

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH C. K. RADCY DW. PROF. DRA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO.

V.

I. O WPŁYWIE PRZYPRAW KORZENNYCH NA CZYNNOŚĆ WYDZIELNICZĄ I RUCHOWĄ ŻOŁĄDKA.

Podał

Doc. Dr L. Korczyński.

Przed niedawnym czasem ogłosiłem ¹⁾ w formie tymczasowego doniesienia sprawozdanie z doświadczeń moich nad wpływem przypraw korzennych na sprawność żołądka, wykonanych na chorym z niedomogą ruchową i wydzielniczą żołądka lżejszego stopnia. Zaznaczyłem w niem, że dotychczasowe, prawie ogólnie przyjęte poglądy o doraźnem działaniu przypraw korzennych na wydzielanie soku żołądkowego niezupełnie są słuszne, że temsamem i w praktyce bezwzględnie kierować się nimi nie można. Stanowczych, a tem mniej ogólnych wniosków wysnuwać, naturalnie, nie mogłem wtedy, bo nie pozwalała na to ani szczupły materiał, ani zakres badań. Obecnie i w jednym i w drugim kierunku więcej zgromadziłem szczegółów, odnoszących się do poruszanej sprawy.

Zanim przejdę do streszczenia doświadczeń, wspomnę w kilku słowach o sposobie badania.

Polegał on na tem, że u każdego chorego określano chemizm żołądka przed i wśród podawania przypraw korzennych, badając zawartość jego

¹⁾ L. KORCZYŃSKI. „O wpływie przypraw korzennych na sprawność żołądka“. Gaz. Lek. 1901. Nr. 14 i „Ueber den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit“. Wiener med. Presse. 1901.

a) w $\frac{3}{4}$ godziny po próbie białkowej [białko jaja kurzego, ugotowanego na twardo + 200 ctm. sz. wody przekroplonej], b) w 10 minut po próbie lodowej [200 ctm. sz. wody lodowej], c) w 1, 2, 3, 4 i 5 godzin po obiedzie próbnym LEUBE'go [$\frac{1}{3}$ litra rosolu, 140 grm. befsztyku, bułka, 200 ctm. sz. wody przekroplonej]. obiady próbne podawano przez szereg 5 dni, a zawartość wydobywano codziennie o innej godzinie. W ten sposób śledzono przebieg trawienia obiadu przez 5 godzin.

Przy badaniu chemicznem zawartości żołądka zwracano uwagę 1) na jej oddziaływanie, 2) na obecność lub brak tak utajonego, jak wolnego kwasu solnego, 3) w danym razie na obecność innych kwasów, zwłaszcza kwasu mlecznego, 4) na stopień kwasoty a) całkowitej, b) pochodzącej od wolnego kwasu solnego, 5) wreszcie metodą HAMMERSCHLAG'a oznaczano w przybliżeniu zawartość pepsyny.

Oddziaływanie badano za pomocą papierków lakmusowych, kwas solny utajony za pomocą papierków, napojonych roztworem barwnika Congo, wolny odczynnikiem GÜNSBURG'a, kwas mleczny za pomocą odczynnika UFFELMANN'a, dla dokładności zawsze w wyciągu eterycznym. Przy oznaczaniu stopnia kwasoty całkowitej posługiwano się, jako wskaźnikiem, obojętnym roztworem lakmusu, przy oznaczaniu kwasoty, pochodzącej od wolnego kwasu solnego odczynnikiem GÜNSBURG'a. Sposób oznaczania pepsyny, podany przez HAMMERSCHLAG'a, polega na tem, że do dwóch flaszeczek wlewa się po 10 ctm. sz. około 1% roztworu białka, zaprawionego kwasem solnym w ilości 4 p. m.; do jednej z tych flaszeczek dodaje się 5 ctm. sz. zawartości żołądkowej, do drugiej tyleż ctm. sz. wody przekroplonej; obie wstawia się do termostatu z ciepłotą około 40° C. na przeciąg jednej godziny, a następnie metodą ESSBACH'a oznacza się ilość białka, znajdującego się w zawartości każdej z flaszeczek. Oznaczywszy odsetkę białka, znaną w zawartości drugiej z flaszeczek, cyfrą 100, oblicza się łatwo odsetkę strawionego białka we flaszeczce pierwszej, a z tego wnosić można o sile trawiącej soku żołądkowego, względnie o ilości zawartej w nim pepsyny. Jeśli jednak już sam sposób oznaczania białka w rurkach ESSBACH'a nie jest ścisły, to tem mniej praw do ścisłości rościć sobie może metoda HAMMERSCHLAG'a. Posługiwałem się nią wprawdzie w ciągu doświadczeń—w braku innej pewniejszej—ale nabrałem przytem przekonania, że wyniki, uzyskane przez nią, o tyle tylko wolno brać w rachubę, o ile chodzi o wykazywanie bardzo znacznych różnic w sile trawiącej soku żołądkowego; tam, gdzie różnice są nieznaczne, trzeba być w ocenianiu otrzymanych liczb bardzo oględnym i krytycznym.

Po tych uwagach przejść możemy do streszczenia doświadczeń.

Spostrzeżenie I-sze. Szywała Józef, lat 52, nr. dz. 118. Rozpoznanie kliniczne: *scoliosis ischiadica dextra*.

a) Bez przypraw.

Próba lodowa. Zawartość obojętna. Trawienie białka 11,34%.

Próba białkowa. Zawartość obojętna. Trawienie białka 13,7%.

Obiad próbny.

Czas sondowania	po 1-ej godzinie	po 2-ch godzinach	po 3-ch godzinach	po 4-ch godzinach	po 5-ciu godzinach	po 6-ciu godzinach
Wlano wody	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.
Wydobyto	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa
Oddziaływanie	kwaśne	obojętne	słabo kwaśne	słabo kwaśne	kwaśne	słabo kwaśne
Kwas mleczny	0	0	0	0	0	0
na Congo	+	0	0	0	+	0
HCl wolny	0	0	0	0	0	0
całkowita	12	0	3	2,5	6	4
od HCl	0	0	0	0	0	0
HCl pro mille	0	0	0	0	0	0
Odsetka straw. białka	16,7%	33,34%	33,34%	11,45%	25%	0

b) Z przyprawami.

Próba lodowa + 0,10 grm. papryki. Zawartość obojętna. Trawienie białka 10%.

Próba białkowa + 0,10 grm. papryki. Zawartość obojętna. Trawienie białka 13,4%.

Obiad próbny + 0,25 grm. papryki.

Czas sondowania	po 1-ej godzinie	po 2-ch godzinach	po 3-ch godzinach	po 4-ch godzinach	po 5-iu godzinach
Wlano wody	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.
Wydobyto	z kawałkami pokarmów	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa
Oddziaływanie	słabo kwaśne	obojętne	słabo kwaśne	kwaśne	słabo kwaśne
Kwas mleczny	+	0	+	+	+
na Congo	0	0	0	0	0
HCl wolny	0	0	0	0	0
całkowita	6	0	2,5	5	3
od HCl	0	0	0	0	0
HCl pro mille	0	0	0	0	0
Odsetka straw. białka	13,34%	16,67%	0	0	17,9%

Próba lodowa + 0,25 grm. papryki. Zawartość obojętna. Trawienie białka 0.

Próba białkowa + 0,25 grm. papryki. Zawartość obojętna. Trawienie białka 0.

Obiad próbny + 0,50 grm. papryki.

Czas sondowania	po 1-ej godzinie	po 2-eh godzinach	po 3-eh godzinach	po 4-eh godzinach	po 5-ciu godzinach
Wlano wody	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.
Wydobyto	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	zawartość mętna	zawartość płynna
Oddziaływanie	b. słabo kwaśne	obojętne	kwaśne	słabo kwaśne	słabo kwaśne
Kwas mleczny	+	⊖	+	+	+
na Congo	⊖	⊖	⊖	+	⊖
HCl wolny	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
całkowita	2	⊖	6	5	0,5
od HCl	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
HCl pro mille	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
Odsetka straw. białka	—	⊖	10 ^o /o	41,67 ^o /o	⊖

Próba lodowa + 0,50 grm. papryki. Zawartość obojętna. Trawienie białka ⊖.

Próba białkowa + 0,50 grm. papryki. Zawartość obojętna. Trawienie białka ⊖.

Obiad próbny + 1,0 grm. papryki.

Czas sondowania	po 1-ej godzinie	po 2-eh godzinach	po 3-eh godzinach	po 4-eh godzinach	po 5-ciu godzinach
Wlano wody	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.
Wydobyto	zawartość płynna	zawartość płynna	zawartość płynna	zawartość płynna	zawartość płynna
Oddziaływanie	słabo kwaśne	słabo kwaśne	słabo kwaśne	kwaśne	kwaśne
Kwas mleczny	+	+	+	+	+
na Congo	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
HCl wolny	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
całkowita	5	4	6	7	3
od HCl	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
HCl pro mille	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
Odsetka straw. białka	16,7 ^o /o	36,7 ^o /o	16,7 ^o /o	⊖	⊖

Spostrzeżenie II-gie. Jan Janusz, lat 31, nr. dz. 127. Rozpoznanie kliniczne: *Orchitis tuberculosa*.

a) Bez przypraw.

Próba lodowa. Zawartość czysta, oddziaływanie kwaśne, kwas solny wolny wyraźny, kwasota całkowita 6, kwasota od HCl 2, HCl pro mille 0,072. Trawienie białka 53,34^o/o.

Próba białkowa. Zawartość z kawaleczkami białka, oddziaływanie słabo kwaśne, wolnego HCl brak, kwasota całkowita 2. Trawienie białka 60%.

Obiad próbny.

Czas sondowania	po 1-iej godzinie	po 2-ech godzinach	po 3-ech godzinach	po 4-ech godzinach	po 5-ciu godzinach	
Wlano wody	—	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	
Wydobyto	miazga pokarmowa	zawartość mętna	zawartość mętna	miazga pokarmowa	zawartość mętna	
Oddziaływanie	kwaśne	kwaśne	kwaśne	kwaśne	kwaśne	
Kwasota oddział.	na Congo	+	+	+	+	
	HCl wolny	⊖	wyraźny	wyraźny	wyraźny	
	całkowita	30	40	34	34	11
	od HCl	⊖	6	4	6	2,5
	HCl pro mille	⊖	0,218	0,145	0,218	0,091
Odsetka straw. białka	66,67%	65%	61,54%	62,18%	57,2%	

b) Z przyprawami [gorczyca].

Próba lodowa + 0,10 grm. gorczycy. Zawartość czysta, oddziaływanie kwaśne, kwas solny wolny wyraźny, kwasota całkowita 8, kwasota od HCl 4, HCl pro mille 0,145.

Próba białkowa + 0,10 grm. gorczycy. Zawartość czysta, oddziaływanie kwaśne, wolnego HCl ślad, kwasota całkowita 4, kwasota od HCl 1/2, HCl pro mille 0,018. Trawienie białka 66,7%.

Obiad próbny + 0,25 grm. gorczycy.

Czas sondowania	po 1-iej godzinie	po 2-ech godzinach	po 3-ech godzinach	po 4-ech godzinach	po 5-ciu godzinach	
Wlano wody	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	100 etm. sześć.	
Wydobyto	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	zawartość mętna	zawartość czysta	
Oddziaływanie	kwaśne	kwaśne	kwaśne	kwaśne	obojętne	
Kwasota oddział.	na Congo	⊖	+	+	+	⊖
	HCl wolny	⊖	wyraźny	wyraźny	wyraźny	⊖
	całkowita	20	40	21	16	⊖
	od HCl	⊖	4	4	8	⊖
	HCl pro mille	⊖	0,145	0,145	0,291	⊖
Odsetka straw. białka	—	—	66,67%	66,67%	⊖	

Próba lodowa + 0,25 grm. gorczycy. Zawartość kwaśna, HCl wolny wyraźny, kwasota całkowita 9, kwasota od HCl 4, HCl *pro mille* 0,145. Trawienie białka 63,4%.

Próba białkowa. Zawartość czysta, oddziaływanie kwaśne, HCl wolny wyraźny, kwasota całkowita 20, kwasota od HCl 8, HCl *pro mille* 0,291.

Obiad próbny + 0,50 grm. gorczycy.

Czas sondowania	po 1-iej godzinie	po 2-ich godzinach	po 3-ich godzinach	po 4-ich godzinach	po 5-ciu godzinach
Wlano wody	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.	100 ctm. sześć.
Wydobyto	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	miazga pokarmowa	zawartość czysta
Oddziaływanie	kwaśne	kwaśne	kwaśne	kwaśne	b. słabo kwaśne
Kwasota oddział.	na Congo	+	+	+	+
	HCl wolny	θ	θ	θ	śląd
	Całkowita	12	22	7	5
	od HCl	θ	θ	θ	1
HC pro mille	θ	θ	θ	0,636	θ
Odsetka straw. białka	40%	63,4%	40%	—	36,37%

[D. n.].

II. NOWOTWÓR STOPY, NIEZWYKLE PRZEBIEGAJĄCY.

Napisał

Dr Med. Henryk Gotard,

b. lekarz miejscowy Szpitala Starozakonných, obecnie lekarz ambulatoryum chirurgicznego.

Przypadek, który w niniejszym opisie podaję, należy do takich, które przez długi szereg lat ukrywają się pod postacią jakiegoś odmiennego [zazwyczaj typowego] cierpienia, dopóki nareszcie pewien nowy objaw, lub powikłanie nie zdradzi właściwej istoty cierpienia i nie wskaże lekarzowi odpowiedniej drogi do postępowania leczniczego.

F. H., kobieta 32-letnia, chorowała od roku 1891 na silne bóle w okolicy pierwszego stawu śródstopowo-palcowego lewej stopy. Bóle te zjawiały się napadami, które trwały zazwyczaj dzień lub dwa, poczem przemijały, pozostawiając jednak w pomienionem miejscu pewną obolałość. Przez cały czas trwania choroby, t. j. od roku 1891 do roku 1900, czyli przez dziewięć lat pacjentka

nie była nigdy w stanie stąpać zupełnie swobodnie, gdyż ta właśnie obolałość, a jeszcze bardziej obawa wywołania ataku bólu zmuszała ją do ciągłej ostrożności. Naturalnie, że szybkie chodzenie było dla niej prosto niemożliwe; poza-tem opieranie się całą powierzchnią podeszwy na podłodze wywoływało również ból, do tego stopnia potężny, że pacjentka zmuszona była chodzić prze-ważnie na zewnętrznym brzegu stopy, czyli stawiania tej ostatniej w pozycji „*pedis vari*”.

Gdy przyszedł atak silniejszego bólu, chora zwykle szukała porady u le-karza, przyczem, jak to często u nas bywa, nie radziła się stale jednego, lecz co pewien czas zasięgała rady innego, wreszcie z powodu tych bólów w sto-pie radziła się wielu specjalistów z różnych gałęzi wiedzy lekarskiej. Lecz próby te u różnych specjalistów dawały prawie zawsze jeden i ten sam wynik. Każdy bowiem wezwany lekarz zazwyczaj stwierdzał zwykły atak podagry-czny, na razie dawał środki kojące, później zaś zalecał zwykłą typową kurację, częstokroć opierając się na rozbiórce moczu, który wykazywał znaczną ilość moczanów. W roku 1898 posłano chorą po naradzie do Ciechocinka, lecz po po-wrocie napady powtarzały się w dalszym ciągu, więc sądzono, że jednorazowy pobyt w Ciechocinku nie wystarcza, zatem w roku 1899 wysłano ją powtórnie; lecz i drugi pobyt jeszcze mniej okazał się skutecznym, gdyż chora czuła się po powrocie znacznie gorzej, niż przedtem. Pogorszenie po powtórnym poby-cie w Ciechocinku polegało na tem, że ataki bólów zaczęły się zjawiać daleko częściej, a same bóle posiadały znacznie większe natężenie, niż dawniej. Oprócz tego chora zaczęła tracić siły i chudnąć. Dawna obolałość, która dzieliła je-den napad od drugiego, zamieniła się w ciągły i silny ból, tak że pacjentka nie opuszczała już łóżka.

W tymże czasie na podeszwie chorej stopy, w miejscu, odpowiadającym pierwszemu stawowi śródstopowo-palcowemu pojawił się mały guzik, wielkości ziarenka grochu. Guzik ten powoli powiększał się i w ciągu mniej więcej trzech miesięcy dosięgnął wielkości śliwki, wystając nad poziom podeszwy. Guzik na dotyk był miękki i robił wrażenie chełboczącego. Gdy się końcem małego palca uciskało wierzchołek guza, można było ten ostatni wraz z końcem palca wtłoczyć wгłęb; tak dziwnie miękkim wydawał się ów guz. Czasami robił nawet wrażenie pustego, lub wypełnionego łątko uciskającą się masą.

Udano się wtedy po poradę do znachora, który przyłożył jakąś masę wła-snej roboty. Po pewnym czasie masę przeżarła skórę guza, z wnętrza jego po-częło się krwawienie, które wkrótce przybrało rozmiary silniejszego krwotoku. Musiano wezwać lekarza, ponieważ krwotok stawał się groźnym. Za pomocą tamponady i ucisku udało się powstrzymać krwawienie, lecz z chwilą, gdy opa-trunek usunięto, krwotok ponawiał się.

Dnia 8-go listopada 1900 roku wezwany do chorej, stwierdziłem, co nastę-puje.

W wyżej już wymienionej okolicy, t. j. na lewej podeszwie pod stawem śródstopowo-palcowym pierwszym znajduje się guz wielkości śliwki, wystający nad powierzchnię podeszwy, z otworem w postaci krateru, miękki, zbudowany

z tkanki gąbczastej, koloru zdrowej ziarniny, bardzo obficie krwawiący. Otwór guza przepuszcza koniec małego palca, który w głębi wyczuwa miękką tkankę, anatomicznie nienormalną, rozrosłą na dość znacznej przestrzeni przeważnie ku tyłowi, t. j. w kierunku podeszwy. W kierunku zaś ku górze, t. j. ku grzbie-towi stopy tkanka ta sięga aż do kości śródstopowych. Badanie takie sprawa chorej silne bóle. Cała stopa, począwszy od palców aż do stawu golenio-stopowego we wszystkich swych wymiarach jednakowo powiększona. Podczas badania z otworu guza lała się krew bardzo obficie. Po zatamponowaniu otworu i nałożeniu opatrunku uciskowego zaleciłem chorej leczenie operacyjne.

Na trzeci dzień, t. j. dnia 11-go listopada 1900 r. dokonałem przy łaskawej pomocy kolegów CIECHOMSKIEGO i PAPIERNEGO operacji. Cięcie skórne poprowadziłem wzdłuż podeszwy, począwszy od drugiego członeczka wielkiego palca aż do pięty. Oddzielając skórę po obu stronach cięcia, stwierdziłem, iż cała przestrzeń pomiędzy końcem stopy a skórą z jednej strony i pomiędzy wewnętrznym brzegiem podeszwy a jej linią środkową—z drugiej zajęta jest przez nowotwór, ze wszystkich stron doskonale otorbiony, zrośnięty wszakże z tkankami sąsiednimi, zwłaszcza z mięśniami; o ile boki guza można było bez wielkiego trudu oddzielić na tępo, o tyle znowu dno jego, mocno spojone z głębokimi mięśniami podeszwy, należało wyciąć wraz ze znaczną częścią tych mięśni.

Operacji dokonałem w sposób bezkrwawy. Podczas operacji z torby guza wydobywały się kawałki miękkiej tkanki rozmaitej wielkości, co nasuwało przypuszczenie, iż guz ten miał początkowo budowę zrazikową, a wydostające się części były właśnie zrazikami rozpadłego nowotworu.

Po wyłuszczeniu całej torby wraz z pozostałymi w niej resztkami guza pokazało się, iż worek miał objętość pięści sześciolatniego dziecka. Po podwiązaniu krwawiących naczyń ranę niezupełnie zaszyłem, pozostawiając pomiędzy dwoma szwami rozporek z pasęczkiem gazy. Na trzeci dzień wszakże trzeba było ranę rozpruć, ponieważ ponad zatyczką z gazy zebrała się ropa. W ten sposób rana pooperacyjna goiła się blisko sześć tygodni *per secundam*. Co do pochodzenia guza, należy przypuszczać, że brał on początek prawdopodobnie z torebki maziowej (*bursa synovialis*), która powstała tu w okolicy główki kości śródstopowej 1-ej.

Badanie drobnowidzowe nowotworu, dokonane przez kol. STEINHAUSA, wykryło mięsak wrzecionowato-komórkowy (*sarcoma fusocellulare*).

Od chwili operacji napady bólów nie powtórzyły się więcej; pacjentka zaczęła nabierać tuszy; obecnie czuje się zupełnie dobrze i chodzi prawidłowo.

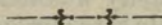
STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O chorobie Basedow'a

(*Patogeneza i leczenie*).

Opracował

Konstanty Stróżewski.



Choroba BASEDOW'a należy do często spotykanych cierpień, z tego też powodu była przedmiotem licznych poszukiwań i dociekań ze strony wielu badaczy w celu wykrycia jej patogenезy. Z licznych hipotez, starających się objaśnić istotę omawianego cierpienia, niektóre zasługują na bliższe rozpatrzenie.

Obecnie hipoteza MOEBIUS'a cieszy się wielką, jeśli nie największą, popularnością. Zdaniem MOEBIUS'a chorobowa BASEDOW'a zależy od cierpienia gruczołu tarczowego, mianowicie ten ostatni skutek nieznanych nam dotąd przyczyn poczyna wydzielać jakościowo czy ilościowo inną, niż zwykle, wydzielinę, wskutek czego następuje zatrucie organizmu, następstwem zaś tego jest zwykły zbiór objawów, znany pod nazwą choroby BASEDOW'a. Na potwierdzenie powyższej hipotezy MOEBIUS i liczni jego zwolennicy przytaczają i kliniczne spostrzeżenia, i doświadczenia, robione na zwierzętach, i wyniki lecznicze. Jak wiadomo, jednym z głównych objawów choroby BASEDOW'a jest powiększenie gruczołu tarczowego. Mamy w literaturze ściśle spostrzeżenia, gdzie choroba BASEDOW'a rozwinęła się wskutek spożywania preparatów z gruczołu tarczowego; po zaprzestaniu podawania owych preparatów objawy choroby BASEDOW'a znikają i znowu występowały po nowem rozpoczęciu podawania owych preparatów.

Niektórzy zwolennicy hipotezy MOEBIUS'a widzą jedyne racjonalne leczenie choroby BASEDOW'a w usunięciu gruczołu tarczowego drogą chirurgiczną. Jednakże owa hipoteza nie jest w stanie objaśnić wszystkich przypadków choroby BASEDOW'a. Istnieją w ciągu całych lat przerosty gruczołu tarczowego bez żadnych innych objawów choroby BASEDOW'a. Niekiedy objawy BASEDOW'a tak szybko występują pod wpływem jakiegoś wstrząśnienia nerwowego i tak szybko znikają, iż trudno przypuścić pierwotną przyczynę w zmianie wydzieliny gruczołu tarczowego. Niejednokrotnie spostrzegamy u jednego i tego samego osobnika jednocześnie objawy choroby BASEDOW'a i obrzęku śluzowego; objawy BASEDOW'a mają być skutkiem nadmiernego wydzielania, obrzęk zaś — niedostatecznego wydzielania gruczołu tarczowego. Badania anatomopatologiczne wyciętych przy chorobie BASEDOW'a gruczołów tarczowych nie wykryły w nich żadnych zmian, któreby różniły je od gruczołów tarczowych, spostrzeganych przy zwykłym przeroście gruczołu tarczowego, znanym pod nazwą wola. Reakcyje chemiczne wydzieliny przy obu tych stanach chorobowych nie wykazują żadnej różnicy, któraby przemawiała za specyficnością wydzieliny gruczołu tarczowego przy BASEDOW'ie.

O wynikach leczenia choroby BASEDOW'a za pomocą usuwania gruczołu tarczowego pomówimy niżej; tymczasem zaznaczymy, że i one przemawiają przeciw hipotezie MOEBIUS'a.

Do hipotez, cieszących się większym uznaniem, zwłaszcza we Francji, należy hipoteza, upatrująca przyczynę omawianego cierpienia w zaburzeniach nerwu sympatycznego. Mianowicie, zdaniem zwolenników owej hipotezy, wskutek zaburzeń w nerwie sympatycznym szyjowym występują objawy porażenia i podrażnienia włókien nerwowych, idących od nerwu sympatycznego do gruczołu tarczowego, do serca i oczu, co daje objawy BASEDOW'a. Rozumie się, niektórzy zwolennicy owej hipotezy uważają za racjonalną operację na nerwie sympatycznym w celu doszczętnego usunięcia przyczyny choroby. Jednakże danych pozytywnych, potwierdzających powyższą hipotezę, nie mamy. Badania anatomopatologiczne nie wykrywają zmian w nerwie sympatycznym przy chorobie BASEDOW'a. Niezawodnie spostrzegamy przypadki choroby BASEDOW'a, które wystąpiły wskutek używania tyreoidyny wewnątrz i takie, w których wycięcie gruczołu tarczowego spowodowało zupełne wyleczenie; wreszcie zabiegi chirurgiczne na nerwie sympatycznym, jak zobaczymy to niżej, często nie potwierdzają teoretycznych wywodów, popierających hipotezę pierwotnego cierpienia nerwu sympatycznego w powstawaniu choroby BASEDOW'a.

Niektórzy, zwłaszcza francuzcy autorowie uważają chorobę BASEDOW'a za szczególny rodzaj hysteryi. Większość chorych są to kobiety, które zaznaczają powstanie cierpienia po różnych emocjach; chore owe były już poprzednio nerwowe, obciążone nerwowo, zupełnie, jak przy hysteryi. Są one umysłowo nienormalne, miewają często napady, niedowłady, porażenia, nadczułości, znieczulenia; źle jadają, źle śpią, zupełnie, jak w hysteryi. Hypersekrecya i przerost gruczołu tarczowego są to też objawy hysteryi; albo wydzielina gruczołu tarczowego, podobnie, jak i inne trucizny [alkohol, ołów] jest *agents provocateur* hysteryi. Przy chorobie BASEDOW'a, jak przy hysteryi, wszystko pomaga i nic nie pomaga. Tyle mamy na potwierdzenie ostatniej hipotezy.

Prócz powyżej omówionych hipotez, dotyczących istoty choroby BASEDOW'a, są jeszcze inne mniej rozgłoszone, mianowicie takie, które starają się łączyć dwie lub wszystkie powyższe w jedną, albo hipotezy, upatrujące przyczynę omawianego cierpienia to w ośrodkach mózgowych, to w zaburzeniach krwi, to w zaburzeniach kiszkowych. Leczą te ostatnie hipotezy jeszcze mniej mają prawdopodobieństwa, gdyż są w stanie zaledwie niewielką liczbę przypadków BASEDOW'a objaśnić.

Przejrawszy wszystkie powyższe hipotezy, dochodzimy do następujących wniosków: choroba BASEDOW'a jest to zbiór objawów, który może powstać i rozwinać się wskutek wielu różnych przyczyn. Naszym zdaniem, są takie przypadki choroby BASEDOW'a, których przyczyną jest zaburzenie czynności gruczołu tarczowego; są takie przypadki, które zależą od zaburzeń czy to ośrodków nerwowych, czy nerwu sympatycznego; są takie przypadki, które niezawodnie należą do liczby nerwic czynnościowych; wreszcie mogą być przypadki, wywołane przez inne jeszcze przyczyny.

Jedynie racjonalnym leczeniem jest leczenie przyczynowe. Jakaś wyżej widzieli, przyczyną choroby BASEDOW'a są różne; otóż i leczenie tej choroby bywa też różnorodne. Stosujemy przy chorobie BASEDOW'a z większym lub mniejszym powodzeniem leczenie psychiczne, ośrodki nerwowe uspakajające; zwracamy uwagę na zmianę trybu życia, odżywianie, unikanie rzeczy pobudzających; stosujemy leczenie elektrycznością, przyczem jedni mają dobre wy-

niki od galwanizacji, inni od faradyzacji; zalecamy zabiegi wodolecznicze, leczenie klimatyczne [wysoki górski klimat]; podajemy wewnątrz przetwory z grasicy, z nadnerezy, *natrium phosphoricum*, żelazo, arsenik. Co zaś do preparatów jodu i gruczołu tarczowego, to te, zdaniem licznych autorów raczej szkodzą, aniżeli pożytek przynoszą chorym i z tego względu powinny być zaniechane. Robiono doświadczenia na klinice LEYDEN'a z wstrzykiwaniami pod skórę krwi chorej na obrzęk śluzowy, przeciętnie po 25 ctm. sz. naraz. Innym chorym wstrzykiwano krew psów, pozbawionych gruczołu tarczowego. Leczone w ten sposób 4 chore poprawiły się na zdrowiu. LANZ podawał 3 swoim chorym mleko kóz, pozbawionych gruczołu tarczowego, jakoby też z dodatnim leczniczym wynikiem. ALLAN widział dobre wyniki od podawania wewnątrz żółci.

Prócz wewnętrznego leczenia istnieje jeszcze, a nawet w ostatnich czasach ma licznych zwolenników leczenie chirurgiczne choroby BASEDOW'a. W myśl hipotezy, upatrującej przyczynę choroby BASEDOW'a w zmienionej czynności gruczołu tarczowego, przy niemożności wyleczenia na drodze wewnętrznej, zwrócono się do częściowego lub też zupełnego wycięcia gruczołu tarczowego.

W ostatnich czasach wyszły bardzo staranne prace, dotyczące kwestyi chirurgicznego leczenia choroby BASEDOW'a, mianowicie prace SERGO'a, praca REINBACH'a z kliniki MIKULICZA i praca REHN'a. SERGO zebrał statystykę 172 przypadków za lata od 1864 do 1896; z tych było 50 przypadków pierwotnej choroby BASEDOW'a i 122 wtórnej. W przypadkach pierwotnej choroby BASEDOW'a otrzymano znaczną poprawę, graniczącą z wyzdrowieniem, w 12%; przy wtórnej chorobie BASEDOW'a w 17,2%; znaczną poprawę przy pierwotnej w 24%, przy wtórnej w 40,9%; wyleczenie przy pierwotnej w 36%, przy wtórnej w 24,5%; wynik ujemny otrzymano przy pierwotnej w 12%, przy wtórnej w 4%; śmierć nastąpiła przy pierwotnej w 16% i przy wtórnej w 13,4%.

Statystyka REINBACH'a z kliniki MIKULICZA obejmuje 18 przypadków, operowanych przez MIKULICZA. Na 18 chorych dokonano 21 operacji [u 3 chorych po 2 operacje], przyczem zrobiono 16 razy operację na gruczole tarczowym i 5 razy podwiązano naczynia krwionośne tarczowe. Jeden tylko przypadek podwiązania naczyń zakończył się śmiercią. W owym przypadku już podczas operacji stwierdzono niezwykłą cienkość i kruchość naczyń krwionośnych. Z 17 operowanych przypadków w 12 otrzymano wyleczenie albo znaczną poprawę, przyczem chorych obserwowano w przeciągu lat 4 do 10 i więcej, a więc wynik pomyślny uważać można za trwały.

REHN zebrał 319 przypadków różnorodnych operacji przy chorobie BASEDOW'a z następującym wynikiem: 175 przypadków, czyli 54,8% wyzdrowień; 89 przypadków, czyli 27,9% poprawy; 13 przypadków, czyli 4,1% bez poprawy i 42 przypadki, czyli 13,2% śmierci.

MIKULICZ w następujący sposób zapatruje się na wskazania do operacji przy chorobie BASEDOW'a: o przypadkach choroby BASEDOW'a, w których mamy wysoki stopień ucisku na drogi oddechowe ze strony przerośniętego gruczołu tarczowego, wskutek czego operacja wskazana jest jako *indicatio vitalis*, niema co mówić. Co do reszty przypadków, to niezawodnie medycyna wewnętrzna daje wyborne wyniki w ich leczeniu, przeto każdy podobny przypadek powinien być przedewszystkiem leczony wewnętrznie. Ważną jest rzeczą, aby te przypadki, które pomimo leczenia wewnętrznego ulegają stałemu pogorszeniu, skierować do chirurga we właściwym czasie, kiedy można jeszcze liczyć na dodatni wynik operacji. Niezawodnie chorzy, oddani w ręce chirurga w stanie wysokiego wycieńczenia, umierają nie w skutek operacji, lecz w skutek zbyt późno przedsiębranej operacji.

MOEBIUS zgodnie ze swoim zapatrywaniem na patogenezę choroby BASEDOW'a uważa operację za wskazaną przy tem cierpieniu. Zdaniem jego wszystkie zwykłe środki dążą tylko do wzmocnienia chorych, do podtrzymania ich w walce z chorobą, ale wszystkie pomagają w ograniczonych tylko rozmiarach, a często zawodzą zupełnie. Zdaniem MOEBIUS'a należy operować, kiedy serce jest jeszcze w dobrym stanie; niestety, wytwarza się zwykle *circulus vitiosus*: albo chorzy są już zbyt chorzy, albo nie dość jeszcze chorzy, aby ich operować.

Na potwierdzenie wniosków, jakie wyprowadziliśmy, omawiając patogenezę choroby BASEDOW'a, dodajmy, że wyniki leczenia wewnętrznego [pod tem mianem rozumiemy i leczenie elektrycznością, klimatem i wodą] dają często doskonałe wyniki, w niektórych zaś przypadkach choroby BASEDOW'a jedynie pozostaje nam operacja. Zadanie terapeuty często jest bardzo trudne, gdy chodzi o orzeczenie w każdym poszczególnym przypadku, z jaką formą choroby BASEDOW'a mamy do czynienia, i czy należy operować. W ogromnej większości przypadków choroby BASEDOW'a leczenie wewnętrzne daje poczęści zupełne wyleczenie, poczęści dłuższą lub krótszą poprawę, w każdym razie stan, pozwalający chorym pracować.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia kwestya wyboru operacji. W ostatnich czasach większość chirurgów na pierwszym miejscu stawia wycięcie gruczołu tarczowego, następnie zaś podwiązanie wszystkich 4 lub tylko 3 tętnic tarczowych; nareszcie zmniejszenie gruczołu tarczowego. Doskonałe wyniki dają usunięcie oddzielnych zgrubień i zniepodobnień w gruczole tarczowym. Co do operacji na nerwie sympatycznym, większość chirurgów uważa ten zabieg za mało skuteczny. REHN przytacza statystykę 32 przypadków choroby BASEDOW'a, operowanych w obrębie nerwu sympatycznego z następującym wynikiem: 78,1% polepszeń i 21,9% wyników ujemnych i śmierci. Największy wpływ operacja ta ma na zmniejszenie się *exophthalmus*. Statystyka powyższa nie wspomina o długości obserwacji po operacji; często ogłaszano dobre wyniki po operacji, a po pewnym czasie chorzy zgłaszali się z nawrotem choroby. W Niemczech operacja ta rzadko bywa robiona.

MIKULICZ uważa za najłatwiejszą operację wycięcie gruczołu tarczowego; w razie potrzeby rozkłada operację na 2 posiedzenia, wycinając na każdym inną połowę gruczołu. Sposób MIKULICZA dał mu, jak widać z jego statystyki, we wszystkich przypadkach resekcji gruczołu tarczowego pomyślny wynik.

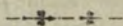
Sama operacja przedstawia wiele niebezpieczeństw; między innymi spostrzegano po operacji ostre zatrucie wydzieliną gruczołu; z tego powodu zaleca się wielką ostrożność nawet podczas mycia gruczołu przed operacją, aby uniknąć zbyt silnego nagniatania. Obrzęk śluzowy po wycięciu gruczołu tarczowego wyjątkowo bywa spostrzegany.

L I T E R A T U R A.

- 1) ALLAN. A suggestion as the treatment of GRAVES' disease by the administration of bile by the mouth, hypodermically and intrathyroidal with cases. *Lancet*. 1899. Aug. 26—2) BONARDI. Le traitement chirurgical et le traitement électrique de la maladie de BASEDOW. *Gaz. hébd.* 1900. 28. [ref. SCHMIDT's Jahr. 1900]. — 3) BREUER. Beitrag zur Aetiologie der BASEDOW'schen Krankheit und des Thyreoidismus. *Wiener Klin. Woch.* 1900. 28. 29. [ref. SCHM. Jahrb. 1900]. — 4) BOINET. Maladie de BASEDOW avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion

- de corps thyroïdes en excès. Revue neurol. VII. 1899. [ref. SCHM. Jahrb. 1899]. — 5) BURGHART. Beiträge zur Organotherapie. Deut. Med. Woch. 1899. 38. [ref. SCHM. Jahrb. 1900]. — 6) Berliner Klin. Wochen. 1900. Nr. 24, dyskusya nad odczytem KLEMPERER'a. — 7) BOURGGRAFF. Contribution à l'étude clinique et pathogénique du syndrome de BASEDOW. Thèse de Paris. 1898. [ref. SCHM. Jahrb. 1899]. — 8) BOISSON. Etude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de BASEDOW. Thèse de Paris. 1898 [ref. SCHM. Jahrb. 1899]. — 9) COOMES. Removal of the cervical sympathetic ganglia for the relief of exophthalmic goitre. Americ. Pract. and News. 1900. 4 [ref. SCHM. Jahrb. 1900]. — 10) DOYEN; ref. SCHM. Jahrb. 1897. — 11) DELAUNAY. Traitement de la maladie de BASEDOW par l'ovarine. Presse médicale 1899. Janv. 6. [ref. SCHM. J. 1899]. — 12) EHRICH. Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis des Morbus BASEDOW. Beiträge zur klin. Chirurgie 1900. 1 [ref. SCHM. Jahrb. 1900]. — 13) GAJKIEWICZ. Kilka słów o poglądach na naturę i leczenie choroby BASEDOW'a. Gazeta Lekarska. 1897. Nr. 43. — 14) GAUTIER. Encore l'iode et la glande thyroïde. Revue méd. de la Suisse rom. 1899. 10 [ref. SCHM. Jahrb. 1900]. — 15) HAMPEL. Beiträge zur chir. Behandlung von Morbus BASEDOW. Inaug.-Dissert. Greifswald. 1898 [ref. SCHM. Jahrb. 1899]. — 16) HASKOVEC. Neue Beiträge zur Pathogenese der BASEDOW-Krankheit. Wiener Med. Woch. 1900 Nr. 2. — 17) JAUNIN. Jodisme constitutionnel, thyroïdisme et maladie de BASEDOW. Revue méd. de la Suisse rom. 1899. 5 [ref. SCHM. Jahrb. 1899]. — 18) JABOULAY. Les dégénérescences consécutives aux opérations sur le sympathique; valeur parallèle de ces interventions. Lyon méd. 1899. 19 Févr. [ref. SCHM. Jahrb. 1899]. — 19) JONNESCO. La résection du sympathique cervical dans l'épilepsie, le goître exophthalmique et le glaucome. Archiv. des sc. méd. de Budapest. 1899. 5—6 [ref. SCH. J. 1900]. — 20) KLEMPERER. Beobachtungen über den Verlauf des Morb. Bas. bei innerer Behandlung. Berl. Kl. W. 1900. Nr. 24. — 21) LOUDE. Sur les troubles moteurs du goître exophthalmique. Rev. neurol. 1899. 21. — 22) LANZ. Ein Vorschlag zur diätetischen Behandlung Basedowkranker. Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte 1899. 23 [ref. SCHM. J. 1900]. — 23) MOEBIUS. Die BASEDOW'sche Krankheit. Sp. Path. u. Ther. v. NOTHAGEL. Bd XXII. — 24) MOEBIUS. Ueber die Operation bei Morbus Basedowi. Münch. Med. W. 1899. Nr. 1. — 25) Münch. Med. W. 1899, Nr. 41. Zjazd lek. niem. w Monachium. — 26) MINOK. Two cases of GRAVES' disease successfully treated as intestinal autointoxications. New-York med. Record. 1899. 23 [ref. SCHM. J. 1900]. — 27) MALEWSKI. 51 przypadków choroby BASEDOW'a, spostrzeg. przez lekarzy w zakł. Nałęcz. Gaz. Lek. 1901. Nr. 16. — 28) v. NOTTHAFFT. Fin Eall von artifiціальem, akutem thyreogenem Morb. Bas. Centr. f. innere Med. 1898. 15. — 29) OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkr. — 30) PADER. Etude sur les rapports du goître exophthalmique et de l'hystérie. Thèse de Paris 1899 [ref. SCHM. J. 1900]. — 31) ROBINSON. Etude sur le syndrome de GRAVES-BASEDOW considéré comme manifestation de l'hystérie. Thèse de Paris. 1899. [ref. SCHM. Jahrb. 1900]. — 32) REHN. Die chirurgische Behandlung des Morbus BASEDOWI. Mitt. aus den Grenz. der Med. u. Ch. 1900. Bd. 7 H. 1. — 33) REINBACH. Ueber die Erfolge der operativen Therapie bei BASEDOW'scher Krankheit mit besonderer Rücksicht auf die Dauererfolge. Mitt. aus den Grenz. der Med. u. Ch. 1900. Bd 6. H. 1—2. — 34) SORGO. Die operative Therapie der BASEDOW'schen Krankheit. Centr. f. die Grenz. der Med. u. Ch. 1898. Nr. 6—10. — 35) SZONTAGH. Die BASEDOW-Krankheit u. derer erfolgreiche Behandlung in Neu-Schmeeks. Iglo 1899. 8 [ref. SCHM. J. 1900]. — 36) SOLIS-COHEN. The treatment of exophthalmic goitre with suprarenal substance [ref. SCHM. J. 1899]. — 37) SCHULZ. Ueber Morb. Bas. und seine operative Behandlung. Berl. Klinik. Heft 108. 1897 [ref. SCHM. J. 1897]. — 38) VETLESEN. Der Morb. Bas. mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung. Zeitschr. f. klin. Med. 1899. Bd. 37. — 39) VIGOUROUX. Pathogénie et traitement du goître exophthalmique. Sem. Méd. 1898. 2. — 40) WOLFF. Ueber die halbseitige Kropfextirpation bei BASEDOW-Krank. Mitt. aus den Grenz. der Med. u. Ch. 1898. 1. — 41) WINTERNITZ. Morbus Bas. u. Hydrotherapie. Bl. f. klin. Hydrother. 1897. 4. [ref. SCHM. Jahrb. 1897].

Przegląd bibliograficzny.



Prof. PIENIAŻEK. *Die Verengerungen der Luftwege*. Druk i nakład FRANZ'a DEUTICKE. Wiedeń i Lipsk, 1901 r., str 505 + X. 4-o

Znowu leży przed nami okazała księga polskiego autora, napisana po niemiecku. Nie mam najmniejszego zamiaru robienia z tego zarzutu, nie mogę się jednak oprzeć przykreemu uczuciu, że przy dzisiejszym układzie stosunków autor, chcąc być czytany, musi pisać po niemiecku i dlatego, na tę literaturę pracują wszystkie narody. Wprawdzie urywki tej pracy znamy już z artykułów, pomieszczonych przez autora dawniej w „Przeglądzie Lekarskim” i „Przeglądzie Chirurgicznym“, jak np. „Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych” [1893 r.] lub „O zapaleniu ochrzęstnej krtani” [1894], lecz nie można ich porównywać z tą wielką, obszerną całością, jaką stanowi obecne dzieło prof. PIENIAŻKA. Być może, że dzieło to znalazłoby zbyt małą liczbę czytelników polskich, a szkoda to wielka dla naszego piśmiennictwa, gdyż jest to jedna z tych prac, które pozostaną na zawsze w nauce, jako podstawowe. Stanowi ona wynik wieloletnich studyów znanego badacza naukowego i rażąco odbija od całej masy nieudolnych podręczników, bez potrzeby drukowanych we wszystkich językach.

Z każdej stronicy dzieła tego przeglądu wielka erudycja i olbrzymie doświadczenie. Autor o głośnym zdawna nazwisku, jako znakomity laryngolog, dał nam się poznać jako znakomity chirurg specjalista w wielkim stylu, t. j. zbliżył się do ideału, do jakiego wszyscy specjaliści dążyć powinni, mianowicie do dokonywania operacji nie tylko na błonach śluzowych nosa, gardła i krtani, lecz wogóle wszystkich, tych narządów dotyczących, a więc np. przecięcia tchawicy, rozszczepienia krtani, resekcji krtani, wola, wyłuszczenia gruczołów na szyi i t. p.

Abyśmy jednak mogli dojść do tego ideału, nieodzownymi stają się oddziały szpitalne laryngo-chirurgiczne, odpowiednio urządzone. Dziś takich oddziałów niema, a te nieliczne, które istnieją, tak wiele pozostawiają do życzenia, że i wspominać o nich nie warto. Spychanie naszej specjalności do ambulatoryjów jest z gruntu wadliwe, ogranicza ją i zamyka w zbyt ciasnym kole jednostronnej działalności, hamując jej rozwój i postęp. Miejmy nadzieję, że z czasem zmieni się to ku lepszemu, gdy ludzie, stojący na czele szpitalnictwa, będą więcej obznajmieni z potrzebami tegoż.

Układ książki prof. PIENIAŻKA jest następujący: po ogólnych uwagach o oddechaniu i zaburzeniach tegoż następują główne działy o zwężeniach gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli. Przy zwężeniach gardzieli omawia autor choroby, wywołujące takie zwężenia stałe lub przejściowe, a zatem przerost migdałków, zapalenia migdałków, błonicę, płonicę, ropnie okołomigdałkowe i pozagardzielowe, zapalenia języka, zwężenia bliznowate, nowotwory, ciała obce i obrażenia gardzieli.

Zwężenia gardzieli wtedy tylko są niebezpieczne, gdy powstają na granicy gardzieli i krtani. Jako wskazanie do operacji przy zwężeniach gardzieli autor uznaje, między innymi, niemożność spania, gdyż chory, zasypiając co chwila ze znużenia, zamyka usta, a powstająca ztąd duszność budzi go. Stan ten, gdy trwa dłużej, wycieńcza chorego i operacja w tych razach ma wskazanie życiowe. Migdały utrudniają oddechanie, gdy są powiększone w dolnych tylnych częściach i stykają się ze sobą.

Słuszną jest tam uwaga, aby przy białaczce tak fałszywej, jak i prawdziwej nie wycinać migdałów, lecz w danym razie dokonać przecięcia tchawicy. Przy krwotokach po wycięciu migdałków należy chorego położyć ze zwieszoną głową i wtedy uciskać palcem, w pozycji bowiem siedzącej krew spływa do krtani i powoduje nieustanny kaszel i ruchy połykowe.

Przy torebkowem zapaleniu migdałków autor nie obawia się wycięcia ich, przestrzega natomiast przed tym zabiegiem przy błonicy, gdyż bywają duże krwotoki.

Ropni okołomigdałkowych nie widział autor nigdy z dwóch stron jednocześnie, jest to jednak tylko zbieg okoliczności, gdyż mnie zdarzyło się kilka razy przecinać ropnie takie z obu stron jednocześnie; o wiele częściej jeszcze rozpoznawałem je tylko.

Przy duszności z powodu nowotworów gardzieli nie należy zwlekać z przecięciem tchawicy.

W rozdziale o ciałach obcych w przełyku i w przestrzeni pozakrtaniowej (*retrolaryngeales Gebiet*) autor gorąco zaleca *Münzenfänger*, jako narzędzie bardzo dobre i bezpieczne. W tym punkcie ośmieliłbym się być wręcz przeciwnego zdania: przestrzegam przed jego użyciem, znam bowiem 3 przypadki, gdzie narzędzie, włożone do przełyku, mogło być z wielką trudnością z powrotem wyjęte; raz udało się to dopiero pod chloroformem, drugi raz ze znacznym obrażeniem błony śluzowej, w trzecim, u chorej na cukromocz, było po tym zabiegu zejście śmiertelne.

W rozdziale o zwężeniach krtani opisane są obrzęki, zapalenia podgłośniowe, zapalenia ochrzęstnej, krup, gruźlica, syfilis, wilk, twardziel, nowotwory, neuropatyczne zwężenia głośni, obrażenia, ciała obce i bliznowate zwężenia krtani.

Obrzęki krtani bywają bądź samoistne, bądź też przyłączają się do innych cierpień krtani. Jeżeli przy małym nawet stopniu zwężenia krtani przyłączy się niezbyt duże obrzmienie strun prawdziwych, to następuje obawa zaduszenia, zmuszająca do wykonania tracheotomii. Skaryfikacje przy obrzęku krtani uważa autor za nieprowadzące do celu, gdyż albo są niepotrzebne, kiedy oddechanie jest jeszcze możliwe, albo też są niewystarczające, gdy następuje rzeczywiście silna duszność: wtedy wskazanem jest przecięcie tchawicy.

Przy fałszywym krupie ani razu prof. PIENIAŻEK nie był zmuszony do wykonania tracheotomii; raz jeden robił tylko intubację.

W rozdziale o zapaleniach ochrzęstnej autor niezbyt jasno uwydatnia różnice pomiędzy *perichondritis laryngea* a *arthritis cricoarythaenoidea*, występującą przy gruźlicy i *polyarthritis rheumatica*. Według autora [str. 130] *arthritis cricoarythaenoidea* i *perichondritis* obiektywnie przedstawia się jednakowo; mniejsze obrzmienie ma cechować *arthritis*. Nie uwydatnia autor, że *arthritis cricoarythaenoidea* połączona bywa zazwyczaj z bólami w innych stawach, że rozpoznanie ułatwiają wywiady. *Perichondritis* ma przebiegać bez gorączki i tem się różni od *laryngitis phlegmonosa*; tego objawu też nie mógłbym uważać za stały i pewny. Największą duszność sprowadza *perichondritis cricoidea*.

Rozszerzania krtani przy zwężeniach po zapaleniach ochrzęstnej nie dają rezultatu: autor słusznie radzi robić rozszczepienie krtani.

Dalej omawia autor szczegółowo *perichondritis arythaenoidea*, *cricoidea* i *thyreoidea*.

W rozdziale o krupie wypowiada się autor jako stanowczy zwolennik tracheotomii, bardzo ograniczając wskazania do intubacji. Przy tej ostatniej bowiem niemożliwe jest leczenie miejscowe, jak np. wzięwania, a utrudnione

połykanie, skutkiem czego grozi zapalenie płuc zachłystowe (*Schluckpneumonie*). Zdanie prof. PIENIAŻKA pod względem intubacji należy uważać za miarodajne, raz jako bardzo doświadczonego laryngologa, a powtóre, że w Krakowie zajmowano się tą kwestyą bardzo wiele i badano ją wszechstronnie.

W przebiegu gruźlicy krtani rzadko bywają zwężenia tak wielkie, aby zmuszały do przecięcia tchawicy. Duszność tu bowiem przychodzi powoli i dlatego chorzy przyzwyczajają się do niej stopniowo. Nacieczenia w płucach zmniejszają zapotrzebowanie tlenu i brak go mniej daje się we znaki. Silny kaszel może nagle wywołać znaczne zwężenie i dlatego należy chorym takim podawać narkotyki. Gdy jednak stopień zwężenia zwiększa się, nie należy zwlekać z tracheotomią. Prof. PIENIAŻEK nie jest wielkim zwolennikiem łyżeczkowania nacieków gruźliczych krtani i na zasadzie swego wieloletniego doświadczenia uważa chirurgiczne zabiegi za mało skuteczne; wskazania do nich są według niego bardzo ograniczone [str. 178].

Przy objawach wtórnych syfilisu krtani, gdy występuje silna duszność, co się zresztą dość rzadko zdarza, radzi autor wcierać szaruchę 3 razy dziennie po 3,0 i po 2,0 jodku potasu dziennie do wewnątrz [bałbym się tego środka przy dużych zwężeniach]; w niektórych przypadkach występowała znaczna poprawa już po kilku dniach; jeżeli duszność wzmaga się jednak, wskazaną jest tracheotomia i zwykłe leczenie ogólne.

Po rozszczepieniu krtani przy twardzieli (*scleroma laryngis*) miał autor wyborne wyniki.

Prof. PIENIAŻKOWI udawało się operować u dzieci nowotwory dobrotliwe krtani endolaryngealnie; zaliczyłbym to jednak do wyjątków.

Co do nowotworów złośliwych, to rozszczepienie krtani i doszczętne wycięcie daje dobre wyniki w tych razach, gdy struna jest jeszcze ruchoma, t. j. nacieczenie rakowate nie przeszło na więzy i stawy nagłośnio-nalewkowe.

Najważniejszym i najbardziej interesującym działem całego dzieła prof. PIENIAŻKA jest dział o zabiegach chirurgicznych przy zwężeniach krtani (str. 292 do 375).

A więc najpierw opisane tu jest bardzo szczegółowo przecięcie tchawicy, wskazania do tego zabiegu, powikłania podczas i po operacji, następcze leczenie i t. d.

Dalej rozszczepienie krtani (*laryngofissura*), szczegółowe wskazania do tej operacji, jako to:

- 1) Nowotwory łagodne, które ze względu na szeroką podstawę, głębokie umiejscowienie, twarde utkania nie mogą być operowane endolaryngealnie [szczególniej u dzieci].
- 2) Nowotwory złośliwe (należy możliwie wcześniej operować).
- 3) Twardziel krtani.
- 4) Zwężenia wałowe po syfilisie i zapaleniach ochrząstkiej.
- 5) Gruźlica, w celu doszczętnego usunięcia ograniczonych ognisk.
- 6) Bliznowate zwężenia (naprzód wycięcie blizny, później rozszerzenie krtani).
- 7) Złamania chrząstki tarczowej (dla reponowania odłamków i utrzymania w normalnej pozycji).
- 8) Ciała obce w krtani.
- 9) Wały, wytwarzające się około rurki tracheotomijnej.

Po rozszczepieniu krtani dla zupełnego znieczulenia pędzluje autor wnętrze jej kilkakrotnie 25% wysokowym roztworem kokainy, a oprócz tego wstrzykuje pod błonę śluzową 1—2% wodny roztwór kokainy. Autor operuje zawsze w pozycji Rose'go.

Po omówieniu *pharyngotomiac subhyoideae*, opisuje prof. PIENIAŻEK bardzo szczegółowo zwężenia w okolicy otworu tracheotomijnego, rurki i zagajanie tego otworu.

W następnym dziale są uwzględnione bardzo obszernie (str. 375—491), zwężenia tchawicy, a więc po ogólnych uwagach, dotyczących tracheoskopii, przyrządów do rozszerzania tchawicy i oskrzeli, autor opisuje oddzielne choroby, powodujące zwężenia, jako to: suche katary tchawicy, krup tchawicy i oskrzeli, zmiany w tchawicy i wywołane obecnością rurki tracheotomijnej obrzmienia, gruźlicę, syfilis, twardziel, nowotwory, zwężenia uciskowe tchawicy, obrażenia i wreszcie ciała obce w tchawicy i oskrzelach. W ostatniej części znajdujemy opis zwężeń oskrzeli i ich rozgałęzień.

Z tego pobieżnego szkicu czytelnik przyszedł już zapewne do wniosku, jak bardzo bogatym w treść jest znakomite dzieło prof. PIENIAŻKA i jak nieodzownym staje się ono dla każdego laryngologa i chirurga. Zyskałoby ono jeszcze więcej, gdyby było ilustrowane.

Jedyny zarzut, jakibym się ośmielił zrobić, jest ten, że czyta się ono ciężko, zapewne dlatego, że pisane w obcym języku przez polaka.

Władysław Wróblewski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 18. VI. 1901 r.

1) SZTEYNER przedstawił chłopca 15-letniego, który uległ wypadkowi zgniecenia przez maszynę bocznej części brzucha i w kilka tygodni po wypadku przybył na oddział S. wycieńczony, gorączkujący, z odbytem nieprawidłowym w okolicy lędźwiowej i zatokami ropnymi. Przedewszystkiem potwierdzano wszystkie zatoki ropne, przyczem znaleziono obnażenie kości biodrowej, wyrostków poprzecznych i kręgów lędźwiowych; stwierdzono również, że odbył nieprawidłowy prowadzi do okrężnicy zstępującej. Gdy zatoki się pogoili, przystąpiono do laparotomii: z przodu i z boku wycięto koniec okrężnicy i zeszyto kolisto. Zagojenie nastąpiło bez powikłań.

2) KOZERSKI przedstawił mężczyznę lat 37, u którego na zewnętrznej powierzchni prawego skrzydła nosa istniał nowotwór, jak się okazało następnie przy badaniu drobnowidzowem, natury gruźliczej, wielkości dużego bobu, o wybujałych, niepodminowanych, twardych brzegach i zapadłem, owrzodzonym, strupem pokrytem dnem. Nowotwór ten pod wpływem smarowania powierzchni 2—3 razy tygodniowo kwasu arsenawego w 50% spirytusie [metoda CZERNY'ego] przemienił się w czarny suchy strup, następnie odpadł, a pozostałe w sąsiedztwie jego owrzodzenie zabiłziło się w zupełności.

3) BREGMAN przedstawił 4-ch chorych: 1) pierwszy zdradza typowe objawy *haematomyeliae conii terminalis*. Po upadku z wysokości 4—5 łokci na poślądki wystąpiło zupełne porażenie kończyn dolnych, ruchowe i czuciowe, *retentio urinae et alvi*. Następnie stopniowa poprawa. W chwili obecnej porażenie ruchowe ograniczyło się do zginaczy i rozginaczy palców, zginaczy stopy i częściowo zginaczy kolana; p r a w a kończyna bardziej porażona, niż lewa; zaburzenia czuciowe (na poślądkach, na tylnej powierzchni uda, na zewnętrznej stronie stopy i podeszwy) na l e w e j stronie silniej wyra-

żone; brak odruchów ze ścięgna *ACHILLESA* i podeszwowych, wzmoczenie odruchów kolanowych; niemożność zatrzymania moczu i kału; parestezye, zwłaszcza wokoło odbytu i na stopach; odczyn zwyrodnienia w mięśniach najczęściej porażonych. Na uwagę zasługuje lekko wyrażony typ porażenia *BROWN-SEQUARD'a*.

2) Chory drugi przedstawia podobny obraz chorobowy, z tą różnicą, że porażenie ruchowe, odczyn zwyrodnienia w mięśniach i jednocześnie zaburzenia czuciowe występują przeważnie na lewej kończynie dolnej. Zaburzenia w urynowaniu, parestezye, zmiany w odruchach te same, co w przypadku poprzednim. Objawy choroby występować zaczęły w rok po upadku z bryczki i zwłknięciu lewego biodra. B. sądzi, że na tle urazu rozwinął się tutaj guz, prawdopodobnie natury gruźliczej [ze względu na stan płuc chorego], który uciska ogon koński.

3) Przypadek trzeci dotyczy 24-letniego mężczyzny, dotkniętego stwardnieniem wieloogniskowym. Pierwsze objawy cierpienia wystąpiły przed dwoma miesiącami [zawroty głowy, drżenie zamiarowe, *nystagmus*, wzmoczenie odruchów ścięgowych, chód mózdkowy], rozwinęły się zaś na tle zimnicy, na którą chory cierpiał w ciągu ostatnich dwóch lat.

4) Chory czwarty, mężczyzna lat 33, przedstawiał objawy następujące: bezwład i przykurczenia kończyn dolnych z zachowaniem odruchów ścięgowych i oddziaływaniem mięśni na prądy elektryczne, wzmoczone napięcie w mięśniach kończyn górnych i karku, silny szczękocisk. Chory zaczął chodzić w 8 roku życia, chodził, „bujając się“, do lat 18; potem nogi osłabły, pojawiły się bóle pod kolanami i stopniowo rozwijające się przykurczenia. Od lat 12 stan taki sam, jak obecnie; *trismus* od 1/2 roku. Zdaniem B. jest to niezwykła postać t. z. *dystrophiae musculorum progressivae*, która rozwinęła się na tle usposobienia wrodzonego [ojciec zaczął chodzić w 7-ym roku życia, brat młodszy był od urodzenia bezwładny].

4) *KOPCZYŃSKI STANISŁAW* przedstawił przypadek wylewu krwi do stożka rdzeniowego (*haemorrhagia conii medullaris*) i do kanału kręgowego z uciskiem ogona końskiego (*compresio caudae equinae*), powikłany uciskiem rdzenia i zajęciem nerwów obwodowych. Chory, lat 22, 10 paźdz. r. z, przechodząc przez most prazki, został przerzucony przez baryerę i padł na piasek. Po wypadku tym wystąpił silny ból i drętwienie w okolicy odbytnicy, zupełny bezwład nóg, niemożność oddawania moczu i kału. Badany przez K. we dwa przeszło miesiące potem, chory przedstawił objawy następujące: wybitne zniekształcenie kręgosłupa: środkowa część grzbietowa przedstawia wolne skrzywienie ku przodowi, 11-ty zaś i 12-ty krąg piersiowy i 1-szy lędźwiowy silnie wystają ku tyłowi; na miejscu *synchondrosis sacroiliaca dextra* zgrubienie kostne; kręgosłup, poczynawszy od środkowej części grzbietowej ku dołowi, bolesny na ucisk i przy opukiwaniu; chód paretyczny z odcieniem t. zw. *steepage*; siła mięśniowa w obu dolnych kończynach, a zwłaszcza w prawej, mocno osłabiona; najczęściej porażone są mięśnie zginacze stóp, zginacze i rozginacze palców; odczyn zwyrodnienia w niektórych mięśniach; odruchy kolanowe wzmoczone, ze ścięgna zaś *ACHILLESA* i skórne zniesione; zaburzenia czucia w okolicy odbytnicy, na pośladkach, na tylnej środkowej części bioder, goleni i w okolicy pięt; bolesność na ucisk nerwów kulszowych i strzałkowych; parestezye w okolicy kości ogonowej, zaburzenia w oddawaniu moczu. W ciągu 6-miesięcznej obserwacji nastąpiła poprawa w stanie chorego.

5) *JAN PILTZ* wygłosił odczyt p. n.: „Przyczynek do badań nad szlakami ośrodkowymi nerwów oko-ruchowych“. Rzecz ta drukowaną będzie w *Gazecie*.
W dyskusji zabierali głos *FLATAU*, *GAJKIEWICZ*, *JANOWSKI*.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

88. E. Deetz. O kamicy kiszkowej.

O tworzeniu się złożeń piaskowych w jelitach wiemy dotychczas bardzo niewiele. Pierwszy LABOULBÈNE zwrócił uwagę badaczy na sprawę tę w roku 1873 w pracy swej: „*Sur le sable intestinale*”. Przez 23 lata o badaniach nad kamicy kiszkową było w literaturze naukowej cicho. Dopiero w roku 1897 DIEULAFOY ogłosił wyniki spostrzeżeń swych nad tą sprawą chorobową i odtąd od czasu do czasu spotykamy się z publikacjami innych autorów.

W krótkości obraz choroby danego cierpienia przedstawia się tak: chorzy, skłonni najczęściej do zaparcia stolca, podlegają nagłym napadom silnych bólów brzucha o nieokreślonym umiejscowieniu i czasie trwania. Niekiedy już na pewien czas przed napadem czują się osłabieni i skarżą się na wzdęcie kiszki. U innych znowu, bez bólu zupełnie, odchodzą ze stolcami masy piaskowe, na które chorzy ci zwracają uwagę dlatego, że czują jakby przesuwanie się piasku przez odbytnicę. Napady kamicy kiszkowej u jednych powtarzają się kilka razy w ciągu miesiąca, u innych — 3—4 razy do roku. Występują one stale w kilka godzin po jedzeniu. Większość chorych na kamicy kiszkową, spostrzeganych przez DIEULAFOY'a, cierpiała jednocześnie na *enteritis membranacea*.

Etyologia kamicy kiszkowej nie jest jeszcze ustaloną. Być może, odgrywa tu rolę dziedziczność [usposobienie do artrytyzmu] oraz przebyte już cierpienie kiszki, naprz. tyfus, biegunka krwawa, zaparcia stałe i inne.

Przy różniczkowaniu trzeba pamiętać o zapaleniu wyrostka robaczkowego, o kamicy żółciowej albo nerkowej, o okrągłym wrzodzie żołądka, resp. dwunastnicy.

Leczenie ma cel podwójny: chwilowe usunięcie bólu, które osiągamy zwykłymi w podobnych razach zabiegami, oraz leczenie cierpienia podstawowego. EICHHORST w tym ostatnim celu stosuje masaż brzucha, wysokie wlewania z ciepłej wody lub z roztworu soli kuchennej do kiszki odchodowej, oraz ściśle uregulowaną dyetę. Stosowanie wód mineralnych [Kissingen, Vichy, Karlsbad] daje wcale dobre wyniki. W jednym przypadku autora po Karlsbadzie nastąpiło zupełne wyleczenie.

Co się tyczy samych złożeń, to najczęściej przedstawiają one bardzo drobne ziarenka twarde, to bezbarwne, to jasno lub ciemnobrunatne. EICHHORST mówi o jasnozielonych, lecz autor ziarn o takim zabarwieniu nie widział. Kształt mają najczęściej kulisty lub półkulisty z wyrostkami ostrymi, podobnymi do kryształów. Nie zawierają ani cholestearyny, ani też bilirubiny, a więc nie są kamieniami żółciowymi, za jakie je dawniej brano. Nie są też one ziarnkami pochodzenia roślinnego, o jakich mówi NAUNYN. Kwasy mineralne nie działają na nie. Składają się przeważnie z węglanu wapnia, prócz tego zawierają nieco fosforanu i szczawianu wapnia. Metali ciężkich: miedzi, manganu, żelaza [to ostatnie stale znajdujemy w kamieniach żółciowych] w złożeń kiszkowych nie znaleziono. Nie znaleziono w nich również i bakterii.

(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin*. T. 70. Z. 3 i 4). J. Lipsztat.

89. L. Laquer i K. Weigert. Przyczynek do nauki o t. zw. chorobie Erb'a
(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*).

Przypadek tej choroby, spostrzegany przez pierwszego z autorów, dotyczy 30-letniego czeladnika ślusarskiego, którego ojciec nadużywał napojów wyskokowych, a rodzeństwo było chorowite.

Sam pacjent dawniej był zdrowszy, nigdy nie uległ zakażeniu przymiotowemu i nie pił. W latach 1896 i 1897 miewał napady zawrotów głowy, które występowały nagle, a czasami w nocy dostawał silnego nerwowego bicia serca i napadów trwogi.

Pozatem żona opowiada, że przed ożenieniem się, które nastąpiło w 1893 r., dostawał napadów omdlenia, głównie po dłuższych spacerach. Jako człowiek żonaty, wyglądał pacjent zawsze mizernie, stosunek płciowy wyczerpywał go; skarżył się na ucisk w okolicy żołądka, ból głowy i pleców, zaparcie stolca, uczucie zawrotu i niespokojny sen. Żona poroniła po 3-miesięcznej ciąży.

W czerwcu 1900 r. zauważyć się dały trudności przy unoszeniu ramion do góry; w lipcu wystąpiło znowu groźne osłabienie serca podczas spaceru i jednocześnie zwróciło uwagę otaczających porażenie prawej powieki górnej. Przy badaniu w końcu sierpnia r. z. znalazł autor, co następuje: opuszczenie prawej powieki, które przy częstem, żywym mruganiu zwiększało się i przechodziło nawet i na lewe oko, nierównomierność źrenic, znaczna łatwość wyczerpywania się siły w żwaczach i mięśniach krtani: przy dłuższem czytaniu prędko dostawał chryпки, przy śpiewaniu brał tony zbyt głębokie. Gruczoł tarczowy [głównie z prawej strony] trochę nabrzmiał. Myastenia występowała specjalnie wyraźnie w czynności obu *mm. deltoidei*, które po kilkakrotnych skurczach zaraz omdlewały, a po dłuższem podnośzeniu ramion zupełnie odmawiały posłuszeństwa; wszystkie te objawy osłabienia, według słów pacjenta, wzmagają się wieczorami. Podczas badania pacjent uległ napadowi ciężkiego osłabienia serca, o którym wspominaliśmy w wywiadach: wystąpiła śmiertelna bladeść twarzy i chory skarżył się na szum w głowie, potem nastąpiło głębokie omdlenie, kończyny były zimne a tętno spadło z 72 do 40-u, było drobne i chwilami znikало zupełnie. Po 5 minutach chory przyszedł do siebie. Psychika, czucie, odżywianie mięśni, czynności pęcherza i odbytnicy, płuc i nerek zupełnie normalne.

Autor przyszedł do wniosku, że objawy osłabienia czynności serca przypisać należy również wyczerpywaniu się mięśnia sercowego, czyli myastenii serca. Zalecono choremu zupełny spokój w łóżku, jod, później arsenik, przy odpowiedniej diecie. Stan po 4-ch miesiącach poprawił się o tyle, że chory mógł powrócić do pracy. Po 4-ch tygodniach jednakże zmuszony był ją przerwać, gdyż wystąpiło osłabienie czynności łykania i ruchów języka; przy wchodzeniu na schody ledwie mógł nogi podnosić i często brak mu było tchu.

Wkrótce musiał się położyć do łóżka. Mięśnie karku i tułowia uległy paraliżowi. Już nie mógł więcej siadać na łóżku. Trudności przy połykaniu wzmagają się; mowa nosowa; lewa źrenica szersza od prawej. Tętno małe i częste. Odczyn myasteniczny w mięśniach widoczny. Po 3 tygodniach duszność wzmożła się znacznie, mimo napięcia wszystkich pomocniczych mięśni oddechowych; nastąpiło porażenie przepony i mięśni międzybrownych, wydech stał się zupełnie słabym. Chory doznawał niewymownych cierpień w skutek ciągnącej się, gęstej płwociny. Po 4 latach trwania choroby pacjent umarł zupełnie przytomny.

Sekcyja, dokonana przez WEIGERT'a, dała ciekawe wyniki, które mogą stanowić przyczynek do wyświeślenia tej zagadkowej postaci chorobowej.

Makroskopowo ani w systemie nerwowym, ani w mięśniach nie dało się stwierdzić żadnych zmian patologicznych. Natomiast w przedniej części śródpiersia, na miejscu grasicy (*glandula thymus*) znalazł W. czerwonawą jakąś masę długości i szerokości 5 ctm. a grubości około 3-ch ctm., która przylegała ściśle do górnej części worka sercowego.

Sąsiednie naczynia żyłne, a głównie *vena cava superior* nie anormalnego nie przedstawiały. Powierzchnia tego „guza” była tylko ku prawej stronie nieco chropowatą, zresztą gładką; na przecięciu tkanka przedstawiała się po części ciemno-, po części jasnoczerwoną, przeważnie twardej konsystencji. Badanie drobnowidzowe wykazało odpowiednio do wyglądu makroskopowego obfite swobodnie leżące masy krwi, poprzerzynane to większymi, to mniejszymi wysepkami tkankowymi. Te ostatnie składały się przeważnie z małych komórek z małą ilością protoplazmy i z jednym okrągłym, bogatym w chromatynę jądrem. Są to więc białe ciała krwi, które, jak wiadomo, stanowią główną część komórek normalnej grasicy. Mniej licznie reprezentowane były komórki, pochodzące z nabłonka, z obfitą protoplazmą i dużym, bladym jądrem, które również napotykały w normalnej grasicy. Nareszcie były również widoczne specjalnie dla grasicy charakterystyczne t zw. ciała HASSAL'a, czyli grypy komórek, nawarstwionych w postaci pereł. Na małych mikroskopowych naczyniach wewnątrz owego „guza”, w przeciwieństwie do wyżej wspomnianych wielkich naczyń otaczających, można było zauważyć poważne zmiany: ściany naczyń były częściowo przeżarte a komórki „guza” wrosły w nie w ten sposób, że światło naczynia było prawie zupełnie wypełnione przez nie. Szczególnie ciekawym i zupełnie nieoczekiwanym okazał się wynik badania drobnowidzowego mięśni, w których dotąd przy tej chorobie nie znajdowano żadnych zmian.

Wycięte były kawałki z przepony brzusznej i *m. deltoidei*. W wielu miejscach *perimysii externi et interni*, a nawet pomiędzy samymi włóknami mięśniowymi widać było obfite nawarstwienia komórek, połączone ze swobodnie leżącymi wylewami krwawymi i zupełnie podobne do znalezionych w guzie grasicowym. Stosunek komórek małych limfatycznych do większych nabłonkowych był ten sam; ciała HASSAL'a nie było zupełnie. Komórki te można było napotkać również i w przestrzeniach, otoczonych komórkami śródbłonkowymi, inaczej mówiąc, w naczyniach włosowatych. W miejscach, gdzie znajdowały się komórki, włókna łącznotkankowe i elastyczne były znacznie przerzedzone, same mięśnie wykazywały zupełnie wyraźną poprzeczną prążkowatość, prócz tych nielicznych bardzo włókien, które przebiegały poprzez wyżej opisane skupienia komórkowe. W mięśniu sercowym trudniej było napotkać podobne zmiany, jak i w innych mięśniach ciała.

System nerwowy ośrodkowy, a także *n. phrenicus* i *vagus* okazały się najzupełniej normalnymi.

Dla zorientowania się w ciekawych wynikach sekcji, czyni W. kilka uwag następujących. Ze względu na położenie i budowę drobnowidzową masy tkankowej, znalezionej w śródpiersiu, nie ulega żadnej wątpliwości, że pochodzi ona z grasicy, że jest nowotworem, a ze względu na wrastanie komórek w naczynia krwionośne nowotworem złośliwym. Wobec tego zmiany w mięśniach miały zupełnie ten sam charakter, co i w guzie grasicowym. Takie obfite skupienia komórkowe nie mogły pozostać bez wpływu na czynność mięśni, niewiadomo tylko, jakie czynniki grały tutaj rolę, czy chemiczno-biologiczne, czy mechaniczno-cyrkulacyjne. W każdym razie interesującą jest rzeczą stwierdzenie po raz pierwszy zmian anatomicznych w mięśniach w przypadku choroby ERB'a, autor nie sądzi jednak zupełnie, ażeby tem samem można było uważać tajemnicę tej choroby za odsłoniętą, wyraża tylko przy-

puszczenie, że podobne przypadki, jak wyżej opisany, będą mogły być po nagromadzeniu większego materiału wyodrębnione w osobną grupę, gdyż zmiany w mięśniach są tak wyraźne, że trudno wprost przypuścić, ażeby ci wszyscy wiarogodni badacze, którzy zajmowali się tą chorobą i ogłaszali zupełnie ujemne wyniki badań anatomicznych, nie dostrzegli owych skupień komórkowych w mięśniach: widocznie znajdują się one tylko w pewnych przypadkach myastenii.

(*Neurolog. Centralbl. Nr. 13. 1901.*)

Bornstein.

90. F. Völcker. Istota drobnoustrojów raka.

Obszerne dzieło naukowe prof. M. SCHUELLER'a: „O pasożytach raka i mięsaka u ludzi“ zwróciło na siebie powszechną uwagę nie tylko w świecie lekarskim. Entuzjastyczne artykuły i pochwalne wzmianki posypały się ze wsząd w dziennikach i tygodnikach prasy brukowej, głosząc tryumf wiedzy i uleczałość w przyszłości tej ciężkiej plagi rodzaju ludzkiego.

VÖLCKER, asystent kliniki chirurgicznej w Heidelbergu, zajął się sprawdzeniem wyników SCHUELLER'a. Przedewszystkiem zrodziło się zasadnicze pytanie, czy pasożyty wzmiankowane odpowiadają głównym warunkom, stawianym przez bakteryologię wszelkim nowoodkrytym drobnoustrojom: czy żyją, czy się rozmnażają, czy się znajdują stale przy raku lub mięsaku i czy przeszczepione wywołują u zwierząt analogiczne cierpienie. Na wszystkie te pytania SCHUELLER daje odpowiedzi mało przekonujące, niezawsze logiczne wyrozumowane, a liczne ryciny i rysunki, mające potwierdzić słuszność twierdzeń i wnioskowań autora, są po większej części nieudatne i przesadne.

Nie bez słuszności powiada VÖLCKER, że powinien się wstydzić byle medyk, z mikroskopem obeznany, a już tembardziej rumienić się ze wstydu musi anatom-patolog z powołania, że nie dostrzegł dotychczas pasożyta, skoro wystarcza według SCHUELLER'a pierwszy lepszy preparat raka, świeży lub ze spirytusu wyjęty, odpowiednio zabarwić i olejkim prześwietlić, aby się w każdym skrawku charakterystyczne drobnoustroje w ogromnej ilości ukazały, drobnoustroje, dające się bez trudności hodować. Według tegoż autora pasożyty raka przedstawiają się w postaci dosyć dużych, błyszczących kulek brunatno-żółtawych, posiadających wielowarstwową jasną otoczkę, przedziurawioną delikatnymi promienisto ułożonymi kanalikami. Tu i owdzie kulki pozbawione są barwnika brunatnego lub zawierają pęcherzyki powietrza. Żółta zaródź tych komórek jest drobnoziarnista, przyczem te ostatnie układają się często w rzędy po 40—60, dotykając się wzajemnie swoją szeroką gładką powierzchnią. Rzadziej widzi się te duże kulki, tworzące delikatną siatkę, z której następnie komórki zupełnie lub częściowo wypadają. Według SCHUELLER'a kulki wspomniane w pewnym okresie rozwoju pękają, wydalając z siebie postaci młodociane; zarodniki są okrągłe, drobne, pigmentowane, cienkim rąbkiem otoczone, w okresie dzielenia znajdujące się ciałka. Drobnoustrój występuje zarówno w preparatach czystych i jałowych, jak i gnicie uległych. Zapach hodowli ma być wielce charakterystyczny.

Zdziwiony wielce faktem, że w żadnym z licznych świeżych i spirytusowych, jałowych i podgniłych preparatów żadnej ze wzmiankowanych postaci pasożyta pomimo skrupulatnego wykonywania przepisów histotechnicznych odkrywcy nie znalazł, VÖLCKER zupełnie słusznie zaczął szukać pasożyta w pracowni samej, właściwiej mówiąc, w płynach, do przygotowania preparatów drobnowidzowych używanych. I ku wielkiemu jego zdziwieniu okazało się, że olejek bergamotowy lub alkohol, zanieczyszczony nieco okruszynkami

korka, zawierał tysiące ciałek, tak dokładnie przypominających pasożyty SCHUELLER'owskie, że nieuprzedzeni lekarze w preparatach mięsaka, tymże olejkami prześwietlonych, odrazu poznali pasożyty, na licznych rycinach wiekopomnego dzieła SCHUELLER'a przytoczone. Rodziła się przeto słusznie myśl, że pasożyty raka są to zmienione komórki korkowe, przypadkowo zanieczyszczające olejek eteryczny, znajdujący się w naczyniu, nieszklanym korkiem zatkanem. By się ostatecznie przekonać o słuszności swoich przypuszczeń, autor porównał swoje preparaty oleju zanieczyszczonego z oryginalnym preparatem raka, przysłanym mu przez odkrywcę drobnoustroju, i z bardzo nieznacznym wyjątkiem znalazł zupełnie identyczne „komórki pasożytnicze.“

Dane mikrochemiczne jeszcze bardziej potwierdziły tożsamość obu tworów. SCHUELLER mianowicie dowodzi swoistej natury odkrytych przez się drobnoustrojów, nie zawierających w swoich dużych otoczkach śladu drzewnika (*cellulozy*), gdyż ani pod wpływem kwasu siarczanego i roztworu jodu w jodku potasu nie barwią się na niebiesko, ani w stężonym ługu i kwasie siarczanym nie zmieniają swej postaci i barwy. Te właśnie cechy chemiczne posiadają według „*Botanische Mikrotechnik*“ ZIMMERMANN'a „*die verkorkten Membranen sowohl wie die cuticularisirten.*“ Tem się tłumaczy, że SCHUELLER podobne do opisanych twory znajduwał niekiedy w brodawkach syfilitycznych, w małych włókniakach sutki, w naczyniach powłok brzusznych. Możliwym nawet jest, kończy ironicznie artykuł swój VÖLCKER, że po tem, co się w książce SCHUELLER'a pod nazwą „postaci młodocianych pasożytów“ znajduje, ukrywa się w przebraniu niepoznany winowajca raka. Trudno atoli przyznać w mowie będącemu autorowi zasługę zerwania tajemniczej zasłony z tej dziwnej poczwarki.

(*Deut. medic. Wochenschrift. 30, 1901.*)

H. Higier.

91. Justin de Lille i Louis Jullien. Nowy lasecznik syfilisu.

Liczne i bardzo dokładne badania krwi syfilityków, wziętej bezpośrednio z żyły ramieniowej, wykazały, że u wszystkich dotkniętych przymiotem osobników znajduje się *in stadio florido* swoisty lasecznik. Wywołuje znany odczyn aglutynacyjny u syfilityków, żadnego odczynu nie daje u zdrowych. Objawy, sztucznie przy szczepieniu hodowli tego lasecznika wywołane, odpowiadają przymiotowemu u ludzi. Lasecznik zobojeźnia aleksynę bakteryobójczą zwierząt, szczepionych wytworami syfilitycznymi. Szczepienie jego nie przyjmuje się u ludzi, poprzednio syfilisem już dotkniętych. Zarówno u ludzi, jak u zwierząt *bacillus syphilidis* ginie przy śmierci. Demonstracye towarzyszyły odczytowi, mianemu przez autorów w Paryżkiej Akademii Lekarskiej dnia 2-go lipca 1901.

(*Deut. medicin. Wochenschrift. 29, 1901.*)

H. Higier.

92. Turban [Davos]. Dziedziczenie „*locus minoris resistentiae*“ w gruźlicy płucnej.

Praca autora rzuca ważne światło na sprawę dziedziczenia gruźlicy płucnej. Autor, na podstawie większego materiału, mianowicie szczegółowego badania 88-miu rodzin, których członkowie zapadali kolejno na gruźlicę, lub inne umiejscowione choroby płuc, dochodzi do wniosku, że na ogół biorąc 80% wykazuje stale mniejszą odporność jednego lub drugiego szczytu płucnego na zarazek gruźlicy.

Autor przytacza 155 historii chorób osobników, należących do 88-miu rodzin; wśród nich, jak wyżej wspomniano, 80% przedstawiało zupełną zgodność co do umiejscowienia gruźlicy, to jest, że ojciec, syn, córka, kolejno zapadając

na gruźlicę, mieli zawsze zmiany najpierwsze lub najsilniejsze w tym samym szczycie.

Doniosłe znaczenie podanych obserwacji polega na tem, że po raz pierwszy w sprawie dziedziczenia gruźlicy zamiast zagadkowych dociekań ustanowiono fakt dziedziczenia mniej odpornionych odcinków płucnych, czyli *locus minoris resistentiae*.

Innego tłómaczenia tego faktu nie da się odnaleźć: pewien określony odcinek płuc okazuje się dziedzicznie mniej odpornym na zarazek gruźlicy, a nawet i na inne zarazki, jak naprzykład na zarazek ostrego zapalenia płuc.

Od czego zależy ta miejscowa zmniejszona odporność, nie da się z pewnością orzec; być może polega ona na niedostatecznym rozwoju, co w ostatnich czasach podniósł BIRCH-HIRSCHFELD, jak naprzykład na skrzywieniu lub niedostatecznym rozwoju *bronchus apicalis posterior*. Brak ten może być tak samo odziedziczany, jak i inne braki ustroju.

(*Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen*).

H. Cybulski [Görbersdorf].

Wiadomości bieżące.

— Na świeżo odbytym kongresie gruźliczym w Londynie wielkiego rozgłosu doznała praca prof. Koch'a z Berlina, który na podstawie wieloletnich doświadczeń wypowiedział zdanie, iż dziedziczność w gruźlicy nie gra żadnej roli, iż ludzie zarażają się tylko od ludzi za pomocą płwociny, a co najważniejsza, iż gruźlica bydlą [krów] jest zupełnie odrębną chorobą, a nie identyczną — jak to dotąd sądzono — z gruźlicą ludzi, że więc spożywanie mleka, mięsa, masła krów gruźliczych nie jest szkodliwe. To ostatnie twierdzenie ma ogromne znaczenie nie tylko pod względem czysto naukowym i higienicznym, lecz i ekonomicznym i dlatego to niektóre państwa, przed wprowadzeniem odnośnego prawa administracyjnego, postanowiły wysadzić osobne komisye dla ostatecznego stwierdzenia lub obalenia poglądu Koch'a, przeciw któremu już na tymże kongresie przemawiali: NOCARD, MAC FADIEAN i inni.

— W zarządzie miejskim m. Paryża, dla zwiększenia liczby lekarzy, kształcących się tamże, których liczba w ostatnich czasach niepomiernie zmalała, jeden z członków rady wniósł projekt założenia w Paryżu „*Institut municipal de médecine appliquée*“, w którym odbywałyby się 2-miesięczne kursa płatne, specjalnie dla lekarzy, z różnych gałęzi medycyny.

— XIV kongres chirurgów francuzkich odbędzie się w r. b. w Paryżu 21-go października pod przewodnictwem LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a. Na porządku dziennym kongresu postawiono 2 kwestye: 1) chirurgia śledziony [sprawozdawca FÉVRIER z Nancy] i 2) leczenie gruźliczego cierpienia gruczołów (*adenitis tuberculosa*) [sprawozdawca BROCA z Paryża].

— W całym kraju naszym niema nigdzie zakładu inhalacyjnego. Niemały procent chorych zmuszeni jesteśmy wysyłać za granicę, li tylko w celu leczenia się tamże wzwianiami. Na tyle istniejących u nas zdrojowisk, żeby dotąd nigdzie nie założono podobnego zakładu, to już chyba tylko niezaradnością nazwać można. Wiadomo nam, że już w r. 1896 dr KAZIMIERZ CIĄGLIŃSKI czynił starania o pozwolenie założenia inhalatoryum w Ciechocinku, lecz po dwóch latach wyczekiwania otrzymał odpowiedź odmowną na zasadzie, że sam zarząd, uznając taki zakład za pożyteczny, urządzi go na własną rękę, przeto koncesyi nikomu nie udzieli. Sprawa ta nie była poruszana w ciągu następnych trzech lat. Na czerwcowym posiedzeniu komitetu

Ciechocińskiego w r. b. poruszył ją znowu dr C., motywując, że wobec eksperymentu wyłączności JAHN'a, koszt urządzenia będzie stosunkowo niewielki, dowodząc cyframi, że około 20% obecnych pacjentów potrzebowałoby inhalacji, a cyfra ta niepomiarnie wzrosnie po urządzeniu inhalatoryum. Przyznano mu zupełną rację, lecz przy głosowaniu tylko jeden głos projektodawcy był za tem, uznano zaś za więcej potrzebne sprowadzenie źródła solanki słabej na pierwszym miejscu, kąpiele kwasowęgłowe na drugim. Znowu więc utworzenie inhalatoryum w Ciechocinku upadło nie wiadomo na jak długo. Tymczasem jest ono potrzebne w kraju, niekiedy wprost nieodzowne i aczkolwiek byłoby najodpowiedniejszym w Ciechocinku, to jednakże w obec widocznej niechęci, należałoby pomyśleć o utworzeniu go gdzieindziej. Wszak wybornie nadawałby się do tego Nałęczów, Otwock, Druskieniki, Solec i t. d. Gdyby powstały i w paru miejscach jednocześnie takie inhalatorya, tem lepiej. Za granicą spotykamy inhalatorya w każdym niemal kurorcie, zwłaszcza w Niemczech, a wszędzie są one bardzo uczęszczane przez dorosłych, cierpiących na katary górnych dróg oddechowych, a zwłaszcza przez dzieci. Wiadomo wszystkim, jak wielka liczba dzieci kierowaną jest rokrocznie do źródeł solankowych z powodu zolzów; mało które z takich dzieci nie cierpi na katary nosa, jamy nosogardzielowej i gardzieli, przy których wskazaniami są inhalacje solankowe, zwłaszcza w ostatnich czasach, gdy uznaliśmy za stanowczo szkodliwe przestrzykiwania nosą. Zalecane przez nas z musu pulweryzacje ręcznymi przyrządami są przykre i trudne do wykonania i zadania dokładnie nie spełniają. Inhalacje solankowe uważałbym za dopełnienie leczenia, jako działające na błony śluzowe tak samo, jak kąpiele słone działają na skórę.

Urządzenie inhalatoryum w istniejących już zdrojowiskach nie wymaga znowu zbyt wielkiego nakładu, zachodu i czasu.

Miejmy więc nadzieję, że już w przyszłym sezonie letnim z radością powitamy otworzenie inhalatoryum, co jest konieczne tak w interesie kuracuszów, jak również i we własnym, dobrze zrozumianym interesie krajowych zdrojowisk.

W. W.

NEKROLOGIA.

W każdym czasopiśmie prócz sił jawnych [redaktora, wydawcy, współpracowników] działają i utajone, których los jest o tyle niewdzięczny, że ich praca, choć bardzo produkcyjna, najczęściej jeśli nie dla nikogo, to co najwięcej dla bardzo niewielu z najbliższego otoczenia jest wiadoma. Nikt nie pyta, kto numer złożył, nikt nie wie, ile weń, w odczytywanie rękopisów [i to jakich!] zecer pracy włożył. A niezawsze praca zecera jest czysto li tylko fizyczną. Jedną z takich sił straciła świeżo [2.VIII] „Gazeta Lekarska“ w osobie ś. p. LUDWIKA KOWALSKIEGO, zecera tejże od lat 20. Cichy, skromny, pracowity, usłużny, nieboszczyk był nie tylko zecerem, lecz istotnym przyjacielem „Gazety“ i jej spółwłaścicieli. Cieszył się on z jej postępu i dobra, starał się, by pod względem wyglądu zewnętrznego nie była ostatnią, smucił się ze strat, jakie śmierć spółwłaścicieli lub współpracowników wyrządzała „Gazecie“. To też i „Gazeta“ traktowała go w należyty i zasłużony sposób, nie tylko jako zecera-wyrobnika. Zmarły, od kilku miesięcy powalony ciężką chorobą płuc, był emerytem „Gazety“; taż „Gazeta“ przyjemnego wrażenia doznaje, wiedząc, iż żona zmarłego ma pierwsze potrzeby zabezpieczone [na skutek ubezpieczenia zmarłego na życie]. Na zakończenie „Gazeta“ niniejszem wyraża swój żal po stracie zmarłego, a nie mogąc osobiście, gdyż KOWALSKI zmarł w okolicach Nieklania, w powiecie Koneckim i tam został pochowany, choć figurycznie rzuca garść ziemi na jego mogiłę, życząc, aby mu ta mogiła dała więcej spokoju, niż ciężka dola . . . zecera.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 25. W. MORACZEWSKI. Nowe kierunki w badaniach przemiany materji. F. NEUGEBAUER. Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych (*Herniae funicularis umbilicalis*) [C. d.]. — № 26. W. MORACZEWSKI. Nowe kierunki w badaniach przemiany materji [Dk.]. F. NEUGEBAUER. Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych (*Herniae funicularis umbilicalis*) [Dk.]. — № 27. RUBIN. Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej. L. ZAUSMER. Termoregulator naftowy i uproszczona centryfuga. — 28. L. KRAUSE. Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego. W. RUBIN. Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej [Dk.]. — *Przeгляд Lekarski* № 24. W. HERMAN. Mięsak policzka, rozwijający się na tle tocznia (*lupus*) i parę uwag w sprawie znaczenia urazu w etyologii nowotworów złośliwych. W. ŁEPKOWSKI i L. WACHHOLZ. O zębach pod względem sądowo-lekarskim [C. d.]. K. SCHWARZ. Kilka uwag o chorobach wenerycznych na podstawie dziesięcioletniej statystyki [Dk.]. J. LANDAU. O sztucznem karmieniu noworodków [Dk.]. — № 25. W. SIERADZKI. O t. zw. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny wogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności. W. HERMAN. Mięsak policzka, rozwijający się na tle tocznia (*lupus*) i parę uwag w sprawie znaczenia urazu w etyologii nowotworów złośliwych [C. d.]. — № 26. T. PIOTROWSKI. Dalsze badania nad protargolem, jako środkiem zapobiegawczym przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków. W. SIERADZKI. O t. zw. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny wogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności [C. d.]. W. HERMAN. Mięsak policzka, rozwijający się na tle tocznia (*lupus*) i parę uwag w sprawie znaczenia urazu w etyologii nowotworów złośliwych [Dk.]. W. ŁEPKOWSKI i L. WACHHOLZ. O zębach pod względem sądowo-lekarskim [Dk.]. — *Kronika Lekarska* Zeszyt 13. E. FLATAU i J. KOBLICHEN. O zapaleniu rdzenia. *Krytyka Lekarska* № 7. A. L. Znużenie i wypoczynek. J. JAWORSKI. O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących, oraz opieki nad noworodkami [Dk.]. — *Zdrowie* Zeszyt 7. GAŁECKI. Dzieje budowy nowego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. A. JABŁOŃSKI. Instytut anatomo-patologiczny. C. KLARNER. Ogrzewanie i przewietrzanie nowozbudowanego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Kanalizacya, wodociągi i drenaż nowozbudowanego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. M. ROTMIL. Oświetlenie elektryczne nowozbudowanego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. K. KUDER. Kuchnie parowe, piekarnia, pralnia i komora dezynfekcyjna przy szpitalu i domu wychowawczym Dzieciątka Jezus. W. JANOWSKI. Koszta budowy szpitala Dzieciątka Jezus.

Sprostowanie. W art. dra ZALEWSKIEGO w Nr. 28 na str. 689, wiersz 4 od dołu: „w którego skład nie będą wchodziły“ należy opuścić „nie“. Str. 691 wiersz 21 od dołu: „Zjawisko to najczęściej...“, potrzeba „Zjawisko to ma miejsce najczęściej“. Nr. 30 str. 736 wiersz 1 od dołu: „...po operacyi“ trzeba „...do operacyi“. Str. 741 wiersz 7: „FRIQUET“, trzeba „TRIQUET“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 27 Юля 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Dr. W. MALESZEWSKI 0—21

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października

w Karlsbadzie.

„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

WODĘ GORZKĄ FRANCISZKA JÓZEFA

poleca względem pp. Lekarzy

Dyrekcya w Budapeszcie. 4—2

Sanatorium międzynarodowe


52—11 **Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.**

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrekt^or Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszymi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

 **Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel**

A. Hirsch.

Warszawski Zakład Ginekologiczny 0—15

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemege, Tyrchowskiego i Winawera, przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości. Opłata dziennie od 1.50 do 5 rb.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacji kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczawy żelazistej do picia i do kąpiel. Kąpiele błotne.
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0—7 Dyrektor D-r **A. PUŁAWSKI**, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

Kąpiele Borowinowe w Domu

przy użyciu

11—5

Wyciągów Borowinowych Mattoniego

Jedyny naturany zastępujący

Lecznicze kąpiele borowinowe

w domu i o każdej porze roku.

Sól borowinowa Mattoniego (wyciąg suchy) w paczkach po 1 kilo.

Ług borowinowy Mattoniego (wyciąg płynny) w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anaemia, Scrophulosis, Rachitis, Flour albus, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, niedowładach, podagrze, reumatyzmie, artryzmie, rwie kulszowej i hemoroidach.

Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych

Heinrich Mattoni, Ces. i Król. Dostawca Dworu.

Franzensbad, Wiedeń, Karsbad, Budapeszt.

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda akaliczna gazowa.