

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 18.

Warszawa d. 4 Maja 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzli 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 ciąży śródmiażdżowej. Napisał A. Karczewski. — O nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażień dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Napisał Antoni Leśniowski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 24. B. Leick. Leczenie tyfusu brzuszego piramidonem. — Odświek. Wrażenia z podróży po miejsceach kąpielowych Anglii. Podał dr med. Alfred Sokołowski. — Wiadomości bieżące. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr A. Karczewski. — Sur la grossesse interstitielle. 2) Dr A. Leśniowski. — Sur le traitement opératoire moderne des paralysies infantiles d'origine rachidienne.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr A. Karczewski.—
Ueber interstitielle Schwangerschaft. 2) Dr A. Leśniowski.
—Ueber die moderne operative Behandlung der infantilen .
Paralysen medullären Ursprungs.

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

PRACE ORYGINALNE.

0 ciąży śródmiażdżowej.

Napisal

A. Karczewski.

Non numerandae sunt, sed perpendendae observationes.

W roku 1801 na zlecenie c. k. Akademii medyko-chirurgicznej imienia Józefa w Wiedniu prof. Wilhelm SCHMITT (52) zbadał 3 okazy cią-

ży zewnątrzmacicznej, nadesłane różnymi czasami
pomienionej akademii i przechowywane w jej
zbiorach.

Jeden z tych okazów, opisany przez SCHMITT'a pod nagłówkiem „historia ciąży, która powstała w substancyi macicy poza jej jamą i w której worek wcześniej uległ pęknięciu“, przeleżał w muzeum lat 12. Pochodził on od kobiety 28-io letniej, która 4 razy prawidłowo rodziła i raz poroniła. W początku czerwca 1788 r. zaczęła się ona skarżyć na gniotący ból żołądka. Ból ten trwał dni 10, potem dołączyły

się doń wymioty. Dnia 5-go lipca tegoż roku o godzinie wpół do dwunastej przed południem chora po zjedzeniu kilku łyżek zupy poczuła mdłości, do których wkrótce przyłączyły się wymioty i omdlenia. Wezwany lekarz znalazł chorą w stanie zapaści. Śmierć nastąpiła wśród drgawek około 5-ej wieczorem.

Otwarcie zwłok dokonane zostało nazajutrz przez Franza CZIRAK'a, który nadesłał protokół sekcji wraz z powyżej przytoczoną historią choroby. Jama brzuszna była wypełniona krwią płynną i skrzepłą w dużej ilości. W dnie macicy istniało miejsce pęknięcia. Znajdował się tu mały płód, zawarty w swych błonach. Macicę wraz z przynależnymi częściami wyjęto z miednicy i poddano dokładnemu badaniu, przyczem okazało się, co następuje. Jajo leżało w przedniej okolicy dna, w pobliżu prawego jajowodu, w workowatej jamie, którą tworzyła otrzewna, pokrywająca macicę, a po części substancja samej macicy. Jama ta nie miała żadnego połączenia z właściwą jamą maciczną, co stało się oczywiście, skoro nacięto ścianę macicy podłużnie. Ujście prawego jajowodu było zamknięte; przynajmniej wszelkie oględne i metodyczne próby nie doprowadziły do odnalezienia tu drogi. Natomiast wprowadzona szczecina przenikała łatwo i bez przeszkody przez jajowód lewy. Wewnętrzna powierzchnia macicy była wysłana błoną kosmatą (*flockig*), z której, jak twierdzi SCHMITT, pozostały wyraźne ślady na preparacie, przechowywanym przez 12 lat w spirytusie. Cała macica była powiększona, a jej substancja znacznie grubsza.

W uwagach, które SCHMITT dołączył do powyższego opisu, zaznacza on przede wszystkim, że nie zna przykładu, w którymby jajo w ciąży zamacicznej było tak umieszczone, jak w danym przypadku. Dalej zaś pisze: „Trudno jest pojąć, jak się tu jajo dostało. Prawdopodobnie obrało ono zwykłą drogę przez jajowód i dostało się do tego miejsca, w którym jajo-

wód otwiera się do jamy macicznej. Tu nie mogło ono posunąć się dalej, ponieważ miejsce to było zagrodzone. Obralo przeto inny kierunek, aż wreszcie umocowało się z boku w przedniej okolicy dna. Można się jednak słusznie zapytać, dlaczego jajo nie pozostało w jajowodzie i nie umocowało się tam, gdzie przedewszystkiem znalazło przeszkodę, jak to się zwykle działo w spostrzeganych dotychczas przypadkach. Jaką drogą jajo dosięgło do znacznie oddalonego od początku jajowodu miejsca, w którym zostało znalezione? Co spowodowało ruch jaja i jego zatrzymanie w miejscu pomienionem? Czy przejście jaja odbyło się w tkance łącznej, która wiąże zewnętrzną powłokę macicy z jej substancją? Lecz jajo przecież leżało po części w samej substancji macicy. I jak znalazło ono drogę w tkance łącznej? Czy, może, jajowód nie był właściwie zamknięty, lecz tylko przy macicy zmieniał swój kierunek i kończył się ślepo w jej substancji? Kto zdoła odpowiedzieć na podobne pytania, jeżeli odpowiedź ma być czemś więcej, aniżeli domniemaniem?“

W r. 1817 HEDRICH (18) opisał przypadek analogiczny. Dotyczył on kobiety 35-letniej, która po jednorazowym niezjawieniu się peryodu dostała nagle bólu w brzuchu wraz z wymiotami i omdleniami i po upływie 12-u godzin zmarła. Badanie zwłok, obok dużej ilości krwi w jamie brzusznej, wykazało, że u górnego kąta powiększonej macicy, ponad przyczepem lewego jajowodu, znajdowała się workowata wyniosłość, podobna do przedsionka serca i zawierająca płód 11—12-o tygodniowy oraz łożysko. Ścieńczyła górno-zewnętrzna ściana tej wyniosłości była przedziurawiona w dwóch miejscach. Jama worka płodowego nie miała żadnego połączenia z jamą macicy, lecz była od niej odgradzona cienką warstwą tkanki włóknistej. Dno worka wypukło się do jamy macicznej, znosząc jej lewy kąt górny. Ściana worka była wytworzona z zewnętrznej powłoki macicznej.

nej (otrzewny), do której ku dołowi dołączała się substancja macicy.

Zdaniem HEDRICH'a, któremu przypadek SCHMITT'a nie był znany, ten rodzaj ciąży należałoby nazwać ciążą kąta macicy (*graviditas anguli uteri*) „chociaż, dodaje HEDRICH, w ścisłym, praktycznym znaczeniu jest to również ciąża zewnątrzmaciczna, mianowicie zewnątrz jamy macicy (*extra cavum uteri*)”.

W roku 1825 BAUDELOQUE synowiec (3) ogłosił wynik badania zwłok kobiety 53 letniej, która nigdy nie rodziła i zmarła w szpitalu Beaujon wskutek zapalenia płuc. Dokonawszy licznych przekrojów po obu bokach macicy, BAUDELOQUE znalazł w ścianie jej z prawej strony kanał takiego samego kalibru, jaki miały jajowody. Kanał ten wychodził z jajowodu w odległości 3 - 4-ch linii (*lignes*) od jego końca wewnętrznego i kończył się u dołu w szyi macicznej. BAUDELOQUE mniema, że w kanale tym mogłaby się rozwinąć ciąża, przyczem poród powinienby się odbyć drogą prawidłową. Zdaniem BAUDELOQUE'a, obecność podobnego kanału tłumaczy powstawanie ciąży w ścianie macicy (*grossesse développée dans la paroi de l'utérus*) w przypadkach, spostrzeganych przez SMITH'a (!), HEDRICH'a (!), ALBERS'a CARUS'a, LOBSTEIN'a i BRESCHET'a.

W tym samym 1825 r. MAYER¹⁾ opisał jeden dokładnie zbadany przypadek ciąży, którą pierwszy nazwał śródmiaższową (*gr. interstitialis*).

Rok 1826 przyniósł dwie rozprawy, mianowicie BRESCHET'a²⁾, który, oprócz przytoczonych wyżej przypadków SCHMITT'a i HEDRICH'a, zestawiał 6 innych, ogłoszonych później, oraz PFAF-

r'a³⁾, który ciążę śródmiaższową obrał za przedmiot dysertacji.

Na zaznaczenie zasługuje pogląd BRESCHET'a na powstawanie ciąży śródmiaższowej. Sądził on, że jajo gotowe do wstąpienia do macicy, skoro napotka jakąkolwiek przeszkodę, może wpaść do ziejącego otworu jednego z kanałów żylnych, otwierających się u początku jajowodu, i przedostać się powoli wgłąb ściany macicznej.

C. G. CARUS (5) w swym podręczniku, wydanym w r. 1829, wśród rozmaitych postaci ciąży zewnątrzmacicznej wymienia ciążę w substancji macicy, a mianowicie bądź w tym odcinku jajowodu, który przebija macicę (*gr. tubo-uterina*), bądź istotnie w substancji macicy (*gr. interstitialis*). Ostatnia, zdaniem CARUS'a, dałaby się wytłumaczyć wślizgnięciem się nader małego zarodka jajowego (*Eiikeimes*) w tkankę gąbczastą, złożoną z żył, otwierających się na wewnętrznej powierzchni macicy.

VELPEAU (63) w trzecim wydaniu swego „Wykładu sztuki położniczej“ z r. 1836 odróżnia ciążę śródmiaższową (*grossesse interstitielle*) od ciąży maciczno-jajowodowej (*gr. utéro-tubaire*). W ciąży śródmiaższowej, według VELPEAU, jajo umieszcza się wśród warstwy mięsnej macicy w jamie, która się nie łączy ze światłem jajowodu. Zpośród dawnych spostrzeżeń do tej kategorii ma należeć przypadek, który opisał MAURICEAU, jako przepuklinę maciczną. Daremnie, zdaniem VELPEAU, usiłowano odsłonić mechanizm tego rodzaju ciąży. Powyżej przytoczone wyjaśnienie BRESCHET'a upada wobec tego, że domniemane otwory kanałów żylnych nie istnieją. Hipotetyczne znaczenie w powstawaniu ciąży śródmiaższowej ma również kanał, odkryty przez BAUDELOQUE'a. Najrozumniejszą rzeczą, twierdzi VELPEAU, jest wyznaczyć otwarcie, że mechanizm ciąży śród-

¹⁾ MAYER. Beschreibung einer Grav. interstitialis. Bonn 1825. cyt. według VELPEAU (63).

²⁾ BRESCHET. Mémoire sur une nouvelle espèce de grossesse extra-utérine (Repertoire général d'anatomie et de physiologie T. I Paris, 1826) cyt. według CARUS'a (5) i VELPEAU (63).

³⁾ F. G. PFAFF. De graviditate in substantia uteri seu interstitiali. Lipsiae, 1826 cyt. według CARUS'a (5).

miąższowej jest jeszcze zupełnie nieznany. Pod nazwą ciąży maciczo-jajowodowej VELPEAU obejmuje te nieliczne przypadki, ogłoszone w końcu XVIII-go i w początku XIX-go stulecia (przypadki PATUN'y, LAUGIER'a, HAY'a i HOFFMEISTER'a), w których jakoby część jaja była zawarta w jajowodzie, podczas gdy inna część znajdowała się w macicy. Nie przecząc istnieniu podobnej ciąży, VELPEAU zaznacza, że ogłoszone przypadki nie czynią zadość wymaganiom ścisłości i pozwalają na innego rodzaju tłumaczenie, a zatem godzi się poczekać, zanim ciążę tę uzna się za postać odrębną.

W r. 1836 DEZEIMERIS ⁴⁾ wyodrębnił 10 postaci ciąży zamacicznej, wśród których 4 mogą być uznane za odmiany ciąży śródmiaższowej, a mianowicie:

1) Ciąża jajowodo-maciczna śródmiaższowa (*grossesse tubo-utérine interstitielle*), której właściwością jest to, że jajo zatrzymuje się w odcinku jajowodu, przebijającym ścianę macicy. W miejscu, w którym znajduje się jajo, ściany (jajowodu) ulegają rozciągnięciu i odsuwają właściwą tkankę maciczną, lecz stanowią ciągle wewnętrzną warstwę worka, w którym płód jest zawarty. Często się tu zdarza zamknięcie końca macicznego jajowodu.

2) Ciąża maciczo-śródmiaższowa (*gr. utéro-interstitielle*). I tu również jajo dostaje się do tej części jajowodu, która przebija ścianę macicy, lecz dostawszy się tutaj, toruje sobie drogę poprzez ścianę kanału, przenika pomiędzy same włókna macicy i traci wszelki związek ze ścianami jajowodu. Worek, który otacza jajo, jest wytworzony wyłącznie z włókien mięsnych macicy. Dostawszy się pomiędzy włókna mięsne, jajo może się skierować ku wewnątrz lub ku zewnątrz, a zatem może się umieścić mniej lub więcej blisko błony śluzowej lub powłoki otrzewnowej.

3) Ciąża maciczo-jajowodo-

wa (*gr. utéro-tubaire*). Pomimo wolnej komunikacji pomiędzy jajowodem a jamą maciczną jajo, dostawszy się do małego zagłębienia śluzówki, może się zatrzymać i zagnieździć tuż u wewnętrznego otworu kanału. Rozwijając się, może ono wystawać do jamy macicznej.

4) Ciąża maciczo-jajowodobrzuszną (*gr. utéro-tubo-abdominale*). W tej odmianie, której przykłady podali PATUNA, HUNTER, HOFFMEISTER, znajdowano, że jajo było umieszczone w jamie brzusznej, sznurek pępkowy przechodził przez całą długość kanału jajowodu i łączył się z łożyskiem, które było przyczepione na wewnętrznej powierzchni macicy.

Według obliczenia, dokonanego przez HECKER'a (17) w r. 1859, do owego czasu ogłoszono ogółem 26 przypadków ciąży, która się rozwinęła w odcinku jajowodu, przebiegającym w ścianie macicy. Ciążę tę HECKER nazywa śródmiaższową, nie odróżniając poszczególnych jej odmian. W pracy HECKER'a nie znajdujemy wskazówek, które mianowicie przypadki i na mocy jakich danych zaliczone przezeń zostały do ciąży śródmiaższowej.

Na posiedzeniu Towarzystwa położniczego w Berlinie d. 23-go maja 1865 r. JUNGE (24) pokazał preparat, który pochodził od kobiety 36-o letniej, zmarłej wśród objawów zapalenia otrzewny. Po otwarciu zwłok znaleziono dużą ilość krwi w jamie brzusznej oraz liczne drobne nadpęknięcia otrzewny u góry na tylnej powierzchni macicy. U prawego górnego kąta macicy znajdował się guz kulisty, zawierający jajo trzechmiesięczne, które się rozwinęło w miejscu przejścia jajowodu przez macicę i rozepchnęło tkankę maciczną. Ściany macicy były zgrubiałe, jama jej powiększona, śluzówka zamieniona na doczesną. Maciczne ujście jajowodu i jego koniec obwodowy aż do jaja były drożne dla zgłębnika.

W r. 1867 HERR ⁵⁾ opisał przypadek, do-

⁴⁾ Cyt. według CAZEAUX (6).

⁵⁾ Cyt. według HENNIG'a (20).

tyczący kobiety 33 letniej, która w 4 - ym miesiącu piątej z kolei ciąży po wysiłku cielesnym dostała nagle bólu w dole brzucha i po upływie 22-ch godzin zmarła. Na sekcji znaleziono obfity wylew krwi do brzucha, a na górnej powierzchni macicy pomiędzy obu jajowodami pęcherz, napęczniały jasnym płynem i zawierający płód. Na preparacie, szczegółowo zbadanym przez BIRNBAUM'a, stwierdzono, że macica, powiększona odpowiednio do 4-ch miesięcy ciąży, z lewej strony była wypukła, z prawej zaś wklęsła. Prawy jajowód, położony wyżej od lewego, u wylotu macicznego kończył się ślepo. Jama macicy, wysłana grubą śluzówką, była oddzielona warstwą mięsną 3 — 5 mm. grubości od jamy płodowej, położonej na prawo i ku górze. Ściany ostatniej cieniały w kierunku ku wierzchołkowi, gdzie znajdował się otwór o średnicy 3-ch cmt. Jama płodowa nie zawierała doczesnej; kosmki pogrążały się bezpośrednio w warstwę mięśniową macicy.

W tymże 1867 r. BAART DE LA FAILLE napisał monografię po holendersku, z której ciąg ogłosił w języku niemieckim (1). Obok opisu własnego spostrzeżenia podał ocenę krytyczną przypadków, poprzednio ogłoszonych. Przypadek BAART'a dotyczył kobiety 28-io letniej, która w czwartym miesiącu czwartej z kolei ciąży dostała nagle mocnego bólu brzucha i po upływie 42-ch godzin zmarła wśród objawów krwotoku wewnętrznego. Na sekcji znaleziono w jamie brzusznej płód i wielką ilość krwi. Po prawej stronie powiększonej macicy istniało wypuklenie w kształcie guza, w którym znajdował się otwór z poszarpanymi brzegami. Jama macicy była wysłana grubą doczesną, która przechodziła na guz (?). Łożysko było przyrzućpione w przedniej części guza. Pomiędzy jamą macicy a workiem płodowym był widoczny ślad przegrody. Jajowody były zamknięte.

Co się tyczy kazuistyki, poprzednio ogłoszonej, to po dodaniu spostrzeżenia JUNGE'go do statystyki HECKER'a liczba przypadków ciąż

ży śródmiaższowej, według BAART'a, wynosi 27. Wśród tych przypadków BAART niektóre poczytuje za wielce wątpliwe. Przypadek MAURICEAU wydaje mu się być ciążą w rogu szczątkowym macicy głównie z tego powodu, że macica była normalna bez wypuklenia ściany, jakie zawsze zdarza się w ciąży śródmiaższowej. Do tego rodzaju ciąży nie można także zaliczać przypadku, który opisał PATUNA, ponieważ macica miała kształt prawidłowy, a łożysko było przyrzućpione w jej jamie. Przypadki LAUGIER'a nie należą tu również: pierwszy z nich BAART uznaje za fibroid, drugi za zwężenie macicy. Tak samo nie były ciążą jajowodo - maciczną przypadki HOFFMEISTER'a i HAR'a, ponieważ w obu łożysko przyrzućpiało się w macicy, a w ostatnim nadto ściany worka były grubsze, niż ściany macicy.

Z powyższego widzimy, że z zakresu ciąży śródmiaższowej BAART DE LA FAILLE wyłączył całą grupę przypadków, które VELPEAU objął nazwą ciąży maciczno-jajowodowej, a DEZEIMERIS nazwał ciążą maciczno-jajowodo-brzuszną.

W r. 1868 POPPEL (43) opisał spostrzeżenie następujące: kobieta lat 29, która rodziła dwukrotnie, po jednorazowym niezjawieniu się peryodu zachorowała na mocne bóle w brzuchu i po upływie 15-u godzin zmarła wśród objawów ostrej małopokrwistości. Obok obfitego wylewu krwi w jamie brzusznej na sekcji stwierdzono, że dno powiększonej macicy po stronie prawej było znacznie wypukłone i na tylnogórnej powierzchni przedziurawione w dwóch miejscach. Przez jeden z otworów wystawała tkanka łożyskowa i błony jajowe. Prawy jajowód przyrzućpiał się nieco wyżej, niż lewy, i był krótszy odeń o 3 cmt. Po nacięciu macicy znaleziono dwie jamy, z których górna, zawierająca płód, zbaczała naprawo od linii pośrodkowej; była ona oddzielona od dolnej przegrodą mięśniową, w której znajdował się otwór, przepuszczający 2 palce, i wysłana błonami jajowemi, pod którymi na dużym, nieściśle ograniczonym

obszarze przyczepiało się łożysko. Jama dolna, właściwa jama macicy, była wysłana grubą doczesną.

POPPEL zwraca uwagę na to, że w przypadku, przezeń spostrzeganym, w jamie jajowej nie było doczesnej; kosmki pograżały się tu bezpośrednio w przestwory mięśniowe. Okoliczność ta, zdaniem POPPEL'a, powinna służyć za oznakę, odróżniającą ciążę śródmiąszową od ciąży w rogu szczątkowym.

HENNIG (20) w r. 1876, opisując ciążę śródmiąszową, wspomina o spostrzeganym przez BAUDELOQUE'a kanale w ścianie macicy. Powołując się na analogiczne spostrzeżenie KOEBERLE'go, HENNIG skłania się ku mniemaniu, iż kanał pomieniony jest dolnym odcinkiem przewodu WOLFF'a czyli kanałem GARTNER'a. Zgodnie z twierdzeniem BAUDELOQUE'a, HENNIG przyznaje, że kanał ten może być przyczyną ciąży w ścianie macicy (*grossesse de la paroi de l'uterus*), którą HENNIG nazywa ciążą śródścienną (*graviditas intramuralis s. parietalis*).

W innym znów miejscu tenże HENNIG ciążę śródścienną poczytuje za odmianę ciąży śródmiąszowej. Przynajmniej zdają się tego dowodzić słowa następujące: „Ściana grubości 6—10 mil. lub też miejsce jajowodu pierwotnie lub wtórnie zwężone aż do zamknięcia (zarosnięcia) odgradza worek jajowy od jamy macicznej. Jeżeli on pęka lub torbiel (*Cyste*) w jednym miejscu powoli zanika, wówczas przy zachowaniu otrzewny lub nadto cienkiej warstwy mięsnej ciąża śródmiąszowa może przejść w odmianę śródścienną (*in die intramurale Abart*). Z tego niezbyt jasnego ustępu zdaje się wynikać, że HENNIG uznaje dwie odmiany ciąży w macicznym odcinku jajowodu, odpowiadające ciąży jajowodo-macicznej śródmiąszowej i ciąży maciczno - śródmiąszowej DEZEIMERIS'a. Ostatnią HENNIG nazywa śródścienną.

W r. 1873 LEOPOLD (33) ogłosił spostrzeżenie, zasługujące na uwagę z tego względu, że

jakoby ujawniona tu została przyczyna ciąży śródmiąszowej.

Kobieta 36-io letnia, która rodziła 3 razy i raz poroniła, po 10-io tygodniowej przerwie w miesiączkowaniu dostała lekkiego krwawienia. W ciągu dni 16 miała ona dwa obfite krwotoki i w 5 dni po drugim krwotoku zmarła wśród objawów zapalenia otrzewny. Na sekcji znaleziono skleinu kiszki i wylew krwawy w jamie brzusznej. W dniu przerosłej macicy po stronie prawej znajdował się guz wielkości jaja kurzego, przedziurawiony u wierzchołka i wypełniony masą krwawą. U podstawy guza leżało łożysko, złożone z małych wysepek, rozsianych pomiędzy pęczkami mięśniowymi. Jama macicy, wysłana doczesną, nie miała żadnego połączenia z guzem. Przydatki były prawidłowe. Wąż obły z prawej strony przebiegał nazewnątrz i ku dołowi od worka płodowego. Koniec maciczny prawego jajowodu był zapechany 4—5-ma wydłużonymi polipami śluzowymi. W tych skupionych obok siebie polipach LEOPOLD upatruje przeszkodę mechaniczną, która spowodowała zatrzymanie się jaja i jego zagnieżdżenie w końcu macicznym jajowodu.

W 8-em wydaniu podręcznika akuszerki z r. 1884 SCHRÖDER (53) ciążę w macicznym odcinku jajowodu nazywa jajowodo-maciczną czyli śródmiąszową. Podziela on mniemanie, że jajo po pęknięciu śluzówki jajowodowej może rozwijać się wśród rozsuniętych włókien mięsnych macicy, i za dowiedzione poczytuje twierdzenie, że ujście jajowodu czasem tak się rozszerza, że płód może się przedostać do jamy macicznej. Odróżnienie tego rodzaju ciąży od prostej ciąży jajowodowej, zdaniem SCHRÖDER'a, jest łatwe na tej zasadzie, że wąż obły w razie ciąży śródmiąszowej wychodzi nazewnątrz od worka płodowego, podobnie jak w ciąży w rogu szczątkowym macicy. Odróżnienie zaś ostatniej od ciąży śródmiąszowej jest możliwe na mocy odmiennych zmian anatomicznych. „Podczas gdy w ciąży śródmiąszowej (jak to wyka-

zał CARL RUGE w dokładnie przezeń zbadanym przypadku) dno macicy zostaje tak przesunięte, że ustawia się prawie pionowo, a ujście maciczne jajowodu ciężarnego zwrócone jest wprost ku górze,—w macicy jednoróżnej przydatki po stronie nieciężarnej wychodzą z wierchołka rogu⁶⁾.

⁶⁾ Schröder do liczby przypadków ciąży śródmiaższowej pomiędzy innymi zalicza przypadek Poppel'a i podaje zamieszczoną w jego pracy rycinę. Na rycinie tej jednak dno macicy bynajmniej nie jest ustawione pionowo, a więc przypadek zgola nie odpowiada ustalonej przez Ruge'go zasadzie.

(C. d. n.)

O NOWOCZESNEM LECZENIU OPERACYJNEM porażeń dziecięcych pochodzenia rdzeniowego.

napisał

Antoni Leśniowski.

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

(Ciąg dalszy. — Patz Nr 17).

Na korzyść przytoczonego rozumowania przemawia list pewnego dojrzałego osobnika, któremu MUELLER przeszczepił mięsień zginacz napięstka prętowy (*m. flexor carpi ulnaris*) na m. rozginacz palców ręki: „z początku mylił się on ustawicznie. Ręka jego długi czas chciała czego innego, niż on chciał. Pierwszych pomyślnie wykonanych ruchów wyprostnych nie odczuwał on wcale, jako takich. Powoli rozwijały się ruchy prawidłowe oraz należyte odczuwanie tychże“.

W pewnych razach atoli czynny mięsień antagonista, przeszczepiony na mięsień porażony, zaczyna wykonywać sprawnie pożądane ruchy po upływie b. prędkiego czasu. VULPIUS

sądzi, że poprzednie tłumaczenie już tu nie wystarcza, i ucieka się do następującego. Według GALEN'a, pewien ruch, np zginanie, jest wykonywany wyłącznie przez m. rozginacze. DUCHENNE patrzy na tę sprawę inaczej. W chwili zginania są czynne, zdaniem jego, zarówno zginacze, jak rozginacze; kierunek ruchu zależy od przewagi, jaką w danej chwili odnosi ta lub inna grupa mięśni nad przeciwnikami. Wreszcie HERING, SHERRINGTON sądzą, że w chwili zginania jest podrażniona innerwacja zginacza i jednocześnie zahamowana innerwacja antagonisty. VULPIUS przechyla się na stronę poglądu DUCHENNE'a. Zachowanie się częściowo porażonego stawu potwierdza ten pogląd. Skoro bowiem chcemy wykonać zgięcie grzbietowe stopy, mając porażone mięśnie wyprostne, wówczas zamiar nasz urzeczywistnia się w postaci zgięcia podeszwowego dzięki skurczeniu się zginaczy. Całkowicie przeszczepiony zginacz na porażony m. wyprostny, kurcząc się wraz z innymi zginaczami w chwili zamierzonego ruchu wyprostnego, może pociągać ścięgno porażonego m. rozginacza i w bardzo prędkim czasie po operacji wykonywać zgięcie grzbietowe. Dalsze ćwiczenie służy tylko do wydoskonalenia tego ruchu.

W jaki sposób pozyskuje samodzielną czynność każda z połów rozszczepionego mięśnia? MORITZ daje następujące oświecenie temu faktowi. Pewnemu mięśniowi odpowiada w korze mózgowia nie pojedyncza komórka, lecz cała grupa komórek, które działają współcześnie, o ile mięsień pozostaje nieuszkodzony. Z chwilą jednak, w której powstają zeń dwie odosobnione jednostki, rzeczy przybierają inny obrót. Skoro wówczas w pewnych warunkach staje się czynną część tej grupy komórek, która odpowiada jednej z części mięśnia, natenczas powstaje ruch zupełnie nowy, zaś dla danego osobnika rodzi się nowe pojęcie ruchowe. Powtarzanie się tego pojęcia może powoli doprowadzić tego osobnika do dowolnego pobudzania

nowo-wyosobnionej grupy komórek ośrodkowych do samoistnej czynności.

Najbardziej rozpowszechnione obecnie zdanie polega na tem, że impulsy ruchowe, idące od kory mózgowej, pozostają te same. A więc, jeżeli na skutek zmian w rdzeniu zostały porażonymi rozginacze stopy, i była dokonana operacja przeszczepienia zginaczy na rozginacze, wówczas podstawa ćwiczeń, wykonywanych przez chorego—impuls do ruchu wyprostnego stopy—zawsze pochodzi od odpowiednich ośrodków ruchu wyprostnego w korze mózgowej. Impulsy te muszą znaleźć lub, jak mówią autorzy — wyszlifować sobie nowe drogi do tych zgrupowań komórkowych w przednich rogach rdzenia, które przedtem wykonywały wyłącznie ruch zginający stopę i które obecnie—po operacji—będą zmuszone właśnie drogą ćwiczeń wykonywać prócz tego i ruch wyprostny stopy. W myśl tego poglądu uzasadnia się nietykalność ośrodków korowych, a natomiast możność torowania sobie dróg do odmiennych ośrodków podkorowych — w danym przypadku rdzeniowych.

Jeżeli pomyślnie wykonane przeszczepienie ścięgien zostało uwieńczone pożądanym wynikiem czynnościowym, noszenie przyrządów staje się zbytecznem. Conajwyżej musi dziecię nosić pewien czas lekki przyrząd podtrzymujący, zanim nowowytworzony mięsień nie okrzepnie należycie, zanim czynność jego nie dojdzie do pewnego stopnia doskonałości.

Przeszczepianie ścięgien, wykonywane w ten lub inny sposób, jest już dziś w niektórych krajach znakomicie rozpowszechnione.

O wiele mniej znana i rozpowszechniona jest następująca postać przeszczepień, stosowana w celu leczenia porażen dziecięcych, pochodzenia rdzeniowego. Jest to przeszczepianie mięśni w postaci bezpośredniego zespolenia brzucha m. czynnego z brzuchem sąsiadującego mięśnia porażonego, lub też w postaci przesiedlenia brzucha mięśnia czynnego w celu nadania

nowego kierunku ruchowi, przezeń wykonywanemu. Dotychczas w piśmiennictwie mamy naogół nieliczne przypadki bezpośredniego zespalania mięśnia z mięśniem. MILLIKIN dwa razy zespolił brzusiec czynnego m. krawieckiego z brzuchem porażonego m. czterogłowego uda. VULPIUS wykonał kilkakrotnie tę samą operację; pozatem przeszczepiał kawał m. piersiowego większego na m. naramienny, płat z m. naramiennego na m. trzylądowy ramienia, płat z m. kapturowego na m. naramienny. HOFFA odosabniał część zdrowego m. kapturowego i przyszywał ją do porażonego m. naramiennego. Otrzymał w ten sposób nie tylko dobre ustawienie główki kości ramieniowej, lecz i niewątpliwą poprawę czynności kończyny. WINIWARTER w przypadku porażonego m. naramiennego oddzielał przyczep części mostkowej i wewnętrznej połowy części obojczykowej m. piersiowego większego. Powstały płat mięśniowy przerzucał ku górze i nazewnątrz i przyszywa do grzebienia łopatki. Wynik zabiegu był ten, że kończyna górna mogła unosić się od tułowia, zaś ręka mogła być założona na głowę.

HILDEBRANDT opisuje przypadek, w którym 4-letnia dziewczynka miała całkowite porażenie m. naramiennego lewego. Dzięki temu staw uległ rozluźnieniu, główka k. ramieniowej wisiała zdala od łopatki, unoszenie kończyny było niemożliwe. HILDEBRANDT odpreparował przyczep m. piersiowego większego od klatki piersiowej i obojczyka, tak iż pozostał tylko przyczep tego mięśnia do kości ramieniowej. Nerwy tułowiowe przednie (*nn. thoracici anter.*) i duże pnie naczyniowe nie uległy uszkodzeniu. Płat otrzymany odwrócił na 80° i wolny brzeg mięśnia przyszył do zewnętrznej trzeciej części obojczyka i do wyrostka barkowego łopatki. Po upływie 6 tygodni główka kości ramieniowej znajdowała się na właściwym miejscu. Mała pacjentka mogła unieść kończynę górną ku przodowi prawie do linii poziomej.

Zdaniem VULPIUS'a, w mowie będący za-

bieg nie posiada licznych zalet. Skutkiem odszczepiania płata obraża się liczne naczynia krwionośne i nerwy. Głęboko sięgające szwy znakomicie maltretują samą substancję mięśniową. Technika zabiegu jest znakomicie utrudniona, gdyż jest prawie niemożliwem przymocować przeszczepiony brzusiec mięśniowy, należyście napięty, albowiem wówczas szwy przecinają i rozrywają.

Wręcz odmiennie patrzy na rzecz HILDEBRANDT. Dokonał on szeregu doświadczeń, by przekonać się, jak dalece można używać substancji mięśniowej do przeszczepiania, oszczędzając jej nerwy i naczynia. Znalazł on, że mięsień, prawie całkowicie pozbawiony obiegu krwi, można pomyślnie wgoić; że można zachować w nim sprawność czynnościową, o ile pozostawia się go w łączności z nerwem, a zatem odpowiednim ośrodkiem. Jeżeli nawet ginie na razie większa część jego włókien, skutkiem upośledzenia obiegu krwi, to jednak stopniowo, w miarę wyrównywania się unaczynienia, może mięsień odrodzić się w całej pełni. Bądź co bądź, z doświadczeń tych wynika, że, przeszczepiając brzusiec mięśnia, należy starannie ochraniać miejsce wkroczenia nerwu; że przeszczepienie mięśnia pod względem czynnościowym jest wówczas tylko wykonalne, gdy może pozostać zachowaną łączność mięśnia z ośrodkiem, od którego otrzymuje pobudzenie do kureczenia się.

Podobne są wnioski doświadczeń RYDYGIERA. Zwraca on poza tem uwagę, że powięź mięśniowa winna być możliwie zachowana.

Muszę tu wspomnieć o jeszcze jednym zabiegu, jaki był wykonywany w celu przywrócenia sprawności mięśniowi, porażonemu wskutek zapalenia przednich rogów rdzenia. Mam na myśli z e s p o l e n i e o d n o ś n e g o n e r w u p o r a ż o n e g o z n. o c a ł a ł y m. Liczba operacji tego rodzaju, napotkanych w dostępnem mi piśmiennictwie, jest bardzo szczupła. Z rodaków naszych wykonywał tego ro-

dzaju zabieg prof. KADER. Mianowicie przedstawił on na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902 11-letnią dziewczynkę, która poprzednio była dotknięta porażeniem nerwu strzałkowego (*n. peroneus*), *ev.* porażeniem mięśni wyprostnych stopy. Przed 4 miesiącami wykonał on jej zespolenie ścięgien m. zginaczy z m. wyprostnymi, pozątem obwodowy koniec przeciętego nerwu strzałkowego wszczepił w n. goleniowy (*n. tibialis*). Narazie otrzymał porażenie wszystkich mięśni stopy. W chwili przedstawienia dziecka powrócił wyprostny ruch stopy i wyraźny odczyn n. strzałkowego. Następnie, przedstawiając na posiedzeniu Towarz. Lekarskiego Krakowskiego w d. 1 czerwca 1904 r. dziecię chore na porażenie dziecięce, wspomina, że już 3 dzieci z porażeniem dziecięcym leczyl zespoleniem n. strzałkowego z n. goleniowym.

W przypadkach tych wynik ostateczny operacji był zależny zarówno od przeszczepienia ścięgien, jak i od zespolenia nerwów. Dla tego też trudno jest na podstawie tych przypadków zdać sobie sprawę z istotnej wartości zespalania nerwów dla leczenia porażen dziecięcych.

Natomiast TUBBY, którego artykuł poznałem z referatu w „Centralblatt für Chirurgie“ r. 1906, otrzymał 2 razy pomyślny wynik po wszczepieniu ruchowych nerwów mięśni łydkowych do wspólnego pnia nerwowego w dole podkolanowym w przypadkach t. zw. stopy hakowatej (*Hackenfuß*), powstałej wskutek porażenia m. łydkowych.

Rozmiary dzisiejszego przemówienia nie pozwalają mi bliżej omawiać sposobu, w jaki może być przywrócona sprawność porażonemu mięśniowi z pomocą zespolenia jego nerwu ruchowego z nerwem czynnym. Doświadczałne prace, w tym kierunku wykonane, są liczne. U nas sprawę tę doświadczałnie opracowali i wyniki swych prac przedstawili na jednym z posiedzeń naszego Towarzystwa drzy Br. SAWICKI i FLATAU.

Oczywiście, zastosowanie omawianej tu operacji w przypadkach porażen dziecięcych wymaga jeszcze szczegółowego wszechstronnego opracowania. Bądź co bądź, dziś już zdaje się być rzeczą niewątpliwą, że może ona być z korzyścią zastosowana w pewnej grupie tego rodzaju przypadków.

Zwróćmy się obecnie do drugiej grupy porażen dziecięcych. Należą do niej przypadki, w których uległy porażeniu wszystkie mięśnie, wprowadzające w ruch dany staw; do nich należy zaliczyć i przypadki, w których ocalały mięśnie słabe, nie nadające się do spożytkowania w jeden z powyższych sposobów w celu przywrócenia ruchomości stawowi. W przypadkach tego rodzaju możemy zwyczajem dawnym uciec się do przyrządów ortopedycznych. Lecz wówczas na całe życie skazujemy dziecię na noszenie przyrządu, robimy je niewolnikiem maszyny. Przyrządy tego rodzaju są kosztowne, budowa ich skomplikowana, wymagają one częstej umiejętnej reparacji. Są one ciężkie, ciągle noszenie ich powoduje odleżyny i liczne inne niedogodności.

Możemy uwolnić dziecię od noszenia przyrządu z pomocą zabiegów operacyjnych. Więc po pierwsze, możemy wywołać sztuczne zeszywnienie porażonego stawu, by w ten sposób zamienić bezużyteczną dotąd kończynę na żywe szczudło. Operacja tego rodzaju została zaproponowana poraz pierwszy w r. 1877 przez ALBERT'a i z grecka nazwana „arthrodesis“. Sztuczne zeszywnienie stawu wykonywa się z korzyścią dla chorego nie tylko na dolnej, lecz i na górnej kończynie. Przypuśćmy, że mamy porażone mięśnie, poruszające staw barkowy, zaś czynne mięśnie stawów łokciowego, nadgarstkowego, palców. Wskutek ciężaru kończyny i zaniku porażonych mięśni, które jednocześnie utrzymują w napięciu torebkę stawową, główka kości ramiennej niebawem opada, torebka ulega coraz większemu rozciągnięciu.

Mięśnie ksobne utrzymują kończynę w ciągłej pronacji. Kończyna wisi przy tułowiu, jak zgola bezużyteczny przydatek. W tego rodzaju przypadku możemy bądź to uciec się do przeszczepienia mięśniowego, o którym wspominaliśmy wyżej, bądź to wykonać zeszywnienie stawu. Gdy wynik tego ostatniego jest pomyślny, wówczas przedramię i ramię stają się użytecznymi, pozatem może chory wraz z łopatką unosić całą kończynę.

By wywołać zeszywnienie stawu, uciekało się do długotrwałego opatrunku unieruchamiającego. Postępowanie tego rodzaju jest mało pożyteczne, ponieważ upośledzone pod względem żywotności tkanki chorej kończyny nie mogły zdobyć się na tak powikłaną samoistną sprawę biologiczną. Należy uciec się do zabiegu krwawego.

Zaczynamy od doprowadzenia stawu do prawidłowego ustawienia z pomocą redresyi i przyrządów unieruchamiających. Zabieg polega na otworzeniu stawu, na usunięciu mniej lub bardziej dokładnem chrząstek stawowych, na zamknięciu stawu i na długotrwałem unieruchomieniu zoperowanej kończyny. Oświeżone końce stawowe kości, o ile nie nastroczą to nadmiernych trudności technicznych, należy połączyć z sobą z pomocą szwu drucianego. Niektórzy z operatorów łączą końce stawowe z pomocą goździa z kości ślониowej lub ze stali. Wystarcza usunięcie tylko powłoki chrząstkowej. Doświadczenie wielu autorów wykazuje, że nie raz wystarcza zeszkrobanie powierzchownej warstwy chrząstki stawowej. BIDONE dowiódł, że po usunięciu połowy grubości chrząstki pozostała część jej buja bardzo żywo, i następnie obnażone powierzchnie zrastają się bardzo mocno z pomocą tkanki chrząstkowej. Postępowanie takie zaleca się głównie z tego względu, że wzrost nieuszkodzonej bezpośrednio nasady kości nie zostaje upośledzony. Niektórzy pozostawiają w jamie operowanego stawu drobne

kawałki ściętej chrząstki, gdyż są przekonani, że to sprzyja wytworzeniu się mocnego zrostu chrząstkowego.

Jedni z operatorów wycinają torbę maziową, inni nie. Bardzo trudne jest wywołanie zeszywnienia w stawie biodrowym, tak dalece, że DOLLINGER podał w tym celu sposób następujący. Po usunięciu powierzchni chrząstkowej z głowy kości udowej i z panewki, wbija on długi goźdz stalowy w krętarz wielki, tak iż przechodzi on następnie przez szyję, głowę kości i przez ścianę panewki, i koniec goździa zjawia się nareszcie w małej miednicy. Na koniec ten, po odwarstwieniu części miękkich, nakręca się muterkę w postaci lepka. Kilka tego rodzaju zabiegów zakończyło się pomyślnie. Pomimo to zabieg ten dla zrozumiałych powodów nie cieszy się wzięciem.

KOFMAN wykonał w 6 przypadkach porażenia stawu biodrowego operację sposobem MENCIER'a. Otwierał on staw, z głowy kości udowej usuwał chrząstkę, powierzchnię panewki zeskrobywał, częściowo usuwał błonę maziową i wiaz obły. Jamę stawową, panewkę i głowę kości udowej zwilżał stężonym kwasem karbo-

lowym, następnie wymywał alkoholem i fizyologicznym roztworem soli. Główkę wprowadzał do panewki, ranę zaszywał doszczętnie. Całą kończynę odprowadzał, odwracał nazewnątrz i nakładał opatrunek gipsowy. We wszystkich przypadkach spostrzegano na razie podniesienie ciepłoty ciała. Po 4—6 tygodniach usuwano opatrunek gipsowy. Otrzymano skrócenie kończyny na 2—3 cm. Po upływie roku główka pozostawała w panewce, zrost był włóknisty.

Gdy po operacji otrzymujemy zrośnięcie się powierzchni stawowych mocne, aczkolwiek nie konieczne kostne, wówczas noszenie przyrządów ortopedycznych staje się zbyt ciężkim. W przeciwnym razie, o ile zrostu nie otrzymaliśmy wcale, musimy uciec się do powtórnej operacji; o ile zaś zrost nie jest wystarczająco mocny, musimy dać dziecku lekki przyrząd podtrzymujący.

Po usunięciu opatrunku unieruchamiającego ćwiczymy dziecię odpowiednio, by nauczyło się korzystać ze swojej przez zabieg zmienionej kończyny.

(D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

23. B. LEICK. Leczenie tyfusu brzuszno-piramidonem.

Od czasu, jak VALENTINI w r. 1903 gorąco zalecił stosowanie piramidonu w tyfusie brzuszno-piramidonem, LEICK leczył zapomocą tego środka dużo przypadków tyfusu i na zasadzie tego materiału w stanie jest w zupełności potwierdzić doskonałe wyniki tego sposobu leczenia. Metoda ta daje, zdaniem autora, o wiele lepsze wyniki, niż leczenie za pomocą kąpieli. Przytaczane przez

niektórych autorów zaburzenia, które ma wywoływać leczenie za pomocą piramidonu, jak np. obfite poty, nudności i wymioty, zależą od tego, że środek ten stosowano niesystematycznie. B. ważnem jest trzymać się ściśle przepisów VALENTINI'ego. Należy podawać co 2 godziny, w ciągu dnia i nocy, 10 ctm. sz. 2% (u dzieci 1%) roztworu. W rzadkich tylko przypadkach autor zmuszony był stosować 3% roztwór. Chory zatem otrzymuje co 2 godz. 0,2 piramidonu. Do

roztworu dla polepszenia smaku można dodać syrop, np. pomarańczowy. Wogóle smak lekarstwa nie jest nieprzyjemny, tak że chorzy w rzadkich tylko przypadkach odmawiają przyjęcia leku. Główny nacisk należy kłaść na podawanie lekarstwa co 2 godz. Stosowanie tegoż 4—5 razy na dobę nie wystarcza. Przy podawaniu lekarstwa co 2 godz. nigdy nie występują owe obfite poty, o których mówią niektórzy autorowie. Niekiedy spostrzega się umiarkowane pocenie się w ciągu pierwszych paru dni leczenia, później zaś, gdy t° spadła i dzięki lekowi utrzymuje się stale na niskim poziomie, poty zupełnie ustają.

Gdy t° wynosi poniżej 36° , leku nie dajemy, gdy zaś po 2 godz. dostrzegamy niejaki podniesienie się ciepłoty, dajemy piramidon. Mierzenie t° co 2 godz. i podawanie lekarstwa nie jest zbyt uciążliwe dla służby, tembardziej że przy omawianym sposobie leczenia kąpiele stają się zupełnie zbyteczne. Co zaś do chorych, to częste budzenie ich ma tę dobrą stronę, że obok leku ma się możliwość częstego dostarczania im jakiegoś posiłku, co w tyfusie brzuszny jest rzeczą niezmierniej wagi. Zresztą można i bez tak częstego mierzenia t° śmiało podawać piramidon, gdyż nawet przy spadku t° poniżej 35° chorzy czują się zupełnie dobrze.

Jak długo stosować należy piramidon, zależy to od każdego poszczególnego przypadku. Ogólnie mówiąc, autor postępuje w ten sposób, że, gdy chorzy przez dłuższy czas pozostają przy t° poniżej 37° , zaczyna podawać lek co 3 godziny, a jeśli i wtedy utrzymuje się ta sama ciepłota, to nazajutrz i następnych dni podaje piramidon co 4—6—8—12 godz. i wreszcie zupełnie odstawia go. W ten sposób autor leczył przeszło 100 przyp. tyfusu brzusznego z b. dobrym wynikiem. Kąpieli przytem nie stosowano prócz 1—2 na tydzień dla oczyszczenia skóry.

Przy opisanym sposobie leczenia wygląd chorych wcale nie przypomina tyfusu. Odbiera się takie wrażenie, jak gdyby się miało przed sobą rekonwalescentów: niema ani zaćmienia świadomości, ani bredzenia, ani apatii.

Jedyna skarga chorych polega na tem, że nie mogą przyjmować pokarmów stałych.

Piramidon dość szybko obniża t° z 40° i wyżej do 36° , a nawet do 35° . Przy systema-

tycznem dalszem stosowaniu leku udaje się w większości przypadków utrzymywać ciepłotę stale poniżej 37° . W ciężkich przypadkach, gdy nie wystarcza 0,2 piramidonu, podajemy co 2 godz. 0,3. Jednocześnie z t° zmniejsza się częstość tętna: zwykle otrzymuje się 80—90 uderzeń na minutę. Ani razu nie spostrzegano szkodliwego wpływu piramidonu na serce i wogóle na narządy krążenia. B. ważna jest okoliczność, że przytomność zostaje zachowana. Nawet wówczas, gdy mamy przed sobą najcięższe zajęcie sensorii i bredzenie, chorzy dzięki piramidonowi odzyskują po upływie paru dni przytomność. Łatwo zrozumieć, jak wielkie znaczenie ma ta okoliczność dla pielęgnowania i odżywiania chorego. Często po paru dniach powraca łaknienie.

Skrócenia przebiegu choroby nie można było zauważyć. A zresztą w tym względzie potrzebny jest większy materiał. Niewiadomo także, czy działanie piramidonu mamy uważać za swoiste, czy też nie. W innych cierpieniach gorączkowych dobroczynne działanie piramidonu nie jest tak jaskrawe.

Szkodliwego działania ubocznego autor ani razu nie spostrzegł. Niekiedy spostrzega się wymioty, ale i bez piramidonu występują one od czasu do czasu w tyfusie brzuszny.

Mocz w początku leczenia okazuje często czerwone zabarwienie, które zależy od antypiryny, składowej części piramidonu. Cierpienia nerek autor nie spostrzegł.

Zarzuty, jakie uczynić można omawianej metodzie leczenia, sprowadzają się do 2 następujących. Przy leczeniu piramidonem jesteśmy pozbawieni możliwości oceny ciężkości danego przypadku, o której sądzymy głównie na podstawie przebiegu krzywej t° . Posiadamy jednak prócz t° inne jeszcze dane, które posłużyć mogą do należytej oceny przebiegu choroby. Drugi zarzut polega na tem, że obniżenie t° nie jest racjonalne, gdyż gorączka nie stanowi choroby, lecz jest tylko wyrazem odbywającej się w ustroju walki, tak że gorączka jest, być może, nawet pożytecznem urządzeniem. Ale z powyższego wynika, że dobroczynne działanie piramidonu nie polega wcale jedynie na obniżeniu t° , lecz na zbawiennym wpływie na ogólny stan chorego.

W ciągu ostatnich 4 lat autor leczył tą me-

toż 113 przyp. tyfusu brzuszego, między którymi było wiele ciężkich i nawet b. ciężkich. Z nich umarło 11, ale jeden zmarł 1-go, 2-ch — 2-go, jeden — 4-go, jeden — 5-go dnia po przybyciu do szpitala. Te 5 przyp. nie nadają się

więc do oceny wyników leczenia piramidonem. Pozostaje więc 108 przyp. z 6 zejściami. Wynik zatem jest zupełnie pomyślny.

(Münch. med. Woch. N. 12. 1907).

S. P.

ODCINEK.

WRAZENIA Z PODROŻY PO MIEJSCACH KĄPIELOWYCH ANGLII *).

podał

Dr Med. Alfred Sokołowski.

Nie byłoby właściwem, gdybym chciał opisywać kolejno najróżnorodniejsze miejsca kąpielowe angielskie, zwiedzane przezemnie, malując, że tak się wyrażę, szczegółową ich topografię i wygląd. Wszystko to znajduje się lepiej i dokładniej opisane w zwykłych almanachach kąpielowych.

Sądzę, że lepiej i właściwiej spożytkuję moje wrażenia, jeżeli zrobię przedewszystkiem ogólny zarys angielskich miejsc kąpielowych, wskazawszy różnice podstawowe, jakimi się różnią od miejsc kąpielowych kontynentu Europy. Cechy podstawowe sformułowałbym w następujących punktach zasadniczych.

Położenie. Angielskie miejscowości kąpielowe są położone przeważnie na południowym wybrzeżu, nad wspaniałym kanałem angielskim, przepięknym, naturalnie latem, nad morzem, zwanem przez anglików *s e b r n e m* dla jego wielce charakterystycznego w dni pogodne

srebrzystego połysku. Morze to posiada, jak wiadomo, bardzo rozległy codzienny przypływ i odpływ. Podczas odpływu na dnie morskiem ukazują się przepiękne o fantastycznych kształtach różnej wielkości i zabarwieniu skały, w których zagłębieniach odnaleźć można ukryte najróżnorodniejsze morskie zwierzęta i przedziwnych kształtów ryby. Całe wybrzeże roi się wtenczas od dzieci i rybaków, którzy wylawiają z pod skał i kamieni kraby, mięczaki, gwiazdy morskie, ślimaki, krewetki i t. p.

Oprócz odpływu, wody kanału angielskiego odznaczają się jeszcze tą bardzo cenną właściwością, że posiadają niemal stałą mniejszą lub większą falę, ztąd też kąpiele kanału uchodzą słusznie za kąpiele *par excellence* morskie. Co się tyczy właściwości dna morskiego, to przedstawia się ono różnie; niektóre miejsca, jak Margatte i inne, leżące bliżej Douvru, posiadają dno mniej lub więcej kamieniste, natomiast miejsca, położone bardziej na zachód, bliżej Brightonu, posiadają dno piaszczyste. Najpiękniejsze i bardzo obszerne wybrzeże istnieje w Worthingh. Co się tyczy ciepłoty wody, to naturalnie jest ona w związku z porą roku. W sezonie kąpielowym, który w Anglii zaczyna się dopiero w drugiej połowie lipca, woda bywa dosyć zimna, nie wyżej 13 do 14 stopni R. Dopiero w początkach sierpnia, a bardziej jeszcze pod koniec tego miesiąca ciepłota podnosi się znacznie, a w dni ciepłe słoneczne woda bywa przyjemnie ciepła, dochodząc do 15 i wyżej stopni R. Miejscowości, położone bardziej na zachód, a szcze-

*) Wypowiedziane na posiedzeniu Sekcyi Balneologicznej Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, dnia 27 lutego 1907 roku.

gólniej liczne stacye kąpielowe, położone na przepięknej wyspie Wight, posiadają na ogół ciepłotę wody nieco wyższą, zachowując ją zazwyczaj przez cały wrzesień.

Wogóle jednak mówiąc, kąpiele wybrzeża południowej Anglii należy uważać za kąpiele stosunkowo chłodne i porównywałyby je można z kąpielami wybrzeży Belgii lub północnej Francyi, są one jednak wiele łagodniejsze od kąpeli morza północnego, tem bardziej, że i warunki klimatyczne przedstawiają się na wybrzeżu angielskiem na ogół łagodniejszymi. Samo położenie miejsc kąpielowych odznacza się tem, że cała kolonia kąpielowa, położona około lub w sąsiedztwie jakiegoś mniejszego lub większego miasta, bywa zbudowana na samem morskiem wybrzeżu. Rosnąca zaś kolonia rozwija się stopniowo wzdłuż wybrzeża nieraz na wiele kilometrów długości. Na wybrzeżu, to jest w sąsiedztwie najbliższem morza, znajdują się nie tylko drogie i wykwintne hotele, jak to ma miejsce w wielkich kąpielowych miejscach Francyi i Belgii, lecz znajdują tamże pomieszczenie hoteliki i pensjonaty skromniejsze, dostępne dla mniej zamożnych kąpielowców, jak to od razu daje się spostrzedz w takiej wszechświatowej miejscowości, jak Brighton, w której na najwspanialszej głównej ulicy nadmorskiej, zwanej tam popolicie grand parade, znajdują się obok niezwykle wspaniałych hoteli i will prywatnych niezbyt rzadko znowu bardzo skromne domy. Samo wybrzeże jest we wszystkich niemal miejscowościach nadzwyczaj starannie urządzone i utrzymane. Najczęściej główny spacer jest wylany asfaltem na całej przestrzeni ulicy, co stanowi wyborny, pozbawiony kurzu teren. Ma to wielkie znaczenie w tych miejscowościach, gdzie jednocześnie dozwolona jest po tych spacerach jazda powozami i samochodami, przez to spacer, nie posiadający kurzu i hałasu, przedstawia wyborne miejsce spoczynku nawet dla mocno chorych i zdenerwowanych osób, szukających zwykle w innych miejscowościach odległych, zdala od wielkiego gwaru leżących zakątków, jak to ma miejsce np. na Rivierze. Owe asfaltowe promenady ciągną się w niektórych miejscowościach jak np. w Hastings, na przestrzeni kilku wiorst, posiadają przytem ogromną liczbę ławek bardzo wygodnych z poręczami, a prócz tego istnieją jeszcze wygodne nawpół oszklone budki, w

których można doskonale przesiadywać całemi godzinami, w czasie mocnego wiatru albo deszczu; na szczególną uwagę jeszcze zasługuje ogromna obfitość zieloności, jaką spotykamy wszędzie w Anglii na przymorskich spacerach pod postacią przepięknych kwietników lub dużych gazonów, porośłych piękną trawą, jak to widzimy w Eastborn. Anglicy są wogóle wielce zamięłowani w zieloności; przed każdym niemal domem widzimy zielone klombiki, ozdobione kwitnącemi roślinami, wśród których najczęściej dają się spostrzegać piękne odmiany pelargonii i begonii.

Oprócz kwietników nadmorskich w każdym miejscu kąpielowem znajdują się mniej lub więcej od morza oddalone parki i miejsca na gry, a szczególnie tennisa, przeznaczone. Wiemy, że sporty różnorodne stanowią integralną część życia angielskiego, nie więc dziwnego, że wszędzie, gdzie anglik przebywa, a szczególnie na letni pobyt, żąda, aby owe rozrywki sportowe były wybornie urządzone, tym więc sposobem w miejscach kąpielowych angielskich nie widzimy, jak to bywa w miejscach nadmorskich niemieckich lub francuskich, tłumów młodych ludzi, bezmyślnie włóczących się lub przesiadujących i przepędzających czas na flircie. Przeciwnie, w Anglii tłumy młodzieży płci obojga, szczególnie w godzinach popołudniowych do późnego zmierzchu, oddają się z zapalem przeróżnym grom sportowym.

Same kąpiele właściwe, odbywające się w morzu przy pomocy ruchomych budek, są urządzone bardzo wygodnie, zawsze w kilku miejscowościach, aby wszystkim było blisko do nich. Kąpiele są oddzielnie dla mężczyzn, oddzielnie dla kobiet, a nawet bywają wspólne.

Cena kąpeli: jest wogóle przystępna, przeciętnie ze wszystkiem kosztuje nie drożej, niż pół szylinga (nie całe 50 groszy).

Mieszkania w hotelach czy też pensjonatach są urządzone bardzo wygodnie, nawet, można rzec, z komfortem, szczególnie łóżka i pościel są wszędzie nadzwyczajnie czyste i wygodne. Pokoje są wprawdzie dość szczupłe, ale za to posiadają dużo światła, gdyż wychodzą one prawie wszystkie na morze lub na ogrody, gdyż nie tylko niewielkie domy, lecz nawet wielkie hotele nie mają poprzecznych oficyn, natomiast większość z nich zamiast podwórek po-

siada mniejsze lub większe ogródki. W hotelach mieszkają przeważnie tylko ci, którzy bawią krótko, mniej, niż tydzień, w danej miejscowości; większość zaś kąpielowej publiczności pomieszcza się w pensjonatach, tak zwanych „boarding housach“, które stanowią ciekawą integralną część życia angielskiego.

Są to wogóle niewielkie pensyonaty na 12, 15 do 20 osób. Większe trafiają się rzadko, zajmują one zwykle dom cały zazwyczaj wąski, a wysoki, jak wogóle większość domów angielskich. Na parterze pomieszczona bywa sala jadalna, pokój gościnny, pokój do palenia, najczęściej jeszcze na pierwszym piętrze najobszerniejszy z widokiem na morze pokój jest przeznaczony na rodzaj wspólnego saloniku, gdzie odbywa się muzyka, czytanie gazet i picie poobiedniej herbaty. Ten to salonik stanowi punkt zborny całego pensjonatu; tu się goście poznają wzajemnie, uprawiają muzykę, bardzo rozpowszechnioną w Anglii, przyjmują odwiedziny gości zazwyczaj w porze podawania herbaty, co ma miejsce około godziny 5 (tak zwany five o clock), panuje w salonie niezwykle ożywiona atmosfera, zebrania takie, noszące na sobie charakter życia czysto rodzinnego, są niezwykle interesujące, na nich bowiem, szczególnie cudzoziemiec, notabene o ile jako tako posiada język angielski, może doskonale poznać właściwości społeczeństwa angielskiego, Anglicy bowiem, pozornie sztywni i niedostępni, o ile się z nimi bliżej poznać, posiadając jednakże rekomendacje, są niezwykle uprzejmi i bardzo chętnie udzielają odpowiednich informacji, dotyczących się ustroju ich ciekawego społeczeństwa.

Dopiero na wyższych piętrach, najczęściej drugim lub trzecim, mieszczą się pokoje mieszkalne, które, właściwie mówiąc, są tylko pokojami sypialnymi, gdyż cały dzień goście spędzają na powietrzu lub w razie niepogody we wspólnych pokojach bawialnych. Pokoje te, jak wogóle w Anglii, stosunkowo niewielkie, są zwykle z komfortem i pewnym smakiem urządzone; czystość panuje w nich wzorowa, a odpowiednio urządzone okna pozwalają stale, nawet w nocy, na stały dopływ świeżego powietrza. Kuchnie pomieszczają się w suferenach, urządzone i wentylowane są jednakże tak dobrze, że swędu nie dają

wcale. Poruszywszy kwestyę kuchni, wspomnieć muszę o żywieniu: otóż kuchnia angielska jest bardzo obfita i mocno pożywna. Jedzenie podaje się trzy, a nawet cztery razy dziennie. Pierwsze śniadanie, zwykle podawane około godziny 9 rano, składa się z herbaty, ryby smażonej, jajek na miękko lub szynki, a częściej jeszcze tłustej wędzonki, tak zwanej „bacon“. Wszystko to spożywają Anglicy w ogromnej ilości. Śniadanie o pierwszej składa się znowu z ryby, mięsa, najczęściej zimnego, i leguminy, tak zwanego pudingu. O 4 podają herbatę z ciastem lub chleb z masłem i konfitury. O 7 obiad, który jest mniej więcej powtórzeniem śniadania, znowu bowiem ryba, mięso na pół surowe, najczęściej baranie, do tego jarzyny, bardzo dla nas niesmacznie przyrządzone, i do tego znowu pudding w najróżnorodniejszych postaciach. Mięso wogóle bywa bardzo mało solone, zupy i to bardzo ostre i mocno pieprzne podają wyjątkowo rzadko. Wogóle jedzenie, aczkolwiek bardzo pożywe i obfite, jest dla nas niezbyt smaczne, tem bardziej, że panuje pewna dziwna monotoność, i niemal dzień za dniem powtarza się toż samo menu, a jedynie w niedzielę panuje pewna rozmaitość, przyczem podają do obiadu kompot lub świeże owoce, co jest tem dziwniejsze, że wogóle w Anglii jest dużo owoców ładnych i niezbyt drogich. Owo jedzenie angielskie, aczkolwiek niezbyt smaczne, jest jedzeniem zdrowem i o wiele lepszem od jedzenia, podawanego w miejscach kąpielowych niemieckich. Co się tyczy napojów, to nie tylko w pensjonatach, ale nawet i w hotelach nie są one obowiązkowe, stąd też wyjątkowo tylko widzi się kąpielowicza, pijącego piwo lub wino; większość zaś pije wodę czystą lub sodową albo też lemonady, wśród których najczęściej pity bywa tak zwany „ginger beer“, rodzaj lemonady ze smakiem imbirowym. Co zaś się tyczy kosztów utrzymania w tego rodzaju pensjonatach, to wynoszą one przeciętnie już w zupełnie dobrych i nad morzem położonych pensjonatach od 2 do 2 i pół funtów angielskich tygodniowo, licząc w to mieszkanie życie i usługę. Na wyspie Wight jest nieco drożej, lecz i tam w dobrym hotelu cena nie przewyższa trzech funtów tygodniowo, tym więc sposobem dobry pensjonat nie kosztuje więcej, niż

3 ruble dziennie, co stanowi cenę nie wyższą od przeciętnych cen w miejscach kąpielowych niemieckich. Ceny powyższe tem bardziej jeszcze uważać należy za umiarkowane, że w pensyonatach angielskich i hotelach nawet, jak to już wyżej mówiłem, niema obowiązkowego picia wina przy tables d'hotesach, co jest zwykle w zwyczaju w Niemczech i we Francyi, a przez to i zwiększa się znacznie koszt pensjonatu. Oprócz tego w Anglii napiwków albo wcale się nie daje, lub też wymagania służby pod tym względem są nadzwyczaj umiarkowane. Oprócz tego w angielskich miejscach kąpielowych nie istnieje tak zwana opłata kąpielowa, a nawet wyborne orkiestry, wszędzie istniejące, nie wymagają żadnej opłaty obowiązkowej, a jedynie wrzuca się do puszek drobną monetę. Przytem dodać jeszcze należy, że za różnorodne rozrywki i gry sportowe opłata jest bardzo umiarkowana; wycieczki liczone w każdej miejscowości, dobrze zorganizowane, odbywające się bądź to okrętami, automobilami, powozami lub też koleją, są stosunkowo bardzo nie drogie. To samo da się powiedzieć o koncertach, teatrzykach, i t. p. widowiskach.

Tym więc sposobem panujące powszechnie u nas poglądy o drożyznie miejsc kąpielowych angielskich jest zupełnie nieuzasadnione. Zapewne, drogie są bardzo wiel-

kie i wspaniałe hotele w Londynie lub Brighton, pobyt jednakże w wygodnym pensjonacie nawet w pierwszorzędnej miejscowości kąpielowej angielskiej i to nawet w czasie sezonu nie jest bynajmniej droższy, a może nawet i tańszy od wielu miejscowości kąpielowych Niemiec, Francyi lub Belgii. Pewien znaczniejszy jedynie wydatek stanowi droga, lecz i pod tym względem wprowadzone od niedawna między Warszawą a Londynem via Vlissingen 45-cio dniowe powrotne bilety umożliwiają odbyć drugą klasą wielce wygodnie tę podróż za cenę około 50-ciu rubli. Z Londynu przy taniej tamtejszej komunikacji przejazd do miejsc, położonych nad kanałem, wynosi parę zaledwie szylingów.

W ten sposób kreślę ogólnikowo moje wrażenia, wyniesione z dwumiesięcznego pobytu na wybrzeżu morskiem w Anglii. Wrażenie pod każdym względem dodatnie, i na tej podstawie zachęcałbym bardzo rodziny, szczególnie posiadające dorosłe dzieci, a spędzające lato nad morzem, do odbycia wycieczki do Anglii, w której pobyt nie tylko pod względem zdrowotnym, ale i ogólnie kształcącym będzie ze wszechmiar pożyteczny, pouczający i przyjemny.

(D. n.).

Wiadomości bieżące.

— Otrzymaliśmy pracę p. t. „25 lat działalności Towarzystwa kolonii letnich w m. Warszawie” przez dra Klemensa ŁAZAROWICZA. Istotną historię powstania i rozwoju Towarzystwa poprzedzają rozdziały: 1) idea kolonii letnich i 2) organizacja kolonii letnich. Z historii powstania kolonii letnich w Warszawie zaznaczyć należy, że pierwszy u nas poruszył sprawę kolonii letnich dr Stanisław MARKIEWICZ

w roku 1879 w wykładzie swoim: O szkole i zdrowiu.

Tenże dr MARKIEWICZ w jesieni roku 1881 zamieszcza w „Gazecie Warszawskiej” artykuł p. t. „Chcemy mieć kolonie dla ubogich dzieci”, i w samej rzeczy sprawdziło się „chcieć to móc”, bo już w kwietniu 1882 r. w mieszkaniu dra ST. MARKIEWICZA odbyła się narada nielicznego grona osób zaproszonych, które zaintereso-

wały się sprawą kolonii letnich, a w lipcu tegoż roku dr MARKIEWICZ wysyła poraz pierwszy 54 dzieci pod opieką dozorców i dozorczyń do odpowiednio wybranych miejscowości. I od-tąd, zawiązując niestrudzonej działalności i o niemal nieznaną u nas dotąd gorliwość i wytrwałość dra Stanisława MARKIEWICZA, kolonie letnie w naszym mieście rozwijają się z roku na rok, co rok liczba dzieci wysyłanych wzrasta, fundusze się powiększają, pomimo że do roku 1897 istnienie kolonii letnich zależało od corocznego wyrabiania odpowiednich po-zwoleń u władz wyższych. Dopiero w roku 1897 mogło się odbyć pierwsze zebranie ogólnie nowo-zatwierdzonego Towarzystwa kolonii letnich. Ulegalizowane Towarzystwo, mając w dalszym ciągu za swego przewodnika dra MARKIEWICZA, mogło rozwijać się coraz lepiej. Obecnie Towarzystwo posiada już swój fundusz żelazny, wynoszący około 200,000 rubli, nieruchomości Towarzystwa przedstawiają wartość przeszło 100,000 rubli, a co najważniejsze, że w roku 1906 wyjechało na kolonie letnie 3304 dzieci. Kończąc wzmiankę swoją z powodu książki kolegi ŁAZAROWICZA, zachęcamy każdego z czytelników naszych, aby się z nią osobiście zapoznał. Znajdzie w niej w dalszym ciągu, oprócz historii rozwoju naszego Towarzystwa kolonii letnich, jeszcze obszernie opisaną działalność w świetle cyfr, wyniki pobytu na koloniach, rozwój kolonii letnich w przyszłości oraz wzmianki o koloniach letnich w ziemiach polskich i w Cesarstwie Rosyjskiem. Dla

przyszłych założycieli podobnych pożytecznych Towarzystw książka ma też wielką wartość, bo znajdują w nich gotowe wzory praktycznych czynności, związanych z działalnością Towarzystwa. Książka kol. ŁAZAROWICZA, ozdobiona planami i rysunkami, zawierająca 154 str., została wydana nakładem Towarzystwa kolonii letnich. Cena niska, bo złp. 3 gr. 10.

— W sobotę 4 maja b. r. odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia (Wierzbowa 9) konferencya, na której kol. J. ZAWADZKI odczyta referat w sprawie „Kas i ubezpieczeń dla lekarzy”.

— W piątek zeszły, t.j. dnia 26 kwietnia, na posiedzeniu ogólnem Towarzystwa kolonii letnich w Warszawie kol. Stanisław MARKIEWICZ został wybrany na członka honorowego tegoż Towarzystwa.

— II międzynarodowy Zjazd fizyoterapeutyczny w r. b. odbędzie się w Rzymie pomiędzy 13—16 września.

— 14 kwietnia r. b. w Kazaniu bardzo uroczyste obchodzono 50 letni jubileusz uczonej i lekarskiej działalności prof. DOGIELA.

— ZMARLI. W Warszawie w dniu 22 kwietnia zmarł dr Jan KLEINADŁ w wieku lat 56.

Od Redakcyi.

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

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtacz, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypy i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

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

Absolutny brak laseczników gruźliczych

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

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

Dawki dobowe:

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

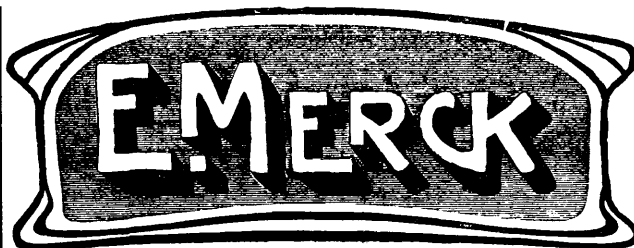
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromat.



Surowica antydiftery-
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, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniepalny 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 rurek po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniepalnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. mordercz. i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

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

Hämogallol

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

Iodipin 10%

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

Iodipin 25%

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

**Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.**

Antithyreoidin Möbius

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

Veronal

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

Bromalin

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

Tannoform

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

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



EUCHININ.

Chinina wolna od goryczy. Działa tak jak chinina w przypadkach: Febry, Influenzy Tyfusu, Koklusu, Malaria i Newralgii.

VALIDOL.

Środek energiczny, nie rozdrażniający. Analeptyczny, Antihisteryczny, Antineurastyczny i na Żołądek; przez tego, środek skuteczny przeciw Chorobie morskiej

KAMPORA VALIDOLOWA.

(Validol camphoratum).

Środek wybitny pobudzający w przypadkach ciężkiego wycieńczenia, a także niezbędny w praktyce dentystrycznej.

Próby i literaturę wysyła się Pp. Lekarzom bezpłatnie.

Dr. Romualda Bindera

Zakład wodoleczniczy i sanatorium
Willa Stefania w Meranie
otwarty od 1-go września do czerwca.

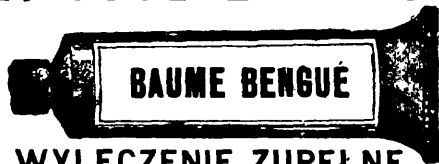
Łagodna, sucha i słoneczna zima, sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, masażem, gimnastyką leczniczą, kąpielami świetlnymi i słonecznymi, owocami, dietą i wernadowaniem.

Terapia sportowo - terenowa. Wszelki komfort, wspaniałe urządzenie. Piersiochorych zakład nieprzyjmuje.

Prospekty wysyła D-r Binder

(leczy po za zakładem i pozwala korzystać z urządzeń zakładowych także eksternistom).

BAUME BENGUE



WYLECZENIE ZUPEŁNE

PODAGRY REUMATYZMU NEWRALGII

Dr. BENGUE, Właściciel Apteki
47, Rue Blanche, w Paryżu

CENA: 1 r. 20 k.

Skład główny: Józef Salzman jr.,
Warszawa, Senatorska 38.

BAD KREUZNACH

Sezon od 1 maja do 30 września.

Silne radioaktywne źródła lecznicze, zawierające Jod-Brom i Lithion. Wszystkie nowoczesne środki lecznicze i doskonałe sanitarne urządzenia.

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

Prospekty gratis i franko za pośrednictwem dydaktyki kąpielowej.

Uznane za najlepsze i wypróbowane mydła lekarskie są przetłuszczone Mydła D-ra Eichhoffa.

Jedyny uprawniony fabrykant:

Ferd. Mülhens w Kolonii n/R. i w Rydze.

W dowód prawdziwości na każdym kawałku jest napis czerwony D-r Eichhoff.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odpowiadającą literaturę wysyła p.p. Lekarzom

— S. KARCZEWSKI —

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który od różnić należy od bezwartościowych naśladownictw.

D-r F. Chłapowski

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

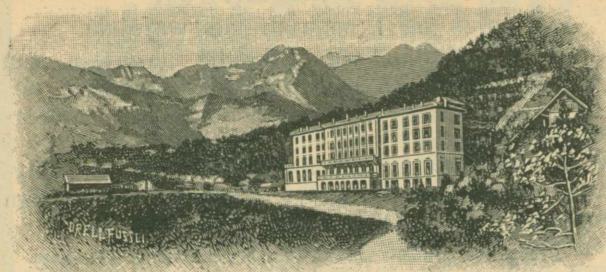
KLINIKA GINEKOLOGICZNA

D-rów Z. Endelmana i O. Goldberga.
w Warszawie, ul. Leszno 73. Telef. 41-96.

Nowoczesne urządzenia aseptyczne. Pokoje oddzielne i sale wspólne. Opłata od 2 rb. dziennie.

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO“ pod Mentoną.

dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdowieńców



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

Chorzy na gruźlicę płuc nie są przyjmowani.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab, za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

D-r Oskar Goldberg

ordynuje w r. b. od 10/VI do 25/VIII, jak zwykle, w DRUSKIENIKACH choroby kobiece.

POSZUKUJE WSPÓLNICZKĘ lub WSPOLNIKA
lekarza do zakładu leczniczego oddawna istniejącego. Adresy z krótkim curriculum vitae nadsyłać Biuro dzienników Ungra Wierzbowa 8 dla „Lekarza”.

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.

Nowe ilustrowane katalogi franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22)

telefon 73 46 albo 44.83.

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

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

ordynuje jak dawniej od 1-go maja do 30 września w **MARIENBADZIE, Stadt Hamburg.**

D-r W. Bujakowski

stałe ordynuje w **DRUSKIENIKACH.**

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 tyłu za Nastopilem).

D-r Stefan Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych w **CIEPLICACH TREN-CZYŃSKICH** od 1 maja. Na żądanie wysyła broszury i poleca pierwszą polską wille „Batory”.

I W O N I C Z

NAJSILNIEJSZA SZCZAWA SŁONO - JODOWO - BROMOWA.

Od dawna stwierdzona skuteczność we wszystkich postaciach zółzów (scrofuloza), w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materii. Leczenie ortopedyczne i masażowe.

Inhalatoryja systemu „Waldenburga“ i systemu „Clara“. Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana“ tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Docent d r Antoni Gabryszewski ze Lwowa i D-r Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I-szym od 15 maja do 20 czerwca i w III-cim od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze.

Uwolnienie od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica zakładowa w której odprawia się codziennie Msza Ś-ta.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, łóżka i meble przyjmują i wysyłają w całości.

Zakład zdrojowo - kąpielowy
i klimatyczny (Stacya kolejowa
Iwonicz w Galicyi.)