

GAZETA LEKARSKA.

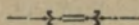
I. PRZYPADEK CIĄŻY ZAMACICZNEJ, ŚRÓDMIĄSZOWEJ.

(*Graviditas extrauterina interstitialis*).

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego w d. 17 paźdż. r. b.].

Napisał

Zygmunt Dukalski [Stawiszyn, gub. Kaliska].



Ciąża zamaciczna w ostatnich 10 latach bywa bardzo często przedmiotem badań klinicznych i zabiegów chirurgicznych. Okazało się, że nie jest ona tak rzadkiem zjawiskiem, jak to poprzednio mniemano; gdy zaczęto bliżej zajmować się tą kwestyą, daleko częściej są ogłaszane oddzielne przypadki takiej ciąży. Mimo to jednak, jak słusznie zauważył ś. p. MATLAKOWSKI [Gaz. Lek. 1892 r. str. 9], ciąża zamaciczna, „zawierając bardzo wiele stron zupełnie niejasnych lub wątpliwych, długo jeszcze nie zejdzie z porządku dziennego“.

Opisany poniżej przypadek z niektórych względów zasługuje na podanie go do wiadomości.

Dnia 11 kwietnia 1898 r. zjawiała się u mnie pani T.; izraelitka, skarżąc się na trwające od 3 tygodni krwawienie z narządów rodnych i, jak sądzi, jest od 4 miesięcy w stanie odmiennym. Chora, lat 36, średniego wzrostu, prawidłowo zbudowana, dobrego odżywiania. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 14 roku i później zjawiała się regularnie w odstępach cztero-tygodniowych, trwając 5—6 dni. Po zamążpójściu typ miesiączki nie uległ zmianie. Odbyła 7 porodów na czasie szczęśliwie, jakkolwiek ciężko, gdyż dzieci bywały duże. Ostatni poród niecałe 3 lata temu. W lipcu 1897 r., będąc w trzecim miesiącu ciąży, poroniła, jak objaśnia, wskutek ciężkiej pracy fizycznej. Przebieg poronienia był zupełnie prawidłowy i następnie miesiączka zaczęła pojawiać się prawidłowo do ostatnich dni listopada 1897 r., kiedy zjawiała się po raz ostatni i nie pokazywała się do drugiej połowy marca 1898 r.; od tej to pory datuje się krwawienie, na skutek którego pacjentka szuka obecnie porady. Zwykle przy każdym zejściu w ciążę pacjentka nie mogła jadać mięsa przez cały przeciąg stanu odmiennego; podczas ostatniego zatrzymania miesiączki także jadać mięsa nie mogła, przeto sądzi, że jest w ciąży, a najwięcej ją niepokoi, że w ostatnich dniach znów pojawia się apetyt na mięso.

Badanie wewnętrzne daje wyniki następujące: z narządów rodnych wydzielina krwawa, błona śluzowa sromu i pochwy prawidłowo zabarwiona, część pochwowa macicy rozpulchniona, jak podczas ciąży, uniesiona wysoko, ujście zewnętrzne przepuszcza koniec wskaziciela; przy dwuręcznem badaniu macicę wyczuwa się powiększoną stosownie do 4 miesięcy ciąży, przyczem macica ruchoma, nie bolesna. Szerokość jednak macicy wydała mi się nieco większą od normalnie w tym czasie spostrzeganej, także sklepienie prawe było więcej przestronne, niż lewe, a macica znajdowała się w lewem bocznem położeniu. Odporność przy ucisku na całej przestrzeni powiększonej macicy była jednakową. Bólów wcale niema. Badanie klatki piersiowej nie wykazuje żadnych zmian przy opukiwaniu i osłuchiwaniu. Tętno serca czyste, tętno dość silne [80]. Z sutek daje się wycisnąć przezroczysty płyn. Stolce prawidłowe, regularne. Zaburzeń w oddawaniu moczu niema.

Na mocy wywiadów i badania przyszedłem do przekonania, że pacjentka jest od 4 miesięcy w ciąży i że trzeba się obawiać przerwania tej ciąży; na razie nie mogłem sobie wytłómaczyć tej zwiększonej szerokości macicy, jaka wyraźnie zaznaczała się przy badaniu wewnętrznem. Ponieważ bólów nie było, a krwawienie było nader umiarkowane, przypuszczałem, że zaczyna się dopiero oddzielanie jaja płodowego i że jeszcze możebne będzie leczenie zachowawcze; przeto zaleciłem pacjentce położenie się na kilka dni do łóżka, następnie zachowanie się ostrożne, a do wewnątrz *extr. fluid. Viburni prunifolii*; gdyby jednak nastąpiło poronienie, płód miano mi przedstawić do obejrzenia.

Przez 6 tygodni nie miałem o chorej żadnej wiadomości. Powtórnie zgłosiła się dopiero d. 2 czerwca t. r. i opowiedziała, że krwawienie na kilka dni przestawało i znów zjawiało się i że stan ten trwa do tej pory, bólów żadnych nie miewa, brzuch nie powiększa się i ruchów płodu pacjentka nie czuje; z narządów rodnych pokazywały się małe skrzepy krwi, które dawały się rozcierać między palcami. Czuje się wogóle zdrową, mięso możejadać, wypróżnienia są regularne; niepokoi ją tylko to długotrwałe krwawienie.

Przy badaniu wewnętrznem znalazłem: rozpulchnienie części pochwowej macicy znacznie mniejsze i część pochwowa stoi nisko; przy badaniu dwuręcznem przez sklepienie lewe, więcej ku przodowi, wyczuwa się guz twardy, wielkości dużej cytryny, stanowiący jednostajną całość z macicą, jakby wlepiony w macicę; objętość macicy w kierunku na prawo i ku dołowi wyraźnie mniejsza, a macica mniej twarda. Guz wraz z macicą można dość swobodnie przesuwac z boku na bok. Tylko w okolicy owego guza chora odczuwa lekki ból przy ucisku. Ujście maciczne zewnętrzne drożne dla końca wskaziciela; z macicy sączy się płyn śluzowo-krwisty, niecuchnący; badania jamy macicznej zgłębnikiem nie mogłem skutecznie, gdyż chora na to nie zgodziła się.

Na mocy objawów, znalezionych przy obu badaniach, przyszedłem do przekonania, że ciąża została przerwana i mam do czynienia z poronieniem przewlekłym. Nie mogłem stanowczo przypuścić, bym miał do czynienia z macicą dwurozną (*uterus bicornis unicolis* i z przerwana ciążą w rogu szczątkowym),

gdyż guz stanowił jakby jedną całość z macicą; jednak stanowczo wyłączyć tego przypuszczenia także nie mogłem. Opierając się jednak na zauważonej, przy pierwszym badaniu chorej, nadmiernej szerokości macicy, [następnie uwydatnieniu się guza i umiejscowieniu jego, przyszedłem do przekonania, że to jest przerwana ciąża jajowodowo-maciczna (*graviditas tubo-uterina*). Wobec takiego przypuszczenia zaleciłem chorej, aby udała się do specjalisty i aby ewentualnie poddała się operacji. Mężowi i siostrze pacjentki wręcz powiedziałem, że ciąża rozwinęła się „w moim miejscu“ i dlatego się przerwała, nie mogę im zaręczyć, jaki obrót weźmie choroba, ze względu jednak na groźące niebezpieczeństwo stanowczo radzę zasięgnąć rady specjalisty; przytem wskazałem im najbliższą lecznicę D-ra Świącickiego w Poznaniu. Umówione było, że chora, jadąc do Poznania, zabierze list mój z opisem przebiegu cierpienia. Tymczasem po przygotowaniu list nikt się nie zgłosił, a ja o chorej nie wiedziałem aż do połowy lipca, gdy na raz dowiaduję się, że owa chora powróciła po operacji z miasta zagranicznego Y. [mówiono o wyskrobaniu macicy] zupełnie zdrowa i *urbi et orbi* głosi o wielkości zagranicznej medycyny i o mojem błędnem rozpoznaniu.

Jakkolwiek nieprzyjemnem mi to było, że rozpoznanie, nad którym wielokrotnie się zastanawiałem, nie sprawdziło się, jednak zacząłem się godzić z rzeczywistością, widząc, że pacjentka jest zdrową i oddaje się zwykłym zajęciom.

Aż tu na raz d. 25 lipca w południe zawezwano mnie do pani T. z powodu silnego krwotoku. Krwawienie wystąpiło nagle wśród zupełnego zdrowia, gdy chora siedziała przy obiedzie. Z powodu silnego krwotoku i lekkiej zapaści nie miałem czasu na badanie chorej, a niezwłocznie przystąpiłem do zatamponowania pochwy, wstrzyknąłem pod skórę ergotynę i zająłem się usunięciem zapaści.

Gdy chora przyszła do siebie, opowiadała mi, że, przestraszona mojem rozpoznaniem, cierpienia, jakiś czas oczekiwała poprawy przez siły natury; nie mogąc się jednak doczekać tego, gdyż krwawienie ciągle się ponawiało i zaczęła czuć pewne osłabienie, udała się do jednego z lekarzy w okolicy, który jakoby twierdził, że poronienie już musiało się odbyć i że trzeba zrobić wyłyżeczkowanie błony macicznej, co chciał uskutecznić, chora jednak nie chciała się zdecydować na to i, ulegając namowom krewnych i znajomych, prawiących jej cuda o pomocy lekarskiej w mieście zagranicznym Y., udała się do miasta Y. na klinikę uniwersytecką, gdzie nareszcie zdecydowała się na operację, która dokonana została d. 13. VII. Dnia 16. VII. wyszła z kliniki, a dn. 19 lipca wyjechała z miasta Y. napowrót do domu; na potwierdzenie słów swoich pokazała mi „*Entlassung-Schein*“, który w dosłownej kopii brzmi: „*Die am 12 Juli 1898 wegen Unterleibesleidens in die Klinik aufgenommene Frau T... ist heute als geheilt entlassen worden. Ausgetragen Y. den 16. VII. 1898*“ pieczęć i podpis [za dyrektora kliniki podpisany asystent]. Z dalszego opowiadania chorej dowiedziałem się, że po wyjściu z kliniki, jako zdrowa, odbyła parogodzinną podróż koleją żelazną, a potem 24 kilometry końmi na zwykłym wozie, przy czem krwawienia wcale nie było; 22 lipca, a więc w dziesięć dni po operacji,

pokazały się plamki krwawe na bieliźnie, d. 23 lipca lekkie krwawienie, d. 24 lipca nie było wcale krwawienia, aż dopiero obecnie d. 25 lipca ten nagły krwotok.

Ponieważ nie badałem chorej dokładnie przed zatamonowaniem, przypuszczałem, że krwotok powstał wskutek wiotkości macicy po wyłyżeczkowaniu, chociaż już 12 dni upłynęło od operacji.

Po zatamonowaniu zjawiły się peryodyczne bóle w dolnej części brzucha, stopniowo potęgujące się w swej sile. Koło godziny siódmej przed wieczorem tegoż dnia zostałem ponownie wezwany do chorej, ponieważ bóle ogromnie się wzmożyły, prawie nie opuszczały wcale. Po przybyciu na miejsce znalazłem chorą w stanie dość dobrym, nieco zmęczoną bólami, które po gwałtownym nasileniu na raz ustały na jakie 5 minut przed mojem przybyciem. Postanowiłem tampon usunąć, by zbadać chorą dokładnie.

Gdy sam przygotowywałem się do owego badania i ewentualnego ponownego zatamonowania, obecna przytem akuszerka usunęła tampon, nieco przemokły krwią i przyklejony do tamponu ciemno-czerwony skrzep, wielkości gęsięgo jaja. Skrzep kazałem zachować do zbadania, a teraz zająłem się chorą, gdyż spodziewałem się ponownego krwawienia. Tymczasem krwawienia wcale nie było, przez powłoki brzuszne wyczuwa się dobrze skurczoną macicę poza spojeniem łonowem, a przy badaniu dwuręcznem na miejscu dawniej wyczuwanego guza wyraźne zagłębienie, nieco większe od innych części macicy; jamy macicy nie badałem palcem, by nie narażać chorej na zakażenie. Opatrzywszy chorą, jak zwykle położnicę, przystąpiłem z ciekawością do obejrzenia owego skrzepu. Cała jego zewnętrzna powierzchnia pokryta młotstwem skrzepów, konsystencya wszędzie jednakowo twarda, przypominająca twardość wątroby przy *cirrhosis*, tak, że nie daje się nigdzie rozerwać palcami; po przecięciu wylało się niewiele brunatnego, nie cuchnącego płynu i wypadł zarodek zmacerowany, gliniasto-żółtego koloru z całym sznurkiem pępkowym, długości 12 ctm., przyczepionym do wnętrza worka; płci zarodka rozpoznać nie można, wszystkie kończyny rozwinięte wyraźnie; grubość ścian worka wynosi 4—6 milimetrów; cuchnącego zapachu nie zauważa się. Preparat ten, zachowany w spirytusie, pokazywałem obecnym kolegom na posiedzeniu, gdyż mimo przepisów rytualnych uzyskałem na to zezwolenie.

By nie powracać więcej już do chorej, nadmienię, że stan położowy przeszedł u niej zupełnie prawidłowo bez najmniejszego podniesienia ciepłoty ciała; po dziesięciu dniach wstała, a d. 15 sierpnia, a więc w 20 dni po poronieniu, miałem sposobność ją zbadać i wtedy znalazłem macicę w lekkim tyło-pochyleniu, dość dobrze zwijającą się; owo zagłębienie, zauważone przy badaniu zaraz po poronieniu, było bardzo mało widoczne. Żadnych danych dla macicy dwurożnej ani zaraz po poronieniu, ani obecnie nie mogłem stwierdzić.

Chcąc się przekonać, czy rzeczywiście była robiona jakakolwiek operacya, napisałem list do dyrektora kliniki w mieście Y., w którym to liście, podając kopię owego „*Entlassung-Schein*“, prosiłem o zawiadomienie mnie, jakie było rozpoznanie i leczenie pacjentki, znajdującej się obecnie w mojej kuracyi;

nadmieniłem, że o przebiegu cierpienia zawiadomię później; list mój pisany był w języku łacińskim. W dniu 3 sierpnia otrzymałem następującą odpowiedź: „*Morbus feminae X. erat endometritis post abortum. Therapia: Excochleatio, irrigationes. Prof. X.*“.

W dniu 4 sierpnia wysłałem drugi list także w języku łacińskim do profesora X.. W liście tym opisałem dalszy przebieg cierpienia i dodałem całą anamnezę choroby. Ciekaw byłem wiedzieć, jak zapatrywano się na ów guz macicy i czy przy dokonywaniu wyłuszczekowania nie natrafiono na jakie nieprawidłowe zjawiska. W ciągu 2 miesięcy nie otrzymałem żadnej odpowiedzi, przeto w dniu 5 października wysłałem list rekomendowany, stanowiący kopię poprzedniego.

Dnia 10 października otrzymałem od prof. X. następującą odpowiedź: „*Ihr Fall ist in hohem Masse interessant, nur für mich nicht in jeder Beziehung klar; deciduale und choriale Abortreste wurden ausgeschabt und das Cavum Uteri nur 9 ctm. (!) lang befunden worden. Anderseits ist das Foetus zu gross, als dass man an eine erneute Schwangerschaft denken koennte. Da die Ausschabung von einem sehr gewandten Assistenten gemacht ist, so moechte ich bis auf weiteres den Gedanken an einen Uterus septus mit Schwaengeruny beider Haelften aufrecht halten.*“.

Z przypuszczeniem prof. X. trudno mi się zgodzić. Wszak w ciągu czterech prawie miesięcy miało miejsce zatrzymanie miesiączkowania i istniały wszelkie objawy ciąży, następnie przeszło 3 miesiące trwało krwawienie, jednak przez cały ten czas nigdy nie odchodziły kawałki, ani chora nie doznawała bóleści.

Gdybyśmy zatem mieli do czynienia w danym przypadku z macicą rozdzieloną (*uterus septus*) i z ciążą w obu połowach macicy, jednocześnie powstałą, to poronienie z prawej połowy macicy musiałyby nastąpić we wcześniejszym okresie ciąży, aniżeli po 4 miesiącach, żeby mogło odbyć się bez zwrócenia uwagi chorej, która już raz przechodziła poronienie i pilnie śledziła wydzieliny z narządów rodnych.

Przypuśćmy nawet, że poronienie z prawej połowy macicy zostało przeoczone przez chorą, to jednak na mocy przebiegu całego cierpienia musimy przyjść do przekonania, że i w lewej połowie macicy nastąpiło przerwanie ciąży po czterech miesiącach jej trwania i mieliśmy do czynienia z poronieniem przewlekłym; potwierdza to wielkość poronionego płodu i maceracja zarodka. W takim razie krwawienie byłoby uwarunkowane: z jednej strony zapaleniem błony macicznej po poronieniu w prawej połowie macicy, a z drugiej strony odbywającym się przewlekłym poronieniem w lewej połowie. Przy zupełnie zatem rozdzielonej macicy dokonane w klinice wyskrobanie prawej połowy macicy nie usunęłoby krwawienia, a zmniejszyłoby je tylko, gdyż poronienie w lewej połowie odbywało się po dawnemu. Tymczasem po dokonaniem wyskrobania krwawienie powstrzymało się przez dni 10 [operacja była zrobiona dn. 13 lipca, a pierwsze plamy krwi pokazały się dn. 22 lipca]. O badaniu błon wyskrobanych niema żadnej wzmianki, a takie badanie mogłoby być wykazać, czy owe błony zawierały strzępki kosmówki, czy nie, ewentualnie mogłyby być rozstrzygnięte rozpoznanie.

Podjezwając obecność macicy rozdzielonej, przypuszczać można, że ciąża w obu połowach rozwinęła się nie jednocześnie; lecz późniejszemu powstaniu ciąży w lewej połowie macicy już po odbytem i przeoczonym poronieniu prawej połowy przeczy wielkość poronionego jaja płodowego, maceracya zarodka i subiektywne objawy ciąży u chorej.

Najprawdopodobniejszym wydaje mi się następujące przypuszczenie: pacjentka zaszła w ciążę w ostatnich dniach listopada 1897 r., przyczem zapłodnione jajko wskutek bliżej nieznanych powodów usadowiło się w odcinku tej części jajowodu, który jest otoczony ścianą macieczną (*isthmus*); być może, przyczyna tego niewłaściwego usadowienia się kryje się w odbytem poronieniu w lipcu 1897 r.. Ciąża rozwijała się prawidłowo przez prawie 4 miesiące, jako ciąża zamaciczna, śródmiąższowa (*graviditas extrauterina interstitialis*); macica, jak wiadomo, w takich razach, podlega zwykłym zmianom, właściwym ciąży prawidłowej. Wskutek warunków, prawdopodobnie anatomicznych, ciąża przerwała się i wtedy wystąpiło krwawienie. Badając chorą pierwszy raz w początkach owego krwawienia, nie można było przyjść do żadnych pozytywnych danych; dopiero przy powtórnym badaniu większa wyrazistość i umiejscowienie guza i objawy przerwanej ciąży pozwoliły utrwalić powyższe rozpoznanie. Nie będę zatrzymywał się dłużej nad kwestyą, dlaczego w klinice inaczej rozpoznawano cierpienie, gdyż wyjaśnić żadnych nie przytoczono. Prawdopodobnie wskutek zbyt pospiesznego badania, niedokładnej znajomości przebiegu choroby i krótkiej obserwacji chorej [w klinice chora przebyła tylko 4 dni] ciąża owa została nierozpoznana. Wydłużenie jamy macicy aż do 9 ctm., znalezione przy operacyi, jest zupełnie naturalnem zjawiskiem, gdyż i przy ciąży zamacicznej macica ulega powiększeniu. Szczegółów dokonanej operacyi nie przytoczono, prawdopodobnie nie natrafiono przy skrobaniu na żadne przeszkody, co wydaje się możebnem ze względu na usadowienie się płodu. Po wyskrobaniu błony doczesnej macicznej krwawienie powstrzymało się przez dni 10, a poronienie odbyło się drogami naturalnemi, które widocznie najdośćępniejszymi okazały się wskutek anatomicznego usadowienia się płodu. Czy mieliśmy do czynienia w danym przypadku z ciążą śródmiąższową (*graviditas interstitialis*), czy z ciążą śródścienną (*graviditas intramuralis*), jak rozróżnia HENNIG, sądzić trudno i dla celów klinicznych jest to mniej ważne. Zejście ciąży śródmiąższowej w powyżej opisanym przypadku już niejednokrotnie było obserwowane. Z 22 przypadków ciąży śródmiąższowej, zebranych przez ZMIGRODZKIEGO, w 5-ciu poronienie odbyło się drogami naturalnemi między 4—6 miesiącem.

W piśmiennictwie lekarskiem polskiem znalazłem następujące prace, traktujące o ciąży zamacicznej śródmiąższowej: „Przypadek ciąży zamacicznej śródściennej“ D-ra J. ROSENTHALA [Gazeta Lekarska. 1896 r. str. 1109], w której uwzględniona jest literatura omawianej ciąży; „Kilka uwag o ciąży śródmiąższowej“ Fr. KOŚMIŃSKIEGO [Przegląd Lekarski. 1897 r. Nr. 39 i 40]; i „Przypadek ciąży zamacicznej śródmiąższowej prawej“ M. WARSZAWSKIEGO [Kronika Lekarska. 1897 r. zeszyt XIX. str. 377], operowany przez D-ra

NEUGEBAUERA. Warunki lokalne niech mię wytlómaczą, że nie uwzględniam literatury obcej.

Z KAZUISTYKI CHORÓB WIEKU DZIECIĘCEGO.

II. PRZYPADEK PORAŻENIA NERWU TWARZOWEGO

u małego dziecka.

Podał

Józef Jaworski,

b. ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha

Rozpoznanie porażenia nerwu twarzowego u dziecka przedstawia pewne trudności, które tem są większe, im młodszy jest osobnik, dotknięty tem cierpieniem. Nie wypada przedewszystkiem zapominać i tego, że ruchy mimiczne u niemowląt z pełną twarzą prawie nie istnieją. Aby uchwycić niemożność zamknięcia oka, trzeba badać dziecko we śnie, a skrzywienia ust spostrzegać można dokładnie dopiero podczas płaczu dziecka, z drugiej strony — posiadać pewne dane, co do ruchów języka, smaku u bardzo małych dzieci, staje się wprost niepodobieństwem. Dla tego niektórzy autorowie, zajmujący się chorobami nerwowymi wieku dziecięcego, jak np. D-r BÉZY¹⁾, rozróżniają osobny typ porażenia nerwu twarzowego u dzieci, zowiąc go: typem ukrytym (*dissimulé*). Tę postać porażenia nerwu twarzowego — mówi wspomniany autor — rozpoznaje zazwyczaj dopiero lekarz, ponieważ rodzina nie przypuszcza czegoś podobnego. Zwykle objawia się to u ssawca, który pierś ssie z trudnością, a matka niesie go do lekarza, żądając podcięcia języka; albo też otoczenie spostrzeżę, że od pewnego czasu „dziecko ma śmieszna twarz“, lub, że ma krzywe usta, lub, że, gdy śpi, jedno oko pozostawia otwarte. To też D-r BÉZY twierdzi, iż, wobec tych trudności, przypadki lekkiego porażenia nerwu twarzowego przebiegać mogą wprost niepostrzeżenie, zwłaszcza przy małostaranem otoczeniu, a dwustronne porażenie — przedstawia wielkie trudności rozpoznawcze.

Gdy wyłączymy porażenia nerwu twarzowego, pochodzenia urazowego, spotykane u noworodków—od kleszczy akuszeryjnych, okaże się, iż cierpienie to u dzieci powstaje prawie zawsze z tych samych przyczyn, co i u dorosłych. Nie rozpatrując w tem miejscu przyczyn wewnątrz-czaszkowych [nowotwory na podstawie czaszki, wysięki oponowe], a także spraw śródkostnych [zapalenie i próchnienie kości skalistej, zapalenie ucha wewnętrznego i środkowego,

¹⁾ *Traité des maladies de l'enfance* publiée sous la direction de M. M. J. GRANCHER, J. COMBY, et MARFAN. T. IV. 1898. Paralyse faciale par le D-r BÉZY.

krwotoki w wodociągu FALOPPIUSZA i t. d.], zatrzymam się tylko na przyczynach, które stosownie do umiejscawiającego się cierpienia uważać można za powierchowne. Do takich — jak wiadomo — przedewszystkiem należą: obrzmienie gruczołu przyusznego i przyległych gruczołów chłonnych, uszkodzenia przypadkowe lub chirurgiczne, wreszcie względnie częsta przyczyna — działanie zimna na twarz. Obrzmienie gruczołu przyusznego i przyległych gruczołów chłonnych zdolne jest wywołać porażenie nerwu twarzewego, głównie jednak w razie sprawy nowotworowej w tych gruczołach, co znów do rzadkości w wieku dziecięcym należy. Uszkodzenia, raczej urazy — jak wyżej nadmienilem — są przyczyną porażen nerwu twarzewego, właściwą noworodkom, w pewnych niekorzystnych warunkach, przy pomocy kleszczy akuszeryjnych, na świat przychodzącym. Istotna przyczyna powstania tą drogą bezwładu twarzewego u noworodków pozostaje przedmiotem jeszcze dociekań, a nie dawniej jak w lipcu r. b., na posiedzeniu Paryskiego Towarzystwa Akuszeryjnego, TISSIER¹⁾ wszczął dyskusję w tym przedmiocie i wypowiedział zdanie, że ów bezwład powstaje wskutek ucisku łyżek kleszczowych na sklepienie czaszkowe, t. j., że zależy od działania na ośrodki nerwowe. Nie zastanawiając się dłużej nad tą sprawą, jako nie mającą bezpośredniego związku z moim przypadkiem, zauważę, iż teorya ta, rzeczywiście tłómaczyć może rzadkość paraliżów twarzewych przy użyciu prawidłowem kleszczy.

Porażenia wskutek działania zimna, tak zwane reumatyczne, występować mogą w każdym okresie wieku dziecięcego, według zaś B. SACHS'a²⁾ wydarczają się jednak rzadko przed 3-im rokiem życia, a najczęściej między 6-ym i 15-ym. Najmłodsze dziecko z porażeniem nerwu twarzewego, jakie widział wzmiankowany newyorski profesor SACHS, miało 9 miesięcy. Dziecko, obserwowane przezemnie z powodu takiego porażenia nerwu twarzewego, miało 12-ty miesiąc. Dziecko to w kilka dni po zachorowaniu widział wspólnie ze mną wice-prezes WŁ. GAJKIEWICZ, [a w d. 6 września r. b. demonstrowałem je na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek.

Historya choroby tego przypadku w streszczeniu jest następująca:

W drugiej połowie sierpnia r. b. wezwany zostałem do chorego dziecka, które od dwu dni — według słów matki — chwyta pierś i ssie ją z pewnym wysiłkiem. Jest to 12-miesięczna dziewczynka, 1-sze dziecko, młodych i zdrowych rodziców; przyszło ono na świat bez pomocy akuszeryjnej; karmione jest piersią matczyną; dotychczas na żadne poważniejsze cierpienia nie zapadało. Przy badaniu znajduję: stan bezgorączkowy i taki był przez cały czas choroby, tętno 85 uderzeń na minutę; dziecko, na wiek swój rozwinięte dobrze; powłoki nieco blade; układ kostny nie wykazuje śladów krzywicy, dziecko posiada już 4 pierwsze zęby trzonowe oraz siekacze boczne; tkanki tłuszczowej

¹⁾ Paralysis faciales d'origine centrale consecutives aux mauvaises applications de forceps. *Annales de Medicine et Chirurgie infantiles*, Nr. 18, 15 Septembre. 1898.

²⁾ B. SACHS. Tłómaczenie niemieckie ONUFROWICZA p. n. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters*. Leipzig u. Wien. 1897.

ilość dość znaczna; gruczoły chłonne szyjowe, podszczękowe—nie wyczuwalne; wypływu z nosa nigdy nie było. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian chorobowych stwierdzić mi się nie udaje. Źrenice równomiernie się rozszerzają. Usposobienie dziecka, według zapewnień matki, wyraźnej zmianie nie uległo; sypia ono dobrze, łaknienie ma nie mniejsze, niż poprzednio, chwilami tylko zdradza pewną niecierpliwość, warunkowaną—jak matka twierdzi—pewną trudnością przy ssaniu. Przyczyny tego objawu otoczenie wskazać nie umie, stwierdza tylko, iż wystąpił on od razu, niepostrzeżenie.

Nawet przy uważnem oglądaniu nie udaje się spostrzedz zmiany rysów twarzy, jakiejś niemiarowości; dopiero podczas płaczu dziecka występuje nadmierna czynność mięśni czoła i *corrugatoris supercilii* na prawej stronie twarzy gdy przeciwnie strona lewa okazuje brak jej zupełny. Przy krzyku i podczas płaczu dziecka uwydatnia się przekrzywienie twarzy w całej pełni: kąt ust po stronie lewej opuszcza się ku dołowi i na wewnątrz, gdy po stronie prawej unosi się ku górze i na zewnątrz, a nos i bródka zbaczają również ku stronie prawej. Ten ostatni objaw jeszcze wyraźniej występuje przy ssaniu piersi. Przy czynności tej lewy kąt warg tworzy jakby rozwartą szparę. Wobec powyższych danych nie ulegało wątpliwości, iż mam przed sobą lewostronne porażenie nerwu twarzowego.

Przepisawszy salicylan sodu z jodkiem potasu, poleciłem uważnie śledzić podczas snu układ powieki lewego oka. Nazajutrz—rzeczywiście objaśniono mi, iż dziecko spało z niedomkniętem lewem okiem, a wkrótce i sam oświadczył mi możliwość przekonania się o porażeniu mięśnia okrężnego lewej powieki. W dalszym przebiegu cierpienia ten układ powiek lewego oka wystąpił o wiele wyraźniej i można go było zauważyć nawet, gdy dziecko nie spało. Do objawu tego (*lagophthalmus*) przyłączyło się wkrótce i obfite łzawienie (*epiphora*).

Jak widać z powyższego opisu, porażenie zajęło mięśnie czoła, powiek, nosa, policzka i warg. Badanie porażonych mięśni na odczyn elektryczny wykazało, że oddziaływają nieco słabo na prąd przerywany, prawidłowo zaś na prąd galwaniczny.

Pragnąc się upewnić co do stanu narządu słuchowego, prosiłem kol. GURANOWSKIEGO o zbadanie ucha dziecka, a odnośne badanie wykazało brak jakichkolwiek zmian chorobowych w tym narządzie.

Wprawdzie w przypadku powyższym nie mieliśmy widocznej przyczyny powstania choroby, należy jednak przypuścić, iż momentem wywołującym, pomimo że wydarzyło się to w lecie, było działanie zimna, przeciągu. Często okazuje się trudnem, mówi wspomniany już wyżej prof. SACHS, wynaleźć istotną przyczynę porażenia nerwu twarzowego u dzieci, ale i wobec takich okoliczności najprawdopodobniejszą przyczyną bywa zaziębienie. Naturalnie dodam, iż przedewszystkiem wypada baczyć na ewentualność istnienia przyczyn porażenia natury ośrodkowej, a nawet przy wyłączeniu ich tylko dłuższa obserwacja i przebieg zamego przypadku potwierdzić może rozpoznanie, że porażenie jest pochodzenia obwodowego. Co do symptomatologii, to w moim przypadku nie mogłem zauważyć objawu, który niemal jako patognomicz-

ny podaje West dla porażenia nerwu twarzowego u ssawców, mianowicie, że ssanie piersi przy tem porażeniu staje się dla dziecka niemożliwym.

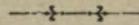
W końcu nadmieniam, że przypadek ten pod względem przebiegu należał do względnie lekkich; objawy bowiem porażenia ustąpiły po trzytygodniowym stosowaniu bądź samego prądu faradycznego, bądź w połączeniu z masażem.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ RADCY DWORU PROF. RYDYGIERA WE LWOWIE.

II. O ZNIECZULANIU MIEJSCOWEM I GRANICACH JEGO STOSOWANIA.

Napisał

D-r M. W. Herman.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 52].

Spostrzeżenia te potwierdził na drodze doświadczalnej WELTHARD ¹⁾, zapobiegając każdym razem zakażeniu otrzewnej, gdy w nią razem z paciorkowcami wlewał roztwory soli kuchennej.

Doświadczenia W. ŁEPKOWSKIEGO ²⁾ przemawiają także za niekorzystnym wpływem kokainy na bakterye. Według tych badań, 1% roztwór kokainy, dodany do pożywek, upośledza znacznie rozwój bakteryi, a 3% znosi go zupełnie.

SPENCER WELLS jednak myśli o 0,6% roztworze soli, a ŁEPKOWSKI o 3% kokainy, tu zaś mamy 2% soli i w najlepszym razie 0,2% kokainy; więc słusznie powątpiewać można o jałowości roztworów SCHLEICH'a.

Kwestyą tą zajął się jeden z pierwszych HOFMEISTER (l. c.). Odstąpiwszy od dodawania kwasu karbolowego, nie chciał płynu gotować, obawiał się bowiem rozkładu alkaloidów. Zadowolił się zatem przyrządzeniem świeżo do każdej operacyi płynu i to wśród ścisłych przepisów aseptyki. Obaw HOFMEISTER'a nie dzieli MEHLER ³⁾, który wyjąławia płyn SCHLEICH'a, gotując go w odpowiednio zmienionym przyrządzie SOXHLET'a. Nie wdając się w badania chemiczne, praktycznie przekonał się, że gotowanie nie wpływa niekorzystnie na własności znieczulające. Wprowadził on nadto tę nowość, że stosownie do numeru roztworu, zabarwia go fuksyną karbolową, błękitem metylenowym i t. p. W ślad za MEHLER'em poszedł H. REICHHOLD *jun.* ⁴⁾; on również gotuje płyny i wygotowane całymi miesiącami przechowuje w stanie jałowym i tymi płynami osiągał również dobre znieczulenie. Nie można je-

¹⁾ Ctrbl. f. Bakteriol. Bd. XII. S. 372.

²⁾ O zastosowaniu kokainy w dentystyce i działaniu jej na ropotwórcze drobnoustroje. Nowiny Lek. 1894. Nr. 1 i 2

³⁾ Ueber Infiltrationsanästhesie. Münch. med. Wochenschr. 1896. Nr. 45 i 46.

⁴⁾ Zur Schleichschen Infiltrationsanästhesie. Münch. med. Woch. 1897. Nr. 42.

dnak przypuścić, aby gotowanie pozostało bez wpływu na skład chemiczny płynu SCHLEICH'a. Kokaina, gotowana w roztworze wodnym, rozkłada się, przyjmując drobiny wody, na benzoylękonin i alkohol metylowy.

Sprawą aseptyczności płynu SCHLEICH'a zająłem się przy koleżeńskiej i bardzo życzliwej pomocy D-ra P. KUCZERY. Płyn SCHLEICH'a, przed kilkoma miesiącami przygotowany, zawierał, obok pleśni z gatunku *penicillum*, także i prątek niechorobotwórczy *bacillus aerogenes*. Kilkakrotnie jednak badany świeżo przygotowany roztwór w naczyniach wyjałowionych i na przegotowanej wodzie, szczepiony na rozmaite pożywki, okazywał się stale jałowym, chociaż przed szczepieniem wstawiałem go na 2 doby do termostatu. Taki aseptyczny płyn SCHLEICH'a stanowi złą pożywkę dla bakterii; rozlany bowiem w próbki i zakażony obficie prątkami wąglika, tyfusu, niebieskiej ropy i gronkowcem, po kilku dobach nie okazywał wcale wzrostu bakterii, lecz też i nie zabijał ich. Z tych bowiem próbek szczepiłem z dodatnim wynikiem na agarze, bulionie i t. d.. Jedynie gronkowiec zginął w tym płynie. Jeżeli dodać do bulionu 10, 25 lub 50% płynu SCHLEICH'a, to w takich mieszankach prątki ropy błękitnej szybko i obficie wzrastają.

Z tych zatem doświadczeń teoretycznych, jako też z praktyki w naszej klinice i z literatury wyprowadzam następujące wnioski:

1) Płyn SCHLEICH'a, przyrządzony na świeżo przegotowanej, przekroplonej wodzie i w naczyniach wyjałowionych, z zachowaniem innych ścisłych przepisów aseptyki [czystości rąk, czystości przy ważeniu proszków i t. d.], może być uważanym za jałowy.

2) Zanieczyszczony przypadkowo drobnoustrojami staje się zupełnie nieodpowiednim do użytku; bakterii tych bowiem nie zabija.

3) Takie zatem nieaseptycznie przyrządzane roztwory potrzeba wyjałowić. A ponieważ tu dodawanie ciał chemicznych lub wysoka ciepłota nie nadają się, przeto za najodpowiedniejsze uważam t. z. frakcyonowane wyjałowienie-TYNDALL'a, t. j. pozostawianie flaszeczek, napełnionych w ciepłocie 56—58° C., przez 4 godziny i powtarzanie tej procedury przez cały tydzień lub, skracając, w 65° C. po 3 godziny przez 3 dni z rzędu.

Zwyczajne strzykawki PRAVAZ'a lub też 5-cio i 10-cio gramowe z poprzeczną beleczką u górnej nasadki nadają się nam zupełnie i nie czujemy potrzeby specjalnych jakichś narzędzi, jak je zalecali SCHLEICH, RUGE ¹⁾, BRAUN ²⁾ i inni. Każda strzykawka z tłokiem dobrze chodzącym nadaje się zupełnie do tego celu. Tylko w tkankach twardych, bliznowatych zdarza się czasem, że igiełka zesunie się ze strzykawki, czemu z pewnością zapobiegłoby bagnetowate zamknięcie nasadki igły. Przed użyciem strzykawkę należy wyjałowić, a skuteczniamy to albo przez moczenie w 5% roztworze kwasu karbolowego, albo przez wygotowanie.

¹⁾ Ref. w Centr. f. Chirurg. 1897. Nr. 24.

²⁾ Centr. f. Chirurg. 1897. Nr. 17.

Sposób drugi pewniejszy, lecz nie zawsze może być użytym, gdyż nie każda strzykawka nadaje się do wygotowania. Idealną pod każdym względem jest strzykawka cała ze szkła [t. j. ze szklanym tłokiem], jakie wyrabiają w Paryżu¹⁾. Ponieważ napełnianie strzykawek wprost z buteleczki jest niewygodne i nieaseptyczne, przeto wylewamy płyn na szkiełka zegarkowe, które gotuje się wraz z narzędziami przed operacją.

Dlaczego takich, a nie innych rozczyńców SCHLEICH użył, sam tłumaczy w ten sposób: 0,2% rozczyńca soli kuchennej sprawia, że samo wstrzykiwanie w skórę jest niebolesnem, a po chwili w miejscu nacieczonem powstaje analgezya. Rozczyn fizyologiczny 0,6% da się wprowadzić wstrzykiwać bez bólu, lecz pozostawia nietkniętem czucie w zakresie nacieczonych tkanek. Ztąd pochodzi, że tkanki obrzękłe w przeróżnych stanach patologicznych żadnego czucia nie tracą, patologiczne bowiem przesiąki zawierają około 0,6% soli. Stopień koncentracji kokainy jest zupełnie wystarczającym do zniesienia czucia bólu [wedle bowiem badań SCHLEICH'a już rozczyń 0,02% kokainy znieczuliła dokładnie w okolicy nacieczonej] i leży jeszcze w strefie t. zw. czysto znieczulającej, bez wywoływania bólu w czasie wstrzykiwania. Dodana morfina zapobiega bólowi pooperacyjnemu.

W metodzie tej, obok chemicznego wpływu na nerwy, działają znieczulająco i inne czynniki: 1) sztucznie wywołany obrzęk tkanek i to płynem, zawierającym 0,2% soli kuchennej; 2) bezkrwistość w całym nacieczonym zakresie; 3) wysoki ucisk płynu, gwałtownie w przestrzenie międzytkankowe wtłaczanego; 4) niska ciepłota płynu wstrzykiwanego, trzeba bowiem zawsze dbać o to, aby ciepłota płynu nie przekraczała ciepłoty pokojowej.

Co do techniki wstrzykiwania, trzymamy się przepisów SCHLEICH'a z opuszczeniem znieczulania miejsca pierwszego wkłucia, do czego SCHLEICH zaleca chlorek etylu, kroplę zgęszczonego rozczyńca kwasu karbolowego lub kryształek kokainy. Ten wstępny akt opuszcza także wielu innych lekarzy [HOFMEISTER, BRAATZ, E. BRAUN²⁾]. Znieczuliła się najpierw skórę, wstrzykując w nią samą, a potem przez skórę nasiąka się warstwy głębsze. Przed otwarciem jamy brzusznej znieczulamy najpierw całą grubość powłok.

Znieczulanie późniejsze, już w samej ranie, jest niewygodne i rzadko zupełne. Płyn wstrzyknięty wylewa się obficie przez otwarte przetwory międzytkankowe. Nie mam zamiaru opisywania tu szczegółowo całej techniki wstrzykiwań: trzeba by przetłumaczyć dużą książkę SCHLEICH'a, a tu ani czas, ani miejsce po temu. Odsyłając zatem ciekawych do owego podręcznika SCHLEICH'a, tutaj z konieczności ograniczamy się na podaniu uwag ogólnych.

Nie można zaprzeczyć, że znieczulanie przez nacieczenie jest niemałym postępem w tym kierunku. Unikamy usypiania i oszczędzamy bólu choremu. Mile widzimy, jak chory po ciężkiej operacji (*gastroenterostomia, resectio pylori etc.*) zachowuje się zupełnie swobodnie, nie wymiotuje i poprostu czyni wraz-

¹⁾ We Lwowie sprzedaje firma Georgeon i Trepczyński.

²⁾ Chirurg. Kongress] XXVII.

nie nieoperowanego. Czy wyniki pooperacyjne polepszą się, przesądzać trudno, chociaż spodziewać się tego należy. Napewno tylko tyle twierdzić możemy, że gdyby znieczulenie miejscowe, dziś już tak urozmaicone, wyrugować kiedyś zdołało zupełnie z użycia chloroform, eter i t. d., dużo zyskali byśmy, bo wszystkie ofiary tych narkotyków. Dziś tylko część zyskujemy. Bez narkozy ogólnej obejść się nie potrafimy. Ten, komu narkoza potrzebna do rozpoznania czy to cierpień stawów, czy guzów w jamie brzusznej, nie potrafi zastąpić jej znieczuleniem miejscowym SCHLEICH'a. Tak samo znieczulenie miejscowe do niczego nas nie doprowadzi tam, gdzie potrzeba zupełnego zwiotczenia mięśni: a więc przy odprowadzeniu zwichnięć, nastawianiu złamań kości, przy znoszeniu zapalnych i innych przykurczeń stawów.

Z innego względu nieodpowiedniem jest miejscowe znieczulanie tkanek sposobem SCHLEICH'a w operacjach nowotworów złośliwych tam, gdzie już możemy wykazać przerzuty w gruczołach chłonnych, lub gdzie się ich spodziewamy. Przecież często z trudem tylko wykrywamy przez dokładne obmacanie w narkozie w tkankach nienacieczonych jakiś mały, ale już zajęty przerzutem gruczoł. A chyba nie ułatwimy sobie zadania, infiltrując wiotką tkankę w otoczeniu takich gruczołów. Podobnież zapatruje się BRAATZ¹⁾. *Mutatis mutandis* toż samo powiedzieć możemy o gruźlicy, promienicy i t. p..

Tu przestrzegamy ściśle zasady, aby jak najdokładniej wyciąć i wywalić tkankę chorobowo zmienioną. Granica zaś między chorem i zdrowem bywa tak niewyraźną, że chyba sztucznie wywołany obrzęk tkanek nie ułatwi jej odszukania. A nadto tak tu, jak i przy nowotworach złośliwych, grozi niebezpieczeństwo mechanicznego wtłoczenia przerzutów chorobowych w niezmiennie jeszcze sąsiedztwo.

Mimo podzielonych zdań przyznać musimy, że nacieczenie zmienia stosunki topograficzne i utrudnia orientowanie się: mam tu na myśli wszystkie większe i wprawy wymagające operacye na szyi, jak: rozległe *lymphomata*, wole i t. p..

Wprost z braku zaufania nie robiłem użytku z metody SCHLEICH'a przy operacjach kostnych. Jedynie wypiłowanie żeber przy ropnym otoku udawało się ku ogólnemu zadowoleniu. Wprawdzie SCHLEICH twierdzi wespół z wieloma, że po podokostnowem wstrzyknięciu tego płynu znieczula się kość doskonale, bo płyn przedostawać się ma aż do jamy szpikowej, jednakże przy sekwestrotomiach posługiwaliśmy się narkozą chloroformową, choćby dla tego, aby oszczędzić choremu niemiłego wrażenia, jakie odnosić musi, gdy słyszy dźwiękanie własnej kości. Nadto nie zawsze przewidzieć można dokładnie rozmiarów, jakie przybierze ta operacya. Że płyn w kość wnika, wykazał H. DZIERŻAWSKI²⁾, który, wstrzykując błękit metylowy w dziąsła trupów, wykazywał go potem w samych szczękach. Mimo to jednak niewiara w zdolność płynu SCHLEICH'a do znieczulania kości musi być ogólniejszą, kiedy i w litera-

¹⁾ L. c.

²⁾ Nowiny Lekarskie. 1897. Nr. 2.

turze mało się spotyka operacji, na kościach w znieczuleniu tym sposobem wykonanych i kiedy A. LUDWIG ¹⁾ zaleca chwilową narkozę kelenem w chwili, gdy przy amputacji po przecięciu części miękkich znieczulonych miejscowo ma się przepiłowywać kość.

Także niechętnie stosujemy miejscowe znieczulenie w przypadkach niepewnego rozpoznania, gdzie trudno przewidzieć rodzaj i rozmiary operacji. Oprócz tych wyjątków używaliśmy wiele i bardzo chętnie znieczulenia sposobem SCHLEICH'a. Nie wyliczam szczegółowo wszystkich operacji, w takiej analizezy wykonanych, nie podaję liczb i nie zestawiam tabliczek statystycznych, bo uważam to za zbyteczne.

Wyszczególniam ogólnie, żeśmy w ubiegłym roku niemal wszystkie laparotomie wykonywali bez ogólnej narkozy. Wyjątek czyniliśmy tylko dla wrażliwych, a dobrze odżywionych kobiet i ze zdrowym sercem. Wszystkie jednak gastroenterostomie i wycinania odźwiernika zrobiono po znieczuleniu powłok brzusznych płynem SCHLEICH'a. Dziwię się przeto, dlaczego MAYDL ²⁾ twierdzi, że w tem znieczuleniu gastroenterostomia jest niemożliwą, a sam w takiej miejscowej anestezji zakłada przetokę do jelita czczego [jejunostomia]. Wszelkie jednak zabiegi w jamie otrzewnowej, czy wycinanie żołądka i jelit, czy szycie jednego i drugich, czy usuwanie gruczołów z krezki, robiono bez infiltrowania, bo to albo byłoby zupełnie nieodpowiedniem, albo bardzo utrudniałoby samą operację i czyniło ją niepewną. Zresztą otrzewna wskutek zapalenia nie zmieniona tak mało okazuje się wrażliwą, że ten mały ból, jaki powstaje głównie przy pociąganiu otrzewnej, chorzy łatwo znoszą.

Najboleśniejszym aktem bywa zaszywanie jamy brzusznej, gdyż znieczulenie utrzymuje się 15—20 m., tak, że często potrzeba na nowo miejsca szwów znieczulać. Jeden tylko rodzaj laparotomii bywa w miejscowym znieczuleniu o wiele trudniejszym, niż w narkozie: myślę o [ostrej] niedrożności przewodu pokarmowego ze znacznem rozdęciem jelit. Mimo najszczerzej woli chorego powłok brzusznych dostatecznie zwiotczyć nie potrafi, jelita wypychają się do rany i to bardzo utrudnia postępowanie nasze w jamie brzusznej.

Znaczną liczbę przepuklin wolnych i uwięzionych operowaliśmy w znieczuleniu sposobem SCHLEICH'a. I tu głównie zauważyliśmy zmianę stosunków topograficznych. Kto operował w narkozie ogólnej, a potem przy pomocy metody infiltracyjnej, ten przyznać musi, że trudniej operować tym ostatnim sposobem. Sądzymy jednak, że to tylko kwestya przyzwyczajenia i że z czasem przyzwyczaić się można i nauczyć orientować w tych nowych, zmienionych warunkach. Najlepsze świadectwo złożyli temu sposobowi dwaj nasi koledzy-asystenci, którym R. Dw. prof. RYDYGIER operował wolne przepukliny pachwinowe bez narkozy ogólnej. W przebiegu całej operacji sposobem BASSINI-POSTĘPSKIEGO jest tylko jedna chwila bolesna, mianowicie ów okres operacji, kiedy się w bramie przepuklinowej obluźnia i ściąga worek przepuklinowy. Nie pomagają i wstrzykiwania w otwór bramy.

¹⁾ Ueber Narcose mit Aethylechlorid. Beitr. z. klin. Chirurg. XIX. 3.

²⁾ Ueber Jejunostomie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. III. 3 i 4.

Łatwo i bez bólu można też dokonać tym sposobem wysokiego cięcia pęcherza, jak to przekonał się na pewnym wiekowym i schorowanym pa-
cyencie.

Z operacji pomniejszych, w znieczuleniu tem wykonanych, wspomnę o trzebieniu, wycięciu przewodu nasiennego sposobem HELFERICH'a, operacji doszczętej wodniaka jąder, laryngofisurze, tracheotomii, nacięciu przeróżnych ropni zimnych i ostrych, wypilowaniu żeber i t. d. W objaśnieniu dodać jeszcze winienem, że wysoka tracheotomia po nacieczeniu tkanek bynajmniej łatwiejszą się nie staje i sędzę, że operowanie w kokainie jest o wiele łatwiejszem. Zwłaszcza dobrym zdaje się być sposób, jakim od lat wielu posługuje się B. FRAENKEL ¹⁾. Wstrzykuje on mianowicie podskórnice po obu bokach przewidywanego cięcia tracheotomijnego po $\frac{1}{10}$ części strzykawki PRAVAZ'a z 20% roztworem kokainy dorosłym, a 10% dzieciom. Po kilku minutach występuje zupełne znieczulenie,

Rozcięcie całej krtani [laryngofisura] nie bywa trudniejszym, a ma się tę korzyść, że sam chory, zupełnie świadom sytuacji, skutecznie zapobiegać może dostawaniu się krwi do oskrzeli.

Zupełnie minąłbym się z celem, gdybym chciał wyliczać szczegółowo wszystkie operacje, jakie ktokolwiek i kiedykolwiek w znieczuleniu infiltracyjnym podjął i wykonał; ograniczę się zatem do podania nazwisk zwolenników, a tych szereg nie mały.

Sam SCHLEICH stawia bardzo szerokie wskazania dla swego sposobu. Od trepanacji czaszki poczynając, a kończąc na wrośniętym paznogciu, „niema operacji, którejby według niego w tem znieczuleniu wykonać nie było można. *Plus catholique*, niż sam SCHLEICH, jest BRIEGLER ²⁾, bo ten chciałby nawet, aby do sądowej odpowiedzialności pociągać tych, którzy w narkozie ogólnej operują przypadki, nadające się do miejscowego znieczulenia sposobem SCHLEICH'a. Większa część autorów, bardziej krytycznie na rzecz patrzących, zajęła stanowisko podobne naszemu. Wymieniam następujących: RUGE ³⁾, BRAUN ⁴⁾, DIPPER ⁵⁾, SCHARFF ⁶⁾, PARVIU ⁷⁾, KEEN ⁸⁾, MORTON ⁹⁾, KOLACZEK ¹⁰⁾, SCHLATTER ¹¹⁾,

¹⁾ Ueber Tracheotomie ohne allgemeine Narkose mit Localanästhesie. Berl. kl. Wochen. 1898. Nr. 23.

²⁾ SCHLEICH. Ztschr. f. prakt. Aerzte. 1897. Nr. 9. — Ueber SCHLEICH'schen Infiltrationsanästhesie. Kinderarzt. 1897. Nr. 11 i 12.

³⁾ SCHLEICH's Infiltrationsanästh. Ref. Ctrblt. f. Chir. 1897. Nr. 24.

⁴⁾ Ueber Infiltrationsanästhesie etc Ctrbl. f. Chir. 1897. Nr. 17.

⁵⁾ Ueber SCHLEICH'sche Infiltrationsanästhesie. Deutsche med. Wochschr. 1896 Nr. 50.

⁶⁾ Ueber die verwendbarkeit der SCHLEICH'schen Infiltrationsanästhesie in der Praxis des Dermatologen. Ref. Ctrblt. f. Chir. 1896.

⁷⁾ SCHLEICH's Localanaesthesia in surgery. Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1896. Nr. 21.

⁸⁾ Ibidem.

⁹⁾ Ibidem.

¹⁰⁾ Zur Narkosenfrage. Deutsche med. Wochschr. 1896. Nr. 12.

¹¹⁾ Ueber Localanästhesie. Korrespondenzblatt f. Schweiz. Aerzte. 1896. Nr. 10.

GOTTSTEIN ¹⁾; RUBINSTEIN ²⁾, HOFMEISTER ³⁾, A. RIEDL ⁴⁾ i wielu innych. U nas o tej materji między innymi pisali DROBNIK ⁵⁾, GAULKOWSKI ⁶⁾ i K. ZAGÓRSKI ⁷⁾.

Odmienne nieco stanowisko od autorów wyliczonych zajmuje F. B. LUND ⁸⁾, ten bowiem ma sobie za zasadę przystępować do otwarcia jamy brzusznej tylko w narkozie ogólnej, a SOCIN, CHRIST, BRUENNINGER i HAEGLER ⁹⁾ tworzą zastęp renegatów, używali bowiem jakiś czas sposobu; znieczulania SCHLEICH'a, porzucili go jednak potem dla 1% kokainy.

Metoda infiltracyjna, wykształcona przez SCHLEICH'a, znalazła modyfikatora w osobie BRAUN'a ¹⁰⁾, który do składu i stopnia zgęszczenia swego płynu doszedł za pomocą teoretycznego rozumowania, a nie za pomocą empirji, jak SCHLEICH. BRAUN wychodzi z założenia, że płyn, w tkanki wstrzykiwany, powinien być osmotycznie obojętnym i zamarzać przy $-0,55^{\circ}$ C. tak, jak krew i limfa. I takim płynem, według autora, jest 0,1% roztwór *eucaini mur.* B w 0,8% roztworze soli kuchennej. Przed użyciem ogrzewa płyn do ciepłoty ciała i wstrzykuje go, jak SCHLEICH, w znacznych ilościach, bo dochodzących do 300 grm.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— x — x —

192. G. Hauser. O dziedziczności gruźlicy.

Jak wiadomo, istnieją dwie zasadniczo przeciwne teorye co do sposobu przechodzenia gruźlicy z rodziców na potomstwo: jedni twierdzą, że albo już jako zakażone jest lasecznikami gruźlicy przez samą chorą matkę, lub przez nasienie ojca, albo też laseczniki gruźlicze przedostają się do rozwijającego się płodu za pomocą krwiobiegu łożyskowego; według drugiej teoryi dziedziczy się pewna skłonność, zmniejszona odporność względem zakażenia "gruźliczego, które następuje już w życiu pozapłodowem.

Dowody, na których opierają się zwolennicy przechodzenia bezpośrednio laseczników od rodziców do płodu, są następujące:

1) Przechodzenie bezpośrednio zarazka syfilisu, lub też, w świecie zwierzęcym, choroby. Pebryn u jedwabników.

¹⁾ L. c.

²⁾ Ueber lokale Anästhesie insbesondere grösserer Gelenke. Chirurg. Kongress XXVII.

³⁾ L. c.

⁴⁾ Zur Infiltrationsanästhesie. Beitr. z. klin. Chir. XIX. 3.

⁵⁾ O znieczulaniu miejscowem. Nowiny Lek. 1898. Nr. 9 i 10.

⁶⁾ O znieczulaniu miejscowem sposobem SCHLEICH'a. Nowiny Lekarskie. 1898. Nr. 5.

⁷⁾ O znieczulaniu ogólnem i miejscowem. Medycyna. 1897. Nr. 16 i 17.

⁸⁾ Ref. w Centrbl. f. Chirurg. 1896. Nr. 35.

⁹⁾ Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung zu Basel. 1896.

¹⁰⁾ Chirurg. Kongress XXVII. 1898.

2) Częste pierwotne umiejscowienie gruźlicy w narządach, które są niedostępne dla zakażenia z zewnątrz, jak np. stawy, kręgi, mózg.

3) Niewątpliwe wykrycie za pomocą drobnowidza i doświadczeń, laseczników w gruczołach płciowych i w nasieniu gruźliczych ludzi i zwierząt.

4) Stwierdzone cierpienie gruźlicze płodów ludzkich i zwierzęcych, jako też niewątpliwe przypadki wrodzonej gruźlicy u noworodków i u cieląt.

5) Stwierdzone doświadczalnie przechodzenie laseczników do płodu, jeżeli zwierzęta były zakażone gruźlicą przed zapłodnieniem [króliki, świnki morskie, myszy i ptaki].

6) Spostrzeżenia, że kurczęta, wylęte z jajek sztucznie zakażonych gruźlicą, w krótkim czasie padły na gruźlicę.

HAUSER ułożył statystyczne tablice z prac różnych autorów, w których to tablicach starannie oznaczał zawsze ilość dodatnich wyników w ogólnej liczbie doświadczeń, uwzględniając jednocześnie warunki, które na taki lub inny wynik doświadczenia wpływ wywierały. Sam przerobił także szereg doświadczeń na zwierzętach i na zasadzie wszystkich tych danych doszedł do następujących wniosków.

1) U ludzi i u zwierząt zdarza się bez wątpienia dziedziczne przechodzenie gruźlicy z matki na potomstwo przez krwiobieg łożyskowy.

2) Co do bezpośredniego przechodzenia laseczników z ojca, nie mamy ani jednego przekonującego spostrzeżenia, chociaż dowiedzionem jest, że przy ciężkich postaciach ogólnej gruźlicy laseczniki często z nasieniem bywają wydzielane.

3) W obserwowanych dotąd przypadkach wrodzonej gruźlicy u ludzi i u zwierząt miano do czynienia prawie bez wyjątku z najcięższymi postaciami, śmiertelnie przebiegającymi, gruźlicy matek; tak samo laseczniki w nasieniu znajdowane były tylko przy ciężkiej ogólnej gruźlicy ojca lub przy gruźliczym porażeniu jąder.

4) W ciężkich postaciach gruźlicy matek przechodzenie jej na potomstwo zdarza się przeciętnie w 10% przypadków.

Ponieważ przechodzenie gruźlicy ma miejsce prawie wyłącznie w razie choroby matki [w znaczeniu przechodzenia laseczników], przeto dziwnym musi się wydawać fakt, że dziedziczne obarczenie gruźlicą spotykamy u ludzi zarówno przy gruźlicy matki, jak ojca. Tak więc na zasadzie bacylarnej teorii dziedziczności nie możnaby wytłumaczyć znanej dziedziczności suchot.

W obserwowanych przypadkach wrodzonej gruźlicy w 80% dotknięte były wątroba i gruczoły chłonne przywątrobowe, co, jak wiadomo, w ogólnej liczbie przypadków dziedzicznej gruźlicy jest stosunkowo rzadkiem zjawiskiem. W 32-óch doświadczeniach na zwierzętach, którym lasecznikowo gruźlicę przed ich kopulacją, na potomstwie nie udało się HAUSER'owi [zgodnie z wynikami JAEKH'a i GAERTNER'a] ani razu otrzymać gruźlicy. Zwierzęta, zrodzone z gruźliczych rodziców, odznaczały się dobrym rozwojem, tak, że obarczenie dziedziczne nie odbiło się wcale na ich energii żywotnej upośledzająco.

Nie widzi HAUSER potrzeby, aby przy pierwotnej gruźlicy stawów, kości lub kręgów tłómaczyć to sobie odziedziczeniem laseczników po rodzicach, niby z powodu niedostępności tych narządów dla zakażenia z zewnątrz. Na tej zasadzie, powiada on, musielibyśmy uznawać za cierpienia odziedziczone, lecz długi czas skrycie przebiegające, takie, jak: nagminne zapalenie opon mózgowych, ostry gościec stawowy, pierwotne ropnie w mózgu i t. p..

Nie godzą się z bacylarną teorią dziedziczności fakty pierwotnego powstawania gruźlicy w szczytach płuc, gdyż dziedziczna gruźlica zajmuje przeważnie wątrobę i gruczoły chłonne koło żyły wrotnej. Przypuszczenie, że laseczniki, odziedziczone w wieku dziecięcym, dzięki jakoby wzmózonej żywotno-

ści tkanek, nie rozwijają swego działania i dopiero w dojrzałym wieku następuje wybuch choroby [BAUMGARTEN], stoi w sprzeczności z faktami, które wskazują nam, że przeciwnie, jeżeli u dziecka wybuchnie gruźlica, to częściej przebiega w formie złośliwej, rozpadowej, gdy w myśl większej żywotności tkanek powinniśmy oczekiwać formy powolnej, induracyjnej, a właśnie induracyjna postać gruźlicy częściej zdarza się u dorosłych.

Wobec tego wszystkiego HAUSER stanowczo wypowiada zdanie, że dziedziczność gruźlicy może być rozumianą tylko jako odziedziczona skłonność do tej choroby, zwiększona wrażliwość na zakażenie gruźlicą z zewnątrz. Że taka skłonność nie jest pojęciem, wysnutem li tylko dla podtrzymania teorii, dowodzą tego różne fakty biologiczne. Wiadomo, że dziedziczy się różne t. zw. idiosynkrazye względem substancji chemicznych, jak chininy, arseniku. Dalej dziedzicznie występuje pokrzywka po spożyciu poziomek, raków.

Dziedziczy się skłonność do cierpień pewnych narządów, jako to: cierpień reumatycznych, chorób serca, dróg oddechowych, cierpień zębów. Wyliczone tu choroby można często spotykać jako choroby rodzinne. Są przecież krótko i długo żyjące rodziny. Tak więc idiosynkrazia, czyli zwiększona wrażliwość, pewna konstytucja i żywotność tkanek nie tylko całego organizmu, ale nawet oddzielnych narządów, są zupełnie analogiczne do idiosynkrazyi, jeżeli tak można się wyrazić, względem laseczników gruźlicy, których każdy człowiek nałykać się i nawdechać ma dość sposobności.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Medic. B. 61. H. 3, 4, 1898.*)

T. Korzon.

193. Talma [Utrecht]. Operacyjne wytworzenie dróg obocznych dla krwi żyły wrotnej.

Zanikowa marskość wątroby może przebiegać bez żadnych objawów klinicznych, czasem zaś jedynym objawem tego cierpienia jest puchlina brzuszna, prowadząca prostą lub uboczną drogą do śmierci. Powstawanie puchliny zależy od niewystarczającego obocznego krwiobiegu; wytworzenie tego ostatecznie powoduje ulgę lub nawet wyleczenie. W pojedynczych przypadkach, w których sprawność czynnościowa komórek wątrobowych pozostaje prawidłową, autor proponuje wytworzenie na drodze zabiegu operacyjnego nowych dróg dla krwi żyły wrotnej. Na powyższą myśl naprowadził autora fakt wytworzenia się bogatej sieci żyłnej w zrostach wątroby ze ścianą brzuszną. Przez długi przeciąg czasu niepodobna było wprowadzić w czyn omawianego założenia, bądź ze względu na brak odpowiedniego materiału, bądź z powodu mylnego rozpoznania cierpienia, bądź też z powodu niezgadzenia się chirurgów na wykonanie zabiegu dla braku odpowiednich wskazań [autor jest klinicystą]. Dopiero dwa lata temu EISELSBERG i NARATH wykonali z dodatnim wynikiem operację w myśl autora. Chory, 9-letni chłopiec, przybył do kliniki z ostrem zapaleniem nerek, powiększeniem wątroby i śledziony i puchliną ogólną w wysokim stopniu. Pomimo parokrotnie dokonywanego przekłucia ściany brzusznej i wypuszczenia znacznych ilości surowiczego płynu, tenże zbierał się wkrótce na nowo, pomimo poprawy cierpienia nerek.

Po trzech miesiącach ogólny stan chorego znacznie się poprawił: obrzęki znikły, moc zawierał zaledwie ślady białka, pozostało tylko znaczne powiększenie śledziony i nieznaczne wątroby, która była twarda i miała powierzchnię chropowatą, wreszcie puchlina brzuszna. EISELSBERG otworzył jamę brzuszną, znalazł zgrubienie surowiczej otoczki wątroby, pęcherzyk żółciowy rozszerzony, żyły silnie rozwinięte w więzie okrągłym; przyszył zatem pęcherzyk żółciowy do ściany brzusznej, a sieć wielką do brzegów rany. Zagojenie przez rychłozrost.

W dwa tygodnie po zabiegu znaleziono: w jamie brzusznej niewielką ilość wolnego płynu; od blizny rozchodzą się szerokie żyły i giną w przestrze-

niach międzyżebrowych; śledziona dosięga więzu POUPART'a. Od tego czasu wątroba powoli zmniejszała się, ilość płynu wolnego w jamie brzusznej pozostawała nieznaczną, tylko powiększenie śledziony było stałe. Przypisując ten ostatni objaw zastojowi w obrębie żyły śledzionowej, autor skłonił NARATH'a do przysycia śledziony do ściany brzusznej, co tenże wykonał w cztery miesiące po pierwszym zabiegu. Podczas operacji widziano szerokie żyły w zrostach wątroby.

Rana po wtórnym zabiegu goiła się bardzo długo; chory wyszedł z kliniki w 1½ miesiąca ze znacznie zmniejszoną śledzioną. Badany w dwa lata po opisanych operacjach, posiadał, oprócz niewielkiego powiększenia wątroby i śledziony, znaczną sieć podskórnych żył, rozchodzących się od blizn; puchliny brzusznej nie było śladu, również nie było żadnych zaburzeń w wydzielaniu się żółci.

Jedynę wskazanie do powyższego postępowania stanowi przeszkoda w krążeniu w obrębie żyły wrotnej, zależna od cierpienia wątroby wobec sprawności komórek wątrobowych. Wtórna marskość wątroby, spotykana przy surowiczem zapaleniu otrzewnej, jak również żółtaczka stanowią przeciwskazanie. Należy mieć na uwadze powstające po zabiegu zrosty i zaburzenia, przez nie powodowane; chociaż ten ostatni wzgląd wydaje się autorowi niezbyt ważnym (?).

(Berl. klin. Woch. Nr. 38. 1898).

A. Koczyński.

194. Zygmunt Erben. Badanie kliniczne nad reumatyzmem mięśniowym.

W książce pod powyższym tytułem ERBEN stara się sprostować istniejące do dziś błędne przypuszczenie, jakoby przy *torticollis rheumatica* i *lumbago* sprawa gośćcowa miała miejsce w mięśniach.

W I-ej części dzieła rozpatruje E. *torticollis rheumatica* w II-ej—*lumbago*.

Dla dokładniejszego przedstawienia sprawy E. przytacza niektóre dane z anatomii i fizjologii omawianych okolic.

Ruchy głowy w kierunku strzałkowym odbywają się w stawie pomiędzy 1-ym kręgiem i kością potylicową z dodatkiem niewielkich ruchów w tymże kierunku pomiędzy wszystkimi fałszywymi stawami kręgów szyjowych, z wyjątkiem stawu pomiędzy 1-m a 2-m kręgiem.

Przechylenie głowy na prawo lub lewo przychodzi do skutku również dzięki zsumowaniu się odpowiednich niewielkich ruchów w każdym ze stawów, przyczem ruchy takie połączone są z *rotatio* w nieznacznym stopniu, co zależy od budowy powierzchni stawowych fałszywych kręgów. Powierzchnie te ku tyłowi zbliżają się, dzięki czemu w części szyjowej kręgosłupa otrzymujemy łuk, zwrócony wypukłą stroną ku przodowi. Aby otrzymać przechylenie, nie połączone z ruchem obrotowym, należy wykonać niewielki ruch obrotowy w stronę przeciwną pochyleniu, wtedy, gdy głowa będzie już przechyleną. Trzeci ruch obrotowy odbywa się pomiędzy 1-ym a 2-im kręgiem z nieznacznym współdziałaniem pozostałych kręgów.

Przechodząc do rozpatrzenia funkcji samych mięśni i chcąc uprzystępnić zrozumienie działania tych ostatnich, autor podaje, jako przykład, funkcję mięśnia dwugłowego ramienia. Jak wiadomo, mięsień ten należy do zginaczy; lecz w pewnych okolicznościach może pełnić wprost przeciwną funkcję, rozginacza. Istotnie ma to miejsce wtedy, gdy mięsień dwugłowy znajduje się w stanie skurczu, albowiem przez zastosowanie jakiejś siły na przedramię powoli rozkurcza się i wykonywa rozginanie kończyny bez udziału mięśnia trzygłowego. Mniej więcej to samo odbywa się i przy ruchach głowy: przy trzymaniu jej prosto napinają się z obu stron mięśnie mostko-obojęczone, przy pochyleniu naprzd *m. trapezii et splenii*. Przy przechyleniu głowy na prawo napinają się z lewej strony *sterno-cleido-mastoideus, splenius et trapezius*.

Ruch obrotowy w prawo odbywa się dzięki skurczowi lewego *sterno-cleido-mastoidei* ze współdziałaniem w bardzo wysokim stopniu *m. splenii* strony tej, w którą przekraczamy głowę.

Przy skombinowanych ruchach, np. podczas przechylenia głowy w prawo, jeśli chcemy wykonać ruch obrotowy w prawo, musi nastąpić skurcz *m. splenii dextri*, jeżeli w lewo—*m. sterno-cleido-mastoidei dextri*.

Następnie autor podaje opis 10 przypadków *torticollis rheumatici*. i z pozcy-nionych spostrzeżeń wyciąga następujące wnioski:

1) Ból, tak samowolny, jak i na ucisk, występuje zawsze na stronie wypukłej szyi w pewnym określonym miejscu i ztąd promieniuje na kark, tył głowy, ramię. Występował on na rozmaitej głębokości i kombinował się w tych miejscach z uczuciem palenia, swędzenia, napięcia; podczas ruchów ból zwiększał się, w spokoju zupełnie znikał, w jednym tylko przypadku posiadał charakter przerywany (*intermittens*).

2) W żadnym z tych przypadków mięśnie nie były bolesne, ani na stronie wypukłej, ani wklęsłej.

3) Ból występował również przy ucisku na wyrostki ościste i poprzeczne (*per fossam caroticam*).

4) Powiększenie przechylenia głowy i ruch obrotowy zawsze były niebolesne, przeciwnie zaś wyprostowywanie wywoływało ból w stronie wypukłej.

5) Mięśnie po stronie wklęsłej były rozluźnione.

Na zasadzie powyższego autor dochodzi do przekonania, że sprawa chorobowa lokalizuje się albo tylko na samych powierzchniach stawowych i ich więzach, lecz z jednej strony, albo też i w korzonkach nerwowych, wychodzących pomiędzy poprzecznymi wyrostkami tych kręgów.

Należy jednak rozróżniać te dwie sprawy i wtedy, gdy ból umiejscawia się na pewnej ograniczonej przestrzeni szyjowej części kręgosłupa, spodziewać się należy zajęcia tylko części powierzchni stawowych lub więzów; przeciwnie zaś, gdy ból promieniuje wzdłuż pni nerwowych, przypuszczać należy zajęcie samych korzonków, lub ich kombinację wzajemną.

Co się zaś tyczy sprawy chorobowej, jej charakteru, to ze względu na nagły początek [zwykle po przebudzeniu się z nocy lub po podniesieniu ciężaru] i krótkotrwałość całej choroby [zaledwie kilka dni] należy przypuszczać, że mamy do czynienia tylko z *distorsio* lub *distractio*, a nie z jakąś sprawą zapalną, przewlekłą.

Oprócz tych 10 przypadków powyżej ogłoszonych autor podaje jeszcze dwa, które ze względu na umiejscowienie bólu różnią się od poprzednich.

W tych dwóch przypadkach ból umiejscawiał się na wgiętej powierzchni szyi, pni nerwowe przy ucisku były bardzo bolesne, mięśnie i stawy nie. Wszystkie ruchy były niemożliwe ze względu na ból.

Część II-gą swego dzieła autor poświęca cierpieniu, zwanemu *lumbago*. Wnioski swoje opiera na bardzo obfitym materiale, bo aż na 200 przypadkach i, jak w poprzedniej części, tak i tutaj przychodzi do przekonania, że wcale nie mamy tutaj do czynienia z reumatyzmem mięśniowym, lecz z cierpieniem albo stawów i więzów, albo też nerwów.

Dla poparcia tego zdania autor przytacza przedewszystkiem niektóre dane z anatomii i fizjologii tej okolicy.

Każdy nerw lędźwiowy zaraz po wyjściu z *incisura intervertebralis* oddaje tylną gałązkę, która w kierunku ku tyłowi przechodzi pomiędzy dwoma wyrostkami poprzecznymi dwóch sąsiednich kręgów. Tuż po za nimi gałązka ta dzieli się na dwie inne: *ramus medialis et ramus lateralis*, z których pierwsza idzie wzdłuż łuku kręgowego, a później wyrostka ościstego do samego jego końca, w którym staje się już nerwem skórny. W przebiegu swym gałązka ta obejmuje z wewnętrznej strony *m. erectorem trunci*. *R. lateralis* zaś obejmuje

ze strony zewnętrznej tenże mięsień, przyczem ma kierunek nieco zstępujący. Na brzegu tego mięśnia (*erectoris trunci*) *r. lateralis* przebija powięź *m. latissimi dorsi* i *fasciam lumbo-dorsalem* i staje się nerwem skórnym.

Po wyjściu na powierzchnię gałązka ta opuszcza się nieco ku dołowi i dochodzi do *trochanter major*, inervuje *m. gluteus* i łączy się z I krzyżowym nerwem. Gałązka ta znaną jest w anatomii pod mianem *n. ent. Clunium sup. post.* Gałązki boczne posiadają tylko 3 górne nerwy lędźwiowe.

Miejsce przebicia *aponeurosis* przez gałązkę boczną nerwu lędźwiowego 2-ej, a głównie 3-ej pary znajduje się na grzebieniu kości biodrowej lub nieco pod nim w odstępnie 4 poprzecznych palców od linii wyrostków ościowych. Miejsce to autor nazywa *Clunialpunkt*.

Przystępując do badania chorego, należy doskonale obmacać tę okolice jednym palcem wrażliwej jej bolesności, a niewątpliwie najboleśniejszym okaże się *Clunialpunkt*.

Znajdowano dawniej przytem rozlany ból całej tej okolicy, obrzmienie *m. erectoris trunci* i liczne okrągłe lub owalne kosteczki w miękkiej substancji mięśniowej i na zasadzie tego przypuszczano, że ma się tu do czynienia z reumatyzmem mięśniowym. Autor jednak, pomimo bardzo szczegółowego i kilkakrotnego badania każdego przypadku, nie mógł znaleźć owych kosteczek, obrzmienie zaś istotnie miało miejsce, ale nie było spowodowane stanem zapalnym mięśnia, lecz jego zwiększonym napięciem wskutek odpowiedniego położenia. Przy zmianie bowiem jego mięsień stawał się zupełnie wolnym, rozluźnionym i niebolesnym na ucisk i szczypanie.

Cierpienie w takich razach musiało umiejscowić się gdzieś poza mięśniem, gdyż ból można było wywołać, uciskając mięsień wglęb. Musiały zatem ulec cierpieniu albo same trzony, albo powierzchnie stawowe i więzy, albo wreszcie wyżej opisane nerwy w łożysku, wytworzonym przez kości i mięśnie (*erect. tr.*).

Chcąc się przekonać, które z powyżej wymienionych części są zajęte, należy kazać choremu przyjąć położenie nieco pionowe, aby otrzymać możliwie rozluźnienie *erectoris trunci*. Następnie należy oprzeć dłoń odpowiedniej ręki na linii wyrostków ościowych na przestrzeni pomiędzy grzebieniem miednicy i ostatnimi wolnymi żebrami i naciskać jednym lub dwoma palcami wglęb i nieco ku tyłowi. Trafimy wtedy na mniej lub więcej wyraźnie zarysowane kontury poprzecznych wyrostków kręgowych. Od tego miejsca w kierunku ku przodowi znajdziemy same ciała kręgów, ku tyłowi zaś—miejsce rozgałęzienia przebiegającej tam tylnej gałązki nerwu lędźwiowego.

Ruchy. We wszystkich czterech zasadniczych ruchach część lędźwiowa kręgosłupa zdrowego powinna przyjmować udział czynny. Należy przeto zwracać pilną uwagę, aby ruchy odbywały się przy wyprostowanych kolanach i bez udziału stawu biodrowego. Przy pochyleniu naprzód chora część lędźwiowa nie będzie przyjmować udziału, choć istotnie pochylenie przyjdzie do skutku dzięki górnej i średniej części kręgosłupa i stawowi biodrowemu. Dowodem przyjęcia czynnego udziału w tym ruchu ze strony lędźwiowej części kręgosłupa będzie zniknięcie naturalnej lordozy, a przy znacznym pochyleniu naprzód wystąpi nawet *kyphosis*. Toż samo i przy innych ruchach. Ruch obrotowy (*rotatio*) odbywa się dzięki zsumowaniu wszystkich niewielkich ruchów części piersiowej i lędźwiowej kręgosłupa; jest on stosunkowo niewielkim i odbywa się głównie w części lędźwiowej.

Co się tyczy działania mięśni, to i tutaj działają głównie t. zw. antagonisty tego ruchu; przy *anteflexio* naprzykład napinają się *erectores* i t. d.

Po takim dopiero przygotowaniu autor przystępuje do omówienia niektórych przypadków.

Pierwszym i najważniejszym objawem w spostrzeżeniach autora był ból na ucisk oraz występujący samowolnie w okolicy 3 i 4 kręgów lędźwiowych, t. j. poniżej linii jednoczącej najwyższe punkty grzebieni miednicy, przyczem sadowił się on w rozmaitych miejscach: to na wyrostkach ościstych, to na grzebieniach miednicy, to wreszcie bywał dość rozlanym, i wtedy *Clunialpunkt* zdawał się być najboleśniejszym na ucisk.

Ból ten zwykle bywał ciągłym, niekiedy tylko zjawiał się napadowo; podczas spokoju zmniejszał się, a nawet zupełnie ustępował, podczas zaś ruchów przeciwnie zwiększał się. Wielu chorych zwracało przytem uwagę, że ból zmniejsza się przy dłuższem chodzeniu lub przy robocie. Niekiedy autor spotykał mniej lub więcej występującą *scoliosis*, której przed chorobą nie było. Ruchy były zwykle ograniczone, choć rzadko we wszystkich kierunkach, przeginanie w stronę usadowienia bólu zwykle przedstawiało opór z powodu bólu, w przeciwną zaś stronę odbywało się zupełnie swobodnie.

Na zasadzie swoich badań dochodzi do następujących wniosków.

- 1) Ból samowolny ze względu na swą różnorodność nie przedstawia nic charakterystycznego dla *lumbago*.
- 2) *Erectores tr.* nigdy nie były bolesne na dotyk.
- 3) W większości przypadków bolesność umiejscawia się w okolicy stawów kręgowych, najczęściej pomiędzy wyrostkami poprzecznymi i ościstymi.
- 4) W niektórych tylko przypadkach gałązki nerwowe były zajęte sprawą chorobową.
- 5) Ruchy przedstawiały zawsze pewne ograniczenie.

Ze względu na objawy, wszystkie podane przypadki podzielił autor na trzy grupy. Pierwszą z nich cechują następujące objawy:

- 1) Bolesność jednostronna w dolnej części lędźwiowej pomiędzy ościstymi i poprzecznymi wyrostkami.
- 2) *Clunialpunkt* i inne części tej okolicy nie bolesne.
- 3) Ograniczenie i bolesność zgięcia bocznego głównie po stronie porażonej.

W przypadkach z podobnymi objawami autor przypuszcza umiejscowienie sprawy w samych kręgach i ich przedłużeniach (*Gelänkforsätze*), a nawet i w tylnych gałązkach nerwowych. Przemawia również za tem rozpoznaniem między innymi *skoliosis*, zwrócona wypukłą częścią w stronę chorą.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego pomiędzy umiejscowieniem sprawy w samych kręgach i gałązkach nerwowych, to należy przypuszczać, że charakterystycznych danych dla każdej z nich niema, jedynie przeszkoda w przechyleniu naprzód i brak bólu samowolnego i na ucisk w okolicy dolnych kręgów przemawiały pręcej za czystem porażeniem stawu; przeciwnie, swobodne przechylenie się naprzód i utrudnione w tył, a nadto ból w tej okolicy przemawiają za umiejscowieniem sprawy w nerwach. Z jaką zaś sprawą mamy do czynienia, trudno orzec. W każdym razie powoli rozwijająca się sprawa w połączeniu z poprzedzającym lub istniejącym wielostawowym gośćcem przemawiają za przewlekłym zapaleniem stawów, gdy przeciwnie ostro występująca sprawa po urazie za *distractio* lub *distorsio*.

Drugi szereg przypadków różni się pod względem objawów od poprzedniego.

- 1) Okolica kręgów niebolesna.
- 2) *Clunialpunkt* boleśnie oddziaływa.
- 3) Przechylenie na stronę bolesnego *Clunialpunkt'u* wcale lub mało bolesne; zato w przeciwną stronę bardzo bolesne.

Autor sądzi, że w tych przypadkach miał do czynienia z neuralgią *r. lateralis* 3-ej tylnej gałązki. Przypuszczenie umiejscowienia sprawy w samym

stawie uważał za błędne, gdyż nie było bólu podczas ruchów w stronę umiejscowienia sprawy. Za nerwobólem przemawiało również to, że ból rozchodził się wzdłuż tejże gałązki; sami zresztą chorzy zwracali uwagę na to, że ból z całej tej okolicy koncentruje się właśnie na miejscu *Clunialpunkt*. Za rozpoznaniem tem zdaje się przemawiać i 3 punkt, albowiem przy (przechyleniu ciała w przeciwną stronę czynnie występują właśnie *erectores trunci* ze strony bolesnego *clunialpunktu*, przez co następuje podrażnienie tych gałązek. Również i przechylenie w tył, przy którym mięśnie *erectoris* nie działają, pozostaje niebolesnem; przeciwnie, przechylenie naprzód było bolesne. Skoliozę spotykał autor w tych przypadkach zaledwie 2 razy, przyczem wklęsła część łuku zwrócona była w stronę bolesną. Wyrostki ościste w kilku przypadkach były bolesne na ucisk.

W 3 przypadkach nerwoból był dwustronny.

Nie należy utożsamiać neuralgii *Clunii* z neuralgią lędźwiową, która zależy od zajęcia przedniej gałązki nerwów lędźwiowych, a mianowicie *n. ilio-hypogastrici*, *ilio-inguinalis* i *genito-cruralis*. W niektórych przypadkach autor spotykał kombinację takich dwóch spraw.

Do trzeciej grupy autor zalicza przypadki, przedstawiające kombinację I i II grupy

Pomimo tych grup miał autor 9 przypadków, których do powyższej kategorii zaliczyć nie mógł. Należy też pamiętać, że bóle krzyża mogą występować przy wrodzonym rdzenia, *osteomalacia*, otruciach przewlekłych alkoholem i przy zakrzepie *art. iliaca*, co też przy rozpoznaniu różniczkowym *lumbago* trzeba brać pod uwagę.

(*Wien und Leipzig. 1898. str. 85*).

Eug. Tryjarski.

195. Ch. Féré. O zaburzeniach umysłowych wskutek znużenia.

Znużenie, wywołane ćwiczeniami fizycznymi i błędy przeciw higienie ogólnej grają wielką rolę w przyczynach bardzo wielu cierpień, zmniejszając odporność ustroju na czynniki zakaźne lub toksyczne. Jeżeli jakiś narząd podlega wyłącznemu lub wybitnemu użyciu, wtedy stać się może siedliskiem swoistych przypadłości, zależnych od znużenia.

Znużenie umysłowe, jak znużenie cielesne, zmniejsza wrażliwość ogólną i szczególnie. Skutki znużenia bywają różne u różnych osobników, zależne od ich budowy i odżywiania; nadto bywają one różnemi u jednego osobnika w różnych okolicznościach. Jedni rodzą się z pewną wyczerpalnością (*exhaustibilités*), która przesładować ich będzie całe życie, w innych występuje ona tylko w warunkach chorobowych, jak również może stanowić zwiastun mającej wystąpić, aczkolwiek ukrytej jeszcze choroby.

Zjawiska podmiotowe, jakim podlegają znużeni umysłowo, są podobne do tych, jakie spotykają się po znużeniu np. oka, kiedy w parę godzin, a często dni nawet widziane w nader jaskrawem oświetleniu lub długo oglądane przedmioty występują niezależnie od woli osobnika w jego mózgu. To samo dzieje się nie tylko z odtwarzaniem wrażeń zmysłowych, ale i z odtwarzaniem asocjacji i pojęć: pojęcia, które zajmowały umysł wyłącznie lub z pewnem nateżeniem przez czas dłuższy, wracają pod wpływem znużenia. Mechanizm takiej reprodukcji jest podobny do odtwarzania pobudzeń zmysłowych, od których różnią się te ostatnie tylko stopniem nateżenia.

Zaburzenia umysłowe, spotykane u cierpiących nerwowo, zdarzać się mogą i u ludzi zdrowych pod wpływem znużenia. Znużenie ogólnie uważanem jest za czynnik wyczerpujący układ nerwowy; przypuszczenie powyższe doskonale nadaje się do objaśnienia zaburzeń umysłowych o charakterze przejściowym i odosobnionym, o ile owe zaburzenia mogą być napewno wolne od przypuszczenia, iż zależą od zakażenia lub samozatrucia; ale należy pamiętać, że te

ostatnie wywołują zaburzenia umysłowe nader podobne do zależnych li tylko od znużenia, które ze swej znowu strony ułatwia i zakażenia i samoza-trucia.

Wogóle zaburzenia umysłowe ze znużenia zawierają wiele podobień-stwa do neurastenicznych, tylko że charakter pierwszych jest zawsze przej-ściowym. Przejawia się takie zaburzenie w tem, że fizyognomia i wygląd osobnika znużonego nosi cechy pogńębienia i smutku, głosowi brak ożywienia. Dalej występują zmiany usposobienia i charakteru, wyraża się skłonność do pesymizmu, następuje zmniejszenie energii ruchów dobrowolnych, a wskutek tychże i zmniejszenie napięcia mięśniowego. Uwaga bierna i czynna także ulegają zmianom, za niemi idzie osłabienie pamięci, co wpływa znowu na zdolności kombinacyjne i asocjacyjne osobnika. Wola staje się również osła-bioną, następują w niej zaburzenia i przewroty. Owo osłabienie zaczynać się może od zwykłej niemożności zdecydowania się do zupełnego zaniku woli (*abou-lie*), stąd znowu skłonność poddawania się wpływom zewnętrznym aż do na-śladownictwa biernego: występuje pewnego rodzaju automatyzm.

W ten sposób wpływają znużenia na percepcyę, wolę i zdolności moty-wowania; może to wywołać w osobnikach przeciętnych umysłowo rdzenną zmianę—na czas znużenia w ich postępowaniu, doprowadzać nawet do czynów już karygodnych. Ponieważ jednak zaburzenia fizyczne nie pozostawiają śła-dów tak wyraźnych, żeby zwracać mogły uwagę na się i poddawać myśl o tem, że zmiany w sferze duchowej danego osobnika mogą zależeć wprost tylko od znużenia cielesnego, a tem samem i duchowego; ponieważ dalej trzeba było dowieść, że podobna zmiana w postępowaniu występuje tylko w chwilach znu-żenia umysłowego: przeto niepodobna postawić poważnie łatwo przychodzącego na myśl pytania o poczytalności, a tem samem i względnej odpowiedzialności takiego osobnika za czyny karygodne, jakichby się dopuścił w stanie znużenia umysłowego. Interwencya lekarska w podobnych przypadkach ograniczyć się musi do tego, aby względem podobnych przestępców stosować środki hygie-niczne, które mogłyby ograniczyć warunki osobnicze i dziedziczne, sprzyjając rozwojowi anomalii psychicznych w ogólności i przestępczych w szczegó-lności.

(*La Médecine moderne. Nr. 79. 1898.*)

Antoni Majewski.

196. Kannelis i Cardamatis. Dlaczego malaria przejawia się z siłą różne-go napięcia?

S. KANNELIS i J. CARDAMATIS w pracy swej starają się dowieść, iż istnieje tylko jedna forma plazmodyi, która jednak, w zależności od warunków, przy jakich następuje rozwój tego zarazka, przybierać może kształty różne i wywo-łać malaryę tego lub innego typu. Do wniosku tego autorowie doszli na za-sadzie doświadczeń ze szczepieniem malaryi. Otóż, szczepiąc wiadomej liczbie osobników, przy identycznych warunkach, jedną i tę samą formę plazmodyi, zauważyli oni, iż organizmy ich oddziaływają nie jednakowo na obecność tego zarazka, gdy bowiem u jednych pierwsze oznaki choroby występowały już po 2 dniach, u innych zauważyć się one dawały dopiero po 16 dniach.

Wreszcie, szczepiąc, na przykład, trzeciaczkę — nie zawsze otrzymywano identyczną formę malaryi, jakby się tego spodziewać należało, lecz często cho-roba przybierała typ inny. Na dowód, że indywidualne usposobienie może wy-wierać duży wpływ na rozwój malaryi, autorowie przypominają fakt, iż z po-śród robotników, zmuszonych przebywać w skupieniu, jako też z pośród myśli-wych i podróżujących po miejscowościach błotnistych, jedni zachorowują od ra-zu na malaryę, inni zaś ulegają chorobie tej dopiero wtedy, gdy wpłynie coś na zmianę fizycznych lub chemicznych warunków ich życia, jako to: zbytne zmęczenie, przeziębienie, nadużycie alkoholu i t. p.. Zarazek choroby ukrywa się w organizmie i potrzeba tylko bodźca, który wpłynąłby na rozwój jego,

a w rozwoju swym przybierze on, w zależności od indywidualnego usposobienia danego osobnika, jak również w zależności od fizycznych i chemicznych warunków w danej chwili, tę lub inną formę i wywoła ten lub inny typ malaryi o sile różnego napięcia.

(*La Médecine Moderne*. Nr. 67. 1898).

W. Ettinger.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

28. Terapeutyczne działanie heroiny. STRUBE (*Berl. klin. Woch.* 1898. 45) podaje następujące dane, dotyczące się heroiny, o której już poprzednio *Gazeta Lekarska* wzmiankowała ¹⁾).

Heroina jest to surrogat morfiny. Otrzymuje się z tej ostatniej przy fabrykacji kodeiny, wraz z wieloma innymi pobocznymi produktami.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż heroina posiada własności grupy narkotyków. Podawana w dużych dawkach wywołuje ogólną narkozę ze zniesieniem odruchów, a następnie drgawki tężcowe. Najosobliwszem jednak jest działanie heroiny na oddech, co występuje wybitnie przy stosowaniu nawet małych, terapeutycznych dawek: od 0,005—0,01, a mianowicie środek ten paraliżuje ośrodek oddechowy. Oddech staje się powolniejszym, przyczem długość wdechu stopniowo wzrasta, a siła wydechu staje się większą. Działanie heroiny jest silniejsze, niż kodeiny w odpowiedniej ilości.

Środek ten stosował STRUBE u 50 chorych, przeważnie z gruźlicą płuc. Wyniki tych badań są następujące: Heroina w dawkach od 0,005 do 0,01 działa uspokajająco na oddech, który pod wpływem heroiny staje się wolniejszym i głębszym, kaszel znacznie się zmniejsza. Jednocześnie zauważyć się daje ogólne narkotyczne działanie tego środka, przejawiające się tem, iż chorzy uczuwają pewne zmęczenie i oszołomienie, poczem zjawia się pokrzepiający sen. Jednak pod względem ogólnej narkozy środek ten znacznie ustępuje morfinie.

Żadnego szkodliwego, ubocznego działania przy stosowaniu heroiny nie spostrzegano. Faktem jednak jest, iż do środka tego chorzy łatwo się przyzwyczajają: po dłuższem użyciu heroiny należy znacznie zwiększać dawkę, chcąc otrzymać taki sam skutek, jak w początkach stosowania tego środka. Tak np., chorzy, którzy przez dłuższy czas brali heroinę, dochodzili do 0,015—0,02, chociaż z początku taki sam skutek otrzymywano od dawek po 0,005—0,01.

Heroina jest wskazaną w tych samych stanach, przy których zwykle stosujemy morfinę lub kodeinę, t. j. w duszności i silnym, męczącym kaszlu. Nad kodeiną opisany środek ma tę wyższość, że działa wprost na ośrodek oddechowy. Od morfiny zaś różni się tem, jak to już było zaznaczone, iż posiada mniejsze ogólnie narkotyzujące działanie.

Roman Baranowski.

¹⁾ Wiadomości terapeutyczne. *Gaz. Lek.* Nr. 44. 1898.

Wiadomości bieżące.

— W Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem wybrani zostali na r. 1899 prezesem prof. PIENIAŻEK, wiceprezesem prof. ŻULAWSKI, sekretarzem dorocznym kol. LEWKOWICZ.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* № 51. W. SIERADZKI. Stosunek nauki medycyny sądowej do innych nauk lekarskich. FR. KOŚMIŃSKI. O zmniejszeniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu. [Dok.] H. SCHRAMM. Stopa szpotawa wrodzona. [C. d.]. — *Przegląd Lekarski.* № 52. J. ZAJĄCZKOWSKI. Przyczynek do leukocytozy przy włóknikowym zapaleniu płuc. H. SCHRAMM. Stopa szpotawa wrodzona. [C. d.]. PILZER. Dwa przypadki gorączki płożowej, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową. — *Medycyna.* № 52. T. SOLMAN. Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit. Zaciśnięcie jelita biodrowego wyrostkiem robaczkowym, ostra niedrożność jelit, laparotomia, wyzdrowienie. F. ARNSTEIN. Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtani.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1899 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1899 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy do tomu XVIII Gazety Lekarskiej za 1898 rok.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

A P T E K A

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

	Za całą butelkę		Za pół butelki	
	Rs.	k.	Rs.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe (<i>Vin de Bugeaud</i>) przyrządzone na Maladze.	1	50	—	80
Wino Chinowe czyste na Maladze	1	50	—	80
„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza	1	75	—	90
Wino Condurango czyste na Xeresie	1	75	—	9
„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza	2	—	1	—
Wino Coca (<i>Vin de Coca</i>) na liściach Krasnodrzewu (<i>Erythroxyton coca</i>) na Maladze, w stosunku 1 : 20	1	50	—	80
Wino goryczkowe (<i>e rad. Gentianae</i>) na Xeresie.	1	50	—	80
Wino Kola (<i>Vin de Cola</i>) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny.	2	25	1	15
Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawnem	1	50	—	80
„ „ na Xeresie	1	50	—	80
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie.	2	—	1	—
Wino rabarbarowe czyste na Maladze	1	75	—	90
Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze.	1	75	—	90
Wino senesowe (<i>fol. Sen. alex. sine resina</i>) na Xeresie. Jedna do ½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie	1	75	—	90
Wino manganowo-żelazne z peptonem (<i>Vinum ferro-mangani peptonati</i>) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati	2	—	1	—
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu.	2	—	1	—
Wino piołunowe (<i>Vin de Vermuth</i>) na białem francuzkiem winie	1	50	—	80

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

Kefir czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanem.
Grzybki Kefirowe mokre i suche. 44—19

Praktyczne wskazówki (wydanie własne) przyrządzania kefiru.

Naturalna mineralna



zawierająca
żelazo i arsen

ze Srebrenicy w Bośni

Według rozbioru Rady
Dworu D-ra Ernesta Lud-
wig'a, c. k. zw. Prof. Che-
mii lekarskiej w Wiedniu
woda Guberquelle zawiera^a
w 10 000 częściach na wa-
gę:

Bezwodnika kwasu
arsenowego . . . 0.061
Siarozanu tleniku
żelaza 3.734

10-2

Henryk Matoni
Francenzbad,
Wiedeń (Tuchlau-
ben, Mattonihof).
Karlsbad,
Budapeszt.

W jednej skrzynce po-
czątkowej (30 kr. Porto)
znajduje się 6 flaszek
Guberquelle.

CAŁY ROK
Hydropatja,
Elektryczność,
Masaż
i t. d.

W
LECIE
Kąpiele
Żelaziste,
Borowinowe,
Kumys, Gimnastyka.

NAŁECZANIN

12-5

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

10-8

D-ra A. Grünbauma

Warszawa, Nowolipki 25.

Przyjmuje chorych, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie.
O warunkach przyjęcia i pobytu wiadomość na miejscu.

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych.

Lublin. D-r Olechnowicz, Ordyn. oddziału dla chorób umysłowych przy szpi-
talu Ś-go Wincentego w Lublinie. 16-4

Wyszła z druku książka

Szkice krytyczne

Z zakresu Medycyny

3-2

Zygmunta Kramsztyka.

Cena rub. 2.

Skład Główny w Księgarni E. Wendego i S-ki.

D-r W. RUBIN,

4-2

ordynator kliniki Uniwersyteckiej, dokonywa rozbiorów chemiczno-mikroskopowych: mo-
czu, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, kału i t. p. **Ul. Nowolipki Nr. 27.**