończyn dolnych. Pozostaje więc tylko rozstrzygnąć pytanie: jakiemu rodzajowi cierpienia odpowiadają objawy powyższe?

Istnieją dwie postaci chorobowe, których przebieg odpowiadałby przytoczonemu obrazowi klinicznemu, mianowicie: *Polioencephalomyelitis* i *Myastenia gravis pseudoparalytica*. Ponieważ jednak przebieg cierpienia naszej chorej nie odpowiada ściśle ani jednej, ani drugiej z przytoczonych postaci nozologicznych, a w dodatku nie jest nam znane tło anatomiczne, na którym rozwinęło się dane cierpienie, przeto ściśle rozpoznanie staje się bardzo trudnem. Mówca zalicza ten przypadek do niezwykłych i sądzi, że może on stanowić podstawę do dalszych spostrzeżeń podobnych, których do dziś jeszcze nie posiadamy. Należy tylko dodać, że w wielu innych przypadkach, pochodzenia toksycznego, (do nich niewątpliwie należy i to spostrzeżenie) nie wykryto żadnych zmian anatomicznych, prócz objawów *polyneuritis* bez

względu na bardzo staranne poszukiwania. Co do tej chorej, to etiologia zatrucia była brana pod ścisłą rozagę, i zatrzymano się w końcu nad zatruciem siarczkiem węgla. Literatura, dotycząca tego przedmiotu, jest bardzo obszerna, nie zawiera jednak ani jednego spostrzeżenia choć w przybliżeniu podobnego do obecnego. Mimo to prelegent przypuszcza, że ten właśnie rodzaj zatrucia stanowił przyczynę choroby. Na tej zasadzie rokowanie co do zejścia było dobre, co właśnie potwierdza przebieg cierpienia, który w obecnej chwili każe spodziewać się zupełnego wyzdrowienia chorej.

Na tle odczytu rozwinęły się żywe rozprawy co do rodzaju choroby. LEYDEN rozpoznaje *polioencephalomyelitis*, upatrując pewne podobieństwo do porażenia dziecięcego (*Kinderlähmung*). LEWANDOWSKI zaś twierdzi, że przytoczony obraz choroby najbardziej przypomina zapalenie nerwów rozsiane (*polyneuritis*), za czem przemawiałoby zniesienie odruchów ścięgniowych i bóle w nogach.

K. Z.

Od Redakcyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie pracowni d-ra KARWACKIEGO o „O zaczynie mlecznym suchym”.

Xeroform

je się do opatrunków suchych.

Rzadka zmiana opatrunku. Posiada swoje działanie w mokrych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

wewnętrzne.

Płynny związek salicylowy. Płynny i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju. Bardzo słabo drażni skórę. Bez ubocznego działania na narządy

Creosotal

dróg oddechowych (pneumonia etc).

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym autiphtisikum, wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach

Blenal

Ester kwasu węglowego olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Injectio Hirsch

do leczenia syfilisu, jedyny zupełnie bezbolesny preparat Hg, do podskórnych i wewnątrzmięśniowych wstrzykiwań

Bismut. bisalicyl. — Bismut. bitannic.

Próby i literaturę resp. sposób użycia dostarcza: Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel—Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydro

Zinkperhydro

Methylatrop. bromatum.



Snrowica antidyfery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczonej na sprzedaż gotowej 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 przeciwnieprzydatny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

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

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieprzydatnymi ostryżkami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae lanrocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego.

Bromipin 10%

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

Hämogallol

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

Jodipin 10%

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

Jodipin 25%

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

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.

Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

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

Tannoform

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

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

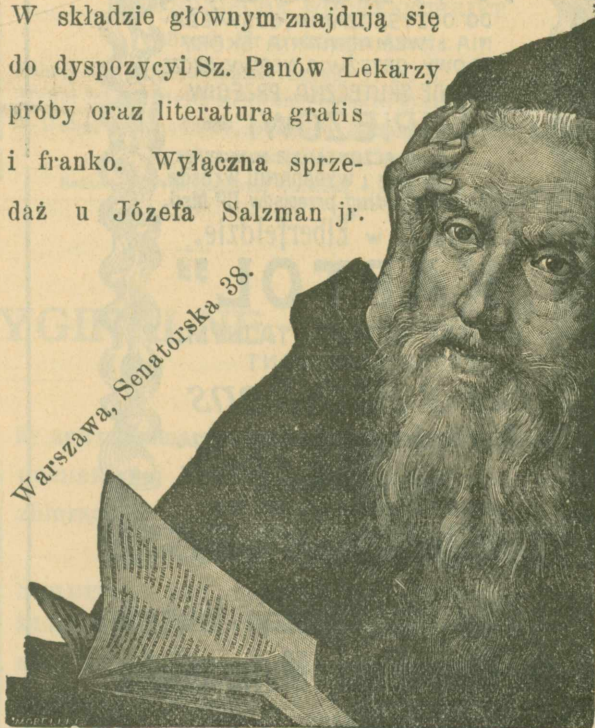
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

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

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



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 laxansu.

D-r Antonio Maggiorani

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność państwowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisujące używać Wód.

VICHY CÉLESTINS

Stosunki bólowe,
poszewna,

dolegliwości wierzyciel, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Stosunki wątroby i organów śród wydzielających.

VICHY HOPITAL

Stosunki żołądka i
kiszki

Wytwory ze soli mineralnej oczyszczonej
z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolac trawienia, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydać jedną chwilę wody
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

№ 4711
Capto!
NAJLEPSZA WODA
DO WŁOSÓW,
DO OCZYSZCZANIA, ODŚWIEŻA-
NIA I WZMACNIANIA SKÓRY
GŁOWY. ORZĘDZIA NERWY. SZCZĘ-
GÓLNIE SKUTECZNA PRZECIW
= ŁUPIEŻOWI =
I POŁĄCZENEMU Z NIM SWĘ-
DZENIU I WYPADANIU WŁOSÓW.
Przygotowana podług przepisów D^o Med.
L. Eichhoff w Elberfeldzie.
„KAPTOL”
NIE JEST ŚRODKIEM TAJNYM.
JEDYNY FABRYKANT
Ferd. Mühlens
Kolonia nad Renem.
Oddział w Rydze.
Dostawca Dworu
JEGO CESARSKIEJ MOŚCI.

Pracownia analityczno-lekarska
D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).
telefon 73 46 albo 44.83.

Docent Uniwersytetu Lwowskiego
D-r E. Biernacki

ordynuje w r. b. w Karlsbadzie od dnia 2-go Maja.

Adres zwykły: Alte Wiese, dom „NIZZA”
(z tułu za Nastojem)

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO”
pod Mentoną.

dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdrowieńców



Zakład położony w najpiękniejszej i najzdrowszej części
południowej Francji (Alpy morskie), otoczony ze wszyst-
kich stron lasami. Hydroterapia. Oświetlenie elektryczne.
Winda. Telefon. Wodne ogrzewanie. Prospekty wysła
administracja — Gorbio près Menton.

Chorzy na gruźlicę płuc nie są przyjmowani.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

BAD KREUZNACH

Sezon od 1 maja do 30 września.

Silne radioaktywne źródła lecznicze, za-
wierające Jod-Brom i Lithion. Wszystkie no-
woczesne środki lecznicze i doskonałe sanitar-
ne urządzenia.

Wskazania: choroby kobiet i dzieci, żoły,
krzywica, choroby skóry, choroby serca, dna
i gościec. Wysyłka ługu Kreuznachskiego.

Prospekty gratis i franko za pośrednictwem dydakty-
kapielowej.

D-r F. Chłapowski

ordynuje i w tym roku w KISSINGEN
przy ulicy Prinzregentenstrasse Nr. 1, gdzie
mieści się też pensjonat dyetyczny.

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. 1-szy asyst. Kliniki Lekarsk. Un. Jag.

ordynuje jak dawniej od 1-go maja do 30 wrze-
śnia w MARIENRADZIE Stadt Hamburg

Nowe ilustrowane katalogi franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.