

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXxV.

Pisma nasze, które od zamknięcia Szkoły Głównej były w obrębie Królestwa jedy-
ną ostoją nauki lekarskiej polskiej, nigdy, jak wiadomo, nie opłacały się materyalnie i istnia-

ły tylko dzięki ofiarności moralnej i materyjalnej szeregu lekarzy, którym rozwój nauki polskiej leżał na sercu, dziś zaś kończą deficytem poważnym.

Dzięki tej ofiarności pisma nasze stały się ośrodkiem, który naukę tę szerzył i rozwijał język naukowy, pozwalając lekarzom naszym nie tylko podążać za postępem nauki, ale do nauki tej niejedną dorzucić cegiełkę.

Przypuszczaliśmy, że ta rola pism polskich skończy się z chwilą otwarcia upragnionej przez kraj całej wszechnicy polskiej, że z barków piśmiennictwa ta część pracy przejdzie w ręce powołanych w tym celu profesorów. Nadzieje w tym kierunku okazały się płonnymi.

Wobec tego na plan pierwszy wysunęła się myśl zespolenia sił do pracy intensywniejszej przez silniejszy związek tych, którym rozwój naszej wiedzy nie jest obojętny, przez zespolenie pism o mniej więcej pokrewnym kierunku. Myśl ta kiełkowała oddawna, znalazła swój wyraz w uchwale X Zjazdu lekarzy we Lwowie i dziś przyoblekła się w formy realne.

Na mocy układu z d. 27 listopada 1907 r. między wydawnictwami „Medycyna” i „Kronika Lekarska” oba te pisma wychodzić będą razem przy współpracownictwie wszystkich sił naukowych obu pism połączonych, w znacznie zwiększonej objętości p. n.

„Medycyna i Kronika Lekarska”

już od 1 stycznia 1908 roku.

Nowe to pismo, poświęcone przeglądowi postępów medycyny dla lekarzy praktyków, obejmie następujące działy:

1. Artykuły oryginalne z medycyny praktycznej i teoretycznej. Spostrzeżenia z praktyki szpitalnej.
2. Spostrzeżenia z praktyki prywatnej.
3. Sprawozdania naukowe z zakładów leczniczych.
4. Streszczenia ze wszystkich działów medycyny praktycznej i teoretycznej.
5. Sprawozdania ze Zjazdów i Towarzystw naukowych.
6. Streszczenia zbiorowe i wykłady kliniczne, omawiające najważniejsze zagadnienia praktyczne.
7. Wiadomości lecznicze: nowe leki i przyrządy.
3. Bibliografia, oceny dzieł polskich i obcych.

9. Sprawy bytu lekarzy.
10. Korespondencje.
11. Życiorysy i nekrologi.
12. Odpowiedzi Redakcyi w sprawach naukowych i bytu lekarzy.
13. Wiadomości bieżące, nominacje, sprawozdania z instytucji społeczno-lekarskich.

14. Ruch w szpitalach warszawskich i prowincjonalnych. Stan zdrowotny w Królestwie i Cesarstwie.

15. Ogłoszenia i reklamy.

Pismo wychodzić będzie co tydzień w objętości 2 arkuszy druku.

Mimo tak obszernego programu, który będzie w miarę sił wypełniony całkowicie, utrzymaliśmy cenę w Warszawie rb. 7, z przesyłką rb. 8.

Mamy nadzieję, że wszyscy lekarze, którym losy nauki lekarskiej nie są obojętne, poprą nasze wydawnictwo i przyczynią się do podniesienia wartości pisma.

Warszawa, grudzień 1907 r.

REDAKCJA.

PRACE ORYGINALNE

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

O WIELOOGNISKOWYCH SPRAWACH ZAPALNYCH W OŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM.

Podali

E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski.

(Dokończenie, Zob.— Nr 50).

Komórki nerwowe wykazywały w ogniskach sklerotycznych większe lub mniejsze zmia-

ny strukturalne, a nawet widać było w przypadku pierwszym zanik pewnej ich liczby.

Na skrawkach MARCHI'ego stwierdzono w obydwóch przypadkach nieznaczłą liczbę bryłek. Jest rzeczą ciekawą, że właśnie w przypadku drugim (przewlekłym) stwierdzono za pomocą tej metody w jednej okolicy rdzenia świeże ognisko degeneracyjne, i że w mózgu ogniska wykazywały większą świeżość (udział naczyń!), aniżeli w rdzeniu.

Krótkie to zestawienie zmian w 2 pierwszych naszych przypadkach wykazuje więc ponownie, jak analogicznie przebiega proces sklerotyczny w przypadkach klasycznego stward-

nienia wieloogniskowego i w t. zw. *sclerosis multiplex acuta* (*s. subacuta*).

W tej ostatniej postaci udział naczyń bardziej się rzuca w oczy, jest on jednak niewątpliwy również w przewlekłej postaci stwardnienia wieloogniskowego.

W drugim naszym przypadku, który pod względem, że tak powiemy, klasycyzmu nie pozostawiał nic do życzenia, udział naczyń był widoczny nawet w miejscach rzekomo normalnych, t. j. nawet tam, gdzie nie było ognisk. Jest to zjawisko zasadniczo analogiczne do faktu, ustalonego świeżo przez WICKMAN'a dla *Polioomyelitis acuta*. Podczas gdy dotąd sądzono, że *polioomyelitis* jest sprawą, zogniskowaną w rdzeniu, przeważnie w rogach przednich, W. dowiódł, że zmiany myelityczne istnieją zawsze również w okolicach rzekomo pozaogniskowych, a mianowicie zarówno w *medulla oblongata*, jak i w mózgu.

I tutaj więc docbobdzimy do tego samego wniosku, który wypowiedzieliśmy, omawiając wzajemny stosunek obrazów klinicznych w obydwóch tych cierpieniach. Sądzimy więc, że różnica zasadnicza w obrazach histopatologicznych przewlekłej i ostrej postaci stwardnienia wieloogniskowego nie istnieje.

Przechodzimy obecnie do punktu ostatniego, a mianowicie, pragnęlibyśmy rozpatrzyć w krótkości.

B. Stosunek pomiędzy *sclerosis multiplex* a *myelitis* (*resp. encephalomyelitis*).

W poprzedniej pracy dwóch z nas wypowiedziało na podstawie materiału własnego i obcego zdanie, że zmiany histopatologiczne w *sclerosis multiplex* posiadają charakter naczyniowo-zapalny. W pracy tej przyłączyliśmy się do twierdzenia LEYDEN'a i GOLDSCHIEDER'a, że stwardnienie wieloogniskowe jest przewlekłym zapaleniem rdzenia. Sąd, wydany w tej pracy

o sprawach zapalnych rozsianych w układzie nerwowym ośrodkowym, a więc przede wszystkim o stosunku pomiędzy *sclerosis multiplex* a *myelitis* (*resp. Encephalomyelitis*) *disseminata*, był następujący:

Rozsiane sprawy zapalne w ośrodkowym układzie nerwowym dają rozmaite obrazy kliniczne, zależnie od tego, czy sprawa naczyniowo-zapalna, stanowiąca ich podściełisko, posiada skłonność do większej lub mniej głębokiego uszkodzenia tkanki nerwowej. W tych przypadkach, w których sprawa wykazuje wielką i głęboko sięgającą skłonność do destrukcji tkanki nerwowej, powstają obrazy kliniczne, opisywane pod nazwą *Myelitis* lub *Encephalomyelitis*. Badanie mikroskopowe stwierdza w tych przypadkach, obok wybitnych zmian naczyniowo-zapalnych, głębokie zniszczenie tkanki nerwowej, t. j. nie tylko jej otoczek myelinowych, lecz również komórek nerwowych, wyrostków osiowych wraz ze zwyrodnieniami wtórnymi. W innych znowu przypadkach sprawa naczyniowo-zapalna wykazuje nieznacznie tylko tendencję do niszczenia doszczętnego tkanki nerwowej, i powstać wtedy mogą obrazy kliniczne, opisywane pod nazwą *sclerosis multiplex*. Pod względem histopatologicznym w przypadkach tych występują, obok bardziej lub mniej wyraźnych zmian naczyniowych, wybitne bujanie neuroglei, głębokie zwyrodnienie i zanik otoczek myelinowych przy nieznacznie tylko upośledzonych lub nawet nietkniętych komórkach nerwo-

wych i wyrostkach osiowych. W przypadkach tych nie występują prawie nigdy zwyrodnienia wtórne. Poza tymi przypadkami typowymi, dotyczącymi się jednej lub drugiej kategorii, istnieje cały szereg przypadków nietypowych lub pogranicznych, w których zacierają się ostre rysy różniczkowe zarówno pod względem klinicznym, jako też i histopatologicznym.

Do tych właśnie przypadków nietypowych lub pogranicznych zaliczyć można trzeci nasz przypadek (Baumblat). Pod względem klinicznym przebiegał on w postaci niewyraźnej przewlekłej sprawy rdzeniowej. Obraz ten odpowiadał najbardziej owym rzadkim przypadkom przewlekłego zapalenia rdzenia (*myelitis chronica*), które dzisiaj rozpoznajemy z nadzwyczajną oględnością (p. np. pracę COLLINS'a).

Cierpienie rozwijało się bardzo stopniowo w postaci przeważnie parezy, następnie zaś porażenia prawie zupełnego dolnych kończyn, osłabienia (nie zaś zniesienia) czucia, niezbyt wybitnych zaburzeń ze strony zwieraczy. Jednym słowem obraz odpowiadał opisowi, podawanemu np. przez OPPENHEIM'a dla owych rzadkich przypadków *myelitis chronica*.

Specjalnie zaznaczamy, że, z wyjątkiem zaburzeń ze strony reakcji żrenic, nie stwierdzono za życia żadnych objawów mózgowych lub opuszkowych. To też byliśmy zdziwieni, gdy sekcja wykazała nam niewątpliwy proces rozsiany. Ogniska napotkano nie tylko w rdzeniu, lecz i w pniu mózgowym i w samym mózgu i mózdzku. Otóż zmiany pośmiertne odpowiadały po części stwardnieniu wieloogniskowemu, po części zaś t. zw. *encephalomyelitis*. Pod względem makroskopowym rdzeń był w okolicy najbardziej schorzałej skurczony i zniekształcony (odpowiada bardziej sprawie myelitycznej). Proces był prawie że zlokaliz-

zowany na pewnej tylko przestrzeni (w dolnych odcinkach szyjowych i górnych grzbietowych), podczas gdy w innych okolicach rdzenia zmiany były minimalne. Moment ten również przemawiał bardziej za sprawą myelityczną, aniżeli za sklerozą, która się właśnie odznacza wieloogniskowością (jakkolwiek i w *sclerosis multiplex* rdzeń może wykazywać na pewnej wysokości zmiany najbardziej rozległe, jak w pierwszych dwóch naszych przypadkach t. j. u Górko i u Gyi). Następnie, jakkolwiek ogniska były stwierdzone również w całym mózgowiu, to jednak były one przeważnie bardzo małe a w półkulach mózgowych większych ognisk nie zdołaliśmy w ogóle stwierdzić. I to również przemawiałoby *caeteris paribus* przeciwko *sclerosis multiplex*. Z drugiej jednak strony zaznaczyć należy, że pod względem histopatologicznym proces był bardzo zbliżony do obrazu, jaki napotykamy w *sclerosis multiplex*. Specjalnie zaznaczamy ten fakt znamienny, że pomimo bardzo rozległych ognisk na wspomnianej powyżej wysokości rdzenia nie było zupełnie zwyrodnień zstępujących, i że zwyrodnienia wstępujące były zaznaczone słabo.

W związku z tem znajduje się stan wyrostków osiowych. Na skrawkach, barwionych metodą BIELSCHOWSKY'ego, stwierdzono nawet w ogniskach ich obecność, i tylko w niektórych miejscach liczba ich była prawdopodobnie zmniejszona. Struktura tych wyrostków była wprawdzie przeważnie zmieniona, lecz i w dwóch pierwszych naszych przypadkach (*sclerosis acuta et chronica*) część wyrostków wykazywała zmiany analogiczne, jakkolwiek mniej intensywne. Kształt ognisk przypominał również ogniska sklerotyczne.

Z drugiej znowu strony przyznać należy, że udział naczyń w sprawie chorobowej był wybitniejszy (jeżeli uwzględnimy, że choroba trwała 5, a być może, nawet 10 lat), niż w odpowiednio przewlekłych przypadkach *sclerosis*

multiplex. Wreszcie brak objawów klinicznych przy istnieniu w każdym bądź razie ognisk zarówno w pniu mózgowym, jak i w mózgu i mózdzku jest dowodem małej destrukcyjności tych ognisk w górnych piętrach ośrodkowego układu nerwowego i przemawia znowu *caeteris paribus* bardziej za sklerozą.

Z całego tego rozbioru trzeciego naszego przypadku widać, jak trudna jest częstokroć dyagnoza nie tylko za życia, lecz i po śmierci chorego. Sądzymy, że będziemy najbliżej prawdy, jeżeli omawiany przypadek zaliczymy do owych nietypowych lub pogranicznych, o których mówiliśmy wyżej, że się w nich zacierają ostre rysy różniczkowe zarówno pod względem klinicznym, jako też i histopatologicznym.

Wychodząc z tego punktu widzenia większej lub mniejszej destrukcyjności spraw zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym i pewnych właściwości lokalizacyjnych, łatwiej jest zająć pewne stanowisko, uogólniające te tak różnorodne obrazy i stany chorobowe. Dzisiaj rozgraniczenie spraw ściśle zapalnych (*poliomyelitis*, *myelitis*, *encephalitis*) od stwardnienia wieloogniskowego stało się jeszcze bardziej utrudnione, jeżeli, jak tego dowiodły krytyczne prace WICKMAN'a, nawet sprawa zapalna, tak rzekomo zlokalizowana, jak *poliomyelitis*, nie jest umiejscowiona wyłącznie w samej istocie rdzenia. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że również w innych sprawach zapalnych i rzekomo zlokalizowanych (*Encephalitis*, *myelitis circumscripta dorsalis*, *lumbalis* i t. d.) jednocześnie z ogniskami największemi i miarodajnymi dla obrazów klinicznych, można będzie stwierdzić zmiany w innych okolicach centralnego układu nerwowego.

Pomijając zresztą sprawy infekcyjno-zapalne, wiadomą jest rzeczą, że wieloogniskowość procesu nie jest bynajmniej patognomoniczna dla *sclerosis multiplex*. Zdarzać się ona może w *Encephalomalacia multiplex* (na tle arteriosklerozy), w przypadkach anemii, chłastactwa,

przedewszystkiem zaś w wielkiej grupie chorób syfilitycznych i stwarza wtedy obrazy zupełnie podobne do *sclerosis multiplex*, jak tego dowiodły przypadki, opisane przez OPPENHEIM'a, SACHS'a, CASSIRER'a i wielu innych. Ostatnio CATOLA sądzi nawet, że mogą istnieć przypadki syfilisu układu nerwowego, zupełnie przypominające zarówno pod względem klinicznym, jak i histopatologicznym, *sclérose en plaques*. Widzimy więc, że jedna i ta sama infekcja syfilityczna może prowadzić do rozmaitych cierpień. W razie większej destrukcyjności np. tkanki rdzeniowej otrzymać możemy obraz szybko się rozwijającej *myelitis*, w razie zaś oszczędzania tkanki układu ośrodkowego może powstać obraz analogiczny do *sclerosis multiplex*. Przy dzisiejszym stanie naszej wiedzy trudno jest określić granie pomiędzy temi, zmianami, które należy zaliczyć do myelitycznych (*resp.* encephalomyelitycznych), a temi, które prowadzą do mniej destrukcyjnych stwardnień wieloogniskowych.

OPPENHEIM sądzi np., że najprawdopodobniej jedna tylko postać *encephalomyelitis* może prowadzić do *sclerosis multiplex*, a mianowicie ta, w której wybitną rolę odgrywają zmiany naczyniowe wraz z infiltracją komórkową. W tej postaci nie widać jakoby tendencji do rozpadania się elementów nerwowych, rozmiękczenia i martwicy (w każdym bądź razie nie widać tego na początku choroby). Podział ten wydaje się nam nieco sztucznym, głównie z tego względu, że obie kategorie zjawisk myelitycznych bywają ściśle ze sobą zmieszane, t. j. jednocześnie występują zarówno wybitne zmiany naczyniowe (wraz z infiltracją komórkową), jak i zmiany głębokiej destrukcji elementów nerwowych.

Z nowszych badaczy w MARBURG zalicza *sclerosis multiplex* właśnie do degeneracyjnych postaci myelitycznych w sensie MAGER'a i SCHMAUS'a. Rozpatrując najrozmaitsze postaci, zbliżone do tej kategorii zapalnej, sądzi

on, że punkt środkowy wszystkich cierpień tej grupy stanowi rozpad myeliny (rozmaity co do ostrości, intensywności i lokalizacji), któremu towarzyszy rozmnażanie się komórek naczyniowych i glejowatych (również rozmaite co do intensywności i ostrości procesu). Wszystkie te cierpienia, odnoszące się do degeneracyjnych postaci zapalenia, dzieli MARBURG na następujące 4 grupy: I obrzęk zapalny; II właściwe zapalenie degeneracyjne z 2 podgrupami: funikularnem (rzekomo układowem) zapaleniem degeneracyjnem i układowem zapaleniem degeneracyjnem (prawdziwe cierpienia układowe); III *sclerosis multiplex acuta* i IV zapalenia paralityczne (t. j. w *paralysis progressiva*). (MARBURG przeprowadza analogię pomiędzy *sclerosis multiplex acuta* a *paralysis progressiva*. Cierpienia te wykazują wiele cech wspólnych. Różnią się, być może, ilościowo, co do rozpadu myeliny, następnie zaś tem, że w *paralysis progressiva* na plan pierwszy występują komórki plazmatyczne, natomiast w *sclerosis* — komórki ziarniste. Rozmaity bywa prócz tego w obydwóch cierpieniach rodzaj rozszerzania się procesu chorobowego)

I z tego więc podziału MARBURG'a widzimy, jak trudno jest dzisiaj odgraniczyć ściśle rozmaite cierpienia, które do niedawna wydawały się nam bardzo odległemi, a nawet nie mającemi ze sobą nic wspólnego.

I my również sądzimy, że określenie MARBURG'a, który ostremu stwardnieniu wieloogniskowemu nadaje nazwę *Encephalomyelitis periaxialis scleroticans*, jest najbliższe prawdy. W pracach poprzednich i w obecnej zaznaczaliśmy, że uważamy *sclerosis multiplex* za *myelitis sui generis*, jak to czynią SCHLANGENHAUFER, NAGEOTTE-RICHE, DEJERINE-THOMAS, SCHWEIGER, MARBURG i wielu innych. Być bardzo może, że odgrywa tutaj rolę specjalny gatunek substancji, drażniącej tkankę nerwową i wywołującej w niej stan zapalny.

Jeżeli jednak tak trudno jest powiedzieć,

jakie postaci zapalne (infiltracyjne, degeneracyjne lub inne) dadzą obraz stwardnienia wieloogniskowego, to zachodzi pytanie, ażali nie znajdziemy odpowiedniego kryterium w detalach zmian histopatologicznych. Odnosne prace, dotyczące rodzaju komórek, napotykanych w stanach zapalnych, były dokonane przez SCHMAUS'a, FRIEDMANN'a i innych. Badacze ci zwrócili specjalną uwagę na pochodzenie komórek w t. zw. nacieczeniu drobnokomórkowem, na rozmaite postaci komórek neuroglei, na postawianie komórek ziarnistych, na komórki naczyń krwionośnych i ich przestrzeni limfatycznych, na stosunek tych rozmaitych komórek do przestrzeni limfatycznych komórek nerwowych i t. d. Poszukiwania te należą do najbardziej zawikłanych i, jak dotąd, żłonów pozytywnych we wzmiankowanym tylko co kierunku dotąd nie wydały.

Również nie posiadamy ścisłych obrazów mikroskopowych, odgraniczających *myelitis* od *sclerosis*.

Różnica najważniejsza polega na tem, że w *sclerosis* bywają zachowane komórki nerwowe i wyrostki osiowe, że, co za tem idzie, prawie nigdy nie dochodzi do zwyrodnień wtórnych. Lecz i te dane rzekomo kardynalne nie są absolutnie pewne. Przedewszystkiem większość badaczy zgadza się dzisiaj, że część wyrostków osiowych ulega zmianom strukturalnym, a nawet może zanikać (SCHMAUS, NAGEOTTE-RICHE, MARIE, BABIŃSKI, BIELSCHOWSKY, CATOLA, MARBURG i inni). Myśmy zdołali stwierdzić to samo w 2 pierwszych naszych przypadk. sklerozy.

Również i co do komórek nerwowych można zauważyć, że w przypadkach typowej sklerozy mogą one wykazywać zmiany strukturalne, a nawet zaniki. Co do zwyrodnień wtórnych, to jakkolwiek zwykle nie spostrzegano ich w stwardnieniu, istnieje jednak cały szereg przypadków, w których one istniały (BIKILES, HENSCHEN, LOTSCH, MARBURG i nasz przypadek pierwszy).

Jeżeli więc mikroskop nie daje nam do rąk owej absolutnie pewnej linii, którą można by odgraniczyć sklerozę od *myelitis*, to, być może, miarę tę da nam klinika?

Otóż wykazaliśmy już powyżej, jak z biegiem czasu zaczęły się zacierać owe ostre linie, któremi CHARCOT otoczył obraz stwardnienia wieloogniskowego. Zwróciliśmy uwagę na ten fakt, że dzisiaj mamy prawo rozpoznać sklerozę nawet w tych przypadkach, w których brak objawów tak kardynalnych, jak oczopląs, mowa skandowana i drżenie zamiarowe. Bynajmniej nie przeczymy, że objawy te pozostaną i nadal bardzo ważne. Pragnęlibyśmy tylko podkreślić ten fakt znamienny, że to stałe oglądanie się na istnienie lub nieistnienie objawów klasycznych i uzależnianie od tego rozpoznania, jest błędne i nie odpowiada nowożytnemu stanowi nauki o sklerozie rozsianej.

Za najbardziej typowe i miarodajne dla *sclerosis multiplex* uważamy:

1) niepełny zanik funkcji, a więc nieznaczne zwykle zaburzenia czucia i zwieraczy oraz niekompletny paraliż ruchowy (wszystko to dotyczy przeważnie typu rdzeniowego sklerozy).

2) wieloogniskowość objawów klinicznych, a częstokroć ich rozrzucenie i duże oddalenie terytoryalne (np. skroniowe odbarwienie tarczy wraz ze spastycznym osłabieniem nóg).

3) duża skłonność do remisji i nawrotów choroby.

Natomiast dla spraw myelitycznych lub encephalomyelitycznych uważamy za znamiona najważniejsze:

1) głębokie upośledzenie funkcji (paraliż, anestezja, głębokie zaburzenia pęcherza i odbytnicy lub odpowiednio głębokie zmiany opuszkowe lub mózgowe),

2) charakter objawów bardziej zlokalizowany,

3) brak skłonności, a w każdym razie

mniej wybitna skłonność do remisji i do nawrotów choroby.

Jest rzeczą zrozumiałą, że i te punkty wytyczne należy brać *cum grano salis*. Specjalnie dotyczy to syfilisu układu nerwowego ośrodkowego, który może dawać obrazy kameleonowe. Poza tem mnożą się w ostatnich czasach fakty, które wskazują, że również w sprawach myelitycznych mogą się zjawiać owe recydywy, tak typowe dla sklerozy. Tak np. HÖSSLIN opisuje w swej wyczerpującej pracy o *myelitis gravidarum* przypadek zapalenia rdzenia, w którym w ciągu 7 lat obserwowano aż 5 nawrotów choroby z każdorazowym wyzdrowieniem. Duże wahania sprawy myelitycznej spostrzegali również ROSENBERGER i SCHMINCKE. Interesująca jest również obserwacja KERSCHENSTEINER'a, który stwierdził w przypadku *neuromyelitis optica* wahania w porażeniu n. *abducentis*. Jeżeli wreszcie powoływać się pod względem przebiegu klinicznego na to, że *myelitis* może się kończyć wyzdrowieniem (OPPENHEIM, PONTOPPIDAN, STANOWSKI i inni), natomiast chorzy na *sclerosis multiplex* nie zdrowieją nigdy, to i ten fakt nie jest aksjomatem. Ostatnio MAAS stwierdził w przypadku typowej *sclerosis multiplex*, obserwowanym przez neurologa tej miary, co OPPENHEIM, zupełne wyzdrowienie. O analogicznej obserwacji wspomina również RE-MAK.

Z całego szeregu przytoczonych danych widać, jak trudno jest przeprowadzić ostrą linię demarkacyjną pomiędzy *myelitis* (resp. *Encephalomyelitis*) a *sclerosis multiplex*. W przypadkach, stojących na biegunach przeciwnych, dyagnoza będzie możliwa. Z jednej strony będziemy mieli do czynienia z procesem głęboko destrukcyjnym, zlokalizowanym przeważnie na pewnej wysokości ośrodkowego układu nerwowego (np. *myelitis circumscripta transversa*) lub przeważnie w jednej istocie (*poliomyelitis*, *polioencephalitis* i in.), z procesem mało zdolnym do restytucji i mało skłonnym

do remisji i nawrotów choroby. Z drugiej zaś będziemy mieli przed oczami proces mało destrukcyjny, oszczędzający najistotniejsze elementy nerwowe (wrostki osiowe, komórki), skłonny do wieloogniskowości, do krótszych lub dłuższych remisji i nawrotów choroby (*sclerosis multiplex*).

Pozatem istnieć będą przypadki, których nie tylko z obrazu klinicznego, lecz nawet z badania pośmiertnego nie będziemy — przy dzisiejszym stanie wiedzy — mogli zaliczyć z absolutną pewnością do jednej lub do drugiej kategorii.

Jedno, co wszystkie te przypadki łączy, jest pewna wspólność patogenetyczna. We wszystkich mamy do czynienia ze sprawą zapalną (infekcyjną lub toksyczną), która drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych czyni te lub inne spustoszenia w tkance nerwowej.

LITERATURA.

BRISSAUD et BRÉCY. Neuromyéélite optique. *Revue neurologique*. 1904, N. 2.

CATOLA. Sclérose en plaques et syphilis. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. 1906, N. 4.

COLLINS. Chronic myelitis. *The Post-Graduate*. 1906, Vol. XXI, N. 2.

CURSCHMANN. Bemerkungen zur Frühdiagnose der mult. Sklerose. *Medizinische Klinik*. 1906, N. 36.

DEJERINE et THOMAS. *Traité des maladies de la moelle épinière*. 1902.

FLATAU i KOELICHEN. O stwardnieniu rozsianem (*sclerosis multiplex*) przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*). *Medycyna*, 1901.

Ci sami. O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. *Medycyna*, 1905.

HENNEBERG. Ueber funiculäre Myelitis. *Archiv. f. Psych.* Bd. 40, H. 1.

HÖSSLIN. Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter. *Archiv. f. Psych.* 1904. Bd. 38.

KERSCHENSTEINER. Ueber neuromyelitis optica. *Münch. med. Woch.* 1906, N. 17.

MAAS. Krankenvorstellung. *Neurolog. Centralblatt*. 1906. p. 1159.

MACKINTOSH. Ref. w *Revue neurolog.* 1907, p. 114.

MARBURG. Die sogenannte „akute multiple Sklerose“ (*Encephalomyelitis periaxialis scleroticans*). *Jahrbücher f. Psych.* 1906, Bd. 27, H. 3.

MARIE. *Maladies intrinsèques de la moelle épinière. Traité de Médecine par Bouchard-Brissaud*. 1904, T. IX.

NAGEOTTE et RICHE. Centres nerveux inférieurs. *Manuel d'histologie patholog.* Cornil-Ranvier. 1907.

NONNE. Ueber myelitis intrafunicularis und ueber kombinierte Strangnerkrankung bei Alcoholismus chronicus. *Monatsschr. f. Psych.* 1906, Bd. XX, H. 6.

RUSSELL, BATTEN und COLLIER. Subacute combined degeneration of the spinal cord. *Brain*. 1900.

ROSENBERGER und SCHMINCKE. Zur Pathologie der toxischen Graviditätsmyelitis. *Virchow's Archiv*. 1906, Bd. 184.

SCHMAUS. Vorlesungen ueber die patholog. Anatomie des Rückenmarks. 1901. Akute Myelitis. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und patholog. Anatomie, 1904, IX Jahrg., I Abth.—Ueber sogenannte „Lichtungsbezirke“ im Centralnervensystem. *Münch. med. Woch.* 1905. Nr. 12.—Beitrag zur Kasuistik der acuten haemorrhagischen Myelitis, Myelitis bulbi und Landry'schen Paralyse. Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allgem. Pathologie von Ziegler. 1904, Bd. 37.

SCHWEIGER. Zur Kenntniss der Kleinhirnsklerose. Arbeiten aus dem. neurolog. Institut an der Wiener Universität. 1907. Bd. XIII.

WEGELIN. Ueber akut. verlaufende multiple sklerose. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1906, Bd. 31.

WICKMAN. Studien ueber poliomyelitis acuta. Berlin. Karger. 1905.

STOSOWANIE PRZEKRWIENIA ZASTOINOWEGO W LECZENIU OSTRYCH SPRAW ROPNYCH DŁUG METODY BIER'A I KLAPP'A.

Podał

S. Centnerszwer.

(Dokończenie. Zob.—Nr 50).

Wskazania do użycia opaski gumowej: 1) świeże ostre sprawy zapalne infekcyjne i podostre, 2) tryprowe i przerzutowe zapalenia stawów a także ropne urazowe, 3) ropówki pochew ścięgniowych, 4) zapalenia szpiku kostnego ostre i ponawiające się, 5) zapalenia wyrostka sutkowego (opaska na szyję), 6) jako *prophylaxis* rany zanieczyszczone, rozerwane, np. przez maszyny. I w *tendovaginitis phlegm.* i w ropnych zapaleniach stawów zaleca się wykonywanie ruchów, o ile ból temu nie stoi na przeszkodzie. Tym sposobem unika się następnych zesztynień. Nie tylko udaje się opaską leczyć skutecznie długotrwałe sprawy ropne, ale do zalet metody BIER zalicza przerywanie sprawy ropnej, już wybuchłej, np. w stawach, dotkniętych przerzutem ropniczym. Utrzymuje on na zasadzie swych spostrzeżeń u chorych, że pod tym względem metoda przedstawia nadzwyczaj wdzięczne pole działania i wynik uderzająco dodatni.

W ranach pooperacyjnych zamkniętych, gdy się okażą zakażonymi i wywołują stan gorączkowy, udaje się uratować doraźne zagojenie i wywołać spadek t.^o przez sztucznie wywołany obrzęk, gdy poświęcimy jeden szew dla odpływu i wyprowadzenia ropy przy pomocy

lekkiego nacisku. Przetoki ropne z powodu zakażonych ligatur, ropienie w szwach leczy się prędko i łatwo przez użycie bańki ssącej KLAPP'a.

Za pomocą opaski zastoinowej można ropień ostry przeprowadzić w zimny, a nawet ostro powstały doprowadzić do zaniku. Zanikają też rozpoczynające się ropówki, zastrzały. Nie znaczy to bynajmniej, by za правило uważać wytwarzanie zimnych ropni i usilne doprowadzanie ostrych do zaniku. I BIER przed tem ostrzega. Ropień musi być otworzony, a jak BIER radzi — nakłuty. LEXER wogóle przyznaje rację bytu metodzie, o ile przedtem zrobiono obszernie cięcia w sprawach ropnych postępujących. Surowica obrzękowa przepłukuje ranę i odprowadza wydzielinę wraz z toksynami nazewnątrz, zastępując tem wchłaniającą toksyny tamponadę. Otwierać ropnie należy po ustąpieniu obrzęku zastojowego, gdyż obrzęk, zacierając kontury, utrudnia wymacanie fluktuacji. Przekrwienie zastoinowe zwykle w początkach stosowania zwiększa ropienie, ropa przeważnie bywa zmieszana z surowicą, rzadka, na końcu zaś zamiast ropy wydziela się tylko surowica; części zmarzwiałe szybko się oddzielają i wydzielają, nekroza jednak jest dużo mniejsza, niż przy innych sposobach leczenia.

Metoda BIER'a ma i przeciwwskazania, z którymi się bardzo rachować należy. Wiele 1) przedewszystkiem ciężkie zakażenia paciorkowcowe. Oprócz ogólnego septycznego stanu z powodu raptownego wchłonięcia silnych toksyn po zdjęciu opaski (LEXER), streptomykoza może wywołać różę, która poza opaskę wędruje. LEXER wspomina o rzekomej róży, docierającej jedynie do opaski, BRUNN, HABS i HELLER spostrzegali przypadki istotnej róży po nałożeniu opaski. Zatem i przy obecności róży jest opaska przeciwwskazana, choć BIER z powodzeniem stosował w róży twarzy opaskę na szyję, zaleca jednakże ostrożność. SICK widział w ropówce podskórnej pochodzenia streptokokowo-

wego po nałożeniu opaski obszerną zgorzel skóry. NORDMANN w ropówce powięzi, wywołanej przez paciorkowce, zauważył to samo. Przypuszcza, że powięź, jako mało ukrwiona i źle odżywiana, nie poddaje się przekrwieniu i dlatego łatwo ulega zgorzeli. Inni autorowie wspominają o leczeniu pomysłem spraw streptomykotycznych metodą BIER'a. 2) Ropienia na tle moczołwicy cukrowej dają przeważnie ujemne wyniki przy stosowaniu opaski, łatwo następuje zgorzel (HABS, COLLEY). Przeciwnie PERTHES, RUBRIUS, GRUBE (z Neuenahr) mieli dobre wyniki w *diabetes*. 3) Zakrzep żylny jest przeciwskazaniem do nałożenia opaski.

Wspomnę jeszcze o możliwości odleżyn i następczego ropienia na miejscu opaski, o czym zresztą już poprzednio mowa była, wreszcie o ostrożności przy użyciu biernego przekrwienia w przypadkach ciężkiej ropnicy.

Zadna metoda lecznicza przy narodzinach swoich nie wydawała się tak stworzoną do krótkiego żywota, jak metoda BIER'a w zastosowaniu do ostrych spraw ropnych. Nie wnikając w teo etyczne rozumowania, nie licujące zupełnie z poglądami, panującymi w sensie przeciwpalnym, nie trafiała też do przekonania w zastosowaniu praktycznym, podkopując podstawy tego, co uważane było w zakresie zakażenia miejscowego za niezachwiane. Obrzękniętą zapalnie kończynę, zaczerwienioną, z zakłóconą cyrkulacją opuścić niżej, ścisnąć wysoko gumowym bandażem, powiększyć w ten sposób przeszkody w krążeniu i obrzęk, zbiorniki zaś ropy jedynie nakłuwać, zamiast „chlasnąć porządnie,” nie tamponować wcale rany, t. j. nie wyprowadzać nazewnątrz toksycznych produktów, lecz pozwalać im się wsysać, a w dodatku kazać poruszać stawami zamiast je unieruchomić—wydawało się to wszystko nazbyt ryzykownem. Metoda jednak znalazła, choć niełatwo, zwolenników i obecnie, przy rosnącej ciągle ich liczbie, należy do codziennego arsenału praktyki lekarskiej.

Czy jej przyszłość będzie taka, jak BIER przypuszcza: z roku na rok coraz większe obszary leczenia obejmująca, czy też pozostanie jedynie ograniczona do leczenia zapaleń sutki, jak inni twierdzą — w tej chwili nie da się jeszcze rozstrzygnąć. Obecnie można już powiedzieć, że praktyczne znaczenie metody jest wielkie, aczkolwiek nie należy zupełnie zapominać o innych środkach, którymi dotąd zwalczano zakażenie, i umieć metodę w porę odstawić, o ile swemu zadaniu nie odpowiada, aby, zamiast pożytku, szkody nie przyniosła. Pierwsze niepowodzenia w dużej mierze zależały od nieufności, z jaką przystępowano do stosowania opaski, a głównie od trudnego i nie dającego się ująć w ścisłą miarę dozowania ucisku dla wywołania obrzęku. BIER przedstawił swoich chorych na kongresie chirurgów w Berlinie w 1905 r., w rok potem na następnym kongresie była bardzo ożywiona dyskusja na temat przekrwienia biernego, przeważnie zachęcająca; w ciągu 1905, a głównie 1906 roku dużo obserwacji ogłoszono, najwięcej w Münch. Med. Wochenschr., pojawiły się też prace eksperymentalne i teoretyczne. Obecnie BIER może uważać sprawę, zainicjowaną przez siebie, za wygraną. Kto zajął się bez uprzedzeń i wytrwale stosowaniem zastoju zapalnego, ten, przekonany o wartości metody, nie odstąpi od niej tak łatwo. Zakres stosowania jej jest rozległy w sali szpitalnej, ale i ambulatoryum daje duży materiał do użytkowania. Można powiedzieć, że opaska nadaje się więcej do stacjonarnego leczenia w szpitalu, bańka do poliklinicznego. Ścisłych granic prawie przeprowadzić się nie da: *tendovaginitis* ropne ręki i przedramienia można leczyć opaską w poliklinice, ropień apendykalny bańką w szpitalu.

Jak wyżej przytoczyłem, opaskę nakładamy w ostrych formach lokalnego zakażenia na 20—22 god., na pozostałe godziny układamy członki wysoko, aby zmniejszyć i znieść silny obrzęk, powstały od opaski. Tak postępujemy

w początkach, w miarę poprawy stanu zapalnego skracamy i czas trwania opaski, wystarcza ostatecznie kilka godzin dziennie przy ustępującej coraz więcej sprawie. Trzeba wogóle przypadki indywidualizować, nie wszędzie można opaskę zbyt długo bez przerwy utrzymać (bark, jądra), nie wszystkie zresztą przypadki nadają się do długotrwałego stosowania. O technice wspominałem, że musi być dobrze wystudowana. Unikać należy wywołania bólu, ale objawy zapalne mogą wzrastać bez szkody, zgadza się to z zakreślonym celem. Obrzęk, zaczerwienienie nawet mocne aż do opaski szkody nie przynoszą, ale zakłóceń w odżywianiu dopuścić nie wolno, idzie o uniknięcie zgorzeli, a nie o jej wywołanie. Odpływ krwi żyłnej wstrzymujemy, ale nie hamujemy przyływu tętniczej. Więc przeciwwskazana jest zbyt duża siła członka, tętno zaś musi być dobrze wyczuwalne. Skóry powinno się pilnować starannie, unikając odleżyn, a wywołane leczyć odpowiednio. Dlatego dobrze jest po pewnym czasie (10 god.) opaskę nałożyć ponownie nie na to samo miejsce, lecz wyżej lub niżej. Objawy zapalne i obrzęk, gdy sprawa ustępuje, tracą pod opaską na natężeniu; gdy trwają w dalszym ciągu bez przerwy, świadczy to o obecności ropnia, który należy przeciąć. Pęcherze, występujące na skórze, o ile nie zależą od za mocno ściągniętej opaski, też zdradzają obecność ropnia. Opaskę nakładamy możliwie centralnie od ogniska zapalnego: gdy palec ręki jest dotknięty sprawą—na przedramię, a nawet na ramię. Opatrunek na ranę musi być bardzo luźno nałożony podczas stosowania opaski, gdyż nawet niewielki ucisk opatrunku wystarcza, aby nie dopuścić do wywołania przekrwienia. Chory z ciężką formą zakażenia miejscowego musi pozostać w łóżku.

Ponieważ ostre zapalenia stanowią przeważną liczbę wszystkich przypadków chirurgicznych, z czego lwia część przypada znów na chorych ambulatoryjnych, więc każdy lekarz pra-

czyk może u siebie wprowadzić metodę BIER'a dla chorych przychodnich, którzy chętnie poddają się stosowaniu ssących baniek, przekładając je nad bolesne cięcia, wyciskania, tamponowanie rany. Materiału nie zbraknie, o ile tylko lekarzowi nie brak czasu i chęci dłużej zająć się każdym chorym (minimalnie pół godziny) i miejsca, aby móżdż u kilku jednocześnie stosować bańkę dla oszczędzenia sobie czasu. Niezbędne jest kontrolowanie przebiegu procedury samemu lub przez pomocnika. Tem łatwiej zająć się bańkami KLAPP'a, gdyż nie wymagają one takich ośroźności i wyszkolonej techniki, jak opaska, a nawet i tę ostatnią ambulatoryjnie stosowałem z korzyścią dla sprawy chorobowej, informując pacjenta, jak ma postąpić w domu w razie zauważonych zmian. Chorzy w prędkim czasie uczą się zdawać sobie sprawę z wymaganego zastoju i sami wskazują lekarzowi, czy za silnie lub za słabo opaskę założył. Naturalnie, z początku zwykle natrafia na opór i bywa w błąd wprowadzany przesadnym bólem, później pacjenci sami domagają się opaski i cenić ją potrafią. Łatwiejsza o wiele jest procedura z kloszami: jest niebolesna, prędko prowadzi do celu, nie zostawia prawie blizn, nie wymaga bolesnych opatrunków.

Z dobrym wynikiem stosowałem bańki KLAPP'a: w ostrych ropniach, czyrakach, wągliku, zapaleniach gruczołów chłonnych ostrych i chronicznych (ze zropiałymi ogniskami), zapaleniach sutki, ropówkach podskórnych, zastrzałach, zanogicicy. Zwykle sprawa gojenia trwa krócej, niż po cięciu, przy czyrakach dni kilka, przy ropniach sutki nieporównanie, mniej niż dawniej. Nie trzeba tylko zbyt wcześnie przestawać, szczególnie przy *panaritium* i *mastitis*, chcąc uniknąć obostrzeń. Doświadczenie prędko uczy lekarza, jakie metoda ma zalety i wady i jak te ostatnie usuwać. Przy czyrakach i ropniach, z nich powstałych, stosuję bańkę 3 razy po 5 minut, z przerwami 3 minutowymi, raz dziennie, nieraz po kilka baniek obok siebie jednocześnie

większych, mniejszych, zależnie od nacieczenia. Opatrunek daję wilgotny pod ceratką, gdyż, naśladowując propouowany z suchej gazy wyjałowionej lub z bornej maści, natrafiałem zwykle na otwór zasklepiony i objawy retencji wydzieliny. Przy ropniach, które zwykle pod spray'em z chloretylu nakłuwam, wprowadzam wąski pasek wygotowanego silku, który zmieniam przy opatrunku, ale zostawiam podczas działania bańki, ułatwia mi to bowiem aspirację wydzieliny. Bardzo dobre rezultaty widuję w tak uporeczywej sprawie, jak zapalenie gruczołów potowych pod pachą, które niekiedy dają głęboko sięgające nacieczenia zapalne. *Mastitis* w początkowych stadyach wprost się przerywa. Chora przychodzi z nadpękniętą brodawką, z nacieczeniem bolesnem w jakimś segmencie sutki, z zaczerwienioną w tem miejscu skórą, gorączkuje. Nakładam klosz (którego średnica o 2—4 ctm. jest mniejsza od objętości sutki) 3 razy po 10 minut, z przerwami 5 minutowemi. Wieczorem każę zwyczajnym odciągaczem ścigać pokarm z piersi. Na drugi dzień widuję chorą bez gorączki, sutka zbladła, po kilku dniach zupełnie normalna. Pacjentka jest w stanie karmić dziecko nanowo. Ropnie sutki małem cięciem otwieram, nakładam pierwszy raz mniejszy klosz na sam ropicień — mniejszym łatwiej wyciągnąć ropę i krew — następnie po przerwie klosz na całą sutkę i tak samo po raz 3-ci. Za drugim i trzecim razem wydzieliny mało i tylko surowicza. W ranę wkładam kawatek silku; opatrunek wilgotny pod ceratką. Można powiedzieć, że metoda niemal nie zawodzi, a jej przewaga polega na tem, że odpadają: operacya pod chloroformem, ogromne cięcia i przeciwotwory, nieraz rezekeya gruczołu, bardzo bolesne i bardzo długotrwałe opatrunki, zeszpecenie sutki, w dodatku gruczoł znów wraca w krótkim czasie do funkcyj. W naszej praktyce chroni jeszcze przy ropniach sutki od chodzenie po maści do bab. Do *panaritium* KLAPP zbudował małych rozmiarów

klosz podłużny, zamykany palcem gumowym ściętym u wierzchołka. Przyrząd nie bardzo praktyczny przy otwartej ranie na palcu, ale w początkowych formach nawet głębszego zastrzału (*panar. tendin.*) widziałem kilka razy rezultat doskonały. W jednym przypadku, po jednorazowem nałożeniu bańki, wytworzył się na brzuścu palca pęcherz z surowiczoropną wydzieliną, z czopem nekrotycznym na dnie. Dodam, że chora kilka nocy bezsennie spędziła, i przed bańką wyczuwałem jedynie bolesną infiltrację. W innym przypadku nazajutrz dopiero wystąpił pęcherz taki sam, ale bez nekrozy. W obu sprawa na tem się skończyła. W pamięci mi pozostał przebieg ciężkiej formy *tendovaginitis phlegm.* wskaziciela i dłoni, z obrzękiem i zaczerwienieniem ręki i przedramienia, z pręgami wzdłuż naczyń limfatycznych i nacieczeniem w 2-ch miejscach około tych naczyń na przedramieniu i ponad przegubem na ramieniu, t° 38°5. Nałożyłem opaskę powyżej infiltratu na ramię na 6 godzin, chorą pozostawiłem u siebie w ambulatoryum. Wieczorem puściłem do domu, zaleciwszy gorące sublimatowe kąpiele dla wzmożenia czynnego przekrwienia po zdjęciu opaski. Na drugi dzień t° ta sama, ale obrzęk i zaczerwienienie przedramienia ustąpiły. Chełbotanie z obu stron palca. Zrobiłem 3 ctm. cięcie na dłoniowej powierzchni wzdłuż stawu śródręcznopalcowego, z grzbietowej zaś strony o połowę mniejsze. Opatrunek wilgotny, ale bez ceratki. Następnie już puszczałem chorą z opaską do domu, zdejmowała ją po 8 god. podczas kąpeli, z mojego polecenia, gdyż rany mocno krwawiły; ruchy czynne kazałem wykonywać. Analiza moczu wykazała 3,15% cukru. Przebieg nieoczekiwany: pomimo bardzo obfitego ropienia — ropa rzadka, czerwona — i zatok aż do przedramienia i 3-go członka chorego palca, rany, pokrytej zgorzelinowym strupem, stan miejscowy z każdym dniem się poprawiał. Dodać muszę, że po tygodniu zrobiłem dodatkowe nakłucie na dłoni. Obecnie (4 tygodnie

choroby) ziarnina dobra, w ranie widnieje blyszczące ścięgno zginacza, które się prawdopodobnie wydzieli, poza tem zatok żadnych. Starałem się nie wysuszać i nie uciskać ścięgna tamponem, przykrywałem jedynie paskiem silku. Opaskę gumową pacjentka zakłada sobie codziennie sama na 4 god., tak jej się BIER spodobał.

Nie mogę powiedzieć, że metoda BIER'a mnie nigdy nie zawiodła. Chory z niewielkim zamkniętym antraksem na karku, bańka mu nigdy bólów nie sprawiała, po zdjęciu jej swobodnie poruszał szyją i głową. Opatrunek z zagotowanej gazy, ale bez ceratki z powodu skłonności do pryszczycy. Zrobiłem nawet niewielkie nacięcie. Mimo to po kilku dniach dreszcze, gorączka, nacieczenie bolesne szybko rosnące, duży obrzęk szyi i okolicy podszczękowej z lewej strony. Naturalnie bańka poszła w kąt, a zamiast niej głębokie cięcia pod chloroformem i tampon. Do opatrunku używałem roztworu CHLUMSKY'ego (*ac. carbol.* 3, *camphor. trit.* 6, *alcohol. absolut.* 1.), ma to działać w myśl BIER'a, wywołując przekrwienie, jak utrzymuje EHRlich (Münch. med. Woch. 1906 N. 11). W tym przypadku przypuszczam, że infekcyja zwykła gronkowcowa szerzyła się pod twardą powięzią na karku, utrudniającą przekrwienie w ognisku pod bańką.

Dotknąłem jedynie tylko sprawy stosowania metody BIER'a w ostrych sprawach zakaźnych. Poza tem metoda ma rozległe zastosowanie w chirurgicznych chorobach infekcyjnych chronicznych i wielu chorobach niepasorzytniczego pochodzenia. Przedewszystkiem wspomnieć należy leczenie gruźlicy miejscowej, głównie gruźlicy stawów. BIER zaczął stosować przekrwienie żyłne już w roku 1892, właśnie w tych sprawach rezultaty jego i jego naśladowców weale zachęcające nie były. Doprowadzano stawy często do ostrego ropienia, okołostawowych i międzymięśniowych ropni i do wybuchu septycznej gorączki. BIER

zmienił stosowanie opaski w gruźlicy w ten sposób, że tylko na 2 godziny dziennie ją stosuje, ale mocniej zaciska, aby wywołać silniejszy zastój. W sprawach zapalnych chronicznych i ich skutkach, jak stawowy reumatyzm, *arthritis deformans*, zeszywnienia stawów, *tendovaginitis crepitans*, stosuje BIER czynne (gorące powietrze) i bierne przekrwienie naprzemian.

Na dziesiątki mógłbym wyliczyć autorów, którzy pisali o bardzo dodatnich rezultatach leczenia wzmoczoną zastoiną, sam BIER przytacza w kapitalnem swem dziele („Przekrwienie jako środek leczniczy“, 5-te wydanie, r. 1907) 41 autorów prace o stosowaniu metody jedynie w ostrych sprawach ropnych. Wspomnę tylko o tych, którzy inny teren obrali, niż wypróbowany przez twórcę metody: ULLMANN—choroby organów płciowych i skóry, POLYÄK—choroby górnych dróg oddechowych, SONDERMANN—choroby nosa i zatok obocznych, MUCK, KEPPLER—choroby ucha, BÖHME i MOSES—*bubo inguinalis*, WASSESTHAL—cierpienia prostaty, GREGORY z Warszawy—przy atonicznej ziarninie, JOSEPH—profilaktyczne działanie przy zanieczyszczonych ranach, COLLEY, Van der VEER—w ropniach apendykalnych, FROMMER—w zgorzeli przedwczesnej i starczej, WESSEL i DEUTSCHLAENDER—w świeżych złamaniach kości. Niektórzy, jak LAEMMERHIRT, GUTH, RIEDL i WULF poliklinicznych chorych puszcza ją z opaską do domu, ucząc, jak się z nią obejść.

Jak widzimy, wyniki stosowania zastoinowego przekrwienia są bardzo zachęcające, a obejmując coraz szerszy krąg działów chirurgii, pozwalają wróżyć, że ostatecznie zakres stosowania opaski i klosza będzie się zwiększał, a nie uszczuplał i zajmie pierwszorzędne miejsce w leczeniu spraw zapalnych i ropnych. Znalazłszy wreszcie dostateczne teoretyczne umotywo-
wanie, zamiast obecnego przeważnie empirycznego, przyciągnie i tych lekarzy, w których pojęciu podstawy naukowe metody są niedosta-

teczne i nie zgadzają się z panującymi obecnie w nauce. Kończę przytoczeniem słów BIER'a: „Łada surowica, byle zdobyta na podstawie bakteriologicznych dociekań, znajduje łatwo

chętnych zwolenników, natomiast prosty środek, poparty klinicznym doświadczeniem, spotyka się z energicznym uporem i niewiarą.“

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie ginekologiczne 22 marca 1907.

(Dokończenie.—Zob. Nr 50).

W przekroju złożony jest twór ten z tkan-ki barwy bladej, wyglądającej na tkankę łożyska. Jamy wewnątrz niema. Pod mikroskopem masę tworzą stanowią kosmki łożyskowe, których kontury są dosyć wyraźne, zatopione w masie włóknikowej. Twór ten możnaby wziąć za jajo, w którym płód zanikł, lecz, ponieważ jamy zupełnie nie zawiera, zachodzi pytanie, czy nie jest to łożysko drugiego płodu—lithopedionu? Kształt niezwykle możnaby objaśnić walkowaniem się między kiszki przyczepionego do sieci łożyska po pęknięciu worka z ciążą pozamaciczną. Lithopedion — z wyraźną główką i kończynami przykurczonemi i zgiętymi — na powierzchni jest białozółtawy, do niego przyklejone są strzępy tkanki luźnej, zawierającej tłuszcz.

Badania mikroskopowe przeprowadziła dr Marya ZIELIŃSKA.

Przypadek ten dotyczy 35 letniej mężatki E. B., która w dniu 11 lipca 1906 r. dostała się na oddział GRZANKOWSKIEGO z instytutu położniczego. Chora jest od 2 lat zamężna. Rodziła 1 raz samodzielnie przed 9 laty, karmiła sama, leżała po porodzie tydzień, bez gorączki. Przed 3 laty poroniła w 5 miesiącu ciąży, przebiegu całej sprawy nie pamięta. Obecnie uważa się za ciężarną w 8 miesiącu i od wczorajszego dnia krwawi i ma silne bóle w brzuchu. 10 lipca widział chorą w domu SZYBOWSKI; ponieważ w kanale szyi macicy nie wyczuwał, pomimo drożności dla 2 palców, płodu, który znowu wyraźnie wyczuwał się tuż pod powłokami brzuszniemi, zalecił przewiezienie chorej do instytutu położniczego. Tutaj ŁUNIEWSKI chorą

badał powtórnie: macicę wyczuwał powiększoną, odsuniętą na prawo; przez szyję, drożną dla 2 palców, dostał się do pustej macicy. Przez powłoki brzuszne wyczuwa się główkę i drobne części płodu, ruchów, ani też bicia serca płodu nie ma. Podejrzewając ciążę zewnątrzmaciczną donoszoną i widząc konieczność zabiegu, ŁUNIEWSKI przepisał chorą na oddział GRZANKOWSKIEGO. St. badał chorą o 1 godzinie 11 lipca: część pochwowa rozpulchniona, odepchnięta ku przodowi i na prawo; kanał z łatwością przepuszcza palec do pustej jamy macicy, której trzon niewyraźnie wyczuwa się z tej samej strony. Z lewej strony przez tylne sklepienie wyczuwają się bardzo twarde drobne części, a od przodu i na prawo od nich główka. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje główkę, przypartą do wejścia do małej miednicy, i drobne części pod pępkiem; bicia serca i ruchów płód nie posiada; z pochwy mierne krwawienie. Tętno 104—108 słabe, ciepłota ranna 38.0. Chorej zalecono kamforę i opium; następnego dnia rano, w uśpieniu chloroformowem, wykonał STANISZEWSKI cięcie brzuszne przy pomocy B. SAWICKIEGO, CYKOWSKIEGO, ŁUNIEWSKIEGO i SZYBOWSKIEGO. Donoszony płód, otoczony błonami wraz z łożyskiem, leżał wolno w jamie brzusznej; usunięto go. Płód i łożysko zupełnie normalne. Macicę z krwawiącym pęknięciem (wyżej opisanem) wycięto doszczętnie po podwiązaniu jajowodów i ezerokich wiązań tuż przy macicy; uprzednio jeszcze wycięto zrosnięty luźno u podstawy w okolicy kiszek ślepej guz torbielowaty (worek), zawierający wspomniany już 4—5 miesięczny płód wraz z łożyskiem; z jamy DOUGLAS'a usunięto wolno leżący lithopedion, odpowiadający 5 miesięcznemu płodowi (drobne części jego St. wyczuwał poprzedniego

dnia przez tylne sklepienie pochwy) i wiszący powyżej, na sieci, twór jajowaty — łożysko lithopedionu. Otrzewną w dnie małej miednicy zaszyto doszczętnie po uprzednim przeprowadzeniu kilku pasków gazy do pochwy pozao-trzewnowo; przez dolny kąt rany brzusznej założono pas gazy ponad zeszytą otrzewną. Szew brzuszny trzypiętrowy. Zaraz po operacji zastrzyknięto chorej pod skórę 600 ctm. sz. rozczyunu soli z powodu mało wyczuwalnego tętna. Przebieg pooperacyjny pomyślny, chorą wypisano 15 sierpnia.

Niepewne wywiady u nieinteligentnej chorej i wynik badania naprowadzały na myśl o ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej. St. wyczuwał, co prawda, drobne części lithopedionu przez tylne sklepienie, nie był jednakże w stanie powiązać obecności tego tworu z ciążą donoszonego dziecka; to, co znalazł podczas operacji, było zupełnie nieoczekiwaną niespodzianką. Masa wolnej krwi w jamie brzusznej i stan chorej nie pozwalały nawet na dokładne rozglądanie się w stosunkach przydatków macicy, z robotą należało się spieszyć, to też obecnie określenie przyczyny pęknięcia macicy można opierać jedynie na domysłach. Najprawdopodobniejszą przyczyną pęknięcia był lithopedion, który ulokował się z tej strony macicy i przez ucisk na jej ścianę wytworzył *locus minoris resistentiae*; mniej prawdopodobne jest przypuszczenie ciąży mięszonej, gdyż wówczas nie można byłoby sobie wytłomaczyć przyrostu łożyska do sieci, a łożysko to należy do lithopedionu.

Przypuszczenie NEUGEBAUERA („Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte. Lipsk 1907 r.), że lithopedion spowodował pęknięcie macicy wskutek przeszkody przy porodzie, zważając kanał miednicy, nie wydaje się prawdopodobnym, gdyż lithopedion nie zajmował tyle miejsca w małej miednicy i leżał zupełnie wolno, aby można go było o to podejrzewać.

Guz w okolicy kiszek ślepej zawierał łożysko wraz z płodem 5 miesięcznym; czy to była ciąża jajnikowa, badanie mikroskopowe torebki — nie wykazuje. Jeszcze jedna kwestja pozostaje niewyjaśnioną, czy płody obydwa: jeden w powyżej wspomnianym guzie i drugi — lithopedion — przypuszczalnie 5 miesięczne, powsta-

ły jednocześnie, czy też rozwijały się w różnych okresach czasu. NEUGEBAUER w przytoczonej pracy niemieckiej omawia 171 przypadków ciąży jednoczesnej wewnątrz — i zewnątrzmacicznej, z nich 2 przypadki zawierają oprócz 1 płodu wewnątrz macicy 2 poza jej ścianami. Pierwszy przypadek należy do RACOVICEDNU i BOGDANOVICI z Bukaresztu (Zentralblatt f. Gyn. 47. 1904. Doppelte extrauterine Schwangerschaft, uterine Schwangerschaft mit foetaler Retention), drugi jest podany wyżej — STANISZEWSKIEGO. Z powodu rzadkości przypadku St. pozwolił sobie przedstawić go nieco obszerniej.

Wł. STANISZEWSKI przedstawił dalej łożysko wraz z jednym zmacerowanym płodem; długość łożyska 22 ctm., z czego 8 ctm. należy do części stwardniałej z żółtawem zabarwieniem, i tutaj, na granicy z częścią normalną łożyska, znajduje się przyczep pępowiny przedstawionego płodu; pośrodku normalnej części łożyska znajduje się druga pępowina — płodu żywego; każdy płód ma oddzielne błony. Wymiary płodu żywego: długość 45 ctm., obwód główki 32 ctm., waga 6 funtów; długość płodu zmacerowanego wynosi 35 ctm.. Długość pępowin: płodu żywego 50 ctm., martwego 42 ctm.

Przypadek ten dotyczy 2 raz rodzącej osoby, dotkniętej zapaleniem nerek (Esbach 50/100 białka). Żywe dziecko urodziło się naprzód, płód zmacerowany urodził się następnie w worku wraz z łożyskiem

Wł. STANISZEWSKI przytoczył również przypadek z oddziału GRZANKOWSKIEGO. M. J. służąca, 22 lat, przybyła z powodu silnego krwawienia z narządów płciowych; utrzymuje, iż dnia poprzedniego upadła na pogrzbacz (?). Znalezione ranę kłótną na kroczu, około otworu stolcowego; zgłębnik okrągły łatwo wchodzi na głębokość 8 ctm. z boku kiszek prostej i ściany pochwy i przenika do pochwy przez otworek na tylnej ścianie; naprzeciwko tego otworka na przedniej ścianie pochwy, na prawo od przedniego sklepienia, jest zagłębienie, do którego wchodzi swobodnie członek palca, i z tego miejsca właśnie pochodzi obfite krwawienie. Mocz z zawartością krwi. Rana powyższa wygląda na to, jakgdyby powstała po zranieniu sztydem lub drutem, czemu chora przeczy.

Przebieg leczenia: tamponowanie pochwy

gazą jodoformową, przestrzykiwanie pęcherza roztworem kwasu bornego i wewnątrz urotropina. Zagojenie zupełne, chorą wypisano po 3 tygodniach.

W dyskusji J. JAWORSKI zaznacza, że przedstawiony preparat macicy zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na ową wielopostaciowość ciąży, co do miejsca będącą istotnie wielką osobliwością, lecz i z powodu rozdarcia trzonu macicy. J. dopatruje się związku przyczynowego w obu tych zjawiskach. Pęknięcia macicy J. nie stawia w zależności od skamieniałego płodu, o czym mówiono, lecz pęknięcie to uważa za samorzutne. Wogóle teoria pęknięć macicy z przyczyn mechanicznych dziś straciła dużo na swej wartości. Pęknięcie zdrowej macicy uważane być musi za wyjątek.

W przypadku STANISZEWSKIEGO pęknięcie było samorzutne, poród się jeszcze nie rozpoczął, bólów nie było. Pęknięcie nastąpić mogło tylko wskutek zmian patologicznych w mięśniach, mianowicie zmian we włóknach sprężystych bądź na miejscu pęknięcia, a może w macicy *in toto*. Zmiany te były warunkowane najpewniej poprzednimi sprawami zapalnymi, które chora przeżyła.

Zresztą JAWORSKI czyni także przypuszczenie, że pęknięcie to mogło być wywołane i nierównomiernością rozwoju we wszystkich miejscach muskulatury macicy ciężarnej. W tych razach nawet blahe przyczyny mogą wywołać pęknięcie.

NEUGEBAUER wypowiedział wyczerpujący odczyt p. t.: „Rzut oka na rozwój organów moczopłciowych u człowieka“, ilustrując go około stu obrazami, na ekran epidyaskopu rzuconymi rysunkami własnymi i obcymi, głównie z tylko co wydanego atlasu embryologicznego Kollmann'a, dziełka Bayer'a i wielu innych podręczników.

Przy końcu przemówienia mówca uwydatnił znaczenie embryologii dla zrozumienia przeróżnych odmian wrzekomego i prawdziwego obojactwa, zapowiedział, że odczyt powyższy wyjdzie w druku, w dziełku własnym o kazuistyce ogólnej obojactwa u człowieka, obejmującej 1250 spostrzeżeń, i wreszcie podziękował koledze LARDSTEINOWI za demonstrację epidyaskopową.

St. Cykowski.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 października do 14 listopada 1907 r.

Epidemia ospy wzrasta licznie bardziej, niż w miesiącu ubiegłym. Do szpitala przybywa do 10 chorych i więcej dziennie. Szpital przeznaczają oprócz największego pawilonu jeszcze dwa pawilony mniejsze na pomieszczenie chorych na ospę.

Na 96-u chorych ospowych, przybyłych do szpitala w miesiącu sprawozdawczym, było 58 (26 m. 32 k.) chorych, czyli 56,75%, wcale nieszczepionych od urodzenia.

Epidemia ospy nie oszczędza śródmieścia, skąd przybywa nie mniejsza liczba chorych ospowych, niż z ulic krańcowych Warszawy.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 146 (66 m. 80 k.) chorych, z ubiegłego miesiąca pozostało 107 (48 m. 59 k.), wyzdrowiało 105 (54 m. 51 k.). Przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby

6 (2 m. 4 k.), zmarło 15 (8 m. 7 k.), na miesiąc następny pozostało 130 (51 m. 79 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy 3639 (114 m. 1544 dni, 139 k. 2095 dni).

O s p a. Z ubiegłego miesiąca pozostało 50 (26 m. 24 k.), przybyło nowych 96 (48 m. 48 k.), wyzdrowiało 50 (30 m. 20 k.), zmarło 11 (7 m. 4 k.); zejścia śmiertelne nastąpiły u nieszczepionych: 2 lat, katoliczki, córki wyrobnika, 3-letni, wyznania mojżeszowego, syna wyrobnika, 19 lat, katolika, wyrobnika, 19 lat, katolika, piekarza, 22 lat, katoliczki, służącej, następnie: u 6-letniego katolika nieszczepionego skutkiem powikłania płucnego i ropnego zapalenia ucha; u 17-letniego wyrobnika wyznania mojżeszowego skutkiem postaci zlewającej się; u 24-letniego katolika, wyrobnika nieszczepionego skutkiem formy zlewa-

jącej się i flegmony na obu kończynach dolnych; u dziewczyny l. 28 wyznania mojącego skutkiem postaci zlewającej się; u malarza 41 l. katolika skutkiem ospy krwotocznej; u krawca l. 52 skutkiem rozedmy płuc i przewlekłego zapalenia oskrzeli i sklerozy naczyń.

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Al. Belwederska 21, Błońska 9 (5 przypadków), Browarna 20, Białostocka 5, Ceglana 3, Chłodna 6, 55, Chmielna 58, Dzika 8, Freta 12, Gęsia 73, 79, 89, Gęsta 4, Gnojna 7, Górczewska 39, Grójecka 19, Grzybowska 5, Hrubieszowska 1, Kopernika 10, Krak. Przedmieście 17, 58, Krochmalna 13, 31, 53, 69, 73, Królewska 12, Książęca 1, Leszno 44, 65, 69, 73, 96, 100, Łucka 15, Marszałkowska 146 (2 przyp.), Młocińska 8, Muranowska 40, Miła 53, Nowokarmerlicka 4, Nowołodzka 5, Nowosmocza 57, Niecała 1, Ostrowska 9, Pl. Św. Aleksandra 3, Pańska 16, Sienna 29, 84, Skórczana 6, Smocza 14, Szara 4, Śliska 21, 54, Solec 62, Ś-to Jerska 20 (2 przyp.), Tamka 45, Twarda 1, 13, 27, 31, Towarowa 54, Wolska 1, Wronia 36, Wileza 32 (2 przyp.), Wołyńska 4, Widok 15, Waliców 23 i ze wsi Czyste, Górcze, Ochota, Mokotów i Wola.

R ó z a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 26 (8 m. 18 k.), przybyło nowych 24 (10 m. 14 k.), wyzdrowiało 22 (9 m. 13 k.), zmarła 1 k. l. 64 skutkiem komplikacji flegmoną uda, na miesiąc następny pozostało 27 (9 m. 18 k.).

T y f u s b r z u s z n y. Z ubiegłego miesiąca pozostało 15 (11 m. 4 k.), przybyło nowych chorych 13 (4 m. 9 k.), wyzdrowiało 14 (9 m. 5 k.), zmarło 2 (1 m. 1 k.), na miesiąc następny pozostało 12 (5 m. 7 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy 516 (15 m. 326 dni, 13 k. 190 dni).

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Chłodna 66, Krochmalna 90, Młynarska 17, Ogrodowa 60, Stawki 63, 73 i ze wsi Czyste, Górcze Małkin, Ołtarzew, Ruda Białostocka, Utrata i Służewo.

G o r ą c z k a p o w r o t n a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 5 k., przybyło nowych 1 k. - wyzdrowiało 2 k., przeprowadzona do ogólnego szpitala 1 k., na miesiąc następny pozostało 3 k. Dni szpitalnych przebyli 102.

K a r b u n k u ł z ł o ś l i w y. Z poprzedniego miesiąca pozostał 1 m., przybył 1 m., obaj wyzdrowieli po przebyciu 31 dni szpitalnych.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z ubiegłego miesiąca: 1 k. na zapalenie włóknikowe płuc — wyzdrowiała, 2 (1 m. 1 k.) na uwiad starczy przeprowadzeni do ogólnego szpitala, 1 k. z ogniskowem zapaleniem gardzieli i 1 z ostrą niestrawnością wyzdrowiały, 1 k. z pokrzywką wyzdrowiała.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na: grypę 2 k., 1 wyzdrowiała, 1 pozostała na miesiąc następny, 1 k. na błonicę wyzdrowiała, na biegunkę krwawą 2 k. wyzdrowiały, na gruźlicę 1 k. zmarła.

1 m. z nieokreśloną wysypką na stopach wyzdrowiał, 1 k. na płonicę przeprowadzono do szpitala na Czystem. 5 k. na nieżyt oskrzeli przy dzieciach.

Zamiejscowych chorych przybyło 21 (8 m. 13 k.).

Odmownych biletów chorym, nie kwalifikującym się do szpitala, wydano 27 (8 m. 19 k.) z braku miejsc 10 (7 m. 3 k.).

Badań pośmiertnych dokonano 2.

Śmiertelność miesięczna 5,92%.

Wiadomości bieżące.

— Redakcja Dziennika X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie zawiadamia że: Piąty Numer Dziennika X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oraz obszerny tom sprawozdań z posiedzeń naukowych w sekcjach ukazały się niebawem w druku i będą rozsyłane wszystkim uczestnikom Zjazdu. Dla u-

niknięcia pomyłek, uprasza się wszystkich uczestników Zjazdu, o niezwłoczne nadesłanie swego dokładnego i czytelnego adresu (najlepiej na karcie wizytowej) pod adresem: Administracja Tygodnika lekarskiego Lwów — ulica Sykstuska 1. 8.

SPROSTOWANIE. W Nrze 50 „Medycyny“ na stronicy 954 — kolumna prawa — w wierszu 18 od dołu zamiast „wytworzenie się“ powinno być „poprawę“.

Xeroform

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

Collargol

Wyborny środek leczniczy w chorobach septycznych, w sprawach puerperalnych etc. Do wewnątrzżylnego stosowania (żadnych szkodliwych skutków!) przez odbytnicę i do wewnątrz i jako „Unguentum Credé” do wcierania. Również do leczenia ran, zakaźnych chorób ocznych i do płukania pęcherza.

Creosotal

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

Salit

Płynny związek salicylowy. Tani i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach. Nawet rozcieńczony dobrze przez skórę znoszony. Bez ubocznego działania na narządy wewnętrzne.

Duotal

Duotal „Heyden'a”, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym nieżytom dróg oddechowych.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel na Królestwo Ludwik Freider, Warszawa.

E. Merck**PERHYDROL**

Chemicznie czysta, pozbawiona kwasów, woda utleniona.
30 Proc. na wagę H_2O_2 (= 100 Proc.-objęt) zawierając
w stanie stężonym długi czas utrzymująca się.

Perhydrol

w odpowiednim rozcieńczeniu jest zupełnie nie drażniące i nietrujące desinficiens i desodorans, które okazało się również wybornym środkiem przy leczeniu ran przez swe mechanicznie oczyszczające działanie.

Perhydrol

okazał się bardzo pożytecznym do celów chirurgicznych, ginekologicznych, urologicznych, otologicznych a szczególnie odontologicznych.

Perhydrol

posiada dziesięciokrotną koncentrację zwykłej wody utlenionej (Hydrogen. peroxydat. medic.) Umożliwia lekarzowi przygotowanie sobie w każdej chwili roztworów wody utlenionej o żądanym stężeniu.

Butelki oryginalne po 50 i 200 gramm.

Magnesium-Perhydrol

z 15 i 25 Proc. MgO_2

Magnesiumsuperoxyd o niezwyklej czystości, dostać można w postaci tabletek.

Zink-Perhydrol

z 50 Proc. ZnO_2

W postaci maści jako maść na rany i na oparzenia nadzwyczaj skuteczny.

Literatura i próby do dyspozycji panów lekarzy.

Darmstadt

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność państwowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego użyte Wód.***VICHY CÉLESTINS**Stabochi żółdka,
pęcherza,

dolegliwości wkrzysach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Stabochi wątroby i organów śród wydzielających.

VICHY HOPITALStabochi żółdka i
kiszkiWytwarzany ze soli naturalnej odczynu
i wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Mosiolac trawienia, kwasy dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydająca wyśmienitą wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**UWADZE LEKARZY!!!****Z POWODU ZIAWIAJĄCYCH SIĘ W SPRZEDAŻY RAŻĄCYCH FALSYFIKATÓW SPERMINU
POEHL'a UPRASZAMY O ZWRACANIE UWAGI NA NAZWĘ.****SPERMIN POEHLA**
PROF. D^{ra}
SPERMINUM - POEHLi żądać takowego w oryginalnem opakowaniu Organoterapeutycznego
Instytutu profesora doktora Poehl'a i Synów.

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

**Spermin Poehl'a jest do nabycia we wszystkich aptekach i składach
materyałów aptecznych.**Literaturę o Sperminie Poehl'a i in. Organopreparatach wysyła p. p. Lekarzom bezpłatnie na każde żądanie Insty-
tut organoterapeutyczny, Laboratorium chemiczne i apteka profesora doktora Poehl'a i Synów w Petersburgu.
Wasilewski ostrow 7-a lin. dom wł. Nr. 16 i 18. Najwyższe nagrody (Grands Prix) na wszystkich wystawach między
narodowych oraz najlepsze odezwy autorytetów medycznych.Wszystkie doświadczenia wybitnych
uczonych i lekarzy nad dobroczyn-
nem działaniem Sperminu przy neu-
rastenii, uwiąznię starczym, neura-
stycznej niemocy płciowej, wyczer-
paniu i w wypadkach ciężkich cho-
rób, jak niedokrwiistość, rachitis, po-
dagra, reumatyzm chroniczny, syfilis,
suchoty, tyfus brzuszny, zaburzenia
działalności serca, (myocarditis, o-
tłuszczenie serca), histerya, suchoty
mleczajacierzowego, paraliż i in.

OPUŚCIŁ PRASĘ

KALENDARZ LEKARSKI**D-ra J. Polaka.****TREŚĆ:** Kalendarz ogólny. Lista lekarzy praktykujących w Warszawie i na prowincyi, urzędów i instytucyi lekarskich
w kraju, z wymienieniem składu osobistego zarządów i lekarzy (Towarzystwa lekarskie i higieniczne, szpitale, lecznice,
drogi żelazne i t. p.). Lista lekarzy praktykujących w uzdrowiskach za granicą. Ratownictwo. Otruć. Najwyższe
dawki, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie leków wewnętrzných, wstrzykiwań, wziewań i t. p., kąpiele lecznicze,
rozpuszczalność leków i t. p. Określanie okresu ciąży, tablica rozwoju płodu i t. p.Podręcznik terapeutyczny, w opracowaniu zbiorowem z udziałem d-rów Bączkiewicza (choroby dzieci), Dunina (choroby
wewnętrzne i serca), A. Sokołowskiego (choroby narządów oddychania), Rajchmana (choroby trawienia), Ryohlińskiego
(choroby nerwowe), Kamockiego (choroby oczu), Watraszewskiego (chor. skórne i wener.), Gabszewicza, Kuniewicz i
Kuczyńskiego.

Spis alfabetyczny źrójowisk i uzdrowisk z oznaczeniem cech główných.

Cała treść ułożona na nowo.

Cena egzemplarza w oprawie z 4 notatnikami, ołówkiem i gumą 1 rb. 50 kop., z przesyłką pocztową 1 rb. 60,
z zaliczeniem 1 rb. 70 kop.Do nabycia we wszystkich księgarniach i u wydawcy Nowogrodzka 82, gmach miejskiego Instytutu szcze-
plenia ospy ochronnej.**Zakład Chirurgiczny****D-ra ADAMA PRZYBOROWSKIEGO****Nr 5-a Sewerynow — telef. 3311.**

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie.

D-r Jan Brodzki z Kudowy

b. asyst. excel. prof. LEYDENA

ordynuje zimą

w Héliouan w Egipcie.