

GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

I. Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych.

Podał

Dr Stanisław Kopczyński

p. o. ordynatora oddziału.

A. PRZYPADEK PIERWSZY.

Jednostronne uszkodzenie wszystkich nerwów opuszkowych.

Przypadek opisany poniżej przedstawia swojego rodzaju wiwisekcję, polegającą na przecięciu jednostronnem wszystkich nerwów opuszkowych. Ponieważ tego rodzaju *experimenta crucis* należą do rzadkości, dalej, ponieważ fizjologia nerwów opuszkowych do tej pory nie jest jeszcze należycie wyświetlona i przedstawia różne wątpliwości, co do których w literaturze specjalnej toczą się wciąż spory, sądzimy, że każdy podobny przypadek zasługuje ze wszech miar na szczegółowy opis i krytyczną analizę objawów.

Chory ¹⁾, Z. S., lat 18, elektrotechnik, został skierowany do szpitala

¹⁾ Chory był przedstawiony w sekcji laryngologicznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 27-m listopada i w sekcji neurologiczno-psychiatrycznej w d. 22-m grudnia r. z.

św. Ducha przez kol. SINOŁĘCKIEGO, do którego się zgłosił z powodu chrypki i trudności połykania. Wstąpiwszy do szpitala w d. 29-m listopada r. z. skarżył się na chrypkę, na niemożność swobodnego władania prawą ręką i na pewną trudność połykania zwł. twardych pokarmów. Początek choroby datuje od 9-go lipca r. z. Tego bowiem dnia chory otrzymał postrzał kulą rewolwerową w kark, poczem upadł i został przez Pogotowie przywieziony do szpitala św. Rocha, gdzie przeleżał dwa tygodnie. W ciągu tego czasu chory doznawał bólów w okolicy przyusznej prawej, poza prawą żuchwą, nie mógł szeroko otwierać ust, poruszać swobodnie dolną szczęką w lewo lub w prawo. Stopniowo objawy te zanikały i po paru tygodniach zupełnie ustąpiły, natomiast wyraźnie dawała się odczuć choremu trudność w przelykaniu zwł. suchych pokarmów, a płynne niekiedy wracały mu się nosem. Chory zauważył też pewną zmianę w głosie, coś w rodzaju nieustannej chrypki, która przeszkadzała choremu swobodnie mówić i zmuszała go do częstego odchrząkiwania, a oprócz tego zauważył, że prawym ramieniem nie może swobodnie poruszać. W takim stanie chory został skierowany przez kol. S. do szpitala św. Ducha i został zapisany na oddział nerwowy.

Badanie przedmiotowe, dokonane w dniu 1 grudnia r. z., wykazało co następuje:

Chory średniego wzrostu, umiarkowanej budowy ciała i miernego odżywiania. Narządy wewnętrzne zboczeń od normy nie przedstawiają. Ciężkość normalna. Tętno stale przyspieszone, 88–92 uderzeń na minutę, napięcia średniego. Nachylenie się, ruch umiarkowany wybitnego wpływu na przyspieszenie tętna nie wywierają. Oddycha chory 16 — 18 razy na minutę.

Przy oględzinach zewnętrznych przedewszystkiem widać na skórze trzy blizny: jedną, wielkości pół ctm. w średnicy, na karku na wysokości pierwszego kręgu szyjowego po stronie prawej, w odległości centymetra od linii środkowej, drugą tejże wielkości w okolicy przyusznej prawej o 1½ ctm. poniżej dolnego końca prawej małżowiny usznej i trzecią wielkości kilku milimetrów w średnicy w okolicy kości licowej prawej. W pozycji stojącej chorego wszystkie te trzy blizny leżą niemal na jednej linii poziomej. Prawa wstępująca część żuchwy przedstawia pewne zgrubienie. Obmacywanie tego zgrubienia sprawia choremu pewien ból.

Przy oględzinach chorego z tyłu [rys. 2] widać następujące zboczenia w ułożeniu ramion. Prawy bark stoi niżej, szyja po stronie prawej wydaje się cieńszą i dłuższą, niż po lewej. Barkowa część prawego obojczyka sterczy ponad zapadniętym dołem nadgrzebieniowym prawym. Prawa łopatka stoi dalej od kręgosłupa, niż lewa: gdy bowiem lewy wewnętrzny górny kąt łopatki oddalony jest od środkowej linii kręgosłupa o 7 ctm., prawy wewnętrzny górny kąt łopatki oddalony jest o 11 ctm., gdy lewy dolny kąt łopatki oddalony jest od środkowej linii kręgosłupa o 8 ctm., prawy dolny — o 10 ctm. Cała prawa łopatka przesunięta jest ku przodowi. Wyrostek barkowy (*acromion*) prawej łopatki wysunięty jest ku zewnątrz, ku

przodowi i wyraźnie opuszczony, brzeg wewnętrzny górny prawej łopatki leży nieco wyżej, niż po stronie lewej, i o 4 ctm. dalej od kręgosłupa, dolny zaś również stoi o 3 ctm. wyżej, lecz jednocześnie wybitnie odstaje od klatki piersiowej, przez co napina się wyraźnie mięsień równoległoboczny (*m. rhomboideus*). Grzebień łopatki (*spina scapulae*) zarysowuje się wyraźniej po stronie prawej, niż po stronie lewej wskutek zapadnięcia dołów nad i podgrzebieniowego.

Przy obmacywaniu wyczuć się daje wybitny zanik mięśnia czworobocznego (*m. trapezoides s. cucullaris*) i to zarówno w części górnej [od potylicy do zewnętrznej trzeciej części obojczyka], jak i w średniej [od więzów karku i 3-ch górnych kręgów grzbietowych do barku i do zewnętrznej części grzebienia łopatki], i w dolnej [od IV i następnych kręgów grzbietowych do wewnętrznej części grzebienia łopatki]. Unoszenie ramion [wzruszanie ramionami] odbywa się słabiej po stronie prawej, przyczem widać, że czynny tu jest głównie mięsień unoszący kąt łopatki (*levator anguli scapulae*). Przy wysuwaniu piersi naprzód i ściąganiu łopatek, wewnętrzny brzeg prawej łopatki oddalony jest bardziej od środkowej linii kręgosłupa i od klatki piersiowej, a prawy mięsień równoległoboczny, nie przykryty mięśniem czworobocznym, napina się bardzo wyraźnie.

Prawą kończynę górną chory podnosi w kierunku przednim prawie do pionu, w kierunku bocznym nie wyżej poziomu, przyczem napręża się silnie mięsień unoszący wewnętrzny kąt łopatki, który po stronie lewej prawie nie jest wtedy czynnym, a jednocześnie wskutek znaczniejszego przesunięcia prawej łopatki ku przodowi, występują wybitne zniekształcenia prawego ramienia, polegające na tem, że gdy z lewej strony pas barkowy dzięki mięśniowi czworobocznemu (*m. trapezoides*) jest zaokrąglony, z prawej strony sterczy barkowy koniec obojczyka, pomiędzy nim a grzebieniem łopatki wytwarza się wybitne zagłębienie, drugie zaś zagłębienie mniejsze wytwarza się pomiędzy przednio-zewnętrzną częścią grzebienia łopatki a mięśniem trójgraniastym (*m. deltoideus*).

Przy ruchach biernych unoszenie prawej kończyny górnej we wszystkich kierunkach odbywa się z łatwością.

Przy oględzinach z przodu [rys. 1] uderza nieprawidłowe ułożenie prawego obojczyka; a mianowicie jest on wysunięty ku przodowi, skręcony wzdłuż osi podłużnej w tymże kierunku, a jego część barkowa, opuszczona, sterczy nie przykryta mięśniami. Zamiast zwykłego zaokrąglenia na ramieniu spotykamy pewne wklęsnięcie.

Dalej uderza, że chory trzyma głowę cokolwiek skręconą w prawo i podbródek bardzo nieznacznie ma uniesiony również w prawo. Obmacywanie mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego (*m. sternocleido — mastoideus*) prawego wykazuje, iż pozostało z niego zaledwie kilka wiotkich włókien, co potwierdza badanie podczas wykonywania przez chorego ruchów czynnych: przy skręcaniu głowy w prawo i do góry, lewy mięsień mostko-obojczyko-sutkowy napina się bardzo wyraźnie i wyczuwa się dobrze, przy

skręcaniu zaś głowy na lewo, prawy mięsień mostko-obończyko-sutkowy nie napina się zupełnie.

Przy obmacywaniu zewnętrznych mięśni krtani, wyczuć się daje zwiotczenie mięśni po stronie prawej, a skoro chory połyka pokarmy lub ślinę, w trakcie przelknięcia widać, że musi skrócić głowę w prawo, naprężając jednocześnie mięsień mostko-obończyko-sutkowy lewy, przyczem podczas unoszenia się i pewnego przesuwania krtani wprawo, mięsień łopatkogrdkowy (*m. omohyoideus*), nie będąc przykryty mięśniem mostko-obończyko-sutkowym i czworobocznym, napina się bardzo wyraźnie. W spokoju krtani nie jest przeciągnięta ani wprawo ani w lewo, lecz stoi pośrodku.

Badanie porażonego mięśnia czworobocznego za pomocą prądu elektrycznego wykazało wyraźny odczyn zwyrodnienia. Aczkolwiek zamykanie katodą dawało silniejszy skurcz, niż zamykanie anodą, to jednak skurcz ten przy 4 MA był powolny, robaczkowaty. Drażnienie prądem elektrycznym stałym resztek włókien mięśnia mostko-obończyko-sutkowego prawego nie wywoływało w nich żadnych skurczów, a prąd przechodził na mięśnie sąsiednie.

Język wysunięty okazuje się łukowato wygiętym i zbacza wprawo. Gdy spoczywa w jamie ustnej, środek szwu (*raphe*) języka okazuje się łukowato wygiętym z wklęsłością zwróconą wlewo, sam zaś koniuszerek zbacza, jak przy wysunięciu całego języka, cokolwiek wprawo. Cała prawa połowa języka znajduje się w stanie silnego zaniku: jest wiotka, cieńsza, pokryta zmarszczkami i poorana brózdami, wyraźnie widać w niej nieustanne drobne włókienkowe drgania mięśni. Prawy grzbiet języka stoi niżej, niż lewy. Poruszanie językiem w strony, obmacywanie nim podniebienia, wewnętrznych części policzków sprawia choremu pewną, acz niewielką trudność. Język zarówno po stronie zdrowej, jak i chorej czysty, nieobłożony. Cała prawa połowa języka jest mniej czuła na dotyk, niż prawa i absolutnie nie jest pobudliwa na żaden z 4-ch głównych kategorii smaku [gorzki, kwaśny, słony, słodki]. Lewą połowę języka chory wszelki smak rozpoznaje natychmiast.

Badanie prądem elektrycznym wykazało w mięśniach prawej połowy języka wyraźny odczyn zwyrodnienia. Przy sile prądu galwanicznego 0,5 MA skurcz mięśni prawej połowy języka był powolny, robaczkowaty, gdy w lewej był błyskawiczny, przytem KSZ = ASZ.

Prawy łuk podniebienny jest opuszczony, przy fonacji nie unosi się wcale, gdy lewy unosi się bardzo dobrze, jednocześnie przy fonacji widać, jak mięśnie tylnej ściany gardzieli przeciągają całą gardziel wraz z łukiem podniebiennym lewym w lewo. Gdy chory pije, płyn niekiedy wraca mu się przez nos. Mowa nosi charakter zlekka nosowy.

Prawa połowa gardzieli na dotyk i ból okazuje się mało wrażliwą. Suche, twarde pokarmy chory połyka z pewną trudnością. Nie przekreśliwszy głowy wprawo, chory, jak twierdzi, nie przełknąłby ich wcale. Śliny wydziela ilość umiarkowaną.

Przy badaniu laryngoskopem [kol. SINOŁĘCKI] stwierdzić można prawie zupełne znieczulenie całej prawej połowy nagłośni i krtani [dotknięcie tej strony zgłębnikiem wywołuje słaby tylko odruch, gdy tymczasem dotknięcie zgłębnikiem lewej połowy nagłośni i lewej struny głosowej rzekomej lub prawdziwej wywołuje żywy odruch; dalej, prawa struna głosowa znajduje się w t. zw. położeniu trupiem; nie porusza się ani przy wydawaniu głosu, ani przy oddychaniu. Lewa chrząstka nalewkowa i struna głosowa wykonywa zarówno przy oddychaniu jak przy fonacyi ruchy większe, niż zwykle. Przy fonacyi struna lewa przechodzi po za linię środkową, zbliżając się do nieruchomej prawej i w tylnej części nawet ją cokolwiek pokrywa, mimo to szpara głosowa pozostaje niedomkniętą, gdyż wolny brzeg struny prawdziwej prawej jest łukowato wygięty, wklęsłością zwrócony ku linii środkowej, skutkiem braku napięcia struny (porażenie *m. thyreourythennoid. int.*). Struna porażona wydaje się krótszą i węższą, niżej położoną od zdrowej. Nagłośnia ruchoma z wyraźną przewagą ruchów połowy lewej [prawa połowa porusza się biernie]. Różnica ta widoczna jest zwłaszcza przy unoszeniu się krtani w górę i opuszczaniu nadół podczas fonacyi: koniec nagłośni wykonywa wtedy ruchy wahadłowe wprawo i wlewo. Głos chorego brzmi chrypliwie, monotownie, modulacya wyraźnie upośledzona, tembr nosowy. Wymawianie niektórych dźwięków, zwłaszcza wymagających silniejszych ruchów końca języka, jest wadliwe [l, dl, tl].

Głos chorego nieco chrypliwym, falsetowatym. W krtani, jak chory twierdzi, ciągle mu coś zawadza; odchrząkiwanie jednak nie wiele na to pomaga. Gdy mówi, doznaje uczucia, iż za dużo powietrza mu z piersi wychodzi. Jednym tchem dłużej mówić nie może i musi częściej robić przestanki, niż przedtem. Wydobywanie powietrza z piersi, zwłaszcza podczas śpiewania, sprawia choremu pewną trudność, choć śpiewać chory w niższych tonacyach głosem nieco chrypliwym może. Choremu wygodniej mówić wtedy, gdy trzyma głowę skrzyżowaną nieco wlewo.

Od chwili wypadku, chory absolutnie nie słyszy na prawe ucho. Badanie specjalne nie wykazało żadnych zmian w stanie prawej błony bębenkowej prócz nieznacznego wciągnięcia tejże. Przewodnictwo kostne po stronie prawej zupełnie zniesione. Próba WEBERA z kamertonem daje wynik dodatni po stronie lewej. Drożność trąbki EUSTACHIUSZA zachowana. Lewem uchem chory słyszy dobrze. Prawa małżowina uszu, zarówno jak i lewa, na dotyk wszędzie czuła; dotknięcie pędzelkiem wnętrza lewej małżowiny usznej wywołuje uczucie dotyku, połączone ze szmerem, w prawej zaś — jedynie uczucie dotyku.

Żadnych szmerów podmiotowych ani jakichkolwiek innych złudnych wrażeń dźwiękowych w chorem uchu chory nie doznaje.

Wszystkie ruchy mięśniami twarzy chory wykonywa prawidłowo. Żuchwą chory porusza swobodnie we wszystkich kierunkach. Czucie na twarzy i w jamie ustnej z wyjątkiem prawej połowy języka i prawej strony gardzieli, o czem wspomniano powyżej, zachowane.

Ruchy gałek ocznych wykazują jedynie w stopniu nieznacznym niedostateczną sprawność mięśnia zewnętrznego prostego po stronie prawej. Chory, patrząc mocno wprawo na zewnątrz, widzi przedmioty podwójnie, przyczem obraz z prawego oka stoi równolegle i na zewnątrz od obrazu z oka lewego [obrazy jednoimienne równoległe].

Źrenice równe, na światło i na przystosowanie oddziałują zupełnie prawidłowo.

*

*

*

Jeżeli obecnie zechcemy zreasumować wyniki naszego badania, to otrzymamy, co następuje:

Chory wskutek postrzału, otrzymanego pod prawą potylicę, doznał szeregu zaburzeń czuciowych i ruchowych, wyłącznie w obrębie nerwów czaszkowych, a zwł. opuszkowych po stronie prawej. U chorego stwierdziliśmy:

1) zupełne porażenie z zanikiem mięśni i drganiem włókienkowymi i z odczynem zwyrodnienia w prawej połowie języka: porażenie nerwu podjęzykowego [n. XII] prawego;

2) zupełne porażenie i zanik mięśni z odczynem zwyrodnienia mięśnia czworobocznego (*m. trapezoides s. cucullaris*) i mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego po stronie prawej [opuszczenie i zniekształcenie całego prawego ramienia wskutek odsunięcia prawej łopatki ku zewnątrz i ku przodowi, opuszczenie i przesunięcie ku przodowi prawego obojęczyka, słabe podnoszenie prawego ramienia ku górze i słabe ściąganie łopatek, przewaga lewego mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego wskutek zupełnej nieczynności tegoż mięśnia po stronie prawej]: porażenie prawego nerwu dodatkowego [n. XI].

3) porażenie prawego łuku podniebiennego, znieczulenie prawej połowy gardzieli, nagłośni, górnej części krtani, zupełne porażenie wszystkich mięśni, odnoszących się do prawej struny głosowej, stałe przyśpieszenie czynności serca: porażenie nerwu błędnego [n. X] prawego;

4) zniesienie zupełne smaku na całej prawej połowie języka (*hemiageusia*), utrudnione przelżykanie zarówno rzadkich, jak twardych pokarmów, znieczulenie prawej połowy gardzieli i nieruchomość jej przy usiłowaniu przelżykania: porażenie nerwu językowo-gardzielowego [n. IX] prawego z udziałem zapewne prawej *choria tympani*;

5) zupełną głuchotę na prawe ucho wraz ze zniesieniem zupełnym przewodnictwa kostnego po stronie prawej bez widocznych zmian w błonie bębenkowej lub w uchu średnim: porażenie nerwu słuchowego [n. VIII] prawego;

6) dwojenie się w oczach i niedostateczną czynność mięśnia prostego zewnętrznego prawego: niedowład nerwu odwodzącego [n. VI] prawego.

Tak więc 6 nerwów czaszkowych po stronie prawej, a mianowicie: nerw VI (*n. abducens*), VIII (*n. acusticus*), IX (*n. glossopharyngeus*), X (*n. vagus*), XI (*n. accessorius s. Willisii*), XII (*n. hypoglossus*) uległy w danym przypadku uszkodzeniu, przytem nerw VI został częściowo uszkodzony, w pozostałych nastąpiła przerwa zupełna w anatomicznej ciągłości.

Przyczyna tych uszkodzeń, rzecz oczywista, spoczywa w urazie [chory przedtem był zdrów], wskazać jednak ściśle miejsce uszkodzenia tych nerwów nie jest rzeczą zupełnie łatwą.

Przedewszystkiem musimy rozstrzygnąć pytanie, czy wobec tego, że spostrzegamy na chorym trzy blizny po postrzale, otrzymał on dwa postrzały czy też jeden. W pierwszej chwili nasuwała się myśl, że główną sprawczynią wspomnianych wyżej uszkodzeń była kula, która weszła w okolicy przyusznej prawej i, prześliznąwszy się po wewnętrznej powierzchni prawej gałęzi żuchwy, wyszła przez kość licową. Przypuszczenie to jednak nie wytrzymuje ścisłej krytyki. Najpierw zranienie okolicy przyusznej prawej bezspornie uszkodziłoby jedną z gałązek nerwu twarzowego, czego u naszego chorego absolutnie nie spotykamy, a dalej, kula, któraby z tego miejsca idąc uszkodziła tyle nerwów opuszkowych, bądź co bądź już nie biegnących razem, musiałaby wywołać większe zranienie danej okolicy i niewątpliwie uszkodzenie gałęzi tętnicy szyjowej zewnętrznej, a tego w danym przypadku nie mieliśmy wcale. Oprócz tego musielibyśmy mieć osobny otwór wyjściowy tej kuli, która weszła pod prawą potylicę lub znaleźć ją w czaszce. Tego również nie widzimy, a prześwietlanie czaszki promieniami x [dr BRUNER] żadnego absolutnie cienia, przypominającego kulę, nie wykazuje. Pozostaje więc wniosek, że trzy obserwowane blizny zależą od jednej kuli, która, wszedłszy pod prawą potylicę, wskutek skośnego kierunku czy też skośnego ustawienia głowy, ukazała się w okolicy przyusznej prawej, aby następnie posunąć się po wewnętrznej powierzchni prawej gałęzi żuchwy i wyjść przez kość licową. To nam doskonale wytłómaczy możliwość uszkodzenia biegnących obok siebie zaraz po wyjściu z czaszki przez dziurę jarzmową (*foramen jugulare*) nerwów: językowo-gardzielowego, błędnego i dodatkowego [IX, X i XII], a także i nerwu podjęzykowego [XII], który, jak wiadomo, opuszcza czaszkę przez dziurę kłykciową przednią (*foramen condyloideum anterius*) i biegnie z początku z tyłu poza nerwem błędnym [patrz atlas HEITZMAN'a rys. 466]. Uszkodzenie dotyczyło pomienionych wyżej nerwów na wysokości 1-go kręgu szyjowego, poniżej jednak miejsca odejścia od nerwu błędnego gałęzi usznej (*r. auricularis n. vagi*), która odchodzi tuż pod potylicę i dąży do wnętrza małżowiny usznej. Zachowanie czucia dotyku i bólu wewnątrz prawej małżowiny usznej świadczyło o nieuszkodzeniu wyżej wspomnianej gałęzi. Porażenie prawostronne przełyku świadczyło znów o umiejscowieniu uszkodzenia powyżej punktu odejścia od n. IX i X gałązek, tworzących splot gardzielowy (*plexus pharyngeus*). Nadzwyczaj szczęśliwą dla chorego tę okoliczność, że tętnica wewnętrzna szyjowa pozostała przytem nietknięta, objaśnić należy tem, że tętnica ta w tem miejscu skręca esowato i podąża do kanału szyjnego (*canalis caroticus*).

Uszkodzenia nerwu słuchowego [VI], rzecz oczywista, nie możemy sobie objaśnić tym samym czynnikiem, t. j. bezpośredniem zmiążdżeniem go przez kulę. Bezwzględna całość bardzo bliskiego jego sąsiada—nerwu twarzowego stanowczo przeczy temu przypuszczeniu. Dlatego też należy przyjąć, że kompletna nagła głuchota po wypadku zależy najprawdopodobniej od wylewu krwi do błędniaka i od zniszczenia zakończeń nerwu ślimakowego (*n. cochleae*).

Niedowład lekki prawego nerwu odwodzącego [VI] objaśnić należy w ten sposób, iż zapewne nerw ten, biegnący na podstawie czaszki po dolnej powierzchni mostu VAROL'a, uległ w ten sposób nieznacznemu uszkodzeniu, być może wskutek jakiejś wybroczyny krwawej lub wskutek nad-szarpięcia.

[D. c. n.]

II. Zaburzenia potowydzielnicze w przebiegu chorób rdzenia.

Podał

Dr Med. Henryk Higier.

Niejednokrotnie miałem sposobność obserwowania poważnych zaburzeń potowydzielniczych w przebiegu chorób rdzenia, zaburzeń zarówno trwałych, jak przemijających¹⁾. W ostatnich latach kilka odnośnych przypadków widziałem, a zasługują one na bliższe omówienie tembardziej, że zaburzenia w wydzielaniu potu dotychczas bardzo mało zostały uwzględnione w semiotyce neurologicznej chorób ośrodkowych.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż początku torów, służących czynności wydzielania potu, śliny i łez, szukać należy w korze mózgowej, za czem przemawiają wpływ odnośny wzruszeń i wyobrażeń na wspomniane funkcje wydzielnicze oraz zaburzenia jednostronne wydzielin w sprawach chorobowych jednej lub obu półkul mózgowych²⁾.

Idąc w kierunku od pnia mózgowego do rdzenia, większość fizyologów zgodnie stwierdziła u zwierząt jeden ośrodek dla wszystkich kończyn w rdze-

1) H. HIGIER. W sprawie zaburzeń potowydzielniczych w *poliomyelitis ant. et post.* Kronika Lek. 23. 1901. *Deut. Zeitschr. f. Nerv.* XX. 1901.

2) GRIBOJEDOW stwierdził doświadczalnie u kotów istnienie parzystych ośrodków potowydzielniczych w okolicy *gyri antecrucii* kory.

3) H. SCHLESINGER. *Festschrift zu Ehren von Moritz Kaposi 1900.* Wiedeń.

niu przedłużonym oraz liczne ośrodki i szlaki potowe, rozsiane wzdłuż całego mlecza kręgowego, zwłaszcza w okolicy zgrubienia (*intumescencia*) szyjowego i lędźwiowego.

Według SCHLESINGER'a³⁾ w rdzeniu kręgowym należy odróżniać 4 parzyste terytoria główne, które częstokroć podlegają sprawie chorobowej, jedno niezależnie od drugiego, i które wskazują do pewnego stopnia na zgodność z t. zw. odcinkowymi, segmentalnymi okręgami czuciowymi. Lecz terytoria potowe są bez porównania większe niż okręgi czuciowe pojedynczych odcinków i odpowiadają o wiele większej ilości tych ostatnich, razem wziętych.

Terytoria, wykazujące pewną samoistność, są następujące: a) dla twarzy; b) dla kończyn górnych; c) dla górnej połowy tułowia, szyi, karku i uwłosionej części głowy, wreszcie d) dla kończyn dolnych. O znacznej rozciągłości pojedynczych ośrodków potowych świadczy to, że naprz. terytorium potowe w rdzeniu dla kończyny górnej [najściślej zbadane u człowieka] odpowiada obszarowi, zajmowanemu przez okrąg czuciowy 5, 6 i 7-go odcinka szyjowego i 1-go piersiowego.

Mówiąc więc o ośrodku potowym, rozumiemy pod tem, że gruczoły potowe wymienionych części obwodowych są w związku z nerwami, które zakończeniami swymi leżą w rdzeniu kręgowym jeden w pobliżu drugiego, tworząc pewien ograniczony konglomerat komórek zwojowych.

Co się tyczy wewnątrzrdzeniowych włókien potowych, to te przebiegają bardzo blisko włókien naczynioruchowych, dla tego samego odcinka ciała przeznaczonych, lecz są od nich oddzielone. Godnym jest uwagi stosunkowo rzadziej zdarzający się zbieg zaburzeń potowdzielniczych z objawami ruchowymi, niż z czuciowymi, bez względu na to, czy te drugie są umiejscowione z tej samej, czy z przeciwnej strony. Przy jednostronnem poceniu się, jako następstwie uszkodzenia szlaków długich, znajdujemy nieprawidłowe pocenie po stronie odpowiadającej zaburzeniom ruchowym, a przeciwległej czuciowym.

Po tych kilku wstępnych słowach, przytaczam w streszczeniu historię choroby, o ile uwzględniają zachowanie się czynności pocenia.

*

*

*

Pr z y p a d e k I-szy. 28-letnia panna. Zachorowuje w ciągu 3-ch dni, bez objawów gorączkowych, na porażenie kończyn dolnych ze stopniowo rozwijającą się ślepotą obustronną. *Paraplegia inferior completa*. Znaczne osłabienie odruchów ACHILLES'a i kolanowych. *Retentio urinae et alvi*. Upośledzenie wszystkich rodzajów czucia na obu kończynach. *Neuritis optica bilateralis acuta*.

Rozpoznanie waha się w pierwszym tygodniu między *sclerosis multiplex*, *meningomyelitis luetica* i *encephalomyelitis diffusa infectiosa* z przeważnem

dotknięciem zgrubienia łądźwiowego rdzenia. Podczas zastosowania energetycznej kuracji napotnej [zawijań w koce, pilokarpiny i salicylu] okazało się, że dolna połowa ciała prawie żadnego udziału w poceniu nie brała (*Anidrosis inferior*).

Przypadek II-gi. 41-letni stolarz. Po spadnięciu z pierwszego piętra rozwija się w ciągu tygodnia obraz ciężkiego ruchowego porażenia kończyn dolnych ze zniesieniem czucia bólowego i ciepłego, bólami opasującymi, zanikiem mięśni, nietrzymaniem moczu i kału oraz zupełną impotencją płciową.

Rozpoznanie brzmiało: *haematomyelia centralis* w obrębie łądźwiowym mlecza, prawdopodobnie powikłana wylewem krwawym wewnątrz rdzeniowym (*haematorhachis*).

Podczas przypadkowego powikłania grypą okazało się, że dolna połowa ciała pozostaje suchą, gdy górna pokryta jest potem (*Anidrosis inferior*).

Przypadek III-ci. 52-letnia kobieta dotknięta jest blisko 25 lat postępującem osłabieniem prawej ręki. Zaburzenie czucia w postaci rozszczepienia na obu górnych kończynach i prawej połowie twarzy. Prawa *main en griffe*. Oznaki porażenia ópuszkowego. Brak zdolności potowydzielniczej po prawej stronie na ramieniu i tułowiu.

Jedynie przypuszczalnym rozpoznaniem było: stopniowo rozwijająca się *syringomyelia*, rozprzestrzeniająca się ku górze i dołowi od pierwotnego ogniska [w okolicy prawego rogu zgrubienia szyjowego rdzenia] i wywołująca między innymi swoiste zaburzenia potowydzielnicze (*Anidrosis superior dextra*).

Przypadek IV-ty. 48-letni kupiec. Przed 5-u laty usunięcie lewej, nowotworowo zwyrodniałej nerki. Po upływie 4-ch lat rozwija się w ciągu 9-u miesięcy nader bolesne, później bez bólów przebiegające porażenie kończyn dolnych ze zniesieniem wszystkich odruchów, zatrzymaniem i nietrzymaniem moczu i kału, znieczuleniem głębokich i powierzchownych tkanek, odleżyną kości krzyżowej i przerzutem w lewej kości piszczelowej.

Rozpoznanie brzmiało: *Sarcomatosis diffusa caudae equinae* z następczą *myelitis lumbosacralis compressiva*.

Chory, należący do osobników łatwo pocących się, był w ostatnich tygodniach życia niezmiernie zaniepokojony napadom, nader obfitem poceniem się twarzy i głowy. Przy bliższem zbadaniu rzeczy okazało się, że napady te były natury septycznej, od odleżyn zależne, przyczem intensywne poty twarzy i głowy dały się jedynie tem tłomaczyć, że dolne kończyny i przylegająca połowa tułowia w czynności potowydzielniczej żadnego nie brały udziału, pozostawiając ciężar eliminacji wszelkich produktów wydzielniczych górnej połowie ciała, zwłaszcza skórze głowy i twarzy (*Anidrosis inferior*).

Z 4-ch przypadków moich, jak widzimy, był dotknięty w trzech odcinkach rdzenia lędźwiowy, względnie krzyżowy, a w jednym szyjowy, przyczem w pierwszych sprawa chorobowa umiejscowiła się obustronnie i symetrycznie, w ostatnim po jednej stronie rdzenia. Dotknięte terytoria potowe ucierpiały jednocześnie z odnośnymi ruchowemi i czuciwemi.

Nie należy więc uważać sekrecyi gruczołów potowych jako fizykalną sprawę filtracyjną, przy której układ nerwowy działa jedynie pośrednio na drodze nerwów naczynioruchowych. Czy nerwy sekrecyjne, rozsiiane prawdopodobnie na całej długości rdzenia, posiadają swoje ośrodki w przednich rogach obok ruchowych komórek zwojowych [ADAMKIEWICZ, BIEDL], czy też blisko podstawy rogu tylnego, t. j. w szarej substancji pomiędzy rogiem tylnym a przednim [CHARCOT], trudno orzec na zasadzie naszych przypadków, w których proces patologiczny w obrębie zgrubienia szyjowego i lędźwiowego jest rozsiany, nie ściśle umiejscowiony.

Tory potowe, jak nas klinika poucza, mogą być dotknięte na całym przebiegu, który, nawiasem mówiąc, jest nader skomplikowany. Włókna potowe wychodzą z wyżej wzmiankowanych ośrodków rdzenia [NAWROCKI, LANGLEY, BIEDL] w przednich korzeniach centryfugalnych, by w pobliżu splotu międzykręgowego za pomocą białego *ramus communicans* dojść do sznura spółczulnego (*sympathischer Grenzstrang*). Przeszedłszy przezeń, włókno potowe opuszcza go i przechodzi następnie za pomocą szarego *ramus communicans*: od *plexus cavernosus* do *n. infraorbitalis* [dla twarzy], od *ganglion stellatum* do *plexus brachialis* [dla kończyny górnej] i od ostatnich dwóch zwojów lędźwiowych i pierwszych dwóch krzyżowych do *plexus ischiaticus* [dla kończyny dolnej].

Porażenie lub podrażnienie może dotknąć toru potowego na całym jego przebiegu: w zakończeniu obwodowym [blizna], w sznurze spółczulnym (*lymphoma*), w zwoju międzykręgowym (*herpes zoster*), w ośrodku rdzeniowym (*poliomyelitis*, *gliosis*) lub w korze mózgowej (*migraena*).

Mam to przekonanie, że zaburzenia potowydzielnicze (*anidrosis*, *hyperidrosis*, *idrosis paradoxa*) znajdują się w myelopatyach nierzadko i dadzą się rozpoznawczo zużytkować, o ile będą częściej poszukiwane i przy badaniu klinicznym należycie uwzględniane.

III. W SPRAWIE LECZENIA PRZEPUKLINY.

Podał

Z. Sławiński.

[Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem, dnia 15 stycznia 1907]

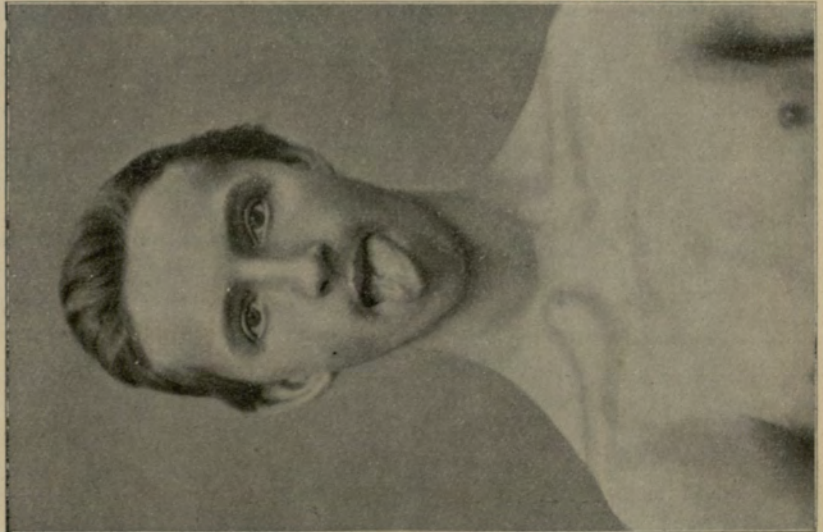
[Ciąg dalszy. — Patrz N. 17].

Przekonanie swoje o usposobieniu do przepuklin opiera BERGER również na obfitym materiale liczbowym, wykazującym, że przepuklina mnoga zdarza się wogóle częściej od pojedynczej. 6220 osób ponad lat 15 miało razem 11805 przepuklin; u 7433 mężczyzn bez różnicy wieku istniało 13483 przepuklin. Liczba przepuklin jest zatem prawie dwa razy większa od liczby osób, ponieważ u mężczyzn w wieku dojrzałym przeważa pr. pachwinowa obustronna lub wogóle mnoga. Na 11805 przepuklin u osób starszych nad lat 15 p. pachwinowa stanowi 10987; na 13483 przepuklin u mężczyzn bez różnicy wieku—12383, czyli że przewaga przepukliny mnogiej nad pojedynczą zależy zwłaszcza od częstości przepukliny pachwinowej obustronnej. Na 6220 przepuklin pachwinowych u mężczyzn znajdujemy 1042 pojedyncze i 4526 obustronnych [stosunek 1:4.34] Przepuklinie pachwinowej towarzyszy częstokroć udowa, lecz po stronie przeciwnej; BERGER spotkał to u 111 mężczyzn i 70 kobiet; p. pachwinowa bywa przeważnie prawostronną. Współczesne istnienie p. udowej i pachwinowej na jednej stronie zaznaczone jest 222 razy [203 u mężczyzn]; 87 razy takie współistnienie jest obustronne czyli 4 przepukliny u jednego osobnika. Oprócz wiotkości ściany brzusznej u takich osobników, BERGER opisuje nadto osłabienie i rozciągnięcie więzów pachwinowego. Na 117 osobników, poddanych ekspertyzie, o czem już wspominałem, BERGER znalazł 251 przepuklin; tylko 20 z nich miało przepukliny pojedyncze, 97 zaś mnogie w liczbie 230; uwypatnia to wyraźnie ich usposobienie.

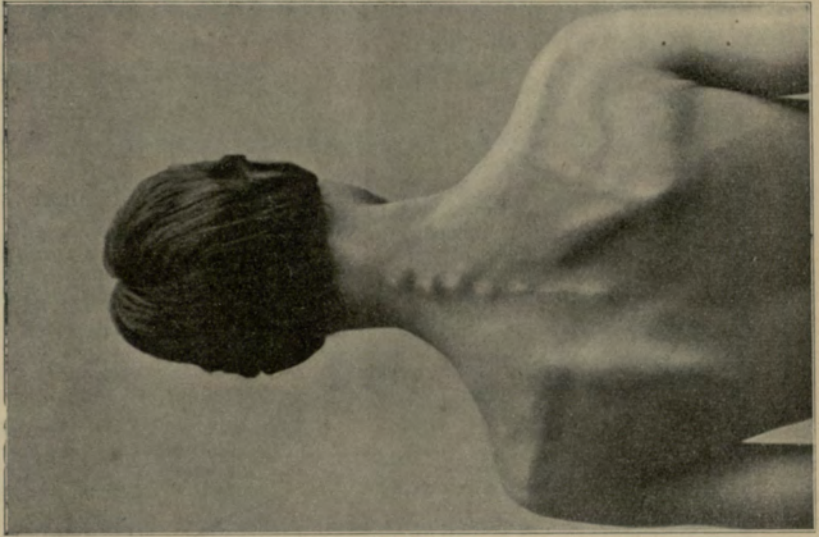
Przerywam natem dalsze rozpatrywanie tej kwestyi i poprzestaną na samem zaznaczeniu tych kierunków w teorii powstawania przepuklin. Dla ilustracyi panujących zapatrywań zacytuję orzeczenie BROUARDEL'a: „przepuklina w przeważnej większości przypadków nie powstaje nagle, lecz stanowi ułomność na tle wrodzonego rozwoju wadliwego”, oraz zdanie KINGDON'a, że „przepuklina jest to choroba, a nie wypadek; patologiczny stan, a nie samo tylko uszkodzenie mechaniczne”. Bliższa ocena tych interesujących poglądów nie wchodzi w zakres mego odczytu, dodam więc tylko, że nie podobna oprzeć się myśli, iż zdania powyższe grzeszą pewną

Do art. dra Stanisława Kopczyńskiego.

T A B E L I C A I - s z a .



Rys. 1.



Rys. 2.

jednostronnością. Wszak pomimo wyraźnych oznak usposobienia, przepuklina powstaje wtedy dopiero, jeżeli połączy się nadto wpływ wysiłków fizycznych, im więc przyznać należy znaczenie rozstrzygające, jako czynnika wywołującego. Nie da się również zaprzeczyć, że przepuklina urazowa jakkolwiek istotnie rzadka, zdarza się jednak niewątpliwie, a to wbrew zdaniom, odrzucającym nawet możliwość istnienia przepuklin powstałych nagle. KOENIG sądzi naprz., że nagłe powstanie przepukliny, czyli doraźne wytworzenie się worka nie da się pogodzić z naszym doświadczeniem chirurgicznym.

Badź co badź, dane przytoczone wyświetliły, jak rozpowszechnionem cierpieniem jest przepuklina pachwinowa i jak znacznie wzrosło obecnie jej znaczenie dla pewnych warstw ludności. Musimy sobie jeszcze wyjaśnić, na czym opiera się tak szerokie zastosowanie paska rupturowego, czyli ocenić jego wartość leczniczą. Dla większości dawniejszych badaczy rzeczą jest niewątpliwą, że przepukliny dzieci do lat 10-u zarastają przeważnie [w $\frac{2}{3}$ przypadków] przy trwałem użyciu paska. Dawniejsi chirurdzy [RICHTER, MALGAIGNE] stwierdzili nawet, że prawie zawsze otrzymać można wyleczenie doszczętne przez używanie paska u osobników młodych i w przepuklinach świeżych. De GARMO, kierownik polikliniki przepuklin w Nowym Jorku, zebrał dane co do 1203 przepuklin leczonych paskiem i obserwowanych co najmniej przez 6 miesięcy—w 336-u przypadkach miał on otrzymać zupełne wyleczenie. BERGER, jako szef biura centralnego w Paryżu, otrzymał również podobnie zachęcające wyniki, a mimo to wyznaje, że nie można polegać na tych zawodnych wyleczeniach. Na pewny wynik od stosowania paska liczyć wolno zdaniem BERGER'a tylko u noworodków i dzieci. U osobników młodych i silnych z przepukliną powstałą nagle („*hernie de force*”) pasek dawać może niejakię szansę, o ile noszony jest stale, w dzień i w nocy; jeżeli po kilku miesiącach przepuklina okazuje najmniejszą dążność do wychodzenia, lub jeżeli palec wyczuwa jeszcze w wylocie kanału uderzenia przy kaszlu, niema co liczyć na powodzenie tego leczenia, które wogóle u dorosłych zapewnia skutek raczej rzekomy. Jeżeli nawet oddawna znikły objawy przepukliny, to danemu osobnikowi pozostaje zawsze groźba, ponieważ narażony jest na nagłe wyjście przepukliny i uwięzienie, a będzie ono według BERGER'a tem cięższe, im dokładniej i im dłużej noszony był pasek. Osobiście jestem zdania, że pasek może leczyć przepukliny u dzieci, lecz powinno to nastąpić w przeciągu czasu od pół roku do roku; w przeciwnym zaś razie nie należy męczyć dłużej dziecka paskiem, zawsze krępującym je w ruchach i rozwoju.

Zakres stosowania paska jest ograniczony tylko do przepuklin wolnych i odprowadzalnych. Pomimo całej staranności nad paskiem i bacznego czuwania nad sobą, wystrzegania się wysiłków, osobnik dotknięty przepukliną skazany jest na niedołęstwo, wzmagające się z wiekiem, a nie zabezpieczony od przypadłości ciężkich lub nawet śmiertelnych. W rzeczy samej, od dawna już uznana została zasada, że trwałe noszenie paska nie chroni od uwięzienia. Na

216 przypadków uwięzienia, spostrzeganych przez BERGER'a w biurze centralnem, 95-u osobników nie używało wcale lub zaprzestało nosić pasek, u 121 zaś uwięzienie nastąpiło podczas trwałego używania paska. Liczyć się nadto trzeba z tą okolicznością, że pasek o tyle może być używanym, o ile, jak mówi TRÉLAT, utrzymuje on przepuklinę zupełnie, trwale i łatwo; w i e m y n a t o m i a s t, ilu to ludzi nie znosi wcale paska wskutek osobistej wrażliwości; w ilu razach, u osobników otyłych zwłaszcza, wywołuje on podrażnianie skóry w rozmaitym stopniu lub wskutek tarcia i nacisku sprzyja powstawaniu t. zw. kaletek maziowych z następującą ich puchliną (*hygroma bursae*). Według praw niemieckich, jeżeli u odszkodowanego robotnika pasek powoduje ból lub obrażenia skóry, renta zostaje podwyższona z 10% do 30%; odszkodowany ma również do tego prawo, jeżeli przy pasku przepuklina powiększa się nagle wskutek wypadku. KAUFMANN przytacza przykłady, że pewnemu hutnikowi zwiększono odszkodowanie do 30% dlatego, że wskutek pocenia się przy pracy skóra pod paskiem łatwo ulegała podrażnieniu; innemu robotnikowi przyznano 75% renty, ponieważ przepuklina pod paskiem powodowała stały i znaczny ból, nie dawała się utrzymać paskiem, wychodziła przy kaszlu i t. p. co wymagało długotrwałego leczenia.

Jak już zaznaczyłem, nie posiadam żadnych danych liczbowych, któreby oświetlić zdołały rozpowszechnienie przepukliny u nas, lecz zarazem nie mam podstaw do przypuszczenia, żeby przepuklina była u nas cierpieniem mniej częstym; natomiast twierdzić można z pewnością, iż przepuklina pachwinowa wolna jest u nas mniej leczona wogóle. Rzeczą jest u nas zwykłą, że osobnik dotknięty przepukliną nawet bez radzenia się lekarza udaje się wprost do bandażyisty po t. zw. bandaż rupturowy, a na prowincyi widzi się nieraz, jak paski kupowane są w kramach na jarmarku. Z osobistej obserwacji wyniosłem przekonanie, że ludzie pracujący fizycznie u nas przeważnie pasków nie noszą, zbytnio przeszkadzają im one w pracy zapewne z powodu niedokładności wykonania i zastosowania; ludzie zamożniejsi wystrzegają się wysiłków fizycznych, lepiej o paski dbają, a mimo to posiadają zwykle całe ich zbiory.

Nie będę przytaczał więcej danych na dowodzenie rzeczy od dawna do- wiedzionej; całe nasze leczenie operacyjne doszczętne powstało dzięki temu, że pasek nie leczy przepukliny, ani też nie zabezpiecza od powikłań, a zawsze jest w użyciu kłopotliwy. Nie zamierzam również zatrzymywać się nad inną jeszcze zasadą leczenia, mianowicie zastrzykiwania środków drażniących w okolicę przepukliny w celu wytworzenia tkanki bliznowatej i zamknięcia tą drogą kanału i worka. Sposób ten, i nie- pewny i ryzykowny, używany jest tylko przez wyjątkowych zwolenników.

Ciekawszem będzie wyjaśnienie przyczyny, dla czego operacja doszczętna stosowana jest dotychczas w ograni- czonym zakresie. Nowoczesne statystyki wykazują wyniki świe- tne, zdumiewające pod względem stałości i pewności, stosowane zaś do usuwania doszczętnego przepuklin metody operacyjne uważamy obec-

nie za niezawodne co do wyników. Z literatury współczesnej zdołałem zebrać i zestawieć dane, dotyczące około 25,000 operowanych przepuklin pachwinowych, wolnych i uwięzłych razem, w czasie od r. 1886: odsetka śmiertelności operacyjnej nie osiąga 1, przy czem dane niektórych chirurgów opierają się na seryach wyników pomyślnych liczących po 800 do 1,000 przypadków, a powikłania pooperacyjne [ropienie miejscowe] zdarzają się również nader rzadko [FRAENKEL na 250 operacji zaznacza 7,8% powierzchownego ropienia w szwach; COLEY na 1003 operacji 3%; od czasu zaś wprowadzenia rękawiczek 1 $\frac{1}{4}$ %; KOCHER 0,98%]. Wyniki pooperacyjne w przepuklinach wolnych u nas, o ile sądzić mogę, też są bardzo zachęcające. Brak mi również wskazówek co do częstości wznowy pooperacyjnej w naszym materiale. W literaturze obcej odsetka wznowy waha się w granicach nieznacznych w zależności od operatora i stosowanej metody—od 1-go do 7-u, w przecięciu zaś wynosi ona około 4-ch [u KOCHER'a w latach ostatnich 2,3; u FRAENKEL'a [po BASSINI'm] 3,5; u COLEY'a na 937 przypadków BASSINI'ego 10 wznów].

Imponujące te cyfry nie odpowiadają jednak nawet w przybliżeniu danym co do częstości przepuklin, wynikającym z przytoczonych już wyliczeń. Nie wszystkie zapewne operacje dostają się do druku, lecz i nie wszystkie bynajmniej przepukliny przyjmowane są do operacji, panuje bowiem wyraźna oględność w stosowaniu operacji doszczętnych. Większość sprawo zdań zaznacza dobitnie, że przytoczone wyniki otrzymano dzięki zachowaniu ścisłych wskazań ogólnych, że nieoperowano z zasady dzieci do lat 5-u i dorosłych po 50-u latach, przeważnie zaś poddawano operacji ludzi młodych i zdrowych. Ową oględność operacyjną dyktuje przeświadczenie, że ludzie starsi podlegają często powikłaniom pooperacyjnym, zwłaszcza zaburzeniom płucnym w zależności od stosowania do usypiania chloroformu lub eteru. Tak, dla przepuklin uwięzłych 33% wszystkich przypadków śmierci przypada na zapalenie płuc. Z tego właśnie względu, jak również z obawy przed trudnościami, jakie następują przy przepuklinach znacznych rozmiarów, osoby starsze, najbardziej przez przepuklinę upośledzone, skazane zostają pośrednio na używanie paska. I tu właśnie leży powód, dla którego pozwoliłem sobie zająć uwagę PP., przytoczę bowiem sposób znieczulania, który znosząc niebezpieczeństwo usypiania ogólnego, stanowczo winien rozszerzyć zakres operacyjności, a który w literaturze obcej i u nas zbyt mało jest uwzględniany. Mam tu na myśli sposób CUSHING'a.

CUSHING ogłosił swe spostrzeżenia nad znieczuleniem miejscowym kokainą w r. 1900 w *Annals of Surgery*. Zaznacza on, że idea tego postępowania należy do CORNING'a, który również pierwszy zaproponował znieczulenie rdzeniowe, i powołuje się na 30 przypadków przepuklin, w tem znieczuleniu operowanych, oraz na inne operacje (*varicocele, hydrocele, castratio*). Metoda C. polega na zastrzykiwaniu 0,5—1% roztworu kokainy bezpośrednio w obnażony nerw czuciowy danej okolicy po znieczuleniu skóry płynem SCHLEICH'a

i po uprzednim zadaniu zwykłej dawki morfiny podskórnie. Zastosowanie tej metody do przepukliny pachwinowej o tyle naszcęca trudności, że w przebiegu nerwów, zaopatrujących okolicę pachwinowo-moszną, istnieje pewna różnorodność, nadto zaś przysparzają kłopotu zespolenia nerwów. Zwykły układ nerwów jest tu następujący. Z pierścienia pachwinowego zewnętrznego wydstaje się nerw biodrowo-pachwinowy czyli drugi lędźwiowy (*n. ilioinguinalis*), oraz nerw nasienny zewnętrzny (*n. spermaticus externus*), gałązka n. łonowoudowego (*n. genitofemoralis*); znajdujemy je zwykle w kanale połączone w jeden pień wspólny. Nerw biodrowopachwinowy zasila całą zawartość moszny: powróżek nasienny, jądro i worek przepuklinowy, oraz skórę uda pod więzłem pachwinowym na poziomie naczyń (wewnętrzną stronę trójkąta SCARPA'Y, [nie zaopatruje on jednak, jak twierdzi CUSHING, skóry moszny—powłoki moszny co do swej wrażliwości zależą od n. sromnego dolnego (*n. pudendus inf.*) oraz n. kroczowego (*n. perinealis superficialis*), słowem od splotu krzyżowego, a nie lędźwiowego]. Powyżej pierścienia zewnętrznego, w mięśniu skośnym wewnętrznym, niekiedy na tym mięśniu, w rozmaitej odległości od dolnego brzegu mięśnia, przebiega nerw biodrowopodbrzuszny czyli pierwszy lędźwiowy (*n. iliohypogastricus*); po znieczuleniu tego nerwu ginie wrażliwość dolnego brzegu mięśnia [otrzymującego niekiedy gałązki od n. łonowoudowego], oraz tkanki tłuszczowej podskórnej i skóry okolicy pachwinowej aż do nasady prącia. Wobec tego, po znieczuleniu i przecięciu skóry w zwykłym miejscu, należy przecinać tkankę tłuszczową podskórną nasamprzód tylko w górnym końcu rany. Po otworzeniu tutaj rozciągną mięśnia skórniego zewnętrznego powyżej pierścienia zewnętrznego, następuje najważniejszy moment: odszukanie i znieczulenie n. biodrowopachwinowego w głębszej warstwie kanału. Uwydatnia się wtedy zarazem i dolny brzeg m. skośnego wewnętrznego, niekiedy z widocznym na nim nerwem biodrowopodbrzusznym. Dopiero po znieczuleniu obu tych nerwów można dokończyć bez bólu rozcięcie tkanki podskórnej w dolnym kącie rany, oraz przystąpić do właściwej operacji doszczętniej. Należy unikać przecięcia nerwu biodrowopachwinowego, sprowadza to bowiem następnie rozluźnienie moszny wskutek, według zdania CUSHING'a, porażenia m. dźwigacza jądra. Za główne wskazania do swej metody CUSHING uważa: 1) stwardnienie naczyń, zwłaszcza u chorych z przewlekłym nieżytem oskrzeli i rozedmą płuc poza 50-ym rokiem życia, oraz 2) przepukliny uwięzłe, w okresie wymiotów i zapaści. W podobny sposób C. znieczuliła również przepuklinę udową i pępkową, nie podając jednak opisu postępowania w tych razach.

Z osobistego doświadczenia zauważyć winienem, że znieczulenie, jakkolwiek niezupełne, jest jednak wystarczające, oraz że jest to sposób, wymagający pewnej wprawy. Pomimo wstępnych poszukiwań na trupach, w pierwszych moich operacjach nie osiągałem znieczulenia w stopniu tak dokładnym, jak w dalszem stosowaniu tego sposobu, a dotychczas użyłem go w 15-u operacjach doszczętnych przepuklin pachwinowych [14 wolnych i 1 uwięzła] u 12-u chorych na oddziale dra KRAJEWSKIEGO. Powiedzieć można, że stopień otrzymanego znieczulenia zależy całkowicie od znajomości

rozmieszczenia ośnionych nerwów, oraz od ogólnej uprawy w operowaniu. Odszukanie *n. ilio-inguinalis* nie przedstawia trudności, o ile trzymać się będziemy kolumny zewnętrznej (*crus*) kanału pachwinowego czyli zewnętrznej powierzchni powrózka; uwydatnia się on tutaj wyraźnie, jako białe pasmo wśród pęczków m. dźwigacza jądra. Przecinając rozściętno, m. skośnego, zawsze trafiamy, niekiedy od razu i na *n. ilio-hypogastricus* jeżeli przebiega on po dolnym brzegu m. skośnego wewnętrznego; o ile nerw jest ukryty wśród mięśnia, zadowolić się trzeba znieczuleniem samego brzegu mięśnia. Na całe znieczulenie wystarcza zwykle jedna lub najwyżej dwie rurki 1% roztworu kokainy czyli 1 lub 2 centygramy kokainy. Podczas obnażania worka, należy się starać wyciągać sznurek i worek zwolna i stopniowo, chory bowiem odczuwa zwykle najdotkliwiej tę część zabiegu, zwłaszcza jeżeli pociąganie odbywa się nagle i mocno; wrażenia swoje chorzy opisują, jak uczucie „że coś ciągnie w brzuchu”. Przycinanie i zeszywanie worka otrzewnego nie przechodzi zwykle również bez pewnego wrażenia. Trzeba się nadto liczyć z faktem, że nawet tak małe dawki kokainy, w połączeniu zapewne z wrażeniem i obawą operacji, sprawiają, że niektórzy operowani, zwykle ku końcowi zabiegu, bledną, pocą się i skarżą na osłabienie. Mając to na względzie, pamiętać należy, że by nie operować chorych głodnych [z uwagi na wpływ kokainy na naczynia krwionośne] i żeby w czasie operacji dawać im kawy czarnej ciepłej lub wina; przy tej ostrożności ani jeden chory nie zemdlął mi, ani też nie byłem zmuszony uciekać się do dodatkowego usypiania ogólnego, pomimo że nie stosowałem morfiny przed operacją, jak to zaleca CUSHING.

Oprócz uniknięcia ogólnego usypiania i jego następstw, sposób opisany posiada tę jeszcze zaletę, że daje on możność wyzyskania czynnej pomocy chorego podczas operacji: o wiele łatwiej jest odszukać drobny worek przepuklinowy, jeżeli chory wypycha jego zawartość, jako też znacznie pewniej sprawdzić można ścisłość szwów głębokich, kiedy chory np. kaszle.

Po usunięciu niebezpieczeństwa usypiania ogólnego pozostaje jeszcze do zwalczania trudność operacyjna, jaką przedstawiają przepukliny znacznych rozmiarów. Zawartość wielkiej przepukliny, zwłaszcza t. zw. wyłoniona, nie mieści się częstokroć w jamie brzusznej, a uporanie się ze zgrubiałym powrózkiem i rozrośniętymi otoczkami worka, należy nieraz do zadań bardzo mozolnych. I w tym względzie mamy do zanotowania ważne udogodnienie, możemy mianowicie usuwać ryczałtowo owe rozrośnięte, a zbyt ciężkie tkanki i pozostawić tylko nasieniowód bez obawy o zgorzel jądra. Rzeczą jest nadto niemniejszej wagi odpowiednie przygotowanie do operacji ludzi starszych: należy im zalecić kilkodniowe leżenie przed operacją, co ma na widoku wskazanie dwojakie. Po pierwsze ludzie ci przyzwyczajają się do oddawania moczu i kału w pozycji leżącej; lekarz zaś ma czas przekonać się, czy dany osobnik nie ma skłonności do objawów zastoinowych w płucach i może za-

bieg odroczyć. Ostrożność ta jest wskazana, po drugie, wobec przepuklin dawnych i znacznych rozmiarów, jeszcze i z tego względu, że po dłuższem leżeniu i ewentualnem podawaniu środków przeczyszczających, przepukliny zwykle zmniejszają się wyraźnie, a jama brzuszna przyzwyczaja się stopniowo do pomieszczenia zwiększonej zawartości.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

39. Scholtz. O torbielach mózdzka.

W literaturze lekarskiej ogłoszono dotychczas 75 przypadków torbieli mózdzka. Guzy te powstają czasami jako anomalia wrodzona, np. w postaci workowatego wypuklenia 4-ej komory; zdaniem innych, mogą one też rozwijać się z preformowanych szczelin limfatycznych. O wiele jednak częściej stanowią one zjawisko, towarzyszące guzom twardym, często chodzi prosto o torbielowate rozmiękczenie guzów (*cystoglioma, cystosarcoma*); większość atoli publikacji dotyczy tak zwanych zwykłych lub surowicznych torbieli, do których ilościowo najbliższej stoją torbiele krwawe (*Blutungscysten*). Wreszcie zawartością torbieli może być bąblowiec; torbiele skórzaste w mózdzku należą do niezmiernie rzadkich przypadków. Rozmiary torbieli wahają się od wielkości orzecha włoskiego aż do objętości całego mózdzka. Stałym towarzyszem tych guzów bywa wodogłowie. Nawiedzając zazwyczaj osobników młodych, cierpienie to ujawnia się bardzo powoli: bóle głowy, prawie zawsze w tyle głowy, wymioty, rzadziej—drgawki, apatya. Zaburzenia równowagi wcześniej występują tylko w nielicznych przypadkach, jak również zawroty głowy. Notowano też w poszczególnych przypadkach zaburzenia czynności tej lub innej pary z liczby 12-u par nerwów mózgowych. Czucie zawsze prawie zostaje normalne, jak i odruchy. Nakoniec, z objawów ogólnych niekiedy postrzegano gorączkę, znaczny upadek sił, sinicę obu ramion, białkomocz. Przy zestawieniu wszystkich wyliczonych objawów jest rzeczą widoczną, iż nie różnią się one niczem od symptomatologii guzów twardych mózdzka, innemi słowy niema możliwości na ich podstawie przeprowadzić rozpoznania różniczkowego torbieli mózdzka. Dopiero po wprowadzeniu przez NEISSER'a i POLLACK'a metody punkcji mózgowej postulat ten zyskał szanse zrealizowania: autor w 2-ch przypadkach przy pomocy tego środka rozpoznał torbiel mózdzkową. Zabieg ten ułatwia nam i rozstrzygnięcie drugiego zadania, a mianowicie, z której strony znajduje się torbiel, co na podstawie objawów klinicznych nie da się skutecznie; wobec zaś tego, że punkcja mózgu, zdaniem autora, jest zabiegiem nieznacznym i nieszkodliwym (?), przeto, w razie ujemnego jej wyniku z jednej strony, można ją powtórzyć na drugiej stronie. Obok wartości rozpoznawczej, przekucie może być stosowane też jako paliatywny zabieg leczniczy, co stwierdził autor też na własnych przypadkach. Jedynym atoli środkiem, który może odwrócić niechybne, wcześniej lub później, zejście śmiertelne, jest operacya, która polega na osteoplastycznej rezekcyi czaszki na

stronie zajętej przez torbiel, i opróżnieniu torbieli. Co do wyników takiego postępowania, to wiadomem jest, że w 14-u przypadkach zakończyło się ono pomyślnie. Co się tyczy samego przekłuwania, to jak autor sam miał sposobność się przekonać, jest możliwem wkłucie igły w rozszerzoną komorę mózgową od strony mózdzka. Z dokonanych w tym celu specjalnie pomiarów okazało się, że w normalnym mózgu dorosłego człowieka można dojść igłą od strony mózdzka do bocznej komory tylko w tym razie, jeżeli igła jest dłuższą ponad 10 ctm.; u dzieci różnica nie przenosi 1 ctm. W razie rozszerzenia bocznej komory, odległość, oczywiście, ulega skróceniu; w każdym bądź razie, nawet przy największem rozszerzeniu nie jest ona mniejszą od 8-u ctm. A zatem, jeżeli igła została wprowadzona na głębokość 4—5 ctm., to punkcya żadnej poważniejszej szkody wyrządzić nie może.

W. Dobrowolski.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir.*, t. XVI, z. 4—5).

40. Läden, Badania doświadczalne nad możnością leczenia tężca za pomocą kuraryny.

Odnosne badania, przeprowadzone nad myszami, świukami morskimi i królikami, upoważniają autora do stwierdzenia faktu, że u małych zwierząt w atmosferze tlenu, a u większych—przy zastosowaniu sztucznego oddychania można zupełnie lub w pewnej mierze na kilka godzin ciężki stan tężcowy, spowodowany przez zastrzyknięcie jadu tężca, powstrzymać za pomocą maksymalnego porażenia kuraryną. Takie działanie pomienionego środka rozpocziera się na oba główne objawy tego stanu: toniczne stężenie mięśni i kurcze odruchowe. Przy najcięższych stanach tężcowych nie udaje się wprowadzić w ten sposób znieść zupełnie stężenia mięśni; można jednak wtedy na pewien czas usunąć kurcze mięśni kręgosłupa, kończyn, a nawet i przepony. W ostrych przypadkach, bezwzględnie śmiertelnych, po zatruciu jadem tężcowym, najenergiczniejsze nawet stosowanie kuraryny nie dawało możności przekształcenia ostrej postaci w przewlekłą, prowadzącą do wyzdrowienia. Wogóle zaś zwierzęta, zatrufwane jadem tężcowym, są wrażliwsze na kurarynę, niż zwierzęta zdrowe. Wywoływany u zwierząt stan chorobny za pomocą toksyny tężca nie jest identyczny z tężcem, któremu podlegają ludzie, ponieważ u tych ostatnich mamy do czynienia nie z jednokrotnem, lecz powtarzającym się zatrufaniem toksyną. Bądź co bądź jednak z doświadczeń, poczynionych na zwierzętach, możemy wyciągnąć pewne ogólne dane dla leczenia ludzkiego tężca: w każdym razie HOFFMAN po zastrzyknięciu młodemu silnemu mężczyźnie do 13-u mg. kuraryny widział ustanie kurczów. HOCH podawał u młodej dziewczyny w przypadku tężyczki 0,7 mg. kuraryny i również widział dodatni wynik. Autor radzi rozpoczynać u silnych dorosłych mężczyzn od 5—8 mg. kuraryny podskórnie i powoli zwiększać dawkę. W bardzo ciężkich przypadkach należy wykonać zapobiegawczą tracheotomię i po porażeniu poprzecznie prążkowanych mięśni zastosować sztuczne oddychanie. Jeżeli mamy zastosować kurarynę podczas napadu kurczów, zagrażających bezpieczeństwu życia, to należy zastrzyknąć ją do żyły, lecz w mniejszej już dawce, około 1-go mg., i natychmiast rozpocząć sztuczne oddychanie. Niebezpieczeństwo zatrufania kuraryną zagraża nie ze strony porażenia oddechu, lecz serca.

W. Dobrowolski.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir.*, t. XVI, z. 4—5).

NOTATKI LEKARSKIE.

1. Poród płodu dwugłowego.

Zachęcony artykułem kol. NEUGEBAUERA o porodach potworków podwójnych, pozwałam sobie wzbogacić kazuistykę krajową spostrzeżeniem własnym z przed kilku tygodni.

W pierwszych dniach grudnia 1906 r. byłem wezwany do wsi Wola Błędowa pod Strykowem do zameżnej włościanki, z powodu przeciągającego się porodu. Rodząca, 20-letnia pierworódka, zbudowana prawidłowo, z miednicą o wymiarach prawidłowych; wody odeszły z wieczora poprzedniego dnia; bóle częste, silne; powłoki brzuszne i macica napięte mocno, nic przez nie wyczuć nie można; srom zlekka obrzękły, krocze grube, mało podatne; szyjka maciczna zgładzona; położenie czaszkowe pierwsze, główka w małej miednicy. Nałożyłem kleszcze na główkę; po kilku mocnych pociągnięciach przekonałem się, że główka nie posunęła się ani o włos. Nie podejrzewając jeszcze istnienia drugiej główki, ze względu na niepokój rodzącej i otaczających, mając na uwadze grube, twarde krocze, w celu przyspieszenia porodu postanowiłem zmniejszyć główkę i dokonałem jej wymóżdżenia; lecz i teraz po wypłynięciu mózgu, pomimo pociągania kranioklastem, główka nie posuwała się; zacząłem podejrzewać istnienie drugiej główki; po usunięciu kości czaszkowych, wprowadziwszy rękę, znalazłem w lewym dole biodrowym drugą główkę, wyrastającą z tego samego tułowia; wówczas ostrym hakiem rozłamałem resztę kości pierwszej główki, to jest twarzowe i podstawy czaszki [hakiem, gdyż z powodu zbyt wysokiego położenia główki i ciasnej pochwy, nożem ani nożycami główki obciąć nie mogłem], usunąłem wszystko aż do kręgów szyjnych; wprowadzoną znowu ręką, nie mogąc zrobić obrotu na nóżki z powodu silnych skurezów macicy, nasunąłem ku wejściu do małej miednicy drugą główkę, wymóżdżyłem ją i, założywszy kranioklast, z łatwością już płód wydobylem. Był to *dicephalus dibrachius* płci męskiej; dwie główki normalnej wielkości, rozwinięte prawidłowo, na oddzielnych szyjach, osadzonych na szerokim w barkach tułowiu, dwa kręgosłupy, schodzące się do jednej kości krzyżowej. Sekeyi trupa nie robiłem ze względu na rodziców. Operowałem bez chloroformu, gdyż byłem sam jeden w asystencji tylko baby wiejskiej. Położnica zdrowa zupełnie.

Główno, 17-go stycznia 1907.

Stanisław Lekszyci.

Wiadomości bieżące.

— Prof. Jan DOGIEL obchodził w m. z. pięćdziesięciolecie zawodu lekarskiego. Przebywając na obczyźnie, prof. DOGIEL ogłaszał swoje prace po polsku

przeważnie w Gazecie lekarskiej. Wielce Szanownemu Jubilatowi w pamiętnym okresie Jego życia składamy wyrazy głębokiej czci i wdzięczności za wzbogacenie naszej literatury owocami znakomitej działalności naukowej.

— Ukazała się broszurka p. t. „25 lat działalności Towarzystwa kolonii letnich w m. Warszawie“, napisana przez dra Klemensa ŁAZAROWICZA. Jest to bardzo wyczerpujący obraz całej organizacji i działalności tej, bez zaprzeczenia, wielce pożytecznej instytucji. Jako Towarzystwo, posiadające stałych członków, opłacających składkę, i fundusze żelazne, kolonie istnieją dopiero od lat 10-u; przedtem, w ciągu lat 15-u, z roku na rok zbierano ofiary i w miarę ich napływu, wysyłano większą lub mniejszą liczbę dzieci. W pierwszym roku t. j. w r. 1882, wysłano ich zaledwie 54, w roku 1896, ostatnim przed powstaniem Towarzystwa — 1961, w ubiegłym roku — 3304; zato gdy w r. 1896 odmówiono wyjazdu z powodu braku miejsca 69 dzieciom, w r. 1906 smutnego tego losu doznało aż 1553 dzieci, czyli blisko trzecia część zapisanych i zakwalifikowanych.

Organizatorem, główną sprężyną i duszą instytucji, od początku jej istnienia aż do chwili obecnej, jest dr Stanisław MARKIEWICZ. To też doroczne posiedzenie, tym razem jubileuszowe, jakie odbyło się w ubiegłym tygodniu, było jednocześnie złożeniem hołdu i uczczeniem zasług Szanownego Prezesa, któremu z serca życzymy, aby długie jeszcze lata mógł stać na czele tej instytucji i doczekać lepszych warunków jeszcze pomyślniejszego jej rozwoju.

— Wyszedł w druku nekrolog ś. p. dra W. KRAJEWSKIEGO, napisany przez dra DUNINA. Znajdujemy w nim odnośnik następującej treści:

„Życiorys niniejszy, zgodnie z wolą zmarłego, był przeznaczony do „Gazety lekarskiej“, z powodów jednak odemnie niezależnych, tamże nie mógł być pomieszczony. T. D.”

Ubolewamy niezmiernie, że Gazeta Lek. pozbawioną została tego nekrologu i że przedśmiertna wola ś. p. KRAJEWSKIEGO nie z winy Redakcji G. L. nie została spełnioną.

— Zdrojowiska krajowe. Chwila wyjazdów dla zdrowia, czy po zdrowie, z nastaniem wiosny zbliża się, a z nią wiecznie nastęrcząca się, nigdy niewyczerpana, sprawa popierania zdrojowisk i miejscowości klimatycznych krajowych. Sprawę tę rozpatrywać można z najrozmaitszych punktów widzenia, na jedno wszakże zgodzić się musimy, że w wielu razach, biorąc wszystkie okoliczności pod uwagę, ważne, wszelakie — za i przeciw, możemy z czystym sumieniem, bez cienia chęci popierania swojskości *quand même*, miasto kierować chorych do zagranicznych kurortów, do zdrojowisk krajowych.

Faktem jest niezaprzeczonym, że nasze zakłady lecznicze i zdrojowiska podążają naprzód w swym rozwoju, że urządzeniami swemi starają się zaspokoić potrzeby przebywającej publiczności. Następnie zaprzeczyc się nie da, że wiele z naszych zdrojów mineralnych nie tylko swym zagranicznym konkurentom dorównywa, lecz swą skutecznością i siłą leczniczą znacznie je przewyższa. Wreszcie, wiele stacyi klimatycznych krajowych swem położeniem, pięknnością przyrody, oraz warunkami klimatycznymi, w niczem nie ustępują odpowiednim miejscowościom zagranicznym. Pomimo tego wszystkiego, publiczność nasza, a przynajmniej wielki jej odłam, chętniej udaje się do badów, niż do zdrojowisk krajowych. Przyczyn tego zjawiska jest wiele, bardzo dużo. Na teraz, pomijając inne, wskażemy na brak informacji dokładnych o samych zakładach, o ich urządzeniu, o wprowadzonych ulepszeniach.

Innemi słowy, zakłady nasze lecznicze są wprost opieszale w podawaniu wiadomości o swych ulepszeniach i nowych urządzeniach, nie potrafią czy niechęcią w odpowiedni sposób się przypominać, reklamować. Wzory po temu zarządzający zakładów tych, mają gotowe. Dosyć będzie wziąć do ręki najpoczytniejszy dziennik warszawski, nawet już z przed paru tygodni, aby się dowodnie prze-

konać, że w każdym numerze jego znajduje się parę, czasami kilka ogłoszeń o przeróżnych badach i kurortach niemieckich, zarówno europejskiej sławy, jak i bardzo skromnych, o rozgłosie miejscowym; ogłoszenia umiejętnie redagowane z wyszczególnieniem urzędzeń i udogodnień. Również i w naszych pismach lekarskich, dosyć często nawet najznakomitsze zdrojowiska zagraniczne przypominają się lekarzom naszym. Oprócz tego, jak dawniej, zaczęliśmy otrzymywać różne przewodniki po zdrojowiskach zagranicznych, niektóre nadeszły w tych dniach do Warszawy np. *Bad Kissingen, Nouveau Guide-Balneaire* [po francusku] przedstawiające wprost artystyczne album.

Otóż, ta strona kwestyi, mianowicie właściwy sposób korzystania z nowoczesnej reklamy, rzecz naturalna, przy ciągłym dążeniu do istotnego postępu, mógłby w dużej mierze wpłynąć na zwiększenie napływu publiczności naszej do zdrojowisk krajowych.

Reklama uczciwa, oparta na rzetelnym, istotnym przedstawieniu stanu danej miejscowości leczniczej, ujmij przyniesie nie może. Zachęta w sposób właściwy, interesujący, zrobiona przyniesie może korzyść i zadowolenie zobopólne.

Wszak *DIETL*, umieszczając na wstępie swych „Uwag nad zdrojowiskami krajowemi” ów dwuwiersz: „I w naszych górach wody tryskają — Co niemoc leczą, kraj wzbogacają”, miał na myśli nie co innego, jak przypomnienie i polecenie pamięci kolegów-lekarzy losu, i poparcia zdrojowisk krajowych.

— Tyfus powrotny w Warszawie. Na 160 chorych w szpitalu św. Stanisława i około 100 w szpitalu Dzieciątka Jezus, zmarło dotąd 3-ch; 2-ch w chwili zbierania wiadomości było w agonii; odsetka śmiertelności dotychczasowej wynosiłaby około 2^o/_o.

Zaraźliwość w szpitalach wyraziła się zachorowaniem lekarza i 4-ch posługaczy. Nadto w szpitalu Dzieciątka Jezus, chory przybyły z więzienia dostał tyfusu powrotnego, na 3-ci dzień pobytu; od tego chorego zaraził się inny chory z tego oddziału.

Czas by nareszcie był nie umieszczać chorych na tyfus powrotny na salach ogólnych. Otwarcie specjalnego szpitala jest potrzebą nagłą, nie cierpiącą zwłoki.

— ZMARLI: Dr IGNACY STRZEMIŃSKI, okulista w Wilnie, przeżywszy lat 50.

Dr GAJSMAN, b. asystent zakładu surowic w Krakowie.

Prof. MOSETIG-MOORHOF w Wiedniu, w 70-m roku życia.

Prof. FÉRÉ znany neuropatolog w Paryżu.

SPROSTOWANIE: W № 17-m str. 432 zm. „SZUSTER” powinno być „SZASTER”, na str. 435 zm. JAN SZUSTER” powinno być „JAN SZASTER”, zm. „WINCENTY SZUSTER” powinno być „WINCENTY SZASTER”, na str. 439 wiersz 24-ty od góry zm. „szwedzkim” powinno być „szwabskim”.

Uznane za najlepsze i wyprobowane mydła lekarskie są przetłuszczone

Mydła D-ra Eichhoffa.

Jedyny uprawniony fabrykant:

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

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

Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Zdrojowisko pierwszorędne

Leczenie wewnętrzne i kąpielami

Kąpiele solankowe,
obfitujące w kwas
węglowy.

RAKOCZY

Pandur
Maxbrunnen

Kąpiele mineralne i borowinowe, teżnie.

Sezon od 15 kwietnia do 31 października.

Przesyłka wód mineralnych: Zarząd Król. kąpeli mineralnych, zagranicę
za pośrednictwem aptek i składów materiałów aptecznych.

Prospekty: Związek kąpielowy.

D-r W. BUJAKOWSKI

stale ordynuje w DRUSKIENIKACH.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI dozowane po 5 centigr.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego, przygotowanego przez D-ra Leprince.

 $C^{40} H^{54} A_2^{14} O^{27} P^4$

Wskazania: Fosfaturia — Neurastenja — Krzywica — Anemia.
Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.
D-r Leprince, 62, rue de la Tour, Paris (16).
Do nabycia we wszystkich aptekach.



**PIGUŁKI
CASCARA MIDY**

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencji słojuowego szpiku kory drzewnej *Cascara Sagrada*, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancji) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki *Cascara Midy* mogą być używane przez mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

Zwyczajnej Obstrukcji (zatwardzeniu) i łącznym następstwom

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacji lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

One nie tworzą rżnięcia ani też biegunki.

Żądać podpis **L. MIDY**.

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 **faubourg St-Honoré, 113**, w Paryżu.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Reprezentant na Królestwo Polskie: **H. MENDELSSOHN, Warszawa, Leszno 12.**

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. pierwszy asystent kliniki lekarskiej U. J.

ordynuje jak poprzednio w **Maryenbadzie „Stadt Hamburg”**
od 1 maja do 30 września.

w **KISSINGEN** Ludwigstr. 16 praktykuje jak lat ubiegłych

Dr. med. J. Maciejewski

Przyjmuje chorych w swoim prywatnym pensjonacie z całodziennem utrzymaniem od 4—6 rubli. Kuchnia dyetyczna (także i dla eksternistów). Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektrotorapia, masaż czynny, wibrycyjny i ręczny.

Zimą praktykuje w **WIESBADENIE**.

Powróciłem do praktyki w **BAD NAUHEIM** (Parkstrasse 22)

D-r LILIENTEIN

Lekarz chorób nerwowych.

D-r O. Lang

ordynuje jak w latach poprzednich w **R a b e e**.

Sprzedam instrumenty lekarskie używane

Hoża 68—6, g. 3—5. Handlarze wylęczeni.