

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 21.

Warszawa d. 25 Maja 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednospaltowy 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 ciąży śródmiaższowej. Napisał A. Karczewski. (Ciąg dalszy).—W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki. Podał Leon Endelman. (Ciąg dalszy). — Wykład kliniczny. Nauka o odporności i jej znaczenie praktyczne. Przez prof. dra A. Wassermann'a (Berlin). (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 26. II. Senator. Stwardnienie naczyń i leczenie tegoż —Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Protokół posiedzenia sekcji neurologicznej z dnia 16 lutego 1907 r.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr A. Karczewski.—
Sur la grossesse interstitielle. 2) Dr Leon Endelman.—
Sur le traitement opératoire du décollement de la rétine.

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 Leon Endelman — Ueber die operative Behandlung der Netzhautablösung.

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

PRACE ORYGINALNE.

O ciąży śródmiaższowej.

Napisał

A. Karczewski.

Non numerandae sunt, sed perpendendae observationes.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 20).

Dodać należy, że WERTH (68) swoistą przyczynę ciąży śródmiaższowej upatruje w zmianach śluzówki, znanych pod nazwą *salpingi-*

tis isthmica nodosa lub gruczolaka kąta jajowodowego. Zmiany te zwykle bywają połączone ze skanalizowaniem całej muskulatury obwodowego odcinka rogu macicy. Wrazie podobnego cierpienia zmiany w miejscu wejścia jajowodu w macię i tuż poza tem wejściem są tak wybitne, że jajo, skoro tylko wstąpi do odcinka śródmiaższowego, odrazu może się dostać do labiryntu przewodów, odgałęziających się od światła głównego. Jak łatwo małe, przesuwające się w jajowodzie cząstki przenikają

do tej sieci przewodów, WERTH miał możność spostrzegać w jednym przypadku rozsianego brodawkowego raka bańki jajowodowej. W przypadku tym, w którym jednocześnie istniał bardzo rozwinięty gruczolak kąta jajowodowego, dały się wykazać odkruszone i ku macicy wędrujące cząstki raka, swobodnie leżące w przewodach śródmiąższowych. Uznając możliwość przyczynowego związku pomiędzy gruczolakiem kąta jajowodowego a ciążą śródmiąższową, WERTH zastrzega się, że dotąd jest to przypuszczenie, które wymaga potwierdzenia anatomicznego.

W ostatnich czasach zmianie zasadniczej uległy również zapatrywania na sprawę *zagnieżdżenia się jaja*. Do niedawna jeszcze mniemano powszechnie, że jajo zapłodnione zlepia się z powierzchnią śluzówki i dookoła obrasta jej fałdami, tworzącymi t. zw. doczesną zagiętą (*decidua reflexa*⁹⁾). Obecnie uznać należy za rzecz dowiedzioną, że jajo poprzez nabłonek wdraża w śluzówkę. Dalszy rozwój jaja zależy od własności podłoża, w którym się ono zagnieżdżyło. Pod tym względem znaczna zachodzi różnica pomiędzy macicą a jajowodem. W macicy normalnej zewnętrzna blaszka zarodkowa (*ectoderma*) zgola nie wchodzi w zetknięcie z warstwą mięsną, ponieważ w grubej śluzówce macicznej dane są warunki pomyślne do rozwoju łożyska i osłon macierzystych zarodka. W jajowodzie zaś, jak to już zaznaczyłem w opisie danych anatomicznych, śluzówka jest tak cienka, że w części cieśniowej i śródmiąższowej warstwa mięsna bezpośrednio prawie przylega do nabłonka. Wskutek tego jajo, przeniknąwszy nabłonek, odrazu wdraża w warstwę mięsną, z którą wchodzi w ścisłe połączenie.

Nieliczne dotychczas badania *mikroskopowe ściany worka płodowego*, dokonane dawniej

przez POPPEL'a (43) i LEOPOLD'a (33), a w ostatnich czasach przez tegoż LEOPOLD'a (34) i ULESKO-STROGONOWĄ (62), dowodnie wykazały ścisły związek, zachodzący pomiędzy składnikami jaja a muskulaturą macicy, otaczającą część śródmiąższową jajowodu. Wszyscy wymienieni autorowie zgodnie zaznaczają, że kosmki, wdrażające w tkankę śródmiąższową, wchodzą w zetknięcie bezpośrednie z muskulaturą. Wskutek niszczącego działania kosmków na muskulaturę i rozpychania pęczków mięsnych odbywa się powiększanie jamy jajowej. Ponieważ w tych warunkach muskulatura bezpośrednio otacza przestrzeń jajową, WERTH (68) słusznie, zdaniem moim, twierdzi, że *k a ż d a c i a ż a ś r ó d m i a ż s z o w a j e s t j e d n o c z e ś n i e ś r ó d ś c i e n n ą*.

W oświetleniu danych powyżej przytoczonych dość jasno, według mego zdania, zarysowuje się *istota zmian anatomopatologicznych*, stwierdzonych w dotychczas spostrzeganych przypadkach ciąży śródmiąższowej. Różnorodność tych zmian oddawna zwróciła uwagę autorów i dała powód jednemu do zakwestyjonowania istnienia ciąży pomienionej w przypadkach, które pod pewnymi względami różniły się od ich własnych spostrzeżeń, innym zaś—do wyodrębnienia rozmaitych jej odmian.

Do zakresu ciąży śródmiąższowej niewątpliwie zaliczono różnemi czasy cały szereg przypadków, nie mających z nią nic wspólnego. W celu usunięcia wynikającego ztąd zamętu konieczną okazała się krytyczna ocena spostrzeżeń, opisanych pod rozmaitemi nazwami, a objętych później ogólnem mianem ciąży śródmiąższowej. Pierwszy krok w tym kierunku uczynił VELPEAU (63). Wprawdzie autor ten niefortunnie za przykład istotnej ciąży śródmiąższowej wybrał przypadek MAURICEAU¹⁰⁾,

⁹⁾ Porówn. ROSNERA: „Narządy rodne kobiece“ w Podręczniku histologii wydany w r. 1901.

¹⁰⁾ Na mocy dowodów, nie podlegających wątpliwości, ENGSTRÖM (12) w ostatnich czasach wykazał, iż przypadek MAURICEAU należy do kategorii ciąży w ro-

lecz jednocześnie ujawnił poglądkrytyczny w ocenie całej grupy wielce wątpliwych spostrzeżeń, ogłoszonych w końcu XVIII-go i w początku XIX stulecia.

Spostrzeżenia te, zakwestyonowane przez VELPEAU, doczekały się umotywowanej oceny krytycznej ze strony BAART DE LA FAILLE'a (1) i odtąd zupełnie zostały wyłączone z zakresu ciąży śródmiaższowej. W ślad za powyższymi autorami poszedł SIMON (55), który jednak w swej krytyce posunął się zbyt daleko. Uznając cechę rozpoznawczą RUGE'go za jedyny i niezawodny sprawdzian ciąży śródmiaższowej, SIMON podał w wątpliwość lub wprost zaprzeczył jej istnieniu w przypadkach, uznanych poprzednio i uznawanych dotychczas za niewątpliwą ciążę śródmiaższową. W ten sposób liczbę przypadków, która podówczas wzrosła już do 40, SIMON sprowadził do 9-u zaledwie spostrzeżeń, zaliczając tu pomiędzy innymi przypadki HEDRICH'a, HERR'a i LEOPOLD'a.

Pomijając przypadek HEDRICH'a, który w oryginalnej swej pracy (18) nie podaje rysunku preparatu, pozwolę sobie zwrócić uwagę, że przypadki HERR'a i LEOPOLD'a niezupełnie odpowiadają wymaganiom, ustalonym przez SIMON'a. Trudno jest bowiem dopatrzeć się na rycinach, zamieszczonych w pracach autorów wymienionych, owego pierwotnego przerostowego wydłużenia bocznej ściany macicy, który ma sprowadzać znamieny obrót dna. Kształt dna niewątpliwie jest tu zmieniony, lecz z innych powodów i w inny zgoła sposób, niż to utrzymuje SIMON.

Wogóle SIMON w swej ocenie przypadków najawnił wybitny brak krytycyzmu, a przez to do sprawy ciąży śródmiaższowej wprowadził nowe zagmatwanie, które do chwili obecnej nie zostało całkowicie rozwikłane. Nikt bowiem

dotychczas nie pokusił się o wyjaśnienie istotnego znaczenia cechy rozpoznawczej RUGE'go. Przyjęto ją na wiarę, wymieniano w opisach zmian anatomo-patologicznych częstokroć bez należytego zrozumienia i za przykładem SIMON'a dopatrywano się jej tam, gdzie ona zupełnie nie istnieje. Na taki stan rzeczy wpłynęła poniekąd ta okoliczność, że autorowie współcześni przeważnie czynili swe spostrzeżenia na wycinkach, otrzymywanych podczas dokonywania rezeceki. Nie mając możliwości dokładnie sprawdzić zmian anatomicznych, zachodzących w całej macicy, dopełniali je z własnej wyobraźni w myśl uznanej za niezachwianą reguły RUGE'go. Tak np. uczynił WEINBRENNER (67), który do preparatu, stanowiącego mały wycinek macicy, dorobił rycinę schematyczną, odtwarzającą całą macicę z wybitnie wyrażonym obrotem dna.

Wśród autorów współczesnych jeden tylko WERTH (68) wyraził pewne powątpiewanie co do słuszności oceny przypadków, dokonanej przez SIMON'a. Nie mniej przeto WERTH, również jak inni autorowie, jest głęboko przeświadczony o niezawodności cechy RUGE'go. Nie uszło jednak uwagi WERTH'a, że na rycinach, odtwarzających stosunki anatomiczne niektórych przypadków, cecha RUGE'go stwierdzić się nie daje. Dla wytłomaczenia tego faktu WERTH nie znalazł innego argumentu nad ten, że podczas sporządzania rycin nie zawsze starano się o zgodność z naturą, lub może układano preparaty tak niefortunnie, że cecha RUGE'go nie mogła być uwidoczniiona.

Sądzę, iż rzecz daje się wyjaśnić w sposób nierównie prostszy. Według mego zdania, SIMON postąpił niesłusznie, zbyt uogólniając regułę, ustaloną przez RUGE'go. By nie nagiąć faktów do idei z góry powziętej, należy zerwać z mniemaniem, że cecha RUGE'go istnieć powinna we wszystkich bez wyjątku przypadkach ciąży śródmiaższowej. Że występuje ona wybitnie w niektórych przypadkach, o tem nie

gu szczątkowym macicy. Poprzednio już SIMON uznał przypadek MAURICEAU za wzorowy okaz ciąży w rogu szczątkowym.

może być wątpliwości dla każdego, kto widział rycinę, podaną przez SIMON'a. Ztąd jednak nie wynika jeszcze, ażeby cecha RUGE'go miała być jedynym i niezawodnym sprawdzianem ciąży śródmiaższowej. Należy raczej uznać, że przypadek, opisany przez SIMON'a, jest przykładem pewnej, ściśle określonej postaci, którą pozwolę sobie nazwać typem RUGE'go.

Podstawy, na których dawniejszymi czasy usiłowano oprzeć podział ciąży śródmiaższowej na poszczególne jej odmiany, były poniekąd wyrazem mylnych zapytrywań na sposób jej powstawania. Dotyczy to przede wszystkim o-mówionej już poczęści przezemnie ciąży śródściennnej. Odmiana ta, tak nazwana przez HENNIG'a, a równoznaczna z ciążą maciczną-śródmiaższową DEZEIMERIS'a, w rozumieniu autorów pomienionych miała stanowić przeciwstawienie innej odmiany, zwanej przez HENNIG'a po prostu śródmiaższową, a przez DEZEIMERIS'a jajowodo-maciczną śródmiaższową, — odmiany, w której jajo, rozwijając się w odcinku śródmiaższowym jajowodu, miało rozciągać jego ściany i odsuwać właściwą tkankę maciczną. Odmianę zaś śródścienną ciąży śródmiaższowej wyprowadzano, jak słusznie twierdzi WERTH (68), w sposób zgoła niemożliwy z pęknięcia worka płodowego z wtórnem przedostaniem się jaja do otaczającej muskulatury macicznej. Pomimo oczywistego braku wszelkich podstaw racjonalnych do wyodrębnienia powyższych dwóch odmian ciąży śródmiaższowej, zapatrywania DEZEIMERIS'a i HENNIG'a jeszcze w końcu XIX-go stulecia znalazły zwolennika w osobie ROSENTHAL'a. Aczkolwiek nie ulega wątpliwości, że ROSENTHAL popełnił błąd, wskrzeszając podział, który oddawna powinien być zarzucony, nie mniej przeto przyznać trzeba, że autor ten miał uzasadnione prawo do wyróżnienia pewnej grupy zpośród znanych mu przypadków ciąży śródmiaższowej. Do grupy tej ROSENTHAL zaliczył przypadki, ogłoszone przez JUNGE'go, POPPEL'a, BAART DE LA FAILLE'a,

BIRNBAUM'a, STEEL'a (!) i ENGSTRÖM'a. Słuszność wyznać nakazuje, że przypadki pomienione, z wyjątkiem naturalnie spostrzeżenia STEELE'a, które, jak to wyżej wykazałem, należy do innej zgoła kategorii, mają pewne cechy odrębne, które znamienne je odróżniają od typu RUGE'go. Niewątpliwie stanowią one swoistą odmianę ciąży śródmiaższowej. Ponieważ wśród wymienionych powyżej autorów BIRNBAUM podał najszczegółowszy opis zmian anatomicznych, cechujących tę odmianę, pozwolę sobie przeto nazwać ją typem BIRNBAUM'a.

Ustaliwszy fakt istnienia dwóch odmiennych typów ciąży śródmiaższowej, winniem z kolei wyjaśnić ich genezę i podać charakterystykę właściwych im zmian anatomicznych.

Rzeczone typy, według mego zdania, powstają w zależności od miejsca pierwotnego usadowienia się jaja. Zapłodnione jajo, zatrzymane wskutek przeszkód mechanicznych w macicznym odcinku jajowodu, zagnieżdża się w jego ścianie, przyczem, naturalnie, siedliskiem jaja może być zarówno górna, jak i dolna połowa obwodu ściany jajowodowej. Ściana ta pod względem budowy anatomicznej posiada właściwości swoiste, szczególnie w stosunku do warstwy mięsnej. Część śródmiaższowa jajowodu, przebijając ścianę macicy, z niej otrzymuje swój zewnętrzny pokład włókien mięsnych. Ponieważ maciczny odcinek jajowodu jest umieszczony pomiędzy dnem a boczną ścianą macicy, a zatem w skład warstwy mięsnej części śródmiaższowej u góry wchodzi muskulatura dna, u dołu zaś muskulatura ściany bocznej.

Jeżeli teraz uprzytomnimy sobie, że jajo zapłodnione, według poglądów współczesnych, wżera się w ścianę, w której się zagnieżdżyło, na podobieństwo nowotworu złośliwego, to z konieczności uznać musimy, że stosownie do tego, czy pierwotnem siedliskiem jaja była dolna czy też górna połowa obwodu ściany jajowodowej, pogrąża się ono bądź w muskulaturę ściany bocznej, bądź też w muskulaturę dna macicy.

W ten sposób najłatwiej, jak sędzę, wytłomaczyć można powstawanie dwóch powyżej wymienionych typów ciąży śródmiaższowej. W typie RUGE'go legowisko jaja wytwarza się kosztem ściany bocznej, w typie BIRNBAUM'a—kosztem dna macicy.

Wychodząc z powyższego założenia, łatwo możemy odtworzyć zmiany anatomiczne, zachodzące w ukształtowaniu wszystkich części składowych, mniej lub więcej wciągniętych w sprawę wytwarzania legowiska jaja. *A priori* przypuścić należy, że zmiany te muszą być różne w obu typach ciąży śródmiaższowej. Rzeczywistość potwierdza to przypuszczenie. Rozpatrując ryciny i odczytując załączone do nich opisy, przekonywamy się, że zachodzą tu zmiany odmienne zarówno w zewnętrznych, jak i wewnętrznych stosunkach tego rogu macicy, w którym rozwinęła się ciąża śródmiaższowa.

W typie RUGE'go najwybitniejszemu zniekształceniu, rozumie się, ulega boczna ściana macicy, ponieważ górna jej część zamienia się na legowisko jaja, dolna zaś ulega znacznemu przerostowi. Przyczepy przydatków macicznych wskutek rozrostu ściany bocznej przesuwają się ku górze i wzajemnie odsuwają się od siebie. Dno macicy, mniej lub więcej przerosłe, nie zmienia bynajmniej swego typowego kształtu, lecz z powodu wydłużenia i zgrubienia ściany bocznej ulega przemieszczeniu, które SIMON nazywa obrotem (*Drehung*), a które, według mego zdania, należałoby raczej nazwać odchyleniem. Zmiana bowiem, która się odbywa w położeniu dna pod wpływem rozrastania się ściany bocznej, najlepiej da się porównać do odchylenia wieka pudła. Brzeg dna, zwrócony ku ścianie bocznej, będącej siedliskiem jaja, pod wpływem parcia, wywieranego przez nią od dołu, unosi się ku górze, wskutek czego zarys dna przedstawia się w postaci linii skośnej, zstępującej ku stronie wolnej od ciąży. W miarę tego jak się wzmacnia stopień odchylenia dna, linia ta staje się coraz bardziej stromą. Wresz-

cie, jak to widać na załączonej przez SIMON'a rycinie, dno może przybrać położenie zupełnie pionowe, stanowiąc niejako przedłużenie ściany bocznej wolnej od ciąży.

Z pośród zmian, dotyczących stosunków wewnętrznych, na uwagę zasługuje ustawienie przegrody, oddzielającej przestrzeń jajową od jamy macicznej, zmiana kształtu tej ostatniej, tudzież położenie wylotu jajowodu, odpowiadającego stronie ciężarnej.

Pomieniona przegroda w typie RUGE'go w początkowym okresie ciąży powinna być ustawiona pionowo w płaszczyźnie strzałowej. Wytwarza się ona bowiem kosztem ściany bocznej wskutek tego, że jajo, rozwijając się wśród tej ściany, odsuwa ku linii pośrodkowej część warstwy mięsnej wraz z pokrywającą ją od wewnątrz śluzówką maciczną. W dalszym rozwoju jaja brzeg górny tej przegrody nachyla się ku stronie wolnej od ciąży. Przybiera ona wówczas położenie skośne. Jama macicy znacznie się wydłuża. Pomiędzy skośnie ustawioną przegrodą a dnem macicy powstaje kąt zwarty, którego wierzchołek stanowi najwyższy punkt jamy macicznej. W tem miejscu znajduje się wylot jajowodu, a więc jest on położony w górnej połowie obwodu worka płodowego po jego stronie przysrodkowej.

W typie BIRNBAUM'a przedewszystkiem zmienia swój kształt dno macicy. W początku ciąży dno macicy po stronie ciężarnej wznosi się ku górze, ulegając zgrubieniu w miejscu zagnieźdzenia się jaja. Zarys dna ma wówczas kształt linii pochyłej, podobnie jak w typie RUGE'go, co, jak się zdaje, było powodem mylenia obu typów ciąży śródmiaższowej. W dalszym jednak rozwoju ciąży podobieństwo to zupełnie ginie. W miarę wzrastania jajo coraz bardziej wżera się w dno macicy, wreszcie całe niemal dno zamienia się na legowisko jaja. Wtedy zarys dna przybiera kształt linii łukowatej, mocno zgiętej, z przewagą wygięcia ku górze po stronie ciężarnej. Przyczepy przydatków

macicznych po stronie siedliska jaja zazwyczaj bywają przesunięte ku górze, podobnie jak w typie RUGE'go, lecz mogą być również położone na tej samej, co i przydatki drugostronne, wysokości [przypadek MURET'a (41)], a nawet mogą znajdować się niżej, jak tego dowodzi przypadek ROSENTHAL'a. Boczne ściany macicy pod względem wymiarów i ukształtowania mało różnią się od siebie. Czasem tylko ściana boczna po stronie ciężarnej okazuje wyraźne wklęsnięcie od zewnątrz (przypadki HERR-BIRNBAUM'a i ROSENTHAL'a).

Co się tyczy stosunków wewnętrznych, to przegroda, oddzielająca przestrzeń jajową od jamy macicznej okazuje ustawienie, zbliżone do poziomego, z pewnem tylko obniżeniem po stronie ciężarnej. Skutkiem tego obniżenia od strony jamy macicznej, pomiędzy przegrodą a boczną ścianą macicy wytwarza się kąt rozwarty. Jama maciczna ulega rozszerzeniu. Najwyżej położony punkt jamy macicznej przypada po stronie wolnej od ciąży. Co się tyczy wylotu jajowodu, to, aczkolwiek niektórzy autorowie wzmiankują, że wylot ten udało im się odnaleźć, nie określają jednak ściśle jego położenia. Wylot ten powinien się znajdować z boku w dolnej połowie obwodu worka płodowego, w miejscu, odpowiadającym wierzchołkowi rozwartego kąta pomiędzy przegrodą a boczną ścianą macicy.

Sądzę, iż powyżej wyłuszczone cechy anatomiczne są o tyle różne, że upoważniają do uznania dwóch odrębnych typów ciąży śródmiąższowej. Z uznania tych typów konsekwentnie wypływa zadanie rozklasyfikowania według nich dotychczas opisanych przypadków ciąży śródmiąższowej. Spełnienie jednak tego zadania nastrocza bardzo wielkie trudności, zwłaszcza w stosunku do przypadków, ogłoszonych w ostatniem szesnastoleciu.

Oczywiście, wobec przypadków, w których ciążę śródmiąższową rozpoznano wyłącznie na

mocy danych klinicznych, wszelkie próby klasyfikacji są zupełnie niemożliwe. Nie dają się również podciągnąć pod dany typ ciąży śródmiąższowej przypadki, w których dokonano jedynie wycięcia worka płodowego. W opisie bowiem tych przypadków zmiany anatomiczne, dotyczące całości macicy, a szczególnie jej stosunków wewnętrznych, bądź zupełnie zostały pominięte, bądź też podane jako widzimi się danego autora. Do klasyfikacji przeto nadawałaby się jedynie grupa przypadków, w których zdołano uzyskać preparaty przy pomocy sekcji lub operacji, połączonej z wycięciem macicy wraz z jej przydatkami. I w tej jednak grupie niewielka liczba przypadków czyni zadość wymaganiom ścisłości, niezbędnym do klasyfikacji prawidłowej. Do typu RUGE'go, oprócz naturalnie przypadku SIMON'a (55), należy niewątpliwie przypadek, ogłoszony przez BECKMANN'a (4). Do typu BIRNBAUM'a zaliczyć wypada, obok zestawionych przez ROSENTHAL'a, spostrzeżenia SCHMITT'a (52) i HEDRICH'a (18), które, jak się zdaje, nie były znane ROSENTHAL'owi, tudzież opisane ostatnimi czasy przypadki MURET'a (41) i WAGNER'a (64). Pozostałe zpośród znanych mi spostrzeżeń nie nadają się zgoła do rozklasyfikowania z powodu, iż nie uwzględniono w nich zasadniczych szczegółów anatomicznych.

Na dowód, jak mało niektórzy autorowie starali się o wyzyskanie własnego materiału, może służyć opis zmian anatomicznych w przypadku, spostrzeganym przez KOŚMIŃSKIEGO (27).

(C. d. n.).

W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki

Podał

Leon Endelman.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 20).

10. Metody, polegające na jednoczesnym stosowaniu zastrzykiwań podłącznicowych i innych zabiegów operacyjnych.

Niedawne badania WESSELY'ego (p. w.) nad zastrzykiwaniami podłącznicowymi dowodzą, że przy nietkniętej sklerze działanie ogranicza się najbliższą okolicą miejsca zastrzyknięcia, a więc, chcąc wpłynąć na płyn podsiatkówkowy, należy przedtem udostępnić przedostawanie się roztworu soli przez nacięcie lub przyżeganie żegadłem sklery. SECUNDI po przekłuciu sklery zastrzykiwał pod łącznicę roztwór sublimatu, JACQS — mocny roztwór soli kuchennej. UHTHOFF przekłuwał sklerę w kilku miejscach, trzymając się obrębu odklejenia, za pomocą igły do dyscyzy lub małego noża KNAPP'a, poczem w okolicę tych otworów zastrzykiwał roztwór soli kuchennej. W wielu przypadkach, tą drogą operowanych, otrzymywał UHTHOFF nadzwyczaj szybko ułożenie siatkówki na miejscu odklejenia, lecz prawie zawsze następowały nawroty odklejenia. Ostrzega on przy tem przed użyciem zbyt mocnych roztworów soli, gdyż niekiedy skutkiem nich występowały męty w ciałku szklistem, krwotoki w siatkówce i *corp. vitreum*, pomijając bolesność zastrzykiwań dla chorych.

Do tej grupy zaliczyć również należy metodę, stosowaną przez DOR'a (p. w.), która ma jeszcze tę wyższość, że, prócz wchłaniania płynu podsiatkówkowego pod wpływem roztworu soli, który ma dostęp ułatwiony, dzięki przyżeganiu sklery, występuje odpowiednio do miejsca od-

klejenia odczyn zapalny w tkankach, który znakomicie ułatwia zrośnięcie ułożonej siatkówki.

W klinice wrocławskiej, prócz powyższej metody, bywa jeszcze stosowane powierzchowne przyżeganie sklery z następczem jej przekłuciem w obrębie odklejenia, dzięki czemu również wytwarzają się warunki dla ułożenia siatkówki po wypuszczeniu płynu podsiatkówkowego, a następnie dla trwałego sklejenia siatkówki z naczyniówką.

Przed niedawnym czasem WERNICKE²⁾ z kliniki wrocławskiej w szeregu doświadczeń na królikach wypróbował większość bardziej w użyciu będących zabiegów operacyjnych przy odklejeniu siatkówki. Zadaniem jego było stwierdzenie na preparatach anatomicznych, czy i o ile dany zabieg wywołać jest w stanie ułożenie się, a wtórnie i trwale zrośnięcie siatkówki z naczyniówką, a zarazem przekonanie się, czy nie wpływają one z innych względów szkodliwie na gałkę. Samo przez się rozumie się, że WERNICKE stosował zabiegi operacyjne na normalnych oczach zwierzęcych, więc należy przyjmować jego wyniki z pewnem zastrzeżeniem, mimo to mają te badania niezaprzeczoną wartość, gdyż demonstrują doskonale zmiany, jakie zachodzą i na ludzkich oczach.

Stosując przekłucie sklery z następczem zastrzykiwaniem roztworu soli kuchennej WERNICKE mógł się przekonać, że pomiędzy siatkówką, naczyniówką i sklerą powstają mocne zrosty. Szkodliwego wpływu na tkanki, prócz bliznowatych zmian w miejscu przekłucia, nie mógł on obserwować. W drugiej seryi doświadczeń stosował W. przyżeganie galwanokauterem sklery w trzech postaciach: 1) powierzchowne przyżeganie, 2) głębokie i 3) głębokie w połączeniu z zastrzykiwaniami soli kuchennej. We wszystkich tych przypadkach również wytwarzały się

²⁾ Beiträge zur operat. Behandl. der Netzhautablösung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1906 Februar-März

mocne zrosty pomiędzy siatkówką a głębiej leżącymi błonami.

Wobec tego, że przy przyżeganiu działamy na większą powierzchnię sklery, otrzymywano zrosty na większej przestrzeni, aniżeli to ma miejsce przy przekłuciu. Również stosownie do tego, czy przyżegano powierzchownie, czy też głębiej, otrzymywano odczyn zapalny mocniejszy lub słabszy. Za głębokie przyżeganie zda się mieć szkodliwy wpływ na ciało szkliste: ulega ono po pewnym czasie zbliznowaceniu i, kurcząc się, może wywoływać zmiany w sąsiedniej części siatkówki.

Słowem, doświadczenia WERNICKE'go wskazują, że przy przekłuciu sklery i jej przyżeganiach wytwarzają się, bądź co bądź, w oku warunki dla trwałego przyrośnięcia siatkówki do głębokich błon oka, co powinno przemawiać za stosowaniem wyżej wskazanych zabiegów w leczeniu odklejeń siatkówki.

11. Zastrzykiwania roztworów do przestrzeni TENON'a.

Wychodząc z zasady, że zastrzykiwania zwykle pod łącznicę mają zaledwie niewielki wpływ na płyn podsiatkówkowy, próbowano robić przy odklejeniach siatkówki głębokie zastrzykiwania do przestrzeni TENON'a, t. z. intrakapsularne iniekcje.

De WECKER początkowo stosował w tym celu roztwór soli kuchennej, później, z powodu bolesności tych zastrzykiwań, począł używać siarczanu sodu, wreszcie roztworu żelatyny (100 cz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, 3,5 cz. białej żelatyny). Pominąwszy ogromną problematyczność tych środków przy odklejeniu siatkówki, bywają one po dłuższem użyciu wprost dla oka szkodliwe, wywołując zarosnięcie przestrzeni TENON'a, a w ostatecznym rezultacie, jak to wskazują 2 przypadki UHTHOFF'a, objawy jaskry.

12. Metoda DEUTSCHMANN'a ³⁾.

Metoda ta, której zamierzam nieco więcej miejsca poświęcić, rozpada się na dwa zabiegi, z których każdy może być poszczególnie rozpatrywany, mianowicie: zastrzykiwania zwierzęcego (cielęcia lub królika) ciała szklistego do oka, dotkniętego odklejeniem, i przecięcia siatkówki i ciała szklistego.

Za podstawę swej metody leczniczej uważa DEUTSCHMANN swoje przecięcia siatkówki i ciała szklistego. Wykonywa on je w następujący sposób: w obrębie odklejenia, możliwie obwodowo, wkłupa się obosieczny nóż (w kształcie bagnetu) w kierunku stycznej do oka poprzez sklerę, naczyniówkę i siatkówkę do ciała szklistego i prowadzi się go w ten sposób, aby z przeciwnej strony przebił on siatkówkę, naczyniówkę i sklerę, nie naruszając łącznicy. Rzadko udaje się widzieć koniec noża pod łącznicą, lecz w chwili, gdy nóż przebił już sklerę z drugiej strony, przedostający się poprzez otwór w sklerze płyn podsiatkówkowy unosi łącznicę w kształcie pęcherzyka. Przy wyprowadzaniu noża po dokonaniu cięcia początkowo (w 1895 r.) dokonywał D. ruchów bocznych w ciałku szklistem, mając na celu przecięcie pasm włóknistych, odcinających siatkówkę. Później (1899 r.) radzi D. ruchów tych w ciałku szklistem nie dokonywać, poprzestając na lekkim odchyleniu noża przy wyprowadzaniu go po dokonaniu wkłucia i częściowego wyklucia, gdyż, jak to wskazało jego doświadczenie, w większości przypadków pasm włóknistych ciała szklistego nie ma, a gdzie one istnieją, dla ich przecięcia wystarcza lekkie pochylenie noża. Wreszcie w ostatnim swoim komunikacie (1904 r.) mówi on tylko o przekłuciu sklery z wykluciem z przeciwnej strony, przy czem ułożona w fałdy odklejona siatkówka bywa w kilku miejscach przekłuta. D. podaje schematyczne rysunki, z których wynika, że nóż powinien przebijać kolejno następujące błony i przestrzenie: sklera, naczyniówka, przestrzeń podsiatkówkowa (nóż bywa wkłuty w obrębie odklejenia), siatkówka, prze-

³⁾ Beiträge z. Augenh. v. Deutschman w. 1895, 1899 u. 1904.

strzeń nadsiatkówkowa, siatkówka, przestrzeń podsiatkówkowa, siatkówka (trzy ostatnie — w chwili, gdy nóż przebija fałdę odklejonej siatkówki), przestrzeń nadsiatkówkowa, siatkówka, przestrzeń podsiatkówkowa, naczyniówka i skle-
ra (trzy ostatnie — u miejsca wyklucia noża).

Przytaczając własne słowa D. ⁴⁾, przy prowadzeniu swoich cięć miał on na celu, co następuje:

1) „wypuszczenie płynu podsiatkówkowego;

2) przecięcie siatkówki, co najmniej dwa razy, w dwóch różnych miejscach;

3) przecięcie pasem ciała szklanego, które odciągają siatkówkę;

4) jednocześnie wypuszczenie płynu, znajdującego się pomiędzy siatkówką i marszczącym się ciałkiem szklanym, więc

5) uwolnić siatkówkę od trzymających ją pasem włóknistych ciała szklanego, ułożyć ją na naczyniówkę pod wpływem ciśnienia wypływającego nazewnątrz płynu, znajdującego się przed siatkówką, dopomóż temu ułożeniu za pomocą kilku przedziurawień siatkówki, a dzięki krwotokom, które niewątpliwie występują w miejscach, gdzie była przekłuta siatkówka, wywołać sklejenie siatkówki i naczyniówki, wypuściwszy uprzednio pod łącznicę płyn podsiatkówkowy“.

Jak widać z tego, D. stosuje swoją metodę tylko w przypadkach bardziej posuniętych odklejeń, gdzie siatkówka układa się w fałdy lub kuliste wzniesienia. Sam D. zwraca uwagę ⁵⁾, aby w świeżych przypadkach odklejeń nie stosować przecięć, a w szczególności tam, gdzie odklejenie istnieje w górnej połowie siatkówki. W tych przypadkach sam D. stosuje bardziej pokojowe leczenie i dopiero, gdy okaże się ono bezskutecznym, przystępuje do swoich przecięć.

Wystarcza już powyższego opisu, aby po-

wziąć przekonanie, że operacja ta, jak ją opisuje D., daje się wykonać tylko w wyjątkowych razach. Przy zwykłym przekłuciu skłery (p. w.), jeśli tylko wziernikiem udaje się lokalizować odklejenie siatkówki, nie trudno nożem trafić pod odklejoną siatkówkę.

Rzecz się ma zupełnie inaczej, jeśli chcemy, prócz tego, wykonać jeszcze wyklucie w obrębie odklejenia. Jeśli odklejenie jest nieznaczne, możemy wyjść nożem poza obręb odklejenia i skaleczyć siatkówkę w miejscu, gdzie odklejenia nie ma.

Z drugiej strony, nie przekłujemy siatkówki w kilku miejscach, jak tego chce D., jeśli odklejenie jest duże, kuliste.

Wobec tego zgodzić się należy z UHTHOFF'em, który twierdzi, że w rzeczywistości anatomiczne warunki przy odklejeniu siatkówki rzadko tak się układają, jak to rysuje D.; ale nawet w przypadkach, gdzie odklejenie występuje w postaci wyciągniętej ku przodowi fałdy z zakłębnięciami z obu stron, co odpowiada rysunkom DEUTSCHMANN'a, dokonanie przecięcia według przepisu D. będzie niepewne, gdyż wkłucie i wyklucie noża ma miejsce w okolicy równika gałki, gdzie nie jesteśmy w stanie skontrolować zabiegu wziernikiem. Zresztą, przy odklejeniu siatkówki rzadko daje się spostrzegać wytwarzanie się takiej fałdy, najczęściej mamy kuliste odklejenia. Nie można również przypisywać poważniejszego znaczenia oświadczeniu D., że przy jego metodzie operacyjnej jednocześnie przecina się pasma włókniste ciała szklanego, które wywołują odklejenie siatkówki, gdyż nawet według teorii LEBER-NORDENSON'a, która widzi przyczynę odklejenia w zmianach, zachodzących w ciałku szklanym, przed odklejoną siatkówką znajduje się płynna ciecz, a nie pasy włókniste; ciecz ta przedostaje się poprzez bardziej obwodowo leżące pęknięcia siatkówki pod tę błonę, wywołując tym sposobem odklejenie.

W ten sposób przecięcia DEUTSCHMANN'a,

⁴⁾ Beiträge etc. 1895 str. 8.

⁵⁾ Beiträge etc. 1904 str. 14.

szczególne w tej postaci, jaką on ostatnio zaleca, redukują się do zwykłego przekłucia skłery z jednoczesnym przekłuciem siatkówki, co już oddawna było przy operacyjnym leczeniu odklejeń stosowane (p. w.).

Jeśli wyniki DEUTSCHMANN'a, jak wskazują cyfry zupełnych wyleczeń przy stosowaniu przez niego jego własnej metody, były o wiele lepsze, aniżeli otrzymywane przy przekłuciach skłery, to przypisać je, chyba, należy temu, że D. stosuje swoje przecięcia po kilka, nawet kilkanaście razy i leczenie rozciąga na czas od kilku miesięcy do lat kilku.

W przebiegu leczenia nie rzadko zdarzają się nawroty odklejenia już wtedy, kiedy zdawało się, że siatkówka już mocno przykleiła się do naczyniówki. Sam DEUTSCHMANN nie wyłącza możliwości, że w przypadku, gdzie leczenie zostało do końca doprowadzone, a odklejenie siatkówki uleczone, prędzej lub później może nastąpić nawrót, od którego nie zabezpiecza żadna z dotychczas znanych metod operacyjnych. Mimo to zaleca on we wszystkich odpowiednich przypadkach swój zabieg operacyjny, opierając się na wynikach, jakich nie otrzymywał nikt z żadną inną metodą leczniczą.

Drugi swój zabieg w leczeniu odklejeń siatkówki, mianowicie zastrzykiwania ciała szklatego królika, stosuje DEUTSCHMANN tylko w wyjątkowych przypadkach. Wskazania do tego zabiegu stawia on w następującym zdaniu ⁶⁾:

„zastrzykiwania ciała szklatego pozostaną dla mnie cennym leczniczym i pomocniczym środkiem w tych przypadkach odklejeń siatkówki, gdzie już wszystkie inne odmówiły swego działania. Ja stosuję tę metodę tylko na tych oczach, które już uważam za stracone, które, jak mnie poucza moje doświadczenie, wkrótce powinny uleść zupełnej ruinie. Nawet wtedy, co, bez wątpienia, często zdarzać się może, kiedy operacja ta nie da żadnego rezultatu, można tylko przecie powiedzieć, że w tym niepomysłnym przypadku i ta operacja nie dała dobrego wyniku, gdzie i inne metody lecznicze nic zdziałać nie potrafiły“.

Do swych zastrzykiwań używa D. głównie ciała szklatego króliczego. Otrzymuje je on od młodych zwierząt, otwierając gałki z zachowaniem jaknajskrupulatniejszej aseptyki. Świeże, nierozcieńczone ciało szkliste królicze po wprowadzeniu go do ciała szklatego człowieka, wywołuje zbyt burzliwe objawy, skutkiem czego DEUTSCHMANN stopniuje jego działanie w ten sposób, że daje się ciału szklistemu odstać w zamkniętym naczyniu, przez co wytwarzają się dwie warstwy, z których górna nie zawiera prawie mętów i działa względnie słabo, dolna, z mętami, działa tem silniej, im więcej ich zawiera; dalej osłabiać można ciało królicze przez gotowanie lub przez rozcieńczenie w mniejszej lub większej ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

⁶⁾ Beiträge etc. 1899 str. 129.

(D n.).

WYKŁAD KLINICZNY.

NAUKA O ODPORNOŚCI I JEJ ZNACZENIE PRAKTYCZNE.

przez

prof. dra A. Wassermann'a (Berlin).

(Dokończenie. — Patz Nr 20).

Oдноśnie do cholery i dżumy oddawna już stosujemy według Haffkin'a czynne uodparnianie u tych osobników, które przebywają w okolicach, nawiedzonych przez te choroby. Zasada jest tu zawsze ta sama: zabite zarazki danej choroby wstrzykujemy raz jeden lub częściej. Statystyczne dane dowodzą, że wpływ ochronny tych szczepień nie ulega zaprzeczeniu. Sprawa ta stanie jeszcze na lepszym gruncie, gdy technika otrzymywania odpowiednich szczepionek rozwinie się lepiej. W tym właśnie kierunku prowadzone są odnośne doświadczenia. Tak więc dla dżumy, cholery i czerwonki Pfeiffer, Friedberger, Kolle i Otto, Neisser i Shiga, Besredka, Hueppe, Strong i autor, dla duru Brieger, Meyer i Bassenge podali specjalne szczepionki, które w porównaniu z zabitymi hodowlami całkowitemi posiadają rozmaite zalety. Można przeto oczekiwać napewno, że uodparnianie czynne przeciw wymienionym tu sprawom zakaźnym zyska wkrótce szersze znaczenie praktyczne i będzie mogło być zastosowane nie tylko do lekarzy i pielęgniarzy, ale i wogóle — w tych warunkach, gdzie drogą zwykłego bakteriologiczno-higienicznego zapobiegania nie wiele da się osiągnąć. To może mieć miejsce w tych społeczeństwach, których cała gospodarka i sposób życia pozostawiają wiele do życzenia pod względem organizacji. Zwłaszcza jednak da się to zastosować podczas kampanii wojennych, ponie-

waż wymienione tu epidemie chorób zakaźnych są nieledwie swoiste dla teatru wojny.

Sprawa szczepienia ochronnego przeciw gruźlicy zrobiła także duże postępy w ostatnich latach, jakkolwiek jeszcze tylko w stosunku do uodparniania przeciw gruźlicy bydła.

Dzięki pracom Behring'a, Koch'a i ich współpracowników, przekonaliśmy się, że nieszkodliwe dla bydła zastrzykiwanie mu żywych laseczników gruźlicy ludzkiej czynnie uodparnia przeciw zakażeniu perliczemu. Niezależnie od praktyczno-hodowlanego znaczenia tych wyników, posiadają one wielką wagę i w tym kierunku, że stwierdzają możliwość uodparniania przeciwko żywym zarazkom gruźlicy, co dawniej podawano zawsze w wątpliwość.

Ze sprawą uodparniania czynnego najściślej związane są usiłowania bakterioterapii. Wypływają one z zasady, która polega na wprowadzaniu do chorego ustroju podczas choroby odpowiedniego materiału zarazkowego w celu wytworzenia w ten sposób czynnej odporności przeciw danemu zarazkowi, co zatem idzie, wyleczenia chorego. Idzie tu zatem o wywołanie czynnej odporności podczas choroby, co — jak to już mówiliśmy — wymaga pewnego czasu, zazwyczaj paru tygodni. Wobec zaś tego oczywistą jest rzeczą, że usiłowania bakterioterapii skierowane być mogą tylko do spraw zakaźnych przewlekłych. Co się zaś dotyczy spraw zakaźnych ostrych, to z tych samych przyczyn stosujemy tu seroterapię. Z tych powodów wdzięcznym polem dla usiłowań bakterioterapii jest zwłaszcza gruźlica, w której bakterioterapia uzyskała już pewne wyniki praktyczne czy to w postaci stosowań tuberkuliny Koch'a, czy też w

ostatnich czasach — tulazy i tulazelaktyny BEHRING'a. O wartości tych ostatnich przetworów nie posiadamy dotychczas wyczerpujących klinicznych opinii.

Jak to już zaznaczono, badania powyższe posiadają dla lekarza praktyka dużą wartość i w innym kierunku, mianowicie też w kierunku rozpoznawczym. Wartość ta polega na swoistości substancji uodparniających, które pod wpływem zakażenia powstają w ustroju, i które w danym razie możemy wykryć w surowicy. Droga przeto stwierdzenia obecności w surowicy danego chorego substancji swoistych przeciw danemu zarazkowi w ilości, przewyższającej zawartość pod tym względem surowicy zwykłej, możemy wyprowadzić wniosek, że dany chory znajduje się lub do niedawna znajdował się pod wpływem tego właśnie zarazka. To właśnie stanowi podstawę *sero-diagnozy*, która posiada duże znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w zakażeniach pochodzenia kiskowego. W tym celu stosujemy zazwyczaj w surowicy oznaczenie *aglutyniny*, t. j. badamy, czy dana surowica aglutynuje dany zarazek w rozcieńczeniu (zwykle w stosunku 1 : 50 — 100) większem, niż surowica zdrowego człowieka. Wobec wielkiej różnorodności przeróżnych zarazków zakażeń kiskowych, jak prątki tyfusowe, paratyfusowe, zwłaszcza zaś prątki, należące do grupy zatruc mięsnych, oraz rozmaite rodzaje zarazków czerwonej — możemy w praktyce rozpoznawać tylko przy pomocy sero-diagnostyki, z jaką sprawą mamy w danym razie do czynienia.

Najogólniej mówiąc, postępujemy tu w ten sposób, że badamy sprawność aglutynacyjną surowicy danego chorego odnośnie do rozmaitych, mogących wchodzić w grę zarazków. Z tych powoduje daną sprawą ten zarazek, który zlepia się najsilniej, t. j. który ulega aglutynacji przy największem rozcieńczeniu surowicy. I odwrotnie, możemy spożytkować swoiste własności surowicy uodpornionej w celu stawiania diagnozy bakteryologicznej w laboratorium, t. j. wyodrębniania szczepów, zbliżonych do siebie pod względem postaciowym i hodowlanym.

Te przeto surowice uodpornione stanowią bardzo wartościowy środek pomocniczy badania dla bakteryologa i epidemiologa. Sposób postępowania polega tu na tem, że wychodowany w

danym razie szczep przypuszczalnej dżumy czy cholery badamy przy pomocy surowicy zwierzęcia, traktowanego uprzednio rzeczywistymi hodowlami dżumy lub cholery. Jeżeli taka surowica wywiera wpływ swoisty na dany szczep, czy to w zwierzęciu uodpornionem (doświadczenie PFEIFFER'a), czy też *in vitro* w postaci aglutynacji, to wówczas na zasadzie prawa swoistości możemy wywnioskować, że mamy w danym razie przed sobą zarazki dżumy czy cholery, że przeto chodzi w danym przypadku o rzeczywistą dżumę lub cholere. Zasada ta stosuje się do większej części zarazków, tak — do zarazków drętewicy karku, czerwonej i t. p., skutkiem czego używanie tych seroreakcji dla stawiania diagnozy bakteryologicznej jest prawnie zalecone przez najnowsze prawo państwowe, dotyczące walki z epidemiami.

Ta okoliczność, że substancje uodparniające znajdują się w surowicy człowieka, który przebył chorobę zakaźną, jeszcze przez czas dłuższy po wyzdrowieniu, ma duże znaczenie praktyczne dla epidemiologów. Możemy bowiem wykryć miejsce powstania epidemii cholery, oznaczając, którzy ludzie chorowali już na cholere, zanim jeszcze sporadyczne przypadki biegunki były rozpoznane jako cholera. W ten sposób udaje się wyznaczyć źródło zarazy i przebieg rozpowszechniania się jej, co oczywiście umożliwia opanowanie niebezpieczeństwa nieledwie w zarodku. W związku też ze zjawiskiem odporności znajduje się i ta okoliczność, że osobniki, które przebyły pomyślnie jakąś sprawę zakaźną np. dur, cholere, drętewicę karku i t. p., noszą w sobie jeszcze przez czas dłuższy odnośne zarazki, które mogą wydzielać. Bywa też i tak, że osoby, znajdujące się w zetknięciu z chorymi, mogą uleść zakażeniu i roznosić przez czas długi zarazki, same nie będąc właściwie choremi. Takie osobniki nazywamy „roznosicielami zarazków“. Nowsze badania uwydatniły w sposób jaskrawy ich ważną rolę w sprawie rozszerzania takich zaraz, jak dur, błonica, cholera, drętewica karku.

I te okoliczności zostały przewidziane przez najnowsze prawa państwowe o zwalczaniu epidemii, co najlepiej stwierdza ich wielkie znaczenie praktyczne.

Ważna jest z wielu względów wspomniana tu już okoliczność, że w cieczach ustrojowych

zdrowego organizmu znajdują się najrozmaitsze substancje uodparniające, acz w ilości znacznie mniejszej, niż u osobników uodpornionych sztucznie lub samoistnie przez zakażenie przebyte. Przedewszystkiem stwierdzone zostało doświadczalnie, że zmniejszenie się tych substancji w ustroju powoduje osłabienie jego odporności na zakażenie — zjawisko, które klinicznie oznaczamy mianem „usposobienia do zakażeń”. Wszystko to, co działa ujemnie na zawartość w ustroju amboceptorów, komplementów i substancji, warunkujących fagocytozę leukocytów, wzmacnia jednocześnie usposobienie danego osobnika do zakażeń. Normalna przeto surowica jest zbiornikiem niezliczonej liczby najrozmaitszych substancji uodparniających, niezależnie bowiem od wspomnianych już komplementów, amboceptorów, substancji bakteryotropowych znajdujemy w niej u wielu ludzi antytoksyny, antyfermenty i t. p. Jak to pierwszy dowiódł EHRLICH, wszystkie te substancje przechodzą z surowicy do mleka danego zwierzęcia, stąd też naturalne odżywianie niemowlęcia mlekiem matki jest najpewniejszą dlań ochroną przed sprawami zakaźnymi.

W ostatnich czasach WRIGHT na zasadzie ilościowego oznaczania w surowicy ciał przeciwzakaźnych podał nową metodę bakteryoterapii w zakażeniach. Za punkt wyjścia przyjmuje WRIGHT znaną nam już okoliczność, że surowica normalnego zdrowego człowieka zawiera pewną ilość substancji uodparniających. Pomiędzy temi substancjami wykryć można i takie, które w taki sposób wpływają na zarazki, że umożliwiają ich pochłonięcie przez leukocyty, fagocytozę. WRIGHT nazywa substancje te opsoninami; są one w swem działaniu równoznaczne z temi, które wyżej oznaczyliśmy nazwą bakteryotropowych.

Leczenie przeto opiera się tu na oznaczeniu przy pomocy badania krwi danego chorego, czy zawartość w niej opsonin — jeżeli chodzi np. o gruźlicę lub zakażenie gronkowcowe — jest zmniejszona w stosunku do las. gruźliczych lub gronkowców. Robimy to w ten sposób, że mieszamy w określonych ilościach daną surowicę z odnośnym zarazkiem i z leukocytami i badamy pod mikroskopem, w jakim stopniu surowica chorego pobudza fagocytozę danych zarazków.

Otrzymujemy w ten sposób „wskaźnik opsoniczny”, który w sprawach zakaźnych bywa zawsze niższy od normy.

WRIGHT przeto, wprowadzając do chorego ustroju odpowiednie ilości danych zarazków zabitych, stara się wzmóc sprawność opsoniczną surowicy. Ilość zastrzykiwanego materiału zależy tu w całości od wpływu, jaki zabieg wywiera na wskaźnik opsoniczny. Podczas całej kuracji musimy w ten sposób przy pomocy mikroskopu nieustannie kontrolować ilość opsonin w surowicy. Idzie tu przeto wogóle, jak widzimy, o zasadę czynnego uodparniania ustroju podczas choroby, z tego też powodu to WRIGHT'owskie leczenie opsoniczne może być stosowane w zakażeniach przewlekłych ew. podostrych. I w tym kierunku posiadamy już pewną liczbę pochwlebnych komunikatów.

Omawiany dział wiedzy w najnowszych czasach jeszcze bardziej zyskał na znaczeniu praktycznem, gdy udało się rozciągnąć sposób dyagnostyki biologicznej i na takie sprawy chorobowe, których zarazek był dotychczas nieznany, resp. nie wyhodowany. WASSERMANN i C. BRUCK, na zasadzie metody BORDET'a i GENGOU, opracowali nową metodę serodyagnostyczną, która daje nam możliwość zastosowania serodyagnostyki do substancji, będących w związku z zakażeniem kiłowym. Nie możemy tu wchodzić w podawanie szczegółów tej złożonej metody. Powiemy tylko, że różni badacze otrzymali w ten sposób odczyn dodatni z różnymi sokami ustrojowymi w rozmaitych okresach zakażenia kiłowego a także z płynem mózgodzeniowym chorych na paraliż postępujący, na wzdęcia oraz z mlekiem kobiet, zarażonych kiłą. Tą samą metodą wykryto też obecność substancji swoistych w zakażeniu tryptomem, w trądzie i wreszcie w jadzie ospowym, co w myśl wypowiedzianych wyżej uwag zupełnie ściśle uzasadnia rozpoznanie danego rodzaju zakażenia. Te wszystkie prawa biologiczne, które tu poznaliśmy, nie ograniczają się tylko do zakresu spraw zakaźnych. Przeciwnie, jak badania doświadczalne pouczają, sięgają one znacznie dalej, poza sprawy zakaźne. Wkraczają one daleko w dziedzinę fizjologii odży-

wiania i przemiany materii. Tak więc znaleziono (TSCHISTOWITZ, BORDET), że, jeśli wstrzyknąć kilkakrotnie królikowi roztwór białka (np. mleko lub surowicę) ze zwierzęcia innego gatunku, to surowica królika nabiera własności dawania osadów tym roztworem białka, mlekiem, czy surowicą („surowice osadzające, precypitujące białko“). I ten proces jest swoisty.

Tak surowica królika, traktowanego w ten sposób mlekiem krowim, osadza ciała białkowe tylko z mleka krowiego, lub surowica królika, któremu zastrzykiwano mleko kobiece, daje osad tylko z mlekiem kobiecym. Ztąd można było wyprowadzić wniosek, że ciała białkowe każdego rodzaju zwierzęcia są ściśle swoiste, co dało autorowi możność odróżniania dwóch rodzajów białka, mianowicie białka homologicznego z tego samego zwierzęcia i białka heterologicznego — pochodzącego z innego zwierzęcia. Odkrycia te pozwoliły nam dokładniej poznać tajemniczy dotychczas zupełnie okres trawienia i asymilacji pokarmów, mianowicie też okres „zmiany swoistości“ („Entspezifizierung“) wprowadzonych do ustroju obcych mu pochodzeniem pokarmów, jak np. białka bydlęcego. Zanim bowiem to białko bydlęce — heterologiczne dla człowieka — zostanie przezeń zasymilowane, musi być pozbawione uprzednio swej swoistości, stać się homologicznym dla ustroju ludzkiego. W ten sposób również zyskały całkiem nową podstawę nasze dotychczasowe poglądy na karmienie niemowląt piersią (homologiczne) w porównaniu z karmieniem sztucznym (heterologicznym). Stoimy tu bez wątplenia na zaraniu nowej ery, gdy dane z zakresu nauki o odporności

i jej metod można będzie stosować w zakresie badań nad zaburzeniami odżywiania i przemiany materii.

Poznawszy w ten sposób swoistość ciał białkowych, pochodzących od danego rodzaju zwierząt, zyskaliśmy też metodę różniczkowego rozpoznawania pochodzenia danego rodzaju białka. W celu np. rozstrzygnięcia pytania, czy dana plama wyschnięta powstała ze składowych części ciała ludzkiego, wystarcza roztwór jej lub wyciąg wodny zmieszać z surowicą zwierzęcia, któremu uprzednio zastrzykiwano białko ludzkie. Odczyn dodatni w postaci tworzącego się osadu (precypitacja) niezwłocznie umożliwi nam rozpoznanie. W tym samym celu możemy stosować wspomnianą tu ostatnio metodę wiązania komplementów, przy której pomocy, jak to pokazał M. NEISSER, da się jeszcze dokładniej rozróżniać białko ludzkie i zwierzęce, niż jest to możliwe przy pomocy metody osadzania. Ten przebieg tak niedawno istniejący obszar badań stworzył dla medycyny sądowej cały szereg niesłychanie ważnych i do niedawna całkiem niemożliwych odczynów.

Z tego wszystkiego, cośmy tu powiedzieli, widzi czytelnik, że nauka o odporności daje praktykowi mnóstwo wiadomości pierwszorzędnej wagi, które niewątpliwie zachęcają go do dalszego i szczegółowszego poznawania tej gałęzi wiedzy. Znajomość tej nauki jest dla lekarza terapeuty dziś już równie ważna, jak znajomość wszelkiej innej gałęzi medycyny wewnętrznej.

(Deutsche Med. Woch. N. 16. 1907).

Tłumaczył Kaz. Rzętkowski.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

26. H. SENATOR. Stwardnienie naczyń i leczenie tegoż.

Nazwa łacińska „arteriosclerosis“, jako pojęcie względnie obszerne, obejmuje cały szereg zmian anatomicznych, których wyraz ostateczny stanowi odkładanie się wapna w ścianach naczyń krwionośnych.

Zmiany wspomniane obejmują szereg spraw po części zapalnych, po części przerostowych, dalej zwyrodniających i nekrobiotycznych, które przebiegają w błonie wewnętrznej, średniej lub zewnętrznej naczynia. Nie jest nam znany obraz kliniczny rozwoju tego cierpienia, stwierdzamy zaś je wtedy, kiedy fizyczne własności

naczyń (stwardnienie, przebieg wężykowaty) łatwo poddają się badaniu. Jako pierwszy objaw cierpienia przyjęte jest uważać podniesienie ciśnienia krwi, co zostało potwierdzone zapomocą odpowiednich doświadczeń. Pomijając jednak tę okoliczność, że ciśnienie krwi w tętnicach stwardniałych jest bardzo rozmaite, jako zależne od siły i wydolności serca, a również i to, że zmiany w tętnicach niezmiernie utrudniają ocenę warunków ciśnienia krwi, musimy stwierdzić istniejącą niedokładność metod klinicznych, za pomocą których mierzymy ciśnienie; w dodatku skuteczniamy je tylko w pewnym ograniczonym obrębie układu naczyniowego, podczas gdy ciśnienie w naczyniach włosowatych np. zmieniać się musi podług innych norm, niż w tętnicy głównej i w dużych pniach tętniczych; inaczej znów zachowuje się ono w częściach obwodowych, niż w układzie krwionośnym mózgu lub trzew. Aczkolwiek nie da się zaprzeczyć, że stwardnienie tętnic spotyka się niezmiernie często w cierpieniach, którym towarzyszy wzmożone ciśnienie krwi, jak np. w przewlekłym zapaleniu nerek, to z drugiej strony posiadamy niewątpliwe dowody, że cierpienie omawiane może rozwijać się i w tych przypadkach, w których ciśnienie tętnicze jest stale obniżone. Przypuszczać więc należy, że przyczynę istotną stanowią tu jakieś związki trujące, krążące we krwi. Doświadczenie kliniczne poucza, że na stwardnienie tętnic zapatrywać się należy, jako na cierpienie, pochodzące ze zużycia się ustroju (Abnutzungs-krankheit). Staje się ono zjawiskiem fizyologicznym w wieku późniejszym, kiedy narządy

wogóle słabną, zwłaszcza pod wpływem działania w wieku młodszym takich czynników szkodliwych, jak kiła, wyskok, tytoń, rozmaite metale (rtęć, ołów), siarek węgla, nadużywanie mocnej kawy i herbaty. Przypuszczać należy, że rozwojowi choroby sprzyja obfite spożywanie ciał białkowych, co łatwo prowadzi do zatrucia przez kiszki, a nie ulega żadnej wątpliwości, że otyłość wśród czynników chorobotwórczych posiada znaczenie pierwszorzędne. Rozumie się, że stwardnienia tętnic, jako wyniku podeszłego wieku, leczyć nie możemy, natomiast obowiązkiem naszym będzie zapobiegać rozwojowi choroby we właściwym czasie. Jako czynnik leczniczy najpotężniejszy posiadamy przecież możliwość zalecenia choremu odpowiedniego trybu życia i diety, mianowicie diety mleczno-roślinnej z ograniczeniem mięsa tylko do ilości niezbędnych. Z pośród licznych środków lekarskich najodpowiedniejsze będą przetwory jodu, jako zmniejszające lepkość krwi. Zabiegi wodolecznicze, mianowicie kąpiele tlenowe lub CO₂, dalej ostrożne stosowanie mięsienia i gimnastyki leczniczej biernej trzeba również mieć na względzie. Co się tyczy niedawno rozpoznanych mieszanin soli rozmaitych (*Serum Truneček, Regenerolum, Antisclerosinum*), to, o ile one istotnie działają dopełniając na skład chemiczny krwi, ostrożne zalecanie tych preparatów przeciwwskazań nie napotyka.

(Therap. d. Gegenwart H. 3).

K. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół posiedzenia sekcji neurologicznej
z dnia 16 lutego 1907 r.

Rom przedstawił przypadek wadliwego rozwoju kończyn. Dziewczynka 3 letnia wygląda mizernie; z opowiadań matki widać, iż „krzywe rączki“ ma od urodzenia, że choroby gorączkowej nie przechodziła, iż nikt z bliższych i dalszych krewnych podobnych rąk nie ma, że poród trwał 3 doby, wody płodowe wyszły w nadmiernej ilości. W psychice — nie

szczególnego, chyba że mała jest zbyt poważna.

Chora małego wzrostu, szczupła, blada, główka zbyt duża, brak zwykłego wgłębienia na podbródku, dolna warga tworzy jedną linię poziomą, barki wzniesione ku górze, obojczyki ustawione skośnie z kierunkiem z góry, zzewnątrz i od tyłu—ku dołowi, środkowi i przodowi. Po obu stronach szyi dają się wyczuwać powrozy, napinające się przy ruchach głowy w stronę przeciwną (*levator anguli. scapulae?*);

zwraca uwagę skrócenie przedramion w stosunku do ramion (normalnie stosunek ramienia do przedramienia wynosi 4 : 3, w danym przypadku 3 : 2). Przedramiona stale odwrócone, lecz zupełnego odwracania, ani nawracania wykonać nie można. Na przedniej stronie przedramion wyczuwają się powrozy, biegnące od wewnętrznego kłykcia ramienia ku środkowi napięstka; powrozy powyższe wydają się być ścięgniętymi m. dłoniowego długiego; kiść mała, wypukłość kłębow palucha i paluszka b. słabo wyrażone, na powierzchni dłoniowej brak zwykłych zmarszczek skóry środkowej i dookoła palucha; na powierzchni dłoniowej i tylnej brak brózd; palce — śpiczaste, cienkie, zastrzone, członki paznogiowe łukowato zgięte w kierunku dłoniowym; ruchy bierne w ostatnich stawach międzyczłonkowych zupełnie zniesione, z czynnych pozostało lekkie zginanie; ruchy bierne i czynne w innych stawach międzyczłonkowych zachowane; w stawie przedramienia-napięstkowym rozginanie bierne i czynne ograniczone; oddziaływanie na elektryczność, czucie, odruchy prawidłowe. Na stopach pierwsze palce krótsze od reszty o $\frac{1}{2}$ członka palcowego; stosunek goleni do biodra normalny, odruchy, czucie, normalne, drażnienie rozginać palców dł. prądem faradycznym nie rozgina ostatnich palców. W narządach wewnętrznych, dnie oka, oddziaływaniu żrenie, moczu — nie szczególnego.

Badanie promieniami ROENTGEN'a (kol. BARSZCZEWSKI) wykryło łukowate wygięcie kości łokciowych i nadwichnięcie 2-ch główek kości promieniowych. Przestrzenie międzystawowe palców są widoczne, o zrostach stawów nie może być więc mowy; zesztynienie palców przeto uzależnić zależy od części miękkich: więzów, powięzi, ścięgien, skóry; choroba nie postępuje.

Niewątpliwie rzecz cała polega na zбочeniu wrodzonym, zarodkowym, o czym świadczą: wystąpienie zбочeń zaraz po urodzeniu i brak skłonności ku postępowaniu naprzód.

GOLDFLAM wskazuje na rzadkość danego cierpienia, wysokie trzymanie łopatek przypomina sklerodermię głębokich tkanek i mięśni, ograniczenie ruchów w palcach rąk i nóg — powięzi, ścięgien, mięśni; zgadza się z mówcą co do patogenezy danego cierpienia.

BYCHOWSKI widzi w danym cierpieniu *myositis ossificans*.

MĘCZKOWSKI widział daną chorą dawno, przypuszczał zaburzenia rozwojowe, zanik jednych części, przerost innych.

ROM przedstawił przypadek sklerodermii.

4-letni chłopiec choruje od 6, 7 miesięcy, wystąpiły w tym czasie plamy na pr. połowie brzucha i policzka. Przed 5 miesiącami stłukł pr. kolano, przeleżał kilka miesięcy, gdy zaczął chodzić, matka zauważyła przykurczenie pr. nogi, nie chorował, rodzeństwo zdrowe.

Budowy silnej, odżywiania dobrego, w narządach wewnętrznych — nie szczególnego, na pr. stronie czoła w kierunku nerwu nadocznego skóra zanikła, tworzy pewne wgłębienia, naskórek pomarszczony, ścięnczały, podobnież wysepki zmienionej skóry, nieco zabarwione, uwidoczniają się na pr. policzku, na pr. połowie szyi i po części na karku; skóra prawej $\frac{1}{2}$ brzucha ścięnczała, mało ruchoma, na żebrach prawie przyrośnięta do kości, brunatnawo zabarwiona; wysepki nacieczonej skóry spotykają się w okolicy pr. podżebrza i ciągną się ku wzgórkowi łonowemu, skąd nacieczenia podnoszą się pasem ku lewemu podżebrzu; w niektórych miejscach skóra zdrowa jaskrawo oddziela się od zmienionej, w innych granice miejsc zdrowych i chorych zlewają się; w okolicy lędźwiowej kilka pasów zmienionej skóry biegną równolegle do żeber i zachodzą na stronę lewą, ścięnczenie i unieruchomienie skóry spotykamy na przedramieniu, zwłaszcza na dłoni i palcach, zgiętych i ograniczonych w ruchach, skóra na pr. kolanie, goleni i stopie zrośnięta z kością, kolano znajduje się w stanie ankilozy, wysięku niema, nasady wydają się nabrzmięte, bezbolesne, rozginanie w stawie biodrowym nieco ograniczone; lewe kończyny normalne; w czarnych rzęsach pr. oka kilka włosów siwych, pr. odruchu kolanowego brak, w moczu ani białka, ani cukru. Stosowanie tyreoidyny — bez skutku.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na połowiczne umiejscowienie cierpienia, swoistych środków brak, po tyreoidynie występowało pogorszenie, stosowano arsenik, maść ichtyolową.

BYCHOWSKI widział dobre rezultaty od fibrolizyny, GOLDFLAM wskazuje na to, iż patogenesa danego cierpienia jest nieznana, połowiczne umiejscowienie świadczy o pochodzeniu nerwowym.

HIGIER. Przypadek rzadkiej postaci chromania przestankowego.

HIGIER demonstruje młodego człowieka, dotkniętego chromaniem przestankowym, na tle *endoarteriitis obliterans* prawej nogi powstałem. Przypadek swój uważa H. z kilku względów za godny uwagi:

- 1) dosyć młody wiek chorego (25 lat);
- 2) brak wszelkich momentów etiologicznych, o ile się nie bierze w rachubę palenia tytoniu w ciągu 7 lat;
- 3) obecność wybitnego rodzinnego usposobienia neuropatycznego;
- 4) początek choroby podostry, gdyż ciężki obraz kliniczny rozwinął się w ciągu kilkunastu dni, nb. po poprzedzającej, mało dokuczliwej *claudication intermittente*;
- 5) na wysokości choroby: silne bóle i w

spokoju, nadwrażliwość i czerwoność zimnych, erytromelalgiczne przypominających palców, brak objawów zakrzepu żylnego, owrzodzenie między 2 a 3 palcem, prawie zupełny brak tętna w *art. dorsal. pedis i tibialis post.* przy normalnie zachowanym tętnie zdrowej stopy;

6) potęgowanie się bólów i owrzodzenia pomimo bezwzględnej spokoju i licznych środków leczniczych, a znikanie stopniowo bólów i hyperestezji po zastosowaniu galwanizacji anodą nerwów, jako *ultimum refugium* przed projektowaną interwencją chirurgiczną;

7) prawie zupełny brak objawów (zimna stopa, bardzo drobne tętno, w porównaniu ze zdrową nogą, nieco bólów łydki przy silnym zmęczeniu) pomimo 7-miesięcznej ciężkiej pracy fizycznej, jaka nastąpiła bezpośrednio po wyleczeniu.

Wiadomości bieżące.

— Z dniem 7 maja r. b. Biuro Towarzystwa Biblioteki Publicznej przenosi się do nowego lokalu przy ulicy Ryśkiej Nr. 1 (róg Jasnej). Tamże mieścić się będą: Zbiory biblioteczne Towarzystwa, Czytelnia Naukowa (przeniesiona z domu przy ulicy Żórawiej Nr. 41), Instytut bibliograficzny oraz redakcja „Przeglądu Bibliotecznego“.

— Otrzymaliśmy życiorys ś. p. Władysława KRAJEWSKIEGO, skreślony przez Teodora DUNINĄ. Życiorys ten wyszedł tylko w oddzielnej odbitce, pierwotnie bowiem, zgodnie z wolą zmarłego, był przeznaczony do „Gazety Lekarskiej“, z powodów jednak, od autora niezależnych, tamże nie mógł być pomieszczony.

— W piątek, d. 17 maja b. r., o godz. 8 w. odbyła się w lokalu Stowarzyszenia Konferencja z dalszym ciągiem dyskusji nad referatem kol. J. ZAWADZKIEGO: „O kasach i ubezpieczeniach dla lekarzy“.

— Sekcja prasy lekarskiej X. Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie. Gospodarz: prof. dr Józef SZPILMAN, zastępca: prof. dr Mieczysław GRABOWSKI, sekretarz: dr Stanisław JASIŃSKI.

P o r z ą d e k o b r a d :

1. Ujednostajnienie mianownictwa w czasopismach lekarskich polskich; ref. prof. dr KRYŃSKI, Warszawa. — 2. Błędy językowe w

naszem piśmiennictwie lekarskiem; ref. dr MARKIEWICZ, Warszawa. — 3. Prasa lekarska wobec spraw zawodowych; ref. dr S. STERLING, Łódź. — 4. Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. pol. — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne; ref. dr JAWORSKI, Warszawa. — Dr St. SKAŁSKI, Łódź. — Prof. dr CIECHANOWSKI, Kraków. — 5. Sprawozdania z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych; ref. prof. dr CIECHANOWSKI, Kraków — Dr GURANOWSKI, Warszawa. — 6. Sprawa pism popularnych; ref. prof. dr PANEK, Lwów. — 7. Założenie związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej i stosunek tego związku do międzynarodowego związku prasy lekarskiej; ref. dr KWAŚNICKI, Kraków. — Prof. dr WICHERKIEWICZ, Kraków i dr ZAWADZKI, Warszawa. — 8. Sprawa wydawnictwa podręczników lek. polskich; ref. prof. dr BROWICZ, Kraków.

Komiteta gospodarczy sekcji uchwalil na posiedzeniu dnia 3-go lutego 1907, aby dopuścić wszystkich członków Zjazdu do brania udziału w sekcji prasy lekarskiej, lecz zastrzegł sobie prawo przydzielenia pewnych spraw wyłącznie decyzji delegatów oraz prawo rewizji uchwał, w sekcji zapadłych, przed przedłożeniem ich Ogólnemu Zgromadzeniu Zjazdu.

Zastępca gospodarza sekcji:

Prof. dr M. Grabowski

Xeroform

je się do opatrunków suchych.
rych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

wewnętrzne.

Creosotal

dróg oddechowych (pneumonia etc).

Blenal

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwadniający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadaje się do leczenia opatrunków. Posiada swoiste działanie w mokrych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

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 wewnętrzne.

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym autiphtisikum, wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach dróg oddechowych (pneumonia etc).

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

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatam.



Snrowica antydyferytyczna—Merck'a
Snrowica streptokokowa—Menzer'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum—Flicker'a
Jequiritol - Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozłaniny, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych buteleczkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozłaniny. służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięśniowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniebezpiecznej, w praktyce urologicznej, usnej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

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

Zelatyna sterylizowana

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

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquas laurocerasi 15 grm.

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

Bromipln 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, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach. Działła w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipln 10%

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

Iodipln 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.

Antithyreoidin Möblus

znakomity środek przeciw chorobom 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 daw. podawane.

Tannoform

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

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

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

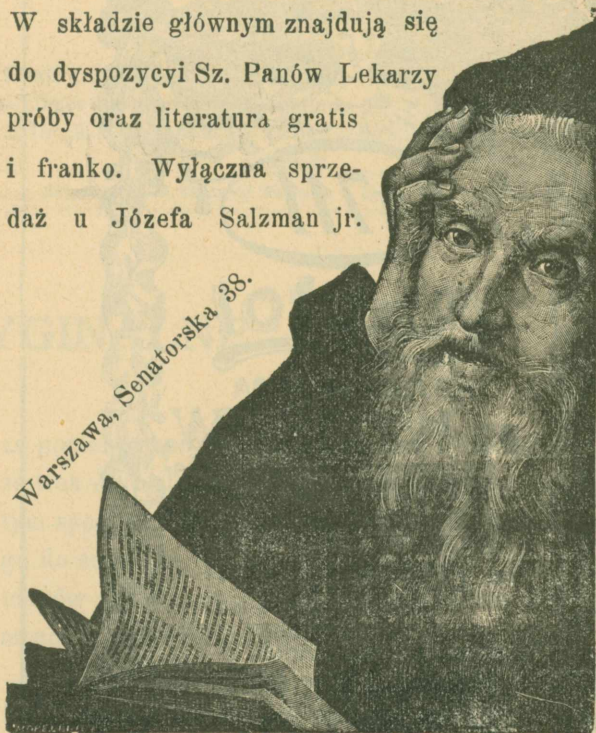
W „*Annales del Circulo Medico*“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas” względem naszego preparatu „Purgen” stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków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

VICHY CÉLESTINS Stabosci kołgda, pęchowa, dnęgiwości wkrzyfach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Stabosci wątroby i organów kótt wydziałajęcych.

VICHY HOPITAL Stabosci kołgda i kieszek

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT Mozołac trawienia, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT Wydajęcy wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.



D-ra B. Löwensteina FOSMOZA

Przyjemny i racjonalny pokarm dla:
Dzieci, Matek, Rekonwalescentów i Starców
Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój
krwi, kości i mięśni.

Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia.

Cena pudełka Rb. 1.

Dostać można w aptekach i składach aptecznych.
Skład fabryczny Bracka 4, telef. 25.33.

Nº 4711

Capto!

NAJLEPSZA WODA
DO WŁOSÓW,
DO OCZYSZCZANIA, ODŚWIEŻA-
NIA I WZMACNIANIA SKÓRY
GŁOWY. ORZEŻWIA NERWY. SZCZĘ-
GÓLNIE SKUTECZNA PRZECIW
= ŁUPIEŻOWI =
I POŁĄCZONEMU 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.

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, żolzy,
krzywica, choroby skóry, choroby serca, dna
i gościec. Wysyłka ługu Kreuznachskiego.

Prospekty gratis i franko za pośrednictwem dydekoyi
kapielowej.

Bad OEYNHAUSEN (WESTFALJA)

godzina za Hannoverem, 5 godzin za Berlinem

Podczas lata ordynuje Porta str. 1.

D-r Stanisław JANTA-POLCZYŃSKI.

Warszawski Zakład Ginekologiczny
Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-
Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego,
Kuniewiczza, Natansona, Ryłki, Thieme-
go, Tyrchowskiego i Winawera. Przy-
muje osoby, dotknięte chorobami ko-
bieciami, jako też spodziewające się słab.
za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za