

GAZETA LEKARSKA

TRESC. I. Prof. N. CYBULSKI. Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń. (Dok.) Str. 405. II. MIECZYŚLAW KAUFMAN. O wielokrotnym pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu. Str. 410. *Notatki lekarskie.* Z. BYCHOWSKI. W sprawie cukromoczu u ciężarnych. Str. 412. *Streszczenie zbiorowe.* KAZIMIERZ OCZESALSKI. O zespołach objawów, zwanym chorobą MORGAGNI-ADAMS-STOKES'a. (Dok.) Str. 414. *Dział sprawozdawczy.* 65 B. HALLAUER. O nowym sposobie użycia sugestji w praktyce ginekologicznej. Str. 419.—66. HÖRMANN. Uśpienie przy sztucznie zmniejszonym krążeniu krwi. Str. 420.—67. SIMMONDS. O gruźlicy narządów płciowych żeńskich. Str. 421.—68. R. BOVIS. Czy można operować ciężą ektopiczną bez względu na stan wstrząsu (shock)? Str. 421.—69. THUMIM. O stosunku przysadki mózgowej do jajników. Str. 422—70. SCHALLEHN. Kompensacja ubytku wód płodowych według metody E. BAUERA. Str. 422. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Sekcja neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenie 22-go stycznia 1910 r. Str. 423. *Wiadomości bieżące.* Nekrologia. *Ogłoszenia.*

I. Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń.

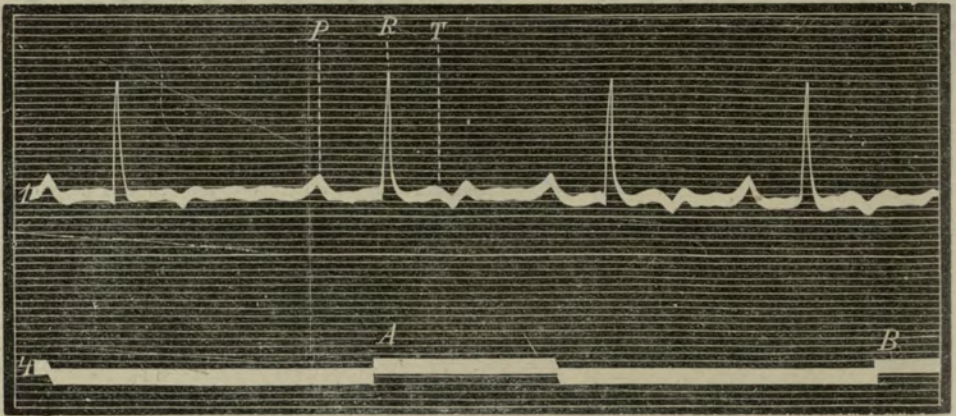
Podał

Prof. N. Cybulski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 17).

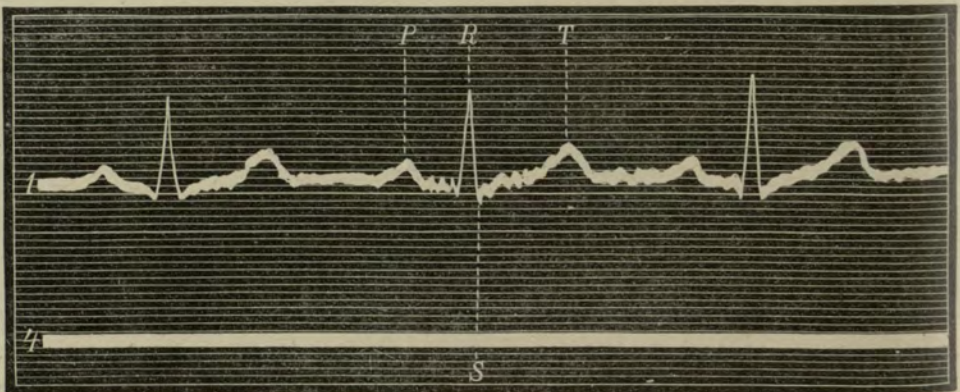
Przyjmując tę hipotezę, będziemy w stanie zrozumieć każdą krzywą elektrokardiograficzną i przynajmniej do pewnego stopnia uzmysłwić sobie te sprawy, które w normalnych warunkach w sercu zachodzą. Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć kilka krzywych, oprócz przytoczonych wyżej, otrzymanych u psa i człowieka pośrednio, t. j. przy połączeniu ręki prawej z lewą nogą [patrz rys. 4-ty i 5-ty]. Krzywe te rzeczywiście podczas każdej ewolucji serca wykazują następujące zmiany: po pierwsze: załamek, wzniesienie (*Spitze*) P., które, jak widzieliśmy na rys. 1-ym, poprzedza nieco skurcz przedsionka P. W czasie skurczu przedsionka linia kardiograficzna prawidłowo wraca do poziomu i tylko niekiedy z końcem skurczu następuje wahnięcie dodatnie Q, co wskazywałoby, że w tym czasie w mięśniu przedsionka chwilowo prze-waża anabolizm. Zupełnie analogicznie skurcz komory zostaje poprzedzony wahnięciem nitki w stronę *minus*, tylko daleko silniejszym niż w poprzednim okresie. Po tem wahnięciu ujemnem, podczas którego mięsień komory pozo-

staje jeszcze w spoczynku, w warunkach normalnych potencjał komory wraca do zera i pozostaje na tym poziomie przez znaczną część skurczu. Tylko ku końcowi skurczu następuje mniej lub więcej wybitne ponowne obniżenie potencjału, wyrażające się załamkiem T. W stanach normalnych, w sercach



Rys. 4.

1. Elektrokardiogram psa. Odprowadzono prąd od łapy przedniej prawej i lewej tylnej.—4 czas
A—B=1 sekunda.



Rys. 5.

1. Elektrokardiogram zdrowej 20-letniej panny. Odprowadzenie: lewa noga, prawa ręka. Znaczenie liter według EINTHOVEN'a.

zabich znużonych, bijących już pewien czas po wyjęciu ze zwierzęcia, w sercach wysychających na powierzchni zaraz po wahnięciu ujemnym [R] następuje także wahnięcie dodatnie, również krótkotrwałe. Wszystkie wahnięcia zupełnie wyraźnie widzimy także przy pośrednim odrowadzeniu na ser-

cach psa i człowieka [rys. 4-ty i 5-ty]. Wybitne występowanie załamków P, R i słabe T świadczą, że serce funkcjonuje zupełnie prawidłowo. Występowanie Q i S przedstawia właściwie już pewne uchylenie od normy. W myśl wypowiedzianej wyżej hipotezy, w sercu prawidłowym materyał dla skurczu mięśnia sercowego przygotowuje się w okresie, kiedy zachodzi zmiana elektryczna; ten materyał zupełnie wystarcza na cały skurcz, z wyjątkiem końcowego okresu skurczu komory, w którym ujemność mięśnia świadczyłaby niejako o dodatkowej sprawie katabolicznej. Jeżeli się pojawiają na krzywej wahnięcia w stronę dodatnią Q i S, to takie serca po okresie katabolizmu zaraz potrzebują jakby pewnej restauracji, która polega także na chwilowym anabolizmie; zresztą cały akt skurczu odbywa się prawidłowo.

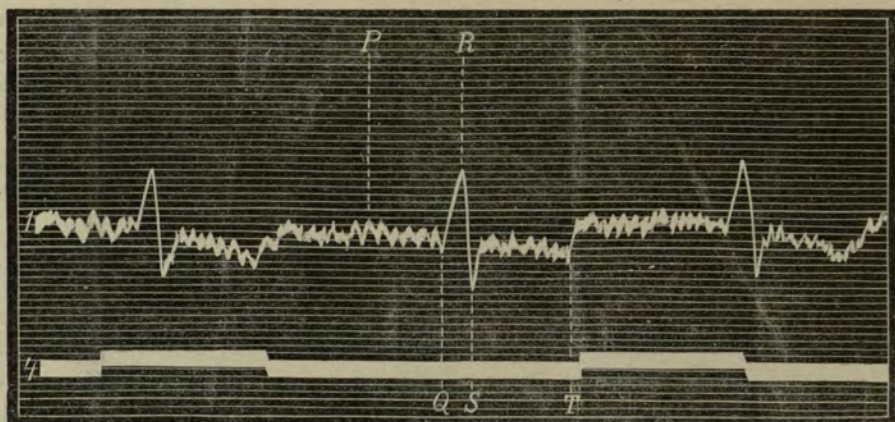
Zupełnie inaczej rzecz się przedstawia, gdy mamy do czynienia z sercem, które z jakichkolwiek powodów: wad zastawek, lub innej jakiejś sprawy patologicznej w mięśniu sercowym—jest osłabione. Tu już z góry możemy przypuszczać, że sprawa kataboliczna, poprzedzająca skurcz, jeszcze bardziej takie serce osłabia. Oczywiście, że w takim mięśniu musi stale także odbywać się sprawa anaboliyczna i takie serca nie tylko muszą wykazywać daleko wybitniejsze wahnięcia dodatnie [Q i S], ale mogą także przez cały czas trwania skurczu wykazywać dodatniość komory, co się wyrazi pozostawaniem krzywej na innym poziomie, niż w sercach prawidłowych. Przykład taki przedstawia [rys. 6-ty] krzywa elektrokardiograficzna, uzyskana u chorego z *insufficiencia mitralis* przy współudziale dra SURZYCKIEGO. Na tej krzywej widzimy, że oprócz słabo bardzo zaznaczonego załamka P i wybitnie zaznaczonych Q i S podczas całego czasu skurczu komory linia S. T. nie wraca do zera, lecz pozostaje po stronie przeciwnej linii zerowej w stosunku do punktu R, co świadczy, że komora przez cały ten czas pozostaje dodatnia.

Ażeby dokładnie oznaczyć, jakim okresem ewolucji serca odpowiadają załamki P, Q, R, S, T u szeregu osób zdrowych, jak również u psów—starałem się jednocześnie na linii kardiograficznej otrzymać także tony serca.

Sposób oznaczania tonów serca podał sam EINTHOVEN. Pozostawiało tylko tak urządzić doświadczenie, ażeby w obwód galwanometru, notującego zmiany elektryczne serca, włączyć także obwód mikrofonu, któryby służył do notowania tonów serca. Połączenie takie utworzyć nie było trudno i rzeczywiście udało mi się, przynajmniej u człowieka, niekiedy bardzo wyraźnie na linii elektrokardiogramu zaznaczyć ton pierwszy i drugi [rys. 7-y]. Otóż takie krzywe wykazują wyraźnie, że ton pierwszy zjawia się po wzniesieniu [R], ton drugi po T. Podobnie więc, jak na krzywych serc żabich i tu widzimy, że elektryczna zmiana [R] poprzedza właściwy skurcz mięśnia, gdyż ton pierwszy, który odpowiada początkowi skurczu komory, pojawia się na krzywej dopiero po odbytem wahnięciu [R].

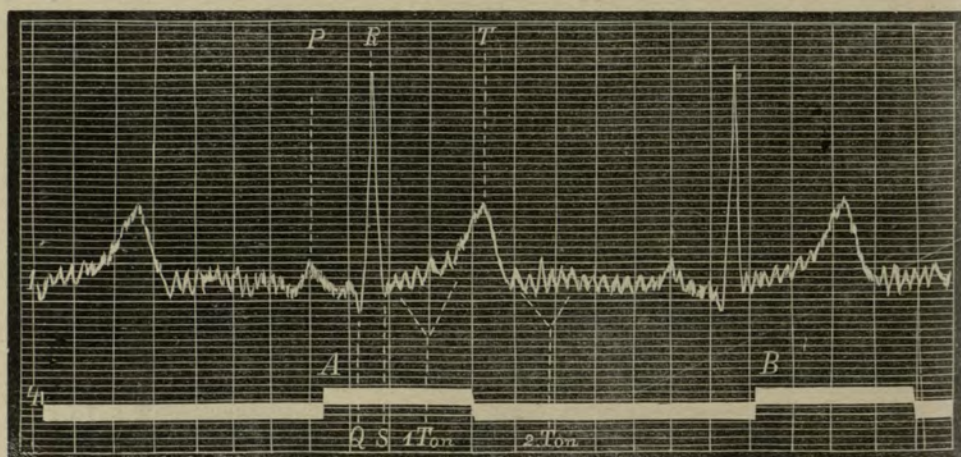
Hipoteza, którą mam zaszczyt przedłożyć Szan. Kolegom, nie tylko tłumaczy charakter prawidłowych elektrokardiogramów, lecz także i wszystkie uchylenia od normy. O ile materyał istniejący w literaturze pozwala mi sądzić, tłumaczenie to nadaje się do wszystkich także t. zw. przypadków anormalnych i atypowych. W ogóle nie spotkałem ani jednej krzywej, któraby

nasuwała jakieś trudności z punktu widzenia przytoczonej hipotezy. Uważam za zupełnie nieuzasadnione twierdzenie, że załamek S pochodzi od skur-



Rys. 6.

1. Elektrokardiogram osoby z *insuf. valv. bicuspid.* Bardzo słaby załamek P, wybitny S. W okresie ST, to jest podczas skurczu, serce staje się dodatnie.



Rys. 7.

1. Elektrokardiogram zdrowego 40-letniego mężczyzny, u którego jednocześnie zapomocą mikrofonu notowano tony serca. Krzywa świadczy, że ton pierwszy zjawia się w załamku R, ton drugi po T.

czu komory prawej, a R od lewej, twierdzenie to bowiem pozostaje w zupełnej sprzeczności z naturą zjawisk elektrycznych: przy odprowadzaniu od kończyny przedniej i tylnej, od ręki i nogi otrzymujemy zawsze i od przedsionka

i od komory wychylenie struny w jedną i tę samą stronę, co wskazuje, że w czasie skurczu serca górna, względnie przednia część ciała staje się dodatnią, a dolna, względnie tylna—ujemną; którakolwiek więc część serca staje się ujemną, obniża się zawsze potencjał dolnej części ciała.

Jeżeli potencjał dolnej części ciała wzrasta, to fakt ten świadczy, że wzrósł także potencjał serca, co jak widzieliśmy, może mieć miejsce i podczas stanu czynnego nawet w sercu prawidłowym. Jeżeli wskutek pewnych zabiegów, np. wstrzykiwania pewnych substancji w mięsz serca, następuje zmiana krzywej elektrokardiograficznej, występuje wyraźniej załamek S, to fakt ten świadczy tylko o tem, że teraz serce staje się jako całość w pewnym okresie więcej dodatniem niż poprzednio, czyli że w myśl wypowiedzianej hipotezy podczas skurczu odbywa się sprawa assymilacji.

Przyjmując, że hipoteza, którą wyżej podałem, jest zgodna z prawdą, za czem rzeczywiście przemawia szereg faktów, możemy dopiero ocenić, jaką doniosłość w dziedzinie badań serca może mieć zastosowanie galwanometru strunowego. Z krzywej, otrzymanej zapomocą tego przyrządu, nie tylko możemy sądzić o rytmie, a trwaniu skurczu serca, o trwaniu pojedynczych faz skurczu, ale moglibyśmy także ocenić sprawy wewnętrzne, które się odbywają w mięśniu sercowym, dotychczas żadnej ocenie niedostępne; moglibyśmy nadto ocenić jego zasobność w energii, która w danym momencie jest przeznaczona dla mającego nastąpić skurczu, a także i to, czy ten zasób wystarcza na cały jeden okres czynności. Krzywa elektrokardiograficzna świadczy także bezpośrednio w tych przypadkach, gdzie istnieje interwencya lekarza, czy środek zastosowany działa i jak działa, czy się zmienia stosunek już nie tylko systole do diastole, ale także katabolizmu do anabolizmu, t. j. czy się zmieniają te sprawy wewnętrzne, które jedynie, zdaje mi się, decydują o sprawności serca.

Lecz i poza obrębem chorób serca metoda ta może odegrać bardzo ważną rolę w całym szeregu innych przypadków, jak np. badanie stanu serca podczas chloroformowania lub innych sposobów narkotyzacji, jakto już zaznaczył dr Rzętkowski; przy zastosowaniu odpowiedniego sposobu odprowadzenia prądu można mieć nad sercem narkotyzowanej osoby stałą kontrolę jego czynności. Chyba żaden inny sposób badania nie dorówna galwanometrii strunowemu ani pod względem dokładności, ani szybkości, z jaką zmiany akcji serca mogą być obserwowane. Nie mniej metoda ta winna znaleźć zastosowanie jako czysto obiektywna we wszystkich tych przypadkach, w których lekarz dotychczas tylko subiektywnie oceniał sprawność serca u zdrowych osób ze względu bądź na zawód, któremu się badany ma poświęcić, bądź ze względu na inne okoliczności, np. przy asekuracjach na życie. Ujednostajnienie sposobu badania, wprowadzenie pewnych stałych norm pozwoli nadto na zupełne porozumienie się badaczy na podstawie elektrokardiogramów w szczegółach dotyczących czynności serca, co do których na podstawie istniejących sposobów badania porozumienie wcale nie było możliwe.

W myśl tego, co powiedziałem wyżej, na zakończenie pozwalam sobie wyrazić zdanie, że galwanometr strunowy przedstawia tak obszerne pole do

nowych badań w dziedzinie medycyny, badań ścisłych, obiektywnych, a wskutek tego prawdziwie naukowych, jak żaden inny przyrząd dotychczas, i mam nadzieję, że przyjdzie czas, w którym elektrokardiogram, elektromyogram a może i elektroneurogram będą stanowiły taką samą i również niezbędną podstawę do dyagnostyki, jaką badania moczu i krwi już posiadają obecnie.

II. O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu.

Podał

Dr med. Mieczysław Kaufman [Łódź].

Podręczniki położnictwa z końca XVIII i pierwszej połowy XIX stulecia obszernie uwzględniały pęknięcie sklepienia pochwowego, jako odrębne powikłanie porodowe.

Przypuszczenie BANDLA ¹⁾, iż dawniejsi autorowie nie odróżniali pochwy od szyjki macicznej i że w opisanych przez nich przypadkach pęknięcia sklepienia domyślać się raczej należy rozdarcia macicy, jest zupełnie niezasadnione. W dziełach OSIANDER'a ²⁾, BOERA ³⁾, BAUDELLOCQUE'a ⁴⁾, SIEBOLD'a ⁵⁾, JOHN BUENSA ⁶⁾ i in. znajdujemy jasne, niewątpliwe opisy pęknięć pochwy, dowodzące, iż wymienieni uczeni dokładnie zdawali sobie sprawę z trudności rozpoznawczych. Oni sami zresztą ostrzegali przed zajęć mogącemi tutaj omyłkami.

Z chwilą zjawienia się genialnego dzieła BANDLA: „O pęknięciu macicy“, uwaga specjalistów skupiła się wyłącznie na tem cierpieniu. O pęknięciach sklepienia zapomniano zupełnie, pomimo tego, iż w tym samym roku, w którym wyszła praca BANDLA [1875], HUGENBERGER opisał kilka własnych przypadków pęknięcia pochwy, zebrał 39 dawniejszych i ochrzcił to powikłanie nazwą: „*colpaporrhaxis*“.

Bez wrażenia również przeszła praca SZCZOTKINA, ogłoszona w „Żurnale akusorzstwa“, znana przeważnie tylko rosyjskim lekarzom. SZCZOTKIN ze-

¹⁾ BANDL. Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wiedeń 1875, str. 4.

²⁾ B. F. OSIANDER. Handbuch der Entbindungskunst. Tybinga 1895, str. 58—60.

³⁾ BOERI naturalis med. obstetricae libri septem. Viennae 1812, str. 29—30.

⁴⁾ I. L. BAUDELLOCQUE. L'art des accouchements, tom II. Paryż 1827, str. 497.

⁵⁾ E. v. SIEBOLD. Zur Erkänntniss etc. der Frauenzimmerkrankheiten. Frankfurt 1823, str. 505—509.

⁶⁾ J. BURNS. Grundsätze der Geburtshilfe (tłóm. niem.). Szczecin 1820, str. 532—539.

brał i zestawił z literatury lekarskiej do 1891 roku 80 przypadków *colpapor-rhexis*.

Punktem zwrotnym w tej sprawie stał się dopiero artykuł H. W. FREUND'a ¹⁾, zawierający rozbiór czynników, powodujących pęknięcie pochwy i macicy oraz krytykę teorii BANDLA i jego epigonów.

Wreszcie prace moje ²⁾, LUDWIGA ³⁾ i innych pozwoliły, na podstawie liczniejszego materiału, oświetlić i wyodrębnić pęknięcie sklepienia, jako swoistą jednostkę chorobną. Obraz tego powikłania daje się obecnie wyraźnie nakreślić.

Pęknięcie sklepienia pochwowego powstaje przy niestosunku pomiędzy płodem a miednicą, gdy ujście jest zgładzone, a wargi maciczne nie uwięzły pomiędzy częścią przodującą a miednicą. Wtedy, przy dalszem trwaniu pracy porodowej płód zostaje wtłoczony do pochwy, która będąc przymocowana z jednej strony do odsuniętej w górę macicy, z drugiej zaś do dna miednicy, zostaje *ad maximum* rozciągnięta i ulega pęknięciu.

Takim jest mechanizm dobrowolnych pęknięć pochwy.

Rozdarcia gwałtowane, wywołane przez siłę brutalną i niewłaściwe ręko-czyny, mechanizmu specjalnego nie posiadają.

Powstaniu pęknięcia sprzyjają zmiany w budowie tkanek, brak włókien elastycznych, blizny i ślady rozciągnięcia po poprzedzających porodach. Dlatego też pęknięcia sklepienia dobrowolne napotyka się prawie wyłącznie u wieloródek.

Objawy pęknięcia pochwy są na ogół mniej burzliwe, niż przy pęknięciu macicy.

Groźne krwawienia należą do rzadkości. Silnego uczucia bólu w chwili powstania katastrofy, charakterystycznego dla pęknięć macicy, tutaj nie napotyka się. Bole porodowe trwają często jeszcze czas jakiś i ustają dopiero stopniowo.

Rokowanie przy pęknięciach sklepienia jest znacznie pomyślniejsze, niż przy pęknięciu macicy. Według danych, zebranych przeze mnie w czystych przypadkach pęknięcia sklepienia [bez jednoczesnego uszkodzenia macicy] śmiertelność wynosi zaledwie 25%, przyczem w 7-u przypadkach niekompletnego pęknięcia [t. j. z zachowaniem otrzewnej] wszystkie chore wyzdrowiały.

Przy leczeniu stosowano najrozmaitsze ręko-czyny, począwszy od laparotomii, a skończywszy na drenowaniu.

W każdym razie zaznaczyć można, że leczenie konserwatywne t. j. szew,

¹⁾ H. W. FREUND. Ueber die Mechanik und Therapie der Uterus-und Scheidengewölberisse. Zeitschrift f. Gyn. tom XXIII, z. 2, str. 463.

²⁾ Gazeta Lekarska 1900.

Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynakologie. 1902, t. 13, z. 4.

Zur Lehre von den Zerreißungen des Scheidengewölbes während der Geburt. Archiv.

f. Gyn., t. 68, z. 1.

³⁾ LUDWIG. Ueber Scheidengewölberisse bei der Geburt. Wiener klin. Wochenschrift 1901, Nr. 18 i 19.

tamponada lub sączek mają tutaj szerokie zastosowanie. Niestety, często jeszcze wykonywany bywa zabieg zupełnie w danym przypadku nieuzasadniony, który wycłomaczyć sobie można, jako skutek nieodróżniania pęknięcia macicy od pęknięcia pochwy, mianowicie — całkowite wycłomaczenie macicy.

Operacja ta wskazana bywa tylko w tych przypadkach, w których przynajmniej $\frac{3}{4}$ sklepienia pochwowego uległo zniszczeniu i odżywianie się tkanek macicy może być niedostateczne.

Tak się przedstawia w najogólniejszych zarysach obraz kliniczny pęknięć sklepienia.

[D. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

W sprawie cukromoczu u ciężarnych.

Podał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Z powodu pracy dra ZWEJGBAUMA „Przypadek cukromoczu u ciężarnej“ w tegorocznym 14-ym numerze Gazety Lekarskiej, chciałbym przedstawić w krótkim zarysie wycłomaczenie, które sobie w zeszłym roku przy spostrzeżeniu analogicznej chorej wytworzyłem. U zupełnie inteligentnej chorej, która mię zajmuje od wielu lat ze względu na występujące u niej od czasu do czasu ciekawe natręctwo myślowe (*Zwangsvorstellungen*), znalazłem w moczu w końcu ciąży 5—6% cukru gronowego. Była też i *polydipsia* i *polyuria*. W kilka tygodni po położeniu mocz był wolny od cukru i chora, która podczas ciąży miała twarz zeszeconą, znowu odzyskała swój „dobry“ i „sympatyczny“ wygląd. Podobno i podczas poprzednich ciąży piła dużo i oddawała dużo moczu, ale mocz na cukier nie był badany.

Będąc pod wrażeniem przestudyowanej niedawno literatury o przysadce mózgowej i kilku osobiście spostrzeganych przypadków (1), zadałem sobie pytanie, czy zjawienie się cukromoczu podczas ciąży nie należy w niektórych przypadkach przypisywać tym zmianom, które wtedy zachodzą w przysadce mózgowej. Szczegółowe bowiem badania ERDHEIM'a i STUMMEGO (2) nad 150-u przysadkami, zdobytymi od kobiet ciężarnych, stanowczo wykazały, że podczas ciąży przysadka mózgowa jest w swojej budowie histologicznej znacznie zmieniona, a w rozmiarach wyraźnie powiększona. Ci sami i inni jeszcze autorowie zwrócili też uwagę na występujące często u ciężarnych charakterystyczne obrzmienie twarzy i rąk, które im nadaje poniekąd wygląd akromegaliczny i które też jest prawdopodobnie zależne od zmienionej w swojej czynności i rozmiarach przysadki mózgowej. Wynikałoby więc z tego, że podczas ciąży czasami zachodzi — *sit venia verbo* — przejściowy stan akromegaliczny. Wszak wiemy, że akromegalii prawie zawsze towarzyszy znaczne powiększenie przy-

sadki mózgowej, które, jak dowiodły badania BENDY (3), nie zależy od sprawy nowotworowej, lecz wyłącznie od wybijania t. zw. komórek ziarnistych (*gekörnte Zellen*), stanowiących pod względem czynnościowym najważniejsze elementy przysadki. I jeżeli uprzytomnimy sobie, że przy akromegalii często spostrzega się cukromocz, a nawet chorobę cukrową, to można przypuścić, że i podczas przejściowej akromegalii—ciąży—może wystąpić i przejściowy cukromocz. Analogiczną konstrukcją teoretyczną dostarcza ciekawe spostrzeżenie prof. REUSS'a (4). Kiedy we Wiedniu zaczęto przed kilku laty zwracać uwagę na zmiany przysadki podczas ciąży, sędziwy oftalmolog wiedeński przypomniał sobie przypadek, który spostrzegął przed 30-u lub więcej jeszcze laty i w którym występowała u kobiety podczas 14-ej, 15-ej i 16 ej ciąży hemianopsya bitemporalna [autor przytacza oryginalne zdjęte wówczas pola widzenia]. Przypadek ten, który w swoim czasie był dla autora zagadką, nasunął mu obecnie pytanie, czy ta hemianopsya bitemporalna, która trzy razy występowała podczas ciąży, a znikała po porożu, nie była wywoływana za każdym razem przez powiększenie się przysadki mózgowej. Przy akromegalii bowiem hemianopsya bitemporalna jest bardzo częstym objawem (wskutek ucisku powiększonej przysadki na *chiasma nervorum opticorum*). Oczywiście, prof. RAUSS jest bardzo ostrożny w swoich ostatecznych wywołach. I ja wypowiadam tylko przypuszczenie, [w dwu przypadkach choroby cukrowej THAON (5) znalazł hiperplazję w przysadce mózgowej], które może da się zastosować do niektórych przynajmniej przypadków. Może zasługuje jeszcze na uwagę w moim przypadku okoliczność, że chora moja jest żydówką, wysoce nerwową i pochodzi z rodziny nerwowej. Są to czynniki usposabiające do cukromoczu. Ojciec chorej dra ZWEJGBAUMA też dotknięty jest cukromoczem. Chciałbym jeszcze dodać, że mając na uwadze omawianą tu sprawę, przekonałem się kilka razy, że zmieniony podczas ciąży wygląd twarzy istotnie ma w sobie coś akromegalicznego, zwłaszcza zgrubiałe wargi i nos. Mam też pewne powody przypuszczać, że występujące czasami u ciężarnych częste oddawanie moczu nie jest zależne wyłącznie od mechanicznego ucisku macicy na pęcherz, lecz od faktycznej poliurii.

Zupełnie to sobie uświadamiam, że rzucone tu uwagi i moje nieliczne na tem polu spostrzeżenia nie są wystarczającemi, żebym śmiał na ich podstawie wystąpić z całą teorią. Jest to tylko oparte na analogiach przypuszczenie. Może ono zachęci niejednego akuszera do istotnego wyświeatlenia tej praktycznie i teoretycznie bardzo ciekawej sprawy.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) BYCHOWSKI. O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej. Medycyna i Kronika Lekarska 1909.
- 2) ERDHEIM i STUMME. Ueber die Schwangerschaftsveränderungen der Hypophyse. Ziegler's Beiträge, t. 46.
- 3) BENDA. Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der menschlichen Hypophysis cerebri. Berliner klin. Woch. 1900.
- 4) REUSS. Sehnervenleiden in Folge von Gravidität. Wiener klin. Woch. 1908.
- 5) THAON. L'hypophyse à l'état normal et dans les maladies. Paris 1907.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O zespole objawów, zwanym chorobą Morgagni-Adams-Stokes'a.

Podał

Kazimierz Oczesalski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 17).

Do chwili obecnej w 40-u przypadkach, w których za życia były objawy M.-Ad.-S-a, stwierdzono przy autopsyi zmiany w mięśniu sercowym, które, zgodnie z danymi powyższymi, utrudnienie lub przerwanie przewodnictwa zupełnie nam tłómaczą. Zmiany stwierdzone bywają różnorodne, najczęściej są to stare sprawy zapalne, albo kilaki; co do lokalizacyi, to najczęściej uszkodzonym okazał się pęczek Hisa [komory otrzymują w takim razie pobudkę do skurczów od drobnych jego rozgałęzień] w górnej swej części wraz z węzłem TAWARY [uszkodzenia przegrody]. Dokładnie, wyniki anatomo-patologiczne w przypadkach cierpienia M.-Ad.-S a przedstawiają się, jak następuje:

Bliznę w pęczku Hisa, przeważnie gołym okiem widzialną, w niektórych tylko przypadkach pod drobnowidzem wykrytą w postaci rozrostu tkanki łącznej, stwierdzili: SCHMOLL, GIBSON, ASCHOFF-NAGAYO, FAHR, GERHARDT, HERXHEIMER-KOHL, BARR, KEITH-MILLER, MÖNCKEBERG (2 przyp.), KARCHER-SCHAFFNER, TURREL-GIBSON i MOSBACHER (13 przypadków).

Bliznę w pęczku Hisa wraz z ogniskami zwapnienia albo tylko duże ognisko zwapnienia stwierdzili: STENGEL, MÖCKEBERG, BEESON, LÖWENSTEIN, VICKERY, BISHOP, HEINECKE-MÜLLER-HÖSSLIN, BECK-STOKES i GIBSON-RITCHIE [9 przyp.].

Kilaka przegrody albo dużych rozmiarów, albo w postaci nacieczenia drobnokomórkowego, niszczącego strukturę pęczka Hisa, stwierdzili: FAHR, VAQUEZ-ESMEIN, HEINECKE-MÜLLER-HÖSSLIN, JAGIC, HANDFORD, ASHTON-NORRIS-LAVENSON i ROBINSON (7 przyp.).

Nacieczenie tłuszczowe wraz ze zwyrodnieniem (lub bez) tłuszczowem w pęczku Hisa i jego okolicy stwierdzili: ASCHOFF-TAWARA, FAHR, GIBSON i BUTLER (4 przyp.).

Stwardnienie tętnic wieńcowych wraz z bliznowatemi zmianami w okol. pęczka Hisa stwierdzili: ASCHOFF i HAY-MOORE (2 przyp.).

Włókniak na prawej stronie przegrody, który zamknął światło tętnicy wieńcowej stwierdził w jednym przypadku SENDLER.

Martwicę anemiczną przegrody wskutek zatoru (na parę dni przed śmiercią) tętnicy wieńcowej stwierdzili JELLIK-COOPER-OPHÜLS (1 przyp.).

Zwyrodnienie woskowe muskulatury pęczka Hisa — MAGNUS-ALSLEBEN w 1 przypadku.

Gruzełek gruzliczy na przegrodzie — TABORA-TILP w 1 przypadku.

Wreszcie nowotwór złośliwy w pęczku Hisa — LUCE w 1 przypadku. (Razem 40 przypadków).

We wszystkich tych przypadkach bradykardia była tylko częścio-

wa (komorowa), a mianowicie w przypadkach lżejszych zależna od bloku i w przypadkach cięższych (przerwanie przewodnictwa) od rozkojarzenia. Natomiast w żadnym z tych przypadków nie było bradysystolii całkowitej.

Z kolei powstaje pytanie, czy każde zaburzenie w przewodnictwie zależne jest od uszkodzenia dróg, służących dla przewodnictwa pobudek, czy też zależne być może także od zmian w muskulaturze komór? Jedyne przypadek, potwierdzający możliwość ostatnią, opisał NAGAYO, który stwierdził rozległe blizny w mięśniu komór, kiedy tymczasem wszystkie drogi, służące dla przewodnictwa, okazały się nieuszkodzonymi. Dokładny jednak opis tego samego przypadku, niedawno ogłoszony przez SCHMIDT'a, wykazuje, że w przypadku tym nie tylko nie było objawów choroby M.-Ad.-St.-a (brakowało charakterystycznych napadów), ale i obecność bloku była bardzo wątpliwa (bradykardya w tym przypadku, zdaje się, była pozorną (*pulsus deficiens*). Przypadek ten jest więc bardzo wątpliwy i niczego nie dowodzi. Wobec tego wolno twierdzić, że wprawdzie istnieje teoretyczna możliwość bloku przy nieuszkodzonych drogach, służących dla przewodnictwa, którą tłómaczyćby można w ten sposób (PLETNIEW), że uszkodzona muskulatura komór wzmagają trwanie „fazy opornej“, ale dotychczas ani jeden przypadek tego rodzaju stwierdzony nie został.

Powstawanie napadów tłómaczy się w sposób następujący: stale rzadkie tętno prowadzi do ubóstwa krwi w tlen i do przeładowania jej dwutlenkiem węgla, wskutek czego upośledzone zostaje odżywienie ogólne i, naturalnie, odbija się to także i na sercu. Dlatego lada blahy powód wyczerpuje je łatwo i serce bít zaczyna jeszcze rzadziej. W następstwie jednak tego powstaje anemia w rdzeniu przedłużonym, co wywołuje podrażnienie nerwu błędnego, a co z kolei bradykardję wzmagają jeszcze bardziej. Ta ostatnia wzmagają znów anemię opuszki i następuje prawdziwy *circulus vitiosus* przyczyny i skutku. Jeżeli stan taki trwa dłużej, to występuje anemia kory mózgowej, prowadząca do utraty przytomności i drgawek.

Zaznaczyć jeszcze należy, że istnienie bloku sercowego lub nawet rozkojarzenia bynajmniej jeszcze samo przez się do napadów prowadzić nie musi. Opisano już wiele przypadków, w których stwierdzono bradykardję wskutek bloku lub dysocjacji i w których choroby M.—AD.—S-a nie można było rozpoznać, gdyż brakowało napadów choćby najlżejszych. Stąd wnosić należy, że dla powstawania napadów jest konieczne jeszcze albo osłabienie ogólne mięśnia sercowego [w wieku starszym], albo większa rozległość sprawy chorobnej, utrudniającej przewodnictwo pobudek w mięśniu sercowym.

Samo zaś zaburzenie w przewodnictwie serca może być objawem przemijającym, zależnym od ostrej sprawy zapalnej mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych. Niedawno opisał MAGNUS-ALSLEBEN aż 11 przypadków, w których stwierdzono bradykardję [blok lub rozkojarzenie] w przebiegu zapalenia płuc, duru brzuszno-go, błonicy, gościeca i t. d. [zarówno w okresie gorączkowym, jak w ozdrowieńczym]. Z tych tylko w kilku przypadkach choroby nieważne napady omdlenia, czyli że można było rozpoznawać objawy syndromu M.—AD.—S-a. W większości jednak przypadków żadnych objawów podmiotowych nie było i wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem zupełnym oraz zniknięciem bradykardji. Ta ostatnia w niektórych przypadkach trwała nie więcej nad 1—2 dni. Stąd wniosek, że pęczek PALADINO-HISA ulegać może zmianom przemijającym [ostra sprawa zapalna lub zatrucie], wywołującym zaburzenia w przewodnictwie serca, a nawet objawy M.—AD.—S-a, które jednak w tych razach pozwalają na rokowanie zupełnie pomyślne.

Postać pozasercowa. Co do objawów klinicznych, niczem nie różni się od postaci sercowej. Cała różnica polega na rodzaju bradykardji. Przy typie pozasercowym winowajcą jest ta lub inna sprawa patologiczna, wy-

wołująca ucisk lub zaburzenie w odżywianiu jądra lub pnia nerwu błędnego. Najczęściej chodzi tu o zmiany w *med. oblongata* i dlatego ten rodzaj syndromu M.—AD.—S-a nazywa się również postacią opuszkową. Przyczyny bywają rozmaite: uszkodzenia kręgosłupa, nowotwory, kilaki i wszelkie sprawy, wywołujące ucisk rdzenia przedłużonego; wszelkie sprawy chorobne w samym rdzeniu i w oponach; wreszcie, stwardnienie tętnic w tej okolicy. NEUBÜRGER i EDINGER stwierdzili w 1-ym przyp. *varix med. oblong.*, PORTAL—*induratio cartilaginosa* rdzenia i *meningitis circumscripta*, BRISSAUD—kilaka w *crus ad cerebellum*, HUISMANS—zwyrodnienie jądra n. błędnego.

We wszystkich przypadkach postaci opuszkowej bradykardya jest wynikiem podrażnienia *nervi vagi* i dlatego jest całkowita. Na tem polega różnica w stosunku do postaci sercowej, przy której bradykardya jest tylko komorowa wskutek zaburzenia w przewodnictwie pobudek skurczowych. Przy typie pozasercowym zaburzenia w przewodnictwie niema, i bradykardya dotyczy i komór i przedsionków.

Co się tyczy napadów przy postaci pozasercowej, to mechanizm ich powstawania jest taki sam, jak przy postaci sercowej: w obu rodzajach chodzi o wzajemne działanie na siebie serca i układu nerwowego, czego wynikiem jest coraz większa anemia mózgu, coraz większe napięcie n. błędnego i coraz rzadsze bicie serca, co wszystko wzajemnie się wywołuje i potęguje.

Oprócz zmian w opuszcze, działających na jądro n. błędnego, mogą też wywołać objawy M.—AD.—S-a i zmiany w samym pniu n. błędnego. Przypadki takie należą jednak do rzadkości, gdyż dotychczas znane są w liczbie dwu. W przypadku ZURHELLE'go wystąpiły u chorego podczas choroby zakaźnej b. silne bole z obu stron szyi na wysokości chręstki tarczowej, i w ślad zatem bradykardya [36 na min.], zawroty głowy i napady omdlenia. Chory wyzdrowiał zupełnie i dlatego przypadek ten w braku dowodu anatomicznego przyjmować należy nie za dowiedziony, lecz tylko za bardzo prawdopodobny. Zupełnie jest dowiedziony natomiast niedawno ogłoszony przypadek HERXHEIMER'a i KOHL'a: u chorego z objawami M.—AD.—S-a przez czas dłuższy stwierdzano stale bradykardję wskutek rozkojarzenia komór i przedsionków, która na pewien czas przed śmiercią ustąpiła miejsca bradykardyi całkowitej. Zjawisko to wyświetliło badanie pośmiertne, które wykryło bliźnię w pęczku HISA i zwyrodnienie pnia nerwu błędnego. Przypadek ten jest ciekawy i z tego względu, że jest jedynym dowiedzionym przypadkiem M.—AD.—S-a [typu mieszanego [sercowego i pozasercowego zarazem].

Rozpoznanie, jak widać ze wszystkiego, co powiedziano powyżej, jest zupełnie łatwe. Trudności zachodzą przy rozpoznaniu samego napadu, który może być łudząco podobny do napadu padaczkowego lub udarowego; dalsza jednak obserwacja [stała bradykardya] sprawę wyświetli. Kilku słów wymaga jeszcze omówienie rozpoznania postaci cierpienia, co jeszcze za życia jest zupełnie możliwe. Najważniejszym w tym względzie jest zdjęcie tętna żylnego, lub przetykowo-przedsionkowego, które wyjaśni nam, czy bradykardya jest całkowita, czy też komorowa. W pierwszym przypadku przyczyna cierpienia znajduje się poza sercem, w drugim—w sercu. Jeżeli zapisanie tętna żylnego [zarówno jak ezofagografia, radyoskopia i elektrokardiografia] z tych czy innych względów okaże się niemożliwe, wtedy uciec się należy do odczynu atropinowego: jeżeli po zastrzyknięciu 0,002 atropiny tętno ulegnie przyspieszeniu, będzie to dowodem, że mamy do czynienia z bradykardją wskutek podrażnienia n. błędnego; przy zaburzeniu w przewodnictwie serca atropina pozostanie na bradykardję bez wpływu. Jeszcze prostszą jest t. zw. próba CZERMAKA, polegająca na uciskaniu pnia n. błędnego: jeżeli przy ucisku tętno staje się jeszcze rzadsze, dowodzi to, że nerw błędny jest przyczyną bradykardyi; przy zaburzeniach w przewodnictwie serca ucisk n. błęd-

nego bradykardyi nie powiększy. Rozpoznanie przyczyny cierpienia jest możliwe o tyle, o ile pozwolą na to wywiady i objawy, współtowarzyszące objawom M.—AD.—S-a, gdyż te ostatnie same przez się o etyologii nic nie mówią.

Rokowanie jest w zupełności zależne od rozpoznania przyczyny choroby. Zasadniczo jednak, u ludzi starszych jest ono zawsze złe, u młodych w przebiegu chorób zakaźnych—dobre. Kilka opisanych przypadków, w których objawy M.—AD.—S-a u ludzi w wieku starszym zniknęły zupełnie [GERHARD, HOFFMANN, HERRICK i in.], zależne były prawdopodobnie od stwardnienia tętnic wieńcowych, które uległy poprawie.

Leczenie. Stosowanie naparstnicy jest teoretycznie przeciwwskazane, jako wzmagające bradykardję. Niektórzy jednak autorzy twierdzą, że małemi dawkami [0,02—0,06 *pro dosi*] można podnieść siłę skurczową mięśnia sercowego, zupełnie nie podrażniając nerwu błędnego.

Przy próbach z naparstnicą należy jednak zachować jak największą ostrożność, gdyż, jak tego doświadczałnie dowiódł TABORA, zatrucie naparstnicą wywołac może blok sercowy, a nawet rozkojarzenie komór i przedsionków.

W przypadku HOFFMANN'a dobre wyniki dawały inhalacje tlenu. WILCOX radzi dawać podczas napadu *Extr. fluidum casti grandifl.* [30 kropeł co 1—2 godz.]. W przypadkach zespołu objawów M.—AD.—S-a pochodzenia pozasercowego poprawę chwilową przynosi atropina. Zasadniczo leczenie skierowane być powinno przeciwko przyczynie cierpienia, o ile ta daje się rozpoznać. W żadnym przypadku zaniedbać nie należy stosowania jodu (*arteriosclerosis, lues!*).

PIŚMIENNICTWO,

Poniżej cytuję tylko prace najnowsze (z liter. obcej), oraz wszystkie znane mi prace autorów polskich (w liczbie 9). Prace dawniejsze uwzględnił już PŁERNIEW i HEUVEL. Pierwszy cytuję 115, drugi—269 prac, większość ich ma jednak tylko pośredni związek z tematem. Całkowity wykaz literatury, bezpośrednio odnoszącej się do cierpienia M.—AD.—S'a znajdzie czytelnik w niemieckim wydaniu „Funktjonalnej dyagnostyki serca i naczyń“ Docenta W. JANOWSKIEGO, na str. 16-ej.

1) ARNSTEIN F. Rzadki przypadek bradykardyi wysokiego stopnia. *Gazeta Lekarska* 1894, Nr. 24.

2) ASCHOFF. Zur path. Anat. des Ad.—S—en Symptomen komplexes. *Cyt. według Deut. med. Woch.*, 1908, Nr. 51, str. 2246.

3) BECK i STOKES. Etudes clin. et an. path. d'un cas de mal. de St.—Ad. *Arch. of int. Med.* X, 1908. *Cytow. według Arch. de mal. du coeur*, 1909, Nr. 12.

4) BEESON. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1908. *Cytow. u HERXHEIMER'a i KOHL'a.*

5) BISHOP L. F. Ad.—St. disease with compl. heartblock showing a consp. lesion in the path. of the aur. ventr. bundle. *Amer Journ. of the med. sciences*, I, 1910.

6) BUZZARD. Heartblock associé avec une atrophie muscul. portant sur de nombre groupes et en voie de rémission. *Proc. roy. Soc. of Med.*, I, 1909. *Cyt. według Arch. de mal. du coeur.*, 1909, Nr. 12.

7) CHEŁPOWSKI FR. Choroba ST. ADAMS'a (bradycardia chronica syncopalis). *Nowiny Lek.*, 1894, str. 119, 169 i 221.

8) DUMAS A. Bradycardies et faisceau de His. *Thèse de Lyon*, 1908.

9) FAHR. Pathol. anat. Befunde im His'schen Bündel bei 2 Fällen v. Ad.—St. S—komplex. *Verhandl. des XXIV Kongr. f. inn. Med.*, 1907.

10) Tenże. *Verh. d. deut. path. Ges.*, 1907. *Cytow. u HERXHEIMER'a i KOHL'a.*

11) Tenże. Interrupt. du syst. de conductib. des excitat. par une gomme de septum. *Aerztl. Ver. Hamburg*, 2. II. 1909. *Cyt. według Arch. de mal. du coeur*, 1909, Nr. 12.

12) FONTANA. Ein Fall v. Ad.—S—er Krankh. unth das Hissche Bündel. *Gaz. degli osped.*, 1907, Nr. 110.

13) FRANKE M. O zaburzeniach czynności serca wskutek zbroczeń w przewodnictwie podnieł między przedsionkami a komorami serca. *Spraw. z X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich*, 1907, str. 118.

- 14) GERHARDT D. Ueber Rueckbildung des A.—S.—es S—komplexes. Deut. Arch. f. kl. M., 1908, t. 93, str. 485.
- 15) GIBSON i RITCHIE. Ad.—S.—es S. komplex and Heartblock. Lancet, Nr. 4169.
- 16) HANDWERCK C. Ad.—S.—es S—komplex: Gumma d. Vorhofsseptum. Münch. med. Woch., 1909, Nr. 18.
- 17) HEINEKE, MUELLER i HOESSLIN. Zuz Kasuistik d. Ad.—S.—en S—komplex u. d. Ueberleitungsstörungen. Deut. Arch. f. kl. M., 1908, t. 93, str. 459.
- 18) HERRICK W. W. Clinical observation in heartblock. Amer. Journ. of the med. Sc., II. 1910.
- 19) HERTZ a. GOODHART. De la vitesse maximale du rythme cardiaque. Quat. Journ. of Med., I. 1909. Cyt. wedl. Arch. de mal. du coeur, 1909, Nr. 12.
- 20) HERXHEIMER i KOHL. Der Ad.—St.—e Symptomenkomplex u. das His'sche Atrio-ventricularbündel. Deut. Arch. f. kl. Meh., 1910, t. 98, str. 330.
- 21) HEUVEL G. C. van den. De ziekte van St.—Ad. en een geval van aangeboren hartblock. Dissert. Groningen, 1908.
- 22) HUISMANS L. Ueber Bradykardie u. d. St.—A.—en S—komplex. Münch. med. Woch., 1909, Nr. 11 i 12.
- 23) JAGIC N. Ein Beitrag zur Kasuistik d. Ad.—S.—en S—komplexes. Zeit. f. kl. Med. 1908, t. 66, str. 183.
- 24) JAMES. Klin. Stud. ueber einige Formen v. Arythmie d. Herzens. Amer. Journ. of med. Sc., 1909, Nr. 4.
- 25) JANOWSKI W. Przyczynek do znac. krzywych, otrzymywanych przez przetyk z lewego przedsionka serca, dla dokładnego rozpoznania choroby St. ADAMSA, oraz parę uwag o bradykardji. Medycyna, 1908, Nr. 19 i 20.
- 26) Tenże. Die funktionelle Herzdiagnostik. Berlin, 1910, Wyd. v. Hirschwald
- 27) KARCHER i SCHAFFNER. Eie Fall v. Ad.—S.—er Krankheit mit Schwiele im His'schen Buendel. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 27.
- 28) KOCH W. Ueber die Blutversorgung d. Sinusknotens u. etw. Bezieh. des letz. zum Atrioventr. knoten. Münch. med. Woch., 1909, Nr. 46.
- 29) KORCZYŃSKI E. Zator tętnicy wieńcowej serca za życia rozpoznany. Przegl. Lek., 1887, t. 26, str. 20, 41, 57, 75.
- 30) LOEWENSTEIN. Verh. d. deut. pathol. Ges., 1908. Cyt. u Herxheimer'a i Kohl'a.
- 31) MAGNUS-ALSLEBEN. Zur Kenntnis der vorübergehenden Ueberleitungstörungen d. Herzens. Zeit. f. kl. med. 1909, t. 69, z. 1, 2.
- 32) MEISSNER i PANIENSKI. Dem. choregę w Tow. Przej. Nauk w Poznaniu, 3. 12. 1909. Według Przeglądu Lekarskiego, 1910, Nr. 7.
- 33) MINERBI i ALESSANDRI. Ueber Akromegalie u. Ad.—St. S—komplex (puls. rarus permanentis). Cyt. wedl. Münch. med. Woch. 1908, str. 1658.
- 34) MOENCKEBERG. Untersuch. ueber d. Atr. ventr. Buendel im menschl. Herzen. Fischer. Jena, 1908, oraz w Berl. klin. Woch., 1909, Nr. 2.
- 35) Tenże. Zur Frage d. besond. muskul. Verbindung zwischen Sinus—und Atrioventr. Knoten im Herzen. Centrbl. f. Herzkrankh., 1910, Nr. 1.
- 36) MOSBACHER E. Ueber Reizleitungsstörungen d. Herzens. Münch. med. Wochenschr. 1908, str. 38.
- 37) NAGAYO M. Path. anat. Beitr. zum Ad.—S. S—komplex. Zeit. f. kl. Med. 1909, t. 67, str. 495.
- 38) NICOLAI u. PLESCH. Der Regul. mechanismus bei völlig. Dissoz. zwischen Vorhof u. Kammer. Deut. med. Woch. 1909, Nr. 51.
- 39) PIASECKI W. Przypadek choroby STOKES-ADAMSA. Czasopismo Lek., 1903, Nr. 3.
- 40) PLETNIEW D. Der MORGAGNI-ADAMS-STOKES'sche Symptomenkomplex. Erg. d. in. Med. u. Kind., 1908, t. 1, str. 47.
- 41) RENZI E. de. Ueber die St.—Ad. Krankheit. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 18.
- 42) ROBINSON. Bull. of Pensylv. Hosp., 1908. Cyt. u Herxheimer'a i Kohl'a.
- 43) RZĘTKOWSKI K. O niektórych zaburzeniach w czynności mięśnia sercowego w świetle najnowszych badań. Medycyna, 1906, str. 408, 423 i 442 oraz Pam. Warsz. Towarz. Lek. 1906, str. 402.
- 44) SCHMIDT A. Kann der Ad.—S.—e S—komplex bei intakten Reizleitungssystem lediglich durch Erkrankung des Myocards entstehen? Zeit. f. klin. Med. 1909, t. 68 str. 515.
- 45) SCHNEIDER N. O zespole objawów AD. STOKES'a. Lwowski Tygodnik Lekarski 1907, str. 543 i 547.
- 46) TABORA i Tilp. Strassb. med. Zeit. 1908. Cytow. u Herxheimer'a i Kohl'a.
- 47) THOREL. Vorl. Mitteil. ueber eine Muskelverbindung zwischen d. cava sup. u. dem His'schen Buendel. Münch. med. Woch. 1909, Nr. 42.
- 48) Tenże. Ueber d. Aufbau d. Sinusknotens u. seine Verbind. mit. d. cava sup. u. den Wenckebach'schen Buendeln. Münch. med. Woch. 1910, Nr. 4.

- 49) TURREL i GIBSON. Un cas de syndr. de St.-Ad., observé pendant plus de 8 ans. Brit. med. Journ., 14. XI. 1908. Cyt. według Arch. de maladies du coeur, 1909, Nr. 10.
- 50) VAQUEZ, CLERC i ESMÉIN. Etude physiol. d'un cas de pouls lent permanent, a l'aide des divers procédés d'inscription. Bull. et mém. de la soc. med. des hôp. de Paris, 17. XII. 1909.
- 51) VICKERY. Boston med. Journ., 1908. Cytow. u Herxheimer'a i Kohl'a.
- 52) VOLHARD F. Ueber die Bezieh. d. Ad.-St-ea S—kompl. zum Herzblock. Deut. Arch. f. klin. Med. 1909, t. 97, str. 348.
- 53) WILCOX R. W. The treatment of the St.-Ad. syndrome. Monthly Cyclopedia and med. bull. VI, 1909, Nr. 6, str. 333.
- 54) ZERL. Bradycard. partial. s. ventricul. Il. Morgagni, IX, 1909.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

65. B. Hallauer. O nowym sposobie użycia sugestyi w praktyce ginekologicznej.

Hipnoza była już niejednokrotnie używana w chirurgii. Już w r. 1821 RÉCAMIER operował w śnie hipnotycznym, CLOQUET w 1826 r. usunął w ten sposób raka piersi, GUERINAU w 1859 r. amputował udo, LIEBAULT donosi o porodach w hipnozie, BROMWELL—o operacjach dentystycznych. Szerszego jednak zastosowania nie miało znieczulenie hipnotyczne, a to ze względu na wielką stosunkowo liczbę przypadków, w których zawodziło. Tacy znawcy hipnotyzmu, jak MOLL i FOREL, odmawiają mu szerszego znaczenia dla chirurgii.

Autor miał sposobność w ciągu kilku lat wypróbować w klinice STRASSMANN'a kombinacji hipnozy z narkozą (*Suggestivnarkose*) i jest bardzo z tej kombinacji zadowolony. Użycie chloroformu, eteru i innych narkotyków, jako „somatycznych środków hipnotyzowania“, było znane wielu autorom [von SCHRENK-NOTZING, BERNHEIM i in.], ale nikt systematycznie chloroformu w tym celu nie stosował.

Autor stosuje narkozę suggestyjną w sposób następujący: chorą przygotowuje się jak do zwykłej narkozy, zakłada się maskę, nalewa kilkanaście kropeł chloroformu, każe zamknąć oczy, spokojnie oddychać i t. d. Następnie dodając po kropelce chloroformu, przesuwają się dłoń po włosach i skroniach i głosem spokojnym, monotonnym suggestyonuje się ociążenie powiek, zmęczenie, jednym słowem—sen. W ten sposób wystarcza jakich 15—40 kropeł chloroformu do wywołania snu, a przynajmniej senności. W dalszym ciągu podaje się anestetykę i analgezyę okolicy, w której ma się odbyć operacja. Charakterystycznym jest, że na zapytanie: czy pani śpi? otrzymuje się odpowiedź: tak! W innych znów przypadkach sen jest tak głęboki, że chora nie reaguje wcale na pytania.

Po skończonej operacji wystarcza wytłumaczyć chorej, że już nie śpi. Wspomnienia o tem, co zaszło podczas hipnozy albo są niejasne, albo ich wprost niema. Podczas tej narkozy suggestyjnej musi panować bezwzględna cisza; nikomu prócz hipnotyzera nie wolno z chorą rozmawiać. Autor operował w ten sposób 300 przypadków: w 60—70% otrzymał wyniki zupełnie dodatnie, w 20%—wynik połowiczny, ale dostateczny, w 10%—mały lub żaden. Szczególniej zaleca swoją narkozę w przypadkach skrobienia próbnego i po poronieniach, ale stosował ją także z dobrym skutkiem przy rozszerzeniach szyjki, prostowaniu tyłopochylenia macicy, przyżeganiu raków, przyżeganiu wyrosłej błony śluzowej cewki (*carunculae*). Szerokie zastosowanie może

mieć narkoza hipnotyczna w położnictwie, na co autor daje kilka przykładów. Wybornie również daje się zastosować do badań ginekologicznych: rozluźnienie powłok brzusznych jest w wielu razach również zupełnie we śnie hipnotycznym, jak w głębokiej narkozie. Na wykładach dla studentów udawało się chore trzymać w uśpieniu przez całą godzinę przy użyciu minimalnej ilości chloroformu. Bardzo dogodnie jest połączenie narkozy suggestyjnej ze znieczuleniem lędźwiowym — w ten sposób oszczędzamy chorym przypatrywania się operacyom, wykonywanym na ich ciele przy zachowaniu świadomości. Najwdzięczniejszym polem dla narkozy suggestyjnej jest tak zwana mała ginekologia. Oprócz wyżej podanego pożytku, narkoza suggestyjna ma jeszcze inne znaczenie: podnosząc w wysokim stopniu suggestyjność, może służyć wprost do leczenia pewnych cierpień ginekologicznych, zwłaszcza też czynnościowych, jak *vaginismus*, *hyperemesis gravidarum*, niektóre przypadki *dysmenorrhoeae*, *masturbatio*. Cierpienia te można leczyć zwykłą suggestyą, ale kobiety niechętnie się jej w takich razach poddają. Zresztą prawdziwa hipnoza wywołuje często głębokie, a niezawsze pożądane zmiany w zdrowiu chorych, czego nie można powiedzieć o śnie w czasie narkozy suggestyjnej. Działanie tej ostatniej jest powierzchowniejsze i zwykle nieszkodliwe.

(Deut. med. Woch. 1910. Nr 8).

A. Puławski.

66. Hörmann [Monachium]. Uśpienie przy sztucznie zmniejszonym krążeniu krwi.

KLAPPA metoda uśpienia [narkozy] przy sztucznie zmniejszonym krążeniu krwi, wypróbowana z powodzeniem na zwierzętach, znalazła zastosowanie i potwierdzenie u ludzi w doświadczeniach VERH'a. W samej rzeczy, w ten sposób ulegała zmniejszeniu ilość chloroformu potrzebnego do narkozy i prędkiej niż dawniej następowało obudzenie z uśpienia. HÖRMANN postanowił sprawdzić liczbowo skutki ograniczenia terenu krążenia krwi podczas narkozy i w tym celu przeprowadził trojakiemu rodzaju doświadczenia porównawcze z narkozami podług metody KLAPPA i ze zwyczajnymi narkozami dla kontroli. Naprzód porównał ilości zużytego środka narkotycznego [chloroformu i eteru] w jednakowym przeciągu czasu bez względu na rodzaj i trwanie oddzielnych operacji. Następnie to samo powtórzył dla większych operacji brzusznych o rozmaitym czasie trwania oddzielnych operacji, i wreszcie — wyłącznie dla większych operacji, trwających w przybliżeniu przez jednakowy przeciąg czasu.

Przygotowanie do narkozy polegało na zastrzyknięciu pod skórę 0,01 morfiny na godzinę przed operacją. Aby zmniejszyć teren krążenia krwi, zakładano tuż przed narkozą zaciskacze ESMARCHA wysoko na oba uda i zaciskano je aż do zupełnego przerwania krążenia krwi w kończynach.

Wyniki okazały się dodatnie. Ilość chloroformu ulegała średnio ograniczeniu do połowy dawniej spotrzebowywanej. Eteru — do $\frac{1}{3}$. Przy narkozie, trwającej przeciętnie 55 minut, zużywano średnio 15 grm. chloroformu. Obudzenie zaś z uśpienia następowało znacznie wcześniej, aczkolwiek nie stale. Połowa operowanych pod narkozą KLAPPA już w 5 minut po zdjęciu zaciskacza budziła się z uśpienia, reszta po 10—20 minutach, gdy tymczasem dla zwykłej narkozy potrzeba na to, jak wiemy, co najmniej 15-u min., $\frac{1}{2}$ godziny, a często nawet i dwu godzin.

Pod względem bezpieczeństwa narkozy metoda KLAPPA jest również korzystna: nagły po zdjęciu zaciskaczy przyływ krwi, bogatej w kwas węglany, do ośrodka oddechowego, sparaliżowanego wskutek podziałania nadmiaru chloroformu, może uratować życie chloroformowanemu, który właśnie uległ

zatruciu i przestał oddychać. Oczekiwać też można dobrego skutku od rozrzedzenia zawartego we krwi chloroformu przez masy krwi, nagle dopływające z kończyn po zdjęciu zaciskaczy.

Zarówno autor jak i *zur VERTH* nie widzieli złych skutków od zaciśnięcia kończyn, pomimo nawet nieraz dość długiego jego trwania [do $1\frac{3}{4}$ godziny], a więc żadnych zakrzepów żył, żadnych obrzęków na kończynach, żadnych poważniejszych zaburzeń czuciowych i ruchowych.

Tylko miażdżyca naczyń i żyłki dolnych kończyn stanowią przeciwwskazanie do stosowania zaciskaczy podczas narkozy.

(*Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. Gynäk.* 1909. Lipsk, str. 451).

M. Zweigbaum.

67. *Simmonds.* O gruźlicy narządów płciowych żeńskich.

Spostrzeżenia swoje *S.* opiera na zbadaniu 80-u preparatów narządów płciowych żeńskich. Według wieku najczęściej zachorowań przypada na pierwsze dziesięć lat, *maximum* dosięga w drugim lat dziesiątku, zmniejsza się zupełnie około piątego. Najczęściej bywają dotknięte jednocześnie macica i jajowody, rzadziej same jajowody, a już najrzadziej sama tylko macica. Nieomal zawsze występuje tu sprawa chorobna u osobników dotkniętych już gruźlicą innych narządów. W macicy laseczniki wywołują najczęściej powierzchowną zgorzel nabłonka, w jajowodach gruźelki, a w późniejszych okresach wykrywa się zmiany w głębi tkanek. W trąbkach *FOLLOPIUSZA* niekiedy sprawa przedstawia się w ten sposób, iż w ścianach żadnych zmian się nie dostrzega, jedynie w wydzielinie dają się wykryć laseczniki. Najczęściej, gruźlica przenika do narządów tych drogą krwionośną, rzadziej sprawa przechodzi na nią z otrzewnej, nader zaś rzadko [tylko w 1-ym przypadku] z pochwy wskutek zarażenia przy spółkowaniu. Zazwyczaj sprawa rozpoczyna się od jajowodów, skąd przechodzi na macię i otrzewną. Gruźlica narządów moczowych jest zjawiskiem poniekąd współzrędnem. Nie jest wykluczone zajście w ciążę przy tem cierpieniu, aczkolwiek zdarza się rzadko, natomiast ciąża przyspiesza rozwój sprawy chorobnej, prawie zawsze sprowadzając śmierć. Płód bardzo rzadko pozostaje zdrowym. Rozpoznanie ułatwiają mikroskop i szczepienia zwierzętom. Leczenie polega głównie na operacyjnem usunięciu ogniska. Schorzenia innych narządów nie stanowią przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego.

(*Archiv f. Gynaekol.*, t. 88, z. 1).

St. Leyzerowicz.

68. *R. Bovis.* Czy można operować ciążę ektopiczną bez względu na stan wstrząsu (shock)?

Biorąc asumpt z pracy w tym kierunku *ROBBA* i *SIMPSONA*, autor zastanawia się nad kwestyą, czy należy operować natychmiast w każdym przypadku ciąży zamacicznej z chwilą jej rozpoznania, bez względu na istniejący wstrząs? Zważywszy, że krwawienie zazwyczaj trwa krótko, tak, że zwykle przy operacji nie odnajduje się nawet krwawiącego naczynia, a przytem ogólna ilość wylanej z rozerwanego jajowodu krwi zawsze jest mniejsza od ilości, uznawanej za zagrażającą życiu kobiety, *B.* dochodzi do wniosku, że interwencya w czasie trwania wstrząsu jest przeciwwskazana, gdyż chorej zabraknąć może sił do zniesienia wstrząsu operacyjnego. Przyczynę groźnego i śmiertelnego krwotoku *B.* upatruje w forsownem ponowieniu badania i z tych względów stawia następujące postulaty: 1) unikać energicznych powtórnych badań przy podejrzewaniu ciąży ektopicznej, 2) w chwili wstrząsu krwotok

zwykle ustaje, można przeto operację odłożyć na 4–3-u godzin, 3) na wypadek dalszego trwania krwotoku niezwłocznie należy operować.

(*La Semaine médicale*, 1908, Nr. 45).

St. Leyzerowicz.

69. Thumim. O stosunku przysadki mózgowej do jajników.

Autor przytacza przypadek z prywatnej kliniki LANDAUA: u młodej niewiasty, zupełnie dotąd zdrowej, bez żadnego powodu nastąpiło opóźnienie w miesiączkowaniu, które następnie zupełnie ustało. W tymże roku chora przechodziła zapalenie nerek oraz miała chrypkę, co szczęśliwie przeminęło bez następstw. Przy badaniu krtań przedstawiała obraz zbliżony do typu męskiego. W jakiś czas potem chora przypadkowo zauważyła różnicę we wzroku prawego oka w porównaniu z lewym.

Badanie wykazało zez rozbieżny (*strabismus divergens*) i *hemianopsia bitemporalis*. Nasuwała się myśl o nowotworze przysadki mózgowej, co potwierdziło badanie ROENTGEN'em. W ciągu roku pole widzenia jeszcze się zwężyło, przyczem rozwinęła się akromegalia głównie twarzy i kończyn. W narządach płciowych przy badaniu stwierdzono zanik macicy i jajowodów, jajników zaś zupełnie się nie wyczuwało. Stosowanie wyciągu z przysadki w postaci pastylek pogorszyło stan rzeczy. W ostatnich czasach stan pozostaje jednakowym. Z powyższego, zdaniem autora, wynika, iż jajniki ujawniają pewne powinowactwo do gruczołów o wydzielniczości ukrytej [sekrecyi wewnętrznej]. Na zasadzie wspomnianych objawów T. godzi się na teorię FREUND'a o akromegalii, uważając zaś jajniki i przysadkę za antagonistów, proponuje leczyć w przypadkach zarówno nadmiernej wybujałości funkcji, jak zaniku lub zaburzeń czynnościowych, jednego z nich przetworami z drugiego. Tak np. na przypadek krwawień, pochodzących z jajników lub chorobliwych jakichś podnieć seksualnych, w rodzaju *nymphomania* lub innych, ze wzmożonej czynności tychże wynikających, radzi stosować tabletki przysadki. Oczywiście, operacja wyłuszczenia guza daje też wcale pomyślne wyniki.

(*Berlin. klin. Woch.* 1909, Nr. 14).

St. Leyzerowicz.

70. Schallehn. Kompensacja ubytku wód płodowych według metody E. Bauera.

Przewodnią ideą E. BAUERA jest zastąpienie wód płodowych, które przedwcześnie odeszły, równą mniej więcej ilością fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tym celu, aby zapobiedz niebezpieczeństwu, płynącym dla płodu z braku tego ochronnego dla jego krążenia środka i dla matki wskutek niepomyślnych następstw przeciągającego się z tego powodu porodu i potrzeby ewentualnie stosowania większych zabiegów. Poraz pierwszy podał o tem do wiadomości BAUER w listopadzie 1902 r. w Berlińskim Towarzystwie Ginekologicznym, przedstawivszy przytem odpowiedni metreurynter, który okazał się jednakże niezupełnie dogodnym, wskutek czego B. zbudował w tymże roku inny. Następnie na Kongresie ginekologów niemieckich w Dreźnie w roku 1907 przedstawił PETERS swoją metodę napełniania macicy po przedwczesnem odejściu wód. Metreurynter BAUERA przedstawia się w kształcie gruszkowatego balonu, przez którego środek przechodzi wzdłuż rurka do napełniania płynem po rozdęciu go powietrzem przez drugą rurkę boczną. Balon PETERSA różni się tem, iż zamiast centralnie, rurka przebiega skośnie. Pierwiastkowo wskazaniem do tego zabiegu dla autorów była występująca po odpłynięciu wód płodowych nierównomierność tonów serca. GUTBROD i następnie BÜRGER zwrócili uwagę, iż w następstwie stosowania tego zabiegu może być zator płucny,

Natomiast BRÖSE wskazał, iż dla uniknięcia przedostawania się powietrza do żył należy balon wstawić w błony jajowe. Autor atoli mniema, iż prawdziwe niebezpieczeństwo grozi wskutek nadmiernego rozdęcia macicy, mogącego powodować następcze krwotoki [atoniczne], co analogicznie ma miejsce przy *hydramnios*, przy wielkich rozmiarach płodu, dwojaczkach. Na dowód tego przystacza następujący przypadek: u pierwiastki z płaską miednicą, w skutek przedwczesnego odejścia wód przy pośladkowym położeniu i otwarciu na dwa palce wstrzyknięto 500 ctm. sz. roztworu soli; tony serca niezwłocznie się poprawiły, bole były prawidłowsze, wreszcie po 3-ch godzinach wyparły one balon do pochwy, przyczem wypadła pępowina; wypadło przeto wydobyć płód ręcznie. W krótko potem nastąpił krwotok atoniczny. Zbyt raptowne opróżnienie macicy zdaje się być główną przyczyną takiego krwotoku, co również spostrzegali FREUND i VEIT przy *hydramnion*. Ważną rzeczą jest dociec, jak się zachowuje muskulatura z wód opróżnionej i świeżo nalanej macicy. W myśl tego SCH. usiłuje przyrównać stan taki do atonicznego krwotoku [w przypadku, jaki spostrzegał], powstałego w następstwie szybkiego opróżnienia z zawartości macicy drogą cięcia cesarskiego przez szyjkę, już przedtem krwawiącej skutkiem przedwczesnego odklejenia łożyska przodującego, gdzie tamponada okazała się niezbędną. Zważywszy, iż ilość wód płodowych wynosi 800—1000 ctm. sz., autor uważa za wystarczającą w celach kompensacyi ilość 750 ctm. sz., o czem zresztą miał możność się przekonać przy wykonaniu obrotu — niemal w normalnych warunkach. Dotąd ogłoszono jeden przypadek autora wspólnie z E. BAUEREM, jeden PETERSA i trzy przypadki BUCURY z kliniki CHROBAKA. Obecnie autor podaje do wiadomości 5 przypadków ze szkoły akuszeryjnej. Wszyscy autorowie stwierdzają niewątpliwe wzmożenie się bólów.

(Arch. f. Gynaek. t. 89, z. II).

St. Leyzerowicz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

POSIEDZENIE NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNE

dnia 22-go stycznia 1910 r.

- T r e ś ć:
- 1) ST. KOPCZYŃSKI i T. JAROSZYŃSKI. Przyczynek do teoryi pityatyizmu.
 - 2) HIGIER. Dwa przypadki obustronnego porażenia mózgowego dziecięcego.
 - 3) STERLING. Dwa przypadki zmian odżywezych w kończynach.
 - 4) BYCHOWSKI. Przypadek porażenia wrzekomo-opuszkowego.
 - 5) ŁAPIŃSKI. Przypadek psychozy pochodzenia padaczkowego (?).
 - 6) KNAPPE. Przypadek twardzieli skóry.
 - 7) WURCELMAN. Przypadek choroby PARKINSON'a, przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym przebiegu.
 - 8) TUMPOWSKI. Przypadek rozlanego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powikłanej syfilisem.
 - 9) FLATAU. Przypadek nowotworu mózgu o szybkim przebiegu.

1) S. KOPCZYŃSKI i T. JAROSZYŃSKI. Przyczynek do teoryi pityatyizmu [z pokazem chorego].

Referenci dokonali kilku doświadczeń na chorym, cierpiącym na ciężką histeryę [od lat kilkunastu napady nerwowe, 8 lat temu połowicze porażenie w ciągu miesiąca, usunięte zapomocą sugestyi, niezmierna podatność na głę-

boką hipnozę], w celu określenia, czy mogą być u niego wywołane zapomocą sugestyi zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze, termiczne, wydzielnicze i t. d. [które niejednokrotnie jakoby były przez kilku lekarzy u chorego wywoływane kilka lat temu]. Zrazu doświadczenia miały charakter dodatni—na rękę na drugi dzień po poddaniu występowały duże bąble o białej cieczy pod naskórką, gdy jednak badanie przeprowadzono w warunkach ściśle skontrolowanych [obwiązanie ręki bandażem, opieczętownie], wtedy objawy skórne nie występowały. Raz u chorego udało się stwierdzić symulację [plaster lepki w miejscu bąbla był roztopiony, co dowodzi, że chory manipulował jakimś silnie ogrzany przedmiotem i sztucznie wywołał bąbel]. Inne doświadczenia: przyspieszenie tętna osiągnęto do 92-u uderzeń na minutę [zamiast 72], stolec udawało się wywoływać w pół godziny po poddaniu, ale tylko jednorazowo gorączki, wydzielania potu, zwiększonej ilości moczu nie osiągnięto; występowanie łez otrzymywano z wielką łatwością, wpływ sugestyi na odruchy pozostawał bez skutku [wywołano połowicze porażenie ze znieczuleniem—wówczas odruchy ścięgnowe pozostały bez zmiany, skórne były słabsze po stronie znieczulenia, ale zależało to od chorobie powstrzymywanych ruchów mięśniowych]; wywoływano u chorego silne stany emocjonalne [gniew, strach, rozpacz], które na twarzy uzewnętrzniały się nader plastycznie [na ekranie pokazano szereg fotografii], a mimo to tętno nie zmieniło się, co by dowodziło, że chory tylko sztucznie wywołuje zewnętrzne akcesorya emocyi, ale sam ich nie odczuwa. Wnioski referentów: zaburzenia naczynioruchowe, troficzne, termiczne i t. d. nie mogą być wywołane drogą sugestyi i wobec tego, jeśli przyjąć definicyę histeryi, podaną przez BABIŃSKIEGO, że tylko te objawy mogą wchodzić w obraz histeryi, które są pityatyczne, t. j. wywołalne i usuwalne zapomocą sugestyi,—zaburzenia te nie mogą wchodzić w obraz histeryi. Stwierdzenie symulacyi pozwala podać w wątpliwość wyniki podobnych badań innych autorów, którzy przeprowadzali badania w mniej ściśle skontrolowanych warunkach. (Vide art. HELLERA, *Münch. med. Woch.* 1909, Nr. 41). Emocya nie odgrywa takiej wybitnej roli w histeryi, jaką jej wielu autorów przypisuje, gdyż i pod tym względem otoczenie i lekarz zazwyczaj bywają wprowadzani w błąd przez chorych, skłonnych do przesady i symulacyi.

STERLING nie przypuszcza, by jeden fakt ujemny mógł dowieść niemożliwości wchodzenia w obraz histeryi objawów niezależnych od woli, jak objawów naczynioruchowych, troficznych, termicznych i t. d., nie uważa tej kwestyi za rozstrzygniętą i nie sądzi, by suggestya odgrywała wyłączną rolę w histeryi.

Podobne zdanie wypowiada PRĘGOWSKI.

JAROSZYŃSKI odpowiada, że w piśmiennictwie odnośnem niema ani jednego spostrzeżenia, dowodzącego niezbicie, że zaburzenia tego rodzaju powstają pod wpływem sugestyi i że skutkiem tego mogą należeć do obrazu histeryi.

Dalsza dyskusya na ten temat została odłożona.

2) HIGIER. Dwa przypadki obustronnego porażenia mózgowego dziecięcego.

a) 16-letni chłopiec, w 7-ym tygodniu życia przechodził chorobę gorączkową z drgawkami, od tego czasu osłabienie ruchów, od roku postępujące pogorszenie. Przedmiotowo niedowład wszystkich kończyn, wyraźniejszy w lewej połowie ciała. W kończynach i tułowiu mimowolne skurcze mięśni *pectoralis*, *tensoris fasciae latae*, *femoralis*. Współruchy w lewej nodze. Gdzieś niedzie ruchy elastyczne. Mimowolny śmiech. Zaburzenia w polykaniu i fonacyi. Niedorozwój umysłowy. Napady przemijającego pobudzenia ogólnego bez utraty przytomności. H. rozpoznaje *diplegiam cerebralem* na tle degenera-

cyjnej sprawy pozapalnej obu półkul mózgowych. Godne uwagi: stopniowe pogarszanie się, współruchy, ruchy elastyczne oraz zaburzenia wrzekomopuszkowe.

b) 35-letni mężczyzna, w dzieciństwie przechodził *encephalitis* [gorączka, drgawki], która prze-zła po miesiącu bez śladu. Drgawki wróciły w 20-ym roku życia i odąd napady padaczkowe co 2-3 mies. Przedmiotowo: porażenie niema, ciągłe ruchy mimowolne w mięśniach twarzy, języka, kończyn o typie płasawicznym i atetotycznym. Chód niezwykle, noszący cechy nierównomiernego rozkładu stanu naprężenia unerwionej masy mięśniowej [chód dystoniczny]. Współruchy nóg, zwłaszcza przy mowie. Mowa eksplozywna, nosowa. Częste *déviations conjuguées* oczu i głowy. Znaczny niedorozwój umysłowy. H rozpoznaje *diplegiam cerebralem* o typie mieszanym płasawiczno-atetotycznym, która się rozwinęła na tle przebytej we wczesnym dzieciństwie *poli-encephalitis diffusae*, zaznaczając osobliwości przypadku: brak momentów dziedzicznych, niezwykle chód przy nieznanym niedowładzie, brak objawów zwyrodnienia piramid.

3) STERLING. Dwa przypadki zmian odżywczych w kończynach.

I. U chorego lat 41—przed 16-u laty zjawily się bole w dużych palcach obu stóp, po 1^{1/2} roku powstały w tychże miejscach czarne plamki, które przeszły w niegojące się ranki, tak, że palce musiały być amputowane. Po 3 ch latach zjawily się znowu w miejscu amputacji zrazu bole, potem plamki i ranki—lewą nogę amputowano poniżej kolana. Po 5-u latach to samo powstało w prawej ręce, wreszcie 1^{1/2} roku temu i w ręce lewej. 1^{1/2} roku temu nagle powstał niedowład lewostronny. Przedmiotowo: lewa *art. brachialis* ledwo wyczuwalna, *a. poplitea* oraz prawa *pedica* nie tętnią wcale. Lewostronny niedowład ze wzmożeniem odruchów ścięgowych i osłabieniem skórnych. Przykurczenie w niektórych stawach po stronie prawej. Czucie zachowane. Zaburzenia troficzne części obwodowych wszystkich 4-ch kończyn głównie po stronie prawej; na niektórych palcach tylko zatarcie *matrix*, zmiana koloru, zniekształcenie paznokci, na innych wybitna *onychogryphosis*, falangi szczątkowe z paznogciami stożkowatymi i t. d. Str. sprowadza wszystkie objawy kliniczne przypadku do zmian miażdżycowych w tętnicach, podkreślając w nim: 1) połączenie objawów arteriosklerozy naczyń obwodowych ze sklerozą naczyń mózgowych [niedowład lewostronny], 2) połączenie objawów bolowych i troficznych, 3) przykurczenia po stronie prawej, powstałe prawdopodobnie wtórnie wskutek bólu i ciągłego zginania, 4) nikotynizm w wywiadach.

II. Chory lat 40, przed 8-u laty został uderzony żelazem w lewą stopę; po paru tygodniach odrętwienie i bole w okolicy dużego palca prawej stopy, potem ropienie; zgorzel z początku jednego, potem reszty palców. Po roku to samo z dużym palcem prawej dłoni. Od 2-u miesięcy drętwienie w 2-u palcach lewej kисти, niezadługo to samo w prawej kończynie. Od kilku tygodni niedowład kończyn górnych, głównie po stronie prawej. Przedmiotowo: prócz zmian troficznych i niedowładów zaniki mięśniowe—*tricipitis*, *supinatoris longi*, *thenaris*, *hypothenaris* po stronie lewej. Odczyn zwyrodnienia [elektr.] mięśni przedramienia i dłoni po stronie lewej. Odruchy ścięgnowe słabe na lewej kończynie górnej, pozostałe normalne. Czucie zachowane. Str. wyklucza chorobę MORVAN'a z powodu braku zaburzeń czucia, oraz chromanie przestankowe [brak bólów, istnienie zaników] i przypuszcza istnienie sprawy rdzeniowej, wpływającej na zmiany w naczyniach obwodowych i wywołującej zaniki mięśniowe, ropiejące owrzodzenia i martwicę palców.

HIGIER jako przyczynę cierpienia przypuszcza w danym przypadku pierwotne zmiany naczyniowe z wtórnem uszkodzeniem odpowiednich nerwów (*néurite d'origine vasculaire*).

FLATAU zaznacza, że u drugiego chorego brak objawów *endoarteritidis obliterantis*, podkreśla znaczenie urazu psychicznego, a więc patogeny centralnej i przypisuje poważny wpływ rogom bocznym rdzenia na zmiany odżyweze.

STERLING odpowiada, że przeciw obwodowej sprawie przemawia w tym przypadku: 1) brak bólów, 2) wzmożenie odruchów.

4) BYCHOWSKI. Przypadek porażenia wrzekomo-opuszkowego.

50-letni mężczyzna, 3 $\frac{1}{2}$ lat temu był świadkiem śmierci matki i syna [podczas pogromu w Siedlcach], w kilka dni potem mowa stała się niewyraźną, stopniowo zaburzenia mowy zwiększały się. Pierwszy raz badany rok temu: poza objawem BABIŃSKIEGO lewostronnym i wzmożeniem odruchów ścięgnowych żadnych objawów patologicznych nie było. Badanie obecne: Zaburzenia mowy—zlewianie się sylab, wszystkie litery chory wymawia, ale z zabarwieniem nosowem. Łykanie, żucie bez zmian. Drgania włókienkowe języka. Zanik lekki języka po stronie prawej. Podniebienie miękkie w stanie niedowład. Porażeń strun głosowych niema. Zmian elektrycznych żadnych. Lewa ręka: lekki zanik drobnych mięśni dłoni, drgania włókienkowe *thenaris*, lekki niedowład dłoni. Objaw BABIŃSKIEGO z lewej strony, *clonus*. B. wyklucza możliwość porażenia opuszkowego [przebieg choroby, brak zmian elektrycz.] oraz *sclerosis lateralis amyotrophica* [brak wyraźnych zaników i porażen po 3-ach latach choroby, nagły początek], i rozpoznaje sprawę podkorową [możliwość niewielkich wylewów].

STERLING przypuszcza, że w danym przypadku mamy do czynienia z porażeniem opuszkowem istotnem, za czem przemawia brak zmian psychicznych, przebieg choroby [bez ataków apoplektycznych], obecność zaników i drgań włókienkowych.

GAJKIEWICZ i BORNSTEIN rozpoznają *sclerosis later. amyotrophica*.

KOPCZYŃSKI zaznacza, że rozpoczynanie się *scler. lat. amyotrophica* od porażenia opuszkowego do rzadkości nie należy.

BREGMAN zwraca uwagę, że sprawa amyotroficzna obejmuje nie tylko jądra opuszkowe, ale i drogi ponadjądrowe [analog. do piramid rdzenia], co może wyjaśnić obraz chorobny danego przypadku.

BYCHOWSKI nie cofa swego rozpoznania wobec przebiegu cierpienia [nagły początek, sprawa trwa 3 lata bez zmiany] oraz braku innych zaburzeń opuszkowych [łykanie, żucie i t. d.] i przypuszcza porażenie wrzekomo-opuszkowe.

5) T. ŁAPIŃSKI. Przypadek psychozy pochodzenia padaczkowego (?).

Chory, lat 51, od lat wielu cierpi na migrenę, miewał często omdlenia, jakoby bez konwulsji. W rodzinie dwie osoby cierpią na migrenę, jedna na padaczkę. Chory kilkakrotnie był w szpitalu dla chorych umysłowych z objawami podniecenia. Narządy wewnętrzne, układ nerwowy bez zmian. Psychika: chory orientuje się niezupełnie, niewielkie podniecenie, pamięć osłabiona, *euphoria*, nbóstwo kojarzeń, cechy fałszywości w postępowaniu, egocentryzm, objawy otępienia. Ł. wyklucza psychozę maniakalno-depresyjną [krótkotrwałość okresów podniecenia, cechy otępienia] i przypuszcza u chorego psychozę pochodzenia padaczkowego.

BORNSTEIN: Rozpoznanie psychozy epileptycznej nie jest pewnem, gdyż brak cech typowych [stany zamroczenia, pedanterya i t. d.]; raczej jest to psychoza degeneracyjna.

To samo utrzymuje PRĘGOWSKI, podkreślając brak należytej demonstracji chorego.

STERLING nie widzi możliwości wykluczenia psychozy maniakalno-depresyjnej, która może z czasem dawać objawy otępienia.

ŁAPIŃSKI jest, przeciwnie, zdania, że stany maniakalne otępieniem się nie kończą, nie uznaje istnienia psychozy degeneracyjnej i utrzymuje swoje rozpoznanie danego przypadku.

6) KNAPPE. Przypadek twardzieli skóry.

Chora, lat 22, od lat kilku cierpi na sinicę i drętwienie palców u rąk, uczucie chłodu, swędzenie skóry na twarzy, ramionach i udach, gdzie w ostatnich czasach zaczęły występować zmiany troficzne skóry: zeszywnienie, zgrubienie powłok. *Virgo intacta*, poprzednio nie chorowała, dziedzicznie nie obciążona. Badanie przedmiotowe: skóra twarzy, klatki piersiowej, kończyn górnych łśniąca, wygładzona, nie da się unosić ku górze, zgrubiała, mało elastyczna. Twarz pozbawiona mimiki, kiści nieruchome wskutek naciągniętej skóry, palce kolbowato zakończone, paznogie poprzecznie prążkowane (*Trommelfinger*). Układ nerwowy bez zmian. Próba CAMMIDGE'a i próba tuberkulinowa PIRQUET'a dały wynik dodatni. Zasługuje na uwagę w danym przypadku: niezwykle szybki rozwój zmian sklerodermicznych skóry, zmiany części głębszych—mięśni i kości [zanik *thenaris* i *hypothenar.*], nietypowe paliczki kolbkowate, ewentualnie związek z gruźlicą ustrojową [dodatni wynik próby PIRQUET'a], oraz z cierpieniem gruczołów wewnątrznych [próba CAMMIDGE'a]. Stosowanie salicylu daje dobre wyniki.

BIRO uważa przypadek demoustrowany za interesujący ze względu na postać [nietypowe końce palców], na zmiany w narządach wewnętrznych i leczenie.

LANDAU uważa, że na zasadzie próby PIRQUET'a nie możemy stanowczo utrzymywać, że istnieje gruźlica ustrojowa.

7) WURCELMAN. a) Przypadek choroby Parkinson'a.

Chora ma lat 23, pierwsze objawy wystąpiły dwa lata temu: ogólne osłabienie, drżenie w prawej górnej kończynie, pół roku temu sztywność kończyn, trudność w chodzeniu. Przedmiotowo, typowe objawy dla drżączki porażeniowej: napięcie mięśni wzmożone, *retro* i *lateropulsio*, charakterystyczna postawa i wyraz twarzy, typowe drżenie. Dotychczas opisano 5 przyp. choroby PARKINSON'a w tak młodym wieku.

b) Przypadek stwardnienia wieloogniskowego o ostrym początku.

U chorej, lat 29, nagle 4 miesiące temu wystąpiły dreszcze ogólne, parastezye w kończynach, bole w krzyżu, po paru dniach zaburzenia urynowania, trudność w chodzeniu, po 4-ch tygodniach zaburzenia łykania i mowy. Etiologia niewiadoma. Przedmiotowo: spastyczne porażenie kończyn dolnych, *clonus* rzepki i stopy, objaw BABIŃSKIEGO obustronnie. Brak odruchów brzusznych, oczopląs, mowa skandowana. Śmiech mimowolny. Psychika normalna. Zaburzenia czucia mięśniowego wyraźne.

8) TUMPOWSKI. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów na tle cukrzycy, powikłanej syfilisem.

U 50-letniej chorej, cierpiącej od 12-u lat na moczówkę cukrową, 8 miesięcy temu zawiąło się owrządzenie na lewym paluchu z następczą gangreną, potem to samo na prawej nodze. Przed 3-ma mies. przemijająca *ptosis* lewostronna. Od pół roku osłabienie dolnych kończyn, od 3-ch miesięcy chora przestała zupełnie chodzić. Uczucie kłucia w nogach, drętwienie w stopach. Przedmiotowo: wychudzenie, 4 litry moczu dziennie, 5½% cukru. Dolne kończyny: niedowład oraz zaniki zwłaszcza po stronie lewej, brak odruchów kolanowych i stopowych. Zmian czucia brak. Badanie elektryczne wykazuje odczy zwyrodnienia mięśni doprowadzających, *recti sin.* Próba WASSERMANN'a z dodatnim wynikiem. T. rozpoznaje rozsiane zapalenie nerwów na tle cukrzycy (*polyneuritis diabetica*) wobec nierównomiernego zajęcia mięśni, zaników, zmian elektr. Inne objawy [porażenie mięśni ocznych, bezbolesne zgorzele] mogą za-

leżeć od syfilisu (*resp.* wiału rdzenia), co potwierdza próba WASSERMANN'a, zarówno jednak i od cukrzycy.

BIRO widuje bardzo często objawy polineuropetyczne w moczówce cukrowej w formie poronnej.

LANDAU: Objawy zgorzelinowe wobec drożnych tętnic zależą prawdopodobnie od zmian rdzeniowych.

9) FLATAU. Przypadek nowotworu mózgu o szybkim przebiegu [z pokazem preparatu].

U 26-letniej panny, w pierw zupełnie zdrowej, na 3 mie. przed śmiercią powstały nagle objawy ogólnomózgowe: bole i zawroty głowy z wyjątkiem Przedmiotowo [miesiąc przed śmiercią]—żadnych zmian lokalnych z wyjątkiem wzmocnienia lewego odruchu kolanowego; na dnie oka: z prawej strony przekrwienie, z lewej początek zastoiny. Balesność czaszki w okolicy potylicowej. *Visus* z prawej $\frac{1}{2}$, z lewej $\frac{1}{6}$. Przez miesiąc pobytu w szpitalu bole głowy nadzwyczaj intensywne. W przededniu śmierci chora straciła przytomność, żrenica lewa szersza od prawej, *trismus*. Obustronny objaw BABIŃSKIEGO. Na sekcji nowotwór w lewej półkuli mózgowej w okolicy *gyr. fusiformis*, wywołujący spłaszczenie lewej jego półkuli. Mikroskopowo—nadnerczak (*hypernephroma*). W praktyce F. obserwował kilka takich przypadków nowotworów mózgu z szybkim zejściem [kilka tygodni]—z charakterystycznymi objawami: wybitna intensywność i nagłe powstanie bólów głowy i brak objawów umiejscowienia, wyraźne zmiany na dnie oka. Śmierć w ciągu 1—3 ch miesięcy.

T. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 16-go b. m. otwarto wystawę p. t. „Czystość to zdrowie“ z inicjatywy Towarzystwa Hygieny praktycznej im. BOLESŁAWA PRUSA. Bardzo umiejętnie oddzielono na wystawie dział przemysłowy od dydaktycznego, co wyszło na korzyść temu ostatniemu. Nić przewodnią całej wystawy „Czystość to zdrowie“ udało się przeprowadzić przez wszystkie jej działy, poczynszy od bakteriologicznego, godnie reprezentowanego przez wszystkich naszych bakteriologów; również pouczającym jest dział odontologiczny; dalej mamy wzorową ochronę, szkołę, infirmeryę, pokój dziecięcy, pokój położniczy, kuchnię, kąpiele, wzorowe biuro, wagony kolejowe, nawet wzorowe urządzenie mieszkania jednopokojowego. Pomyślano o stałych instruktorach, dających objaśnienia, co w wysokim stopniu sprzyja powodzeniu i pożytkowi wystawy. Codzienne pogadanki higieniczne, wypowiedane przez ludzi fachowych [przeważnie przez lekarzy], zgromadzają liczne zastępy słuchaczy. Byłoby bardzo pożądane, ażeby wystawę dało się uruchomić i zrobić dostępną dla całego kraju.

— W Medyolanie wprowadzono książeczki zdrowia dla dzieci szkolnych. Każde dziecko, wstępujące do szkoły, dostaje książeczkę, w której lekarz szkolny notuje po zbadaniu stan zdrowia, wzroku, zębów, wzrostu, słuchu, obwodu piersi i t. p. Książeczkę tę dziecko ma przez cały czas nauki i lekarz, ewent. nauczyciel wpisuje do niej ważniejsze daty, choroby i t. p. Z książeczek takich może się z czasem zebrać interesujący materiał statystyczny.

— Z zapoczątkowania głównego lekarza tramwajów miejskich w Petersburgu, komisja tramwajowa rozpatruje projekt urządzenia wykładów o ratownictwie dla konduktorów i motorowych. Czyby nie mogło zająć się tem samem u nas Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej?

— Sąd karny w Krakowie skazał na 48-godzinny areszt [bez zamiany na grzywnę] właściciela mieszkania za to, że w przypadku płonicy nie chciał zastosować się do świeżo wydanych przepisów, mających na celu skuteczne zwalczanie chorób zakaźnych w mieście.

— Rząd belgijski wyznaczył milion franków na ekspedycję naukową celem zbadania choroby sennej. Król ALBERT ofiarował ze swych prywatnych funduszków pół miliona franków corocznie na budowę szpitali do leczenia tej choroby w Kongo.

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku 1911 w Dreźnie. We wszystkich państwach tworzą się z tego powodu komitety miejscowe.

— II międzynarodowy Zjazd w sprawie chorób zawodowych odbędzie się w Brukselli od 10-go do 14-go września r. b. Wyjaśnień udziela sekretarz generalny dr GOLBERT w Brukselli [rue Lembermont 2].

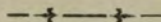
— Staraniem związków lekarzy, praktykujących w zdrojowiskach czeskich, odbędzie się i w roku bieżącym trzecia z rzędu wycieczka lekarska od 6-go listopada do 5-go grudnia, która obejmie Hiszpanię, z wycieczkami lądowymi do głównych miast, wybrzeża północne Afryki, Sycylię i zatokę Kotarską ze stolicą Czarnogóry—Cetynią. Całkowity koszt wycieczki z utrzymaniem i podróżami lądowymi wyniesie około 1100 koron od osoby, z czego 550 koron na wycieczki lądowe [1-sza klasa na kolei, pierwszorzędne hotele i t. p.], a 500—550 za dobrą kajutę okrętową. Lekarze polacy mogą utworzyć osobny klub ze swymi delegatami do Komitetu wspólnego, Towarzystwa zaś lekarskie proszone są o zamianowanie delegatów do Komitetu głównego. Objaśnień udziela dr HUGON STARK, lekarz w Karlsbadzie; w sprawie podróży lądowych [hotele, bagaże i t. p.] można się informować w firmie Hardtmann'a w Kolonii. (Tyg. Lek. Nr. 16).

— Głośny chirurg paryski DOYEN, *l'homme du jour*, jak go nazywa *Matin*, nie przestaje niepokoić świata swojemi nadzwyczajnymi odkryciami. Oto na Zjeździe w Peszcie, na Zjeździe fizyoterapeutycznym, a przedewszystkiem na łamach pism codziennych (*Matin*, Nr. 9531) ogłasza o wynalezionej przez siebie mykoli-zynie, która ma leczyć najróżnorodniejsze choroby zakaźne. Licznym interwiewerom DOYEN oświadcza wprost: „przynoszę zupełną zagładę chorób dróg oddechowych, przewodu pokarmowego i raka skóry“. Wiadomości takie, rozpowszechniane przez prasę, mogą wprowadzić w błąd niejednego chorego, jakto już miało miejsce z innymi „cudownymi“ metodami tegoż DOYEN'a. *Vulgus vult decipi...* ale należy go bronić od tego, aby był oszukiwanym.

— Dnia 7-go maja, w sobotę, odbędzie się w Towarzystwie Lekarskiem posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne referencyjne na temat histeryi. Referentami będą koledzy: BYCHOWSKI, JAROSZYŃSKI i STERLING.

Do numeru bieżącego dołącza się jako dodatek bezpłatny opis Szczawnicy przez dra SZUMOWSKIEGO.

NEKROLOGIA



Dnia 27-go marca r. b. zmarł w Ostrowcu ś. p. JAN GŁOGOWSKI, osierocając i pogrążając w żalobie mieszkańców miasta i okolicy, dla których dobra trudził się bez wytchnienia przez lat 30.

Urodzony w roku 1854-ym, uczył się w Warszawie do gimnazjum, a następnie na wydział lekarski, który ukończył w 1879 roku. W następnym roku osiadł w Ostrowcu i od razu, nie zadowolając się tylko praktyką lekarską, rozwinął wszechstronną działalność społeczną, troszcząc się nadewszystko o podniesienie oświaty w tym zakątku kraju, w którym mu żyć i pracować przypadło w udziale; a więc z czasem dzięki jego zabiegom i pomocy powstały w Ostrowcu: ochronka, 4-klasowa szkoła udziałowa, szkółki b. „Polskiej Macierzy Szkolnej“, Towarzystwo wpisów szkolnych; prócz tego ś. p. GŁOGOWSKI dał inicjatywę do utworzenia straży ogniowej ochotniczej, Towarzystwa wspierania ubogich, Kasy pożyczkowo - oszczędnościowej, „Lutni“, Stowarzyszenia spożywczego; wreszcie, jako lekarz miejski, dbał bezustannie o podniesienie stanu zdrowotności Ostrowca.

Tak żył i działał ten światły, zacny i dobry obywatel kraju, a umierając, cały swój majątek, uciulany wyłącznie własną pracą i oszczędnością, przekazał społeczeństwu na cele oświatowe, zalecając założenie w Ostrowcu szkoły średniej filologicznej, jako też utworzenie stypendyów dla kształcącej się młodzieży.

To też śmierć przedwczesna ś. p. GŁOGOWSKIEGO wywarła w mieście i okolicy głębokie, wstrząsające wrażenie, a dowodem czci i uwielbienia dla wielkich cnót Jego był udział w pogrzebie wielotysięcznego tłumu żałobnego, który zwłoki ukochanego lekarza i filantropa odprowadził w dniu 30-ym marca na miejsce wiecznego spoczynku.

Dnia 15-go kwietnia r. b. zmarł ś. p. BRONISZAW CIUNKIEWICZ. Wprost z ławy szkolnej brał udział w wypadkach 1863 r., następnie wstąpił na wydział lekarski b. Szkoły Głównej, który ukończył w r. 1869 i został asystentem klin. chir. przy prof. KOSIŃSKIM. W ciągu tego czasu ogłosił pracę p. t. „Rak łuku brwiowego. Operacja—wyzdrowienie“. [Klinika 1871, str. 177]. W 1873 i 1874 odbywał studia odontologiczne za granicą u MAGITÔT w Paryżu i THOMAS'a w Londynie. Po powrocie z za granicy założył gabinet dentystyczny według wszelkich ówczesnych wymagań naukowych z zastosowaniem antyseptyki i racjonalnego leczenia zębów. W pracowni jego wykształciło się wielu dobrych dentystów. Zmarły cieszył się w swoim czasie bardzo rozległą praktyką, która w końcu tak podkopała jego zdrowie, że po latach 15-u usunął się od wszelkiej działalności. Zmarły przyczynił się niewątpliwie do postawienia na wysokim poziomie tej gałęzi wykonawstwa lekarskiego u nas. Ś. p. CIUNKIEWICZ przez czas pewien brał udział w warszawskim życiu lekarskim i społecznym.

Laboratorium Chemiczne Magistra A. Bukowskiego Marszałkowska 54
 poleca: **Zamiast TRANU** znany od lat wielu

JECOROL syrop o przyjemnym smaku, zawiera jod w organicznym połączeniu, fosfor i wapień w stanie rozpuszczalnym. Stosuje się w Rachitis, Scrophulosis, Osteomalacia i t. p. w ilościach od 20 kropeł do łyżeczki kawianej 2 — 3 razy dziennie.

Syrupus TUSSOL znakomity w smaku,—zawiera w swym składzie tiokol. Stosuje się zamiast niemieckiej Siroliny, jako środek wykrztuśny i kojący w różnego rodzaju kaszlu, kokluszku i t. p.

Glycerophosphate de Chaux granulé. Ziarnisty glicerofosfat wapnia stosuje się jako środek wzmacniający ustrój nerwowy, jak również we wszelkich cierpieniach dzieci, mających związek z nieprawidłowym rozwojem układu kostnego.

Glycerophosphate de Chaux et de Fer. Glicerofosfat z żelazem związku pozbawionego zupełnie przykrego smaku żelaza. Stosuje się w przypadkach upośledzonego odżywiania i w różnych postaciach bezkrwiistości.

Wyroby mego laboratorium zaopatrzone są marką ochronną w postaci trójkąta i czerwonym podpisem „A. BUKOWSKI.”
 Sprzedają w aptekach i składach aptecznych.

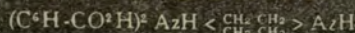
PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach
 flakon 60 past.



GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.
ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.
 Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italskańska 14.

OUATAPLASME

D-ra E. LANGLEBERT'A

Zalecony we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji
NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY
STERYLIZOWANY PRZY 130°

Wykonany w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

Chorób skórnych: OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH (wyprysk, wysyp.)

Wąglik, Ropień, Ropowica, Zapalenie
Różnorodnych spraw ropnych: żył, Róża, OPARZENIA — ZWICHNIE-
CIA — STŁUCZENIA

Chorób oczu: Zapalenie łącznicy i rogówki.

Główna Agjentura G. POMMIER — Petersburg — Italskańska 14.



Zakład chirurgiczno - ortopedyczny D-ra E. Reichsteina
w Warszawie, Marszałkowska 149 tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż
W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga
sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



LEYSIN

na linii Symplońskiej Szwajcaria
francuska
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte
Grand Hotel Pensjonat od 12 fr.
Montblanc } łącznie z " 11 "
Chamossaire } lecze- " 9 "
Anglais } niem " 11 "

4 Sanatoria:

Specyalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie-
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie. Dyrekcya



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Reprezentant: **Charles Fortier**
Moskwa

Małaja Łubianka N-r 14.

Sezon od 1 Maja
do końca Września

Badgastein

W Maju, Czerwcu i Wrze-
śniu znacznie tańsze ceny.

Kolej Tauern, Kronland — Salzburg

Najsukuteczniejsza cieplica w świecie, ciepłota źródeł 49°C, wzniesiona nad poziomem morza 1012 m., wśród wspaniałych gór, osłonięta od wiatrów. Działa znakomicie w dolegliwościach starczych i chorobach nerwowych, nerwobólach (rwa kulszowa), neurastenii, nerwicach czynnościowych, paraliżach (udar mózgowy), wadzie rdzenia, dnie, gośdciu, chorobach nerek i pęcherza, w chorobach kobiecych, w stanach wyczerpania i osłabienia. Wspaniały pobyt w 60 hotelach i willach. Kąpiele ciepłe w każdym domu. — Picie wody u źródła i korzystanie z pary źródlanej. Wiadomości udziela i prospekty rozsyła Komisya Zdrojowa
Przysyłkę wody ze źródeł skutecznie Henryk Mattoni, Wiedeń. —